

# Van zorgpad naar zorgtraject, van zorgtraject naar zorgpad

W. Colson

*Patient Care, december 2009, jaargang 32, nummer 9 - pg. 31-36*

**Zorgtrajecten zijn een nieuw instrument voor de aanpak van chronische ziekten. Men legt dikwijls een verband tussen zorgtrajecten en het al langer bestaande concept van zorgpad of klinische pad. Daarom gingen we met Prof. Dr. Walter Sermeus praten van het Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap K.U.Leuven, die al jaren de ontwikkeling van zorgpaden volgt en onderzoekt.**

We legden hem de vraag voor wat huisartsen uit zorgpaden kunnen leren, dat van toepassing is voor de uitwerking van de zorgtrajecten die nu zijn ingevoerd - en die de komende jaren wellicht zullen worden uitgebreid.

## ‘Nationaal plan’

Hoe je het verband tussen zorgtrajecten en zorgpaden juist moet duiden, zal de praktijk moeten uitwijzen. Zorgtrajecten situeren zich alleszins op een ander niveau dan zorgpaden. Met zorgtrajecten wil men op nationaal niveau een gestructureerde aanpak mogelijk maken van de complexe follow-up van chronische patiënten. Zorgtrajecten zorgen er vooral voor dat de verschillende componenten van de follow-up beschikbaar zijn. Ze leggen er een financiering voor vast. Zorgpaden, daarentegen, worden voornamelijk ontwikkeld op een lokaal niveau.

Het zorgtraject diabetes, bijvoorbeeld, betreft niet alleen de huisarts en de diabetoloog in een partnership met de patiënt, het zorgt er ook voor dat er ruim aandacht kan gaan naar de educatie van de diabetespatiënt, dat de patiënt op tijd verwezen kan worden naar de diëtiste en de pololoog.

Op lokaal niveau zal men de zorgtrajecten verder moeten uitwerken: Men zal een netwerk tot stand moeten brengen tussen de verschillende hulpverleners zodat het zorgtraject geen dode letter blijft. Een zorgpad kan hiervoor het model zijn. Men kan een zorgpad dus zien als de lokale uitwerking van het zorgtraject: het zorgpad doet het zorgtraject werken.

## Uitkomst verbeteren

De bedoeling van het zorgtraject is vooral stimulansen in te bouwen om tot een betere zorg te komen. Verbetering van de chronische zorg bij diabetespatiënten blijkt mogelijk. Zoals Jan Heyrman in het interview in het [oktobernummer](#) al aangaf, kwam dat naar voren uit het Diabetesproject Leuven. Voor het project haalde 54% van de patiënten de streefwaarde voor het HbA1c, 50% de waarde voor de systolische bloeddruk en 42% die voor de LDL-cholesterol. Bij afloop van de onderzoeksfase waren die percentages respectievelijk opgelopen 67%, 78% en 60%.

Dat is niet niets: uit onderzoek blijkt dat een reductie van de HbA1c met 1% de diabetesgerelateerde mortaliteit met 21% vermindert, het aantal hartaanvallen met 14%, het aantal beroertes met 12% en het aantal gevallen van perifeer arterieel lijden met 43%. Voor de reductie van hypertensie met 10 mm Hg en de LDL-cholesterol met 30 mg/dl kunnen vergelijkbare resultaten worden opgegeven. Koppel dat aan de bevinding dat bij patiënten met de meest afwijkende waarden de grootste winst kan worden geboekt, en men mag verwachten dat de potentiële winst voor de patiënten en de gezondheidszorg noemenswaardig is.

Een zorgpad versterkt de evenwaardige en complementaire rollen van specialisten, huisartsen en andere zorgverstrekkers.

## Systeem van incentives

Om deze verbeteringen te kunnen bereiken zijn in de zorgtrajecten een aantal incentives vastgelegd voor de verschillende partijen. Voor de patiënt geldt dat hij de raadpleging bij de huisarts en bij specialist volledig terugbetaald krijgt door het ziekenfonds voor de duur van het zorgtraject. Daarnaast wordt hij goed begeleid: hij krijgt van de huisarts een persoonlijk zorgplan bezorgd, dat hem ook toegang verleent tot verschillende hulpverleners. De huisarts en specialist bouwen een team op dat de patiënt een goede behandeling en opvolging van zijn aandoening garandeert. De patiënt krijgt ook een deel van het materiaal gratis. Self-management van de patiënt is een sleutelbegrip (zie ook het interview met professor Heyrman in het oktobernummer).

Ook voor de huisarts zijn er incentives: goede taakafspraken met de diabetoloog en andere hulpverleners en een engagement van de patiënt om zich aan zijn deel van de afspraken te houden - naast een vast jaarlijks bedrag van 80 euro. De incentives voor de diabetoloog liggen in dezelfde lijn: zijn rol in het team wordt bevestigd, hij weet dat de patiënt goed wordt gevolgd.

## Wat is een zorgpad?

Zoals gezegd hebben zorgpaden een meer lokaal en specifiek karakter. Zorgpaden kwamen er in de USA vooral als gevolg van de invoering van nieuwe financieringssystemen voor de ziekenhuizen in de jaren '80 (de DRG's of Diagnostic Related Groups). Dat verplichtte de ziekenhuizen om kostenbewuster en efficiënter te werken, met name door de opnameduur te beperken. In België staat interdisciplinaire samenwerking en kwaliteitsverbetering centraal.

Het concept van zorgpaden is afkomstig uit de industrie: critical pathways zetten de kritische elementen op een rijtje die de doorlooptijd van een productieproces bepalen. De bedoeling van een klinisch pad was om door taakafspraken en een verbeterde coordinatie de opeenvolging van de verschillende stappen te optimaliseren.

In de gezondheidszorg zijn critical pathways in eerste instantie vertaald naar clinical pathways en momenteel verruimd naar care pathways. In België is de term 'zorgpad' gangbaar geworden. Daarmee koppelt men het pad los van het ziekenhuis: deze paden krijgen ook steeds meer een transmuraal karakter. Het zorgpad begint bij voorkeur vóór opname van de patiënt in het ziekenhuis. Na ontslag worden het revalidatiecentrum, de thuiszorg, de eerste lijn,... er steeds vaker bij betrokken.

Zorgpaden zijn meer dan een stappenplan. Ze omhelzen ook

- ♦ een betere communicatie tussen de betrokkenen;
- ♦ een kwaliteitsverbetering, onder meer aan de hand van evidence-based medicine;
- ♦ kwaliteitscontrole door een grotere transparantie van het proces;
- ♦ last but not least, sturing van het proces vanuit de vraag van de patiënt en minder vanuit het beschikbare aanbod.

## Obstakels identificeren

Wanneer men dit laatste rijtje ziet, ziet men zeker overeenstemmingen met de opzet van een zorgtraject: kwaliteitsverbetering, betere communicatie tussen de actoren, evaluatie, enzovoort. De doelstellingen zijn niet altijd even gemakkelijk te verwezenlijken.

- ♦ Zorgpaden berusten op afspraken en communicatie tussen diverse actoren: verpleegkundigen,

artsen betrokken bij het onderzoek en de behandeling, technische diensten,... Bij transmurale zorg gaat het om uiteenlopende hulpverleners in een bepaalde regio. De samenstelling van het team wisselt zowat per patiënt: de huisarts heeft niet slechts te maken met één diabetoloog, en de diabetoloog heeft patiënten van verschillende huisartsen. Artsen, educatoren, verpleegkundigen, diëtisten, en zo voort moeten elkaar steeds opnieuw vinden opdat het zorgtraject tot een concreet zorgpad kan worden omgeturnd.

- ◆ Zorgpaden in de chronische zorg zijn complexer dan zorgpaden die handelen over acute situaties, zoals het plaatsen van een heup- of knieprothese, een bevalling of hartchirurgie. De complicaties en accidenten die zich kunnen voordoen bij deze aandoeningen in een ambulante setting, zijn veel minder voorspelbaar en veel meer gespreid in de tijd. Je kunt, zeker in het verloop van de jaren, nooit echt voorzien wat er gaat gebeuren. Het gaat er voor de betrokken artsen vooral om, om continu alert te blijven.

Dat wil nog niet zeggen dat de inhoud van een zorgtraject ingewikkeld moet zijn, veeleer dat de toepassing ervan dat zal zijn. Juist naarmate men gaat van abstracte praktijkrichtlijnen -vertaald in zorgtrajecten - naar een concrete situatie met verschillende zorgverleners en patiënten met een bepaald probleem in een specifieke context, nemen de complexiteit en onvoorspelbaarheid toe.

## Netwerken bouwen

Volgens professor Sermeus zal het er in de eerste plaats dan ook op aankomen om de zorgtrajecten te doen werken. Dat spreekt niet zo vanzelf. Het is niet voldoende om een aantal nieuwe spelregels te creëren, ze moeten ook aanslaan. Huisartsen en patiënten moeten hun vaste gewoonten doorbreken. Ze moeten een nieuwe dynamiek vinden. Nieuwe incentives voor de verschillende partijen zullen helpen, maar niet altijd volstaan.

Dat men kan afwijken van de regels is een onderdeel van het zorgpad, maar voor een afwijking moet er een uitleg zijn.

Het Riziv heeft ook begrepen dat het de vertaling naar de lokale situatie moet aanmoedigen en financiert door middel van 'pilotprojecten' het tot stand komen van lokale multidisciplinaire teams. Deze proefprojecten moeten uitgaan van de huisartsenkring, maar ze omvatten minstens ook de Geïntegreerde Dienst voor Thuiszorg (GDT) en een lokaal diabetescentrum. De proefprojecten moeten een aantal garanties geven voor het verzamelen en verspreiden van belangrijke informatie en 'good practices'.

Wanneer de proefprojecten aan deze voorwaarden voldoen ontvangen ze een financiering. In de eerste plaats kan daar een zorgtrajectpromotor van worden betaald, die de stuwende kracht achter het project vormt. Op 28 september werden er 39 van deze projecten goedgekeurd. Samen coveren ze meer dan de helft van de Belgische bevolking. Nog enkele laat binnengekomen aanvragen zijn nog in overweging.

## Sluipend hospitalocentrisme?

Er zouden nog meer zorgtrajecten op komst zijn. Naast de huidige trajecten die gaan over type 2-diabetes en chronisch nierfalen, zouden er in de toekomst ook trajecten komen voor osteoporose, COPD en astma, de frail elderly, etcetera. Er komen ook steeds meer zorgpaden met aandacht voor de extramurale zorg. Maar nogal wat huisartsen kijken tegen de zorgpaden met wantrouwen aan. Zijn het de ziekenhuizen die een eigen zorgpad ontwikkelen, met extramurale vertakkingen, die moeten komen zeggen welke taken de huisarts op zich mag nemen - en hoe? Zullen zorgtrajecten er niet toe leiden dat de ziekenhuizen het laken naar zich proberen te halen?

Hoewel deze vrees niet ongegrond is, is deze niet impliciet verbonden aan het gebruik van zorgpaden en/of zorgtrajecten. Om een zorgtraject lokaal te doen werken zijn onvermijdelijk goede taakafspraken nodig tussen de betrokken actoren, en moeten de doelstellingen lokaal duidelijk worden omschreven. Dat kan alleen door overleg tussen alle actoren als evenwaardige partners.

Een zorgpad versterkt de evenwaardige en complementaire rollen van specialisten, huisartsen en andere zorgverstrekkers. Zorgtrajecten en zorgpaden hanteren het perspectief van de patiënt, wat een verruimend effect heeft op de zorgrelatie. De huisarts volgt de patiënt over de tijd en kent veel beter de context. Vanuit het perspectief van de levensloopgeneeskunde die hij beoefent, is de acute episode maar een kortdurend evenement - een klein onderdeel van een geïntegreerde zorg. Dit heeft zowel impact op de rol van huisartsen als deze van specialisten.

## **Uniformiteit**

Een ander probleem voor de huisarts, dat zeker groter dreigt te worden naarmate zorgtrajecten en zorgpaden ingeburgerd raken, is dat huisartsen niet juist met één ziekenhuis te maken hebben. Naast een patiënt die in ziekenhuis A is opgevolgd, heeft hij ook patiënten die voor dezelfde aandoening in ziekenhuis B of C behandeld zijn. Als al die ziekenhuizen een apart zorgpad ontwikkelen, uitgaande van hun eigen protocols, wordt het voor de huisarts al gauw onoverzichtelijk. In een dergelijke complexe situatie vergroot je ook het gevaar dat er fouten gemaakt worden.

Walter Sermeus maakt een vergelijking: "Zolang het luchtverkeer zich beperkt tot één land, is het niet zo erg dat de verschillende landen verschillende verkeerscodes gebruiken. Maar naarmate meer vliegtuigen over veel landen gaan vliegen, dringt een internationale code voor het luchtverkeer zich op."

Wanneer een zorgpad wordt ontwikkeld voor intern gebruik binnen het eigen ziekenhuis, maakt het weinig uit dat het totaal verschilt van alle andere ziekenhuizen uit de buurt. Maar wanneer zorgpaden doorgetrokken worden buiten de muren van het ziekenhuis, wanneer ook andere centra, de ambulante zorg en de eerste lijn daarbij betrokken worden, moet er in de extramurale onderdelen ook meer uniformiteit komen.

## **Middentaal**

Zorgpaden moeten de communicatie tussen de verschillende actoren bevorderen. Maar een huisarts, een educator in het zorgtraject diabetes, in andere situaties een kinesitherapeut of een psycholoog - al deze hulpverleners kijken vanuit een heel andere perspectief tegen een zorgpad aan.

Voor een ziekenhuis, bijvoorbeeld, ligt het voor de hand een apart zorgpad te ontwikkelen voor vrouwen met borstkanker. Dat zal er heel anders uitzien dan één voor een patiënt met een colorectaal carcinoom of een longtumor. Een huisarts, daarentegen, ziet misschien een paar gevallen van borstkanker per jaar. Hij ziet daarnaast patiënten met andere vormen van kanker. Hij zal geneigd zijn bij kankerpatiënten meer de gemeenschappelijke kenmerken te zien, vanuit een behoefte aan overzicht.

Om verschillende disciplines met elkaar te laten communiceren, zal men een soort gemeenschappelijke deler moeten vinden - een tussentaal waar in principe iedereen mee overweg kan. Maar een begrippenkader waarmee de huisarts uit de voeten kan, bevat misschien te weinig nuance voor de (sub)specialist. Er is onderzoek nodig naar hoe een gemeenschappelijke terminologie tot stand kan worden gebracht en kan functioneren.

## Standaardisering

Meer uniformiteit in de aanpak, een gemeenschappelijke taal voor communicatie binnen de zorg: dat alles leidt onvermijdelijk naar meer standaardisering van de zorg. De gegevens die tussen de verschillende hulpverleners worden uitgewisseld, moeten ook afgestemd zijn op het gemeenschappelijke project.

De klokken moeten worden gelijkgezet. Walter Sermeus: “Voor de komst van de spoorwegen hadden alle steden een lokale tijd. De tijd in Antwerpen kon enkele minuten verschillen van die in Gent. Maar toen treinen gingen rijden tussen die steden, werd dat onhoudbaar. De dienstregeling van de treinen vereiste dat overal dezelfde tijd werd ingevoerd.” Iedereen moet het eens zijn over welke gegevens moeten worden gecommuniceerd, wat de streefwaarden zijn, welke betekenis een indicator heeft.

Naarmate er meer actoren in het proces meespelen, komen er bovendien ook meer vragen naar boven drijven als: welke zorg is verantwoord? Wie staat in voor welke interventies? Hoe rapporteert men de uitkomst van de zorg?

Zorgprocessen moeten nog meer worden aangestuurd vanuit de vraag van de patiënt, niet vanuit het aanbod van de zorgverlener of instelling.

Dat is zeker geen ongunstige evolutie. Wanneer, zoals in het zorgtraject diabetes, er een individueel zorgplan wordt opgesteld door de huisarts, zorgt dat ervoor dat de vragen gesteld worden vanuit het perspectief van de patiënt in kwestie. De zorgprocessen draaien dan vanuit de vraag van de patiënt, niet vanuit het aanbod die iedere zorgverlener of iedere betrokken instelling in petto heeft. De hele zorg wordt meer vraaggericht, eerder dan aanbodgericht.

## Sturing

De centrale rol van de huisarts in de zorgtrajecten staat voor dit laatste mee garant. De huisarts stuurt in overleg met de patiënt de zorg in de gewenste richting. Iedereen verliest hier wat vrijheid, ook de huisarts. De patiënt wint vooral: een betere coordinatie, continuïteit en doelgerichtheid. Iedereen die betrokken is in het proces, moet de regels in acht nemen. Men rapporteert aan de anderen de belangrijke interventies die men pleegt. De uitkomsten van deze interventies moeten tevens worden gemeten.

Het risico bestaat dat dit extra werk meebrengt - huisartsen, en ook specialisten, zijn vaak beducht voor nog meer administratie. Er moet daarvoor eensgezindheid zijn over welke uitkomstmaten echt gemeten moeten worden, en hoe die gerapporteerd kunnen worden. Daarbij speelt de informatisering een grote rol. Deze rapportering moet in principe kunnen gebeuren vanuit het (elektronisch) medisch dossier, waarbij de uitkomstmaten uit het dossier worden gedistilleerd.

Het is overduidelijk dat hier is nog een lange weg is af te leggen.

## Evaluatie

Evaluatie is belangrijk om een proces te kunnen bijsturen en het resultaat te verbeteren. “Een van de voordelen bij zorgpaden is dat dit onmiddellijk kan gebeuren. Als men merkt dat het bij patiënten misloopt, kan men direct de nodige aanpassingen doen.” Maar soms is een correctie van het proces niet meteen uitvoerbaar. Het is pas door wat afstand te nemen dat men de knelpunten beter ziet en maatregelen kan nemen om ze effectief te verhelpen.

Het kan bijvoorbeeld zijn dat een meer structurele ingreep nodig is. “In nogal wat ziekenhuizen, bijvoorbeeld, was het gebruikelijk dat een diabetespatiënt de HbA1c-uitslag van de vorige raadpleging meebracht. Aan de hand van dit resultaat kon de diabetoloog de behandeling aanpassen. Maar het resultaat toonde wel de werkelijkheid van drie maanden daarvoor. Men liep dus systematisch achter de feiten aan. Daarom pasten sommige ziekenhuizen hun aanpak aan: meteen als de patiënt op het spreekuur arriveert, wordt bloed afgenomen. Wanneer de patiënt dan enige tijd later de specialist ziet, kan die zijn therapeutisch advies geven op grond van de uitslag van dezelfde dag.” De conclusie ligt weliswaar voor de hand, maar de oplossing vraagt om een doelgerichte reorganisatie.

## Therapeutische vrijheid

Moeten huisartsen, wanneer ze gegevens uit hun klinische praktijk doorspelen, zich niet bespioneerd voelen? Hangt hier geen verborgen evaluatie van hun praktijk aan vast? Komt daardoor de arts-patiëntrelatie niet in het gedrang? In het vorige interview legde professor Heyrman uit welke garanties er in de huidige zorgtrajecten ingebouwd zijn, dat het bij rapportering van de gegevens niet om een persoonlijke evaluatie van de huisarts gaat vanuit een of ander controleorgaan.

Walter Sermeus benadrukt daarbij toch dat men het begrip ‘therapeutische vrijheid’ niet kan interpreteren als ‘de arts doet wat hij wil’: “Therapeutische vrijheid wil zeggen dat men handelt zoals een goede arts in deze situatie zou moeten handelen - en dat men hiervoor bestaande afspraken moet kunnen doorbreken. Zorgpaden proberen dit juist als uitgangspunt te nemen voor het ontwerp van een goede organisatie: de therapeutische vrijheid is dan een erna-natie van zorgpaden. Maar de weg die men gaat moet dan wel op elk moment verantwoord en transparant zijn.”

“Het gaat uiteraard niet om kookboekgeneeskunde. Wanneer het nodig is, moet men van het recept kunnen afwijken. De regels in richtlijnen omschrijven de standaardzorg, maar zijn niet zonder meer op iedere situatie toepasbaar. Dat men kan afwijken van de regels is ingebakken in deze methode, maar het moet ook uitgelegd kunnen worden. De keuzes die men maakt, moeten gedocumenteerd zijn.”

Hoe men zijn interne winkel organiseert, is iemands eigen verantwoordelijkheid. Maar over de uitkomst van het proces, kan de zorgverlener wel worden aangesproken. Daarbij kunnen er redenen te over zijn waarom een arts er niet in slaagt een vooropgestelde doelstelling te behalen. Maar hier het is juist belangrijk die oorzaken te kunnen achterhalen en te kunnen aanwijzen.

## Conclusies

De relatie tussen zorgpaden en zorgtrajecten is complex. Men kan enerzijds zorgpaden zien als een lokale invulling van de zorgtrajecten. De ervaring met zorgpaden maakt het anderzijds mogelijk te anticiperen op een aantal problemen dat met de zorgtrajecten naar voren zal komen.

### Netwerk Klinische Paden

Prof. dr. Walter Sermeus is onder meer coordinator van het Netwerk Klinische Paden (NKP), dat ook in Leuven, in het Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap is gevestigd. In dat netwerk zijn meer dan honderd instellingen vertegenwoordigd uit Nederlandstalige en Franstalig België, en uit Nederland. Het zijn vooral ziekenhuizen die zijn aangesloten, maar ook een aantal eerstelijnsinstellingen waaronder Domus Medica, het Wit-Gele Kruis, familiehulp, Solidariteit voor het Gezin.

NKP organiseert opleidingen, wisselt expertise uit en verricht onderzoek. Het legt een database aan van bestaande klinische paden met gegevens voor benchmarking (om de performantie van de paden te vergelijken).