

Evaluatie rapportage klinische paden

Vijf jaar na invoering van de methodiek klinische paden gebruiken verpleegkundigen de rapportage, gebaseerd op de 'charting by exception'-methode, nog steeds niet goed. Dit is de conclusie van een onderzoek uitgevoerd op de verpleegafdeling Cardio-thoracale Chirurgie (CTC) van het St. Antonius Ziekenhuis. Het blijkt een lastig te implementeren onderdeel binnen de methodiek klinische paden. Ondanks deze ervaring wil de auteur een pleidooi houden voor de charting by exception-methode, omdat de verpleegkundige discipline, gezien de gestaag toenevende eisen aan kwaliteitszorg en de sterke juridisering van de zorg, niet meer kan volstaan met de verouderde vorm van rapporteren. De komst van het elektronisch patiënten dossier (EPD) biedt de oplossing, maar dan moeten verpleegkundigen hun werkwijze fors aanpassen. Dat gaat niet zonder slag of stoot, blijkt uit dit praktijkonderzoek.

Door: T. Hoekstra



Tjitze Hoekstra

Gewoonlijk rapporteren verpleegkundigen aan het einde van een dienst in verhaalvorm. Deze vorm van rapportage bevat voornamelijk punten over de lichamelijke en psychische gesteldheid van de patiënt, is vaak ongestructureerd en onderhevig aan interpretatieverschillen.¹ Dit probleem kan worden opgelost door gebruik te maken van de methodiek klinische paden (zie kader). Bij die methodiek wordt een combinatie van een werkdocument en variantierapportage gebruikt. Het werkdocument is een stappenplan op papier dat het totale zorgtraject van een patiënt beschrijft. Uitgeschreven staat wat er per dag per stap moet gebeuren aan verpleegkundige en medische zorg. Bij de variantierapportage wordt enkel gerapporteerd wat als afwijking van het voorgeschreven werkdocument geconstateerd is en wat daarmee is gedaan of nog moet worden gedaan; de zoge-

naamde charting by exception.

De introductie van charting by exception kan worden gezien als een grote verandering in de manier waarop verpleegkundigen rapporteren. Analyse van de variantierapportage verschaft informatie over de kwaliteit en haalbaarheid van de activiteiten binnen het klinisch pad en over punten in het zorgproces waar de zorg beter op elkaar kan worden afgestemd. Hierdoor kan de kwaliteit en haalbaarheid van het klinisch pad worden verhoogd.² Met deze vorm van rapporteren wordt ook tegemoet gekomen aan juridische aspecten van, bijvoorbeeld, de dossierplicht binnen de WGBO.

Variantiecodes

Verpleegkundigen worden door de methodiek van charting by exception gedwongen keuzes te maken en gericht te rapporteren. De variantierapportage volgt een vast format; elke acti-

Klinische paden zijn een concretisering van een zorgprogramma met als doel kwalitatieve en efficiënte zorgverlening te verzekeren. Het is een middel om een patiëntgericht programma op een systematische wijze te plannen en op te volgen. De methodiek biedt mogelijkheden tot continue evaluatie. Hiervoor werd Leuvens Klinisch Pad Kompas ontwikkeld. Het is mogelijk om de doelmatigheid en effectiviteit van de voorgeschreven activiteiten te analyseren door middel van de zogenaamde variantieanalyse. Analyse van de variantie is een belangrijk instrument waarmee de kwaliteit van een klinisch pad kan worden verbeterd.³ Sinds oktober 2003 wordt op de verpleegafdeling Cardio-thoracale Chirurgie (CTC) van het St. Antonius ziekenhuis gewerkt met gestandaardiseerde klinische paden voor de CABG, off pump CABG en de klepoperaties. In de jaren daaropvolgend zijn ook voor vele andere verrichtingen klinische paden ontwikkeld. In totaal zijn nu twintig klinische paden operationeel binnen de zorgeenheid Hart-Long.

viteit in het klinisch pad is voorzien van een zogenaamde activiteitencode (AC-code). Als een variantie wordt geschreven, moet deze code worden vermeld in de variantierapportage. De variantiecode (VC-code) geeft vervolgens de reden aan van de ontstane afwijking. In de literatuur worden vier verschillende categorieën variantiecodes beschreven.¹ Bij de VC-codes die beginnen met A en B ligt de reden van afwijking bij de patiënt of de zorgverlener. De patiënt vertoont een afwijking waardoor het zorgproces van deze patiënt moet worden aangepast. Bij de variantiecodes die beginnen met C en D ligt de oorzaak van de afwijking bij het ziekenhuis of extramuraal. De C- en D-codes zijn gericht op patiëntenlogistiek of problemen in de doorstroom. Er is bijvoorbeeld geen thuiszorg beschikbaar terwijl de patiënt medisch gezien wel met ontslag zou kunnen.

Introductie op de verpleegafdeling CTC

In 2003 zijn verpleegkundigen van de verpleegafdeling CTC binnen het St. Antonius Ziekenhuis als eerste begonnen met charting by exception als onderdeel van de methodiek klinische paden. Doelstelling was het verbeteren van de dossiervoering.³

In eerste instantie was er veel weerstand en bij steekproefsgewijze controle van de werkdocumenten in het eerste jaar van de introductie werd al snel duidelijk dat de betrokken verpleegkundigen veel moeite hadden om hun 'oude' manier van rapporteren los te laten. Op lege plekken in het werkdocument zetten zij bijvoorbeeld toch nog even 'gb' (geen bijzonderheden) en ze schreven op 'illegale plekken' in het werkdocument complete verhalen over hoe de zorg voor een patiënt tijdens een dienst was geweest. Op grond van deze constatering hebben in 2005 de leidinggevenden

Preoperatief	1 dag voorbereiding	datum	
	A.C.	Activiteit	Resultaat
Anamnese	A12 A13	Afnemen anamnese CHECK gesprek anesthesist GEDAAN	○ ○
Behandeling	B10	Telemetrie ja/nee	○
Onderzoek/ Metten	C10 C11 C12 C36	Temp, 1 d.d. Pols, 1 d.d., RR, 1 d.d. Wegen Wegen Routine onderzoeken pre operatief 2 ^{de} kruisserum	○ ○ ○ ○
ADL	D10	Zelfstandig	○
Etc.			
Eindresultaat		Patiënt is volledig geïnformeerd, op de hoogte van de procedure en voorbereid voor de operatie	

Procedure: CABG Opnamecode: 440
Variantie rapportage

LOS, verblijfsduur: 8 dagen

Datum/tijd	Fase	A.C.	V.C.	Ondernomen actie	Paraaf	Resultaat	Paraaf
12/01/02 11 uur	Pre	C11	A1	Niet gewogen in verband met immobiliteit, morgen evalueren	TH	13/11	TH

Etc.

Variantie Code = V.C. *voorzie de omschrijving van een code			
A. Patiënt/familie	B. Klinisch	C. Ziekenhuis	D. Extramuraal
1. conditie patiënt 2. besluit patiënt/familie 3. mogelijkheden patiënt/familie 4. overig patiënt/familie	5. opdracht arts 6. tijd respons arts 7. besluit zorgverlener 8. beschikbaarheid/tijd zorgverlener 9. overig klinisch	10. beschikbaarheid bed/afpraak 11. beschikbaarheid OK 12. beschikbaarheid informatie 13. beschikbaarheid middelen 14. overig ziekenhuis	15. beschikbaarheid thuiszorg 16. beschikbaarheid andere kliniek 17. beschikbaarheid transport 18. overige extramuraal

Opnamedatum: 12/01/06

Operatiedatum: 13/01/06

Ontslagdatum:

LOS bij ontslag:

Figuur 1. Rapportageformulier met activiteitencode en variantierapportage

Constatering en te ondernemen actie of ondernomen actie	Paraaf	Resultaat	Paraaf
<i>In verband met immobiliteit morgen katheter verwijderen</i>	EG	29/3: 20 uur verwijderd	BP
Immobil, niet gewogen na overleg arts gestopt	YU	-----	
Mogelijk obstipatie, wanneer morgen geen ontlasting, dan overleg arts	BK	31/3:	

Tabel 1. Correcte notatie variantie

van de verpleegafdeling CTC besloten om drie keer een praktijktoetsing te doen om zo de vinger aan de pols te houden en waar nodig verbeteracties op te stellen.

Onderzoek naar dossiervoering

Donabedian⁴ heeft in 1968 het begrip 'kwaliteit' gekoppeld aan het resultaat van een evaluatief proces. Hij definieert kwaliteit van zorgverlening als de overeenkomst tussen de werkelijke zorg en van tevoren geformuleerde standaarden en criteria (wenselijke zorg). Omdat bij invoering van de methodiek klinische paden een standaardset met regels voor rapportage in de werkdocumenten is vastgesteld, is het mogelijk om de rapportage te toetsen. Dit is op drie momenten na invoering van charting by exception gedaan: in 2005 door een student Beleid en Management van de Gezondheidszorg⁵, in 2007 door een verpleegkundige van de verpleegafdeling met als achtergrond verplegingswetenschappen⁶ en in 2008 door vier studenten Verpleegkunde Christelijke Hogeschool Ede.⁷

De onderzoekspopulatie bestond in 2005, 2007 en 2008 telkens uit zestig dossiers van patiënten afkomstig van de afdeling CTC. De zestig patiëntendossiers werden willekeurig gekozen, maar met voldoende spreiding op basis van behandeling, opnameduur, leeftijd en geslacht van de patiënt. De studenten screenen vijftig dossiers op basis van het gestandaardiseerd klinisch pad voor 'coronary artery bypass grafting' (CABG), klepoperaties of een combinatie van beide. Tien dossiers werden beoordeeld op een correcte notatie van de varianties.

Afname in varianties

In 2005 noteerden verpleegkundigen 363 varianties in de vijftig zorgdossiers; in 2007 waren dit er 302. In de patiëntendossiers van 2008 staan in totaal 207 varianties. Een mogelijke oorzaak voor deze daling is dat de zorgverlening vaker volgens plan loopt en/of dat eerder gebruik wordt gemaakt van een

individueel klinisch pad waardoor minder varianties worden gemaakt. Verder is nagegaan of alle gegevens van het rapportageformulier zijn ingevuld. Dit waren: het soort operatie, opnamecode, wenselijke opnameduur (LOS-norm; Length Of Stay), werkelijke opnameduur (LOS), opnamedatum, operatiedatum en ontslagdatum. Uit de analyse blijkt dat deze in 2008 slechter werden ingevuld dan in 2005.

Op grond van de uitkomsten uit het onderzoek uit 2005 zijn de klinische paden aangepast en is opnieuw aandacht besteed aan scholing van verpleegkundigen. Bij de introductie van nieuwe verpleegkundigen op de verpleegafdeling kwam extra aandacht voor de methodiek. Daarnaast werden zogenaamde 'puntjes op de i'-bijeenkomsten gehouden, waarbij het klinisch pad centraal stond. Begin 2008 werd de veiligheidscoördinator op de verpleegafdeling geïntroduceerd.⁸ Een van de taken van deze coördinator is de controle van de werkdocumenten klinische paden, en nagaan, of de charting by exception methode correct wordt uitgevoerd.

Een ander deel van het onderzoek ging over de notatie van een variantie op het rapportageformulier. Hiervoor zijn in 2005, 2007 en 2008 tien patiëntendossiers gescreend. Uitgangspunt is de standaardset met regels voor rapportage geweest. In tabel 1 is een correcte manier van noteren weergegeven. Wat opvalt is dat over het algemeen in 2008 de rapportage slechter wordt ingevuld dan in 2005. Daarnaast is gekeken hoe vaak de items activiteitscode en variantiecode zijn gebruikt. Het geeft informatie over de AC-code en de VC-code op het variantierapportageformulier. Door gebruik te maken van deze codering wordt het mogelijk informatie over de kwaliteit en haalbaarheid van het gestandaardiseerd klinisch pad te genereren² en kunnen zo nodig aanpassingen worden gedaan. De code A1 (conditie patiënt) wordt het meest toegepast. Opvallend is dat in 2008 na extra scholing over het gebruik van de variantieco-

des en de aandacht van de veiligheidscoördinator voor de rapportage, voor het eerst de C- en D-codes worden gebruikt, codes die iets vertellen over knelpunten in de patiëntenlogistiek.

Aandacht voor motivatie

Uit de resultaten komt naar voren dat vijf jaar na invoering nog steeds niet volgens afspraak wordt gerapporteerd. De variantierapportage blijkt een lastig te implementeren onderdeel binnen de methodiek klinische paden. Terugkijkend op het implementatieproces is dit te veel gericht geweest op de manier van rapporteren zelf. Er is te weinig aandacht geweest voor motivatie van de keuze van de methodiek charting by exception. Het invoeren van de methode kost tijd en met name de motivatie achter het invoeren van charting by exception moet duidelijk worden gecommuniceerd. Dit is de les die uit dit onderzoek duidelijk naar voren komt. Charting by exception is een goede manier om te voldoen aan kwaliteitszorg en juridische aspecten van de verpleegkundige rapportage. De ontwikkeling van een verpleegkundig Elektronisch Patiëntendossier is een belangrijke ontwikkeling in de standaardisatie van de dossiervorming. Veel items die in dit praktijkonderzoek niet goed scoorden, zullen in een geautomatiseerd systeem niet meer relevant zijn, omdat ze automatisch worden gegenereerd en niet meer met de hand geschreven. Echter, ook dan vraagt de nieuwe dossiervorming een duidelijke omslag in de werkwijze van verpleegkundigen.

Noten

- 1 T. Hoekstra, De mogelijkheden van variantie-analyse bij een klinisch pad voor CABG, *Acta Hospitalia*, 3, 2002, 96-00.
- 2 A. Graven en T. Hoekstra, Variantie-analyse klinische paden, *Cordiaal*, 2006, 154-157.

- 3 T. Hoekstra, Klinische paden; Nieuwe weg in de patiëntenzorg, *Nursing*, 2, 2004, 14-17.
- 4 A. Donabedian, Promoting quality through evaluating the process of patient care, *Medical Care*, 6, 1968, 181-202.
- 5 A. Graven, *Rapport rapportage klinische pad en variantie-analyse*, St. Antonius Ziekenhuis, Nieuwegein, 2005.
- 6 T. Rietman en T. Hoekstra, *Klinische paden in de praktijk, verslag onderzoek naar het gebruik van klinische paden in de praktijk van de verpleegafdeling CCTC*, St. Antonius Ziekenhuis, Nieuwegein, oktober, 2007.
- 7 M. Blanken, E. Hoogenboom, I. Meijer en J. de Vries, *Onderzoek naar het gebruik van klinische paden in de praktijk op de verpleegafdeling cardiologie en Cardio-Thoracale chirurgie in het St. Antonius Ziekenhuis Nieuwegein*, St. Antonius Ziekenhuis, Nieuwegein, januari, 2009.
- 8 T. Hoekstra, I. van Brakel, C. Westerman en P. Binnekamp, Patiëntveiligheid in de praktijk; veiligheidscoördinator zet verpleegkundige op scherp. *KIZ: Tijdschrift over kwaliteit en veiligheid in zorg*, 5, 2008, 12-16.
- 9 K. Vanhaecht en W. Sermeus, The Leuven Clinical Pathway Compass, *Journal of Integrated Care Pathways*, 7, 2003, 2-7.

Informatie over de auteur

Tjitze Hoekstra, zorginnovator Zorgeneid Hart-Long, St. Antonius Ziekenhuis Nieuwegein. t.hoekstra@antonius-ziekenhuis.nl

Samenvatting

- In 2003 zijn verpleegkundigen van de verpleegafdeling CTC binnen het St. Antonius Ziekenhuis als eerste begonnen met 'charting by exception' als onderdeel van de methodiek klinische paden. Doelstelling was het verbeteren van de dossiervoering.
- Charting by exception kan worden gezien als een grote verandering in de manier waarop verpleegkundigen rapporteren. In de variantierapportage worden enkel afwijkingen van het klinisch pad gerapporteerd. Verpleegkundigen worden door deze methodiek gedwongen om keuzes te maken en gericht te rapporteren.
- In 2005, 2006 en 2008 is onderzocht in hoeverre verpleegkundigen werken volgens de nieuwe methode. Hieruit komt naar voren dat vijf jaar na invoering nog steeds niet volgens afspraak wordt gerapporteerd. De variantierapportage blijkt een lastig te implementeren onderdeel binnen de methodiek klinische paden.
- Terugkijkend, is er te weinig aandacht geweest voor motivatie van de keuze voor de methodiek. Het invoeren van de methode kost tijd en met name de motivatie achter het invoeren van charting by exception moet duidelijk worden gecommuniceerd.

RI&E al op orde?

- Uitvoering van de Risico-inventarisatie en -evaluatie (RI&E)
- Arbovragenlijst ontwikkeld door de Zorg-branches
- Voortgangsbewaking van het plan van aanpak
- Uitgebreide rapportages op diverse niveaus
- Meer dan 50% van uw branche maakt gebruik van ZorgRie
- Slechts € 495,- per jaar

ZorgRie, de online oplossing voor uw risicomanagement

kijk op www.zorgrie.nl of bel met 055-538 34 15



Kijk op www.kmo.nl voor andere oplossingen op het gebied van Kwaliteit, Arbo, Milieu en Veiligheid.