

Indeling in vier types vergemakkelijkt maatwerk

Het ene zorgpad is het andere niet

dr. Jan Oostenbrink,
hoofd Innovatie & Organisatie, Franciscus Ziekenhuis Roosendaal, dagelijks bestuur Netwerk Klinische Paden Nederland

Mariët Raatgever MA,
nurse practitioner Oncologie, Franciscus Ziekenhuis Roosendaal

dr. Peter Razenberg,
voorzitter raad van bestuur, Franciscus Ziekenhuis Roosendaal, arts

Correspondentieadres:
joostenbrink@fzr.nl
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

beeld: Shutterstock

Dat zorgpaden nuttig zijn, betwijfelt bijna niemand meer. Maar de uitwerking ervan kan nog nauwkeuriger. De ene patiëntengroep is immers de andere niet, en dus moeten er ook verschillende soorten zorgpaden zijn.

Voor het organiseren van medisch-specialistische zorg wordt steeds vaker gebruikgemaakt van zorgpaden.

Binnen de beroepsgroep behoeft het nauwelijks nog discussie dat die meerwaarde hebben voor patiëntengroepen die een vergelijkbaar zorgtraject doorlopen en bij wie dit traject in redelijke mate voorspelbaar is. Electieve operatieve ingrepen zoals liesbreuk of totale heup zijn hiervan bekende voorbeelden, maar ook de behandeling van niet-electieve patiënten en patiënten die geen operatieve ingreep ondergaan, kan in zorgpaden worden vormgegeven. Zowel tussen ziekenhuizen als tussen patiëntengroepen binnen een ziekenhuis kunnen echter grote verschillen bestaan in de invulling van zorgpaden. Dat riep bij ons de vraag op of het mogelijk is een typering te maken die recht doet aan de verschillen tussen ziektebeelden en die kan helpen bij de verdere ontwikkeling van zorgpaden.

Aard van de zorgvraag

Om te bepalen voor welke diagnosegroepen zorgpaden kunnen worden gebruikt, hebben andere auteurs ziektebeelden ingedeeld naar de mate van voorspelbaarheid en de mate van overeenstemming ten aanzien van het proces.¹ Wij gebruiken een indeling die is gebaseerd op de aard van de zorgvraag – specifiek of aspecifiek – en de complexiteit van het behandelproces.

Onder een specifieke zorgvraag vallen die ziektebeelden waarbij bij aanvang gericht diagnostiek en behandeling kunnen worden ingezet. In tegenstelling tot een aspecifieke zorgvraag is bij een specifieke zorgvraag het te doorlopen traject redelijk voorspelbaar. Onder complexiteit van het zorgproces verstaan wij organisatorische complexiteit, die met name wordt bepaald door het aantal behandelaren en eenheden dat betrokken is. Het gaat dus niet om de complexiteit van de behandeltechniek.

Meerwaarde

Figuur 1 laat een aantal diagnosegroepen zien die zijn ingedeeld aan de hand van deze criteria. Aspecifieke zorgvragen lenen zich doorgaans niet voor een zorgpad. Het diagnostische traject en/of behandeltraject is dermate onvoorspelbaar dat standaardisatie vooraf geen meerwaarde biedt. Er is dan sprake van individugerichte zorg.

Bij patiënten met een specifieke zorgvraag is de complexiteit van de zorgvraag van belang. Bij laagcomplexiteit is het wel mogelijk om een zorgpad te ontwikkelen, maar het is de vraag wat dit toevoegt. Het betreft patiënten die veelal door één specialist worden gezien en bij wie slechts een klein aantal afdelingen betrokken is, zoals een polikliniek, de afdeling radiologie en het klinisch chemisch lab. Voorbeelden hiervan zijn de behandeling van een lipoom of ganglion. In het algemeen is de zorg voor deze patiënten goed georganiseerd en heeft een verdere uitwerking van het zorgproces nauwelijks meerwaarde.

Bepalend zijn de aard van de zorgvraag en de complexiteit van het behandelproces

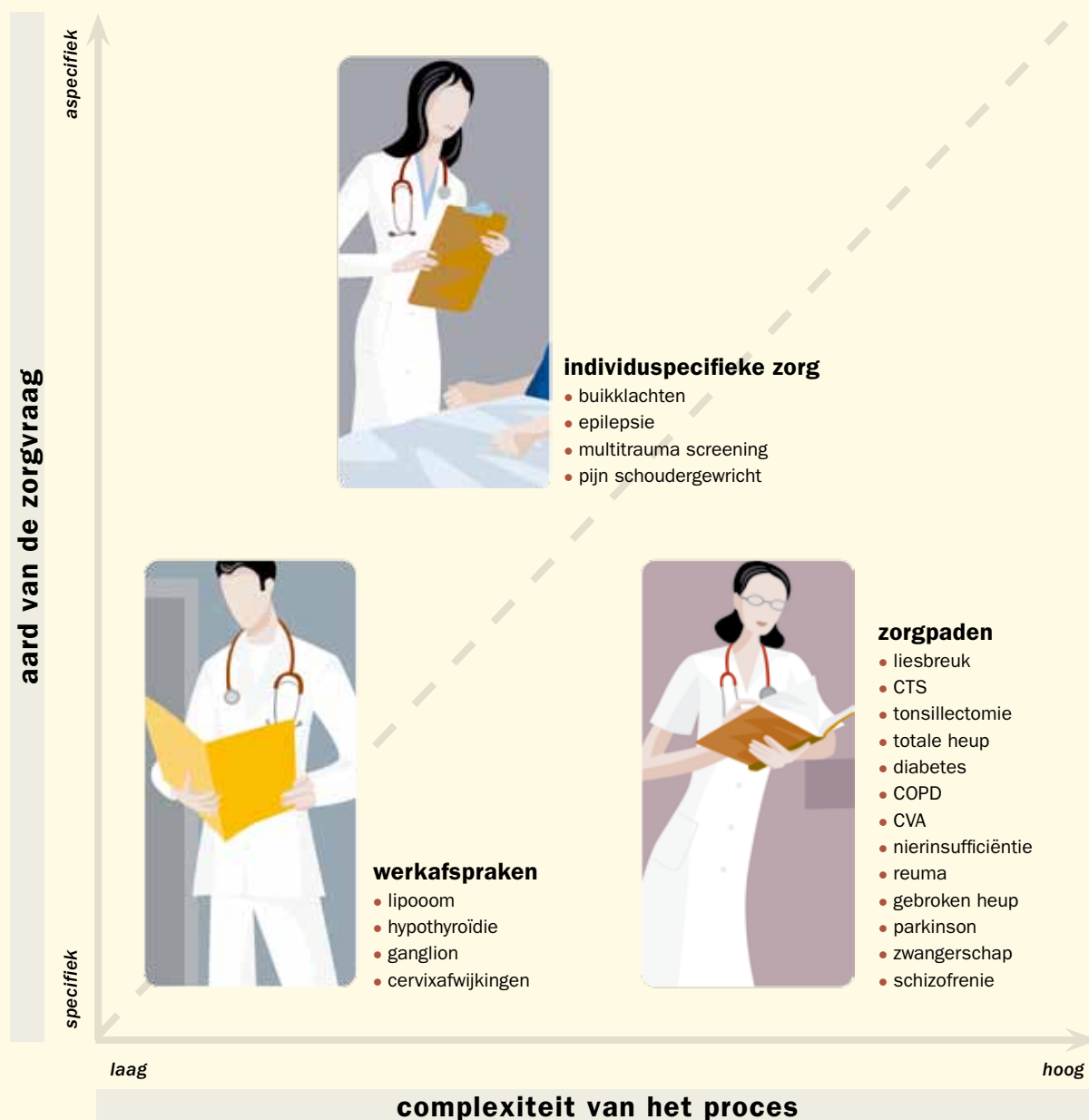
Zorgpaden zijn met name geschikt voor patiënten bij wie sprake is van een specifieke zorgvraag met een relatief hoge organisatorische complexiteit. Het traject dat een patiënt doorloopt is op voorhand min of meer bekend, maar vergt een aanzienlijke afstemming tussen afdelingen en behandelaars. Standaardisatie levert hier winst op in de vorm van een duidelijker zorgtraject voor de patiënt en een verminderde afstemmingsbehoefte. Dit resulteert zowel in minder risico op fouten als in tijdswinst voor de organisatie en de specialist.

Invloed van varianties

Naast de vraag welke behandeltrajecten zich lenen voor een zorgpad, hebben wij ons de vraag gesteld of een zorgpad voor elke behandelgroep hetzelfde kan zijn. Een patiënt met CVA is toch een heel andere dan een patiënt met een liesbreuk. Zijn er verschillende soorten zorgpaden en zijn er criteria denkbaar op basis waarvan diagnosegroepen kunnen worden ingedeeld?

Om een antwoord te vinden op deze vraag hebben we patiëntengroepen uit het kwadrant

1. Indeling van diagnosegroepen

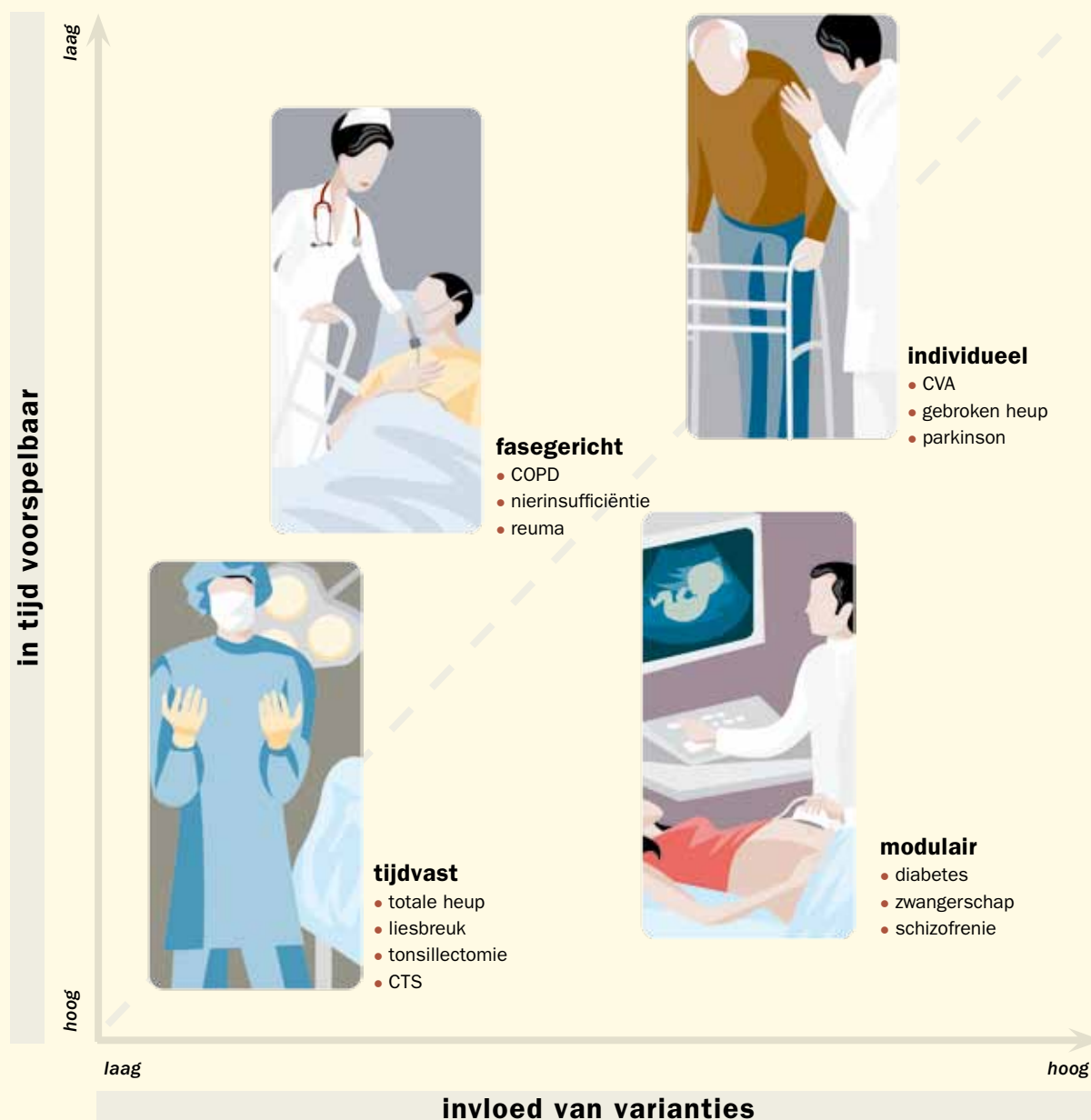


rechtsonder uit figuur 1, waarvoor zorgpaden een toegevoegde waarde kunnen hebben, uitgezet in *figuur 2*. Op de verticale as staat de mate waarin de benodigde behandel tijd voorspelbaar is. Op de horizontale as is de invloed van varianties op het zorgproces weergegeven. Het gaat dan zowel om de mate waarin varianties zich voordoen als om de mate van invloed van die varianties op het behandelproces. Op basis van deze indeling zijn we gekomen tot vier types zorgpaden: tijdvast, fasegerichte, modulaire en individuele zorgpaden.

Tijdvast

Voor tijdvasten zorgtrajecten worden zorgpaden traditioneel veel gebruikt. Veel electieve, operatieve ingrepen vallen in deze categorie. Een voorbeeld is een totale heupoperatie waarbij op dag 0 wordt geopereerd, op dag 1 wordt begonnen met mobilisatie en wordt toegewerkt naar ontslag op dag 3. Het aantal patiënten dat afwijkt van het geplande traject is klein en de afwijkingen die er zijn hebben veelal een duidelijk aanwijsbare reden, bijvoorbeeld een vooraf bekende verminderde mobiliteit.

2. Typering van zorgpaden



SAMENVATTING

- Zorgpaden zijn toepasbaar voor patiëntengroepen met een specifieke zorgvraag, waarbij meerdere specialismen en eenheden betrokken zijn.
- Aan de hand van voorspelbaarheid in tijd en de invloed van varianties op het proces zijn tijdvastе, fasegerichte, modulaire en individuele zorgpaden te onderscheiden.
- Het type zorgpad bepaalt het ontwerp, zoals de tijdas van het traject en de mate waarin doelen vastgelegd worden in termen van behandelresultaat en doorlooptijd.
- Bij het ontwerp van een zorgpad wordt expliciet gemaakt wie op welk moment verantwoordelijk is.

Tijdvastе zorgpaden kenmerken zich door een vaste tijdas in dagen of weken waar de verschillende activiteiten nauwgezet in kunnen worden ondergebracht. De inhoudelijke verantwoordelijkheid ligt bij de medisch specialist als hoofdbehandelaar en doelen en uitkomsten van het tijdvastе zorgpad zijn goed te definiëren. Sturing op basis van indicatoren voor behandelresultaat en doorlooptijd is bij deze zorgpaden zinvol.

Fasegericht

Fasegerichte zorgpaden onderscheiden zich van tijdvastе zorgpaden doordat de tijdsduur van de verschillende behandelфases slechter te voorspellen is. Patiënten doorlopen allemaal dezelfde фases, maar het moment waarop dit gebeurt en de duur van de verschillende фases kunnen variëren. Een vaste tijdas in dagen of weken is daardoor niet zinvol. In plaats daarvan wordt een fasegerichte indeling gebruikt. Een voorbeeld is een ketenzorgpad voor COPD-patiënten, onderverdeeld in een acute фase, revalidatiefase en begeleidingsфase. De inhoudelijke verantwoordelijkheid hangt samen met de фase waarin de patiënt zich bevindt en kan op basis daarvan eenduidig worden vastgesteld. Doelstellingen en indicatoren zijn met name geformuleerd in termen van behandeluitkomsten (zoals verbetering van kwaliteit van leven) en proceskwaliteit (zoals systematische screening op delier).

Modulair

Bij modulaire zorgpaden is de tijdas van minder belang. De essentie van deze groep is dat varianties veelal specifiek zijn gerelateerd aan de diagnose. Voorbeelden hiervan zijn zwangere patiënten met een eerdere dysmatu-

re zwangerschap en diabetespatiënten met een ulcus of een diabetische voet.

Dit zijn veel voorkomende varianties die observatie of behandeling vergen, aanvullend op het reguliere zorgtraject. Het reguliere

zorgpad voor de begeleiding van zwangerschap of diabetes blijft dan bestaan, en aanvullend hierop worden modules ingezet. Voorwaarde voor een dergelijk zorgpad is dat de variantie het reguliere zorgpad niet langdurig verstoort. De inhoudelijke verantwoordelijkheid voor het reguliere zorgpad ligt bij de hoofdbehandelaar. Per module kan de inhoudelijke verantwoordelijkheid verschillen. Het voorbeeld van de diabetespatiënt kan dit illustreren: de internist

is hoofdbehandelaar voor het reguliere traject, terwijl de vaatchirurg hoofdbehandelaar zal zijn voor de behandeling van de diabetische voet.

Het voordeel van de modulaire benadering is dat vaststelling van het hoofdbehandelaarschap een expliciete stap is, waardoor verantwoordelijkheid en taakafbakening doorgaans helder zijn. De doelstellingen en indicatoren van modules worden apart gedefinieerd, als aanvulling op die van het reguliere zorgpad.

Individueel

Als de tijdsduur én het verloop van een behandeltraject weinig voorspelbaar zijn, wordt het moeilijker om een zorgpad te definiëren. Relevante verschillen tussen patiënten zijn dan relatief groot en de variantie kan zowel specifiek samenhangen met de diagnose (bijvoorbeeld verschillende gradaties bij CVA) als slechts zijdelings daaraan gerelateerd zijn (kwetsbare ouderen met een gebroken heup). Individuele zorgpaden kunnen een handvat bieden om de zorg voor deze patiëntengroepen te organiseren. Uitgangspunt is een basiszorgpad met een fasegerichte indeling en vaste behandelcomponenten. Voor elke patiënt wordt het zorgpad vervolgens op individueel niveau gedefinieerd. De inhoudelijke verantwoordelijkheid blijft, anders dan bij modulaire zorgpaden, bij de hoofdbehandelaar. Overname van het hoofdbehandelaarschap zal doorgaans alleen plaatsvinden als de impact van de behandeling van comorbiditeit die van de originele diagnose overtreft. Net als bij fasegerichte zorgpaden betreffen doelstellingen en indicatoren met name de behandeluitkomsten en proceskwaliteit.

Passend format

De geschetste indeling is van belang voor de verdere ontwikkeling van zorgpaden. Door vooraf de diagnosegroep te karakteriseren, kan worden bepaald of een zorgpad geëigend is, en zo ja, wat de aard van het zorgpad moet zijn. Dit zal bijdragen aan het kiezen van een passend format voor elk behandeltraject en het definiëren van haalbare doelstellingen en indicatoren. Het gebruik van de verschillende typeringen maakt bovendien expliciet wie in welke фase hoofdbehandelaar is. Onze ervaring in het Franciscus Ziekenhuis Roosendaal leert dat artsen en andere betrokkenen hierdoor een helder beeld krijgen van wat zij mogen verwachten, en van wat er van hen wordt verwacht. 

De vaststelling van het hoofdbehandelaarschap is een expliciete stap

Referentie

1. VanHaecht K. Inleiding Klinisch Pad. Presentatie tweedaagse opleiding Netwerk Klinische Paden. November 2007.