

# Verbeter de SBAR-methode de overdracht en de samenwerking?

Audrey van der Veen, Joke Koelewijn

**In navolging van het advies van de Stuurgroep zwangerschap en geboorte heeft het VSV Utrecht Zuid en Omstreken de SBAR-methode ingevoerd. Audrey van der Veen onderzocht voor haar masterstudie de veranderingen in de overdracht durante partu na invoering van de SBAR-methode. Zij toonde aan dat de overdracht daadwerkelijk verbetert na invoering van deze methode. Daarnaast geeft haar studie inzicht in de verbeterpunten voor de overdracht en de samenwerking.**

## Inleiding

Een van de adviezen in het rapport 'Een goed begin' van de Stuurgroep zwangerschap en geboorte is het opstellen van een multidisciplinair protocol voor de overdracht<sup>[1]</sup>. De overdracht tijdens de baring is geassocieerd met een verhoogd risico op perinatale mortaliteit en morbiditeit<sup>[2, 3]</sup>. Volgens Amerikaans onderzoek zijn communicatieproblemen bij de overdracht in 72% van de gevallen de kernoorzaak van ernstige ongewenste gebeurtenissen in de perinatale zorg<sup>[4]</sup>. Nederlands onderzoek laat zien dat gebrekkige communicatie een van de oorzaken in 27 van de 70 (39%) kritische incidenten uit de perinatale zorg was. Deze incidenten werden tussen september 2006 en september 2008 gemeld bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg<sup>[5]</sup>.

Ter verbetering van de inhoud en structuur van de overdracht, wordt in de zorg steeds vaker de – uit de luchtvaart afkomstige – SBAR-methode gebruikt<sup>[6]</sup>. De SBAR-methode heeft een vast stramien, waardoor professionals leren relevante informatie duidelijk over te dragen en assertief te zijn in het belang van de veiligheid van de patiënt.

In het Verloskundig Samenwerkingsverband Utrecht Zuid en omstreken (VSV Utrecht Zuid e.o.) is vanaf december 2012 de SBAR-methode ingevoerd voor de overdracht durante partu van de eerste naar de tweede lijn. De huidige wijze van overdragen en de SBAR-methode zoals gebruikt bij de CAVE-training (Cursus Acute Verloskunde) en de SBAR-training van het Medisch Training en Simulatie Center (METS-center) zijn gebruikt om de SBAR-methode aan te passen aan het VSV (afbeelding 1). De afspraken over het gebruik zijn vastgelegd in een

## Samenvatting

### Doel

Onderzoeken van het effect van invoering van de SBAR-methode voor overdracht in het VSV Utrecht-Zuid e.o.

### Methode

Voor en na implementatie van de SBAR-methode vulden zorgverleners na iedere overdracht durante partu een korte, voor dit doel ontwikkelde, vragenlijst in. De uitkomsten zijn beschreven en de verschillen tussen voor- en nameting zijn getoetst.

### Resultaten

We ontvingen respectievelijk 96 en 104 vragenlijsten bij voor- en nameting. We vonden significante toenames in het aantal besproken items en de volledigheid van de informatie. Vooral de items van Situatie en Background (voorgeschiedenis) werden vaker (volledig) besproken. Van de betrokken zorgverleners vond ruim 70% dat de inhoud en 80% dat de structuur van de overdracht verbeterden. Bij de nameting bleek dat SBAR bij 81% van de overdrachten ten minste gedeeltelijk toegepast wordt.

### Conclusie

Door invoering van de SBAR-methode zijn inhoud en structuur van de overdracht verbeterd, ondanks het feit dat de methode nog niet overal routinematig werd toegepast.

*A. van der Veen MSc is klinisch verloskundige en verbonden aan St. Antonius Inatal / VSV Utrecht Zuid e.o.; dr J.M. Koelewijn is verloskundige np, docent Master of Science Verloskunde, afdeling Verloskunde en Gynaecologie, Academisch Medisch Centrum, Universiteit van Amsterdam en docent afdeling Huisartsgeneeskunde, Universitair Medisch Centrum Groningen*  
correspondentie: a.van.der.veen@antoniusalnatal.nl

**Afbeelding 1.** SBAR-methode aangepast voor de verloskundige overdracht van eerste lijn naar tweede lijn door en voor het VSV Utrecht Zuid en Omstreken

<b>S</b>	<b>Situatie</b>	naam en functie/praktijk betrokken zorgverleners	S1
		patiëntnaam, geboortedatum	S2
		graviditeit, pariteit, zwangerschapsduur	S3
		reden van overleg/verwijzen	S4
<b>B</b>	<b>Background</b> Achtergrond	relevante algemene voorgeschiedenis	B1
		relevante obstetrische voorgeschiedenis	B2
		medicatiegebruik, allergieën	B3
		bijzonderheden in het verloop van de zwangerschap	B4
		verloop baring tot nu toe	B5
<b>A</b>	<b>Assessment</b> Beoordeling	moeder: ervaring/RR/temp, ABCD, bloedverlies	A1
		conditie kind: cortonen, geschat gewicht	A2
		vordering van de baring: weeën/VT/partogram	A3
		reeds uitgevoerde interventies	A4
<b>R</b>	<b>Recommendation</b> Aanbeveling	verwachte aankomsttijd op verloskamer	R1
			R2
			R3

overdrachtsprotocol, met als hulpmiddel een SBAR-notitieblok en een SBAR-zakkaartje als geheugensteun. Ook is er een multidisciplinaire teamtraining gegeven door het METS-center.

In een pilotstudy onderzochten wij welk effect de invoering van de SBAR-methode heeft gehad op verschillende aspecten van de overdracht. Gekeken werd naar onderwerpen als: inhoud en structuur, de samenwerking rond de overdracht – zoals de dialoog over het te volgen beleid, het onderlinge vertrouwen tussen zorgverleners, de aandacht voor elkaar en de overdracht.

### Methoden

Het onderzoek is verricht in het VSV Utrecht Zuid e.o. Dit omvat het St. Antonius ziekenhuis in Nieuwegein met

zestien gynaecologen, veertien klinisch verloskundigen, tien arts-assistenten en zestien verloskundigenpraktijken met ruim 60 verloskundigen. Jaarlijks zijn er ongeveer 2000 klinische partussen. In oktober 2012 vond de voormeting plaats en in februari en maart 2013 de nameting. Bij beide meetmomenten vulden zowel de verantwoordelijke eerste- als tweedelijns zorgverlener, na elke overdracht tijdens de baring (tot twee uur post partum), een voor dit onderzoek ontwikkelde korte vragenlijst in over de overdracht die zojuist had plaatsgevonden. De klinische zorgverleners waren meestal een klinische verloskundige of arts-assistent. Er werden gestructureerde vragen gesteld over de inhoud van de overdracht en de tevredenheid over verschillende aspecten van de overdracht. Bij

**Tabel 1.** Verzonden en terugontvangen vragenlijsten voor en na invoering van de SBAR-methode voor de overdracht durante partu

overdrachten durante partu	voormeting		nameting	
	n=59		n=98	
	1e lijn n (%)	2e lijn n (%)	1e lijn n (%)	2e lijn n (%)
vragenlijsten verzonden	55 (93)	59 (100)	68 (69)	70 (71)
vragenlijst retour	43 (78)	53 (90)	46 (68)	58 (83)
complete sets* retour	40		40	

\* per overdracht zijn twee vragenlijsten verzonden, zowel naar de betrokken eerstelijns als naar de tweedelijns zorgverlener. Onder complete set wordt verstaan dat van eenzelfde overdracht beide vragenlijsten retour ontvangen zijn.

de voormeting gingen twee open vragen over verbeterpunten voor de overdracht en de samenwerking rond de overdracht. Bij de nameting werd in een gestructureerde vraag nagegaan of in de – bij de voormeting aangegeven – verbeterpunten verandering was opgetreden. Ook werden een aantal stellingen over de SBAR-methode voorgelegd en in een open vraag inventariseerden wij verbeterpunten voor de SBAR-methode.

De verschillen tussen de overdrachten vóór en na invoering van de SBAR-methode zijn getoetst met Pearson's Chi-kwadraattoets of Fisher's exact test. Een p-waarde < 0,05 werd als significant beschouwd. Voor items die alleen bij de nameting zijn bevraagd berekenden wij de 95% betrouwbaarheidsintervallen rondom de proporties. De antwoorden op de open vragen zijn gecategoriseerd en beschreven (n, %). De gegevens zijn geanalyseerd met SPSS 21.0.

## Resultaten

Tijdens de voormeting waren er 59 overdrachten durante partu en tijdens de nameting 98. Door logistieke oorzaken werd niet voor elke overdracht een vragenlijst verzonden naar zowel de eerste- als de tweedelijns zorgverlener. Bij de voormeting vulden 43 eerstelijns en 53 tweedelijns zorgverleners een vragenlijst in, bij de nameting 46 eerstelijns en 58 tweedelijns zorgverleners. De totale respons op de vragenlijsten was bij de voormeting 84% en bij de nameting 75% (tabel 1).

Bij de voormeting noemden de betrokken zorgverleners

in 52 van de 96 vragenlijsten verbeterpunten voor de overdracht en in 21 vragenlijsten verbeterpunten voor de samenwerking. De meest genoemde verbeterpunten staan in Tabel 2. Het vaakst genoemde verbeterpunt was volledigheid van de informatie.

Bij de nameting gaven zowel de eerste- als de tweedelijns zorgverleners een verbetering aan op de meeste – in de voormeting genoemde – verbeterpunten. Dit betrof vooral de volledigheid en structuur van de overdracht (Tabel 2). Twee zorgverleners vonden 'tijd voor de overdracht' verslechterd en één zorgverlener vond 'relevantie van informatie' verslechterd.

Bij zowel voor- als nameting vroegen we de zorgverleners naar hun tevredenheid over een aantal onderdelen van de overdracht (inhoud, structuur, duur, samenwerking rond de overdracht, patiëntenzorg rond de overdracht en de overdracht als geheel). Over het algemeen was men zowel bij de voor- als nameting tevreden over de verschillende onderdelen. De tweedelijns zorgverleners waren significant vaker tevreden over de structuur van de overdracht na invoering van de SBAR-methode (74% naar 90% ( $p=0.028$ )).

De daadwerkelijke inhoud van de overdracht hebben we in kaart gebracht door beide, bij de overdracht betrokken, zorgverleners zowel bij de voor- als bij de nameting te vragen of een item van de SBAR volledig (ja), deels of niet (nee) besproken of niet van toepassing was.

**Tabel 2.** Genoemde verbeterpunten voor de overdracht en samenwerking en de opgetreden verandering

verbeterpunt	genoemd bij voormeting#	verandering bij nameting (n=84*)	
	n	verbeterd %* (95%-BI)**	onveranderd %* (95%-BI)**
volledigheid van informatie in de overdracht	22	76 (67-85)	24 (15-33)
relevantie van de informatie in de overdracht	5	70 (60-80)	29 (19-39)
de tijd die wordt genomen voor de overdracht	14	58 (47-69)	39(29-49)
duidelijkheid te volgen beleid na overdracht	4	51 (40-62)	49 (38-60)
de structuur van de overdracht	13	80 (71-88)	20 (12-29)
de bereikbaarheid van de juiste tweedelijns zorgverlener	5	46 (36-57)	54 (43-64)
de dialoog over de casus tijdens de overdracht	7	73 (64-83)	27 (17-36)
de aandacht voor de overdracht	8	77 (68-86)	23 (14-32)
de aandacht voor het perspectief van de patiënt bij de overdracht	8	52 (41-62)	48 (37-59)

# eenzelfde verbeterpunt kan door een zorgverlener die bij meerdere overdrachten betrokken is geweest, bij elke overdracht opnieuw zijn aangegeven. Er kunnen meerdere verbeterpunten in één vragenlijst genoemd zijn.

\* proportie berekend als percentage van aantal ingevulde vragen (variërend van 71 tot 84)

\*\* 95%-betrouwbaarheidsintervallen (BI) rondom de proporties zijn berekend met behulp van :

$p \pm 1,96 \cdot \text{WORTEL}(p \cdot (1-p)/n)$ .

**Tabel 3.** Stellingen over de SBAR-methode zelf en de invoering van de SBAR-methode

Stelling	Totaal (n=max 104)*	
	oneens % (95%-BI)**	eens % (95%-BI)**
Het protocol voor de overdracht is duidelijk en bevat alle noodzakelijke informatie.	2,5 (0-6)	97,5 (94-100)
De SBAR-hulpmiddelen zorgen ervoor dat de methode makkelijk toepasbaar is.	5 (2-12)	95 (88-100)
De SBAR-training draagt bij aan een goede implementatie van de SBAR-methode.	4 (0-8)	96 (91-100)
Ik ben voldoende toegerust om de SBAR-methode toe te kunnen passen.	7 (2-12)	93 (88-98)
De SBAR-methode zorgt voor een verbetering van de overdracht.	3,5 (0-7)	96,5 (92-100)
De SBAR-methode zorgt voor een verbetering van de samenwerking.	3,5 (0-7)	96,5 (92-100)
Ik vind het prettig om volgens de SBAR-methode over te dragen.	6 (1-13)	94 (86-100)

\* uit de noemer zijn de vragenlijsten verwijderd waarin de betreffende vraag niet is beantwoord (n variërend van 79-104).

\*\* 95%-betrouwbaarheidsintervallen (BI) rondom de proporties zijn berekend met behulp van de formule  $p \pm 1,96 \cdot \text{WORTEL}(p \cdot (1-p)/n)$ .

Volgens de eerstelijns zorgverleners kwamen algemene voorgeschiedenis, met een toename van 61% naar 80% ( $p=0,038$ ) en conditie kind, met een toename van 61% naar 85% ( $p=0,010$ ) significant vaker aan de orde (volledig of deels besproken) na invoering van de SBAR-methode. Volgens de tweedelijns zorgverleners gold dit voor naam/functie zorgverlener, naam/geboortedatum patiënt en medicatiegebruik en allergieën, met toenames van respectievelijk 83% naar 95% ( $p=0,045$ ), 81% naar 95% ( $p=0,03$ ) en 23% naar 41% ( $p=0,035$ ).

Het volledig bespreken van de items was de grootste verandering. De eerstelijns zorgverleners gaven aan dat medicatiegebruik en allergieën (item b3) significant ( $p=0,033$ ) vaker volledig waren besproken (figuur 1). De tweedelijns zorgverleners signaleerden meer verbeteringen: op bijna alle items van 'Situation' ( $p=0,001-0,004$ ) en 'Background' ( $p=0,003-0,019$ ) (uitgezonderd de reden van verwijzing en verloop zwangerschap) én op de conditie van de moeder ( $p=0,033$ ) (figuur 2). Ook was er vaker overeenstemming tussen eerste en tweede lijn over het volledig besproken zijn van de items (figuur 3).

De antwoorden op de stellingen toonden aan dat de zorgverleners over het algemeen positief oordeelden over de SBAR-methode en over de verschillende onderdelen van de implementatiestrategie (tabel 3). Op de vraag of er verbeterpunten waren voor de SBAR-methode werd het meest geantwoord dat de methode nog niet routinematig werd toegepast. Dit bleek ook uit de antwoorden op de vraag of de methode (volledig) was gebruikt na imple-

mentatie. De tweedelijns zorgverleners gaven minder vaak aan dat de SBAR-methode (volledig) werd gebruikt (figuur 4).

### Discussie

Wij onderzochten de effecten van de invoering van de SBAR-methode op de overdracht en de samenwerking rondom die overdracht binnen het VSV Utrecht Zuid e.o. Zowel de eerste- als de tweedelijns zorgverleners vonden dat vrijwel alle onderdelen van de SBAR vaker volledig (of in ieder geval deels) besproken werden na invoering van de SBAR-methode. Beide groepen zagen na invoering een verbetering van de overdracht en de samenwerking rondom de overdracht; dit alles ondanks het feit dat er nog zaken te verbeteren zijn en dat de methode nog niet routinematig werd toegepast. Een dergelijk bescheiden succes van de implementatie van SBAR werd ook gevonden in andere studies<sup>[7, 8]</sup>.

In deze studie beschouwden wij de inhoud van de overdracht zowel vanuit het perspectief van de zorgverlener die de informatie wil overdragen (de eerstelijns zorgverlener), als de zorgverlener die de informatie ontvangt (de tweedelijns zorgverlener). Er is dus niet geobserveerd wat er daadwerkelijk gezegd is, maar wat de zorgverleners zich herinnerden gezegd of gehoord te hebben. De herinneringen van de eerste- en de tweedelijns zorgverlener blijken niet altijd met elkaar overeen te stemmen. De overeenstemming was echter wel toegenomen na implementatie van de SBAR-methode. Dat betekent dat de invoering van SBAR niet alleen de inhoud van de overdracht verandert, maar dat de overdracht ook

verbetert doordat de ontvanger van de overdracht vaker gehoord (en begrepen) blijkt te hebben wat de zorgverlener die overdraagt denkt over te brengen.

De gekozen benadering van een voor- en nameting met een vragenlijst met gesloten en open vragen gaf ons inzicht in de verbeterpunten en vervolgens ook in de gerealiseerde verbeteringen en veranderingen. Eventuele nadelen van implementatie van de SBAR-methode, zoals afnemende tevredenheid, verslechtering op verbeterpunten (voor de methode), konden op deze manier ook in kaart gebracht worden.

In deze studie met een relatief kleine steekproef, waarbij de SBAR-methode nog niet routinematig bij alle overdrachten werd gebruikt, is waarschijnlijk niet het maximaal te bereiken effect bij volledige implementatie in kaart gebracht. Wel hebben we op voldoende items positieve verandering aangetoond om te kunnen concluderen dat de inhoud van de overdracht verbeterd is en vollediger is geworden. We zagen dit vooral bij de items van de Background. Voor dit onderdeel is het vastleggen van afspraken over wat wordt overgedragen, dus zeker zinvol. Ondanks veel verbetering op deze items, kan het nog beter: tweedelijns zorgverleners hebben bij de nameting nog vaak genoteerd dat zij het bespreken van medicatie en allergieën missen. Wellicht komt dit door gebrek aan routine, maar mogelijk ook doordat niet voor iedereen duidelijk is dat ook de afwezigheid van bijzonderheden in de voorgeschiedenis expliciet gemeld moet worden.

Binnen ons VSV heeft implementatie van de SBAR-methode geleid tot verbetering van de overdracht. Wij zien geen reden om te veronderstellen dat dit in andere VSV's anders zou zijn. Nader onderzoek hiernaar is echter aangewezen. Ook het effect van de invoering van de SBAR-methode op patiëntuitkomsten dient nader onderzocht te worden. Daarnaast is er, zoals ook eerder uit onderzoek is gebleken [9], aandacht nodig voor het perspectief van de cliënte bij de overdracht.

Voor de invoering van de SBAR-methode in de praktijk is het belangrijk dat men zich realiseert dat het niet moeilijk is om zorgverleners te overtuigen van het doel en nut van de methode; wel dat de methode na invoering in de praktijk niet vanzelfsprekend tot de dagelijkse routine gaat behoren. Een gemaakte opmerking over het gebruik van de methode is:

“SBAR is meer noodzakelijk voor spoedsituaties, je hebt niet altijd de hele SBAR nodig voor pijnstilling of meconium”  
(*eerstelijns verloskundige*)

Het nut van de methode is volgens de zorgverleners waarschijnlijk het grootst in een acute situatie, maar zal daar pas goed toegepast worden als deze onderdeel is van de dagelijkse routine. Het is daarom aan te raden om na invoering te evalueren of de methode inderdaad bij alle overdrachten wordt gebruikt en of alle noodzakelijke onderwerpen ook inderdaad worden besproken volgens de SBAR-methode.

### Conclusie

De invoering van de SBAR-methode binnen het VSV heeft ertoe geleid dat de inhoud van de overdracht verbeterd is qua structuur en volledigheid en relevantie van de informatie. Dit gebeurde, ondanks het feit dat de methode nog niet routinematig bij alle overdrachten werd toegepast. Er zijn geen nadelige effecten van de SBAR-methode gevonden. ■

### Literatuur

1. Stuurgroep zwangerschap en geboorte. Een goed begin, Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte. Advies Stuurgroep zwangerschap en geboorte. Utrecht: December 2009
2. Amelink-Verburg MP, Verloove-Vanhorick SP, Hakkenberg RM, Veldhuijzen IM, Bennebroek Gravenhorst J, Buitendijk SE. Evaluation of 280,000 cases in Dutch midwifery practices: a descriptive study. *BJOG*. 2008;115(5):570-8.
3. Evers AC, Brouwers HA, Hukkelhoven CW, Nikkels PG, Boon J, Egmond-Linden A van, Hillegersberg J, Snuif YS, Sterken-Hooisma S, Bruinse HW, Kwee A. Perinatal mortality and severe morbidity in low and high risk term pregnancies in the Netherlands: prospective cohort study. *BMJ*. 2010 Nov 2;341:c5639.
4. The Joint Commission, Sentinel Event Alert. Preventing infant death and injury during delivery. Issue 30: July 21, 2004.
5. Amelink-Verburg MP, Winter-de Ree CCC de, Lans SMGA van der, Ouden AL den. Evaluation of critical incidents in Dutch maternity care. The role of the health care inspectorate. Chapter 8 in MP Amelink-Verburg, 'The role of primary care midwives in the Netherlands. Evaluation of midwifery in the Dutch maternity care system: a descriptive study. Thesis University of Amsterdam, 2011:141-161.
6. d'Agincourt-Canning LG, Kisson N, Singal M, Pitfield AF. Culture, Communication and Safety: Lessons from the Airline Industry. *Indian J Pediatr*. 2011;78(6):703-8.
7. Compton J, Copeland K, Flanders S, Cassity C, Spetman M, Xiao Y, Kennerly D. Implementing SBAR across a large multihospital health system. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2012;38(6):261-8.
8. Ludikhuijze J, Jonge E de, Goossens A. Measuring adherence among nurses one year after training in applying the Modified Early Warning Score and Situation-Background-Assessment-Recommendation instruments. *Resuscitation*. 2011;82(11):1428-33.
9. Rijnders M, Baston H, Schönbeck Y, Pal K van der, Prins M, Green J, Buitendijk S. Perinatal factors related to negative or positive recall of birth experience in women 3 years postpartum in the Netherlands. *Birth*. 2008; 35(2):107-16.