

# EEN PRAKTIJKONDERZOEK NAAR WAT ER NODIG IS OM DE OVERDRACHT VAN HET 24-UURSTEAM IN DE KLINISCHE GGZ TE VERBETEREN

ADVIESVERSLAG



**ALTRACHT**

ESTER VAN KEMPEN  
2022



# Voorwoord

Beste lezer,

Voor u ligt mijn adviesverslag 'een praktijkonderzoek naar wat er nodig is om de overdracht van het 24-uursteam in de klinische ggz te verbeteren'. Ik heb dit in opdracht van mijn werkgever en als onderdeel van het afstudeertraject aan de opleiding verpleegkunde aan de Hogeschool Utrecht geschreven. Het onderwerp van dit praktijkonderzoek is de mondelinge en schriftelijke overdracht van een 24-uursteam, omdat je als verpleegkundige in elke zorgsetting hier dagelijks mee te maken krijgt, maar er veel knelpunten zijn die de kwaliteit van de overdracht beïnvloeden. Dit heeft een effect op de patiëntveiligheid en de tevredenheid van de zorgprofessionals. Met dit onderzoek hoop ik een bijdrage te kunnen leveren aan de verbetering van de overdracht van de klinische geestelijke gezondheidszorg (ggz).

Er is gedurende de periode januari tot en met juni 2022 aan dit afstudeeronderzoek gewerkt. Meerdere personen hebben hun medewerking verleend en daarvan wil ik er nu enkele benoemen. Ten eerste wil ik bedanken, het 24-uursteam van de onderzochte ggz-afdeling voor hun waardevolle bijdrage. Ook de teammanagers en opdrachtgevers die mij de tijd en ruimte hebben gegeven om dit onderzoek uit te voeren. Mijn afstudeerbegeleider, voor zijn enthousiasme en begeleiding en de tweede beoordelaar voor haar kritische blik. Het team kwaliteit en patiëntveiligheid en de commissie wetenschappelijk onderzoek van de ggz instelling voor hun input en goedkeuring. Uiteraard wil ik ook mijn partner, ouders en broer bedanken voor hun eeuwige geduld en steun. Ten slotte wil ik alle andere mensen bedanken, die op welke wijze dan ook, een bijdrage hebben geleverd aan dit onderzoek.

Ik wens u veel leesplezier!

Met vriendelijke groet,  
Ester van Kempen

# Inhoudsopgave

Samenvatting	3
De inleiding	4
<b>Probleemstelling</b>	5
<b>Doel- en vraagstelling</b>	5
De methode	5
Design	5
Setting en onderzoekspopulatie	6
Dataverzameling en -analyse	6
Betrouwbaarheid en validiteit	6
Ethische overwegingen	7
Resultaten	7
De huidige wijze van de overdracht	7
Het 24-uursteam	7
Beïnvloedende factoren	9
Discussie	10
Kritische beschouwing	11
Implicaties voor het verpleegkundig vak	12
Conclusie	12
Het advies	13
<b>Afdeling</b>	13
<b>Instelling</b>	13
Literatuurlijst	14
Bijlagen	16
Bijlage 1: Codeboom	16
Bijlage 2: Infographic	17

# Samenvatting

## Aanleiding

Knelpunten in de overdracht worden gezien als één van de belangrijkste risico's in de zorg. Een onvolledige overdracht betekent dat essentiële informatie gemist wordt wat een nadelig effect heeft op de efficiëntie en patiëntveiligheid. 66% van de psychiatrisch verpleegkundigen is ontevreden over de overdracht en er zijn geen richtlijnen en gestandaardiseerde overdrachtsmethoden voor de klinische ggz. Om de kwaliteit van zorg en tevredenheid van de zorgprofessionals te waarborgen is er urgentie om te kijken naar de overdracht. Dit heeft geleid tot de onderzoeksvraag: Wat is er nodig om de kwaliteit van de mondelinge en schriftelijke overdracht van het 24-uursteam in de klinische ggz te verbeteren?

## Methode

Dit is een instrumentele casestudy met een *mixed methods* design. Er zijn documenten onderzocht en semigestructureerde interviews afgenomen. De topiclijst is opgesteld aan de hand van literatuur en toegespitst op de klinische ggz. Het onderzoek heeft plaatsgevonden op een klinische ggz-afdeling en er is met een doelgerichte steekproef gewerkt, waarbij het gehele 24-uursteam is benaderd en acht van de elf zorgprofessionals zijn geïnterviewd. De interviews zijn individueel afgenomen, getranscribeerd en daarna gecodeerd aan de hand van de thema's uit de topiclijst.

## Resultaten

Momenteel wordt er niet volgens een richtlijn of standaard overgedragen en is het 24-uursteam niet tevreden over de overdracht vanwege de grote onderlinge kwaliteitsverschillen. Er is behoefte aan visie en beleid, standaarden en richtlijnen die passend zijn voor de klinische ggz. Hierbij kunnen een verbetering van communicatie en rust en aandacht bij het mondeling en schriftelijk overdragen helpend zijn.

## Conclusie

Er bestaan vijf mondelinge en schriftelijke overdrachtmomenten op de afdeling, waarbij er wel een globaal idee is wat er overgedragen moet worden, maar dit niet volgens een richtlijn, vaste structuur of gestandaardiseerde methode gebeurt. Het 24-uursteam is niet tevreden over de kwaliteit en er is behoefte aan gestandaardiseerde modellen die bij de afdeling passen.

## Advies

Voor verbetering van de kwaliteit van de overdracht in de klinische ggz zijn er richtlijnen en gestandaardiseerde overdrachtsmethoden nodig. Voor een goede uitvoering is er een gedeelde afdelingsvisie nodig en meer aandacht tijdens opleidingen van de zorgprofessionals die in de klinische ggz komen te werken om kennis en vaardigheden te vergroten.

## De inleiding

Het overdragen van taken en informatie gebeurt wereldwijd dagelijks tussen zorgprofessionals. De overdracht onderscheidt zich van andere communicatie over een patiënt, omdat de verantwoordelijkheid wordt overgedragen (Cohen & Hilgoss, 2010; Nieweg & Groenhuis, 2013). Er is geen passende Nederlandse omschrijving, maar in de internationale literatuur wordt de overdracht als volgt beschreven:

*“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 et al., 2008, in Nieweg & Groenhuis, 2013).

Er zijn verschillende overdrachtsmethoden: mondeling, zoals de patiënten-overdracht; schriftelijk, zoals rapportages of een combinatie daarvan (Nelson & Massay, 2010). De beroepscode (V&VN, 2015) stelt dat de zorgprofessional bij het overdragen de verantwoordelijkheid heeft om de continuïteit van zorg en patiëntveiligheid te bewaken. Patiëntveiligheid staat ook hoog op de agenda van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Patiëntveiligheid is de situatie waarin patiënten zo min mogelijk risico lopen op lichamelijke of psychische schade tijdens de behandeling. Risico kan ontstaan wanneer zorgprofessionals niet volgens professionele standaarden handelen of door tekortkomingen van het zorgsysteem, zoals een inadequate overdracht (Nivel, z.d.). De verantwoordelijk voor kwaliteit van goede en veilige zorg ligt bij de zorginstellingen en zorgprofessionals (Rijksoverheid, z.d.).

In de Nederlandse gezondheidszorg vinden er jaarlijks ongeveer 300.000 verpleegkundige overdrachten plaats en knelpunten daarin, zoals onvolledige informatie, worden gezien als één van de belangrijkste risico's in de zorg (Van der Molen, 2017). Een onvolledige overdracht betekent dat er essentiële informatie gemist wordt wat een nadelig effect kan hebben op de efficiëntie en patiëntveiligheid (Nieweg & Groenhuis, 2013). Het vergoot de kans op verlengde opnames, complicaties en zelfs overlijden (Van Sluisveld et al., 2015). Een kernprobleem is het gebrek aan aandacht voor de overdracht tijdens de opleiding. Hierdoor is er een tekort aan kennis en rolmodellen (WHO, 2007). In het retrospectieve onderzoek van Pezzolesi et al. (2010) kwamen 334 schriftelijke overdracht gerelateerde incidenten naar voren. De meest voorkomende oorzaken waren een slechte of incomplete overdracht (45%) of helemaal geen overdracht (29%).

Om de overdracht te verbeteren wordt er onderzoek gedaan naar gestandaardiseerde methoden. Zo is de *Situation Background, Assessment, Recommendation* (SBAR)-methode een mondeling overdrachtsmodel in de somatische gezondheidszorg. De SBAR is een checklist en zorgt voor verbetering van patiëntveiligheid, doordat er duidelijker en effectiever wordt gecommuniceerd (VMS, 2013; Müller et al., 2018). Een schriftelijke overdrachtsmethode is de SOAP (Subjectief, Objectief, Analyse, Plan) wat het rapporteren structureert (bts, z.d.).

De overdracht in de ggz heeft hetzelfde doel als in de somatische zorg, echter zijn er in de ggz geen gestandaardiseerde overdrachtsmethoden en is er weinig kennis over overdrachtspraktijken. Abela-Dimech en Vuksic (2018) tonen aan dat het inzetten van een gestandaardiseerde methode zoals de SBAR in de ggz niet alleen de kwaliteit en efficiëntie van overdrachten en patiëntveiligheid kan verbeteren, maar ook de tevredenheid van zorgprofessionals. Een andere overdrachtsmethode voor de ggz laat zien dat het betrekken van patiënten bij de mondelinge overdracht een positief effect heeft (Van de Velde et al, 2021). Het Safewards model zorgt voor het vergroten van de patiëntveiligheid in de ggz door onder andere de interventie 'positieve woorden', waarbij er tijdens mondelinge overdrachten iets positiefs over de patiënt wordt verteld en moeilijk gedrag vanuit een psychologische verklaring wordt uitgelegd (Safewards, 2022). Literatuuronderzoek over de overdracht in de ggz en de ervaringen van zorgprofessionals met de overdracht leverde weinig resultaten op. Het is dan ook interessant om dat in dit praktijkonderzoek te onderzoeken.

De gespecialiseerde ggz instelling waar dit onderzoek plaatsvindt heeft geen richtlijnen en standaarden voor de overdracht. Tussen de klinische afdelingen zijn er overeenkomsten en verschillen

in wanneer en wat er wordt overgedragen. Dit onderzoek is een casestudy naar de mondelinge én schriftelijke overdrachtsmethoden die het 24-uursteam van de opdrachtgever gebruiken en hoe de kwaliteit van de overdracht ervaren wordt.

### Probleemstelling

Richtlijnen leiden ertoe dat een zorgprofessional in een specifieke situatie handelt volgens algemene criteria waarin is aangegeven wat goed handelen is volgens wetenschappelijke kennis (Van Haaren & Kerstens, 2020). Zonder beleid van de instelling wordt de kwaliteit op de afdelingen bepaald door het niveau van de zorgprofessionals. Dit leidt tot ontevredenheid en kwaliteitsverschillen tussen zorgprofessionals en afdelingen. Om de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid te waarborgen is er urgentie om te kijken naar de mondelinge en schriftelijke overdrachten van 24-uursteams op klinische ggz-afdelingen. Tijdens mijn stageperiode heb ik regelmatig situaties meegemaakt waaruit het belang van een goede overdracht blijkt. De volgende casus is slechts één voorbeeld dat de urgentie van dit probleem illustreert:

*“Een patiënt zonder vrijheden had in de ochtendbriefing 3x30 minuten vrijheden gekregen. In de ochtenddienst was hij naar buiten gelaten, maar dit was niet gerapporteerd of overgedragen aan de avonddienst. Toen ik de patiënten om 17.00 uur voor hun medicatie ging halen, kwam ik erachter dat hij niet aanwezig was. Ik maakte mij ernstige zorgen en kon geen informatie vinden hoe laat hij was vertrokken, wat hij aan had en waar hij naartoe kon zijn gegaan. Op dat moment werd ik door een andere patiënt gebeld dat hij de patiënt gewond in het park zag liggen. Hij had drugs gebruikt en in een gevecht is hij op de grond gevallen”.*

Citaat 1. Casus

### Doel- en vraagstelling

Het doel van dit onderzoek is in eerste plaats om te kijken hoe de overdracht plaatsvindt binnen dit 24-uursteam en hoe de kwaliteit ervaren wordt. Er zal bekeken worden of het 24-uursteam knelpunten ervaren en welke dat zijn. Aan de hand van inzichten uit dit onderzoek kunnen concrete adviezen geformuleerd worden voor dit 24-uursteam om de kwaliteit van de overdracht te verbeteren. Daarnaast kunnen de resultaten uit dit onderzoek aanknopingspunten bieden voor vervolgacties met betrekking tot het verbeteren van de overdracht in de klinische ggz in het algemeen.

Passend bij de doelstelling is de volgende onderzoeksvraag geformuleerd:

- Wat is er nodig om de kwaliteit van de mondelinge en schriftelijke overdracht van het 24-uursteam van de opdrachtgever in de klinische ggz te verbeteren?

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden zijn deze deelvragen opgesteld:

- i. Hoe vindt op dit moment bij dit 24-uursteam de mondelinge en schriftelijke overdracht plaats?
- ii. Hoe ervaart dit 24-uursteam de kwaliteit van de mondelinge en schriftelijke overdracht?
- iii. Welke factoren beïnvloeden de kwaliteit van de mondelinge en schriftelijke overdracht?

## De methode

### Design

Er is gekozen voor een instrumentele casestudy met een *mixed methods* ontwerp, waarbij er met meerdere dataverzamelingstechnieken geprobeerd is om gedetailleerd inzicht te krijgen (Mortelmans, 2013). Om te bekijken welk overdrachtsbeleid er is binnen dit team zijn er voor de eerste deelvraag documenten onderzocht. Voor de tweede en de derde deelvraag is er een topiclijst

opgesteld, waarmee semigestructureerde interviews werden afgenomen. Dit is passend voor dit onderzoek, omdat het gaat om ervaringen en percepties te ontdekken. Er is een globaal idee van de vragen die gesteld gaan worden, maar deze kunnen tijdens het interview afwijken (Bakker & van Buuren, 2019). De onderwerpen van de topiclijst zijn gebaseerd op het onderzoek van Nieweg en Groenhuis (2013) en is toegespitst op de klinische ggz en is bepaald door hoe de overdracht nu plaatsvindt op de afdeling. De topiclijst bevat een aantal gesloten vragen met betrekking tot feiten. Ook zijn er vragen met een Likertschaal, deze laten zien in welke mate bepaalde meningen gedeeld worden. De scores zijn gebruikt om verder door te vragen. De conceptversie is voorgelegd aan een expert die goed bekend is met de overdracht van deze afdeling. Zijn opmerkingen zijn verwerkt in de definitieve topiclijst. De topiclijst bestaat uit vier categorieën met in totaal acht thema's:

- i. **Personalia:** objectieve kenmerken van de participanten.
- ii. **Kennis:** de kennis en percepties die de participanten hebben over de overdracht en welke relevante vaardigheden en eigenschappen zij bezitten.
- iii. **Ervaringen:** de betekenis die de participanten geven aan ervaringen met de overdracht en beïnvloedende factoren die zij meemaken.
- iv. **Voorbeelden:** Er is gekozen om literatuurvoorbeelden van gestandaardiseerde methoden voor te leggen, omdat deze niet op de afdeling gebruikt worden.

De eerste helft van de topiclijst is kwantitatief en de tweede helft is kwalitatief. Er wordt met deze onderzoeksopzet een vergelijking gemaakt tussen harde feiten en wat mensen ervaren. De topiclijst bevindt zich in de bijlagen.

### Setting en onderzoekspopulatie

Het onderzoek heeft plaatsgevonden op een ggz-afdeling waar het 24-uursteam bestaat uit drie verpleegkundigen, twee begeleiders, vier verpleegkundigen in opleiding (i.o.), één begeleider i.o. en één maatschappelijk werker i.o. Op de afdeling werkt er ook een psychiater, arts en teammanager. Er is gebruik gemaakt van een doelgerichte steekproef, hierbij worden gericht personen benaderd met bepaalde kenmerken (Bakker & van Buuren, 2019). Er is gekozen om alleen het 24-uursteam te benaderen en de behandelaars en teamleider buiten beschouwing te laten. Het 24-uursteam heeft namelijk zijn eigen overdrachtmomenten. Zij zijn mondeling en per e-mail benaderd. Van de elf zorgprofessionals zijn er acht geïnterviewd. Eén medewerker was langdurig ziek, een andere zorgprofessional was pas een week werkzaam en de onderzoeker was de andere.

### Dataverzameling en -analyse

De interviews zijn door mij afgenomen, waarbij ik heb aangegeven dat ik nu geen collega ben, maar onderzoeker. De afname van de interviews vond plaats in een afdelingskantoor, waarbij er rekening is gehouden met de privacy. Bij alle participanten is hetzelfde semigestructureerde interview op afzonderlijke momenten binnen één maand afgenomen. Ze duurden gemiddeld veertig minuten en zijn via de audiorecorder op mijn telefoon opgenomen. Na afloop zijn de interviews getranscribeerd met Office Word 'dicteren' en handmatig uitgewerkt. Vervolgens zijn alle transcripten gelezen, daarna gesegmenteerd en vervolgens gecodeerd. Op deze manier is de tekst opgedeeld in eenheden die samenhangen met de topics en thema's (Bakker & Van Buuren, 2019). Het coderen kent drie stappen: open coderen waarbij overeenkomende uitspraken gegroepeerd worden, axiaal coderen waarbij de groepjes codes in categorieën of thema's georganiseerd worden, en selectief coderen waarbij vanuit de thema's naar sterk sprekende tekstfragmenten gezocht wordt. Zo wordt de data georganiseerd, geïnterpreteerd en getoetst (Bakker & Van Buuren, 2019; Boeije, 2008; Verhoeven, 2020).

### Betrouwbaarheid en validiteit

Om de kans op systematische fouten zo klein mogelijk te maken en de betrouwbaarheid te vergroten is elk interview op dezelfde manier afgenomen, door dezelfde interviewer, in dezelfde ruimte en met

dezelfde topiclijst. Dit neemt niet weg dat er sprake kan zijn van toevallige fouten, zoals de stemming van de respondenten en/of incidenten die plaatsvonden, waardoor antwoorden gekleurd konden zijn. Wat betreft de validiteit heeft 88% van het 24-uursteam meegedaan en hebben zij het doel van het onderzoek begrepen. De kwaliteit van het onderzoek is vergroot door alle stappen van het onderzoeksproces te beschrijven en beslissingen te verantwoorden (Bakker & Van Buuren, 2019; Boeijs, 2008).

### Ethische overwegingen

Het onderzoek is door de opdrachtgever en ethische commissie van de instelling goedgekeurd. Het was niet nodig om toestemming te vragen aan een Medisch-Ethische Toetsingscommissie (Bakker & van Buuren, 2014), omdat er geen gegevens van patiënten worden verzameld. De respondenten hebben schriftelijke toestemming, *informed consent*, gegeven aan de hand van informatie die zij vooraf hebben ontvangen. Vanwege privacy is persoonlijke informatie in de uitgewerkte interviews geanonimiseerd. Er is geen sprake van belangenverstremming, omdat de opdrachtgever hoogstens meer informatie wil om de kwaliteit van zorg op de afdeling te verbeteren. Gevoelige data zijn per beveiligde mail gecorrespondeerd met de opdrachtgever en alleen anonieme data zal na het onderzoek bewaard blijven.

## Resultaten

De onderzoeksvraag wordt beantwoord aan de hand van de resultaten van de deelvragen.

### De huidige wijze van de overdracht

Document-analyse toont aan dat de volgende soorten overdrachten momenteel plaatsvinden tussen het 24-uursteam:

- De mondelinge patiënten-overdracht tussen de diensten.
- De schriftelijke patiënten-overdracht zijn de rapportages die aan het eind van de dienst in het elektronische patiëntendossier (epd) geschreven worden.
- Een ondersteunende schriftelijke overdrachtsmethode is het werkbriefje waarop belangrijke gegevens van de patiënten staan die tijdens de dienst gebruikt wordt.
- De mondelinge overdracht na de ochtendbriefing met de behandelaars. Hierin worden beleidswijzigingen van de behandelaars overgedragen.
- De mondelinge opname-overdracht.

Er zijn dus vijf verschillende overdrachtmomenten tussen het 24-uursteam, waarvan drie mondeling en twee schriftelijk. Voor al deze overdrachtmomenten geldt dat er een globaal idee is wat overgedragen moet worden, maar dit wordt voornamelijk naar eigen inzichten gedaan en niet volgens een vaste structuur en er zijn geen gestandaardiseerde methoden en richtlijnen.

### Het 24-uursteam

Van de participanten werken er vijf minder dan zes maanden op de afdeling, één participant twee jaar en twee drie jaar. 60% van de participanten zijn in opleiding (i.o.). Vijf participanten werken op MBO-niveau en drie op HBO-niveau. Zeven participanten geven aan geen tot weinig kennis te hebben over overdrachtsrichtlijnen. Drie participanten gaven aan dat ze in hun opleiding geleerd hebben over de overdracht en alle participanten gaven aan dat ze vaardigheden hebben geleerd door naar hun collega's te kijken.

R1: *“Moet ik eerlijk bekennen dat ik daar heel weinig over weet. Ik weet alleen dat wij, zeg maar, vanaf het moment dat ik hier dus heb gewerkt is, dat je dus werkt met een ochtendbriefing. Dat je*



*dus werkt met een overdracht van een nacht op de ochtenddienst en dan dus eigenlijk de ochtendbriefing daarna...Maar nogmaals of ik, of er echt een methode wordt gebruikt volgens mij is dat niet het geval en ben ik zelf ook niet bekend mee”.*

De participanten hebben verschillende ideeën over wat de functie van de overdracht is. De verpleegkundigen benoemen continuïteit van zorg, daarentegen benoemen de andere zorgprofessionals de praktische kant. De Likert-scores laten zien dat de participanten niet erg tevreden zijn met de overdrachtsmethoden op de afdeling. Dit resultaat heeft grotendeels te maken met het onderlinge kwaliteitsverschil:

*R6: “Ja. Ik denk een drie, omdat ik merk dat er nog heel veel verschil is in werken, zeg maar. En bijvoorbeeld, vooral met de schriftelijke overdracht. De één doet het heel uitgebreid, de ander doet het, ja, heel kort en bondig, zeg maar. Er is, wat dat betreft, mis er best wel een rode lijn voor mijn gevoel van wat rapporteer je wel, wat rapporteer je niet? Ja, daar kan echt wel wat meer gehaald worden, zeg maar. En ook in de mondelinge overdracht, eigenlijk een beetje hetzelfde. Van wat bespreek je wel, wat bespreek je niet? Ja, ik denk dat daar echt wel kwalitatief wel veel te halen is”.*

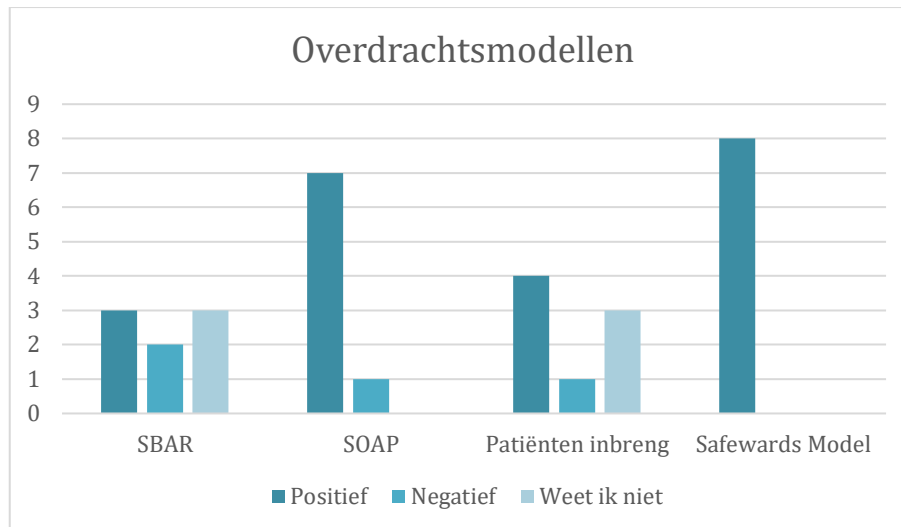
De resultaten van de Likertschaalvragen:

	<b>Zeer ontevreden</b>	<b>Ontevreden</b>	<b>Niet ontevreden/niet tevreden</b>	<b>Tevreden</b>	<b>Zeer tevreden</b>	<b>Weet ik niet</b>
<b>Schriftelijke patiënten overdracht</b>	0%	2 (22,2%)	7 (77,8%)	0%	0%	0%
<b>Mondelinge patiënten overdracht</b>	1 (10%)	3 (30%)	6 (60%)	0%	0%	0%
<b>Mondelinge overdracht na ochtendbriefing</b>	0%	2 (22,2%)	2 (22,2%)	4 (44,4%)	0%	1 (11,1%)
<b>Mondelinge opname overdracht</b>	1 (12,5%)	1 (12,5%)	4 (50%)	2 (25%)	0%	0%

Tabel 1. Likertschaal kwaliteit overdracht

Op de literatuurvoorbeelden werd wisselend gereageerd. De SBAR werd niet passend gevonden voor de patiënten-overdracht, maar wel als opnameoverdracht of bij bijzonderheden. De SOAP werd door 87,5% positief gevonden vooral vanwege het objectiveren van rapportages. Het idee om patiënten bij de mondelinge overdracht te betrekken werd positief ontvangen, maar als niet haalbaar op de afdeling beschouwt. Voornamelijk vanwege de patiëntengroep en dat het te veel tijd zal kosten. De mondelinge overdrachtsmethode van het Safewards model werd door alle participanten als een nodige en haalbare interventie gezien:

*R5: “Ik denk dat we het gewoon moeten doen. Want ik denk, of patiënt wordt net zoals, hè, bij sommige patiënten op de afdeling, die ja, die kunnen we wel achter het behang plakken, laat ik het maar even zo zeggen. En dan is het ook fijn als daar een pluspuntje aan gekoppeld wordt. Hè, o ja dus dat is natuurlijk ook, oké. Dat je niet helemaal verzand in het negatieve, dus ik denk dat dat zeker mooi is als toegepast wordt.”*



*Figuur 1. Overdrachtsmodellen*

Over het geheel ontstaat de indruk dat opleiding, arbeidsduur, bekendheid met doel en methoden van overdracht, ervaring op de werkvloer samenhangen met de manier waarop de overdracht ervaren wordt. Ook staat men open voor gestandaardiseerde overdrachtsmethoden, maar deze moeten wel passen bij de afdeling.

#### **Beïnvloedende factoren**

De werkdruk is een zwaarwegende belemmerende factor, omdat deze leidt tot planningsproblemen. Het 24-uursteam is klein en er wordt vaak gewerkt met invalkrachten. De mondelinge patiëntenoverdracht begint vaak te laat en door de vele onderbrekingen loopt het vaak uit. De overdracht na de ochtendbriefing en opname-overdracht wordt soms overgeslagen vanwege drukte. Het opleidings- en ervaringsniveau zorgt voor kwaliteitsverschil. De inhoud en de structuur van de mondelinge en schriftelijke overdracht verschilt, waarbij er vaak dingen wel mondeling worden overgedragen, maar niet schriftelijk en andersom. Andere knelpunten zijn dat de overdrachtsruimte vaak rommelig is en er tijdens de mondelinge overdracht door collega's wordt uitgeweid over randzaken en er door elkaar gesproken wordt.

*R4: "Kijk ik weet niet, naar mijn mening kan het altijd beter en nu het gaat sowieso volgens mij best wel chaotisch af en toe hier en helemaal qua communicatie. Ik denk dat er daar wel veel verbeterpunten in kunnen zijn en dan ook qua overdracht, omdat het wel gewoon belangrijk is want het gaat over de patiënten. En als je dat niet in zijn geheel duidelijk overbrengt, dan gaan er gewoon dingen mis en dat merken de patiënten ook en dat reflecteren ze ook wel weer terug".*

Bevorderende factoren zoals de communicatie, rapportages en het doel van de overdracht werden ook als belemmerend beschouwd. Dit heeft weer te maken met het kwaliteitsverschil. In onderstaande tabel zijn de beïnvloedende factoren weergegeven:

Beïnvloedende factoren	Belemmerend	Bevorderend
Werkdruk	5 (62,5%)	
Opleidings- en ervaringsniveau	4 (50%)	
Percepties van overdracht	3 (37,5%)	
Locatie	1 (12,5%)	
Doelen en verslaglegging	7 (75%)	4 (50%)
Overdracht van verantwoordelijkheden	5 (62,5%)	1 (12,5%)
Structuur	4 (50%)	
Planning	5 (62,5%)	1 (25%)
Inhoud en volgorde van inhoud	6 (75%)	1 (12,5%)
Communicatie	3 (37,5%)	1 (12,5%)

Tabel 2. Beïnvloedende factoren

Vanuit de onderzoeksdata kan gesteld worden dat er op deze afdeling behoefte is aan visie en beleid met betrekking tot de overdracht en standaarden en richtlijnen voor de overdracht. Daarnaast dragen rust en aandacht en een afspraken over de communicatie bij aan de kwaliteit van de overdracht.

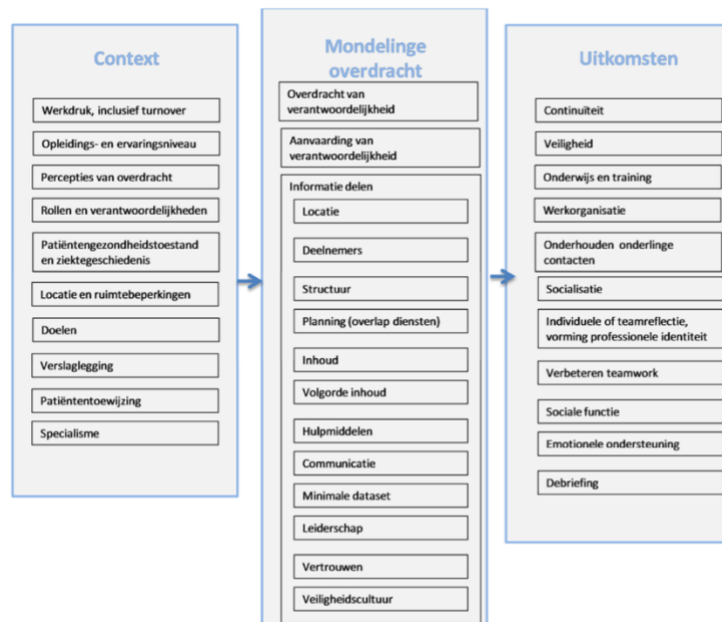
## Discussie

Er is gezocht naar wat er nodig is om de kwaliteit van de overdracht van een 24-uursteam in de klinische ggz te verbeteren. Er is aandacht besteed aan wat de huidige manier van overdragen is, hoe de kwaliteit wordt ervaren en welke factoren de overdracht beïnvloeden. Dit hoofdstuk zal betekenis geven aan de resultaten.

De vijf overdrachtsmethoden van het 24-uursteam worden zonder geschreven beleid uitgevoerd. Er zijn kwaliteitsverschillen en onzekerheid wat de functie van de overdracht is. In het onderzoek van Abela-Dimech en Vuksic (2018) waren 66% van de psychiatisch verpleegkundigen ontevreden met de mondelinge informatieoverdracht en in dit onderzoek was 60% niet ontevreden/niet tevreden en 40% ontevreden. Knelpunten zoals tekortkomingen tijdens de opleiding, gebrek aan kennis en rolmodellen en het ontbreken van richtlijnen en gestandaardiseerde modellen komen overeen met het onderzoek van de WHO (2007). De combinatie van de schriftelijke en mondelinge overdracht, zoals deze in de praktijk wordt uitgevoerd, wordt niet gezamenlijk geoefend en getoetst (Nieweg & Groenhuis, 2013). Werkdruk leidt tot problemen met de planning, waardoor er niet altijd tijd wordt gemaakt voor de overdracht, terwijl een onvolledige overdracht de risico's op onveilige situaties vergroot (Nieweg & Groenhuis, 2013).

Het was tegen verwachting dat sommige niet direct positief reageerde op de SBAR, wat leek te komen doordat men zich niet goed kon voorstellen hoe dit in de ggz eruit zou zijn. De SBAR in de ggz zorgt juist voor meer tevredenheid en een vermindering van onveilige situaties (Abela-Dimech en Vuksic, 2018). Er werd positiever op de SOAP gereageerd, mogelijk omdat het bekender is. Er waren wel opmerkingen dat het rapportages langer maakt of de zorgprofessional beperkt in hoe zij overdragen. Dit staat in contrast tot het doel van de SOAP, namelijk het bondiger rapporteren, waarbij de objectieve observatie van de zorgprofessional ervan onderdeel is (bts.g. z.d.) Het was jammer dat het idee om patiënten bij de mondelinge overdracht te betrekken niet haalbaar werd geacht, terwijl het betrekken van patiënten juist meer relevante informatie verschaft (Van de Velde et al., 2021). 'Positieve woorden' van het Safewards model werd door alle participanten als belangrijk en haalbaar gezien. Er werd aangegeven dat de negatieve en subjectieve stijl van overdragen die momenteel veel wordt toegepast een negatief effect heeft op hoe de zorgprofessionals met de patiënten omgaan.

Tijdens de analyse van de data zocht ik naar een verklaring voor de beïnvloedende factoren en stuitte ik op het ConstatO model (Randell et al., 2011). De factoren die volgens het 24-uursteam de kwaliteit van de overdracht beïnvloeden komen overeen met het ConstatO model, een evaluatie hulpmiddel voor de overdracht.



Figuur 2. ContstratO model (Randell et al., 2011)

Er is niet hetzelfde idee over het doel van de overdracht, waardoor er variatie in de inhoud ontstaat. Een ander knelpunt is dat kleine teams er meer kans op verstoring van de planning en structuur van de overdracht is (Randell et al., 2011). Sommige factoren werden als belemmerend én bevorderend ervaren, wat nogmaals het kwaliteitsverschil tussen de zorgprofessionals benadrukt. De knelpunten komen overeen met het onderzoek van Nieweg en Groenhuis (2013) waarin zorgprofessionals het meest klagen over de benodigde tijd, locaties, methoden, inconsistente of onjuiste informatie en gebrek aan standaardisatie.

### Kritische beschouwing

Voorafgaand aan een casestudy is er uitgebreid literatuuronderzoek nodig waaraan de case is afgestemd en de theorie getoetst kan worden (Mortelmans, 2013). De minimale hoeveelheid literatuur over de overdracht in de ggz wordt gezien als een beperking, hierdoor was het lastig om gericht te onderzoeken. De betrouwbaarheid van de gebruikte artikelen is gegarandeerd, doordat ze zijn geanalyseerd met behulp van een beoordelingsformulier (Hogeschool Utrecht, 2022). Door het *mixed method* ontwerp is er gedetailleerd inzicht verkregen in ervaringen en meningen van dit 24-uursteam. De interviews zijn door de onderzoeker afgenomen, waarbij een beperking is dat de onderzoeker ook een collega is en de respondenten mogelijk terughoudend zijn geweest. De interviews zijn gedurende een maand afgenomen, waardoor er mogelijk door de respondenten gepraat is en er niet op éénzelfde manier aan de interviews is deelgenomen. Vanwege de beperkingen in tijd zijn de transcripten alleen door de onderzoeker gecodeerd en niet door een tweede onderzoeker. Er is dus niet gekeken naar de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (Boeijs, 2008). Het is de vraag of dit een toegevoegde waarde had voor de betrouwbaarheid, aangezien de thema's van de topiclijst uit de literatuur komen, het coderen aan de hand van de thema's is gedaan (Verhoeven, 2020) en de topiclijst door een expert vooraf is beoordeeld. Een sterk punt van dit onderzoek is de hoge betrouwbaarheid, doordat 88% van het 24-uursteam heeft deelgenomen. De resultaten van dit onderzoek komen grotendeels overeen met bevindingen uit het literatuuronderzoek en er is daarom voldoende grond om uit de uitkomsten conclusies te trekken.

## Implicaties voor het verpleegkundig vak

- i. Zorgprofessionals in de ggz zouden morgen al kunnen beginnen met het efficiënter maken van de overdracht door de inhoud te beperken tot wat er nodig is voor de continuïteit van de patiëntenzorg. Hiervoor kan er gezocht worden naar een gestandaardiseerde methode die bij de afdeling past. Er kunnen richtlijnen en checklists geschreven worden. Daarnaast kan het team een training volgen over efficiënter communiceren en patiëntveiligheid, waarbij er ook gekeken wordt naar de interventie 'positieve woorden' van het Safewards Model.
- i. Om de kwaliteit en efficiëntie te verbeteren is het belangrijk om ervoor te zorgen dat de overdrachtsruimte opgeruimd is en dat er aandacht is voor de collega die aan het overdragen is. Het 24-uursteam kan hierover geschreven afspraken maken, wat ook handig is voor invalkrachten. Er zou gedacht kunnen worden aan bijvoorbeeld één collega die niet aan het overdragen is op de groep te laten. Ook bij de schriftelijke overdracht kan er voor gekozen worden dat één collega zich bezig houdt met de patiënten en zaken zoals telefoontjes en bezoek terwijl de andere rapporteert.
- ii. Er is meer aandacht nodig voor de mondelinge en schriftelijke overdracht tijdens communicatieve vaardigheidsslessen en het stageonderwijs op opleidingen van zorgprofessionals die in de klinische ggz komen te werken (WHO, 2007; Nieweg & Groenhuis, 2013). Er is een speciale rol weggelegd voor de HBO-verpleegkundigen, die binnen het huidige beroepsprofiel onder andere worden opgeleid als communicator en samenwerkingspartner (Van Haaren & Kerstens, 2020).
- iii. Er is meer onderzoek nodig om innovatie, richtlijnen en gestandaardiseerde overdrachtmethoden voor de klinische ggz te ontwikkelen. De werkdruk in de zorg is hoog (CBS, 2019), wat een effect heeft op de kwaliteit van de overdracht doordat er weinig vast personeel is die de kwaliteit kan waarborgen. Richtlijnen en standaarden kunnen variatie verminderen (Van Haaren & Kerstens, 2020). Er is hiervoor echter een flexibele benadering nodig, omdat zorgafdelingen verschillend zijn (Nieweg & Groenhuis, 2013). Deze casestudy kan gebruikt worden als pilootstudie. Het is een nog onbekend terrein en met de opgedane kennis en ervaringen van dit onderzoek kan de aandacht worden verlegd naar andere cases (Mortelmans, 2013).

## Conclusie

In dit onderzoek is gezocht naar antwoord op de vraag:

*Wat is er nodig om de kwaliteit van de mondelinge en schriftelijke overdracht van het 24-uursteam van de opdrachtgever in de klinische ggz te verbeteren?*

Momenteel zijn er vijf mondelinge en schriftelijke overdrachtmomenten op de onderzochte afdeling, waarbij er wel een globaal idee is wat er overgedragen moet worden, maar dit niet volgens een richtlijn, vaste structuur of gestandaardiseerde methode gebeurt. Het 24-uursteam is niet tevreden over de kwaliteit, wat voornamelijk te maken heeft met het kwaliteitsverschil tussen de zorgprofessionals. Naar aanleiding van de literatuurvoorbeelden gaven de participanten aan dat ze behoefte hebben aan gestandaardiseerde modellen, maar dat deze wel bij de afdeling moeten passen. Er is een hoge werkdruk wat leidt tot problemen met de planning. Er zijn verschillen in opleidings- en ervaringsniveau wat zorgt voor kwaliteitsverschillen in inhoud en structuur. Het verschil in kwaliteit betekent dat er door sommige zorgprofessionals erg goed wordt overgedragen en gerapporteerd en door andere juist niet. Om de kwaliteit van de mondelinge en schriftelijke overdracht van het 24-uursteam in de ggz te verbeteren zijn er visie en beleid, standaarden en richtlijnen nodig die passend

en haalbaar zijn voor een 24-uursteam in de klinische ggz. Rust en aandacht en afspraken over de communicatie zullen bijdragen aan de kwaliteit.

## Het advies

Op basis van dit onderzoek worden de volgende praktische adviezen aangedragen.

### Afdeling

- i. Voordat er een verbeterproces in werking kan worden gezet is het nodig om een gedeelde afdelingsvisie te ontwikkelen. Dit is belangrijk voor de cultuur, samenwerking en communicatie (Vermeulen et al., 2020; Zorg en Welzijn, 2017). In team-overleggen worden afspraken gewaarborgd en in intervisiemomenten wordt er op vaste momenten gereflecteerd op het handelen en feedback aan elkaar gegeven. Met feedback kan gewenst gedrag worden bekrachtigd en ongewenst gedrag worden verbeterd (Vermeulen et al., 2020). Er kan ook gebruik gemaakt worden van begeleide intervisies en team coaching dat door de instelling wordt aangeboden. De teammanager draagt verantwoordelijkheid voor de planning en is samen met het 24-uursteam verantwoordelijk voor de uitvoering.
- ii. Ik zou voor willen leggen aan de teammanager en het 24-uursteam om zich samen te gaan oriënteren op passende richtlijnen en overdrachtsmethoden voor de afdeling aan de hand van voorbeelden uit de literatuur. Met een *plan-do-study-act* model kan het effect gemeten worden en kan het verder ontwikkeld worden. De verantwoordelijkheid om de kwaliteit van de overdracht te bewaken ligt bij het 24-uursteam.
- iii. Om de schriftelijke en mondelinge overdracht effectiever en efficiënter te maken is het belangrijk dat de inhoud objectief wordt overgedragen en dat randzaken buiten beschouwing blijven. Hiervoor kan ook gekeken worden naar voorbeelden uit de literatuur, zoals de SOAP. Een positievere insteek en uitleg over gedrag van patiënten zal vooroordelen van zorgprofessionals over patiënten verminderen en de veiligheid op de afdeling vergroten (Safewards, z.d.). Hierbij kan het betrekken van patiënten bij de overdracht ook bijdragen (Van der Velde, 2021).

### Instelling

- iv. Er wordt aangeraden dat de teammanager in gesprek gaat met de instelling over de relevantie van dit onderzoek en het ontwikkelen van richtlijnen en gestandaardiseerde overdrachtsmethoden op mesoniveau. Waarbij de instelling investeert in de ontwikkeling van richtlijnen en standaarden voor de mondelinge en schriftelijke overdracht van de afdelingen. Met workshops en communicatiemateriaal kunnen 24-uursteams getraind worden. Bij de ontwikkeling is het belangrijk dat zorgprofessionals betrokken worden om hun ervaringen uit de praktijk te delen met de beleidsmakers.

## Literatuurlijst

- Abela-Dimech F., & Vuksic. (2018). Improving the practice of handover for psychiatric inpatient nursing staff. *Archives of Psychiatric Nursing* 32, 729-736.  
<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.04.004>
- Bakker, E., & Van Buuren, H. (2019). *Onderzoek in de gezondheidszorg* (3<sup>e</sup> druk). Noordhoff.
- Boeije, H., (2008). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: Denken en doen* (3<sup>e</sup> druk). Boom Onderwijs.
- Btsg. (z.d.). *Rapporteren volgens de SOAP methode*. Geraadpleegd op 9 mei 2022, van <https://btsg.nl/rapporteren-volgens-soap-methode/>
- CBS. (2019). *Meerderheid werknemers zorg meldt toename werkdruk*. Geraadpleegd op 9 juni 2022, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2019/40/meerderheid-werknemers-zorg-meldt-toename-werkdruk>
- Cohen, M. D., & Hilligoss, P. B. (2010). The published literature on handoffs in hospitals: Deficiencies identified in an extensive review. *Quality & Safety in Health Care*, 19(6), 493-497.
- Hogeschool Utrecht. (2022). *Bibliotheek: HUGO*. Geraadpleegd op 6 maart 2022, van <https://bibliotheek.hu.nl/hulp-en-ondersteuning/full-text-toegang/hugo/>
- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. (z.d.). *Toezicht op aanpak wachttijden geestelijke gezondheidszorg (ggz)*. Geraadpleegd op 7 maart 2022, van <https://www.igi.nl/zorgsectoren/geestelijke-gezondheidszorg/wachttijden-in-de-ggz#:~:text=Wachttijden%20in%20de%20ggz%20ontstaan,aan%20samenwerking%20in%20de%20zorg.>
- Nivel. (z.d.). *dossier patiëntveiligheid*. Geraadpleegd op 5 maart 2022, van <https://www.nivel.nl/nl/dossier-patientveiligheid#:~:text=Pati%C3%ABntveiligheid%20is%20de%20situatie%20waarin,door%20tekortkomingen%20van%20het%20zorgsysteem.>
- Mortelmans, D. (2013) *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden* (vierde, herziene druk). Acco.
- Müller, M., Jürgens, J., Redaelli, M., Klingberg, K., Hautz, W. E., & Stock, S. (2018). Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. *BMJ-Open* 8(8). <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022202>
- Nelson, B. & Massey, R. (2010). Implementing an electronic change-of-shift report using transforming care at the bedside processes and methods. *The Journal of Nursing Administration*, 40(4), 162-168.
- Nieweg, R., & Groenhuis, M. (2013). *Flexibele standaardisatie mondelinge overdracht*. Hanzehogeschool Groningen.
- Pezzolesi, C., Schifano, F., Pickles, J., Randell, Hussain, Z., Muir, H., & Dhillon, S. (2010). Clinical handover incident reporting in one UK general hospital. *International Journal for Quality in Health Care*, 22(5), 396-401. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzq048>
- Randell, R., Wilson, S., & Woodward, P. (2011). The importance of the verbal shift handover report: A multi-site case study. *International Journal of Medical Informatics*, 80(11), 803-812.
- Rijksoverheid. (z.d.). *Veiligheid in de zorg*. Geraadpleegd op 26 februari 2022, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg/veiligheid-in-de-zorg>
- Safewards. (2022). *Positieve communicatie*. Geraadpleegd op 9 mei 2022, van <https://www.safewards.net/nl/interventies/positieve-communicatie>
- Sarvestani, R., Moattari, M., Nasrabadi, A. N., Momennasab, M., & Yektatalab, S. (2015). Challenges of Nursing Handover: A Qualitative Study. *Clinical Nursing Research*, 24(3), 234-252.  
<https://doi.org/10.1177/1054773813508134>
- V&VN. (2011). Richtlijn: *Verpleegkundige en verzorgende verslaglegging*. Geraadpleegd op 8 mei 2022, van <https://www.venvn.nl/media/jutbak5v/verple-1.pdf>
- V&VN, CGMV vakorganisatie voor christenen, CNV Zorg & Welzijn, HCF Nederland, NU'91, & RMU Sector Gezondheidszorg en Welzijn 'Het Richtsnoer'. (2015, januari). *Beroepscode van*

- verpleegkundigen en verzorgenden*. Geraadpleegd op 26 februari 2022, van <https://www.venvn.nl/media/04200a1u/de-nationale-beroepscode-voor-verpleegkundigen-en-verzorgenden.pdf>
- Van de Velde, E., Van Hecke, A., Van Cleemput, N., Eeckloo, K., & Malfait, S. (2021). Nursing handover involving consumers on inpatient mental healthcare units: A qualitative exploration of the consumers' perspective. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30, 1713-1725. <https://doi.org/10.1111/inm.12930>
- Van der Molen, L. (2017). *De verpleegkundige overdracht in beweging*. Den Haag: Nictiz.
- Van Haaren, E., & Kerstens, J. (2020). *Theoretisch kader voor de verpleegkundige beroepsuitoefening* (2e herziene druk). Bohn Stafleu van Loghum.
- Van Sluisveld, N., Hesselink, G., Van der Hoeven, J., Westert, G., Wollersheim, H., & Zegers, M. (2015). Improving clinical handover between intensive care unit and general ward professionals at intensive care unit discharge. *Intensive Care Medicine*, 41, 589-604. <https://doi.org/10.1007/s00134-015-3666-8>
- Verhoeven, N. (2020). *Thematische analyse: Patronen vinden bij kwalitatief onderzoek*. Boom.
- Vifladt, A., Simonsen, B. O., Lydersen, S., & Farup, P. G. (2016). Changes in patient safety culture after restructuring of intensive care units: Two cross-sectional studies. *Intensive and Critical Care Nursing*, 32, 58-65. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.06.004>
- VMS (z.d.). *SBAR-methode*. Geraadpleegd op 26 februari 2022, van <https://www.vmszorg.nl/praktijkvoorbeelden-en-tools/sbar-methode/>
- WHO. (2007). Communication During Patient Hand-Overs. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 33(7), 439-442. [https://doi.org/10.1016/s15537250\(0\)333128-0](https://doi.org/10.1016/s15537250(0)333128-0)
- Zorg en Welzijn. (2017). Goede visie ontwikkelen 'door de ogen van de cliënt'. Geraadpleegd op 9 juni 2022, van <https://www.zorgwelzijn.nl/goede-visie-ontwikkelen-door-de-ogen-van-client/>



# Bijlagen

## Bijlage 1: Codeboom

<b>CODEBOOM</b>		
<b>Categorieën (componenten)</b>	<b>Thema's (sub-componenten)</b>	<b>Codes</b>
<b>Personalia</b>	Personalia	Hoelang op de afdeling werkzaam
		Functie op de afdeling
		Relevante werkervaringen
		Relevante opleiding
<b>Kennis</b>	Percepties	Goede overdracht
		Functie van de overdracht
		Nuttige informatie
		Nutteloze informatie
		Wat is nodig voor verbetering
	Kennis	Richtlijnen, beleid en standaarden
		Afdelingsafspraken en methodes
	Vaardigheden	Geleerde vaardigheden
	Eigenschappen	Kennis en vaardigheden op peil houden
		Bevorderende persoonlijke eigenschap
<b>Ervaringen</b>	Persoonlijke ervaringen	Kwaliteit patiënten-overdracht
		Kwaliteit overdracht van de briefing
		Kwaliteit opname-overdracht
		Eerdere ervaringen
	Factoren	Knelpunten en belemmerende factoren
		Bevorderende factoren
<b>Voorbeelden</b>	EBP en literatuur voorbeelden	SBAR
		SOAP
		Patiënten inbreng
		Safewards model

## Bijlage 2: Infographic

# DE OVERDRACHT

## in de klinische ggz

**Wat bedoelen we met de overdracht?**

De overdracht is een unieke manier van communicatie tussen zorgprofessionals om de continuïteit van zorg te waarborgen. Hierbij worden verantwoordelijkheden, taken en informatie van patiënten overgedragen. Er zijn verschillende methoden die een 24-uursteam in de klinische ggz gebruikt. De meest voorkomende zijn mondeling, zoals de patiënten-overdracht en schriftelijk zoals rapportages of een combinatie ervan.

**Wat bedoelen we met de overdracht?**

De overdracht is een unieke manier van communicatie tussen zorgprofessionals om de continuïteit van zorg te waarborgen. Hierbij worden verantwoordelijkheden, taken en informatie van patiënten overgedragen. Er zijn verschillende methoden die een 24-uursteam in de klinische ggz gebruikt. De meest voorkomende zijn mondeling, zoals de patiënten-overdracht en schriftelijk zoals rapportages of een combinatie ervan.

**Waarom is er een probleem?**

66% van de zorgprofessionals in de ggz is ontevreden over de overdracht en wereldwijd worden knelpunten van de overdracht gezien als één van de grootste risico's in de zorg. De meest voorkomende knelpunten zijn onvolledige of onduidelijke informatie, tijd, locatie en gebrek aan gestandaardiseerde methoden. Deze knelpunten leiden tot een nadelig effect op patiëntveiligheid, verlengde of heropnames, complicaties of zelfs overlijden.

**Hoe kan het aangepakt worden?**

Er is meer onderzoek nodig om richtlijnen, innovatie en gestandaardiseerde methoden voor de klinische ggz te ontwikkelen. Er is ook meer aandacht nodig voor de overdracht tijdens de opleiding, zodat de kwaliteit verbeterd kan worden en er rolmodellen zijn die het goede voorbeeld kunnen geven. De werkdruk is hoog en er zal geïnvesteerd moeten worden in vast personeel om de kwaliteit te kunnen waarborgen.

**Wat kan jij nu doen?**

Beperk de inhoud van jouw overdracht tot wat er nodig is voor de continuïteit van zorg. Verminder afleiding tijdens het schrijven en lezen van rapportages en zorg voor rust en aandacht tijdens de mondelinge overdracht door over te dragen in een opgeruimde omgeving en laat één persoon zijn eigen overdracht doen. Maak als team gebruik van een methode, zoals bijvoorbeeld de SBAR of de SOAP. Zeg ook eens wat positiefs over de patiënt en leg moeilijk gedrag uit aan de hand van een psychologische verklaring.

© Ester van Kempen 2022