

## HET VLAAMS-NEDERLANDS NETWERK KLINISCHE PADEN

W. Sermeus, Y. Giebens, K. Vanhaecht, K. De Witte,  
M. Haspeslagh & A. Vleugels

*Walter Sermeus is doctor in de maatschappelijke gezondheidszorg, hoogleraar aan het Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap (CZV) van de K.U.Leuven en coördinator van het Netwerk Klinische Paden.*

*Yves Giebens is gerontoloog en wetenschappelijk medewerker aan het CZV van de K.U.Leuven.*

*Kris Vanhaecht is licentiaat medisch sociale wetenschappen en wetenschappelijk medewerker klinische paden aan het Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap, K.U.Leuven. Hij is deeltijds verbonden als stafmedewerker Algemene Directie aan de UZ Leuven.*

*Karel De Witte is doctor in de psychologie en hoofddocent aan het CZV en de faculteit psychologie van de K.U.Leuven.*

*Marc Haspeslagh is licentiaat in de medisch sociale wetenschappen – ziekenhuisbeleid en plaatsvervangend docent aan het CZV van de K.U.Leuven.*

*Arthur Vleugels is arts, gewoon hoogleraar en directeur van het CZV van de K.U.Leuven.*

Het Vlaams - Nederlands Netwerk Klinische Paden is opgestart in maart 2000 om ziekenhuizen te ondersteunen bij de ontwikkeling, implementatie en evaluatie van klinische paden. In september 2002 zijn 29 ziekenhuizen lid van het Netwerk. Het Netwerk vertoont alle kenmerken van een organisatie waarin het Sociale Kapitaal van een onderneming wordt ontwikkeld: een begrensde heterogeniteit, veel gestructureerde contacten, tweezijdige communicatie, aandacht voor groei en innovatie, e.d. Het artikel beschrijft de structuur en werking van het Netwerk.

### Inleiding

Het Vlaams - Nederlands Netwerk Klinische Paden is opgestart in maart 2000. Bij de start waren acht algemene ziekenhuizen geïnteresseerd. In september 2002 is het Netwerk aangegroeid tot 29 ziekenhuizen, waaronder 1 Duitstalig

en 4 Nederlandse ziekenhuizen. De 24 Vlaamse ziekenhuizen hebben een totale capaciteit van 15.200 bedden. Dit is ongeveer 52% van de Vlaamse ziekenhuiscapaciteit.

Het netwerk is opgestart op vraag van een aantal ziekenhuizen. In de VS, het

VK en Australië is het succes van klinische paden uitgebreid gedocumenteerd in de literatuur (Sermeus & Vanhaecht, 2002, Vanhaecht et al., 2002). Dit leidde tot de evidente vraag of deze methodologie ook in de Belgische context tot dezelfde effecten zou kunnen leiden. In 1997 zijn er eerst in de Universitaire Ziekenhuizen Leuven en later in twee algemene ziekenhuizen enkele pilootstudies gestart. Op basis van de prille positieve ervaringen vond in 1999 een eerste workshop over de bruikbaarheid en implementatie van klinische paden plaats. Meer dan 80 deelnemers van verschillende ziekenhuizen waren op deze workshop aanwezig. Omwille van de inherente complexiteit bij de introductie van klinische paden, vroegen enkele ziekenhuizen naar een meer diepgaande en continue ondersteuning. Vandaar het Netwerk.

Wat motiveert ziekenhuizen om aan te sluiten bij het Netwerk?

Een eerste reden is kostenbeheersing. Voor elke pathologiegroep (op basis van Diagnosis Related Groups) is een nationale gemiddelde verblijfsduur vastgesteld die gehanteerd wordt om het budget van de ziekenhuizen te bepalen. Bij de start werd deze gemiddelde verblijfsduur nog gehanteerd als correctiemechanisme. Sinds 2002 is deze nationale gemiddelde verblijfsduur opgeklommen tot 'verantwoorde' verblijfsduur. Zeg maar de norm of nog correcter het aantal dagen dat uiteindelijk gefinancierd wordt. Dit geeft uiteraard een sterke prikkel tot beheersing en verkorting van de verblijfsduur. De tweede reden is de gemeenschappelijke visie binnen de deelnemende ziekenhuizen om kwaliteitsvolle en patiëntgerichte zorg te verstrekken. Dit impliceert een verschuiving van een aanbodgerichte naar een vraaggerichte organisatie. Dit betekent dat belangen van patiënten

(dienstverlening, tegemoetkoming aan specifieke noden en verwachtingen, ...) primeren op de belangen van de instelling, diensten en medewerkers (tijdsbeheer, personeelsinzet, rendement van investeringen, inkomsten/inkomen, ...). Dit vereist interdisciplinaire samenwerking. Dit vraagt een ziekenhuisorganisatie die ontworpen is om een goede professionele en tegelijkertijd patiëntgerichte zorg mogelijk te maken. Dit betekent niet dat de belangen van de instelling, de diensten en de medewerkers worden genegeerd. De ziekenhuisdirectie zal voortdurend geconfronteerd worden met de vraag naar de correcte balans tussen een kwaliteitsvolle patiëntgestuurde zorg en een efficiënte benutting van de middelen (capaciteitsbenutting, inzet personeel) (intern document werkgroep strategisch beleid, NKP, 2002)

### **Kenmerken van het Netwerk**

Deelnemers aan het Vlaams - Nederlands Netwerk Klinische Paden zijn organisaties en geen individuen. Dit is een bewuste keuze. Klinische paden worden gekenmerkt door interdisciplinaire samenwerking, waarbij een sterk accent ligt op veranderingen in de organisatie. Individuele leden zouden deze team en organisatorische focus missen waardoor implementatie ernstig wordt gehinderd. Het lidmaatschap is sterk geformaliseerd als een contract tussen het deelnemend ziekenhuis en het Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap, K.U.Leuven. Uit de literatuur blijkt dat de slaagkansen van de implementatie van een klinisch pad miniem zijn als ze niet ingebed zijn in de organisatie en ondersteund worden door de directie. Een formeel beslissingsproces helpt om deze voorwaarden bij de start te realiseren. Stel dat een individuele clinicus geïnteresseerd is in de aansluiting bij het Vlaams - Nederlands Netwerk

Klinische Paden, dan moet hij zijn team en de ziekenhuisdirectie hiervan overtuigen. Dit vraagt inderdaad wat tijd. Maar eens dit gerealiseerd is, is het werk reeds half volbracht.

Ziekenhuizen sluiten aan met een concreet project waarin een team van artsen, verpleegkundigen, paramedici en anderen zijn betrokken. Dit is trouwens de andere kant van de medaille. Zoals de slaagkansen gering zijn als er geen ondersteuning van het management aanwezig is, zijn de slaagkansen quasi nihil als de klinici geen eigenaar zijn van het klinische pad. Klinische paden kunnen niet worden opgelegd. Wanneer een ziekenhuis om één of andere reden geïnteresseerd is in klinische paden, bestaat de eerste stap uit het sensibiliseren van artsen, verpleegkundigen en andere klinici voor waarde van deze benadering. Dit gebeurt door avondsessies waarin het doel en opzet van klinische paden worden uiteengezet. Pas wanneer een team interesse betoont, kan de deelname in het Vlaams - Nederlands Netwerk Klinische Paden worden overwogen.

Een kenmerk van het Netwerk is dat het is opgebouwd als een lerende organisatie. De universiteit heeft niet alle kennis en antwoorden in pacht. Nieuwe kennis en inzichten worden gezamenlijk ontdekt en verworven of technisch door "het delen van kennis".

Davenport & Prusack (1998) definiëren kennis als:

*".... A fluid mix of framed experience, values, contextual information and expert insight that provides a framework for evaluating and incorporating new experiences and information."*

Burt (1992) geeft terecht aan dat de echte waarde van een netwerk niet kan worden geschat op basis van het aantal contacten, maar sterker samenhangt met de kwali-

teit van de contacten. Uit onderzoek blijkt dat sterk gestructureerde netwerken betere resultaten behalen dan niet-structureerde netwerken. Netwerken blijken meest effectief te zijn wanneer er een goede verhouding bestaat tussen homogeniteit en diversiteit. Het Vlaams - Nederlands Netwerk Klinische Paden is dergelijk type netwerk. De K.U.Leuven coördineert het project en neemt de wetenschappelijke en methodologische vragen voor zijn rekening. Dit gebeurt door het betrekken van een waaier van academici in functie van concrete vragen en problemen die zich gedurende het project stellen: ontwikkeling van meetinstrumenten, statistiek en verwerking van gegevens, begeleiding van teams en veranderingsprojecten, evidence-based medicine, kostprijsberekening, operationeel beleid e.d. De ziekenhuizen brengen hun ervaringen, de technologie en praktische kennis binnen in het project. We denken hierbij concreet aan ervaringen en kennis met ziekenhuisinformatiesystemen, planningssystemen, het meten van patiëntentevredenheid, werken met kwaliteitsindicatoren, enz...

### **Structuur van het Netwerk**

Om innovatie mogelijk te maken heeft het Netwerk een erg organische en vlakke structuur. Twee rollen zijn cruciaal voor het Netwerk: de NKP-coördinator die door het Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap is aangesteld en de KP-coördinatoren in de ziekenhuizen. De NKP-coördinator verzorgt de coördinatie tussen CZV en de ziekenhuizen en de ziekenhuizen onderling. Hij begeleidt de ziekenhuizen bij concrete vragen en implementatievraagstukken. Hij is de schakelfiguur naar het CZV om de academische en wetenschappelijke inbreng te stroomlijnen en af te stemmen op de specifieke behoeften van de ziekenhuizen.

Eén van de vereisten van aansluiting bij het Netwerk is dat elk ziekenhuis een klinisch pad coördinator/expert aanduidt. Deze persoon heeft als centrale opdracht om alle klinisch pad initiatieven van het ziekenhuis te coördineren. Hij treedt op als gesprekspartner naar de universiteit en de andere ziekenhuizen. De klinisch pad coördinator vervult de rol van liaisonpersoon. Bij de start van het netwerk werd maandelijks een bijeenkomst van de klinisch pad coördinatoren/experten georganiseerd. Een deel van de vergadering werd besteed aan de praktische organisatie van netwerk. Recentelijk werd besloten om dit over te dragen aan een 'dagelijks bestuur van het netwerk', bestaande uit enkele geroutineerde coördinatoren en de NKP-coördinator.

Twee structuren ondersteunen het werk van de KP-coördinatoren:

1. Jaarlijks wordt het globale jaarprogramma voorgelegd aan en goedgekeurd door een algemene vergadering van het Netwerk Klinische Paden. Deze bestaat uit de algemeen directeurs, hoofdgeneesheren, KP-coördinatoren en de staf van het Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap (CZV).
2. Binnen het ziekenhuis is een stuurgroep klinische paden een vereiste voor deelname in het Netwerk. In meerdere ziekenhuizen wordt deze stuurgroep geïntegreerd in de stuurgroep kwaliteit waarin zowel de directie als de geneesheren vertegenwoordigd zijn. Deze stuurgroep zorgt voor de interne afstemming en moet de implementatie van klinische paden het nodige draagvlak geven.

### **Werking van het Netwerk**

Het Netwerk levert een aantal diensten: (1) opleiding van klinisch pad coördinatoren, (2) opleiding van klinisch pad

experten, (3) ondersteuning van de ziekenhuisspecifieke projecten, (4) werkgroepen, (5) klinische werkgroepen voor de gezamenlijke ontwikkeling van een klinisch pad, (6) review en certificatie, (7) opleidingen, (8) internationale samenwerking, (9) wetenschappelijk onderzoek, (10) webstek.

### **1. Opleiding klinisch pad coördinatoren**

In functie van de specifieke noden van de KP-coördinatoren worden een aantal opleidingen georganiseerd. De frequentie hiervan bedraagt een vijftal bijeenkomsten per jaar. Voorbeelden van opleidingsvragen van KP-coördinatoren zijn: integratie van klinische paden in het patiëntendossier, de aansprakelijkheidsregeling m.b.t. klinische paden, integratie van transmurale zorg, de relatie met EFQM en klinische indicatoren, e.d.

De opleiding heeft vier doelstellingen:

1. Het opleiden en trainen van de klinisch pad coördinatoren. Via case-studies, rollenspelen en demo's wordt de implementatie van klinische paden geleerd.
2. Het gezamenlijk ontwikkelen van de implementatiestrategie. Uiteraard zijn alle vragen niet op voorhand gekend en groeit de kennis over klinische paden naarmate het project vordert. Zo is in de groep van coördinatoren een werkdefinitie van klinische paden afgesproken. Gezamenlijk is een lijst van Frequent Asked Questions (FAQs) opgesteld en op het web geplaatst ter ondersteuning van de coördinatoren. Het draaiboek voor implementatie van klinische paden is hier uitvoerig besproken en bijgestuurd.
3. Uitwisseling van ervaringen. Vanuit de ziekenhuizen worden elke vergadering enkele casussen voorgesteld.

Deze worden dan in extenso besproken. Dit geeft de mogelijkheid om valkuilen en succesfactoren in kaart te brengen.

4. Informatie-uitwisseling over de werkgroepen, het instrumentarium, opleidingen, ....

## **2. Opleiding klinisch pad experts**

De ontwikkeling, implementatie en evaluatie van klinische paden vereist kennis en vaardigheden. Het 30 stappenplan (Vanhaecht et al., 2002, Vanhaecht & Sermeus, 2002) is hiervoor de leidraad. Meer specifieke topics zijn: opzetten van patiëntsurveys, een dossieranalyse, opbouwen van het Klinisch Pad Kompas en bordtabellen, kostprijsanalyse van klinische paden, analyse van gegevens, principes van evidence-based medicine e.d. In sommige ziekenhuizen wordt de concrete begeleiding en implementatie van het klinische pad uitgevoerd door de KP-coördinator en wordt de rol van coördinator en expert gecombineerd. In andere ziekenhuizen worden beide rollen door twee verschillende personen vervuld. De rol van coördinator wordt dan door een directielid opgenomen. De rol van KP-expert wordt toegewezen aan een stafmedewerker.

Voor de opleiding van KP-experten worden volgende initiatieven genomen:

- Een driedaagse introductie cursus klinische paden voor begeleiders van klinische paden (coördinatoren en experts) bestemd voor ziekenhuizen die nieuw in het Netwerk stappen.
- Tweemaandelijksse opleidingen voor experts (cfr. coördinatoren) waarbij rondom het thema van klinische paden nieuwe inzichten worden aangeleerd, vaardigheden worden ingeoeffend, ervaringen worden uitgewisseld. Voorbeelden zijn: vaardigheidstraining in het leiden van veran-

deringsprojecten, opzoeken en evaluatie van EBM-literatuur, gebruik van meetinstrumenten (verwerking en benchmarking) e.d.

## **3. Ondersteuning van ziekenhuis-specifieke projecten**

Eén van de aansluitingsvoorwaarden van het Netwerk is dat een ziekenhuis met een concreet project instapt. Dit vraagt een gemotiveerd team die de methodologie van klinische paden voor eigen praktijk wil uittesten. In managementtermen is dit de groep van "early adopters" die bereid zijn om nieuwe methoden uit te proberen. Zij fungeren dan als rolmodel voor de rest van de organisatie.

De meeste ziekenhuizen starten meestal op met één project. Wanneer dit succesvol is, breidt dit meestal snel uit naar meerdere projecten. In september 2002 liepen er 372 projecten m.b.t. klinische paden binnen het Netwerk.

Op de webstek wordt een inventaris van de lopende projecten bijgehouden met aanduiding van het stadium waarin het project zich bevindt, een duidelijke omschrijving van de patiëntenpopulatie waarvoor het klinische pad bedoeld is (in- en exclusiecriteria), de evaluatiecriteria / indicatoren en de namen en coördinatoren van het team dat bij dit klinische pad zijn betrokken.

Wanneer een team in een ziekenhuis besluit om een klinisch pad te ontwikkelen, biedt het Netwerk de mogelijkheid om op de webstek na te kijken of dit klinisch pad elders reeds ontwikkeld is. Dit geeft de mogelijkheid om deze teams te contacteren en eventueel te bezoeken om ervaringen bij de ontwikkeling van dit pad uit te wisselen. Het project heeft geleerd dat niet het product (een papieren versie van het pad), maar wel het proces dat een volledig team doorloopt een

essentiële succesfactor is in de slaagkansen van de implementatie. Binnen het Netwerk is de keuze gemaakt om klinische paden niet zomaar door te geven. Ten eerste blijft het team eigenaar van het klinisch pad en is zijn toestemming vereist. Ten tweede bestaat de voornaamste opdracht van het netwerk erin om teams bij elkaar te brengen om hen zo te helpen hun eigen pad beter te ontwikkelen.

De ontwikkeling van klinische paden in het ziekenhuis worden begeleid door de klinisch pad coördinator/expert van het ziekenhuis. Het netwerk ondersteunt deze coördinator/expert om deze taak zo goed mogelijk te realiseren, maar interverteert in principe niet in de lokale teamwerking. Uiteraard wordt soms ondersteuning geboden bij het opstarten van een nieuw klinisch pad, een eerste teambespreking of bij de interpretatie van de gegevens.

#### 4. De werkgroepen

Voor de meer complexe problemen zijn een aantal werkgroepen opgericht. Momenteel zijn een viertal werkgroepen actief:

- werkgroep meetinstrumenten
- werkgroep financieel bilan
- werkgroep informatisering
- werkgroep strategisch beleid

De leden van de werkgroepen zijn medewerkers van de participerende ziekenhuizen. Dit kunnen de KP-coördinatoren zelf zijn of medewerkers die iets meer vertrouwd zijn met de problematiek. Het verdient de voorkeur dat enkele KP-coördinatoren of experts participeren in de werkgroep. Dit komt de communicatie van de activiteiten van de werkgroep naar het Netwerk ten goede. Het is eveneens aan te bevelen dat er in de werkgroep een expert "in de materie" zetelt die technisch de vergadering kan voorbe-

reiden en in de gewenste richting kan sturen.

##### 4.1. De werkgroep meetinstrumenten

Deze werkgroep heeft als opdracht om instrumenten te verzamelen en te ontwikkelen om de effectiviteit van klinische paden te meten en in beeld te brengen. Meten is weten. De algemene opzet van de implementatie van een klinisch pad bestaat uit een voormeting waarin een basismeting wordt verricht met betrekking tot de organisatie en resultaten van de zorg. Na implementatie wordt in een nameting dezelfde meting herhaald om de effecten van het klinische pad in beeld te brengen. Vijf soorten resultaten worden bevraagd (Vanhaecht et.al., 2002): klinische outcome, kwaliteit van de dienstverlening (tevredenheid van patiënten), kost, proces en teameffectiviteit.

Voor het meten van klinische outcome is een brede waaier van meetinstrumenten in de literatuur beschikbaar. De werkgroep heeft deze bibliotheek van meetinstrumenten geïnventariseerd en op de webstek beschikbaar gesteld.

De andere outcome variabelen zoals patiëntentevredenheid, voorkeuren en verwachtingen van patiënten zijn niet op dezelfde brede schaal beschikbaar in de literatuur. Patiëntentevredenheidsinstrumenten zijn wel beschikbaar, maar zijn vaak te algemeen en niet specifiek genoeg gericht op de kwaliteit van het klinische proces. Binnen het Netwerk is dan ook beslist om daarvoor meer specifieke instrumenten te ontwikkelen. Hetzelfde is beslist voor teameffectiviteit. Uit de literatuur blijkt dat de wijze waarop teams samenwerken in belangrijke mate de resultaten van de zorg beïnvloeden. Dit is des te meer waar voor de KP-teams. Dit zijn immers geen vaste vertrouwde teams zoals een afdeling met verpleegkundigen, een associatie van artsen, een team van kinesisten. Het gaat bij KP-teams om

interdisciplinaire teams. Deze zijn virtueel in de betekenis dat ze niet op één ruimtelijke plaats samenwerken maar elk vanuit hun rol en functie bij deze patiënten betrokken zijn. Deze teams kunnen vrij omvangrijk zijn. Er zijn teams van meer dan 100 medewerkers beschreven. De mate waarin dergelijke teams het gevoel hebben goed samen te werken en op elkaar te kunnen vertrouwen, is een belangrijke maat om de effectiviteit van het klinische pad te kunnen evalueren. Ook hiervoor is een specifiek meetinstrument ontwikkeld.

Het voordeel van het Netwerk is dat op brede schaal dergelijke gegevens kunnen worden verzameld. Dit verhoogt de externe validiteit van de meetinstrumenten en levert bovendien voldoende data om de psychometrische eigenschappen van de meetinstrumenten te onderzoeken.

Naast de ontwikkeling van de meetinstrumenten, kijkt de werkgroep nog naar wijze van feedback van de resultaten. Meestal gebeurt dit via de techniek van Balanced Scorecards waarbij op systematische basis over een reeks van indicatoren aan de betrokkenen wordt gerapporteerd.

Vanaf september 2002 zal de werkgroep meetinstrumenten meer ad hoc in functie van concrete vragen en opdrachten worden opgeroepen.

#### *4.2. De werkgroep financiële balans*

Deze werkgroep richt alle inspanningen op het zichtbaar maken van de financieel impact van het klinische pad. Dit probleem duikt immers voortdurend tijdens de implementatie op. Een klinisch pad heeft immers rechtstreeks impact op de klinische praktijk. Vaak wordt er voorgesteld om bepaalde onderzoeken of interventies te schrappen of toe te voegen, de verblijfsduur in te korten of te heroriënteren (bv. naar daghospitalisatie) waardoor

een klinisch pad rechtstreeks impact heeft op kosten en opbrengsten.

Vanaf 2002 neemt het belang hiervan nog toe. Steeds meer wordt de financiering geforfaitariseerd waardoor het belangrijker wordt om de financiële impact van een programma te evalueren. In de commerciële wereld is het evident om de kostprijs van zijn product te kennen. In de gezondheidszorg is dit echter meestal de uitzondering dan de regel. Omwille van de huidige organisatie en reglementering is het immers een hele karwei om deze impact zichtbaar te maken. Kosten worden in de meeste ziekenhuizen erg algemeen gedocumenteerd en geboekt via kostenplaatsen die verwijzen naar het activiteitencentrum en niet direct naar een individuele patiënt of zorgprogramma. Het toewijzen van deze kosten vraagt een ingewikkelde activity-based costing procedure. Bovendien zijn de opbrengsten eveneens niet zo eenvoudig aan patiënten toe te wijzen. Dit is nog vrij eenvoudig voor de medische prestaties waarbij er een rechtstreekse band bestaat tussen de activiteit en de betaling. Dit is veel complexer voor de toewijzing van het budget der financiële middelen. Het budget komt immers tot stand op basis van een hele reeks van criteria en interziekenhuisvergelijking. Dit noopt tot een ingewikkelde activity-based revenue procedure om het budget aan een individuele patiënt of individueel zorgprogramma toe te wijzen.

In de werkgroep wordt dergelijk draaiboek uitgewerkt.

#### *4.3. De werkgroep informatisering*

Deze werkgroep heeft tot doel om de specificaties van een geïnformatiseerd KP-systeem vast te leggen. Deze specificaties moeten softwarebedrijven helpen om een KP-systeem te bouwen of te integreren in hun informaticasysteem. Deze specificaties kunnen ziekenhuizen helpen om een

concreet lastenboek op te stellen wanneer zij met softwarebedrijven aan tafel zitten. Wat is nu de specifieke problematiek? Heelwat software-ontwikkelingen zijn departementeel: een apotheeksysteem, een geïnformatiseerd medisch dossier, een ordercommunicatiesysteem, een agendasysteem, een labo-systeem, .... Dit staat haaks op de filosofie van de klinische paden die gericht zijn op de patiënt en de zorgprocessen die hierrond worden georganiseerd. De meeste ziekenhuisinformatiesystemen proberen hieraan trouwens tegemoet te komen. Maar specifiek aan een KP-systeem is dat klinische kennis in het systeem wordt ingebouwd waardoor zorgprocessen gemakkelijker kunnen verlopen. Het algemeen gevoel is dat "papieren" klinische paden wel interessant zijn in de aanloopfase, maar tekortschieten wanneer daadwerkelijk resultaten moeten worden geboekt. Informatisering van klinische paden wordt gezien een noodzakelijk voorwaarde.

#### 4.4. De werkgroep strategisch beleid

Deze werkgroep bestaat uitsluitend uit algemene directeurs en hoofdgeneesheren van de participerende ziekenhuizen. De werkgroep heeft tot doel om klinische paden te positioneren in het ziekenhuisbeleid. Daarvoor wordt een "Position Paper" uitgeschreven. Deze moet intern de medewerkers houvast bieden voor verdere uitwerking van klinische paden. Er wordt nagegaan in welke mate klinische paden kunnen wegen op het overheidsbeleid.

### 5. Klinische werkgroepen voor de gezamenlijke ontwikkeling van een klinisch pad

Een klinisch pad heeft gedeeltelijk een algemeen karakter (evidence based) en is gedeeltelijk organisatiespecifiek. Dit betekent dat verschillende teams of organisa-

ties voor eenzelfde patiëntenprobleem verschillende paden kunnen ontwikkelen. Elk team en elke organisatie heeft immers zijn eigen voorkeuren en mogelijkheden waardoor een algemene aanpak niet wenselijk of haalbaar is. Een concreet voorbeeld maakt dit duidelijk. Mogelijk is een MR-scan op basis van de bestaande evidentie het meest aangewezen onderzoek voor een differentiële diagnose. Maar als het ziekenhuis niet beschikt over een MR-scanner, dan zal het klinische pad hiervoor moeten aangepast worden (ander onderzoek, verwijzing naar ander ziekenhuis met langere verblijfsduur tot gevolg e.d.).

Desondanks is het wenselijk dat voor het verzamelen van de bestaande evidentie, deze inspanning niet telkens weer wordt herhaald en wordt gebundeld. Bovendien is het mogelijk dat elk ziekenhuis een verschillend klinisch pad gebruikt, maar dat in de evaluatie en opvolging dezelfde indicatoren worden gehanteerd waardoor vergelijking en benchmarking mogelijk wordt.

Tot dusver zijn twee klinische werkgroepen actief: acute beroertezorg en normale bevalling. In beide werkgroepen participeren telkens meer dan 15 ziekenhuizen. Vanaf september 2002 zullen waarschijnlijk nieuwe klinische werkgroepen worden opgericht. Een eerste reden is dat de overheid een lijst van 13 pathologiegroepen heeft gepubliceerd waarvoor een referentiebedrag is vastgelegd. Deze lijst bevat veel voorkomende pathologie met een hoge graad van voorspelbaarheid en komt derhalve sterk in aanmerking om klinische paden te ontwikkelen. Deze lijst heeft verschillende ziekenhuizen geïnspireerd. Gecombineerd met de financiële incentives die hiermee samengaan is het te verwachten dat rondom deze pathologiegroepen een aantal klinische werkgroepen zullen van start gaan.

## 6. Review en certificatie

Klinische paden zijn momenteel in hoofdzaak het resultaat van discussies en keuzes binnen het eigen ziekenhuis. Uiteraard is de bestaande evidentie een belangrijk element. Toch zijn in de praktijk betaalbaarheid en organisatie doorslaggevend. De vraag is of dit in de toekomst kan volgehouden worden. In functie van de aansprakelijkheidsproblematiek komen klinische paden steeds meer in de aandacht. In de VS heeft de beschikbaarheid van een klinisch pad reeds enkele malen geleid tot een gunstige uitspraak. Inderdaad kon aangetoond worden dat de organisatie alles in het werk had gesteld om te voorzien in een veilige en effectieve zorgverlening. Dit is het geval indien het pad maximaal rekening houdt met de beschikbare evidentie. Meer en meer zien we in de VS en het VK klinische paden met een uitgebreide sectie voetnoten waarbij gerefereerd wordt naar de beschikbare praktijkrichtlijnen. Maar wat als dit niet het geval is? Wat als het klinische pad veel meer een explicitering van de huidige praktijkvoering is in plaats van de beste praktijkvoering (omwille van te duur, te moeilijk, e.d.)?

Vanuit het netwerk zal een soort review- en certificatieproces worden opgestart met een tweevoudig doel:

- Hoe goed is het klinische pad inhoudelijk? Dit betekent dat door experts (uiteraard interdisciplinair) een evaluatie wordt gemaakt van de klinische evidentie waarop het pad steunt.
- Hoe goed is het klinische pad als pad? Hierbij wordt een evaluatie gemaakt van het draagvlak van het klinische pad (hoe ruim is het interdisciplinair ingebed en gedragen? Is er een patiëntenversie? Zijn er evaluatie-instrumenten e.d.?).

## 7. Opleidingen en bijscholingen

Het Vlaams-Nederlands Netwerk Klinische Paden is door zijn inbedding in de universiteit bij uitstek een onderwijsproject. Het Netwerk is een vorm van geavanceerd onderwijs aan volwassenen. Het is gericht op dialoog, het zelf ontdekken. De leerervaringen worden maximaal ondersteund. Het is vraaggericht. Het sluit aan bij de praktijk. De studenten zijn zowel individuen als volledige teams. Men leert evenveel van elkaar als van de docent. De docent leert evenveel van de studenten. Het onderwijs krijgt op verschillende manieren concreet gestalte:

- In eerste instantie is er de opleiding van de KP-coördinatoren en KP-experten. Dit is een zeer intensieve en brede training in de problematiek van klinische paden en wat ermee samenhangt.
- Driemaandelijks wordt een introductienamiddag over klinische paden gehouden in één van de deelnemende ziekenhuizen. De namiddag bestaat uit een toelichting van het draaiboek en twee casussen die door één van de ziekenhuizen wordt gepresenteerd. Teams die de opstart van een klinisch pad plannen, zijn hier aanwezig. Gemiddeld zijn hier telkens tussen de 80 à 100 mensen aanwezig. Het is wenselijk dat de deelnemers in de werkgroepen (inhoudsdeskundigen) deze opleidingen hebben gevolgd.
- Recentelijk is het plan opgevat twee maal per jaar een introductieavond klinische paden voor en met artsen te voorzien.

## 8. Internationale samenwerking

Er is een grote behoefte aan internationale samenwerking. Dit gebeurt met gelijkgezinde instellingen zoals het Centre for Case Management in de VS en de

National Pathway Association in het VK. Het Centre for Case Management, Boston heeft waarschijnlijk de langstlopende ervaring met klinische paden. Zij hebben het concept eind jaren in de gezondheidszorg binnengebracht na enkele pilootervaringen in het New England Medical Centre in Boston. Zij geven vooral cursussen en begeleiden instellingen als consultant bij de introductie van klinische paden. Er is momenteel veel interesse in de ontwikkeling van kritische indicatoren voor klinische paden.

De National Pathway Association (VK) is een vereniging van medici, kwaliteitscoördinatoren en beleidsmakers die geïnteresseerd zijn in klinische paden. De vereniging is ontstaan in het begin van de jaren '90 na enkele pilootstudies met klinische paden in het VK. In het VK is bovendien begin gemaakt met de ontwikkeling van een evaluatie-instrument om de kwaliteit van het klinische pad te kunnen inschatten.

Het werk dat binnen het Vlaams-Nederlands Netwerk Klinische Paden gebeurt, zou kunnen uitgebreid worden naar een internationaal netwerk van netwerken: het opstarten van een internationale bibliotheek van klinische paden, testen en valideren van meetinstrumenten, opstarten van een bibliotheek van outcome-indicatoren, specificaties voor software, certificatie van klinische paden e.d.

### 9. Wetenschappelijk onderzoek

Wetenschappelijk onderzoek is een essentiële opdracht van een universiteit. In het Netwerk is dan ook de deelname aan activiteiten m.b.t. wetenschappelijk onderzoek in de overeenkomst ingeschreven. Dit uit zich in het engagement om bij het gebruik van allerlei instrumenten in het kader van de evaluatie van klinische

paden, de data in een centrale databank weg te schrijven. Dit geeft de mogelijkheid om de instrumenten te valideren en te voorzien in de nodige benchmarking. Essentieel in deze vergelijking is niet de vergelijking met het gemiddelde, maar wel de relatieve positionering ten overstaan van de andere ziekenhuizen of teams. Het voeden van de databank leidt tot een dynamisch referentie.

De meest essentiële vraag is de toetsing van effectiviteit van klinische paden. Uit de literatuur blijkt dat klinische paden soms blijken te werken, maar soms ook niet. Er zijn echter heelwat Hawthorne-effecten. Wat is dan de actieve component in een klinisch pad? Is het de teamvorming? Of het expliciteren en bedenken van het gehele proces? Of de operationele sturing? Hiervoor wordt binnen het Netwerk het nodige evaluatie-onderzoek opgestart.

Een derde type van onderzoek is het toegepast wetenschappelijk onderzoek waarbij bepaalde prototypes en toepassingen worden uitgewerkt. Een voorbeeld is de ontwikkeling en evaluatie van een prototype van een geïnformatiseerd KP-systeem.

### 10. Webstek

Het Vlaams-Nederlands Netwerk Klinische Paden maakt gebruik van een eigen intranet (BSCW of Basic Support for Cooperative Work) (<http://www.bscw.de/>) waarvan de deelnemende ziekenhuizen gebruik maken. Op deze webstek vinden we een bibliotheek van klinische paden, onderzoeksrapporten, klinische indicatoren, links met EBM-sites, verslagen van werkgroepen, presentaties, artikels, allerlei documenten. Het gebruikte systeem is ontworpen voor het ondersteunen van dergelijke netwerken.

Naast het intranet is er een publieke web-

stek ([www.nkp.be](http://www.nkp.be)) waarop meer algemene informatie over klinische paden is te vinden (publicaties, links, ...).

### Besluit

De criteria die geformuleerd zijn voor het meten van teameffectiviteit zijn uiteraard eveneens van toepassing voor de evaluatie van een Netwerk: de ontwikkeling van een gemeenschappelijke doelstelling, verduidelijking van rollen, toewijzing van taken en een verdeling van het werk en tenslotte een vertrouwensband tussen de verschillende leden van het Netwerk. Al deze kenmerken zijn essentieel voor een effectief netwerk. Gegeven de complexiteit van implementatie van klinische paden kan een effectief netwerk geen succes verzekeren maar wel een stevige bodem leggen waarop kan gebouwd worden.

*Voor meer informatie over het Vlaams Nederlands Netwerk Klinische Paden kan u steeds contact opnemen met het Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap van de K.U.Leuven via [nkp@med.kuleuven.ac.be](mailto:nkp@med.kuleuven.ac.be), +32 16 33 69 72 of [www.nkp.be](http://www.nkp.be)*

### Bibliografie

- [1] **Burt, R.S.** The social structure of competition in Networks and Organisations: Structure, Form and Action. *Harvard Business School*, 1992: 57-91.
- [2] **Davenport, T. & Prusack, L.** *Working knowledge: how organizations manage what they know*. Harvard Business School Press, Boston, 1998.
- [3] **De Luc, K.** Are different models of care pathways being developed? *International journal of health care quality assurance*, 2000, Vol 13 (2), 80-86.
- [4] **Sermeus, W., Vanhaecht, K., Vleugels, A.** The Belgian-Dutch Clinical pathway network, *Journal of Integrated Pathways*, 2001, 5(1), 10-14.
- [5] **Sermeus, W. & Vanhaecht, K.** Wat zijn klinische paden? *Acta Hospitalia*, 2002, dit nummer.
- [6] **Vanhaecht, K., Sermeus, W.** Draaiboek voor de ontwikkeling, implementatie en evaluatie van een klinisch pad. 30 stappenplan van het Netwerk Klinische Paden, *Acta Hospitalia*, 2002, dit nummer.
- [7] **Vanhaecht, K., Sermeus, W., Vleugels, A., Peeters, G.** Ontwikkeling en gebruik van klinische paden (clinical pathways) in de gezondheidszorg, *Tijdschrift voor geneeskunde*, 2002 (in druk).
- [8] **Zander, K. & Bower, K.** *Implementing systems for managing care*. The Center for Case Management, Boston, 2000.