

## **EFFICIENTE INFORMATIEOVERDRACHT TUSSEN GEZONDHEIDSMEDEWERKERS**

M. Verbiest, Universitair Ziekenhuis Antwerpen

### **Communicatie in een complexe setting**

Een efficiënte samenwerking tussen gezondheidsmedewerkers is een essentiële voorwaarde om de continuïteit van de zorg te garanderen. De samenwerking is sterk afhankelijk van de uitwisseling van patiënteninformatie tijdens de verschillende zorgprocessen zoals de patiëntenoverdracht bij een shiftwissel, een overdrachtnota bij een transfer of tijdens een patiëntenronde [1]. Consistente communicatie verzekeren in een complexe setting zoals een ziekenhuis is een uitdaging. De workflow binnen de kritieke diensten is namelijk niet lineair, maar dynamisch en interactief. De patiënt doorkruist in de acute fase heel wat disciplines waardoor het traject sterk gefragmenteerd is. De inter- en multidisciplinaire communicatie verlopen hierdoor niet alleen over verschillende mediums, maar zijn inhoudelijk ook gekenmerkt door een sterke variabiliteit. Afhankelijk van de soort van informatie zal de communicatie schriftelijk, mondeling (face to face of telefonisch) of gecombineerd verlopen. Een hoge variabiliteit in het communicatieproces in combinatie met eens sterk fluctuerende workload en de nood aan acute interventies vormen bedreigingen voor de continuïteit en kunnen een aanleiding zijn voor het maken van fouten [2,3].

De Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) onderzoekt sinds 2004 alle sentinel events van de JCI geaccrediteerde ziekenhuizen in de Verenigde Staten. Een gespecialiseerde commissie bekijkt de root cause analyse en beschrijft dat in 70% van events communicatiefouten aan de basis liggen van medische fouten [4]. Dit cijfer hoeft niet te verbazen aangezien onze interventies/processen quasi altijd starten na mondelinge communicatie (bv. briefing) of schriftelijke verslaggeving (bv. ontslagformulier)

De impact van suboptimale communicatie heeft consequenties voor zowel de patiënt als de medische staf. De patiënt heeft een verhoogde kans op heropname of transfer naar intensieve zorgen door te laat gestelde diagnoses of een gebrek aan een actueel behandelplan. De kans op medicatiefouten, postoperatieve complicaties en overbodige onderzoeken stijgt, samen met de verblijfsduur. Voor de medische staff zorgt dit voor frustratie, onzekerheid en een dalende jobsatisfaction [5].

### **Waar zitten de gaps?**

Flemming beschrijft in een literatuuronderzoek de specifieke fouten en tekortkomingen in de communicatie tijdens de patiëntenoverdracht. Uit deze review blijkt dat verpleegkundigen en artsen bij het brieven tussen de shifts te weinig informatie geven over de klinische presentatie, waarbij er te veel subjectieve elementen zitten en te weinig objectieve parameters. Belangrijke aspecten zoals de reden van opname, het actueel medisch probleem, de medicatie en to do's ontbreken vaak.

In het algemeen worden de briefings getypeerd door veel retrospectieve feiten en weinig proactieve sturing of aanbevelingen. Na een analyse van ontslagnota's viel op dat zowel artsen als verpleegkundigen niet altijd een overzicht geven van reeds opgestarte behandelingen. De beschreven informatie is vaak ongestructureerd of zelfs contradictorisch. Door een gebrek aan structuur kan er een misperceptie zijn over de mate van 'belangrijkheid' in een stuk informatie. De oorzaak voor deze lacunes is te wijten aan een gebrek aan toegang tot informatie die up to date is, te veel irrelevante informatie en een gebrek aan een gestandaardiseerde procedure. Zorgverleners zien niet altijd de noodzaak om een briefing voor te bereiden waardoor de informatie te beperkt of net te uitgebreid is en ongestructureerd gebracht wordt [3,6].

## Naar een Elektronisch Patiënten Dossier?

Meer en meer investeren ziekenhuizen in elektronische tools om de communicatie te stroomlijnen. Een elektronisch systeem voor informatieoverdracht, stand alone of geïntegreerd in een elektronische patiënten dossier (EPD), zorgt o.a. voor een verhoogde kwantiteit van data. De mate van kwaliteitsverbetering hangt af van de configuratie en het gebruik. Deze twee aspecten zijn belangrijk om de explosie aan data die elektronisch gegenereerd wordt te kunnen filteren. Zo niet zal het systeem de verschillende disciplines 'dwingen' om asynchroon te werken waardoor men niet meer in staat is om het totaalbeeld van de patiënt te overzien [6]. Een elektronisch systeem zal een belangrijke rol spelen in het up to date houden van patiëntengegevens. Het biedt een vaste structuur waarin kritische informatie (zoals labo/onderzoeksresultaten, ontslagnota's, ..) snel beschikbaar is en gedeeld kan worden.

## Consistente communicatie als meetbare standaard

Gedurende de laatste tien jaar is er een toenemende nood aan gestandaardiseerde communicatietools om de patiëntenoverdracht te bevorderen (AMA2006, AHRQ 2009, IOM 2001, WHO 2006). De joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations voegt in 2006 drie international patient safety goals toe. Ten eerste moet een ziekenhuis over een gestandaardiseerd systeem beschikken om alle mondelinge en telefonische communicatie te verbeteren. Verschillende accenten, dialecten of de mate van articulatie kunnen er voor zorgen dat de ontvanger de boodschap verkeerd begrijpt. Bijvoorbeeld bij een "sound-a-like" medicatieorder (bv. Kalium-Valium). Ten tweede ontwikkelt en implementeert het ziekenhuis een systeem om kritieke laboresultaten en diagnostische tests te communiceren. En ten derde implementeert het ziekenhuis een proces voor een efficiënte informatieoverdracht tussen gezondheidsmedewerkers bij shiftwissels en zowel interne als externe transfers [7]. De minimumcriteria voor een effectieve patiëntenoverdracht bij een transfer van of naar intensieve zorgen zijn eveneens opgenomen in het 'eisenkader intensieve zorgen' van het agentschap zorg en gezondheid [8].

De professionele communicatie staat niet alleen in voor informatieoverdracht, maar moet de gemeenschappelijke basis vormen om kennis uit te wisselen en de volgende stappen in het zorgproces te overleggen en te plannen.

## De ISBARR briefingtechniek



ISBARR is een erkend kader waarin zorgverleners kritische informatie op een duidelijke en consistente manier kunnen verzamelen en communiceren. ISBARR staat voor Identification, Situation, Background, Assessment, Recommendation en Readback. Het is een eenvoudig te onthouden methode die aanstuurt op een analyse van de situatie ter voorbereiding op de communicatie met een andere hulpverlener. Het biedt de gelegenheid verwachtingen te vermelden betreffende de outcome van de conversatie en vermindert de kans op ontbrekende gegevens. Gezondheidsmedewerkers formuleren zo alleen relevante informatie en sturen aan op de te nemen maatregelen.

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen SBAR en ISBARR.

SBAR is een vaste opeenvolging van stappen die samen een gemeenschappelijk basis vormen waarin alle communicatie verloopt. Bijvoorbeeld een briefing bij shiftwissels (intra –of interdisciplinair),

verpleegkundige en medische ontslagnota's, enz. ISBARR (waarbij identificatie en readback toegevoegd zijn) is bedoeld voor het mondeling of telefonisch doorgeven van onderzoeken, medicatieorders, of laboresultaten [9].

De stappen worden toegelicht:

### I dentification:

- Identificeer jezelf, je locatie en de dienst vanwaar je belt.
- Identificeer de patiënt a.d.h.v. zijn voornaam, naam en geboortedatum en de reden van je melding.

### S ituation:

- Beschrijf de reden van je oproep of de huidige toestand van de patiënt.
- Wat is er aan de hand
- Wanneer is het gebeurd?
- Wat is de graad van ernst? (MEWS)

### B ackground:

- Geef de reden van opname en de huidige diagnose
- Geef een samenvatting van de informatie die relevant is voor het huidige probleem.
- Informeer de hulpverlener betreffende de relevante medische achtergrond van de patiënt. Hiervoor moet je het dossier van de patiënt bij de hand hebben.

### A ssessment:

- Geef informatie over de laatste bevindingen die de recentste klinische toestand van de patiënt weergeven, d.w.z. systematisch, stelsel per stelsel overlopen: neurologische, hemodynamische en respiratoire functies, laboresultaten, reeds opgestarte hulpmiddelen, toestellen, enz. ...
- Denk kritisch na bij de beoordeling van de situatie wanneer je de arts informeert. Dit houdt in dat je een analyse hebt gemaakt over wat de onderliggende reden zou kunnen zijn voor de conditie van je patiënt.

### R ecommendation:

- Wat is jouw aanbeveling? Wat verwacht je?

### R eadback:

- Herhaal het mondelinge of telefonisch order en noteer dit zo snel mogelijk in het patiëntendossier.

Naast de technische aspecten is het ook belangrijk om vaste afspraken te maken alvorens de briefing te starten:

- Elke briefing tussen de shifts begint met een safetybriefing: zijn er acute situaties?, dringende opnames/ontslagen?, zaken waarop gelet moet worden?. Deze briefing is plenair en wordt best gegeven door de shiftverantwoordelijke. Het is vanzelfsprekend dat alle teamleden aanwezig zijn. De aanwezigheid van de arts is zeker een meerwaarde.
- Duidelijke patiëntentoewijzing voor de start van de briefing (bij een plenaire briefing)
- Strikte timing! D.w.z. op tijd beginnen en geen andere 'sociale' activiteiten tijdens dit moment.
- Stoorzenders zoveel mogelijk vermijden. (geen telefoons, niet eten, niet praten over niet werkgerelateerde zaken)

## M. Verbiest

Door de informatieoverdracht te structureren en te uniformiseren bekomt men een significant verhoogde kwaliteit van informatie, veiligheid en volledigheid. Consistente informatieoverdracht bevordert het teamwork, stroomlijnt de activiteiten en zal op die manier zorgen voor minder medicatiefouten, minder heropname, een kortere verblijfsduur op intensieve zorgen [3,5,9,10].

Door het respecteren van de timing komt er meer tijd vrij voor patiëntenzorg en zorgverleners hebben meer controle over hun activiteiten.

De implementatie van het ISBARR model vraagt opleiding, technische training en het moet 'gedragen' worden binnen heel de organisatie. Referentieverpleegkundige en hoofdverpleegkundige staan in voor het individueel coachen van collega's. Het vormen van een kleine werkgroep binnen de afdeling is een meerwaarde om draagvlak te creëren en het juiste voorbeeld te stellen.

### Daily Goals Checklist

De dagelijkse patiëntenronde op intensieve zorgen is een sleutelmoment in de communicatie tussen de disciplines. Elke patiënt wordt individueel klinisch bekeken door de behandelende intensivist en toegewezen verpleegkundige. De arts en verpleegkundige kunnen zich laten bijstaan of adviseren door andere disciplines zoals bijvoorbeeld medische specialisten, apotheker, diëtist, kinesitherapeut, enz. ... Het doel van deze "toer" is na overleg tot een zorgplan te komen waarbij alle disciplines op de hoogte zijn van het te volgen beleid in de komende 24 uur. Ondanks dat de klinische toestand van de patiënt snel kan veranderen zal tijdens de patiëntenronde het beleid inzake weaning, sedatie/pijn/delir, hemodynamische ondersteuning, mobilisatie, enz. afgesproken worden. In de literatuur is er inhoudelijk een grote variatie beschreven. Lane onderzocht de invloed van verschillende methodes inzake patiëntenrondes op de kwaliteit en continuïteit van de zorg. Zes aspecten zijn cruciaal om dit efficiënt en gestructureerd te laten verlopen: de configuratie van het patiëntendossier, de faciliteiten om alle disciplines bedside te betrekken, het werken met doelstellingen/targets, de manier van informatie- uitwisseling/communicatiestrategie en de samenstelling van het team [11].

Onderzoek geeft aan dat het proces gestandaardiseerd moet zijn. Dit betekent dat de rolverdeling duidelijk is (wie levert welke input), de visualisatie van het dossier moet voorzien zijn (papier vs elektronisch) en de teamleden worden zo weinig mogelijk gestoord (geen contact met de familie). Tot slot wordt aangegeven dat het werken met een daily goal checklist een ondersteunende tool is in de afstemming van het medisch beleid. Een belangrijke voorwaarde is dat dit document dynamisch en consequent wordt gebruikt [12].

Onderstaande checklist is ontwikkeld in het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en is gebaseerd op de Daily Goal Checklist van het Johns Hopkins Institute [13]. De checklist bestaat uit een prétoer-module waarbij de nachtverpleegkundige de patiëntgebonden specificaties invult. Dit zijn de huidige interventies, klinische updates en verpleegkundige vragen/bezorgdheden. Dit wordt bekeken en aangepast door de verpleegkundige in de vroege shift voor de start van de patiëntenronde. Elke dag wordt er door de arts die de ronde leidt een nieuw formulier gemaakt met de doelstellingen en targets voor de komende 24 uur. De vragen van de verpleegkundigen kunnen dan eveneens behandeld worden. Het voordeel van deze checklist is dat naast de mondelinge communicatie/briefing van arts op verpleegkundige of tussen verpleegkundigen tijdens de shiftwissel er ook in het dossier een up to date zorgplan aanwezig is. Tijdens de toer kan men anticiperen op potentiële problemen zodat de therapeutische opties en medicatie voor de artsen en verpleegkundigen van de volgende shift duidelijk zijn [12,13]. Op gebied van communicatie biedt de checklist een systematische aanpak dat het multidisciplinair werk faciliteert. Alle disciplines kunnen input leveren en kunnen op één document zien wat de status en de planning is van de patiënt indien zij niet aanwezig waren op de toer.

UZA ICU DAILY GOAL CHECKLIST / PLAN OF CARE					
Hemodynamiek	Op continu inotropie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MAP streefwaarde:
	Op continu antihypertensiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Systole streefwaarde:
				<input type="checkbox"/>	Bloeddruk handhaven met: (levophed Adrenaline, Rydene,.....)
	IABP ter plaatse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IABP: 1:1 1:2 1:3
	Pacemaker ter plaatse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pacing: Modus frequentie
Sedatie/pijn/delir	Op continu sedatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sedatie: aanhouden
				<input type="checkbox"/>	Afbouwen met:
				<input type="checkbox"/>	Verhogen met:
	Sedatie onderbreken/afbouwen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wake-up: Ja/Neen
				<input type="checkbox"/>	Streef RASS: 1 2 3 4 5
	Pijnbeleid verderzetten/afbouwen/verhogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Analgesie: aanhouden
				<input type="checkbox"/>	Afbouwen
			<input type="checkbox"/>	Verhogen met:	
	Verwardheid/onrust: medicatie/fixatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Delirium Ja/Neen : medicatie conditional
	Houding en mobiliteit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mobiliteitsplan herbekeken 30° wisselhouding 4/8u opzitten 1/d 2/d
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bedfiets
	Kwaliteit van de nachtrust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Slaapdeprivatie medicatie conditional
Beademing	VAP bundel opgestart	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verderzetten Gecontroleerde beademing
	Mondhygiëne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Geassisteerde beademing
	Dagelijkse RX-Thorax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Afbouwen Afbouwen assist: met ...
	Is er een contra voor SAT (spontane AH trial)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	T-piece
				<input type="checkbox"/>	Uitvoeren Spontane ademhalings trial x/d gedurende x/u
				<input type="checkbox"/>	Streefsaturatie
				<input type="checkbox"/>	Streef pO2
				<input type="checkbox"/>	Streef pCO2
	Thoraxdrainage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avondrust Geassisteerde beademing: PSV - PCV
			<input type="checkbox"/>	TX-drain Suctie waterslot afklemmen verwijderen	
ICP/EVD	ICPmeting onder controle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	streefdoel ICP
	Observatie liquor			<input type="checkbox"/>	CPP
				<input type="checkbox"/>	EVD aflopen vanaf mmHg naar mmHg
				<input type="checkbox"/>	EVD continu open naar mmHg
Transfusie	Bloeding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Streef Hb
	progressief dalend Hb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thrombocyten Target:
	ECL in voorraad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Plasma FFP
Psychosociaal	DNR code geregistreerd			<input type="checkbox"/>	code ingevuld
	Status update behoefte familie				aangepast
	Gesprek met familie gepland				
Vermoedelijke ontslagdatum	ontslagdatum gepland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aangepast Ja/Neen
Vragen aan de arts					

## Conclusie

Communiceren is meer dan alleen het “doorgeven” van informatie. Door consistent te communiceren vormen gezondheidsmedewerkers een gemeenschappelijk platform van waaruit interventies starten die bepalend zijn voor de continuïteit en de outcome van de patiënt. Briefings en patiëntenrondes zijn momenten die behoren tot dit platform.

Ziekenhuizen zetten in het accreditatieproces volop in op het verhogen van de patiëntveiligheid en het voorkomen van fouten. Het SBAR communicatiemodel en de UZA ICU Daily Goal Checklist zijn belangrijke tools van waaruit interventies en zorgplannen gepland of gestart worden. Door proactief te werk te gaan zal de kwaliteit en veiligheid van de zorg verhogen dwz. Anticiperen op bijvoorbeeld verwardheid, toenemende pijn, moeilijke weaning, enz...

Afgaande op de huidige inzichten kan gesteld worden dat bij het optimaliseren van het briefingproces de volgende drie zaken belangrijk zijn: een gestandaardiseerd document, bij voorkeur ondersteund door een elektronisch dossier, een ziekenhuisbrede briefingstechniek/tool (bijvoorbeeld ISBARR) en ziekenhuisbrede vaste afspraken om de briefing niet te storen. (bijvoorbeeld geen patiënttransfers tijdens de shiftwissels).

## Referentielijst

- [1] Flemming D, Paul M, Hübner U. Building a common ground on the clinical case: design, implementation and evaluation of an informed model for handover EHR. *Nursing informatics* 2014.
- [2] Garrouste-Orgeas M, Philippart F, Bruel C, Max A, Lau N, Misset B, Overview of medical errors and adverse events *Annals of Intensive Care* 2012, 2:2.
- [3] Smeulders M, Van Tellingen I, Lucas C, Vermeulen H. Effectiveness of different nursing handover styles for ensuring continuity of information in hospitalised patients. *The Cochrane collaboration*. 2012, Issue 7.
- [4] The Joint Commission. Root Causes by event type 2004 – 2Q2014. Geraadpleegd via [http://www.jointcommission.org/Sentinel\\_Event\\_Statistics/](http://www.jointcommission.org/Sentinel_Event_Statistics/) op 15 september 2014.
- [5] Randmaa M, Martensson G, Swenne C, et al. SBAR improves communication and safety climate and decreases incident reports due to communication errors in an anaesthetic clinic: a prospective intervention study. *BMJ Open* 2014;4.
- [6] Flemming D, Hübner U. How to improve change of shift handovers and collaborative grounding and what role the electric patient record system play? Results of a systematic literature review. *Int J Med Inform.* 2013, 82(7);580-92.
- [7] The Joint Commission International. Accreditation standards for hospitals, 5th edition. International Patient Safety Goals. Improve Effective Communication. 2014: 21-24.
- [8] Agentschap zorg en gezondheid: eisenkader van de internistische patiënt. Geraadpleegd via: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/Beleid/Procedures/Ziekenhuizen/Eisenkader-voor-de-internistische-patiënt/eisenkader>. op 15 september 2014.
- [9] Haig K, Sutton S, Whittington J. SBAR: a shared mental model for improving communication between clinicians. *J. Qual and Pat Saf:* 32(3), 167-175
- [10] Beckett CD, Kipnis G. J. Collab. Integrating SBAR to improve quality/patient safety outcomes. *Healthc Qual.* 2009 Sep-Oct;31(5):19-28.
- [11] Lane D, Ferri M, Lemaire J, McLaughlin K, Stelfox H. A systematic review of evidence-informed practices for patient care rounds in the IC. *Crit Care Med* 2013; 41:2015-2029.
- [12] Centofanti J, Duan E, Hoad N, Swinton M, Perri D, Waugh L et al. Use of a Daily Goal Checklist for morning ICU rounds: a mixed-methods study. *Crit Care Med* 2014;42:8.
- [13] Pronovost P, Berenholtz S, Dorman T et al: Improving communication in the ICU using daily goals. *J Crit Care* 2003; 18:71-75.