

STATE OF THE ART

7-fasenmodel voor de ontwikkeling, implementatie, evaluatie en continue opvolging van zorgpaden

K. VANHAECHT^{1, 2, 5}, E. VAN GERVEN¹, S. DENECKERE¹, C. LODEWIJCKX^{1, 3}, M. PANELLA^{1, 2, 4}, A. VLEUGELS¹, W. SERMEUS^{1, 2}

Samenvatting

Zorgpaden, ook gekend als klinische paden, worden wereldwijd gebruikt om patiëntgerichte zorgprocessen op een transparante wijze te organiseren en op te volgen. Zorgpaden worden momenteel gedefinieerd als een complexe interventie. In de voorbije jaren werkten meer dan 110 organisaties in België en Nederland zorgpaden uit in meer dan 1.250 projecten. Deze projecten werden uitgewerkt op basis van het 30-stappenplan van het Netwerk Klinische Paden, dat tussen 1998 en 2002 ontwikkeld werd door het Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap van de Katholieke Universiteit Leuven.

Op basis van de ervaring binnen dit netwerk tussen 2002 en 2009 en op basis van nationaal en internationaal onderzoek in samenwerking met de European Pathway Association (E-P-A) werd de methodiek geactualiseerd. Het 30-stappenplan werd herwerkt tot een 7-fasenmodel voor de ontwikkeling, implementatie, evaluatie en continue opvolging van een zorgpad en is bruikbaar voor zowel intramurale, extramurale als transmurale projecten. Dit 7-fasenmodel omvat een screeningsfase, een projectmanagementfase, een diagnosestellers- en objectiveringfase, een ontwikkelingsfase, een implementatiefase, een evaluatiefase, en een continue opvolgingsfase.

Het volgen van deze methodiek is geen garantie tot succes, maar kan wel ondersteuning bieden aan multidisciplinaire teams die veilige, efficiënte, effectieve, patiëntgerichte, tijdige, billijke, continue en geïntegreerde zorgprocessen willen (her)ontwerpen. De medewerking en kritische ingesteldheid van het volledige multidisciplinaire team onder leiding van de verantwoordelijke arts is de sleutel tot succes.

Inleiding

In 2002 werd het artikel *Ontwikkeling en gebruik van klinische paden (clinical pathways) in de gezondheidszorg* in dit tijdschrift gepubliceerd (1). Deze publicatie beschreef de toenmalige status van het concept, de definitie en de 30-stappenmethodiek en inspireerde over de voorbije jaren meer dan 110 organisaties met meer dan 1.250 projecten in België en Nederland als lid van het Belgisch-Nederlands Netwerk Klinische Paden (2, 3). Dit netwerk is het grootste kwaliteitsnetwerk van de Lage Landen en is een vormingsinitiatief van het Centrum

voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap, K.U.Leuven (CZV). Het CZV doet dit in samenwerking met de Université Catholique de Louvain en het Kwaliteitsinstituut voor Gezondheidszorg in Nederland. Het Netwerk is op zijn beurt lid van de European Pathway Association (www.E-P-A.org).

In dit artikel wordt kort gerapporteerd over de stand van zaken rond het concept en de huidige definitie. Het hoofddoel van deze publicatie is de nieuwe methodiek voor de ontwikkeling, implementatie, evaluatie en continue opvolging van zorgpaden toe te lichten. De optimalisatie van de methodiek gebeurde op basis van de ervaring binnen het netwerk tussen 2002 en 2009, alsook op basis van nationaal en internationaal onderzoek binnen het netwerk en de samenwerking met de European Pathway Association (4).

Het concept en de definiëring

Klinische paden worden steeds vaker „zorgpaden” genoemd vanwege het bredere transmurale karakter en de internationale afspraken over de term „care pathway”. Ze zijn een van de methoden om patiëntgerichte

¹ Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap, Faculteit Geneeskunde, Katholieke Universiteit Leuven.

² European Pathway Association, Leuven.

³ Dienst IG pneumologie, UZ Leuven campus Gasthuisberg.

⁴ Department of Clinical and Experimental Medicine, Faculty of Medicine, Amedeo Avogadro University of Eastern Piedmont (Italy).

⁵ Correspondentieadres: dr. K. Vanhaecht, Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap, Katholieke Universiteit Leuven, Kapucijnenvoer 35, 3000 Leuven; e-mail: kris.vanhaecht@med.kuleuven.be

zorgprocessen transparant te maken, te standaardiseren, te optimaliseren waar nodig en continu op te volgen (3, 5). Zorgpaden worden momenteel wereldwijd gebruikt als procesbeheersingmethode voor tal van ziektebeelden (6-9). De introductie van zorgpaden gebeurde al in 1987 in de Verenigde Staten. In België en Nederland werden in de eerste jaren van hun introductie voornamelijk zorgpaden binnen de acute ziekenhuiswereld uitgewerkt. Sinds 2005 is er eveneens ervaring binnen de revalidatie, de psychiatrie, de eerstelijnszorg en de transmurale zorg.

Klinische paden werden in het verleden gedefinieerd als een procesbeheersingmethode voor de klinische zorg met als doel klinische resultaten, service, proces, financieel bilan en samenwerking te verbeteren (1). Naast de wijziging van de terminologie van klinische paden naar zorgpaden, is er tevens een bredere consensus over de definiëring van dit concept gegroeid (3, 10-12). Zorgpaden worden momenteel gedefinieerd als een „complexe interventie” om de gemeenschappelijke besluitvorming en organisatie van zorgprocessen te verwezenlijken voor een specifieke groep van patiënten gedurende een gedefinieerd tijds kader (5, 13). Karakteristieken van een zorgpad zijn: a) een expliciete vermelding van de doelen en de sleutelinterventies gebaseerd op „evidence”, „best practice” en patiëntverwachtingen en hun kenmerken; b) het vergemakkelijken van de communicatie tussen teamleden en met patiënten en hun familie; c) het coördineren van het zorgproces door het coördineren van de rollen en de opeenvolging van de activiteiten van het multidisciplinaire team, de patiënten en hun familie; d) het documenteren, opvolgen en evalueren van afwijkingen en resultaten; en e) het identificeren van de verantwoordelijke middelen (5). Het doel van een zorgpad is de kwaliteit van zorg, over de grenzen van een organisatie heen, te verbeteren op het vlak van („risk-adjusted”) resultaten, het bevorderen van de patiëntveiligheid, het verhogen van de patiënttevredenheid en het optimaliseren van het middelengebruik (5).

Zorgpaden worden dus omschreven als complexe interventies (11-16), die ook gekend zijn als multi-componentinterventies. Deze bestaan uit meerdere onderdelen, of componenten, die essentieel zijn voor het functioneren ervan, maar waarvan de actieve componenten moeilijk te duiden zijn (17-19). Een typisch voorbeeld van een complexe interventie is een „stroke-unit”. In de literatuur is het effect van stroke-units op de outcome van patiënten betreffende mortaliteit en kwaliteit van leven voldoende aangetoond (20). Onduidelijk blijft echter wat de actieve component is die dit veroorzaakt. Is dit het gespecialiseerde karakter van deze interventie? Zijn het de nieuwe structurele en technologische middelen? Is dit de geïntegreerde benadering? Is dit de gezamenlijke doelstelling? De verschillende onderdelen samen zorgen voor de meerwaarde. Welk van deze onderdelen (actieve componenten) nu net zorgen voor de optimalisatie van de patiëntveiligheid, is onduidelijk. Het is juist het integraal aanbieden van de verschillende actieve componenten die de meerwaarde levert. Ook

voor zorgpaden is het moeilijk om de actieve componenten te duiden en af te bakenen (3).

Van 30 stappen naar 7-fasenmethodiek

Een van de actieve componenten is de gestandaardiseerde methodiek voor zorgpaden. Deze gefaseerde aanpak voor de ontwikkeling, implementatie, evaluatie en continue opvolging van zorgpaden door het multidisciplinaire team werd herwerkt van het 30-stappenplan naar het 7-fasenmodel. De aanpassing gebeurde om: a) de methodiek te laten aansluiten bij de nieuwe concepten en definiëring met betrekking tot complexe interventies; b) de eerder strakke, gebonden structuur van het lijvige 30-stappenplan te vervangen door een gefaseerde aanpak met een meer zelfsturend en innoverend karakter; c) de methodiek meer af te stemmen op transmurale projecten; d) de integratie van nieuwe tools en technieken uit het algemene kwaliteitsbeleid mogelijk te maken; e) de nodige vrijheidsgraden in te brengen om de methodiek verder aan te kunnen passen aan de lokale situatie van de betrokken organisaties en multidisciplinaire teams; en f) meer aandacht te geven aan de opstart van dit soort tijdrovende projecten door de integratie van een screeningsfase.

Deze aanpassing gebeurde onder leiding van het wetenschappelijke team van het Netwerk Klinische Paden-KULeuven in samenwerking met stafmedewerkers en directieleden van de betrokken organisaties uit België en Nederland. Het stappenplan werd nadien gevalideerd tijdens 3 consensusvergaderingen met de contactpersonen van het Netwerk Klinische Paden-KULeuven en vertegenwoordigers van het Kwaliteitsinstituut voor Gezondheidszorg te Nederland, de Université Catholique de Louvain en de European Pathway Association.

Dit 7-fasenmodel bestaat uit: 1) screeningsfase, 2) projectmanagementfase, 3) diagnosestellings- en objectiveringsfase, 4) ontwikkelingsfase van het zorgpad, 5) implementatiefase van het zorgpad, 6) evaluatiefase van het zorgpad en 7) continue-opvolgingsfase (fig. 1).

Deze gefaseerde aanpak is geïnspireerd op de Deming-cyclus, beter bekend als de „plan-do-study-act” (PDSA)-cyclus (21). Aangezien elke fase uit het 7-fasenmodel een Deming-cyclus op zich doorloopt,

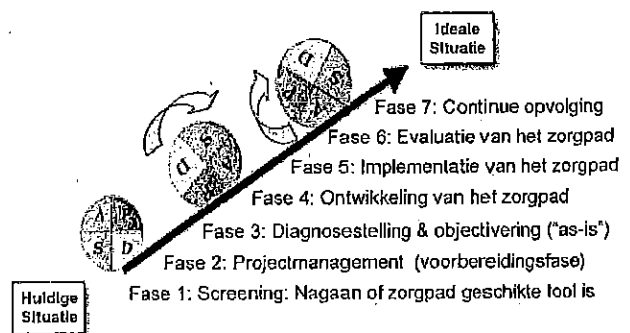


Fig. 1: 7-fasenmodel voor de ontwikkeling, implementatie, evaluatie en continue opvolging van zorgpaden.

worden de 7 fasen niet ingedeeld in de 4 hoofdcategorieën van Deming. De 7-fasenmethodiek heeft tot doel een multidisciplinair team dat een nieuw zorgpad ontwikkelt of een bestaand pad wil verbeteren een beproefde systematiek van aanpak aan te bieden. Elk van deze 7 fasen wordt hierna besproken en voor elke fase wordt aangegeven wanneer de fase start, welke doelstellingen deze fase heeft, welke methoden gebruikt kunnen worden en hoe elke fase wordt geëvalueerd.

Fase 1: screeningsfase

De screeningsfase start op het moment dat de vraag naar een nieuw zorgpad gesteld wordt of wanneer er nood is aan de aanpassing van een bestaand pad. De doelstelling van deze fase is na te gaan of een zorgpad de juiste methodiek is voor het oplossen van de gestelde vraag. Uit ervaring binnen het netwerk werd duidelijk dat zorgpaden niet de oplossing kunnen zijn voor elk probleem met betrekking tot de organisatie van zorgprocessen. Soms kan een eenvoudigere interventie als het opstellen van een nieuwe informatiebrochure of protocol of het organiseren van een bijscholing het probleem oplossen. Zorgpaden kunnen voornamelijk gebruikt worden als een van de methoden om zorgprocessen te optimaliseren wanneer zich problemen stellen rond communicatie, coördinatie, transparantie, standaardisatie en opvolging van goede zorg voor een welbepaalde patiëntengroep (veilig, efficiënt, effectief, tijdig, patiëntcentraal en billijk). Met de ontwikkeling van 1 zorgpad zal niet het volledige opnamebeleid, de afstemming tussen het ziekenhuis en de huisartsenkring of de planning van het operatiekwartier geoptimaliseerd kunnen worden.

In de screeningsfase dient informatie bij elkaar gebracht te worden over het mogelijke eigenaarschap van dit project. Daarom wordt allereerst nagegaan wie de vraag tot (re)organisatie van het zorgproces heeft gesteld (een individu, een team, een stuurgroep kwaliteit, de directie, een externe partij, ...). Daarnaast is het belangrijk om zicht te krijgen op het multidisciplinaire team waar het eventuele project plaats zal vinden. Hierbij denken we aan de draagkracht en de bereidheid van het team tot verandering en innovatie. Methodes als „stakeholder mapping”, impactanalyse, vragenlijsten m.b.t. teamwerking – bijvoorbeeld de vragenlijst van het Team Klimaat voor Innovatie (22) – of gesprekken met de verschillende leidinggevendenden en enkele kernspelers kunnen hier behulpzaam zijn (23). Daarnaast is het in deze screeningsfase van belang om zicht te krijgen op de bestaande organisatie en de resultaten van het zorgproces. Hiervoor wordt bij voorkeur de beschikbare informatie gebruikt (performantie-indicatoren, financiële feedback, kerncijfers m.b.t. volume, patiëntenervaringen, klachtenbrieven, teammetingen of informatie uit visitatie, accreditatie of interne audit). Indien er weinig nuttige informatie te vinden is in de beschikbare databanken, kan het noodzakelijk zijn om nieuwe gegevens te verzamelen. In deze fase is het aan te bevelen

dit enkel via een soort „quickscan” uit te voeren, want een brede gegevensverzameling vraagt een meer uitgewerkte projectstructuur. Mogelijkheden voor de quickscan zijn methoden voor brainstorming, de 3-bordenmethodiek (zie ook verder) of het gebruik van de tool voor zelfevaluatie van het zorgproces (ZPZET) (24). Dit gevalideerde instrument kan het team in deze fase helpen om een score toe te kennen aan de bestaande organisatie van het zorgproces op 5 domeinen: de patiëntgerichtheid van de organisatie, de coördinatie, de communicatie met patiënten en familie, de samenwerking met de eerste lijn en de opvolging van het zorgproces. Deze en andere informatiebronnen moeten het team in staat stellen om na te gaan of daadwerkelijk een project opgestart moet worden en hoe breed of diepgaand dit moet zijn.

De screeningsfase mag slechts enkele weken duren. Deze kan positief geëvalueerd worden indien aan de opdrachtgever of aanvrager op een objectieve wijze toegelicht kan worden of het opstarten van een project een verantwoorde keuze is: a) is er nood aan een herwerking van het zorgproces op basis van de huidige resultaten; b) is een zorgpad een geschikte tool om de knelpunten weg te werken en c) is het team veranderingsbereid? De beslissing tot het opstarten van een project dient genomen te worden door het multidisciplinaire team én het management dat de nodige middelen moet voorzien.

Fase 2: projectmanagementfase

Voor het ontwikkelen, implementeren en evalueren van een zorgpad dient een projectstructuur opgezet te worden. Deze tweede fase start op het moment dat de beslissing genomen werd tot de uitwerking van een pad. Het doel is om enerzijds het zorgproces waarvoor het pad wordt ontwikkeld af te bakenen en anderzijds het kernteam en de werkgroep samen te stellen. Er dienen afspraken gemaakt te worden over de taakverdeling en het projectplan (inclusief de timing).

Het pad dient duidelijk afgebakend te worden en dit zowel m.b.t. het ziektebeeld (inclusief inclusie- en exclusiecriteria) als het tijds kader (enkel hospitalisatie, transmurale van huisarts over ziekenhuisopname tot postoperatief consult). Op basis van de afbakening van het pad wordt nadien het kernteam samengesteld. Dit is beperkt in aantal en samengesteld uit vertegenwoordigers van de professionele groepen die rechtstreeks contact hebben met de patiëntenpopulatie binnen het afgesproken tijds kader. Een stafmedewerker zal dit team mogelijk ondersteunen en een vertegenwoordiger van het management kan uitgenodigd worden. Dit kernteam zal het volledige project voorbereiden, uitwerken en evalueren. Het team wordt bijgestaan door een bredere werkgroep waarin meerdere personen per professionele groep kunnen zetelen, alsook medewerkers van de ondersteunende diensten, het management, vertegenwoordigers van externe organisaties en bij voorkeur een patiëntenvertegenwoordiger. In deze fase is het belangrijk dat het kernteam en de werkgroep geïnformeerd

worden over het waarom van dit specifieke initiatief. Het concept en de methodiek zorgpaden wordt in een eerste bijeenkomst toegelicht zodat de leden een duidelijk zicht krijgen op de mogelijke meerwaarde, maar eveneens op de beperkingen van zorgpaden, zodat er geen onmogelijke verwachtingen worden gecreëerd. Alle leden van het multidisciplinaire team (ook deze die niet betrokken zijn in het kernteam of de werkgroep) dienen ingelicht te worden van de opstart en de noodzaak van het project. Hun medewerking zal in eerste instantie nodig zijn bij het verzamelen van gegevens in de derde fase, maar zeker bij de implementatie en de continue opvolging. Naast informatieverlening is het uitwerken van het projectmanagement van cruciaal belang. Er dienen concrete afspraken gemaakt te worden over het projectleiderschap, de verschillende rollen en de verantwoordelijkheden. Het opstellen van een projectcharter of projectcontract kan overwogen worden. Tot slot wordt het projectplan praktisch uitgewerkt door de verschillende taken en opdrachten, die in de loop van het project worden uitgevoerd, uit te zetten op een tijdslijn („time-task matrix”/Gantt Chart) die toelaat het project gedurende het verloop op te volgen en waar nodig bij te sturen (23). Op basis van dit projectplan kunnen de noodzakelijke middelen tevens berekend en opgevolgd worden.

Deze projectmanagementfase kan positief geëvalueerd worden indien duidelijk is wat de grenzen zijn van het zorgproces waarbinnen het pad wordt uitgewerkt. Verder dienen de leden van het multidisciplinaire team op de hoogte te zijn van het waarom, de projectaanpak en het gewenste verloop. De leden van het kernteam en de werkgroep moeten op de hoogte zijn van de methodiek, de taakverdeling en de wederzijdse verwachtingen. Op het einde van deze fase wordt de beslissing tot het uitvoeren van dit project herbevestigd.

Fase 3: diagnosestellings- en objectiveringsfase

De diagnosestellings- en objectiveringsfase is een belangrijke fase van deze methodiek. Teams die niet bereid zijn om op een objectieve en kritische wijze de bestaande organisatie van het zorgproces te evalueren vooraleer het pad te ontwikkelen, zullen de bestaande organisatie van het zorgproces niet op een objectieve en verantwoorde wijze kunnen optimaliseren. Deze derde fase in de 7-fasenmethodiek start wanneer het project is voorbereid en men wenst te starten met de evaluatie van de huidige praktijkvoering. Het doel is de huidige organisatie van het zorgproces te evalueren vanuit 4 verschillende invalshoeken: a) de eigen organisatie en team; b) de visie van de patiënt en de familie; c) de beschikbare evidence en wetgeving; en d) de visie van externe partners (fig. 2). De volgorde waarin het zorgproces vanuit deze 4 invalshoeken geanalyseerd wordt, is van minder belang en kan bepaald worden door enerzijds de reeds beschikbare gegevens of anderzijds de reden van opstart van het project. In

deze taken zal een nauwe samenwerking tussen de leden van het kernteam en de bredere werkgroep noodzakelijk zijn. Het werk m.b.t. de verschillende vormen van analyse zal verdeeld worden onder de leden.

Eigen organisatie en team

In deze derde fase zullen de knelpunten verder gediagnosticeerd en geobjectiveerd worden, waarbij de bestaande organisatie van het zorgproces vanuit de eigen organisatie en het eigen multidisciplinaire team geanalyseerd dient te worden. Hierbij is aandacht nodig voor het bepalen van de doelstellingen van het zorgproces, de analyse van de op dat ogenblik bestaande knelpunten, alsook de bepaling van de noodzakelijke middelen om het zorgproces kwalitatief te kunnen organiseren en optimaliseren. De doelstellingen kunnen worden bepaald op basis van de resultaten uit de ZPZET-analyse, de 5 domeinen van het klinischpadkompas (25), het bepalen van de ontslag- of transfercriteria en op basis van de resultaten uit de 3-bordenmethodiek (26). De 3-bordenoefening wordt door het kernteam en/of werkgroep uitgevoerd. Deze 3-bordenmethodiek is een methode om op basis van de gestelde doelstellingen de activiteiten in het zorgproces zodanig te plannen dat de vooraf bepaalde doelstellingen bereikt kunnen worden. De knelpunten rond de huidige zorgorganisatie worden tijdens deze oefening tevens opgesomd en overlopen. Na het uitvoeren van deze methodiek bekomt men een lijst van project- en procesdoelstellingen, een eerste blauwdruk van hoe het klinisch pad opgebouwd kan worden en een lijst van knelpunten die verder onderzocht dienen te worden.

Voor het stellen van een diagnose betreffende de eigen organisatie en het team kunnen tal van analyse- en kwaliteitstechnieken gebruikt worden (23). Volgende technieken worden vaak gebruikt: dossieranalyse, process mapping, prospectieve meting, documentenanalyse en verschillende bevragingen van teamleden. Deze kunnen met volgende technieken worden aangevuld: het organiseren van een focusgroep met leden van het behandelteam, het gebruiken van vragenlijsten m.b.t. coördinatie en communicatie binnen het team, het opstellen van discipline-taakmatrixen of het opstellen van „value-stream maps”, Ishikawa-diagrammen of een „failure mode and effect analysis” (FMEA) (23). Verder dient een analyse gemaakt te worden van hoe het team momenteel gestructureerd is met betrekking tot leiderschap, samenstelling, toewijzing en coördinatiemechanismen.

Visie van patiënt en familie

Naast het evalueren van het zorgproces vanuit de eigen organisatie en het eigen team, kan er slechts over patiëntgestuurde zorg gesproken worden indien ook patiënten en hun familie betrokken worden in het (her)ontwerp van het zorgproces. Hiervoor kunnen interviews of focusgroepen georganiseerd worden of kunnen bevragingen gebeuren m.b.t. patiëntentevredenheid of -verwachtingen en -voorkeuren (27). Een andere vaak

gebruikte methode is de uitvoering van een „walk-through”, ook gekend als „shadowing”, waarbij een patiënt door een hulpverlener gevolgd (geschaduwd) wordt doorheen (een deel van) het zorgproces. Op deze wijze krijgt de organisatie een beeld van hoe de patiënt of het familielid het zorgproces doorloopt en ervaart. Patiëntenverenigingen (bv. via het Vlaams Patiëntenplatform) kunnen eveneens bijdragen tot de analyse van het bestaande zorgproces of het kenbaar maken van belangrijke pijlers voor goede zorg vanuit het standpunt van de patiënt.

Beschikbare evidence en wetgeving

State-of-the-artzorgpaden dienen gebaseerd te zijn op de laatst beschikbare internationale standaarden. Hoewel niet voor alle activiteiten in het zorgpad evidence beschikbaar is, dient zeker voor de sleutelinterventies (dit zijn de interventies die het meeste impact hebben op de patiëntenresultaten) nagegaan te worden of deze ondersteund kunnen worden door internationale standaarden, lokale protocollen of klinische expertise. Hetzelfde geldt voor de op te volgen resultaatsindicatoren.

Het ondersteunen van zorgpaden door richtlijnen vanuit nationale en internationale verenigingen (www.guideline.gov, www.cbo.nl, www.g-i-n.net, ...) en beschikbare lijsten met op goede geneeskunde gegronde sleutelinterventies (www.mapofmedicine.com, <http://group.bmj.com/products/evidence-centre.com>, www.zynx.com). Het formuleren van performantie-indicatoren (www.navigator.czv.be, www.jointcommission.org, www.ahrq.gov, www.medal.org, www.igz.nl) is daarnaast een ander noodzakelijk aandachtspunt in de ontwikkeling van zorgpaden.

Naast evidence is het afstemmen van de zorgpaden op de vigerende wetgeving van belang. Hierbij wordt gedacht aan wetgeving over zorgtrajecten en zorgprogramma's of richtlijnen vanuit het RIZIV (www.riziv.fgov.be), de federale (www.health.fgov.be) en/of de Vlaamse overheid (www.zorg-en-gezondheid.be).

Externe partners

Als vierde pijler dient de bestaande organisatie van het zorgproces geëvalueerd te worden vanuit de visie van de externe partners (eerste, tweede, derde lijn). Hoewel organisaties denken in functie van lijnen en echelons, loopt voor een patiënt het zorgproces per definitie transmurale doorheen deze lijnen of organisaties, zeker wat de chronische populaties betreft. Daarnaast biedt de uitwerking van verschillende netwerken tussen ziekenhuizen en/of andere zorgorganisaties hierbij een opportuniteit. Externe partners, uit dezelfde of een andere lijn, kunnen de bestaande organisatie van het zorgproces mee evalueren en optimaliseren. Voor de analyse kunnen naast interviews eveneens vragenlijsten m.b.t. coördinatie en samenwerking gebruikt worden om ook hierover meer objectieve gegevens beschikbaar te maken.

Deze derde fase, de diagnosestellings- en objectiveringsfase, dient objectieve informatie op te leveren en

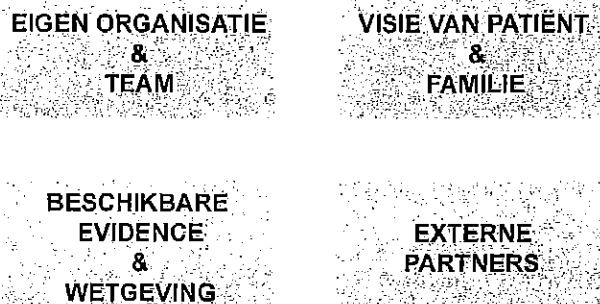


Fig. 2: Diagnosestellings- en objectiveringsfase.

fungeert als basis voor evaluatie waarbij vanuit elk van de 4 invalshoeken objectieve informatie over de huidige organisatie en resultaten van het zorgproces beschikbaar zijn (fig. 2). Het team kan op basis hiervan het zorgproces herontwerpen en verbeteren.

Fase 4: ontwikkelingsfase

Deze vierde fase start op het moment dat de nodige informatie beschikbaar is vanuit de diagnosestellings- en objectiveringsfase en besproken kan worden binnen het kernteam. In deze fase wordt het pad ontwikkeld op basis van deze objectieve informatie en de vooraf bepaalde doelstellingen uit de screenings- en de diagnosestellings- en objectiveringsfase. Hierbij dient rekening gehouden te worden met de beschikbare middelen en de mogelijkheden tot operationele uitwerking van het pad.

Tijdens deze fase zal nagegaan worden of de afbakening van de patiëntengroep en het tijds kader haalbaar zijn op basis van de gegevens uit de diagnose- en objectiveringsfase. De sleutelinterventies die noodzakelijk zijn om de procesdoelstellingen te bereiken, met verwijzing naar literatuur, richtlijnen of interne protocollen, worden aangebracht op een tijds. Bower en Zander formuleerden dit als: „you first have to identify your goals and then plan the activities to achieve those predefined goals” (28). Het ideale ontwerp van het zorgproces zal tijdens de ontwikkelingsfase bijgestuurd worden door rekening te houden met de haalbaarheid op basis van de mogelijkheden voor het team en de organisatie die gediagnosticeerd en geobjectiveerd werden tijdens de derde fase.

In deze ontwikkelingsfase wordt het pad niet enkel ontworpen, maar ook praktisch uitgewerkt. De afspraken m.b.t. de organisatie van het zorgproces worden het best ingebracht en gestandaardiseerd als onderdeel van het patiëntendossier, al dan niet met elektronische ondersteuning. Op basis van de definitie van het zorgpad als complexe interventie worden de doelen en sleutelinterventies aangegeven en is er aandacht voor de communicatie tussen teamleden en met patiënten en familie. De rollen en de opeenvolging van de activiteiten

worden gecoördineerd, de resultaten en afwijkingen t.a.v. de sleutelinterventies worden gedocumenteerd, opgevolgd en geëvalueerd. Tevens zijn de verantwoorde middelen geïdentificeerd om dit alles mogelijk te maken. Hiervoor dienen afspraken gemaakt te worden (bijvoorbeeld via het opstellen van „service level agreements”) tussen het kernteam, het management, de ondersteunende diensten en waar nodig ook externe partners. De impact van het (her)ontwerp van dit zorgproces op andere zorgprocessen dient eveneens besproken te worden.

Deze vierde fase, waarin het zorgpad ontwikkeld wordt, wordt positief beoordeeld indien het pad multidisciplinair is voorbereid en opgesteld voor een specifieke patiëntengroep gedurende een gedefinieerd tijds-kader onder de vorm van een time-taskmatrix in het (elektronische) patiëntendossier met duidelijk start- en eindpunt. De finale en intermediaire doelstellingen zijn duidelijk en de sleutelinterventies – waar mogelijk onderbouwd door evidence – werden visueel zichtbaar gemaakt, waardoor afwijkingen gemakkelijker opgevolgd kunnen worden. Een rapportagesysteem om dit alles op te volgen werd eveneens opgesteld. Dit zorgpad dient goedgekeurd te worden door het kernteam, na advies van de werkgroep, en wordt het best voorgesteld voor externe toetsing aan bijvoorbeeld de antibioticacommissie, het labo, de dienst ziekenhuishygiëne, een huisartsenkring, ... Het uitwerken van een patiëntenversie van het pad is gewenst om de patiënt en de familie van nabij te betrekken in de verdere operationele toepassing van het pad en de organisatie en opvolging van het zorgproces. Op die manier kunnen de patiënten- en de teamverwachtingen op elkaar worden afgestemd.

Fase 5: implementatiefase

Wanneer het pad volledig uitgewerkt is, kan de implementatiefase opgestart worden. Het doel is het gebruik van het pad in de dagelijkse praktijk voor te bereiden door alle teamleden in te lichten en het pad uit te testen gedurende een vooraf bepaalde periode. Nadien kan het pad, na eventuele laatste aanpassingen, geïmplementeerd worden voor dagelijks gebruik.

Tijdens deze fase zal een implementatieplan opgesteld worden, waarbij de rolverdeling tussen de leden van het kernteam belangrijk is. Er dient afgesproken te worden wie bij eventuele problemen als aanspreekpersoon zal optreden. Feedback over de praktische bruikbaarheid en de communicatieproblemen bij het gebruik van dit pad dienen centraal opgevolgd te worden. Voordat het pad uitgetest wordt, moeten informatiesessies georganiseerd worden voor alle leden van het team die het pad zullen gebruiken. Tijdens deze sessies wordt aangegeven waarom dit pad werd uitgewerkt en wat de belangrijkste wijzigingen zijn t.a.v. de vroegere werkmethode. Hoe het pad gebruikt wordt en hoe gecommuniceerd wordt binnen het pad, verdient extra aandacht. Hier dient ook nagegaan te worden of extra opleidingsessies noodzakelijk zijn in functie van

inhoudelijke aanpassingen (nieuwe medische, verpleegkundige of paramedische activiteiten) of indien specifieke aandacht nodig is m.b.t. de op te volgen indicatoren.

Het Center for Case Management (www.cfm.com) adviseert om het zorgpad uit te testen bij een beperkte groep patiënten. Vuistregel hierbij is gedurende 3 weken indien het gaat over een laagvolume populatie of met 10 patiënten indien het gaat over een hoogvolume populatie (28). Tijdens deze periode dienen de leden van het kernteam beschikbaar te zijn om problemen op te volgen en de teamleden bij te sturen in het eerste gebruik. Op basis van de eerste ervaringen wordt het pad waar nodig nog bijgestuurd. De feedback uit deze testfase wordt opgenomen in een verslag. Mogelijk dienen bijvoorbeeld enkele details in het rapportagesysteem te worden geoptimaliseerd. Het kernteam evalueert de testfase op basis van de feedback van de teamleden en beslist of het pad al dan niet in gebruik wordt genomen. Indien belangrijke knelpunten opgemerkt worden, moeten mogelijk extra gegevens verzameld worden of het advies ingewonnen worden van andere klinische disciplines of het management.

Deze implementatiefase kan positief beoordeeld worden indien het pad toegelicht en uitgetest werd en er op basis van de eerste ervaringen en na overleg binnen het kernteam werd beslist tot het al dan niet gebruiken van het pad in de dagelijkse praktijk.

Fase 6: evaluatiefase

Nadat het pad geïmplementeerd werd, zal het geëvalueerd worden. In deze fase zal nagegaan worden of de knelpunten in de organisatie van zorg, die aanwezig waren vóór de implementatie van het pad, werden weg-gewerkt. De bruikbaarheid wordt eveneens geëvalueerd. Daarnaast zullen de compliantie t.a.v. de sleutelinterventies (onder de vorm van procesindicatoren) en de intermediaire en finale resultaten van zorg (resultaatsindicatoren) worden nagegaan. Deze eerste grondige evaluatie gebeurt het best een twee- tot drietal maanden na de implementatie.

Hiervoor zal, zoals in de diagnose- en objectiveeringsfase, ook vanuit 4 invalshoeken worden gewerkt (fig. 2). De technieken die tijdens de derde fase voorgesteld werden, kunnen ook hier gebruikt worden. Daarnaast is de variantieanalyse, zijnde de afwijkingen van het doorlopen zorgpad t.a.v. het uitgewerkte operationele zorgpad, een noodzakelijke oefening. Hierbij wordt voor elke sleutelinterventie opgevolgd bij welk percentage van de patiënten deze sleutelinterventie ook volgens plan werd uitgevoerd. Verder is er specifieke aandacht voor het behalen van de intermediaire en finale resultaten van zorg, bijvoorbeeld onder de vorm van de behaalde ontslagcriteria. De resultaten kunnen steekproefgewijs opgevolgd worden of continu, afhankelijk van de praktische mogelijkheden voor het team en de organisatie. De resultaten worden opgevolgd via boordtabellen,

„runcharts” of „statistical process control” (23). In deze evaluatiefase wordt de ZPZET opnieuw afgenomen om na te gaan hoe het team de nieuwe organisatie van zorg ervaart.

De evaluatiefase sluit de projectmatige aanpak af en is positief verlopen indien een grondige evaluatie uitgevoerd werd vanuit de 4 invalshoeken en er objectieve gegevens beschikbaar zijn die statistisch kunnen worden getoetst. Hierdoor wordt het verschil tussen de resultaten uit de diagnose- en objectiveringsfase en de evaluatiefase objectief en kunnen de resultaten voorgelegd worden aan het volledige multidisciplinaire team en het management van de organisatie. Op basis van deze resultaten wordt beslist om het pad verder in gebruik te nemen en continu op te volgen of dat er specifieke bijstellingen moeten plaatsvinden.

Fase 7: continue-opvolgingsfase

Indien de resultaten van het pad positief waren, wordt het pad verder gebruikt in de dagelijkse praktijk. Het is evenwel van groot belang om het gebruik en de resultaten ervan continu op te volgen. Het pad moet met andere woorden levend gehouden worden en waar nodig bijgestuurd.

Om het pad blijvend te kunnen opvolgen dienen afspraken gemaakt te worden over wie of welk team dit zal opnemen. De rol van de arts, hoofdverpleegkundige, zorgmanager, „service-line manager”, kwaliteitscoördinator of stafmedewerker zal afhankelijk zijn van de organisatiestructuur en de beschikbare middelen.

Naast de continue evaluatie via variantieanalyse en proces- en resultaatsindicatoren is het noodzakelijk om het pad elke 6 maanden ook inhoudelijk te herbekijken met het team. Op deze multidisciplinaire bespreking, mogelijk met de leden van het kernteam dat de vorige fasen coördineerde, zal nagegaan worden of de sleutelinterventies in het pad nog steeds van toepassing zijn. Nieuwe evidentie, standaarden, klinische expertise of organisatorische aanpassingen kunnen redenen zijn om aanpassingen te maken. Tijdens dit overleg worden de werking en de bruikbaarheid tevens besproken. Minimaal 1 maal per jaar wordt een objectieve meting georganiseerd waarbij zowel proces- als resultaatsindicatoren worden opgevolgd. Hierbij wordt zowel naar de klinische als naar de service-, team-, proces- en financiële resultaten gekeken. Indien mogelijk, bijvoorbeeld door middel van een elektronisch systeem of een exit poll waarbij van elke patiënt een beperkt aantal gegevens opgevolgd worden, wordt het pad niet steekproefgewijs, maar continu opgevolgd.

Het pad wordt volgens de 7-fasenmethodiek continu opgevolgd indien er minimaal elke 6 maanden een inhoudelijke bespreking, waarbij ook het gebruik van het pad wordt geëvalueerd, en minimaal 1 maal per jaar een objectieve evaluatie van de organisatie van het zorgproces wordt uitgevoerd. Een continue opvolging met ondersteuning van informaticasystemen wordt echter

aanbevolen. Op basis van de resultaten kan op elk moment beslist worden om waar nodig het pad inhoudelijk bij te sturen, een project op te starten om de resultaten verder te optimaliseren of indicatoren voor opvolging te (her)definiëren.

Besluit

De 7-fasenmethodiek werd uitgewerkt om multidisciplinaire teams te ondersteunen in de ontwikkeling, implementatie, evaluatie en continue opvolging van de organisatie van een zorgproces. Met de herwerking van het 30-stappenplan naar het 7-fasenmodel wordt getracht om beter in te spelen op de nieuwe concepten rond zorgpaden als complexe interventie en het steeds vaker gebruik in het kader van transmurale zorg.

Het ontwikkelen van zorgpaden zonder de medewerking van de betrokken artsen is gedoemd om te mislukken. Niet enkel hun klinische kennis, maar hun dagelijkse verantwoordelijkheid en betrokkenheid bij het uitwerken, uitvoeren en continu opvolgen van het zorgproces is cruciaal gebleken in de voorbije 10 jaar. Een stafmedewerker of kwaliteitsmedewerker kan aangesteld worden om het team te ondersteunen zodat de arts en zijn multidisciplinair team zich op de inhoud kunnen toeleveren en er slechts een minimum van vergadertijd besteed moet worden.

De 7 fasen worden geoperationaliseerd door het gebruik van verschillende kwaliteitstechnieken en -tools. In deze uitwerking werden slechts een beperkt aantal voorbeelden van methoden aangegeven en het is dan ook aan de organisatie om na te gaan of andere, in hun organisatie beschikbare kennis m.b.t. technieken en tools gebruikt kan worden in 1 of meerdere fasen. Het 7-fasenmodel is geen staand order dat van fase 1 tot 7 gebruikt moet worden. Elk zorgproces, elk multidisciplinair team en elke organisatie is uniek, waardoor de timing en de invulling van de individuele fasen mogelijk bijgestuurd zal moeten worden. De logica van de Deming-cyclus doorheen de 7 fasen dient echter behouden te worden.

Zorgpaden worden gedefinieerd als complexe interventie. De 7-fasenmethodiek op zich voldoet ook aan de kenmerken van een complexe interventie waarbij elke fase op zich een actieve component van de volledige interventie uitmaakt (fig. 3).

Elk van de 7 fasen heeft een specifieke bijdrage aan de state-of-the-artuitwerking en opvolging van een goed georganiseerd zorgproces, maar het samenspel tussen de 7 fasen zal de grote meerwaarde betekenen. In elk van de 7 fasen bevinden zich een aantal valkuilen zoals te veel meten tijdens de screeningsfase, wanneer men tijdens de diagnosestelling- en objectiveringsfase blijvend metingen en analyses uitvoert zonder optimalisaties in te voeren of wanneer men tijdens de ontwikkelingsfase elk detailprobleem tracht te optimaliseren vooraleer men het pad in gebruik wenst te nemen en hierdoor het team volledig demotiveert.

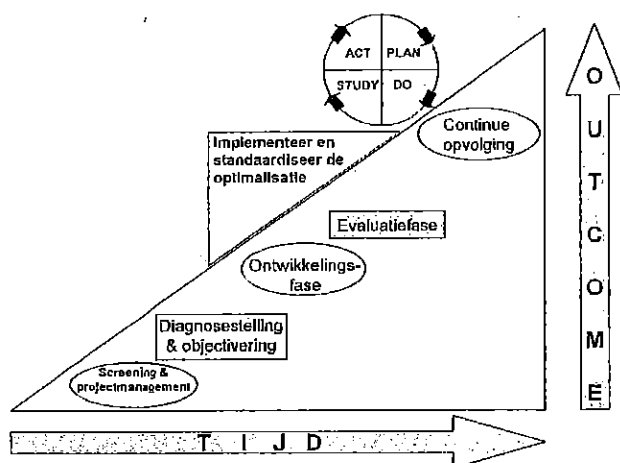


Fig. 3: 7-fasenmethodiek als complexe interventie.

De 7-fasenmethodiek is geen wondermiddel en niet elk zorgpad dat volgens deze methodiek wordt uitgewerkt, zal per definitie leiden tot succes. Het vooraf bepalen van een beperkt aantal haalbare doelstellingen is een cruciale factor in de gefaseerde aanpak, die een multidisciplinair team over de grenzen van een organisatie moet helpen in de zoektocht naar een veilig, efficiënt, effectief, patiëntcentraal, tijdig, billijk, continu en geïntegreerd zorgproces. De medewerking en kritische ingesteldheid van het volledige multidisciplinaire team onder leiding van de verantwoordelijke arts is de sleutel tot succes.

Dankbetuiging

Wij willen alle stafmedewerkers en directieleden van de verschillende organisaties van het Belgisch Nederlands Netwerk Klinische Paden danken voor hun bijdrage aan de opbouw van dit artikel. Wij danken in het bijzonder de klinischpadcoördinatoren uit de werkgroep methodiek die meegewerkt hebben aan de eerste uitwerking van dit nieuwe model. Verder danken wij de contactpersonen van de European Pathway Association voor hun kritische bedenkingen.

Mededeling

Geen belangenconflict en geen financiële ondersteuning gemeld.

Abstract

The 7 phase model to develop, implement, evaluate and continuously follow up care pathways

Care pathways, also known as clinical pathways, are used worldwide to organize and follow up patient focused care processes. Care pathways are nowadays defined as complex interventions. In the past years, more than 110 organizations in Belgium and

The Netherlands performed more than 1.200 pathway projects. These projects used the 30 step methodology of the Belgian Dutch Clinical Pathway Network, developed by the Center for Health Services and Nursing Research, Katholieke Universiteit Leuven (Belgium) between 1998 and 2002.

Based on the experience in the Network between 2002 and 2009 and on national and international research in close collaboration with the European Pathway Association, the methodology was revised. The 30 step methodology was changed into a seven phase model to develop, implement, evaluate and continuously follow up care pathways and is applicable for in-hospital, primary care and cross boundary projects. The seven phases consist of a screening phase, a project management phase, a diagnose phase, a development phase, an implementation phase, an evaluation phase and a continuous follow-up phase.

Compliance to this methodology constitutes no guarantee for success but could support the multidisciplinary teams who want to (re)organise safe, efficient, effective, patient centered, timely, equitable, continuous and integrated care processes. The collaboration and critical attitude of the whole multidisciplinary team under the directorship of the medical doctor will be the keys to success.

Literatuur

1. VANHAECHE K, SERMEUS W, VLEUGELS A, PEETERS G. Ontwikkeling en gebruik van klinische paden („clinical pathways”) in de gezondheidszorg. *Tijdschr Geneesk* 2002; 58: 1542-1551.
2. SERMEUS W, VANHAECHE K, VLEUGELS A. The Belgian-Dutch Clinical Pathway Network. *J Integr Care Pathways* 2001; 5: 10-14.
3. SERMEUS W, VANHAECHE K. Van klinische paden naar zorgpaden in Handboek Gezondheidseconomie. Mechelen: Kluwer 2009: 123-160.
4. VANHAECHE K, SERMEUS W, PEERS J, et al. The European Quality of Care Pathway (EQCP) Study: history, project management & approach. *Int J Care Pathways* 2010; 14: 52-56.
5. VANHAECHE K, DE WITTE K, SERMEUS W. The impact of clinical pathways on the organisation of care processes. Leuven: Acco, 2007.
6. ZANDER K. Integrated Care Pathways: eleven international trends. *J Integr Care Pathways* 2002; 6: 101-107.
7. BOWER KA. Clinical pathways: 12 lessons learned over 25 years of experience. *Int J Care Pathways* 2009; 13: 78-81.
8. VANHAECHE K, BOLLMANN M, BOWER K, et al. Prevalence and use of clinical pathways in 23 countries—an international survey by the European Pathway Association E-P-A.org. *J Integr Care Pathways* 2006; 10: 28-34.
9. HINDLE D, YAZBECK AM. Clinical pathways in 17 European Union countries: a purposive survey. *Aust Health Rev* 2005; 29: 94-104.
10. DE BLESER L, DEPREITERE R, DE WAELE K, VANHAECHE K, VLAYEN J, SERMEUS W. Defining pathways. *J Nurs Manag* 2006; 14: 553-563.
11. PANELLA M, VANHAECHE K, SERMEUS W. Care pathways: from clinical pathways to care innovation. *Int J Care Pathw* 2009; 13: 49-50.
12. PANELLA M, VANHAECHE K. Is there still need for confusion about pathways? *Int J Care Pathw* 2010; 14: 1-3.
13. VANHAECHE K, PANELLA M, VAN ZELM RT, SERMEUS W. An overview on the concept and history of care pathways as complex interventions. *Int J Care Pathw* 2010; 14: 117-123.

14. PANELLA M, BRAMBILLA R, MARCHISIO S, DI STANISLAO F. Reducing stroke in-hospital mortality: organized care is a complex intervention. *Stroke* 2008; 39: e186.
15. PANELLA M, MARCHISIO S, DEMARCHI ML, MANZOLI L, DI STANISLAO F. Reduced in-hospital mortality for heart failure with clinical pathways: the results of a cluster randomised controlled trial. *Qual Saf Health Care* 2009; 18: 369-373.
16. VANHAECHT K, DE WITTE K, SERMEUS W. The care process organisation triangle: a framework to better understand how clinical pathways work. *J Integr Care Pathways* 2007; 11: 1-8.
17. A framework for development and evaluation of RCTs for Complex Interventions to Improve Health. London: Medical Research Council, 2000.
18. BERWICK DM. The science of improvement. *JAMA* 2008; 299: 1182-1184.
19. HAWE P, SHIELL A, RILEY T. Complex interventions: how „out of control” can a randomised controlled trial be? *BMJ* 2004; 328: 1561-1563.
20. Stroke Unit Trialists' Collaboration. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; (4): CD000197.
21. DEMING WE. *Out of the crisis*. Melbourne: Syndicate of the University of Cambridge; 1982.
22. ANDERSON NR, WEST MA; Measuring climate for work group innovation: development and validation of the team climate inventory. *J Organiz Behav* 1998; 19: 235-258.
23. OOSTERHOORN AD. *111 instrumenten voor kwaliteitsverbetering*. Deventer: Kluwer, 2004.
24. VANHAECHT K, DE WITTE K, DEPREITERE R, VAN ZELM RT, DE BLESER L, PROOST K, et al. Development and validation of a Care Process Self-Evaluation Tool (CPSET). *Health Serv Manag Res* 2007; 20: 189-202.
25. VANHAECHT K, SERMEUS W. The Leuven Clinical Pathway Compass. *J Integr Care Path* 2003; 7: 2-7.
26. VANHAECHT K, SERMEUS W, VAN DER MUSSELE H, VAN DE WAETER W, ZANDER K, BOWER KA. *3 bordenmethode voor zorgpaden*. Intern document Netwerk Klinische Paden, Leuven: Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap, Katholieke Universiteit Leuven, 2006.
27. WENSING M, ELWYN G. Methods for incorporating patients' views in health care. *BMJ* 2003; 326: 877-879.
28. ZANDER K, BOWER KA. *Implementing strategies for managing care*. Center for Case Management: Boston, 2000.

