

Zorgpaden als verbeterinstrument

UITGANGSPUNTEN EN AANPAK

In deze bijdrage wordt een systematische werkwijze beschreven die behulpzaam kan zijn bij het opzetten en invoeren van zorgpaden.

De beschreven systematiek is in eerste instantie ontwikkeld voor oncologische zorgpaden, maar de achterliggende uitgangspunten en werkwijzen zijn ook breder toepasbaar. Allereerst wordt kort ingegaan op het fenomeen 'zorgpaden'. Daaropvolgend wordt een basissystematiek gepresenteerd die zorginstellingen, managers en professionals kunnen toepassen bij het implementeren van zorgpaden. Kernelementen hierbij zijn het waarborgen van een integrale, multidisciplinaire aanpak en het bieden van een gesystemiseerd raamwerk voor verbeteracties binnen de zorgketen. We besluiten deze bijdrage met een illustratie van de beschreven systematiek.

Door: J.C. van Hoeve, R. Otter, H.J. Hummel, J.P. de Meer, J. de Vries

Het leidt geen enkele twijfel dat zorginstellingen in Nederland de laatste jaren worden geconfronteerd met ingrijpende veranderingen. Voorbeelden van deze veranderingen kunnen worden gevonden op het terrein van de sterk gewijzigde rol van de overheid, de toenemende invloed van zorgverzekeraars op zorgorganisaties en de intrede van de marktwerking binnen de zorgsector (Pomp, 2007; Janssen, 2007). Gelet op het ingrijpende karakter van deze veranderingen is het niet verwonderlijk dat veel zorginstellingen slechts met grote moeite een antwoord kunnen vinden op de veranderende omstandigheden binnen de zorgsector.

Eén van de interessante ontwikkelingen die zich de laatste jaren binnen de zorgsector heeft gemanifesteerd betreft het fenomeen 'zorgpa-

den'. De centrale gedachte achter het opzetten en implementeren van zorgpaden is dat de zorg aanzienlijk kan worden geoptimaliseerd door middel van een intensieve en goed gestructureerde afstemming tussen de verschillende zorgprocessen (Pischke-Winn e.a., 1996). Zorgpaden hebben de gehele zorgketen als uitgangspunt en beogen zowel de doelmatigheid, doeltreffendheid als patiëntgerichtheid binnen de zorg te verbeteren. Zorgpaden worden vanuit verschillende invalshoeken en perspectieven benaderd en in de praktijk bestaan dan ook uiteenlopende opvattingen over de wijze waarop zorgpaden moeten worden geïmplementeerd.

Veel projecten op dit terrein kenmerken zich door een tamelijk ongesystemiseerd en weinig samenhangend karakter. Alhoewel aan zorgpaden in het algemeen een positief resultaat wordt toegedicht, lijken de uitkomsten van projecten op dit terrein echter nog voor verbetering vatbaar (vgl. Herck e.a., 2004).

Zorgpaden: uitgangspunten en invalshoeken

Vanuit verschillende richtingen is erop gewezen dat er een grote verscheidenheid aan aanduidingen, definities en invullingen bestaat met betrekking tot het fenomeen 'zorgpad' (Hummel e.a., 2009). Zo wordt gesproken over (clinical) pathways, critical pathways, integrated pathways, patient journeys en integrated care pathways. De Bleser e.a. (2006) hebben echter aangetoond dat er ondanks de grote heterogeniteit aan verschijningsvormen ook belangrijke overeenkomsten zijn met betrekking tot de kenmerken en karakteristieken van zorgpaden. In het algemeen lijken zorgpaden gekarakteriseerd te worden door:

- een multidisciplinair karakter;
- een sterke gerichtheid op het verbeteren van zowel de kwaliteit als de efficiency van de zorg;
- een streven om op een gestructureerde en gesystematiseerde wijze de aan zorgpaden gerelateerde doelen te bereiken;
- een nadruk op afstemmingsvraagstukken binnen de gehele zorgketen rond een homogene groep patiënten.

Deze visie achter zorgpaden gaat uit van het optimaliseren van de zorg binnen de gehele keten en stoelt op de gedachte dat tegen optimale kosten aan de benodigde vraag naar zorg voor een bepaalde homogene patiëntgroep moet worden voldaan (Vanhaecht e.a., 2006). Ondanks de algemene consensus over de centrale kenmerken van zorgpaden bestaan er verschillende opvattingen over de precieze invulling van een zorgpad. Het verwachtingspatroon van betrokkenen kenmerkt zich door een grote mate van diversiteit. Zorgpaden kunnen bijvoorbeeld worden opgevat als een verzameling procedures en protocollen met als uitgangspunt hoe om te gaan met een specifieke groep patiënten. Zorgpaden hebben dan een tamelijk operationeel en prescriptief karakter. Anderzijds is er de opvatting dat zorgpaden in de eerste plaats vooral een strategische oriëntatie van zorginstellingen behelzen waarbij vanuit een integrale managementvisie, vorm en inhoud worden gegeven aan zorgprocessen en zorgketens. Nadere beschouwing leert ons echter dat er ook een rode draad te ontdekken valt in deze diversiteit aan invullingen. Deze laat zich als volgt samenvatten:

Vanuit een bedrijfskundig perspectief bezien, wordt de kern van het fenomeen 'zorgpad' gevormd door het uitdragen van een integrale visie op de inrichting, besturing en organisatie van nauw met elkaar samenhangende zorgprocessen voor een homogene groep patiënten inclusief de weg die bewandeld dient te worden om deze drie dimensies vorm en inhoud te geven. In deze visie wordt de inrichting gezien als de zorgprocessen, de besturing behelst de planning van deze processen en de organisatie omvat de taken en bevoegdheden van professionals. Vertrekpunt hierbij is een sterke patiëntgerichtheid en een nadrukkelijke oriëntatie op de gehele zorgketen, waardoor suboptimalisaties worden vermeden.

Dit perspectief wordt als uitgangspunt gehanteerd bij het beschrijven van een raamwerk voor het gesystematiseerd invoeren van zorgpaden.

Een raamwerk voor het gesystematiseerd invoeren van zorgpaden

Zoals uit voorgaande paragraaf blijkt, is het implementeren van zorgpaden een complexe en veelomvattende aangelegenheid. Het is wenselijk dat projecten op het gebied van zorgpaden een duidelijke structuur hebben waarbij op een gesystematiseerde en transparante wijze invulling wordt gegeven aan een zorgpad. Een werkwijze die voor alle betrokken stakeholders duidelijk moet zijn en die recht doet aan de complexiteit van dit fenomeen is dan ook een noodzakelijke randvoorwaarde voor het succes van zorgpaden.

Het Integraal Kankercentrum Noord Oost (IKNO) heeft de afgelopen jaren in nauwe samenwerking met enkele ziekenhuizen uit de IKNO-regio, een systematiek ontwikkeld met behulp waarvan zorginstellingen oncologische zorgpaden kunnen opzetten en invoeren (Hummel e.a., 2009). Dit model voor Integrale Oncologische Zorgpaden sluit nauw aan bij internationale ontwikkelingen op het gebied van critical pathways (vgl. stappenplan ontwikkeld door Vanhaecht en Sermeus, 2002), maar is meer dan andere benaderingswijzen gestoeld op de gedachte dat zorgpaden een integrale multidisciplinaire benadering vereisen waarbij vooral ook bedrijfskundige elementen van cruciaal belang zijn. De voorgestane aanpak behelst een vijftal fasen die moeten worden doorlopen, te weten:

1. bewustwordings- en visiefase;
2. het uitvoeren van een nulmeting;
3. beschrijving en analyse van de huidige en gewenste situatie;
4. uitvoerings- en implementatiefase;
5. monitorings- en borgingsfase.

Fase 1 kan worden getypeerd als een bewustwordingsfase en omvat elementen als het creëren van commitment binnen de organisatie, het opstellen van een projectplan en het formuleren van heldere uitgangspunten omtrent doelen en benaderingswijze met betrekking tot het zorgpad. Juist vanwege de veelomvattendheid en het ingrijpende karakter van zorgpaden zijn commitment van het management en een kwaliteitscultuur noodzakelijk voor het welslagen van projecten op het gebied van kwaliteitsmanagement. Fase 2 behelst het uitvoeren van een nulmeting. Het uitvoeren van een quickscan en een patiëntervaringsonderzoek maken hier een belangrijk onderdeel van uit. Doel van de quickscan is om instellingen, afdelingen en professionals in staat te stellen zelf op een snelle en systematische wijze vast te laten stellen wat de kwaliteit van de geleverde en de ervaren zorg

is én inzicht te krijgen in de prestaties van het huidige zorgpad. Overigens moet het begrip 'prestatie' in dit verband breed worden opgevat. Zo worden niet alleen zorginhoudelijke criteria (vgl. bijvoorbeeld landelijke richtlijnen en patiënttevredenheid) meegenomen maar ook logistieke en organisatorische prestatie-indicatoren, bijvoorbeeld toegangs- en doorlooptijden.

In fase 3 zal op basis van de informatie uit de quickscan en andere onderzoeken een beslissing moeten worden genomen over continuering van het project. Fase 3 omvat in voorkomende gevallen een nadere detailanalyse op een of meer van de hiervoor genoemde gebieden 'processen', 'planning' en 'organisatie' met als doel meer inzicht te krijgen in de onderliggende verklaringsgronden voor de geconstateerde sterktes en zwaktes. De zorginstelling zal zich tevens een beeld moeten vormen van de gewenste situatie om op basis daarvan een verschillenanalyse uit te voeren waarbij de gewenste situatie wordt afgezet tegen de huidige situatie. Doel van deze verschillenanalyse is om te expliciteren welke elementen en onderdelen van het zorgpad moeten worden verbeterd. Dit leidt tot een prioritering van acties die moeten worden ondernomen en een definiëring van de resultaten die met de voorgestane acties zullen worden gerealiseerd.

Fase 4 is de uitvoeringsfase. Op basis van een gesystemiseerd actieplan worden in deze fase veranderingen doorgevoerd.

Fase 5 kan worden getypeerd als een monitorings- en borgingsfase. Doorgevoerde veranderingen zullen uiteindelijk een integraal onderdeel van de bedrijfsvoering moeten worden. Dit betekent dat metingen en rapportagevormen met betrekking tot de prestaties van een zorgpad op verschillende niveaus in de organisatie worden ingebed. Hierbij ligt het voor de hand dat nauw wordt aangesloten bij kwaliteitsvisaties en bij bestaande managementrapportages op het terrein van patiënttevredenheid, financiën en logistiek.

Na een jaar kan een tumorspecifieke visitatie plaatsvinden als toetsing van de zorg. Verbeterpunten worden continu in projectvorm geanalyseerd en geïmplementeerd volgens de Deming-cyclus. Op basis van de tumorspecifieke visitatie en verbeterprojecten kan het raamwerk nogmaals vanaf fase 3 worden doorlopen. Figuur 1 geeft een schematische weergave van het raamwerk en de stappen die hierin kunnen worden onderkend. In de volgende paragraaf wordt een illustratie van het gepresenteerde raamwerk gegeven. In het verlengde hiervan

wordt aandacht besteed aan enkele belangrijke aandachtspunten die bij de toepassing en het gebruik naar voren zijn gekomen.

Een illustratie van het raamwerk

In deze paragraaf wordt een illustratie gegeven van het eerdergenoemde raamwerk zoals dit is toegepast in het project 'zorgpad mammacarcinoom A7'. Dit project heeft als doel een uniforme werkwijze op te zetten met betrekking tot logistiek, diagnostiek, behandeling, begeleiding en follow-up van de groep patiënten met een mammacarcinoom in de drie ziekenhuizen gelegen aan de snelweg A7: het Antonius Ziekenhuis in Sneek, ziekenhuis Nij Smellinghe in Drachten en ziekenhuis De Tjongerschans in Heerenveen. Het project is begeleid door een procesbegeleider van het IKNO.

Fase 1: De bewustwordings- en visiefase (stap 1)

De aanleiding voor het starten van het project was de wens van de gezamenlijke maatschap chirurgen en de directies van de ziekenhuizen om te komen tot algehele samenwerking en uniformering op het gebied van zorg voor patiënten met een mammacarcinoom. Nadat deze visie uitgesproken was, zijn een overkoepelende stuurgroep en projectgroepen per ziekenhuis ingesteld. In de stuurgroep hadden de directeuren van de ziekenhuizen, de directeur van het IKNO en de procesbegeleider van het IKNO zitting. In de projectgroepen participeerden per ziekenhuis: een chirurg, een radioloog, een radiotherapeut, een internist-oncoloog, een mammacareverpleegkundige, een huisarts, een vertegenwoordiger van de thuiszorgorganisatie, een vertegenwoordiger van de Borstkanker Vereniging Nederland (BVN) en een procesbegeleider van het IKNO.

Een brede samenstelling van de projectgroepen is belangrijk voor het verkrijgen van commitment binnen de ziekenhuizen. De gedachte achter de samenstelling was dan ook dat alleen door het betrekken van alle verschillende disciplines een volledig en multidisciplinair zorgpad tot stand kon komen.

In samenspraak met de drie ziekenhuizen is een gezamenlijke projectnota opgesteld om ervoor te zorgen dat dezelfde doelen en werkwijze worden gehanteerd bij het opzetten van de zorgpaden in de verschillende ziekenhuizen. De gezamenlijk opgestelde projectnota is goedgekeurd tijdens een brede kick-offbijeenkomst, waar alle leden van de verschillende ziekenhuisprojectgroepen voor waren uitgenodigd. Maandelijks heeft een overleg plaatsgevonden met de projectleiders van de ziekenhuizen en

de procesbegeleider van het IKNO om de uniformiteit en de voortgang te bewaken.

Fase 2: Het uitvoeren van een nulmeting (stap 2)

Om een indicatie te krijgen van de prestaties van het huidige zorgpad op de gebieden 'proces', 'planning', 'organisatie' en 'uitkomsten' is bij de start van het project een nulmeting uitgevoerd. Hiervoor is gebruikgemaakt van gegevens vanuit de kankerregistratie, het registratiesysteem van het verbeterproject 'Mammazorg Steeds Beter' en de verschillende informatiesystemen van de ziekenhuizen. Ook zijn patiëntervaringen vanuit focusgroepgesprekken met patiënten, uitgevoerd in de drie ziekenhuizen door een onafhankelijk bureau, gebruikt als input (vgl. tabel 1a en 1b). De gegevens die zijn verzameld en de resultaten van de focusgroepgesprekken zijn geanalyseerd en besproken door de stuur- en projectgroepen. Deze resultaten zijn gebruikt om de projectnota te schrijven.

Fase 3: Beschrijving en analyse van de huidige en gewenste situatie (stap 3 t/m 6)

Nadat de stuurgroep het startsein heeft gegeven voor de invoering van een zorgpad mammacarcinoom in de drie ziekenhuizen, zijn

Pluspunten
Goede zorg van de mammacareverpleegkundige: goede bereikbaarheid en steun
Goede voorbereiding op ontslag uit het ziekenhuis
Kwaliteit van de behandeling
Keuze voor chirurg die operatie uitvoert
Betrokkenheid personeel en persoonlijke benadering
Herstel- & balansgroep

Tabel 1a. Resultaten focusgroepgesprekken: pluspunten

Onderwerpen	Wensen
Informatie en voorlichting	Meer informatie over symptomen en bijwerkingen Duidelijker informatie over de verschillende behandelingen en controles
Organisatie van de behandeling en zorg	Zo min mogelijk wachten (zowel tussen uitslag en behandeling alsook in de wachtkamer/spreekkamer) Telefonisch contact tussen twee soorten behandelingen
Bejegening	Aandacht voor partner Contact met huisarts na een slechte uitslag
Lotgenotencontact	Persoonlijk lotgenotencontact met leeftijdsgenoten
Behandelaar en verpleegkundigen	Zoveel mogelijk dezelfde behandelaar
Ontslag en nazorg	Meer overleg over tijdstip van ontslag

Tabel 1b. Resultaten focusgroepgesprekken: wensen

achtereenvolgens de huidige situatie en de gewenste situatie beschreven. Binnen de projectgroepen is het beschrijven van de huidige situatie in onderdelen opgesplitst, zodat ieder projectgroeplid een deel heeft kunnen uitwerken. Tijdens de maandelijkse projectgroepvergaderingen zijn de uitgewerkte onderdelen samengevoegd en is consensus bereikt over de huidige situatie.

De gewenste situatie komt voor de drie ziekenhuizen vrijwel overeen omdat hierbij uitgegaan is van zowel landelijke als Europese richtlijnen en kwaliteitscriteria. Voor het zorgpad mammacarcinoom zijn de richtlijnen van de European Society of Breast Cancer Specialists (Eusoma), de inspectie van de Gezondheidszorg (IGZ) en het Nationaal Borstkanker Overleg Nederland (NABON) gebruikt.

Zowel bij het beschrijven van de huidige als de gewenste situatie is gebruikgemaakt van het model Integrale Oncologische Zorgpaden (Hummel e.a., 2009). Zo heeft de beschrijving van het zorgpad zich geconcentreerd rond de aspecten 'proces', 'planning' en 'organisatie'. In het verlengde hiervan is nauwgezet aandacht besteed aan de samenhang tussen deze gebieden en aan de overdrachtsmomenten tussen de verschillende processtappen. De uitkomsten van de verschillenanalyse zijn per ziekenhuis besproken in gezamenlijke werkconferenties. Voorbeelden hiervan zijn de discussie over het al dan niet aanbieden van directe borstreconstructie en de procedures betreffende de gezamenlijke multidisciplinaire patiëntenbespreking. Ook zijn tijdens deze conferenties verbeterpunten besproken die ziekenhuisoverstijgend waren. Een voorbeeld van een dergelijk verbeterpunt was het ontbreken van een duidelijk beleid binnen de maatschappen chirurgie en radiologie. Nieuwe afspraken zijn geformuleerd en vastgelegd.

Fase 4: Uitvoerings- en implementatiefase (stap 7)

Tijdens de implementatiefase zijn de vastgestelde en verbeterpunten, die beschreven zijn in het implementatieplan, aan een of meer projectgroepleden gekoppeld. Deze projectgroepleden kregen de verantwoordelijkheid voor het realiseren van het verbeterpunt binnen de gestelde deadline. Tijdens iedere projectgroepvergadering is de verbeterpuntenlijst besproken met als doel deze te evalueren. Deze werkwijze is toegepast voor zowel de verbeterpunten per ziekenhuis als de ziekenhuisoverstijgende verbeterpunten. Ook de randvoorwaarden voor de verbeteringen zijn meegenomen in het implementatieplan. Voorbeelden van randvoorwaar-

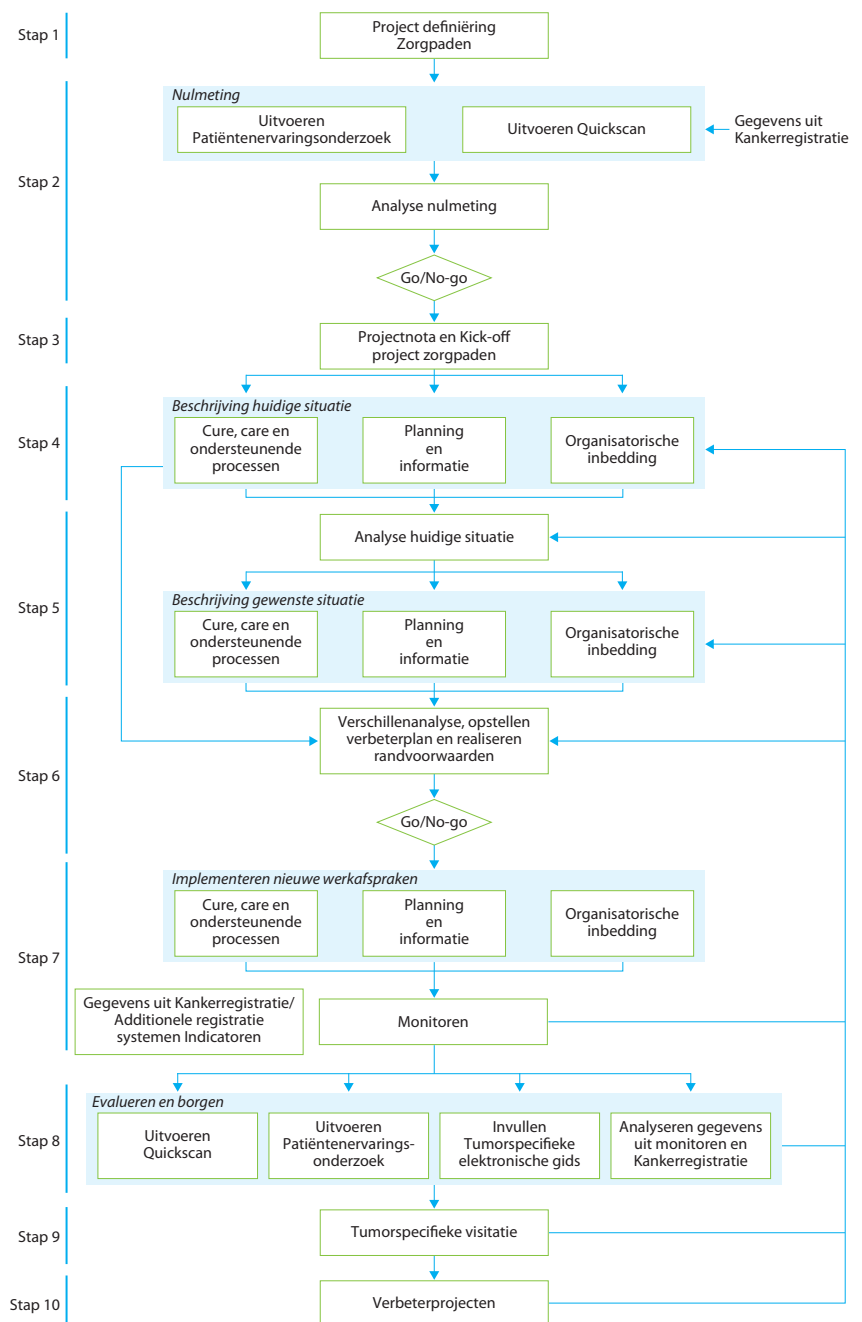
den zijn voldoende uren van de mammacare-verpleegkundige om een gesprek met patiënten te realiseren voor aanvang van de behandeling en het beschikbaar stellen van videoconferencing voor de multidisciplinaire patiëntenbespreking tussen de drie ziekenhuizen en het radiotherapeutisch instituut. Tijdens de implementatiefase is extra aandacht besteed aan het informeren van de achterban. Relevante medici en paramedici die geen zitting hadden in de groepen, zijn door de projectgroepleden geïnformeerd over de resultaten van het project via reguliere werkbeprekingen en afdelingsoverleg.

Fase 5: Monitorings- en evaluatiefase (stap 8 t/m 10)

In de projectnota zijn indicatoren vastgelegd op basis waarvan de prestaties van het zorgpad worden gemeten en geëvalueerd. Een ander onderdeel van deze fase is het bijhouden van een afwijkingenregistratie. In de afwijkingenregistratie wordt bijgehouden waar, wanneer en waarom er niet volgens het nieuwe zorgpad kan worden gewerkt en wat de oplossing is geweest. Door het registreren en analyseren van de afwijkingen is het mogelijk te beoordelen of de afwijkingen een aanpassing van het zorgpad vergen of dat het een incidentele afwijking betreft. De resultaten vanuit de afwijkingenregistratie worden structureel besproken door de projectgroep ter evaluatie van het zorgpad. Een ander instrument om het zorgpad te monitoren en te borgen is het uitvoeren van een tumorspecifieke visitatie voor de groep patiënten met een mammacarcinoom. De ambitie van de A7 ziekenhuizen is om in 2011 te participeren in de pilot voor tumorspecifieke visitatie mammacarcinoom. Op basis van de uitkomsten van de evaluatie van het zorgpad en een tumorspecifieke visitatie, zullen verbeterprojecten worden geïnitieerd.

Gerealiseerde verbeterpunten van het project 'zorgpad mammacarcinoom A7' zijn:

- Huisartsen verwijzen patiënten via een beveiligde internetapplicatie, waardoor de patiënten op één punt binnenkomen en de patiëntenstroom beter kan worden beheerst en gecontroleerd.
- De bezoeken van de patiënt aan de ziekenhuizen zijn efficiënter ingericht voor de patiënt door afspraken aansluitend in te plannen, met name de bezoeken van de patiënt aan de radioloog en de chirurg.
- Er is een gezamenlijk multidisciplinair overleg mammacarcinoom met behulp van videoconferencing, zodat alle volgens het Nationaal Overleg Nederland (NABON)



Figuur 1. Schematische weergave raamwerk

relevante disciplines aanwezig kunnen zijn.

- Het peilen van de behoefte aan psychosociale ondersteuning bij patiënten is structureel ingevoerd in de ziekenhuizen en vindt plaats met behulp van de gevalideerde vragenlijst 'de Lastmeter' (zie: www.lastmeter.nl).
- Een verdeling van aandachtsgebieden in de gezamenlijke maatschap chirurgie is bereikt.
- Er is een uniforme werkwijze voor de follow-up van patiënten ontwikkeld, waardoor duidelijk is wanneer de patiënt bij welke professional wordt verwacht voor controle.

- Een gezamenlijk palliatief multidisciplinair overleg is ingevoerd, zodat ook tijdens de palliatieve fase de zorg wordt afgestemd en de betrokken disciplines elkaar op de hoogte houden van wie wat doet in welke fase.

Tot slot

Gedurende het project 'zorgpad mammacarcinoom A7' is gebleken dat het model voor Integrale Oncologische Zorgpaden een goede methode is om op een gestructureerde manier een zorgpad te ontwikkelen, te implementeren, te evalueren, te borgen en – indien wenselijk – te verbeteren. Door het stap voor stap doorlopen van het raamwerk zijn de gebieden 'proces', 'planning' en 'organisatie' evenals de samenhang tussen deze gebieden meegenomen in de ontwikkeling en implementatie van het multidisciplinaire zorgpad mammacarcinoom. Het model garandeert ook dat de patiënt centraal staat. Verder is de gehele zorgketen, waaronder de eerste, tweede en derde lijn, het uitgangspunt van het model. Deze ketenbenadering heeft geresulteerd in het soepeler laten verlopen van overdrachtsmomenten tussen ziekenhuizen en hulpverleners. Daarnaast heeft de gehanteerde aanpak de betrokken instellingen in staat gesteld om een gezamenlijk uniform zorgpad van verwijzing tot palliatieve zorg, gebaseerd op landelijke en Europese richtlijnen en kwaliteitseisen, in te richten.

Naast deze positieve ervaringen kunnen ook enkele kanttekeningen bij de gehanteerde methodiek worden geplaatst. Zo vereist toepassing van het raamwerk een zekere expertise in het bedrijfskundig denken en handelen van de betrokkenen. Dit betekent bijvoorbeeld dat het onderscheid tussen de drie aandachtsgebieden 'proces', 'planning' en 'organisatie' gemakkelijk tot verwarring leidt. Een nauwgezette uitleg van het raamwerk en de deelgebieden is dan ook een noodzakelijke randvoorwaarde gebleken bij het succesvol toepassen van de methodiek. Een tweede kanttekening betreft de wijze waarop het raamwerk wordt toegepast. Het moge duidelijk zijn dat de voorgestane methodiek vooral moet worden gezien als een hulpmiddel bij het beschrijven, invoeren en monitoren van zorgpaden. Gelet op de complexiteit en de veelomvattendheid van zorgpaden bestaat er het potentiële gevaar dat de methodiek te zeer als keurslijf wordt gehanteerd en dat belangrijke specifieke omstandigheden gemakkelijk naar de achtergrond worden geschoven. Daar waar nodig en zinvol zal het raamwerk dan ook met de nodige flexibiliteit moeten worden toegepast.

Literatuur

- Bleser, L.D., Depreitere, R., Waele, K.D., Vanhaecht, K., Vlayen, J. en W. Sermeus, Defining Pathways, *Journal of Nursing Management*, 2006, 553-563.
- Herck, P. van, Vanhaecht, K., en W. Sermeus, Effects of clinical pathways: do they work? *Journal of Integrated Care Pathways*, 2004, 8, 95-105.
- Hummel, H., Meer, J.P. de, Vries, J. de en R. Otter, *Integrale oncologische zorgpaden. Opzet en toepassing*. Van Gorcum, 2009.
- Janssen, M.C.W., Markt en Consument in de gezondheidszorg. Enkele valkuilen in de transitie naar meer marktwerking in de gezondheidszorg, *M&O, Tijdschrift voor Management en Organisatie*, 2007, 203-207.
- Pischke-Winn, K., Wahlfeldt, L.A. en A. Minnick, Initiatives to build a competitive healthcare system: integrating service redesign and clinical pathways, *Nursing Care Management*, 1996, vol.1, no.5, 212-222.
- Pomp, M.J., Marktwerking in de zorg, *M&O, Tijdschrift voor Management en Organisatie*, 2007, 180-189.
- Vanhaecht, K. en W. Sermeus. Draaiboek voor de ontwikkeling, implementatie en evaluatie van een klinisch pad. 30 stappenplan van het Netwerk Klinische Paden, *Acta Hospitalia*, 2002; 2, 13-27.
- Vanhaecht, K., Bollmann, M., Bower, K., Gallagher, C., Gardini, A., Guezo, J., Hasemann, W., Jansen, U., Massoud, R., Moody, K., Sermeus, W., Van Zelm, R., Whittle, C., Yazbeck, A., Zander, K. en M. Panella. Prevalence and use of clinical pathways in 23 countries - an international survey by the European Pathway Association, *Journal of Integrated Care Pathways*, 2006, 10, 28-34.

Informatie over de auteurs

- Mw. drs. J.C. van Hoeve**, adviseur afdeling Kwaliteit, Integraal Kankercentrum Noord Oost.
- Mw. dr. R. Otter**, bestuurder, Integraal Kankercentrum Noord Oost.
- Dhr. H.J. Hummel**, hoofd afdeling Kwaliteit, Integraal Kankercentrum Noord Oost.
- Dhr. drs. J.P. de Meer**, adviseur afdeling Kwaliteit, Integraal Kankercentrum Noord Oost.
- Dhr. prof.dr. J. de Vries**, bedrijfskundige en Hoogleraar Operations Management aan de Faculteit Economie en Bedrijfskunde, Rijksuniversiteit Groningen.