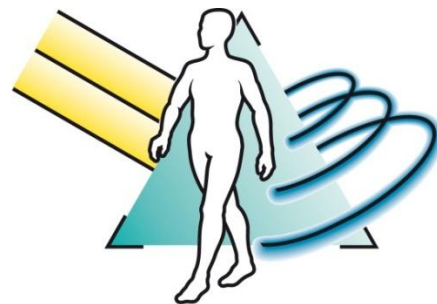


UNIVERSITEIT TWENTE.



Medisch Spectrum $\triangle$ Twente

Zorgpaden op de polikliniek gynaecologie

Enschede, 28 juni 2012

Studenten

Henrike Beltman s0210498

Roos Klever s0171727

Opleiding

Gezondheidswetenschappen

Universiteit Twente

Organisatie

Medisch Spectrum Twente

Begeleiders Universiteit Twente

Ingrid Vliegen

Jeannette van Manen

Begeleider Medisch Spectrum Twente

Josephine Oude Lohuis

SAMENVATTING

Probleemstelling

Begin 2012 is een planningsmodel ontwikkeld voor de polikliniek gynaecologie in het Medisch Spectrum Twente. Met behulp van dit planningsmodel kan de zorgvraag voorspeld worden, waarop de spreekuurcapaciteit van de polikliniek afgestemd kan worden. Het model maakt hierbij gebruik van het zorgpad voor de ongecompliceerde zwangerschap. In de praktijk is onvoldoende inzicht in het verloop van het zorgpad voor de ongecompliceerde zwangerschap. Het onderzoeksdoel is als volgt geformuleerd:

Het huidige verloop van het zorgpad voor vrouwen met een ongecompliceerde zwangerschap in kaart brengen en daarbij de onzekerheid rondom het ontwikkelde planningsmodel wegnemen.

Theoretisch kader

Om dit onderzoeksdoel te realiseren is literatuur nodig over zorgpaden en zorgpaden toegespitst op de gynaecologie afdeling. Zorgpaden beschrijven in termen van behandelingen en interventies het pad dat de patiënt doorloopt. Voor de betrokkenen is in het zorgpad bepaald welke handelingen zij uitvoeren en wie verantwoordelijk is.

Voor de patiënten met een ongecompliceerde zwangerschap is ook een zorgpad ontwikkeld. De ongecompliceerde zwangerschap is een gecompliceerde zwangerschap voor de verloskundige praktijk, maar kunnen in het ziekenhuis door alle gynaecologen worden behandeld. De patiënten met een gecompliceerde zwangerschap kunnen alleen door gecertificeerde gynaecologen behandeld worden.

Het zorgpad voor de ongecompliceerde zwangerschap bestaat uit elf fasen. Elke fase staat gelijk aan een contactmoment in het ziekenhuis. Vier van deze afspraken bestaan uit een echo en zeven afspraken zijn een controle afspraak. Als de patiënt al deze fasen heeft doorlopen is het gehele zorgpad doorlopen.

Methodologie

Met behulp van afspraakcodes uit het X/Care systeem, waarmee het MST werkt, wordt bekeken of patiënten het zorgpad doorlopen. Deze afspraakcodes zijn gekoppeld aan een fase van het zorgpad. Op deze manier is van een samengestelde onderzoekspopulatie bekeken of zij al dan niet het zorgpad hebben doorlopen. De onderzoekspopulatie bestaat uit 587 patiënten waarvoor tussen 1 januari 2011 en 30 juni 2011 een DBC V41 is geopend. Deze DBC bevat alle behandelingen die horen bij het begeleiden van de ongecompliceerde zwangerschap.

Resultaten

De resultaten van dit onderzoek wijzen uit dat slechts 21 procent van de onderzoekspopulatie het zorgpad in het geheel heeft doorlopen. 13 procent van het totaal heeft alleen de eerste fasen van het zorgpad doorlopen en 20 procent heeft alleen de laatste fasen van het zorgpad doorlopen. Een percentage van 33 procent is slechts voor een controle, dag consult of spoedeisende hulp naar het ziekenhuis gekomen. Daarnaast is er een groep van 13 procent die niet in één van deze vier groepen in te delen is. Deze cijfers verschaffen inzicht in het verloop van het zorgpad. Ook de doorstroom per fase van het zorgpad is bepaald.

Conclusie

De onzekerheid rondom het planningsmodel is met behulp van dit onderzoek deels weggenomen. Het verloop en de doorstroom van het zorgpad geven inzicht in de toekomstige zorgvraag (verwachte aantal patiënten). Aan de hand van deze informatie kan spreekuurcapaciteit bepaald worden. Het model houdt echter geen rekening met patiënten die voor slechts een controle afspraak in het ziekenhuis komen. Hier wordt geen capaciteit voor gepland.

VOORWOORD

Voor u ligt het eindresultaat van onze bachelor opdracht voor de studie Gezondheidswetenschappen van de Universiteit Twente. Gedurende de periode maart tot juni 2012 hebben we op de polikliniek gynaecologie van het Medisch Spectrum Twente (MST) gewerkt aan een onderzoek dat zich richt op zorgpaden.

Deze opdracht is voortgekomen uit een masteropdracht van een student Health Sciences, die zich bezig houdt met de ontwikkeling van een planningsmodel voor de polikliniek gynaecologie. Dit model richt zich op de capaciteitsplanning bij het zorgpad voor vrouwen met een ongecompliceerde zwangerschap. Aan de hand van dit model is de vraag naar voren gekomen om het verloop van dit zorgpad in kaart te brengen. Met behulp van deze informatie kan uiteindelijk het planningsmodel geoptimaliseerd worden en kan de capaciteit beter afgestemd worden op de zorgvraag.

Dit onderzoek hadden we niet kunnen doen zonder de hulp van een aantal mensen, hiervoor willen we hen dan ook graag bedanken, met een aantal mensen in het bijzonder. Allereerst willen we onze begeleiders vanuit de Universiteit Twente bedanken, Ingrid Vliegen en Jeannette van Manen, voor de nuttige tips en adviezen die jullie ons tijdens de uitvoering van de opdracht hebben gegeven. Daarnaast willen we graag Josephine Oude Lohuis bedanken, het teamhoofd van de polikliniek gynaecologie en tevens onze begeleider vanuit het MST. Onze gesprekken over de opdracht hebben ons zeer geholpen om uiteindelijk tot dit resultaat te komen. Verder willen we alle medewerkers van de afdelingen bedanken voor de uitleg en tips gedurende de uitvoering van onze opdracht.

Henrike Beltman
Roos Klever

Enschede, 28 juni 2012

INHOUD

Samenvatting	1
Voorwoord	2
Inhoud	3
1. Inleiding.....	5
1.1 Context	5
1.1.1 Medisch Spectrum Twente.....	5
1.1.2 Gynaecologie	5
1.2 Probleembeschrijving	5
1.3 Doel onderzoek.....	6
1.4 Onderzoeksvragen	7
2. Theoretisch Kader	8
2.1 Zorgpaden.....	8
2.1.1 Ontstaan zorgpad	8
2.1.2 Voordelen	9
2.1.3 Nadelen	9
2.2 Zorgpaden in de gynaecologie	9
2.2.1 ZGT Almelo	9
2.2.2 SKB Winterswijk.....	10
2.3 Gecomplieerde en ongecompliceerde zwangerschappen	10
2.3.1 Gecomplieerde zwangerschap.....	10
2.3.2 Ongecompliceerde zwangerschap	10
2.4 Diagnose Behandel Combinaties	11
2.4.1 Ontwikkeling van DBC's.....	11
2.4.2 Voordelen	11
2.4.3 Nadelen	12
2.4.4 DBC's in dit onderzoek	12
2.5 Planningsmodel	12
2.5.1 De zorgvraag.....	12
2.5.2 Spreekuurcapaciteit	13
2.6 Samenvatting	14
3. De polikliniek gynaecologie.....	15
3.1 Achtergrond ontwikkelen zorgpad	15
3.1.1 Ontwikkeling zorgpad.....	15
3.1.2 Redenen ontwikkelen zorgpad	16
3.1.3 Betrokkenen bij de ontwikkeling van het zorgpad	16
3.2 Zorgpad ongecompliceerde zwangerschap	16

3.4 Samenvatting	19
4. Methodologie	20
4.1 Onderzoekspopulatie	20
4.2 Dataverzameling	20
4.3 Aannames	21
4.4 Verkrijgen van de data	22
4.5 Verwachte uitkomsten	22
4.6 Steekproef groep 2 en 3	23
5. Resultaten	24
5.1 Dubbele DBC's	24
5.2 Groep 1 – Helemaal doorlopen zorgpad	24
5.3 Groep 2 – Alleen begin zorgpad doorlopen	25
5.4 Groep 3 – Eind zorgpad	26
5.5 Groep 4 – Patiënten waarbij alleen een DBC V41 geopend is	27
5.6 Groep 5 - Overig	28
5.7 Doorstroom zorgpad	29
5.8 Redenen in- en uitstromen	29
5.8.1 Redenen eerder uitstromen zorgpad	29
5.8.2 Redenen later instromen zorgpad	30
5.9 Samenvatting onderzoeksresultaten	31
6. Conclusie, discussie en aanbevelingen	32
6.1 Conclusie	32
6.2 Discussie	33
6.3 Aanbevelingen	34
6.3.1 Aanbevelingen voor de polikliniek gynaecologie	34
6.3.2 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek	35
6.3.3. Aanbevelingen ten aanzien van het planningsmodel	36
Bibliografie	37
Appendix A: Zorgpad ongecompliceerde zwangerschap	39
Appendix B: Tijdsperiode X/Care lijsten	51

1. INLEIDING

Op dit moment bestaat op de polikliniek gynaecologie van het Medisch Spectrum Twente (MST) onduidelijkheid over de manier waarop zwangere vrouwen het zorgpad voor ongecompliceerde zwangerschappen doorlopen. Dit zorgpad beschrijft door middel van verschillende fasen welke behandelingen en onderzoeken de patiënt zou moeten ondergaan en op welk moment van de zwangerschap deze onderzoeken plaatsvinden. Daarnaast geeft het zorgpad weer op welk moment bepaalde zorgverleners betrokken zijn in het zorgproces.

Door middel van dit onderzoek proberen we inzicht te krijgen in het huidige verloop van het zorgpad voor de ongecompliceerde zwangerschap.

Dit hoofdstuk beschrijft in het kort de context waarin het onderzoek plaatsvindt (paragraaf 1.1). Daarnaast is de aanleiding van het onderzoek beschreven (paragraaf 1.2). Vervolgens wordt het doel van het onderzoek beschreven (paragraaf 1.3) en zijn de bijbehorende onderzoeksvragen geformuleerd (paragraaf 1.4).

1.1 CONTEXT

1.1.1 MEDISCH SPECTRUM TWENTE

Het Medisch Spectrum Twente (MST) is een van de grootste niet-academische ziekenhuizen van Nederland. Voor een verzorgingsgebied van ruim 264.000 inwoners heeft het MST als kerntaak de gezondheid van de inwoners te bevorderen. Dit probeert het MST te realiseren door medisch-specialistische zorg aan te bieden en te garanderen voor de inwoners van de regio Twente.

Naast de basiszorg beschikt het MST ook over de kennis, vaardigheden en voorzieningen die het mogelijk maken dat het MST topklinische zorg kan verlenen. Ook wordt veel aandacht besteed aan opleiding en onderzoek (MST, Onze organisatie, 2012).

Het MST is onderdeel van de Santeon groep. Naast het MST zijn nog vijf andere ziekenhuizen bij deze groep aangesloten: het Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis in Nijmegen, het Catharina ziekenhuis in Eindhoven, het Martini ziekenhuis in Groningen, het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis in Amsterdam en het St. Antonius te Nieuwegein. Deze zes ziekenhuizen hebben met elkaar gemeen dat ze allemaal topklinische opleidingsziekenhuizen zijn met een sterke positie binnen de eigen regio. Het doel van het oprichten van Santeon is het uitwisselen van kennis, vaardigheden en talent. Ook wordt samengewerkt rondom inkoop, personeelszaken, gebouwbeheer en automatisering. Dit alles met als doel om kosten te besparen (Santeon, 2012).

1.1.2 GYNAECOLOGIE

Patiënten kunnen bij de polikliniek gynaecologie terecht voor onderzoek en behandeling op het gebied van verloskunde, gynaecologie en echografie. Daarnaast worden op de polikliniek patiënten met gynaecologische problemen en klachten op het gebied van osteoporose en de menopauze behandeld (MST, Home gynaecologie, 2012).

De polikliniek gynaecologie beschikt over elf gynaecologen, vier klinisch verloskundigen, vier echoscopisten en een aantal arts-assistenten. De afdeling gynaecologie van het MST is sinds 2009 samen met de afdelingen kindergeneeskunde en urologie ondergebracht in het Vrouw Kind Centrum. Daarnaast heeft het MST poliklinieken in Oldenzaal, Haaksbergen en Losser (MST, Home gynaecologie, 2012).

1.2 PROBLEEMBESCHRIJVING

In de afgelopen jaren zijn voor verschillende disciplines in de gezondheidszorg klinische paden ontwikkeld. Deze klinische paden, of zorgpaden, kunnen worden omschreven als een verzameling van methoden en hulpmiddelen die op elkaar afgestemd zijn. Dit vormt samen een zorgplan voor een specifieke patiëntenpopulatie (Sermeus & Vanhaecht, 2002).

Op de gynaecologie afdeling van het MST wordt sinds 2009 gewerkt met zorgpaden voor de begeleiding van de zwangerschap. Hierin is onderscheid te maken tussen zorgpaden voor de gecompliceerde zwangerschap en zorgpaden voor de ongecompliceerde zwangerschap.

Gecompliceerde zwangerschappen zijn zwangerschappen waarbij sprake is van diabetes, een Body Mass Index (BMI) hoger dan 30, een meerlingenzwangerschap of wanneer sprake is van maladaptatie. Bij maladaptatie bestaat een verhoogde kans op vervroegde afbraak van de zwangerschap. Deze patiëntgroepen hebben extra aandacht nodig, gezien deze patiënten een grotere kans hebben op complicaties gedurende de zwangerschap.

Wanneer bovenstaande bijzonderheden echter niet gelden, is sprake van een ongecompliceerde zwangerschap. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer iemand in het verleden een miskraam heeft gehad of wanneer iemand met behulp van in vitro fertilisatie (IVF) bevrucht is.

Om het verschil tussen ongecompliceerde en gecompliceerde zwangerschappen te verduidelijken, kan over ongecompliceerde zwangerschappen gezegd worden dat deze gecompliceerd zijn voor een verloskundigenpraktijk, maar ongecompliceerd voor het MST. Binnen het MST kan een patiënt met een ongecompliceerde zwangerschap door elke gynaecoloog behandeld worden. De patiënten met een gecompliceerde zwangerschap worden in het MST behandeld door hiervoor gecertificeerde gynaecologen. Het verschil tussen gecompliceerde en ongecompliceerde zwangerschappen wordt verder toegelicht in hoofdstuk 2.

Binnen dit onderzoek houden we ons bezig met de zorgpaden voor de ongecompliceerde zwangerschap. Deze zorgpaden zijn ontwikkeld door een werkgroep, bestaande uit verschillende partijen die betrokken zijn bij de begeleiding van de zwangerschap (Werkgroep, 2009). Binnen deze werkgroep is door middel van kennisoverdracht en overleg tussen de verschillende betrokkenen een zorgpad samengesteld. In elf fasen wordt de gehele behandeling omschreven voor de begeleiding van een zwangere vrouw met een ongecompliceerde zwangerschap.

In februari 2012 is op de polikliniek gynaecologie een begin gemaakt met het ontwikkelen van een planningsmodel. Hiermee kan de zorgvraag en het plannen van capaciteit op de polikliniek beter op elkaar afgestemd worden. Om een voorspelling te kunnen doen over de toekomstige zorgvraag maakt dit planningsmodel gebruik van het zorgpad voor de ongecompliceerde zwangerschap. Hierbij is aangenomen dat de zwangere vrouwen zo vaak terug komen als in het zorgpad staat beschreven. Elke fase staat hierbij gelijk aan een afspraak. Het zorgpad dat binnen het MST gehanteerd wordt, staat beschreven in hoofdstuk 3.

Rondom het ontwikkelde planningsmodel bestaat nog veel onzekerheid. Een voorbeeld hiervan is dat men niet zeker weet of de patiënt ook daadwerkelijk zo vaak langskomt als in het zorgpad staat beschreven, of dat het aantal afspraken wellicht hoger of lager ligt. Ook bestaat de kans dat er een verlate instroom, of juist een vervroegde uitstroom is van de patiënten die deelnemen aan het zorgpad.

1.3 DOEL ONDERZOEK

Om het ontwikkelde planningsmodel te verbeteren en de onzekerheid rondom het model weg te nemen, is het belangrijk dat inzicht komt in hoe patiënten het zorgpad voor een ongecompliceerde zwangerschap doorlopen. Dit verloop kan in kaart worden gebracht door te bekijken hoeveel patiënten volgens het zorgpad op de aangegeven momenten in het ziekenhuis komen en of van deze momenten wordt afgeweken. Daarnaast is het belangrijk te kijken, indien wordt afgeweken van het zorgpad, om welke redenen dit gebeurt.

Wanneer het bovenstaande duidelijk in kaart gebracht wordt, krijgt de polikliniek gynaecologie met behulp van het planningsmodel de zorgvraag beter in beeld. Hiermee kan de capaciteit op de polikliniek beter afgestemd worden op de zorgvraag. Het doel van dit onderzoek kan daarmee als volgt worden omschreven:

“Het huidige verloop van het zorgpad voor vrouwen met een ongecompliceerde zwangerschap in kaart brengen en daarbij de onzekerheid rondom het ontwikkelde planningsmodel wegnemen”.

1.4 ONDERZOEKSVRAGEN

Om bovengenoemd doel te bereiken zijn een aantal onderzoeksvragen opgesteld, die gezamenlijk een duidelijk beeld geven over het verloop van het zorgpad.

In hoofdstuk 2 wordt ingegaan op de literatuur die betrekking heeft op dit onderzoek. De literatuur rondom gecompliceerde en ongecompliceerde zwangerschappen komt aan bod, evenals de literatuur over zorgpaden en Diagnose Behandel Combinaties (DBC's). Naast zorgpaden in het algemeen, wordt toegespitst op zorgpaden in de gynaecologie. Ook wordt in dit hoofdstuk het planningsmodel toegelicht.

In hoofdstuk 3 worden de processen op de polikliniek gynaecologie besproken die voor dit onderzoek van belang zijn. Het zorgpad voor de ongecompliceerde zwangerschap wordt beschreven. De onderzoeksvraag die in hoofdstuk 3 beantwoord wordt, is als volgt geformuleerd:

1. Op welke manier is het zorgpad voor de ongecompliceerde zwangerschap tot stand gekomen en hoe ziet dit zorgpad eruit?

Vervolgens wordt in hoofdstuk 4 de methode van onderzoek toegelicht. De onderzoekspopulatie wordt hierin gepresenteerd evenals verwachte uitkomsten van dit onderzoek.

In hoofdstuk 5 worden de resultaten van dit onderzoek gepresenteerd, hieraan is de volgende onderzoeksvraag gekoppeld:

2. Wat is het verloop van het zorgpad voor de ongecompliceerde zwangerschap?

In hoofdstuk 6 wordt een conclusie gegeven van dit onderzoek, tevens worden aanbevelingen gedaan.

2. THEORETISCH KADER

In dit hoofdstuk wordt de literatuur op het gebied van zorgpaden besproken. Allereerst wordt in paragraaf 2.1 een definitie gegeven van zorgpaden en worden de voor- en nadelen van het gebruik van zorgpaden toegelicht. In paragraaf 2.2 wordt het gebruik van zorgpaden op gynaecologieafdelingen in andere ziekenhuizen in Nederland besproken. Daarnaast wordt in paragraaf 2.3 het verschil tussen gecompliceerde en ongecompliceerde zwangerschappen verduidelijkt. In paragraaf 2.4 wordt de ontwikkeling van DBC's en de voor- en nadelen van DBC's toegelicht. Paragraaf 2.5 beschrijft het planningsmodel.

2.1 ZORGPADEN

Zorgpaden, ook wel klinische paden of ketenzorg genoemd, worden de laatste jaren steeds meer gebruikt. Voor de betekenis van zorgpaden worden verschillende definities gehanteerd. De definitie van Hummel, de Meer, de Vries & Otter (2009) is dat deze gebruikt worden als multidisciplinair instrument om de kwaliteit en efficiëntie van Evidence Based Medicine (EBM) te optimaliseren. EBM betekent dat bij beslissingen over klinisch handelen bij een individuele patiënt het meest recente en beste bewijsmateriaal wordt gebruikt (Offringa, Assendelft, & Scholten, 2008). Een andere definitie van zorgpaden is gegeven door Sermeus en Vanhaecht (2002): *“Een verzameling van methoden en hulpmiddelen om de leden van het multidisciplinair professioneel team op elkaar af te stemmen en taakafspraken te maken voor een specifieke patiëntenpopulatie. Het is een concretisering van een zorgprogramma met als doel kwalitatieve en efficiënte zorgverlening te verzekeren”*.

Binnen het MST wordt de volgende definitie van zorgpaden gehanteerd (Werkgroep, 2009): *“Een klinisch pad is een concretisering van een zorgprogramma met als doel kwalitatieve en efficiënte zorgverlening te verzekeren. Het is een middel om een patiëntgericht programma op systematische wijze te plannen en op te volgen (deel definitie Sermeus en Vanhaecht, 2002). Het klinisch pad bestaat uit:*

- *Afspraken over activiteiten en resultaten verdeeld in fasen;*
- *De variantie; afwijkingen van het klinisch pad, bijgehouden in de variantierapportage”*.

Zorgpaden zijn opgesteld vanuit het oogpunt van de patiënt. Het beschrijft in termen van behandelingen en interventies welk pad de patiënt doorloopt (Middleton, Barnett, & Reeves, 2001). Met behulp van zorgpaden kan de zorg voor een bepaalde patiëntengroep aanzienlijk verbeterd worden wanneer verschillende schakels in de zorgketen op een goede, gestructureerde manier op elkaar afgestemd worden. Een zorgpad bekijkt de zorgketen als geheel en is bedoeld om de effectiviteit, efficiëntie en patiëntgerichtheid binnen de gezondheidszorg te verbeteren (Hummel, de Meer, de Vries, & Otter, 2009). Een ander doel van zorgpaden is om de kwaliteit en veiligheid van de zorg te verbeteren (Wanyonyi & Karuga, 2010).

2.1.1 ONTSTAAN ZORGPAD

De eerste vormen van zorgpaden ontstonden in 1984 in The New England Medical Center. Dit ging samen met de ontwikkeling van Diagnosis Related Groups (DRGs) in de Verenigde Staten als methode voor kostenbeheersing. De DRGs werden gebruikt om homogene patiëntengroepen te definiëren, waarvoor hetzelfde tarief werd vastgesteld. De DRGs stimuleerden zorgverleners en managers om de zorg rondom deze patiëntengroepen efficiënt en transparant in te richten (Panella, Vanhaecht, & Sermeus, 2009).

De zorgpaden van nu lijken weinig op de zorgpaden van toen. In 1984 werden de paden vooral ontwikkeld voor de beheersing van kosten. Op dit moment worden zorgpaden ontwikkeld voor het bevorderen van de kwaliteit en veiligheid in de zorg. Kosteneffectiviteit is een bijkomend voordeel van de zorgpaden, maar het hoofddoel is het verlenen van de juiste zorg en tegemoet te komen aan de behoeften van de patiënt (Panella, Vanhaecht, & Sermeus, 2009).

Vanuit de industriële sector is een vergelijking te trekken met ketenzorg. De laatste jaren worden de processen in de industrie steeds meer georganiseerd aan de hand van Supply Chain Management (SCM). Dit wordt vooral toegepast om de concurrentiepositie van ondernemingen te versterken. Bij SCM is sprake van een duidelijke, geïntegreerde keten van goederen- en materiaalstromen die tot logistieke verbeteringen kan leiden. Deze vormen Supply Chain Management zien we tegenwoordig steeds meer terug in de gezondheidszorg in de vorm van zorgpaden (Hummel, de Meer, de Vries, & Otter, 2009).

2.1.2 VOORDELEN

Het gebruik van zorgpaden brengt een aantal voordelen met zich mee, die in deze paragraaf worden toegelicht. Door het gebruik van zorgpaden voor verschillende homogene patiëntgroepen ontstaat een efficiënte manier van werken. Door een pad op te stellen waarin is aangegeven wie verantwoordelijk is voor welke handeling, ontstaat duidelijkheid over de verantwoordelijkheden van de betrokkenen. Hierdoor kunnen bepaalde werkprocessen sneller uitgevoerd worden en efficiënter worden ingericht (Middleton, Barnett, & Reeves, 2001).

Een ander voordeel is dat elke discipline wordt betrokken bij het ontwerp van het zorgpad. De samenwerking tussen de disciplines krijgt hierdoor een stimulans. Het zorgpad fungeert als een soort communicatiemiddel tussen de betrokkenen (Sermeus & Vanhaecht, 2002). Dit leidt tot consensus over het opgestelde zorgpad.

Het laatste voordeel van het ontwikkelen van zorgpaden, is het ontstaan van standaarden. Door deze standaarden wordt beter zichtbaar wanneer varianties optreden. Daarnaast krijgt een zorginstelling beter zicht op de eigen prestatie (Middleton, Barnett, & Reeves, 2001).

2.1.3 NADELEN

Voorgaand zijn de voordelen van het gebruik van zorgpaden besproken. Echter brengt het gebruik van zorgpaden niet alleen voordelen met zich mee. De problemen rondom het ontwikkelen en het gebruik van zorgpaden worden hieronder besproken.

Zowel het opstellen als het implementeren van zorgpaden blijkt in de praktijk niet altijd eenvoudig te zijn. Dit komt doordat zorgpaden vanuit verschillende invalshoeken worden bekeken. Bij de samenstelling van zorgpaden kan het gebeuren dat de betrokkenen het niet eens worden over de behandeling van een patiëntengroep (Hummel, de Meer, de Vries, & Otter, 2009).

Een ander probleem heeft te maken met de coördinatie van zorgpaden. Doordat de zorg met behulp van zorgpaden beter gecoördineerd kan worden rondom een bepaalde patiëntengroep, ontstaat een aaneenschakeling van taken, werkprocessen en besluiten. Tegelijkertijd is dit het gevaar van zorgpaden. Door het ontstaan van zorgpaden blijft weinig ruimte over voor de individuele gevallen, welke juist belangrijk zijn in de gezondheidszorg (Hendriks, 2011).

Als laatste kunnen problemen rondom de planning ontstaan. Het zorgpad is bedacht om zorgprocessen efficiënter in te richten. De benodigde middelen moeten goed op elkaar afgestemd zijn. Dit is niet altijd haalbaar en kan voornamelijk logistieke problemen opleveren. Zo is elke patiënt verschillend en ook hier moet het logistieke proces rekening mee houden (Hummel, de Meer, de Vries, & Otter, 2009).

2.2 ZORGPADEN IN DE GYNAECOLOGIE

Hoewel in de literatuur veel geschreven wordt over het gebruik van zorgpaden, is naar het gebruik ervan binnen de gynaecologie tot op heden weinig onderzoek gedaan. Om inzicht te krijgen in het gebruik van zorgpaden binnen de gynaecologie met betrekking tot het begeleiden van de zwangerschap is contact gelegd met twee andere ziekenhuizen binnen Nederland. Op deze manier kan een vergelijking worden gemaakt tussen het zorgpad dat binnen het MST wordt gehanteerd en zorgpaden die binnen andere ziekenhuizen worden gehanteerd voor de begeleiding van de zwangerschap.

2.2.1 ZGT ALMELO

Binnen Ziekenhuis Groep Twente (ZGT) in Almelo wordt voor de begeleiding van de zwangerschap gewerkt met een behandelplan. Het behandelplan dat binnen de ZGT gehanteerd wordt, beschrijft net als het zorgpad van het MST welke handelingen in welke week van de zwangerschap verricht worden. Daarnaast geeft het behandelplan aan welke zorgverlener betrokken is bij de behandeling.

Echter is het behandelplan van de ZGT minder specifiek dan het zorgpad van het MST. In dit behandelplan wordt bij enkele weken van de zwangerschap genoemd welke zorgverlener betrokken is bij het zorgproces.

Echter staat voor een aantal momenten niet aangegeven wie welke handeling verricht. Dit in tegenstelling tot het zorgpad dat binnen het MST wordt gehanteerd. Hierin wordt per fase aangegeven welke zorgverlener welke handeling mag verrichten. Niet alleen wordt onderscheid gemaakt tussen een gynaecoloog of verloskundige, maar ook de taken die de arts-assistenten, medisch secretaresses en financieel secretaresses verrichten, worden in het zorgpad beschreven. Dit specifieke onderscheid wordt in het behandelplan van de ZGT niet gemaakt.

Wanneer gekeken wordt naar de momenten waarop een zwangere tijdens de zwangerschap een behandeling krijgt, zijn tussen het zorgpad van het MST en het behandelplan van ZGT enkele verschillen te onderscheiden. Ten opzichte van het zorgpad van het MST, kent het behandelplan van de ZGT minder contactmomenten. Daarnaast zit verschil tussen de momenten waarop verschillende behandelingen plaatsvinden. De counseling en termijnecho bijvoorbeeld, wordt in de ZGT rond de tiende week van de zwangerschap verricht. In het MST worden deze behandelingen rond de negende week van de zwangerschap verricht. Daarnaast is de 12-weeken echo of combitest niet opgenomen als stap in het behandelplan bij de ZGT. Het is niet bekend of deze echo daadwerkelijk niet wordt uitgevoerd in het ziekenhuis. Deze stap ontbreekt echter in het opgestelde behandelplan.

2.2.2 SKB WINTERSWIJK

Hoewel er verschillen zijn tussen het behandelplan van de ZGT en het zorgpad van het MST, kan gesteld worden dat er ook veel overeenkomsten zijn. In tegenstelling tot het MST en de ZGT wordt bijvoorbeeld in het Streekziekenhuis Koningin Beatrix (SKB) niet met een behandelplan of zorgpad gewerkt. Dit ziekenhuis heeft aangegeven wel bepaalde echo's en controles uit te voeren bij zwangere vrouwen, echter is geen specifiek behandelplan of zorgpad voor de behandeling van deze vrouwen opgesteld.

2.3 GEOMPLICEERDE EN ONGEOMPLICEERDE ZWANGERSCHAPPEN

In het MST wordt onderscheid gemaakt tussen twee soorten zwangerschappen: de ongecompliceerde zwangerschap en de gecompliceerde zwangerschap. Hoewel gekeken wordt naar het zorgpad voor de ongecompliceerde zwangerschap, worden voor de volledigheid beide soorten zwangerschappen beschreven.

2.3.1 GEOMPLICEERDE ZWANGERSCHAP

Binnen het Medisch Spectrum Twente wordt gesproken over een patiënt met een gecompliceerde zwangerschap wanneer bij deze patiënt een bepaalde diagnose is gesteld. Wanneer een zwangere aan maladaptatie leidt, behoort deze tot de gecompliceerde zwangerschappen. Maladaptatie betekent dat er een verhoogde kans is op het afstoten van de bevruchte eicel. Dit komt doordat de baarmoeder en placenta de bevruchte eicel als 'vreemd weefsel' zien. Als gevolg van maladaptatie kan zwangerschapsvergiftiging ontstaan (Wallenburg, 1999). Een patiënt die in verwachting is van een meerling (Gemelli), behoort eveneens tot de gecompliceerde zwangerschap. Binnen de meerlingenzwangerschap wordt onderscheid gemaakt tussen een Gemelli Dichoriaal (meerlingen zwangerschap met twee of meer vruchtzakken) en een Gemelli Monochoriaal (meerlingenzwangerschap met één vruchtzak). Ook zwangeren die Diabetes Mellitus hebben of zwangeren die een BMI hoger dan 30 hebben, worden aangeduid als gecompliceerde zwangerschap (Werkgroep, 2009).

2.3.2 ONGEOMPLICEERDE ZWANGERSCHAP

Dit onderzoek richt zich op het zorgpad voor de ongecompliceerde zwangerschap. Een ongecompliceerde zwangerschap is een zwangerschap waarbij bovengenoemde kenmerken (paragraaf 2.3.1) niet van toepassing zijn. Een ongecompliceerde zwangerschap is een zwangerschap waarbij de patiënt naar de gynaecoloog in het ziekenhuis wordt doorverwezen. Voor de verloskundigenpraktijk is deze zwangerschap complex, maar in het ziekenhuis kan de patiënt door elke gynaecoloog worden behandeld. Patiënten met een gecompliceerde zwangerschap worden in het MST alleen behandeld door daarvoor gecertificeerde gynaecologen.

Patiënten kunnen vanwege een aantal redenen in het ziekenhuis terecht komen voor zwangerschapsbegeleiding. Een reden is wanneer de patiënt niet op een natuurlijke wijze zwanger is geworden, maar met behulp van in vitro fertilisatie (IVF). Voor de eerste controles zal de patiënt in dat geval altijd naar het ziekenhuis gaan. Een andere reden is wanneer de patiënt in het verleden een miskraam heeft gehad. In het begin van de zwangerschap wordt de patiënt dan goed in de gaten gehouden of de zwangerschap

dit keer niet vroegtijdig wordt afgebroken. Een laatste reden kan zijn wanneer de patiënt in het verleden een buitenbaarmoederlijke zwangerschap heeft gehad (Werkgroep, 2009).

2.4 DIAGNOSE BEHANDEL COMBINATIES

In deze paragraaf wordt het begrip Diagnose Behandel Combinatie (DBC) uitgelegd. Dit begrip is van belang voor dit onderzoek, omdat de onderzoekspopulatie bestaat uit patiënten voor wie een DBC wordt geopend. Deze DBC is voor de begeleiding van de zwangerschap. De totstandkoming van de onderzoekspopulatie wordt beschreven in hoofdstuk 4, de methodologie.

Een verhelderende definitie van het begrip Diagnose Behandel Combinatie is te vinden op de website van DBC Onderhoud (2012). Deze site omschrijft een DBC als volgt: *“De DBC typeert het geheel van activiteiten van een ziekenhuis of medisch specialist, voortvloeiend uit de zorgvraag waarmee de patiënt de specialist van het ziekenhuis consulteert. De DBC is een declarabele prestatie. De DBC wordt bepaald door de DBC componenten, bestaande uit specialisme, zorg type, zorgvraag, diagnose en behandeling”*.

Ook wordt op de website van het Medisch Spectrum Twente (MST, Voor professionals, 2012) een definitie gegeven. Hier wordt het volgende gezegd: *“Een DBC is een geheel van activiteiten en verrichtingen van het ziekenhuis en de medisch specialisten die voortvloeien uit de zorgvraag waarmee een patiënt de specialist in het ziekenhuis consulteert”*. Hier wordt aan toegevoegd: *“Met activiteiten worden zowel medische handelingen (onderzoeken en operaties) als medisch ondersteunende verrichtingen, zoals polikliniekbezoeken, verpleegdagen en dagverpleging bedoeld. De DBC benoemt elke stap in de behandeling van de patiënt, van het eerste consult tot en met de laatste controle. De DBC beschrijft daarmee het zorgpad wat de patiënt doorloopt”*.

2.4.1 ONTWIKKELING VAN DBC'S

Afgelopen jaren is de financiering van de gezondheidszorg veranderd van een aanbod gereguleerd stelsel naar een vraag gestuurd stelsel (Dunning, 2001). De DBC's hebben hier een grote bijdrage aan geleverd. De DBC's geven een transparant beeld van de omvang van een gedeelte van de zorg. Doordat alle behandelingen voor een bepaalde diagnose samen in een pakket zitten, hoeven geen verschillende declaraties en rekeningen betaald te worden. Met de invoering van de DBC's is de kostenefficiëntie aangescherpt (Hendriks, 2011).

Momenteel vinden veranderingen plaats binnen de DBC systematiek. Sinds januari 2012 wordt met de DOT (DBC op weg naar Transparantie) gewerkt. Met dit nieuwe systeem worden de DBC's inzichtelijker en kan duidelijk gezien worden welke behandelingen in de DBC vallen en welke werkelijk uitgevoerd zijn (Van Belleghem & Redel, 2011). Aangezien in dit onderzoek gegevens uit het jaar 2011 gebruik worden, wordt alleen gekeken naar de DBC's. De DOT wordt verder buiten beschouwing gelaten.

Met de invoering van elk mogelijk financieringssysteem in de gezondheidszorg gaan voor- en nadelen gepaard. In de volgende paragraaf worden de belangrijkste voor- en nadelen van DBC's besproken.

2.4.2 VOORDELEN

Het grote voordeel aan het DBC systeem is het inzicht dat men krijgt in de prestaties van de zorgorganisatie. Bekeken kan worden welke behandelingen worden uitgevoerd, welke onderzoeken daarmee gepaard gaan en hoeveel deze behandelingen kosten. Dit kan voor het management van een zorginstelling leiden tot een efficiënte bedrijfsvoering wat betreft wachttijden, doorlooptijden en kosten van de behandeling. In zijn geheel leidt dit tot kwaliteitsverbetering.

Daarnaast ontstaat een marktwerkingsvorm tussen de zorgverzekeraars. Bepaalde DBC's zijn 'onderhandelbare DBC's'. Dit houdt in dat over de prijs en het volume van deze DBC's afspraken gemaakt kunnen worden tussen zorgaanbieders (ziekenhuizen) en zorgverzekeraars. Hierdoor zal prijsbewuster na worden gedacht over het leveren van zorg (Jong & Mosca, 2006).

2.4.3 NADELEN

Naast de bovengenoemde voordelen van DBC's, zijn ook een aantal nadelen op te noemen. Zo wordt getwijfeld aan de efficiëntie van het systeem. De vele systemen die ontwikkeld zijn om DBC's te registreren en het onderhoud van deze systemen zorgt voor een lastendruk bij de administratieve afdelingen.

Ook het samenstellen van DBC's is een lastig punt. Voor eenvoudige behandelingen is het gemakkelijk, maar wanneer een bepaald onderzoek niet binnen een DBC valt, moet een geheel nieuwe DBC worden aangemaakt. Dit veroorzaakt meer administratie dan wenselijk is (Blank, 2005).

2.4.4 DBC'S IN DIT ONDERZOEK

In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van een tweetal DBC's. Allereerst wordt gewerkt met de DBC V41. Deze bevat alle behandelingen die horen bij de begeleiding van de ongecompliceerde zwangerschap. Ten tweede wordt gewerkt met de DBC V51 ter begeleiding van de bevalling, nabehandeling en nacontrole van de zwangere vrouw. De DBC V41 wordt gebruikt voor het bepalen van de onderzoekspopulatie (Hoofdstuk 4).

2.5 PLANNINGSMODEL

In februari 2012 is op de polikliniek gynaecologie een planningsmodel ontwikkeld waarmee de zorgvraag voorspeld kan worden. Deze zorgvraag is de vraag naar de begeleiding van vrouwen met een ongecompliceerde zwangerschap.

Door middel van het model kan bepaald worden hoeveel vraag er naar begeleiding van de ongecompliceerde zwangerschap is. Wanneer voldoende informatie over de zorgvraag beschikbaar is, kan de polikliniek hier de benodigde capaciteit op plannen. De capaciteit waar het hier om gaat is de spreekuurcapaciteit.

Met behulp van het model kan per week een voorspelling gemaakt worden hoeveel nieuwe patiënten en hoeveel controle patiënten verwacht worden. De controle patiënten zijn de patiënten zich al in het systeem bevinden, zij bevinden zich al in een bepaalde fase van het zorgpad. Op basis van deze gegevens kan uiteindelijk de spreekuurcapaciteit worden bepaald.

2.5.1 DE ZORGVRAAG

De totale vraag naar de begeleiding van de ongecompliceerde zwangerschap (DBC V41), wordt bepaald door twee elementen: (1) het verwachte aantal controle patiënten en (2) het verwachte aantal nieuwe patiënten. Dit wordt in deze paragraaf toegelicht.

Het eerste element is gebaseerd op het aantal verwachte controle patiënten. Met de informatie van een bepaald aantal patiënten op een bepaald tijdstip in het systeem (zorgpad) kan berekend worden wanneer deze patiënten voor een vervolgspraak terugkomen. Om deze berekening te maken worden de gegevens over de week van de zwangerschap gebruikt, in plaats van de fase waarin de patiënt verkeert. Het gaat dan om het aantal weken *tussen* de afspraken. Wanneer deze intervallen tussen de afspraken bekend zijn, kan berekend worden wanneer een patiënt terugkomt. Deze intervallen staan in Tabel 1.

Fase	Week van de zwangerschap	Interval
1	9	1
2	10	2
3	12	8
4	20	5
5	25	5
6	30	3
7	33	3
8	36	2
9	38	2
10	40	1
11	41	

Tabel 1: Intervallen zorgpad

Het tweede element voor het bepalen van de totale zorgvraag, bestaat uit het verwachte aantal nieuwe patiënten per fase. Deze nieuwe patiënten beginnen niet altijd bij fase 1 aan het zorgpad, maar kunnen ook in een latere fase instromen. Het verwachte aantal nieuwe patiënten per fase wordt bepaald met behulp van gegevens uit het verleden.

Wanneer beide elementen worden samengevoegd, kan een voorspelling worden gedaan over het totaal aantal verwachte patiënten per fase. Deze informatie kan gebruikt worden om de spreekuurcapaciteit te bepalen die nodig is voor het aantal patiënten met een ongecompliceerde zwangerschap dat zich op een bepaald moment in het zorgproces bevindt.

2.5.2 SPREEKUURCAPACITEIT

Met behulp van de totale zorgvraag, zoals in beschreven staat in paragraaf 2.5.1, kan de benodigde spreekuurcapaciteit worden bepaald. Daarbij moet rekening gehouden worden met een aantal randvoorwaarden. Zo staat niet een vaste tijd ingepland voor een afspraak, maar verschilt dit per type afspraak. Een controle afspraak duurt bijvoorbeeld tien minuten en een afspraak met een nieuwe patiënt duurt 20 minuten. Deze randvoorwaarden neemt het model mee.

Wanneer met de genoemde factoren rekening wordt gehouden in het planningsmodel, kan de benodigde spreekuurcapaciteit op een juiste manier worden voorspeld. Het planningsproces wordt in Figuur 1 weergegeven. De input wordt bepaald door de twee verschillende componenten van de zorgvraag. Het proces is het planningsmodel zelf, inclusief randvoorwaarden. De output is een overzicht van de verwachte zorgvraag met de bijbehorende capaciteit per week.



Figuur 1: Planningsproces op basis van planningsmodel

In het planningsmodel zijn de volgende aannames meegenomen:

- Er wordt vanuit gegaan dat iedereen die in het ziekenhuis komt voor zwangerschapsbegeleiding het zorgpad doorloopt tot en met de bevalling. Wanneer een patiënt het zorgpad eerder verlaat door bijvoorbeeld: het teruggaan naar de verloskundige buiten het ziekenhuis, het wisselen naar een ander sub specialisme (van ongecompliceerd naar een gecompliceerde zwangerschap), het afbreken van de zwangerschap, of een vroegtijdige bevalling, dan moet dit handmatig geregistreerd worden bij het invullen van het planningsmodel. Dit zorgt voor een extra handeling, echter wanneer dit niet bijgehouden wordt, houdt het model hier geen rekening mee.
- Volgens het model en het zorgpad moet een patiënt in een bepaalde week van de zwangerschap terugkomen. In het model wordt aangenomen dat de patiënt die week ook ingepland wordt voor een afspraak. Hierbij wordt geen rekening gehouden met het wel of niet aanwezig zijn van de specialist waar men eerder is geweest voor behandeling.
- De patiënt komt niet vaker dan in het zorgpad wordt aangegeven.
- De patiënt komt niet minder vaak dan in het zorgpad wordt aangegeven.

(Kobes, 2012)

2.6 SAMENVATTING

In dit hoofdstuk staat de literatuur rondom het zorgpad beschreven. De belangrijkste bevindingen rondom zorgpaden zijn dat deze in termen van behandelingen en interventies beschrijven welk pad de patiënt doorloopt. Hierbij is aangegeven welke betrokkene welke rol heeft en wanneer hij of zij deze taken uitvoert.

Over het gebruik van zorgpaden in de gynaecologie staat weinig in de literatuur beschreven. Echter wordt bijvoorbeeld in de ZGT in Almelo gewerkt met een behandelplan voor zwangere vrouwen. Dit is vergelijkbaar met het zorgpad dat het MST hanteert voor de begeleiding van de zwangerschap. Er zijn ook ziekenhuizen die helemaal niet met een zorgpad of behandelplan werken, zoals het SKB in Winterswijk.

De DBC's beschrijven alle activiteiten die bij een bepaald ziektebeeld horen. De DBC is geen behandelplan, het bevat enkel de behandelingen die vergoed worden door de zorgverzekeraar. Met behulp van de DBC V41 die gelijk staat aan de begeleiding van patiënten met een ongecompliceerde zwangerschap, wordt de onderzoekspopulatie voor dit onderzoek bepaald.

Begin 2012 is een planningsmodel ontwikkeld voor de polikliniek gynaecologie. Dit model is gebouwd met als doel om de zorgvraag en de spreekuurcapaciteit beter op elkaar af te kunnen stemmen. Het model kan de toekomstige zorgvraag voorspellen. Dat wordt gedaan door de vraag in twee elementen op te splitsen; het aantal nieuwe patiënten en het aantal controle patiënten dat per fase verwacht wordt.

3. DE POLIKLINIEK GYNAECOLOGIE

In dit hoofdstuk wordt gekeken naar het zorgpad voor de ongecompliceerde zwangerschap. Allereerst wordt in paragraaf 3.1 gekeken naar de achtergrond van het ontwikkelen van het zorgpad. Hierbij wordt ingegaan op de manier waarop de zorgpaden tot stand zijn gekomen, welke actoren betrokken waren bij de ontwikkeling van de zorgpaden en welke rol de actoren hebben gespeeld. Vervolgens wordt in paragraaf 3.2 het zorgpad voor de ongecompliceerde zwangerschap beschreven. Per fase wordt besproken welke handelingen worden verricht en welke zorgverleners hierbij betrokken zijn.

3.1 ACHTERGROND ONTWIKKELEN ZORGPAD

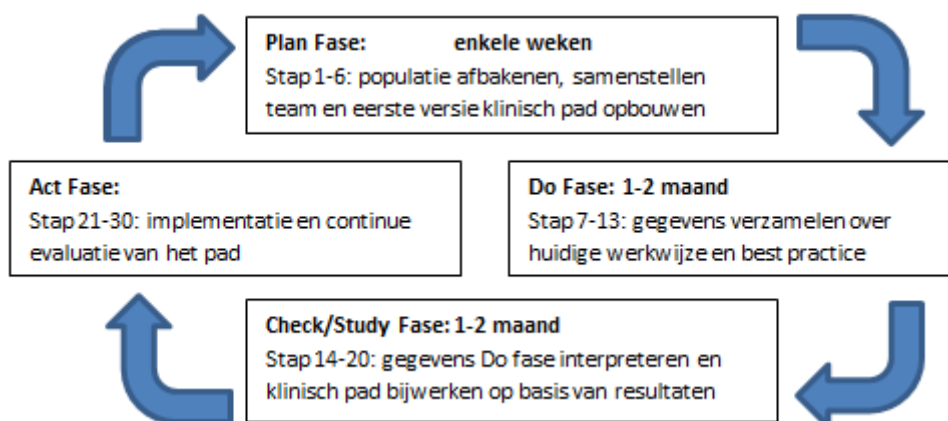
3.1.1 ONTWIKKELING ZORGPAD

In 2009 is op de polikliniek gynaecologie een start gemaakt met de ontwikkeling van zorgpaden voor de begeleiding van de zwangerschap. Voor de ontwikkeling van het zorgpad is een werkgroep opgericht. Deze bestaat uit verschillende partijen die betrokken zijn bij het zorgproces voor de begeleiding van de zwangerschap (zie paragraaf 3.1.3).

Bij de ontwikkeling van zorgpaden heeft de werkgroep gebruik gemaakt van het zogenoemde 30 stappenplan van het Netwerk Klinische Paden (Sermeus & Vanhaecht, 2002). Dit 30 stappenplan, gebaseerd op de Deming cyclus (Plan-Do-Check-Act), heeft als doel een multidisciplinair team te begeleiden bij de ontwikkeling, implementatie en evaluatie van een zorgpad. Sermeus en Vanhaecht (2002) schrijven dat het de bedoeling is om het multidisciplinair team te begeleiden bij: *“1) het kritisch evalueren van de huidige zorgverlening, 2) het streven naar een patiëntgerichte organisatie waarbij het primaire proces van de patiënt centraal staat en 3) de systematische opvolging van dit primaire proces”*.

De Deming cyclus bestaat uit een viertal fasen, namelijk de Plan-, Do-, Check- en Act-fase. De Plan-fase is de fase waarin het project gepland en georganiseerd wordt. Tijdens de Do-fase wordt het nieuwe concept of de verandering geïmplementeerd en gedurende de Check-fase wordt de verandering geëvalueerd. In de Act-fase kunnen conclusies getrokken worden naar aanleiding van de doorgevoerde verandering (Sermeus & Vanhaecht, 2002).

De Deming cyclus wordt niet op dezelfde manier gehanteerd wanneer deze wordt gecombineerd met het 30 stappenplan. De kritische evaluatie van de huidige zorgverlening vindt binnen het stappenplan plaats in de Do-fase, in plaats van in de Check-fase. Daarnaast wordt het klinische pad geïmplementeerd en geëvalueerd in de Act-fase van het stappenplan. De koppeling tussen de Deming cyclus en het 30 stappenplan wordt weergegeven in Figuur 2.



Figuur 2: Plan-Do-Check-Act cyclus voor het ontwikkelen van een klinisch pad

3.1.2 REDENEN ONTWIKKELEN ZORGPAD

Het MST omschrijft het doel van het zorgpad als volgt: *“Het klinisch pad bestaat uit een aantal fasen. Per fase is een formulier ontwikkeld waarop staat aangegeven welke discipline, welke activiteiten uitvoert binnen het zorgprogramma. Wanneer een activiteit is afgerond wordt dat afgevinkt door de betreffende discipline. Aan het einde van de fase moeten activiteiten zijn afgevinkt en het resultaat van een fase zijn behaald”* (Werkgroep, 2009).

Eén van de belangrijkste redenen om zorgpaden te gaan gebruiken op de polikliniek gynaecologie is de groei van de afdeling. Met op dit moment 11 gynaecologen, 4 echoscopisten en 4 klinisch verloskundigen is de polikliniek in de afgelopen jaren flink gegroeid. Door deze groei is het belangrijk verschillende procedures te hebben om de kwaliteit in de kliniek te waarborgen. Het ontwikkelen van zorgpaden heeft bijgedragen aan dit kwaliteitsbehoud. In de zorgpaden staat beschreven welke taken uitgevoerd moeten worden en wie deze taken uit moet voeren. Het zorgpad kan gezien worden als handleiding voor de betrokkenen bij de begeleiding van de zwangerschap.

Naast het feit dat het zorgpad als handleiding fungeert, kan het zorgpad ook als communicatiemiddel gezien worden. Doordat (mits het zorgpad op de juiste manier gebruikt wordt) elke betrokkene zijn taak aftekent, wordt duidelijk wie welke taak heeft uitgevoerd. De volgende betrokkene weet hierdoor welke behandelingen de patiënt al ondergaan heeft. Op deze manier wordt ‘via’ het zorgpad gecommuniceerd over de voortgang van de patiënt.

3.1.3 BETROKKENEN BIJ DE ONTWIKKELING VAN HET ZORGPAD

Voor de ontwikkeling van het zorgpad is in 2009 een werkgroep opgericht. Deze werkgroep bestond uit verschillende partijen die betrokken zijn bij de begeleiding van de zwangerschap. Een gynaecoloog, een verloskundige, een echoscopist, een secretaresse, het teamhoofd, de chef de bureau en een projectleider hebben zich bezig gehouden met het ontwikkelen van het zorgpad. Deze personen hebben met behulp van de kennis die zij door de jaren heen hebben opgebouwd rondom de zwangerschap, een pad ontwikkeld waar elke betrokkene zich goed in kan vinden. Dit varieert van de medische kennis van de gynaecoloog en de verloskundige, tot de kennis van de chef de bureau die verantwoordelijk is voor de planning.

3.2 ZORGPAD ONGECOMPLICEERDE ZWANGERSCHAP

Deze paragraaf beschrijft het zorgpad voor de ongecompliceerde zwangerschap, dat bestaat uit elf fasen. Bij elke fase wordt toegelicht welke activiteiten plaatsvinden en welke zorgverleners bij deze fase betrokken zijn. Het complete zorgpad voor de ongecompliceerde zwangerschap, opgesteld door het MST, is te vinden in Appendix A.

Fase 1 – 9 weken zwanger

In de eerste fase van het zorgpad wordt de counseling verricht. Tijdens de counseling wordt de patiënt voorgelicht over het verloop van de zwangerschap en de testen die er gedurende de zwangerschap gedaan worden. Zo wordt de patiënt voorgelegd of zij een combitest zou willen wanneer zij 12 weken zwanger is. De patiënt krijgt een week de tijd om hierover na te denken. Deze combitest wordt toegelicht in fase 3 (12 weken zwanger).

In de eerste fase van de zwangerschap vindt ook de termijnecho plaats. Hieronder is een definitie gegeven zoals de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) deze heeft opgesteld:

“De termijnecho is een echo om de vitaliteit te beoordelen en de locatie van de zwangerschap. De datering van de zwangerschap met behulp van de “crown-rump lenght” (CRL) kan verricht worden tussen de 20 (8+4) en 68 (12+6) mm. Voor 10 weken moet de datering transvaginaal verricht worden voor een optimale datering. Een meest optimale (transabdominale) zwangerschapsdatering met de CRL verkrijgt men tussen 10+0 (33 mm en 12+6 weken (68mm). Indien er tussen de 10 en 12+6 weken (CRL 33 en 68 mm) 2 of meer metingen worden verricht, die enkele dagen van elkaar verschillen, dan dateert men de zwangerschap op basis van de meting die het dichtst bij de 10 weken ligt” (NVOG, Modelprotocollen. Datering van de zwangerschap, 2011).

Zoals de definitie van het NVOG aangeeft, vindt de termijnecho plaats om te bepalen hoe lang de patiënt zwanger is. Vindt deze echo plaats voor de 8 weken en 4 dagen (8+4), dan wordt altijd nog een echo gemaakt, aangezien de termijn pas na 8+4 weken zwanger bepaald mag worden. De eerste echo is dan bedoeld om de vitaliteit te beoordelen en de locatie van de zwangerschap te bepalen, dit kan binnen baarmoederlijk of buitenbaarmoederlijk zijn (NVOG, Modelprotocollen. Datering van de zwangerschap, 2011).

Tevens stelt de definitie dat wanneer tussen de 10 weken en 12+6 weken meerdere termijnecho's worden uitgevoerd, de termijn bepaald wordt aan de hand van de meting die het dichtst bij de 10 weken ligt.

Zowel de echo als de counseling worden verricht door de echoscopist. Daarnaast is de financieel secretaresse verantwoordelijk voor het openen van een DBC V41 voor de patiënt, zodat declaraties kunnen worden ingevoerd.

Fase 2 – 10 weken zwanger

Ongeveer een week na de termijnecho en counseling heeft de patiënt weer een afspraak. Hier wordt besproken of de patiënt een combitest wenst. Mocht dit het geval zijn, dan wordt een afspraak gemaakt. Wanneer de zwangere geen combitest wenst, dan wordt een afspraak gemaakt voor de 12-weeken echo. Deze afspraken worden gepland door de secretaresse. In beide gevallen wordt ook een aanvraag geplaatst voor laboratoriumonderzoek om bloedwaarden en dergelijke te testen.

De patiënt wordt bij deze fase gepland als 'Nieuw Zwangere (NZ)'. Na deze fase wordt de patiënt ingepland op de 'bespreking'. De zwangerschap van de patiënt wordt hier besproken door de gynaecologen, de patiënt is niet bij de bespreking aanwezig. Tijdens deze bespreking wordt bepaald welk zorgpad de patiënt zal doorlopen en door welke gynaecoloog de patiënt begeleid wordt gedurende de zwangerschap. Deze begeleider wordt ook wel de casemanager genoemd.

Fase 3 – 12 weken zwanger

In de derde fase van het zorgpad wordt de 12-weeken echo of de combitest uitgevoerd. Dit hangt af van de keuze die de patiënt eerder gemaakt heeft. Ook wordt het resultaat van het laboratoriumonderzoek besproken.

De combitest bestaat uit een combinatie van twee onderzoeken, een bloedonderzoek en de nekplooiemeting bij het kind. Het bloedonderzoek vindt plaats tussen de negen en veertien weken van de zwangerschap. De nekplooiemeting wordt gedaan tijdens de 12-weeken echo (RIVM, Informatie over de screening op Downsyndroom, 2011). Met de combitest wordt onderzocht of er een verhoogde kans is dat het kind het Downsyndroom heeft. Wanneer er een verhoogde kans is, is het mogelijk vervolgonderzoek te doen. Dit vervolgonderzoek bestaat uit een vlokentest (tussen 11 en 14 weken) of een vruchtwaterpunctie (na 15 weken) (RIVM, Informatie over de screening op Downsyndroom, 2011).

Aan de hand van het bloedonderzoek wordt de Rhesus factor in het bloed van zowel de zwangere als van het kind bepaald. Wanneer uit het bloedonderzoek blijkt dat de patiënt Rhesus-D negatief of Rhesus-c negatief is, dan wordt in de 27^e week van de zwangerschap wederom een bloedonderzoek verricht. Dit om te kijken of antistoffen van Rhesus-D of Rhesus-c aanwezig zijn in het bloed. Wanneer de zwangere Rhesus-D negatief en het kind Rhesus-D positief is, zal in de 30^e week van de zwangerschap, tegelijkertijd met de 30-weeken echo, anti-D gespoten worden.

De gynaecoloog informeert de patiënt over de 20-weeken echo. Er wordt een keuze gemaakt tussen het Structureel Echoscopisch Onderzoek (SEO) en het Geavanceerd Ultrageluid Onderzoek (GUO). Wanneer uit de voorgeschiedenis van de zwangere blijkt dat er reden is voor een aangeboren afwijking bij het kind of wanneer uit eerdere testen blijkt dat er kans is op een aangeboren afwijking, wordt een indicatie afgegeven voor een GUO. In andere gevallen wordt gekozen voor een SEO. De secretaresse plant een afspraak voor deze 20-weeken echo.

Fase 4 – 20/22 weken zwanger

In deze fase wordt de SEO of GUO uitgevoerd. De SEO wordt uitgevoerd door de echoscopist. Het doel van de 20-weeken echo is onderzoek te doen naar de aanwezigheid van een open rug of een open schedel. Er wordt uitgebreid gekeken naar de ontwikkeling van de organen van het kind. Verder wordt gekeken of het kind goed groeit en of er voldoende vruchtwater is (RIVM, Informatie over het structureel echoscopisch onderzoek, 2011).

Fase 5 – 25 weken zwanger

De resultaten van de SEO of GUO worden tijdens deze controle besproken met de patiënt. Wanneer uit de SEO blijkt dat er eventueel kans is op een aangeboren aandoening bij het kind, wordt alsnog aanvullend onderzoek verricht met behulp van een GUO.

Wanneer uit het bloedonderzoek, dat rond de 12^e week van de zwangerschap is uitgevoerd, blijkt dat de patiënt Rhesus-c negatief of Rhesus-D negatief is, wordt in de 27^e week van de zwangerschap wederom bloedonderzoek verricht. Aan de hand van dat bloedonderzoek wordt bepaald of er tijdens de 30-weeken echo anti-D gespoten moet worden bij de patiënt.

Uiteindelijk wordt een afspraak gemaakt voor de 30-weeken echo, ook wel groei echo genoemd. Wanneer de patiënt voor het eerst zwanger is, wordt ook een afspraak gepland op een informatiebijeenkomst voor zwangeren.

Fase 6 – 30 weken zwanger

De resultaten van het bloedonderzoek worden besproken, daarnaast wordt er een groei echo (30-weeken echo) gemaakt door de echoscopist, om te kijken of het kind voldoende groeit. Wanneer uit eerder bloedonderzoek is gebleken dat het gaat om een Rhesus D-negatieve patiënt en een Rhesus D-positief kind zal anti-D gespoten moeten worden, om te voorkomen dat antistoffen in het bloed van het ongeboren kind komen. Verder wordt een afspraak gepland voor de 33^e week van de zwangerschap door de secretaresse.

Fase 7 – 33 weken zwanger

In deze fase worden de resultaten van de 30-weeken echo besproken. Daarnaast krijgt de patiënt folders mee die betrekking hebben op de bevalling. Er wordt een controle afspraak gepland voor de 36^e week van de zwangerschap.

Fase 8 – 36 weken zwanger

Tijdens deze controle wordt de wijze van bevallen besproken met de patiënt. Wanneer wordt besloten voor een keizersnede (sectio) wordt het zorgpad electieve sectio gestart. Tijdens deze fase worden ook de mogelijke complicaties tijdens de bevalling besproken met de patiënt. Vervolgens wordt een controle afspraak gepland voor de 38^e week van de zwangerschap.

Fase 9 – 38 weken zwanger

Tijdens deze fase wordt gecontroleerd of nog steeds alles goed gaat met moeder en kind. Daarnaast wordt gekeken naar de ligging van het kind en of het hoofd of eventueel de billetjes (bij een stuitligging) van het kind indalen in het bekken (RIVM, Zwanger, 2011). Er wordt een controlemoment gepland in de 40^e week van de zwangerschap.

Fase 10 – 40 weken zwanger

In deze fase wordt wederom een controle uitgevoerd om te kijken of alles goed gaat met moeder en kind. Daarnaast wordt serotiniteit besproken met de patiënt. Serotiniteit betekent ook wel 'overdragenheid', hiervan is sprake wanneer de zwangerschapsduur 42 weken of langer is (NVOG, Richtlijnen, 2007). Er wordt nog geen afspraak gemaakt voor inleiding van de bevalling. Eerst vindt nog een controlemoment plaats.

Fase 11 – 41 weken zwanger

Wanneer de patiënt 41 weken zwanger is, wordt de patiënt voorbereid op de bevalling. Er wordt een afspraak gemaakt voor het inleiden van de bevalling.

Bevalling

Na deze 40/41 weken zwangerschap, volgt de bevalling. Natuurlijk kan een patiënt ook eerder bevallen. De bevalling staat niet als fase beschreven in het zorgpad. Op het moment dat de patiënt bevalt, is het zorgpad ten einde. De DBC V51 wordt door de financieel secretaresse geopend.

Zorgpad samengevat

Tabel 2 geeft een overzichtelijke weergave van het zorgpad voor de ongecompliceerde zwangerschap, zoals deze binnen het MST gehanteerd wordt.

Fase	Omschrijving
1 – 9 weken	Counseling en termijnecho
2 – 10 weken	Controle afspraak Bespreking van de patiënt door de gynaecologen
3 – 12 weken	12-weeken echo of combitest Uitslag laboratorium onderzoek
4 – 20 weken	20-weeken echo (SEO/GUO)
5 – 25 weken	Controle afspraak (uitslag SEO/GUO) Eventueel Anti-D
6 – 30 weken	30-weeken echo
7 – 33 weken	Controle afspraak
8 – 36 weken	Controle afspraak Wijze van bevallen bespreken
9 – 38 weken	Controle afspraak
10 – 40 weken	Controle afspraak Serotiniteit bespreken
11 – 41 weken	Voorbereiding op bevalling
Bevalling	Opening DBC V51

Tabel 2: Zorgpad samengevat

3.4 SAMENVATTING

In dit derde hoofdstuk staat beschreven op welke manier het zorgpad voor de ongecompliceerde zwangerschap ontwikkeld is. Een werkgroep, bestaande uit verschillende betrokkenen rondom de begeleiding van de zwangerschap, heeft met een zogenaamd 30-stappenplan een zorgpad ontwikkeld. Een belangrijke reden voor het ontwikkelen van een zorgpad is het waarborgen van de kwaliteit op de polikliniek. Door het ontwikkelen van een zorgpad worden controlemomenten ingebouwd. Tevens fungeert het zorgpad als een communicatiemiddel.

Het ontwikkelde zorgpad bestaat uit elf fasen, waarin duidelijk is weergegeven welke betrokkene welke taak heeft. Voor deze elf fasen staat precies beschreven welke echo's worden gegeven. Zo vindt in fase één, drie, vier en zes een echo plaats. Bij de andere contactmomenten vindt een gewone controle plaats voor de patiënt.

4. METHODOLOGIE

Binnen dit hoofdstuk wordt weergegeven hoe het onderzoek is ingericht. Allereerst wordt de onderzoekspopulatie in paragraaf 4.1 besproken. Vervolgens wordt de dataverzameling toegelicht in paragraaf 4.2. De verschillende aannames die worden gedaan, zullen in paragraaf 4.3 worden behandeld. Het verkrijgen van de data wordt in paragraaf 4.4 uitgelegd. In paragraaf 4.5 worden de verwachte uitkomsten van het onderzoek in besproken.

4.1 ONDERZOEKSPOPULATIE

Binnen het MST wordt voor het plannen van afspraken gebruik gemaakt van het X/Care systeem. In dit systeem zit een zoekfunctie die het mogelijk maakt om onder andere te zoeken op patiëntnummer, afspraakcode, DBC, et cetera. De data die gebruikt worden bij dit onderzoek zijn afkomstig uit X/Care.

Om de onderzoekspopulatie te bepalen is allereerst gekeken naar de patiënten voor wie tussen 1 januari 2011 en 30 juni 2011 een DBC V41 is geopend. Zoals gezegd wordt deze DBC gebruikt voor de behandeling behorend bij de begeleiding van de zwangerschap. Voor het genoemde tijdsbestek is gekozen om er zeker van te zijn dat de patiënten nu niet meer zwanger zijn en het zorgpad inmiddels hebben doorlopen.

Aangezien we ons in dit onderzoek richten op het zorgpad voor de ongecompliceerde zwangerschap is een onderscheid nodig tussen patiënten met een gecompliceerde zwangerschap en patiënten met een ongecompliceerde zwangerschap. Dit onderscheid is verkregen door te filteren op verschillende afspraken die veel worden gebruikt bij patiënten met een gecompliceerde zwangerschap.

Er zijn vier afspraken die veel voorkomen bij gecompliceerde zwangerschappen:

- Controle Zwangeren High Risk (CZH)
- Nieuw Zwangeren High Risk (NZH)
- Controle Zwangeren Diabetes (CZD)
- Meerlingen zwangeren 30 minuten (03G)

De afspraakcodes CZH en NZH worden gebruikt bij High Risk patiënten, daarnaast wordt de afspraakcode CZD bij diabetes patiënten gebruikt. Voor diabetes patiënten is een apart zorgpad opgesteld, deze patiëntengroep wordt als gecompliceerd beschouwd. Tenslotte wordt de afspraakcode 03G gebruikt bij een meerlingenzwangerschap. Ook deze groep wordt als gecompliceerd beschouwd en heeft een eigen zorgpad.

In de periode 1 januari 2011 tot en met 30 juni 2011 is in totaal voor 711 patiënten een DBC V41 geopend. Na het filteren van de patiënten die een CZH, NZH, CZD of 03G afspraak hebben gehad, blijven 587 patiënten over. De gegevens worden gebruikt in dit onderzoek. Het bepalen van de onderzoekspopulatie wordt weergegeven in Figuur 3.



Figuur 3: Bepalen onderzoekspopulatie

4.2 DATAVERZAMELING

Zoals gezegd worden de gegevens gehaald uit X/Care. In paragraaf 4.1 is de onderzoekspopulatie bepaald. De gegevens van 587 patiënten worden gebruikt om het verloop van het zorgpad voor de ongecompliceerde zwangerschap in kaart te brengen.

Het zorgpad voor de ongecompliceerde zwangerschap bestaat uit elf fasen (zie hoofdstuk 3). Binnen dit zorgpad zijn bepaalde behandelingen te onderscheiden die aan een fase gekoppeld zijn. Zo vindt de counseling plaats in fase 1 van het zorgpad, de 12-weeken echo in fase 3 en de 20-weeken echo vindt plaats in fase 4 van het zorgpad. Op deze manier kan gekeken worden of de patiënt de behandelingen ondergaat die volgens het zorgpad staan voorgeschreven.

Echter is niet aan elke fase van het zorgpad een specifieke behandeling toe te schrijven. In fase zeven tot en met elf komt de patiënt alleen terug voor controle. Voor deze vijf fasen is in het X/Care systeem geen unieke afspraak te vinden voor iedere controle. Alle controles krijgen de afspraakcode 'Controle Zwangeren'.

Uiteindelijk is het met behulp van de afspraakcodes uit X/Care mogelijk om het zorgpad op te stellen aan de hand van de afspraakcodes (zie paragraaf 4.3). De codes die in verband staan met het zorgpad voor de ongecompliceerde zwangerschap worden toegelicht in Tabel 3.

Afspraak	In dit onderzoek	Uitleg
COUNS	Counseling	Intake patiënt. Aan het begin van de zwangerschap. De patiënt krijgt voorgelegd welke behandelmogelijkheden er zijn.
02L	Termijnecho	Vindt plaats wanneer de patiënt <10 weken zwanger is.
NZ	Nieuw Zwangeren afspraak	Afspraak waarbij de patiënt keuzes maakt welke behandelingen zij wenst te hebben.
BES	Bespreking	Patiënt wordt besproken door de gynaecoloog en arts-assistenten (patiënt niet aanwezig).
05	12-weeken echo	Vindt plaats tussen de 10 ^e en 15 ^e week van de zwangerschap.
08	12-weeken echo	Nekplooiemeting (onderdeel combitest). Voor patiënten boven de 36 jaar wordt de nekplooiemeting vergoed door de zorgverzekeraar.
REK08	12-weeken echo	Nekplooiemeting (onderdeel combitest). Voor patiënten onder de 36 jaar wordt de nekplooiemeting niet vergoed door de zorgverzekeraar.
07	20-weeken echo	SEO. Vindt plaats bij elke zwangere.
06	20-weeken echo	GUO. Vindt alleen plaats op basis van indicatie.
03	30-weeken echo	Vindt plaats rondom de 30 ^e week van de zwangerschap. Kan meerdere keren plaats vinden.
CZ	Controle Zwangeren	Controle afspraak.

Tabel 3: Uitleg afspraakcodes X/Care

De afspraakcode 02L zal in het vervolg worden aangeduid als **termijnecho**. De afspraakcodes 05, 08 en REK08 worden samengevoegd tot de **12-weeken echo**. De afspraakcodes 07 en 06 worden aangeduid met de **20-weeken echo**. Tot slot wordt voor de afspraakcode 03 de term **30-weeken echo** gebruikt. Het zorgpad kan hierdoor als volgt weergegeven worden:



Figuur 4: Zorgpad

4.3 AANNAMES

Op het in Figuur 4 geschetste zorgpad zijn een aantal aannames van toepassing. Deze aannames worden in deze paragraaf toegelicht.

Fase 1

Er wordt vanuit gegaan dat in fase 1 van het zorgpad de counseling en termijnecho wordt gedaan. Daarbij is het mogelijk dat de termijnecho vaker dan één keer wordt uitgevoerd, aangezien de termijn van de zwangerschap maar in een bepaalde periode van de zwangerschap bepaald mag worden.

Fase 3

De 12-weeken echo of combitest, waarvan de nekplooimeting onderdeel uitmaakt, vindt plaats tussen de 10^e en 15^e week van de zwangerschap. Voor dit onderzoek gaan we er vanuit dat zowel de 12-weeken echo als de combitest (nekplooimeting) behoren tot fase 3 van het zorgpad.

Fase 4

Er wordt vanuit gegaan dat in fase 4 van het zorgpad (20 weken zwanger) de 20-weeken echo (SEO) plaatsvindt. Daarnaast is het ook mogelijk dat, indien een indicatie is gegeven, de GUO plaatsvindt. Zowel de SEO als de GUO behoren tot fase 4 van het zorgpad.

Fase 6

De 30-weeken echo wordt gemaakt rond de 30^e week van de zwangerschap. Het is mogelijk dat deze echo voor of na de 30^e week van de zwangerschap gemaakt wordt, daarnaast kan een patiënt meerdere 30-weeken echo's ondergaan. Bij dit onderzoek gaan we er vanuit dat deze echo gemaakt wordt in fase 6 van het zorgpad.

Eind zorgpad

Er wordt vanuit gegaan dat fase 11 van het zorgpad gelijk staat aan het openen van de DBC V51 ter begeleiding van de bevalling. Het eind van het zorgpad wordt daarmee bepaald.

Controle Zwangeren

Aan elke fase waar geen specifieke X/Care afspraakcode aan te koppelen is, wordt een controle afspraak gekoppeld. Het gaat om de fasen twee, vijf, zeven, acht, negen en tien. Voor deze controle afspraken is niet te bepalen wanneer deze plaats hebben gevonden in het zorgpad. Wel is te bepalen hoeveel controle afspraken een patiënt heeft gehad.

Nieuw Zwangeren Afspraak en Bespreking

Er zijn twee soorten afspraken die binnen het MST uitgevoerd moeten worden bij de begeleiding van de zwangerschap, echter zijn deze afspraken niet te koppelen aan een fase. Het gaat hierbij om de 'Nieuw Zwangere afspraak' en de 'Bespreking'. Iedere patiënt moet deze afspraken ondergaan. Dit betekent dat deze afspraken altijd gepland worden voor een nieuwe patiënt, ongeacht of deze patiënt in de negende week of de twintigste week van de zwangerschap zit. Deze afspraken worden niet meegenomen bij het bepalen van het verloop van het zorgpad.

4.4 VERKRIJGEN VAN DE DATA

Om inzicht te krijgen in het aantal patiënten dat het zorgpad doorloopt, zijn van alle in Tabel 3 genoemde afspraakcodes lijsten uit X/Care gehaald. Voor ieder van deze afspraken is een tijdsperiode bepaald, welke worden weergegeven in Appendix B. De tijdsperiodes zijn ruim genomen, om geen belangrijke patiëntgegevens te missen in de dataset.

De gegevens verkregen uit het X/Care systeem zijn vervolgens overgezet in Excel, voor het analyseren van de gegevens. Met behulp van Excel kan voor de onderzoekspopulatie gekeken worden naar het verloop en de doorstroom van het zorgpad.

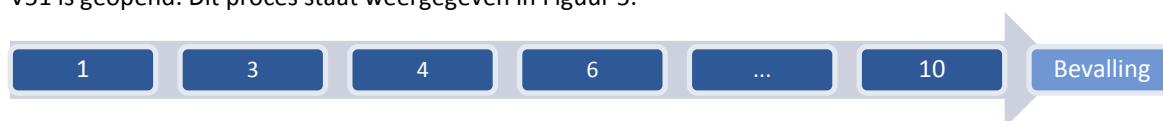
4.5 VERWACHTE UITKOMSTEN

Met behulp van de gegevens die we verkregen hebben uit X/Care kan gekeken worden voor hoeveel patiënten een DBC V41 geopend is, en hoeveel patiënten een counseling en termijnecho hebben gehad. Daarnaast kan ook gekeken worden hoeveel patiënten voor wie een DBC V41 geopend is, zowel een counseling en termijnecho, als een 12-weeken echo heeft plaatsgevonden. Op deze manier wordt het verloop van het zorgpad in kaart gebracht.

Wanneer de gegevens op deze manier geanalyseerd worden, verwachten we dat er uiteindelijk drie patiëntengroepen ontstaan: een groep die het zorgpad helemaal doorloopt (1), een groep die eerder uitstroomt (2) en een groep die later instroomt (3).

Groep 1 – Helemaal doorlopen

De eerste groep bestaat uit patiënten die het zorgpad in zijn geheel doorlopen. Deze groep bevat patiënten voor wie een DBC V41 geopend is en welke de counseling en termijnecho, 12-weken echo, 20-weken echo en 30-weken echo hebben doorlopen. Daarnaast zijn deze patiënten allemaal bevallen in het ziekenhuis, de DBC V51 is geopend. Dit proces staat weergegeven in Figuur 5.



Figuur 5: Groep 1 - Zorgpad geheel doorlopen

Groep 2 – Alleen begin zorgpad doorlopen

Naast de groep die het gehele zorgpad heeft doorlopen verwachten we een groep die alleen de eerste fasen van het zorgpad doorloopt en vervolgens vervroegd het zorgpad verlaat. De patiënten die het zorgpad eerder verlaten kunnen dit in elke fase van het zorgpad doen. In Figuur 6 wordt een schematische weergave van deze groep gegeven.



Figuur 6: Groep 2 - Eerder uitstromen zorgpad

Groep 3 – Alleen eind zorgpad doorlopen

De derde groep bestaat uit patiënten die het zorgpad later ingestroomd zijn (Figuur 7). De patiënten die tot deze groep behoren hebben de eerste fasen van het zorgpad niet ondergaan, maar zijn later in het ziekenhuis gekomen voor begeleiding van de zwangerschap. Deze patiënten hebben vervolgens tot en met de bevalling onder behandeling gestaan in het ziekenhuis.



Figuur 7: Groep 3 - Later instromen zorgpad

Groep 4 - Overig

Naast de drie bovenstaande groepen verwachten wij dat niet iedere patiënt toegeschreven kan worden aan één van deze groepen. Er zijn patiënten zijn die geen enkele fase van het zorgpad doorlopen, dat wil zeggen dat zij de volgende afspraken niet hebben gehad: de counseling + termijnecho, de 12-weken-echo, de 20-weken-echo, de 30-weken-echo en de bevalling. De patiënten die deze behandelingen niet ondergaan, maken deel uit van het zorgpad wanneer zij alleen voor een controle afspraak in het ziekenhuis zijn geweest. Deze patiënten worden in de groep 'overig' geplaatst.

Ook verwachten we dat er patiënten zijn die niet een aaneenschakeling van fasen hebben doorlopen. Het kan voorkomen dat patiënten een fase doorlopen, de volgende fase overslaan en de fase erna weer in het ziekenhuis behandeld worden. Ook deze patiënten zijn niet in één van de drie groepen in te delen en worden daarom in de groep overig geplaatst.

4.6 STEEKPROEF GROEP 2 EN 3

In dit onderzoek wordt ook gekeken naar redenen voor het eerder uitstromen en later instromen van het zorgpad. Dit wordt bekeken door middel van een steekproef van 30 patiënten per patiëntengroep. De groepen waar naar gekeken wordt is de groep met patiënten die alleen het begin van het zorgpad doorlopen en de groep met patiënten die alleen het eind van het zorgpad doorlopen. Deze redenen worden gehaald uit de digitale patiëntendossiers van deze patiënten.

5. RESULTATEN

Zoals in de methodologie (hoofdstuk 4) besproken is, kunnen drie patiëntgroepen onderscheiden worden die inzicht moeten geven in het verloop van het zorgpad. Het gaat hierbij om de groep waarbij patiënten het zorgpad in zijn geheel doorlopen, de groep patiënten die alleen de beginfasen doorloopt en de patiëntengroep waarbij slechts de laatste fasen worden doorlopen. Deze drie patiëntgroepen worden in een afzonderlijke paragraaf (5.2 tot en met 5.4) besproken.

De vierde groep, groep overig, bestaat uit patiënten die niet in te delen zijn in één van bovenstaande groepen. Binnen deze groep is echter wel onderscheid te maken tussen patiënten die geen enkele fase van het zorgpad hebben doorlopen (paragraaf 5.5) en patiënten die wel een fase van het zorgpad hebben doorlopen (paragraaf 5.6).

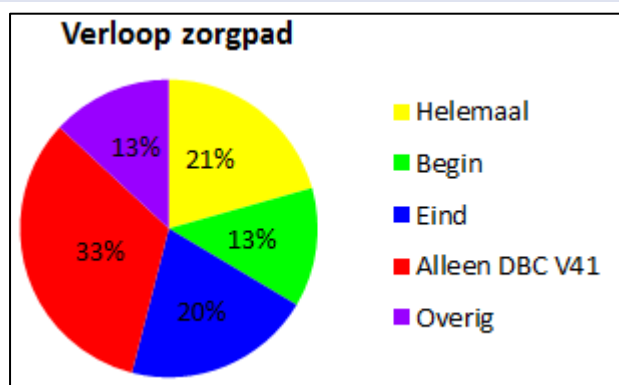
In paragraaf 5.7 worden de resultaten op een tweede manier weergegeven. De doorstroom van patiënten per fase wordt hier gepresenteerd. In paragraaf 5.8 wordt vervolgens ingegaan op de redenen waarom patiënten het zorgpad vervroegd verlaten of later instromen.

5.1 DUBBELE DBC'S

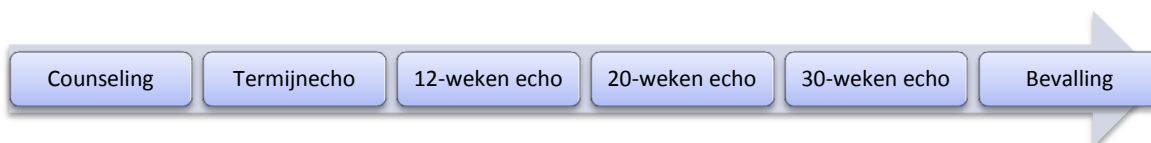
In de oorspronkelijke onderzoekspopulatie is een viertal patiënten aanwezig voor wie twee keer een DBC V41 geopend is. Omdat de mogelijkheid bestaat dat deze patiënten voor een tweede keer zwanger zijn geworden, zijn deze patiënten handmatig bekeken. Daarbij zijn de behandelingen die de patiënt ondergaan heeft, uitgesplitst per geopende DBC. Dit wil zeggen dat een nieuwe patiënt gecreëerd is. In totaal zijn vier nieuwe patiënten gecreëerd. Het aantal geopende DBC's is hierbij hetzelfde gebleven, het onderzoek bekijkt hierdoor nog steeds 587 zwangerschappen. Voor het gemak worden deze zwangerschappen gezien als 587 patiënten. Op deze manier geven de gegevens van deze patiënten geen vertekend beeld van het verloop van het zorgpad.

5.2 GROEP 1 – HELEMAAL DOORLOPEN ZORGPAD

Deze groep bestaat uit de groep patiënten die het zorgpad in zijn geheel hebben doorlopen. Dit betekent dat de patiënten die tot deze groep behoren voor fase één, drie, vier, zes en de bevalling in het ziekenhuis zijn geweest voor zwangerschapsbegeleiding. Wat betreft de behandelingen hebben deze patiënten de counseling, de termijnecho, de 12-weeken echo, de 20-weeken echo, de 30-weeken echo en de bevalling ondergaan. Uit de data blijkt dat 121 van 587 patiënten die meegenomen zijn in dit onderzoek het zorgpad in zijn geheel doorlopen hebben. Dit staat gelijk aan een percentage van 21 procent (Figuur 8). Figuur 9 geeft het zorgpad voor deze patiëntengroep weer.



Figuur 8: Mate van doorlopen zorgpad



Figuur 9: Groep 1 - Alle fasen zorgpad doorlopen

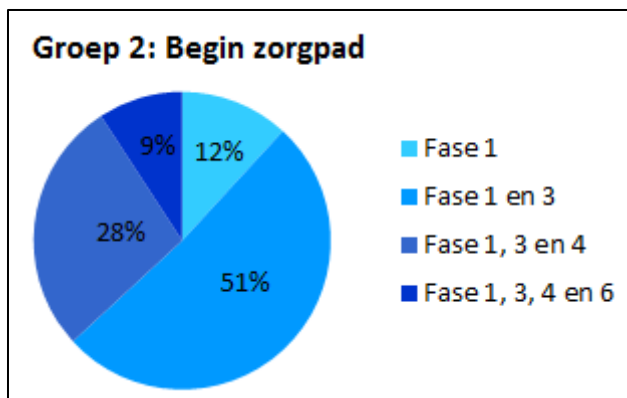
Algemeen

Binnen de groep met patiënten die het zorgpad in het geheel doorlopen heeft, zijn 101 van de 121 patiënten meegenomen in de bespreking (84 procent). Daarnaast hebben 114 van de 121 patiënten een nieuw zwangeren afspraak gehad (96 procent). Zowel de bespreking als de nieuw zwangeren afspraak zijn kwaliteitseisen van het MST. Iedere patiënt moet besproken worden en een nieuw zwangeren afspraak hebben ondergaan om de kwaliteit van zorg te waarborgen.

Wanneer gekeken wordt naar het aantal controles dat de patiënten binnen deze groep heeft gehad, valt op dat 116 van de 121 patiënten zes controles of meer gehad hebben. Zoals in Figuur 4 te zien is wordt binnen dit onderzoek uitgegaan van zes controle afspraken tijdens de zwangerschap. Uit de onderzoeksgegevens blijkt daarnaast dat de patiënten die het zorgpad in het geheel doorlopen, tijdens de zwangerschap gemiddeld 8,8 keer voor een controle afspraak in het ziekenhuis komen.

5.3 GROEP 2 – ALLEEN BEGIN ZORGPAD DOORLOPEN

De tweede groep bestaat uit patiënten die alleen de eerste fasen van het zorgpad hebben doorlopen. Dit wil zeggen dat deze patiënten vanaf het begin van de zwangerschap enkele fasen achtereen voor zwangerschapsbegeleiding in het ziekenhuis zijn geweest. Hierna kan de patiënt om een aantal verschillende redenen de behandeling in het ziekenhuis hebben stopgezet. Deze redenen worden in paragraaf 5.8 behandeld. Deze groep bestaat uit 76 patiënten, dat is 13 procent van het totaal, zie Figuur 8.



Figuur 10: Mate van doorlopen eerste fasen zorgpad

In Figuur 10 staan de 76 patiënten verdeeld over het aantal beginfasen dat zij hebben doorlopen. Hieronder zullen de vier subgroepen verder worden uitgelegd.

Subgroep 1

Deze groep patiënten doorloopt alleen de eerste fase van het zorgpad. In behandelingstermen komt dit er op neer dat de patiënten alleen de counseling en de termijnecho hebben ondergaan. Van de 76 patiënten zijn dit er 9. Dit komt neer op 12 procent. In Figuur 11 is dit zorgpad schematisch weergegeven.



Figuur 11: Fase 1 doorlopen

Subgroep 2

Deze groep patiënten heeft het zorgpad alleen doorlopen tot en met de derde fase. Zij zijn voor de behandelingen counseling, termijnecho en de 12-weken-echo in het ziekenhuis geweest. Dit zijn 39 van de 76 patiënten, dat neerkomt op een percentage van 51 procent. In Figuur 12 is het zorgpad voor deze patiëntengroep weergegeven.



Figuur 12: Fase 1 en 3 doorlopen

Subgroep 3

De derde subgroep bestaat uit patiënten die het zorgpad hebben doorlopen tot en met fase 4. Dit wil zeggen dat zij voor de counseling, termijnecho, 12-weken echo en de 20-weken echo in het ziekenhuis zijn geweest. Dit

zijn 21 van de 76 patiënten. Dit komt neer op 28 procent. Figuur 13 laat het zorgpad voor deze patiëntengroep zien.



Figuur 13: Fase 1, 3 en 4 doorlopen

Subgroep 4

De laatste subgroep bestaat uit patiënten die het zorgpad hebben doorlopen tot en met fase 6. Dit wil zeggen dat zij de counseling, de termijn-echo, de 12-weeken-echo, de 20-weeken-echo en de 30-weeken-echo hebben ondergaan. Deze patiënten zijn echter niet bevallen in het ziekenhuis. Dit geeft aan dat deze patiënten het zorgpad niet geheel doorlopen hebben (aanname eind zorgpad, paragraaf 4.3). Dit zijn 7 patiënten, wat neerkomt op een percentage van 9 procent van de 76 patiënten. In Figuur 14 is ook dit zorgpad weergegeven.



Figuur 14: Fase 1, 3, 4 en 6 doorlopen

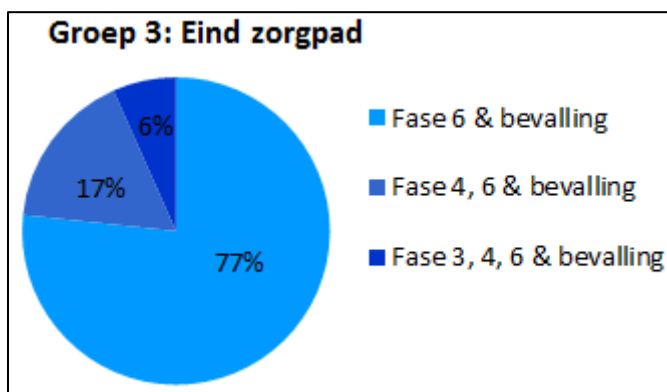
Algemeen

Van de patiënten die alleen de eerste fasen van het zorgpad hebben doorlopen, hebben 72 van de 76 patiënten (95 procent) een nieuw zwangeren afspraak gehad. Bovendien zijn 49 van de 76 patiënten meegenomen tijdens de bespreking.

Van deze 76 patiënten hebben 27 patiënten twee of meer controle afspraken gehad.

5.4 GROEP 3 – EIND ZORGPAD

De derde groep patiënten bestaat uit patiënten die de laatste fasen van het zorgpad hebben doorlopen. Dit geldt voor 120 van de 587 patiënten. Dit komt neer op een percentage van 20 procent (Figuur 8). Ook deze patiëntengroep is te verdelen in drie subgroepen. In het cirkeldiagram (Figuur 15) staat de verdeling van deze subgroepen.



Figuur 15: Mate van doorlopen laatste fasen zorgpad

Subgroep 1

De eerste subgroep bestaat uit patiënten die alleen fase 6 van het zorgpad hebben doorlopen en bevallen zijn in het ziekenhuis. Deze patiënten hebben alleen een 30-weeken echo gehad in het ziekenhuis en zijn daarnaast in het ziekenhuis bevallen. Dit betreft 92 van de 120 patiënten (77 procent). In Figuur 16 is het verloop van deze patiëntengroep te zien.



Figuur 16: Fase 6 en bevalling doorlopen

Subgroep 2

De tweede subgroep bestaat uit patiënten die fase 4 en 6 doorlopen hebben en uiteindelijk bevallen zijn in het ziekenhuis. Dit wil zeggen dat deze patiënten zowel een 20-weeken als een 30-weeken echo hebben gehad en in het ziekenhuis bevallen zijn. Binnen deze groep vallen 20 van de 120 patiënten, dit is 17 procent. Figuur 17 geeft een weergave van het zorgpad horend bij deze patiëntengroep.



Figuur 17: Fase 4, 6 en bevalling doorlopen

Subgroep 3

De derde subgroep bevat de patiënten die fase 3, 4 en 6 doorlopen hebben en bevallen zijn in het ziekenhuis. Deze patiënten hebben een 12-weeken echo, een 20-weeken echo en een 30-weeken echo gehad en zijn uiteindelijk in het ziekenhuis bevallen. Tot deze patiëntengroep behoren 8 van de 120 patiënten (6 procent). Een weergave van het zorgpad dat zij hebben doorlopen is te zien in Figuur 18.



Figuur 18: Fase 3, 4, 6 en bevalling doorlopen

Algemeen

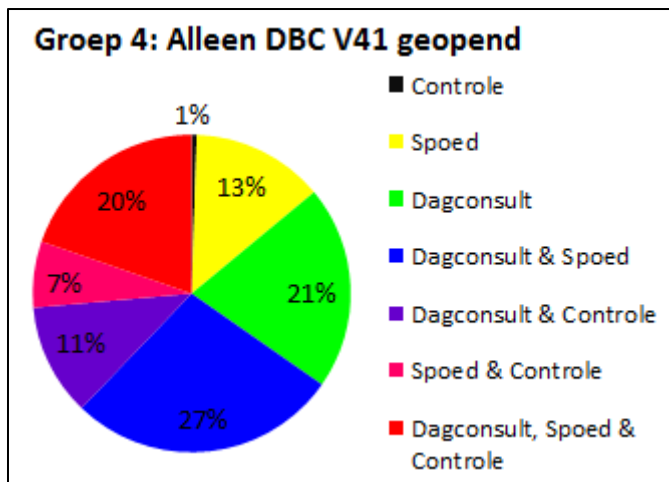
Uit de onderzoeksgegevens blijkt dat het aantal controle afspraken voor de groep die alleen het einde van het zorgpad doorlopen heeft, gemiddeld 3,9 keer is. Daarnaast zijn slechts 40 van de 120 patiënten meegenomen in de bespreking en hebben 77 van de 120 patiënten een nieuw zwangeren afspraak gehad.

5.5 Groep 4 – Patiënten waarbij alleen een DBC V41 geopend is

De vierde groep patiënten is ontstaan uit de zogeheten groep 'overig'. Het blijkt echter dat in deze patiëntengroep een grote groep te onderscheiden is. Deze groep bestaat uit patiënten waarbij alleen een DBC V41 is geopend, maar zij hebben geen van allen een fase van het zorgpad doorlopen. Tot deze patiëntengroep horen 193 van de 587 patiënten, dit komt neer op een percentage van 33 procent (Figuur 8).

De patiënten die binnen deze groep vallen zijn veelal in het ziekenhuis gekomen voor een controle, een dag consult of spoedeisende hulp. In het geval van een dag consult komt de patiënt op het observatorium terecht waar een hartfilmpje wordt gemaakt om te controleren of alles goed is met moeder en kind. Wanneer de patiënt buiten kantooruren in het ziekenhuis komt wordt het dagconsult gezien als spoedeisende hulp.

Figuur 19 laat zien welke behandelingen of combinaties van behandelingen de patiënten gehad hebben. Uit het cirkeldiagram blijkt dat 13 procent van de patiënten alleen voor een spoedgeval in het ziekenhuis is geweest. Voor alleen een dagconsult heeft 21 procent van de patiënten het ziekenhuis bezocht. Daarnaast is 27 procent van de patiënten in het ziekenhuis geweest voor zowel een dagconsult als voor spoedeisende hulp. Verder heeft 20 procent van de patiënten zowel een dagconsult en spoedeisende hulp als een controle ondergaan in het ziekenhuis.



Figuur 19: Verdeling patiënten voor wie alleen DBC V41 geopend is

Algemeen

Opvallend voor deze groep is dat 166 van de 193 patiënten (86 procent) die tot deze groep behoren in het ziekenhuis bevallen zijn. Daarnaast hebben 74 patiënten een controle afspraak gehad (38 procent). Dit betreft 12 procent van de totale onderzoekspopulatie. Van deze 74 patiënten hebben vervolgens 54 patiënten twee of meer controle afspraken gehad.

5.6 GROEP 5 - OVERIG

De laatste groep bestaat uit 77 patiënten, dit is 13 procent van de totale onderzoekspopulatie (Figuur 8). De patiënten die tot deze groep behoren zijn niet in te delen in één van de vier groepen die in paragraaf 5.2 tot en met 5.5 zijn uitgewerkt. De patiënten die niet tot de groepen toe te schrijven zijn, hebben vaak één of enkele fasen van het zorgpad doorlopen, echter hebben zij hierbij een aantal fasen overgeslagen. Binnen deze vijfde groep is een drietal subgroepen te onderscheiden.

Subgroep 1

Van de 77 patiënten blijkt dat 28 patiënten slechts één fase van het zorgpad hebben doorlopen, dit is een percentage van 36 procent. Deze patiënten hebben of alleen een 12-weken echo (fase 3) ondergaan, of alleen een 20-weken echo (fase 4).

Subgroep 2

Naast de patiënten die slechts één fase van het zorgpad hebben doorlopen, is nog een groep te onderscheiden. Het betreft patiënten die geen 12-weken echo hebben ondergaan. Deze patiënten hebben een counseling, termijnecho, 20-weken echo en 30-weken echo gekregen en zijn bevallen in het ziekenhuis. Tot deze subgroep behoren 24 van de 77 patiënten. Dit is een percentage van 31 procent.

Subgroep 3

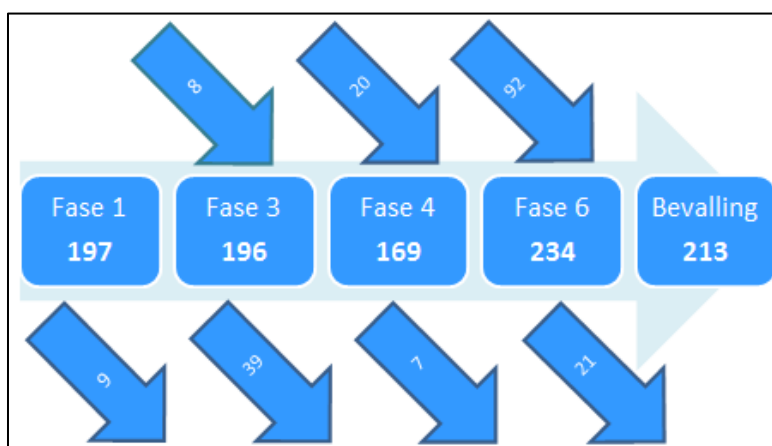
De meeste patiënten van de groep Overig zijn toe te schrijven aan de subgroepen 1 en 2. Echter is dit voor de overige 25 patiënten niet mogelijk (33 procent). Het gaat om 25 unieke gevallen. Deze patiënten hebben slechts enkele fasen van het zorgpad doorlopen, echter is de manier waarop deze patiënten het zorgpad hebben doorlopen niet in kaart te brengen. Deze patiënten hebben bijvoorbeeld geen counseling gehad, maar wel een termijnecho. Daarnaast bevat deze subgroep patiënten die een alleen een 12-weken echo en 30-weken echo hebben ondergaan.

Voor 25 van de totaal 587 patiënten is het niet mogelijk om weer te geven op welke manier zij het zorgpad hebben doorlopen (4,3 procent).

5.7 DOORSTROOM ZORGPAD

Met behulp van de verkregen resultaten is het mogelijk om de doorstroom per fase van het zorgpad te bepalen. Dit doorstroomschema is weergegeven in Figuur 20. Deze figuur bevat de informatie over patiënten die het hele zorgpad doorlopen (groep 1), patiënten die alleen het begin van het zorgpad doorlopen (groep 2) en patiënten die alleen het eind van het zorgpad doorlopen (groep 3).

Zoals uit het doorstroomschema op te maken is, hebben 197 van 587 patiënten fase 1 doorlopen. Vervolgens zijn negen patiënten na deze fase uitgestroomd en zijn acht patiënten het zorgpad ingestroomd in fase 3. 196 patiënten hebben fase 3 van het zorgpad doorlopen. Na fase 3 zijn 39 patiënten het zorgpad uitgestroomd en 20 patiënten zijn bij fase 4 het zorgpad ingestroomd. 169 patiënten hebben fase 4 van het zorgpad doorlopen. Van deze patiënten hebben zeven patiënten het zorgpad verlaten na fase 4, 92 patiënten zijn vervolgens ingestroomd in fase 6. 234 patiënten doorlopen fase 6 van het zorgpad. Uiteindelijk bevallen van deze 234 patiënten 213 patiënten in het ziekenhuis.



Figuur 20: Doorstroom patiënten per fase van het zorgpad

5.8 REDENEN IN- EN UITSTROMEN

In deze paragraaf worden de redenen besproken waarom patiënten het zorgpad eerder verlaten of later instromen. Om deze redenen in kaart te brengen zijn de digitale patiëntendossiers bekeken van patiënten die alleen het begin van zorgpad of alleen het eind van het zorgpad hebben doorlopen. Voor een steekproef van 30 patiënten per groep is in het patiëntendossier gezocht naar redenen voor het eerder verlaten van, of later instromen in het zorgpad.

5.8.1 REDENEN EERDER UITSTROMEN ZORGPAD

Zoals Tabel 4 laat zien is de belangrijkste reden voor het eerder verlaten van het zorgpad, het terug sturen naar de eerste lijn. Van de 30 patiënten, voor wie het patiëntendossier bekeken is, hebben 22 patiënten het zorgpad eerder verlaten doordat zij terug gestuurd zijn naar de eerste lijn (73,3 procent). Het terug sturen naar de eerste lijn betekent dat de patiënt niet langer onder controle staat van een gynaecoloog in het ziekenhuis, maar onder begeleiding komt te staan van een verloskundige in een verloskundigenpraktijk.

Een andere reden is dat patiënten naar een ander ziekenhuis gaan voor het vervolg van de begeleiding van de zwangerschap. Bij vijf van de 30 patiënten (16,7 procent) is dit de reden voor het eerder verlaten van het zorgpad. Deze patiënten gaan niet vanwege medische redenen naar een ander ziekenhuis, maar vanwege praktische redenen. Bijvoorbeeld door verhuizing naar een andere stad of omdat een ander ziekenhuis dichterbij is.

Nog een reden voor het eerder uitstromen van het zorgpad is vanwege verkeerde registratie in X/Care. Voor twee van de 30 patiënten (6,7 procent) blijkt dat de afspraken die de patiënt volgens het systeem gehad heeft niet overeenkomen met de behandelingen die worden genoemd in het patiëntendossier. Deze patiënten blijken in werkelijkheid het gehele zorgpad doorlopen te hebben.

Als laatste valt uit één van de 30 patiëntendossiers op te maken dat de patiënt vroegtijdig bevallen is (3,3 procent). Doordat de geboorte te vroeg plaatsvindt, heeft deze patiënt nog niet alle behandelingen gehad waar binnen dit onderzoek naar gekeken is. Deze patiënt heeft bijvoorbeeld geen 30-weeken echo gehad. Hierdoor valt deze patiënt binnen de groep die het zorgpad eerder uitgestroomd zijn.

Redenen eerder uitstromen	Aantal	Percentage
Gaat naar eerste lijn	22	73,3 %
Ander ziekenhuis	5	16,7 %
Verkeerde registratie	2	6,7 %
Vroegtijdig bevallen	1	3,3 %

Tabel 4: Redenen eerder uitstromen zorgpad

5.8.2 REDENEN LATER INSTROMEN ZORGPAD

Tabel 5 geeft de redenen weer voor het later instromen van het zorgpad. De belangrijkste reden dat een patiënt het zorgpad later instroomt, is omdat de patiënt vanuit de eerste lijn doorgestuurd wordt naar het ziekenhuis. In 24 van de 30 patiënten (80 procent) was dit de reden om pas later in het ziekenhuis te komen voor begeleiding van de zwangerschap. Een reden hiervoor kan zijn dat het kind in een stuitligging ligt. Ook patiënten die in het verleden via een keizersnede zijn bevallen, kunnen op den duur voor de begeleiding van de zwangerschap naar het ziekenhuis doorgestuurd worden.

Een andere reden voor het later instromen is doordat patiënten vanuit een ander ziekenhuis in het MST terecht komen voor begeleiding van de zwangerschap. De redenen hiervoor zijn eveneens niet medisch, maar vanuit praktisch oogpunt. Vier van de 30 patiënten (13,3 procent) zijn vanwege deze reden pas later het zorgpad ingestroomd.

Als laatste reden die uit de patiëntendossiers van 2 van de 30 patiënten (6,7 procent) naar voren komt, is dat zij niet direct bewust waren van de zwangerschap. Deze patiënten zijn pas later achter de zwangerschap gekomen en hebben hierdoor de eerste fasen van het zorgpad overgeslagen.

Redenen later instromen	Aantal	Percentage
Komt vanuit eerste lijn	24	80,0 %
Ander ziekenhuis	4	13,3 %
Niet bewust van zwangerschap	2	6,7 %

Tabel 5: Redenen later instromen zorgpad

5.9 SAMENVATTING ONDERZOEKSRESULTATEN

Groep	Fasen doorlopen	Aantal patiënten	Percentage
Helemaal	1, 3, 4, 6, Bevalling	121	21%
	Subtotaal	121	21%
Begin	1	9	1%
	1, 3	39	7%
	1, 3, 4	21	4%
	1, 3, 4, 6	7	1%
	Subtotaal	76	13%
Eind	6, Bevalling	92	16%
	4, 6, Bevalling	20	3%
	3, 4, 6, Bevalling	8	1%
	Subtotaal	120	20%
V41	Controle	1	1%
	Spoed	26	4%
	Dagconsult	40	7%
	Dagconsult & Spoed	53	9%
	Dagconsult & Controle	22	4%
	Spoed & Controle	13	2%
	Dagconsult & Spoed & Controle	38	6%
	Subtotaal	193	33%
Overig	1 fase (behalve fase 1)	28	5%
	1, 4, 6	25	4%
	Overig	24	4%
	Subtotaal	77	13%
Totaal		587	100%

Tabel 6: Onderzoeksresultaten samengevat

6. CONCLUSIE, DISCUSSIE EN AANBEVELINGEN

In dit laatste hoofdstuk wordt ingegaan op de conclusie van het onderzoek, dit wordt besproken in paragraaf 6.1. De beperkingen van dit onderzoek worden vervolgens in paragraaf 6.2 toegelicht. Tot slot worden in paragraaf 6.3 aanbevelingen gedaan ten aanzien van dit onderzoek en aanbevelingen voor het MST.

6.1 CONCLUSIE

Dit onderzoek heeft tot doel het huidige verloop van het zorgpad voor vrouwen met een ongecompliceerde zwangerschap in kaart te brengen en daarbij de onzekerheid rondom het ontwikkelde planningsmodel weg te nemen. Aan de hand van de onderzoeksvragen wordt de conclusie van dit onderzoek gepresenteerd.

Op welke manier is het zorgpad voor de ongecompliceerde zwangerschap tot stand gekomen en hoe ziet dit zorgpad eruit?

Het zorgpad dat gebruikt wordt op de polikliniek gynaecologie is tot stand gekomen door een werkgroep bestaande uit partijen betrokken bij de begeleiding van de zwangerschap. De ontwikkeling van zorgpaden komt voort uit de groei van de polikliniek gynaecologie. Zorgpaden dienen als handleiding voor de behandeling van zwangere vrouwen. Tevens dient het zorgpad als communicatiemiddel tussen de verschillende betrokkenen. Het zorgpad voor de ongecompliceerde zwangerschap bestaat uit elf fasen. Voor iedere fase is duidelijk opgesteld welke behandeling plaatsvindt en wie in deze fase verantwoordelijk is.

Wat is het verloop van het zorgpad voor de ongecompliceerde zwangerschap?

De resultaten van dit onderzoek kunnen op verschillende manieren worden weergegeven. Als eerste is het mogelijk om het verloop van het zorgpad weer te geven door de patiënten onder te verdelen in groepen. Ten tweede kan de doorstroom per fase worden weergegeven.

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van de gegevens van de patiënten voor wie tussen 1 januari 2011 en 30 juni 2011 een DBC ter begeleiding van de zwangerschap geopend is (DBC V41). Na het filteren van de gecompliceerde zwangerschappen blijft een onderzoekspopulatie van 587 patiënten over.

Verloop zorgpad

Bij het in kaart brengen van het verloop van het zorgpad zijn vijf groepen te onderscheiden. De eerste groep bestaat uit patiënten die het zorgpad in het geheel doorlopen hebben. Dit betreft 21 procent van de onderzoekspopulatie. De tweede groep bestaat uit patiënten die alleen de eerste fasen van het zorgpad hebben doorlopen, met een percentage van 13 procent. De derde groep bestaat uit 20 procent, dit is de patiëntengroep die alleen de laatste fasen van het zorgpad hebben doorlopen. De vierde groep bestaat uit patiënten die slechts voor een dag consult, spoedeisende hulp of controle naar het ziekenhuis zijn gekomen (33 procent). Tot slot is er een patiëntengroep die niet in één van deze vier groepen geplaatst kan worden, dit betreft 13 procent van het totaal. Deze patiënten hebben bijvoorbeeld slechts één fase van het zorgpad doorlopen.

Doorstroom zorgpad

De tweede methode om de resultaten te presenteren, is de doorstroom per fase van het zorgpad weergegeven. In Figuur 20 is dit te zien. De figuur laat het aantal nieuwe patiënten dat het zorgpad per fase instroomt, en het aantal patiënten dat per fase het zorgpad uitstroomt zien.

Planningsmodel

De resultaten geven inzicht in het verloop en de doorstroom van patiënten in het zorgpad. Met behulp van de resultaten is in kaart gebracht hoeveel patiënten, zowel nieuwe als controle patiënten, op een bepaald moment in het systeem zitten. Hiermee kan een voorspelling gedaan worden over de zorgvraag, waarmee uiteindelijk de spreekuurcapaciteit bepaald wordt.

Waar het model op dit moment geen rekening mee houdt, zijn de patiënten uit de groep waarbij alleen een DBC V41 geopend is (groep 4). Dit is 33 procent (193 patiënten) van de onderzoekspopulatie. Van deze 193 patiënten ondergaan 74 patiënten een controle afspraak, waarvoor spreekuurcapaciteit nodig is. Deze 74 patiënten betreft 12 procent van de totale onderzoekspopulatie (587 patiënten). Met deze patiënten wordt geen rekening gehouden in het planningsmodel.

6.2 DISCUSSIE

In hoofdstuk 5 zijn de resultaten gepresenteerd. Met behulp van deze resultaten kan de polikliniek gynaecologie de spreekuurcapaciteit plannen rondom de zorgvraag naar de begeleiding van de ongecompliceerde zwangerschap. Het onderzoek kent echter een aantal beperkingen. Deze worden hieronder behandeld.

Planningsmodel

De mate waarin dit onderzoek kan bijdragen aan het wegnemen van de onzekerheid rondom het planningsmodel, is op dit moment onvoldoende inzichtelijk te krijgen. Op het moment van schrijven van dit onderzoek is het planningsmodel nog niet in die mate uitontwikkeld, dat het in de praktijk gebruikt kan worden. Dit zorgt voor een beperking van de toepasbaarheid van dit onderzoek.

Slechts 5 fasen

Het zorgpad voor vrouwen met een ongecompliceerde zwangerschap bestaat uit elf fasen. Om inzicht te krijgen in het verloop van het zorgpad, is door middel van dit onderzoek in kaart gebracht of patiënten alle fasen van het zorgpad doorlopen. Het aantal fasen dat we met behulp van afspraakcodes uit X/Care concreet hebben gemaakt is beperkt. Over de fasen één, drie, vier, zes en elf valt met zekerheid te zeggen of de patiënt deze fasen al dan niet heeft doorlopen. Voor de fasen twee, vijf, zeven, acht, negen en tien is echter niet met zekerheid te zeggen of de patiënt deze fasen ook daadwerkelijk heeft doorlopen. Dit zorgt voor onzekerheid in de resultaten van dit onderzoek.

Registratie problematiek

Het registratieproces op de polikliniek gynaecologie is niet eenduidig. Wanneer patiëntendossiers handmatig worden bekeken, valt op dat niet alle behandelingen als afspraakcode in het X/Care systeem genoteerd staan. Daarnaast komt het voor dat een behandeling van een patiënt genoteerd staat onder de verkeerde afspraakcode.

Een voorbeeld hiervan is een patiënt voor wie volgens X/Care drie 20-weeken echo's uitgevoerd zijn, echter blijkt uit het patiëntendossier van deze patiënt dat zij twee keer een 20-weeken echo heeft gehad. De derde echo die gemaakt is was een 30-weeken echo. Op deze manier is het mogelijk dat afspraken op de verkeerde manier geregistreerd staan in het systeem.

Een ander voorbeeld heeft betrekking op een patiënt die volgens X/Care niet bevallen is in het MST. Hierdoor is de DBC V51 ter begeleiding van de bevalling niet geopend. Echter blijkt uit het patiëntendossier dat de patiënt wel in het ziekenhuis bevallen is.

De registratieproblematiek zorgt ervoor dat de gegevens die gebruikt zijn in dit onderzoek fouten kunnen bevatten. Hierdoor is het mogelijk dat patiënten in een andere patiëntengroep geplaatst zijn. Dit kan een vertekend beeld geven van het verloop van het zorgpad.

Het eind van het zorgpad

Het eind van het zorgpad is niet goed te definiëren. Dit komt doordat de patiënt aan het eind van de zwangerschap alleen nog voor controles in het ziekenhuis komt. Voor de laatste fasen van het zorgpad is geen specifieke code in X/Care te vinden. Daarom is ervoor gekozen om het eind van het zorgpad te definiëren aan de hand van het openen van de DBC V51, ter begeleiding van de bevalling. We gaan er vanuit dat wanneer de patiënt bevalt dit ook het eind van het zorgpad betekent. Deze aanname heeft tot gevolg dat de patiënten die het zorgpad in het geheel doorlopen, maar niet in het MST bevallen, in de verkeerde patiëntengroep worden geplaatst. Deze patiënten hebben volgens onze aannames het zorgpad niet volledig doorlopen.

Vroeggeboorte

Het is mogelijk dat een patiënt eerder bevalt dan de normale zwangerschapsduur van 40 weken. Bijvoorbeeld wanneer een patiënt in de 27^e week van de zwangerschap bevalt. In dat geval heeft de patiënt nog niet alle fasen van het zorgpad doorlopen en zal dit het beeld geven dat de patiënt eerder uit het zorgpad stroomt. Echter heeft de patiënt in de praktijk het zorgpad in het geheel doorlopen, maar door de vroeggeboorte valt dit

niet uit het onderzoek op te maken. De patiënt wordt hierdoor in de verkeerde patiëntengroep geplaatst, namelijk in de groep die alleen het begin van het zorgpad heeft doorlopen.

Dit heeft echter geen gevolgen voor het doel van het onderzoek. Wanneer de zwangere vroegtijdig bevalt, is hierna geen spreekuurcapaciteit meer nodig voor deze patiënt. Zij verlaat het zorgpad. Deze patiënt wordt slechts in de verkeerde groep geplaatst, maar voor de verwachte capaciteit maakt dit niet uit.

6.3 AANBEVELINGEN

Deze paragraaf beschrijft de aanbevelingen ten aanzien van dit onderzoek. Allereerst worden enkele aanbevelingen gedaan die betrekking hebben op de polikliniek gynaecologie. Vervolgens worden enkele aanbevelingen gedaan voor vervolgonderzoek. Daarnaast worden aanbevelingen gedaan ten aanzien van het planningsmodel.

6.3.1 AANBEVELINGEN VOOR DE POLIKLINIEK GYNAECOLOGIE

Bespreking

Zoals uit de resultaten van dit onderzoek blijkt, wordt niet iedere patiënt die in het MST komt voor zwangerschapsbegeleiding besproken door de gynaecologen en arts-assistenten. Deze bespreking is van belang voor de behandeling van de patiënt, omdat tijdens de bespreking wordt bepaald welk zorgpad bij de patiënt past. Daarnaast wordt bepaald welke arts de casemanager wordt van de patiënt. Wanneer een patiënt niet wordt besproken, wordt geen behandelplan gekoppeld aan de patiënt. Dit kan invloed hebben op de kwaliteit van zorg die geleverd wordt.

Het is daarom van belang dat binnen het MST meer aandacht besteed wordt aan de bespreking. Tijdens het plannen van afspraken voor de patiënt moet een duidelijk beleid gevoerd worden ten aanzien van de bespreking. Op dit moment wordt een patiënt alleen op de bespreking ingepland wanneer de patiënt aan het begin van de zwangerschap in het MST komt voor zwangerschapsbegeleiding. Het is aan te raden om de patiënten die later instromen in het zorgpad eveneens op de bespreking te zetten.

Een manier om deze verandering door te voeren kan zijn door een aanpassing te maken in het zorgpad voor de ongecompliceerde zwangerschap. Op dit moment wordt de bespreking alleen genoemd aan het begin van het zorgpad, echter zou het zorgpad zo opgesteld moeten worden dat ook later in het zorgpad gedacht wordt aan de bespreking.

Controle momenten

Zoals in de resultaten wordt besproken is de herhaalfactor voor controles gemiddeld 8,8 keer bij patiënten die het zorgpad geheel doorlopen. Het zorgpad bepaalt echter dat het aantal controles zes keer is. De polikliniek gynaecologie kan hiermee rekening houden door tijdig extra spreekuurcapaciteit in te plannen.

Behandelend arts

In het zorgpad staan vier echo's beschreven die de patiënt ondergaat. In de praktijk blijkt dit aantal hoger te liggen. Dit kan verklaard worden doordat een patiënt door verschillende gynaecologen wordt behandeld. Hierdoor kan het voorkomen dat een gynaecoloog die een patiënt voor de eerste keer ziet, eerder een besluit neemt om voor de zekerheid nog een echo te maken, dan wanneer een patiënt gedurende de gehele zwangerschap door dezelfde gynaecoloog behandeld wordt. Door goed overleg tussen de verschillende gynaecologen kan dit voorkomen worden.

Bij het plannen van afspraken zou beter gekeken moeten worden naar de artsen die de voorgaande behandelingen en controles bij de patiënt hebben uitgevoerd. Op die manier is het mogelijk dat de patiënt zoveel mogelijk gezien wordt door dezelfde arts.

6.3.2 AANBEVELINGEN VOOR VERVOLGONDERZOEK

Hieronder wordt een aantal aanbevelingen gedaan voor vervolgonderzoek.

Koppeling tussen systemen

Binnen het MST worden verschillende informatiesystemen gebruikt voor de verwerking van behandelingen, afspraken en patiënten informatie. X/Care wordt voornamelijk gebruikt voor het plannen van afspraken. Aan de hand van afspraakcodes is te zien welke behandelingen een patiënt heeft gehad.

Om specifieke informatie te krijgen over de behandelingen van de patiënt is een patiëntendossier opgesteld. Dit patiëntendossier wordt vooral gebruikt door de artsen en arts-assistenten. Dit patiëntendossier is zo opgebouwd dat het niet mogelijk is om er data uit te halen.

Naast X/Care en het patiëntendossier, maken de echoscopisten in het MST gebruik van een ander systeem, genaamd Astraia. In dit systeem zetten de echoscopisten de afbeeldingen van de echo's en aanvullende informatie.

Op deze manier is er een drietal systemen waarmee op de polikliniek gynaecologie gewerkt wordt. Om dit te verbeteren zou onderzoek gedaan kunnen worden naar mogelijkheden om de drie systemen samen te voegen tot één systeem. Op die manier kunnen artsen, arts-assistenten, echoscopisten en de secretaresses in één oogopslag zien welke behandelingen en afspraken de patiënt gehad heeft, wat de uitkomsten hiervan waren en welke vervolgstappen genomen worden.

Onderzoekspopulatie

Binnen dit onderzoek is gebruik gemaakt van een onderzoekspopulatie met patiënten voor wie tussen 1 januari 2011 en 30 juni 2011 een DBC V41 geopend is voor de begeleiding van de zwangerschap. Deze periode bestrijkt slechts een half jaar en is daarmee mogelijk niet representatief voor een heel jaar. Op deze manier bestaat de mogelijkheid om bepaalde trends, seizoensinvloeden of geboortegolven te missen.

Om een beter beeld te krijgen van het werkelijke verloop van het zorgpad zou het onderzoek uitgevoerd kunnen worden voor het jaar 2010 en het jaar 2011. Daarbij kan een vergelijking gemaakt worden tussen het verloop van het zorgpad voor beide jaren en kan bepaald worden of in een specifieke periode rekening gehouden moet worden met meer zorgvraag.

Totale zorgvraag

Voor de polikliniek gynaecologie kan het erg interessant zijn om de gehele zorgvraag voor de begeleiding van de zwangerschap in kaart te brengen. Hiermee wordt naast de zorgvraag voor de ongecompliceerde zwangerschap de zorgvraag voor de gecompliceerde zwangerschap bedoeld.

Dit onderzoek heeft alleen de zorgvraag voor de ongecompliceerde zwangerschap in kaart gebracht. Om inzicht te krijgen in de gehele zorgvraag rondom zwangerschappen is onderzoek nodig naar het verloop van de zorgpaden van patiënten met een gecompliceerde zwangerschap.

Wanneer de zorgvraag voor beide typen zwangerschappen bekend is, kan de polikliniek gynaecologie de capaciteit bepalen voor het begeleiden van zwangere vrouwen die behandeld worden in het MST.

Controle moment tussen de 12- en 20 weken

Het vermoeden bestaat dat veel patiënten voor een extra controle moment langs komen tussen de 12^e en de 20^e week van de zwangerschap. Tussen deze twee fasen zit relatief veel tijd in vergelijking met de intervallen tussen de andere fasen. Patiënten kunnen zeker in het begin van de zwangerschap nog onzeker zijn over de voortgang van de zwangerschap. Wij raden daarom aan om te kijken of er behoefte is aan het toevoegen van een extra controle moment tussen de 12^e en de 20^e week.

6.3.3. AANBEVELINGEN TEN AANZIEN VAN HET PLANNINGSMODEL

Dit onderzoek is voortgekomen uit een masterthesis naar het ontwikkelen van een planningsmodel voor de zorgvraag van de ongecompliceerde zwangerschap. Dit model zou het inplannen van de spreekuurcapaciteit eenvoudiger moeten maken. Voor dit model is een tweetal aanbevelingen geformuleerd.

Aannames

Het planningsmodel is gebaseerd op een aantal aannames. Uit de resultaten van dit onderzoek blijken deze aannames niet te kloppen. De aannames met betrekking tot het aantal keren dat een patiënt voor een afspraak in het ziekenhuis komt, blijkt uit ons onderzoek hoger te liggen dan de aangenomen elf keer (waaronder zes controles). Gemiddeld komt een patiënt die het zorgpad in het geheel doorloopt 8,8 keer terug voor een controle afspraak. Voor het plannen van de spreekuurcapaciteit is het beter om de mogelijkheid in het model te bouwen om vaker dan het aantal fasen (elf keer) terug te komen.

Groep 4 en 5

De spreekuurcapaciteit is gebaseerd op het aantal patiënten uit de eerste drie groepen van dit onderzoek: patiënten die het zorgpad helemaal doorlopen, patiënten die alleen het begin doorlopen en patiënten die alleen het eind doorlopen.

De vierde en vijfde groep, respectievelijk de groep waarbij alleen de DBC V41 geopend is en de groep 'overig', worden niet meegenomen in de berekeningen voor het bepalen van de spreekuurcapaciteit. Wanneer gekeken wordt naar Figuur 8, blijkt dat 54 procent van de patiënten behoren tot de eerste drie groepen, de overige 46 procent beslaat groep 4 en 5. Hoewel deze 46 procent van de onderzoekspopulatie geen aaneenschakeling van fasen doorloopt, moet met deze patiënten wel rekening gehouden worden voor het bepalen van de spreekuurcapaciteit. In de verdere ontwikkeling van het model is het verstandig om ook deze twee groepen mee te nemen.

BIBLIOGRAFIE

- Blank, J. (2005, februari 10). Arbeidsproductiviteit in de zorg: who cares? *Economische Statistische Berichten*, 90(4452), D30.
- DBCOnderhoud. (2012). *DBC onderhoud*. Opgeroepen op maart 13, 2012, van Begrippenlijst ziekenhuiszorg: http://www.dbconderhoud.nl/index.php?option=com_glossary&letter=D&id=225
- Dunning, A. (2001). *De basisverzekering voor elk wat wils? De structuur van de gezondheidszorg gaan op de schop. Een noodzakelijke overgang of een monument van Minister Borst?* Opgeroepen op maart 23, 2012, van NRC: <http://www.nrc.nl>
- Hendriks. (2011). *DBC's sturen op bedrijfseconomische gronden*. Open Universiteit Nederland.
- Hummel, H., de Meer, J., de Vries, J., & Otter, R. (2009). *Integrale oncologische zorgpaden. Opzet en toepassing*. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.
- Jong, P. d., & Mosca, I. (2006). *Changes and Challenges of the New Health Reform in the Netherlands: What Should the Dutch Be Aware Of?* Tilburg: University of Tilburg.
- Kobes, L. (2012). *Matching capacity and demand. An analysis of the planning issues at the gynecology clinic at MST*. Enschede: Universiteit Twente.
- Middleton, S., Barnett, J., & Reeves, D. (2001). What is an integrated care pathway? *Hayward Medical Communications*, 1-8.
- MST. (2012). *Home gynaecologie*. Opgeroepen op februari 21, 2012, van Welkom bij de verloskunde en gynaecologie: <http://www.mst.nl/gynaecologie>
- MST. (2012). *Onze organisatie*. Opgeroepen op februari 21, 2012, van Ziekenhuis Medisch Spectrum Twente: <http://www.mst.nl/onzeorganisatie/>
- MST. (2012). *Voor professionals*. Opgeroepen op maart 15, 2012, van Voor professionals: <http://www.mst.nl/onzeorganisatie/DBC/voorprofessionals/>
- NVOG. (2006). *Nota's*. Opgeroepen op april 5, 2012, van Nota Subspecialisatie Obstretische perinatologie: http://www.nvog-documenten.nl/index.php?pagina=richtlijn/item/pagina.php&richtlijn_id=749
- NVOG. (2007). *Richtlijnen*. Opgeroepen op april 3, 2012, van Perinatologie, serotiniteit: http://nvog-documenten.nl/index.php?pagina=richtlijn/item/pagina.php&richtlijn_id=749
- NVOG. (2011). *Modelprotocollen. Datering van de zwangerschap*. Opgeroepen op april 3, 2012, van http://nvog-documenten.nl/index.php?pagina=richtlijnen/item/pagina.php&richtlijn_id=749
- Offringa, M., Assendelft, W., & Scholten, R. (2008). *Inleiding in evidence-based medicine*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Panella, M., Vanhaecht, K., & Sermeus, W. (2009). Care pathways; from clinical pathways tot innovation. *International Journal of Care Pathways*, 49-50.
- RIVM. (2011). *Informatie over de screening op Downsyndroom*. Opgeroepen op april 5, 2012, van Patiëntenfolder: [http://www.rivm.nl/pns/Images/Down%20folder&20NED&20\(mrt%202011\)_tcm95-57265.pdf](http://www.rivm.nl/pns/Images/Down%20folder&20NED&20(mrt%202011)_tcm95-57265.pdf)

- RIVM. (2011). *Informatie over het structureel echoscopisch onderzoek*. Opgeroepen op april 5, 2012, van Patiëntenfolder: http://www.rivm.nl/pns/Images/001679%20CVB%20SEO-NED_LR_v3_tcm9557262.pdf
- RIVM. (2011). *Zwanger*. Opgeroepen op april 3, 2012, van Patiënten folder: http://www.rivm.nl/zwangerschapsscreening/Images/Folder&20Zwanger!%20juni%202011_tcm9748264.pdf
- Santeon. (2012). *Over Santeon*. Opgeroepen op april 2, 2012, van Missie en visie: <http://www.santeon.nl/nl/over-santeon/missie-en-visie>
- Sermeus, W., & Vanhaecht, K. (2002). Wat zijn klinische paden? *Acta Hospitalia*, 5-11.
- Van Belleghem, H., & Redel, M. (2011). De voordelen van DOT. *Medisch Contact*, 327-329.
- Wallenburg, H. (1999). *Aanpassing bepaalt niet alleen biologisch maar ook academisch succes*. Opgeroepen op maart 13, 2012, van http://www.eur.nl/nieuws/journalisten/archief/archief_persberichten_1999/aanpassing_bepaalt_niet_alleen_biologisch_maar_ook_academisch_succes/
- Wanyonyi, S., & Karuga, R. (2010). The utility of clinical care pathways in determining perinatal outcomes for women with one previous caesarean section; a retrospective service evaluation. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 10-62.
- Werkgroep. (2009). *Klinische paden in het MST*. Enschede.

Medisch Spectrum Twente VKC

Fase 0:

- Afspraak voor termijnecho en counseling
- Zorgpad invoegen
- Afspraak spreekuur

Fase 1: 9 weken zwanger

9wk termijnecho is verricht en counseling is gegeven
Patiënt heeft een vervolg afspraak bij de gynaecoloog voor week 10

Fase 2: 10 weken zwanger

Termijnecho is besproken, patiënt heeft besluit genomen wel/geen combitest. Wel: Afspraak is gemaakt voor combitest en aanvraag laboratoriumonderzoek is geplaatst. Niet: afspraak is gemaakt voor 12 weken echo en aanvraag laboratoriumonderzoek is geplaatst. Patiënt heeft een vervolg afspraak bij gynaecoloog na de combitest/12 weken echo.

Fase 3: 12 weken zwanger

Resultaten van combitest en overige onderzoeken zijn besproken. Patiënt is voorbereid op volgend controlemoment (20 -22 weken): SEO/GUO is gepland.

Fase 4: 20 weken zwanger

Resultaten onderzoeken zijn besproken. Patiënt is voorbereid op volgende controlemoment (25/40).

Fase 5: 25 weken zwanger

Resultaten van onderzoeken zijn besproken. Patiënt is voorbereid op volgende controlemoment (30/40)
Voor Rh-D negatieve patiënt/ Rh-c negatieve patiënt is lab order geplaatst voor 27^e week (niet eerder dan 27 weken). 30 weken-echo is gepland.

Patiëntgegevens /ponsplaatje

Fase 6: 30 weken zwanger

Resultaten onderzoeken zijn besproken en patiënt is voorbereid op volgende controlemoment (33/40)
Rhesus D-negatieve patiënt met foetaal Rhesus positieve uitslag : anti- D spuiten Resultaten onderzoeken zijn besproken en patiënt is voorbereid op volgende controlemoment (33/40)
Rhesus negatieve patiënt heeft anti-D gehad.

Fase 7: 33 weken zwanger

Resultaten onderzoeken zijn besproken, bovenvermelde informatie is gegeven en patiënt is voorbereid op het volgende controlemoment (36/40)

Fase 8: 36 weken zwanger

Resultaten onderzoeken zijn besproken en patiënt is voorbereid op volgende controlemoment (38/40)
Wijze van bevallen is afgestemd.

Fase 9: 38 weken zwanger

Resultaten onderzoeken zijn besproken en patiënt is voorbereid op het volgende controlemoment (40/40)

Fase 10: 40 weken zwanger

Resultaten onderzoeken zijn besproken en patiënt is voorbereid op het volgende controlemoment (41/40)

Fase 11: 41 weken zwanger

Resultaten onderzoeken zijn besproken en patiënt is voorbereid op de bevalling, inleiding is gepland.

Soort Document: Zorgpad		Code:		
Onderwerp/titel: Ongecompliceerde zwangerschap				
Dienst/afdeling: Polikliniek gynaecologie				
Versie: 1.2	Status: Definitief	Datum: 01-07-2011	Pagina 1 van 12	Aantal bijlagen:

Fase 1: 9 weken zwanger

Onderwerp	Code	Uitvoerder	Activiteit	Nvt	Resultaat
Anamnese / observatie		Financieel secretaresse	DBC-V41 openen		0
		Echoscopist	Counseling t.a.v. testen: nekplooiemeting en serumscreening (combitest risicobepaling syndroom van Down) en SEO		0
Onderzoek / metingen		Echoscopist	Termijn echo		0
Voorlichting (mondeling en schriftelijk)		Echoscopist	Folders meegeven: Zwanger! Algemene informatie Informatie over screening op Downsyndroom Informatie over Structureel Echoscopisch Onderzoek		0
Randvoorwaarden		Echoscopist	Registratie van counseling en echo in Astraia		0
Extra activiteit			Echo Lab		0 0
Variantierapportage					

Resultaat	9wk termijnecho is verricht en counseling is gegeven Patiënt heeft een vervolg afspraak bij de gynaecoloog voor week 10
-----------	--

Dienst	Functie	Naam verantwoordelijke	Paraaf

Fase 2: 10 weken zwanger

Onderwerp	Code	Uitvoerder	Activiteit	Nvt	Resultaat
Anamnese / observatie		Gynaecoloog Anios Aios Verloskundige	Anamnese, resultaten termijnecho bespreken, checken of patiënt informatie heeft begrepen van de counseling, besluit patiënt bespreken Combitest SEO Risico analyse Indicatie echo	0 0	0 0 0 0
Onderzoek / metingen		Gynaecoloog Anios Aios Verloskundige	RR lengte en gewicht (BMI >30) ja/nee Lab: 12 ^e week , Combitest Ja/Nee : CRL vermelden !! op formulier 1 order plaatsen! Order 12 ^e week screening (inclusief Rh-c –antigeen)(Hb HT, glucose, kreat, Rubella) zonodig ook Combitest	0 0 0	0 0 0 0
Randvoorwaarden		Gynaecoloog Anios Aios Verloskundige Secretaresse	Verslaggeving huisarts maken Registratie van counseling in Astraia Check labaanvraag: 12 ^e week / combitest Aanvraag: echo combitest Aanvraag: 12 weken echo Inplannen op zwangeren bespreking Controle moment 12 ^e week plannen		0 0 0 0 0 0 0
Extra activiteit			Echo Lab		0 0
Variantierapportage					

Resultaat	Termijnecho is besproken, patiënt heeft besluit genomen wel/geen combitest. Wel: Afspraak is gemaakt voor combitest en aanvraag laboratoriumonderzoek is geplaatst. Niet: Afspraak is gemaakt voor 12 weken echo en aanvraag laboratoriumonderzoek is geplaatst Patiënt heeft een vervolg afspraak bij gynaecoloog na de combitest/ 12 weken echo.
-----------	--

Dienst	Functie	Naam verantwoordelijke	Paraaf

Fase 3: 12 weken

Onderwerp	Code	Uitvoerder	Activiteit	Nvt	Resultaat
Anamnese / observatie		Gynaecoloog Anios Aios Verloskundige	Combitest/12 weken echo en laboratoriumonderzoeken worden besproken. Checken of patiënt informatie heeft begrepen Invasieve diagnostiek	0	0
Onderzoek / metingen		Echoscopist Gynaecoloog Anios Aios Verloskundige	Combitest/12 weken echo RR Afspreken SEO Afspreken GUO	 0 0	0 0 0
Randvoorwaarden		Echoscopist Gynaecoloog Anios Aios Verloskundige Secretaresse	Registratie van echo in Astraia Zwangerschapsverklaring Aanvraag SEO/GUO regelen Controle moment 20 ^e week plannen	 0	0 0 0
Extra activiteit			Echo Lab		0 0
Variantierapportage					

Resultaat	Resultaten van combitest en overige onderzoeken zijn besproken. Patiënt is voorbereid op volgend controlemoment (20 -22 weken): SEO/GUO is gepland.
-----------	--

Dienst	Functie	Naam verantwoordelijke	Paraaf

Fase 4: 20-22 weken

Onderwerp	Code	Uitvoerder	Activiteit	Nvt	Resultaat
Anamnese / observatie		Gynaecoloog Anios Aios Verloskundige	Resultaten onderzoeken bespreken Checken of patiënt informatie heeft begrepen Checken of kraamzorg is aangevraagd Checken of verloskundige is geregeld voor kraambed		0 0 0
Onderzoek / metingen		Echoscopist/ Perinatoloog Gynaecoloog Anios Aios Verloskundige	SEO/GUO Fundus hoogte Cortonen RR Glucose Hb	0	0 0 0
Randvoorwaarden		Echoscopist Secretaresse	Registratie echo in Astraia Controle moment 25 ^e week plannen		0 0
Extra activiteit			Echo Lab		0 0
Variantierapportage					

Resultaat	Resultaten onderzoeken zijn besproken. Patiënt is voorbereid op volgende controlemoment (25/40)
-----------	---

Dienst	Functie	Naam verantwoordelijke	Paraaf

Fase 5: 25 weken

Onderwerp	Code	Uitvoerder	Activiteit	Nvt	Resultaat
Anamnese / observatie		Gynaecoloog Anios Aios Verloskundige	Resultaten onderzoeken bespreken Checken of patiënt informatie heeft begrepen		0
Onderzoek / metingen		Gynaecoloog Anios Aios Verloskundige	Fundus hoogte Cortonen RR Echo 30 weken aanvragen Lab aanvraag plaatsen indien: Screening 27 ^e week voor Rh-D-negatieve patiënt: foetale RhD typering en IEA Form. 27 Sanquin: E940 Screening 27 ^e week voor Rh-c-negatieve patiënt: screening op c-IEA en andere IEA: Form. 27 Sanquin: E948 LET OP meerling vermelden !! vanaf 27 weken niet eerder	0 0	0 0
Voorlichting (schriftelijk en mondeling)		Secretaresse	Meegeven Folder bevallen in het ziekenhuis Vragenlijst verpleegkundige anamnese		0
Randvoorwaarden		Secretaresse	Afspraak plannen info bijeenkomst zwangeren Controle moment 30 ^e week plannen, 30 weken echo plannen		0
Extra activiteit			CTG Echo Lab		0 0 0
Variantierapportage					

Resultaat	Resultaten van onderzoeken zijn besproken. Patiënt is voorbereid op volgende controlemoment (30/40) Voor Rh-D negatieve patiënt/ Rh-c-negatieve patiënt is lab order 27 ^e week geplaatst . 30 weken-echo is gepland.
-----------	--

Dienst	Functie	Naam verantwoordelijke	Paraaf

Fase 6: 30 weken zwanger

Onderwerp	Code	Uitvoerder	Activiteit	Nvt	Resultaat
Anamnese / observatie		Gynaecoloog Anios Aios Verloskundige	Resultaten onderzoeken bespreken Checken of patiënt informatie heeft begrepen		0
Onderzoek / metingen		Echoscopist Gynaecoloog Anios Aios Verloskundige	Echo biometrie Fundushoogte Cortonen RR		0
Medicatie		Gynaecoloog Anios Aios Verloskundige Doktersassistent	Recept anti-D schrijven voor foetaal Rhesus positief kind	0	0
			Rhesus D-negatieve patiënt met foetaal Rhesus positieve uitslag : anti- D spuiten	0	0
Randvoorwaarden		Echoscopist	Registratie echo in Astraia		0
		Secretaresse	Aanvraag echo Controle moment 33 ^e week plannen	0	0 0
Extra activiteit			CTG		0
			Echo		0
			Lab		0
Variantierapportage					

Resultaat	Resultaten onderzoeken zijn besproken en patiënt is voorbereid op volgende controlemoment (33/40) Rhesus D-negatieve patiënt met foetaal Rhesus positieve uitslag : anti- D spuiten
-----------	--

Dienst	Functie	Naam verantwoordelijke	Paraaf

Fase 7: 33 weken zwanger

Onderwerp	Code	Uitvoerder	Activiteit	Nvt	Resultaat
Anamnese / observatie		Gynaecoloog Anios Aios Verloskundige	Resultaten onderzoeken bespreken Checken of patiënt informatie heeft begrepen		0
Onderzoek / metingen		Gynaecoloog Anios Aios Verloskundige	Fundus hoogte Cortonen RR		0
Voorlichting (schriftelijk en mondeling)		Secretaresse	Folders meegeven Pijnbestrijding tijdens bevalling Het inleiden van de bevalling Hielprik		0
Randvoorwaarden		Secretaresse	Controle moment 36 ^e week plannen		0
Extra activiteit			CTG Echo Lab		0 0 0
Variantierapportage					

Resultaat	Resultaten onderzoeken zijn besproken, bovenvermelde informatie is gegeven en patiënt is voorbereid op het volgende controlemoment (36/40) Folders meegegeven
-----------	---

Dienst	Functie	Naam verantwoordelijke	Paraaf

Fase 8: 36 weken

Onderwerp	Code	Uitvoerder	Activiteit	Nvt	Resultaat
Anamnese / observatie		Gynaecoloog Anios Aios Verloskundige	Resultaten onderzoeken bespreken Checken of patiënt informatie heeft begrepen Wijze van bevallen bespreken Indien sectio: start zorgpad electieve sectio	0	0 0 0
Onderzoek / metingen		Gynaecoloog Anios Aios Verloskundige	Fundus hoogte Cortonen RR		0
Voorlichting (schriftelijk en mondeling)		Gynaecoloog Anios Aios Verloskundige	Mogelijke complicaties bespreken Folders meegeven: Keizersnede		0
Randvoorwaarden		Secretaresse	Controle moment 38 ^e week plannen	0	0 0
Extra activiteit			CTG Echo Lab		0 0 0
Variantierapportage					

Resultaat	Resultaten onderzoeken zijn besproken en patiënt is voorbereid op volgende controlemoment (38/40) Wijze van bevallen is afgestemd
-----------	--

Dienst	Functie	Naam verantwoordelijke	Paraaf

Fase 9: 38 weken

Onderwerp	Code	Uitvoerder	Activiteit	Nvt	Resultaat
Anamnese / observatie		Gynaecoloog Anios Aios Verloskundige	Resultaten onderzoeken bespreken Checken of patiënt informatie heeft begrepen		0
Onderzoek / metingen		Gynaecoloog Anios Aios Verloskundige	Fundus hoogte Cortonen RR		0
Randvoorwaarden		Secretaresse	Aanvraag echo Controle moment 40 ^e week plannen	0	0 0
Extra activiteit			CTG Echo Lab		0 0 0
Variantierapportage					

Resultaat	Resultaten onderzoeken zijn besproken en patiënt is voorbereid op het volgende controlemoment (40/40)
-----------	---

Dienst	Functie	Naam verantwoordelijke	Paraaf

Fase 10: 40 weken

Onderwerp	Code	Uitvoerder	Activiteit	Nvt	Resultaat
Anamnese / observatie		Gynaecoloog Anios Aios Verloskundige	Resultaten onderzoeken bespreken Checken of patiënt informatie heeft begrepen		0
Onderzoek / metingen		Gynaecoloog Anios Aios Verloskundige	Fundus hoogte Cortonen RR		0
Voorlichting (schriftelijk en mondeling)		Gynaecoloog Anios Aios Verloskundige	Serotiniteit bespreken Folders meegeven Serotiniteit		0
Randvoorwaarden		Secretaresse	Controle moment 41e week plannen		0
Extra activiteit			CTG Echo Lab		0 0 0
Variantierapportage					

Resultaat	Resultaten onderzoeken zijn besproken en patiënt is voorbereid op het volgende controlemoment (41/40)
-----------	---

Dienst	Functie	Naam verantwoordelijke	Paraaf

Fase 11: 41 weken

Onderwerp	Code	Uitvoerder	Activiteit	Nvt	Resultaat
Anamnese / observatie		Gynaecoloog Anios Aios Verloskundige	Resultaten onderzoeken bespreken Checken of patiënt informatie heeft begrepen		0
Onderzoek / metingen		Gynaecoloog Anios Aios Verloskundige	Fundushoogte Cortonen RR VT		0 0
Randvoorwaarden		Secretaresse	Inleiding plannen		0
Extra activiteit			CTG Echo Lab		0 0 0
Variantierapportage					

Resultaat	Resultaten onderzoeken zijn besproken en patiënt is voorbereid op de bevalling, inleiding is gepland.
-----------	---

Dienst	Functie	Naam verantwoordelijke	Paraaf

	Naam/functie:		
Eigenaar:	J. oude Lohuis; teamhoofd polikliniek gynaecologie Dr. J. Brons; gynaecoloog		
Auteur:	Werkgroep ontwikkeling zorgpad zwangeren R. ten Vergert		
Autorisator:	Dr. J. Brons; gynaecoloog	Handtekening:	Datum:
Beheerder:	J. oude Lohuis; teamhoofd polikliniek gynaecologie		
Revisiedatum: 01-07-2012			
Voorstellen ter verbetering kunt u door middel van een e-mail kenbaar maken bij de eigenaar met vermelding van de code van het document, uw naam, afdeling en datum.			

APPENDIX B: TIJDSPERIODE X/CARE LIJSTEN

Afspraak code	Van	Tot
V41	1-1-2011	30-06-2011
COUNS	1-1-2011	31-08-2011
02L	1-1-2011	31-08-2011
NZ	1-1-2011	31-08-2011
NZH	1-1-2011	31-08-2011
BES	1-1-2011	30-09-2011
05	1-1-2011	31-10-2011
08	1-1-2011	31-10-2011
REK08	1-1-2011	31-10-2011
07	1-1-2011	31-12-2011
06	1-1-2011	31-12-2011
03	1-1-2011	31-03-2011
CZ	1-1-2011	31-03-2011
V51	1-1-2011	31-03-2011
03G	1-1-2011	31-03-2011
CZD	1-1-2011	31-03-2011