



Beleidsplan 2007-2010

Utrecht, 25 juni 2007

Voorwoord

De vraag naar zorg neemt de komende jaren fors toe. Dit geldt niet alleen voor klinische opnames maar ook voor dagbehandeling en kortverblijf. Medische technologische ontwikkelingen maken de zorg steeds beter en zorgen ook voor meer mogelijkheden. De verschuiving van klinische ingrepen naar kortdurende opnames en dagbehandeling wordt enerzijds ingegeven door de wens van de patiënt anderzijds spelen ook economische factoren een rol.

Om de kwaliteit van zorg voor patiënten in dagbehandeling en kortverblijf zeker te stellen is het van groot belang dat uniforme richtlijnen en normen worden opgesteld en toegepast. Deze moeten worden ontwikkeld door professionals. Onder andere voor de implementatie van deze richtlijnen is scholing noodzakelijk.

Het bestuur heeft in 2006 besloten om middels een beleidsplan een “road map” op te stellen voor de komende jaren met betrekking tot de hierboven genoemde zaken. Dit beleidsplan is tot stand gekomen dankzij de input van NVDK leden, zorgprofessionals, kwaliteitbeleidsmakers, vertegenwoordigers van koepelorganisaties en vertegenwoordigers van patiëntorganisaties.

Dit beleidsplan beschrijft een aantal speerpunten waarvan het bestuur vindt, dat die middels het uitvoeren van projecten de komende jaren gerealiseerd moeten worden. Hierbij is de inbreng van de leden van de NVDK van groot belang.

Het bestuur van de NVDK is van mening dat realisatie van dit plan bijdraagt aan een kwalitatief hoogwaardige zorg. Het bestuur dankt het kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO voor de financiële ondersteuning

Prof. Dr. H.E.M. Kerckamp
Voorzitter NVDK

Inhoudsopgave

1. INLEIDING	3
2. VERENIGING.....	4
2.1 DOELSTELLING.....	4
2.2 ONTWIKKELING.....	4
2.3 LEDEN & NETWERK.....	5
2.4 ACTIVITEITEN.....	6
3. DAGBEHANDELING & KORTVERBLIJF	7
3.1 DEFINITIES.....	7
3.2 DAGBEHANDELING – SNIJDENDE SPECIALISMEN.....	8
3.3 DAGBEHANDELING – NIET-SNIJDENDE SPECIALISMEN	10
3.4 KINDEREN EN DAGBEHANDELING	11
3.5 ONTWIKKELINGEN.....	12
4. SPEERPUNTEN 2007-2010	17
4.1 SPEERPUNT 1 – BENOEMEN & ONTWIKKELEN GOEDE ZORG	17
4.2 SPEERPUNT 2 – UITDRAGEN GOEDE ZORG	18
4.3 SPEERPUNT 3 – TOETSEN ZORG IN DAGBEHANDELING	19
4.4 NVDK – HET FUNDAMENT	20
5. PLANNING EN UITVOERING PROJECTEN.....	23
BIJLAGE: LITERATUURLIJST	23

1. Inleiding

De Nederlandse gezondheidszorg is sterk in beweging. Onder invloed van de toenemende marktwerking treden er allerlei boeiende mechanismen in werking: aloude patronen gaan op de schop en veldpartijen moeten zich schikken in nieuwe rollen. In een dergelijke omgeving is het voor een vereniging als de NVDK zaak duidelijk te communiceren welke rol de vereniging in wil nemen in dit veranderende krachtenveld. In juni 2006 besloot het bestuur daarom tot het opstellen van dit strategisch beleidsplan.

In het eerste hoofdstuk wordt aandacht besteed aan de doelstelling, de leden en de belangrijkste activiteiten van de NVDK. Vervolgens passeren de verschillende definities en belangrijkste ontwikkelingen binnen de zorgvorm dagbehandeling en kortverblijf de revue.

In de laatste twee hoofdstukken worden de speerpunten belicht die de vereniging zichzelf stelt in het licht van de genoemde ontwikkelingen. Dit wordt vervolgens verbonden met de projecten die daartoe uitgevoerd zullen worden. Voor zover mogelijk zijn deze activiteiten uitgezet in de tijd tussen nu (2007) en 2010.

2. Vereniging

2.1 Doelstelling

De Nederlandse Vereniging van Dagbehandeling en Kortverblijf promoot en ontwikkelt kwalitatief goede zorg in dagbehandeling en kortverblijf. Zij doet dit vanuit de overtuiging dat behandelingen die binnen een dagopname of een kort verblijf worden uitgevoerd grote voordelen hebben voor de patiënt en de ziekenhuisorganisatie.

Missie

Het ontwikkelen en bevorderen van kwalitatief hoogwaardige patiëntenzorg in dagbehandeling en kortverblijf

De NVDK vult dit in door een multidisciplinair forum voor het uitwisselen van kennis en ervaring te zijn voor haar leden.

2.2 Ontwikkeling

Van oudsher ligt de focus van de NVDK vooral bij de kwaliteit van de zorg. De laatste jaren heeft deze zich echter langzamerhand uitgebreid naar ook de logistieke en financiële aspecten van dagbehandeling en kortverblijf. Gezien de veranderende rollen van patiënten- en cliënten(organisaties), zorgaanbieders, verzekeraars en de overheid is dit een logische ontwikkeling.

Sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet moet de patiënt een centrale rol krijgen: een goed geïnformeerde patiënt zal de zorgverlener kiezen die hem de beste zorg biedt. Hierdoor worden zorgaanbieders gestimuleerd tot betere prestaties. Deze verbeteringen beperken zich echter niet alleen tot de kwaliteit van zorg, maar hebben ook betrekking op de kosten. Onder invloed van de zorgverzekeraar die een lage premie voor zijn verzekerden wil, worden aanbieders immers ook gedwongen hun zorg efficiënter te verlenen. Vaak weet men dit te bereiken door logistieke verbeteringen toe te passen. Soms ook door innovatieve behandelingen te introduceren. Operatietechnieken die het mogelijk maken de patiënt te behandelen in de dagbehandeling in plaats van in een klinische setting, vormen daar een goed voorbeeld van. Probleem bij dit soort innovaties is echter dat de huidige bekostiging van de ziekenhuiszorg (een combinatie van FB-systematiek en DBC's) nog niet altijd deze innovaties stimuleert. Als NVDK is het derhalve zaak dat zij naast haar focus op kwaliteit, ook kennis opdoet van de logistieke en financiële aspecten van de dagbehandeling. Alleen op die manier kan de

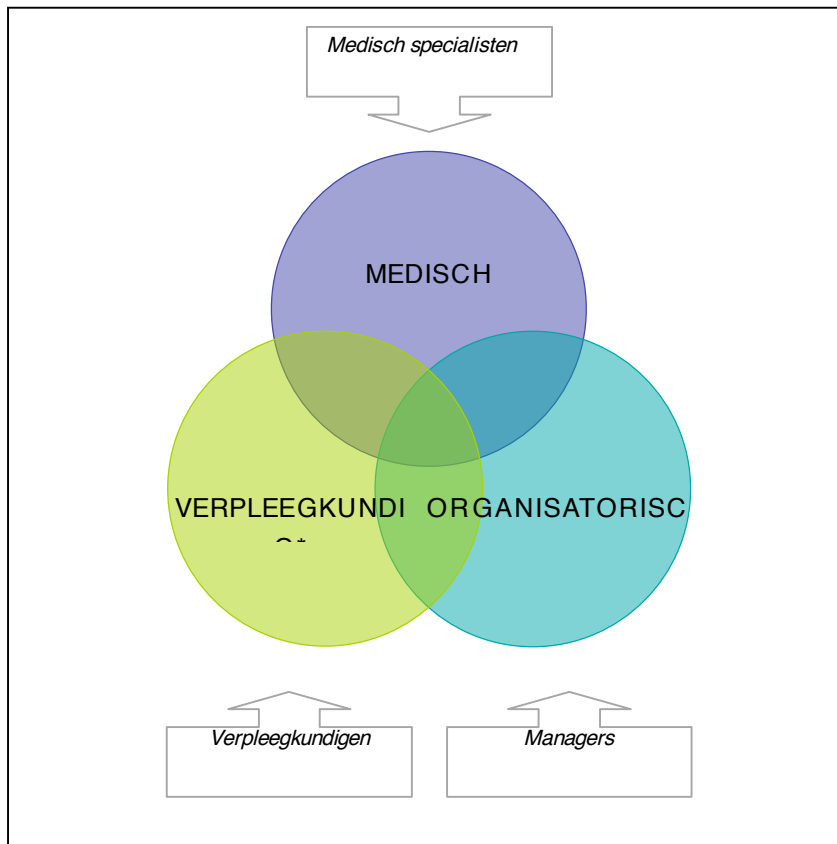
vereniging de patiëntenzorg in dagbehandeling en kortverblijf optimaal ontwikkelen en bevorderen.

2.3 Leden & netwerk

De NVDK heeft een multidisciplinair karakter. Het ledenbestand bestaat uit medisch specialisten, anesthesiemedewerkers, OK-assistenten, verpleegkundigen en managers. Binnen de vereniging zijn daarmee alle vakgebieden die een rol spelen binnen dagbehandeling en kortverblijf vertegenwoordigd. Figuur 1 illustreert dit.

Figuur 1 Leden en vakgebieden NVDK (* Inclusief OK- en anesthesiepersoneel)

In 2005 kende de vereniging 240 leden. Vanwege de institutionele lidmaatschappen, waar meerdere individuen onder vallen, ligt dit aantal waarschijnlijk nog een stuk hoger, zodat er uitgegaan kan worden van een redelijke penetratiegraad in het veld.



Helaas is de laatste jaren de ontwikkeling waarneembaar dat het aandeel van de medisch specialisten geleidelijk afneemt. Daarnaast ondervindt de vereniging moeite bij het vinden van bestuursleden en commissieleden vanuit de verpleegkundige hoek. In hoofdstuk 4 wordt verwoord hoe de NVDK daarop in zal spelen.

2.4 Activiteiten

Om haar doelen te bereiken onderneemt de NVDK een aantal activiteiten gericht op verschillende onderwerpen.

Kwaliteit	Ontwikkeling richtlijnen en normering Stimuleren wetenschappelijk onderzoek Ontwikkeling Elektronische Patiënten Feedback Prestatie-indicatoren Ontwikkeling competentieprofiel verpleegkundige dagbehandeling
Onderwijs	Ontwikkeling van onderwijsprofiel verpleegkundige in dagbehandeling
Kennisplatform	Jaarlijks congres Regiobijeenkomsten Nieuwsbrief Kortom/ website
Netwerk	Contacten met medisch-wetenschappelijke verenigingen Contacten met (buitenlandse) beroepsverenigingen Contacten met zorgverzekeraars Contacten met ziekenhuizen Contacten met brancheorganisaties (NVZ, NFU) Samenwerking met kwaliteitsinstanties (bijv. CBO)

3. Dagbehandeling & Kortverblijf

3.1 Definities

De terminologie rond dagbehandeling is niet eenduidig. Zo spreekt men afwisselend van dagbehandeling, dagverpleging en dagopname. Ook internationaal doen meerdere begrippen de ronde: *outpatient surgery*, *ambulatory surgery* of *same-day surgery*. Belangrijk verschil met de Nederlandse 'definitie' van dagbehandeling is het feit dat in het buitenland uitgegaan wordt van behandelingen die binnen 24 uur worden afgehandeld. Dagbehandeling is in Nederland gedefinieerd als een behandeling waarvoor niet in het ziekenhuis overnacht wordt. De patiënt wordt op dezelfde dag opgenomen, behandeld, verpleegd en ontslagen. Nederlandse dagbehandelingsafdelingen sluiten dan ook in de avond en het weekend, waardoor geen avond-, nacht- en weekenddiensten gedraaid hoeven te worden.

In de in 2006 ontwikkelde NEN-norm¹ voor chirurgische dagbehandeling, wordt uitgegaan van de volgende definities:

Dagverpleging	Opname voor een behandeling of diagnostisch onderzoek, gevolgd door een noodzakelijk verpleegkundige observatieperiode van twee uur met ontslag op dezelfde dag
Dagbehandeling	Opname voor een therapeutische ingreep en/ of diagnostisch onderzoek met ontslag op dezelfde dag

Wat de definitiekwestie vertroebelt, is het feit dat de term *dagopname* ook een 'financiële' component in zich heeft. Een dagopname is immers nog tot 2008 een budgetparameter voor het ziekenhuisbudget, een zogenaamde 'FB-parameter'. De definitie luidt in dit geval als volgt:

Dagopname	Dagopname is een aantal uren durende (minimaal 2 uur en maximaal 24 uur) vorm van verpleging in een instelling, in het algemeen voorzienbaar en noodzakelijk in verband met het op dezelfde dag plaatsvinden van een onderzoek of behandeling. De dagverpleging mag maximaal over twee dagen verdeeld zijn en mag dus eenmaal de grens van middernacht overschrijden.
------------------	---

Binnen dit beleidsplan wordt uitgegaan van de definities uit de NEN-norm.

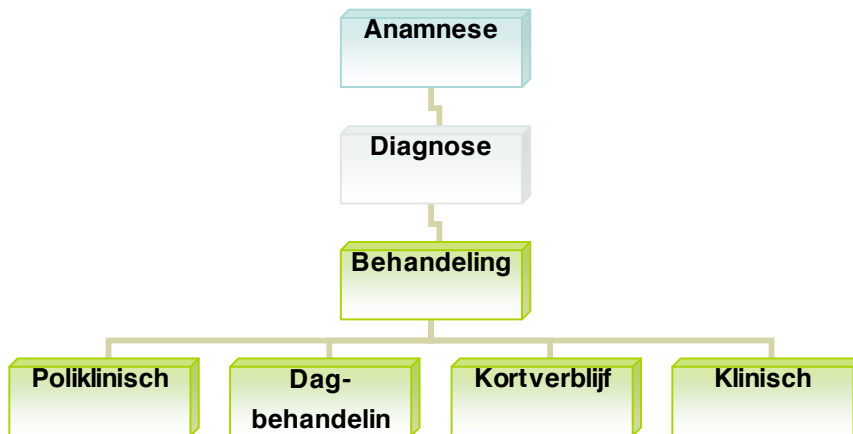
Voor het kortverblijf is nog geen algemeen geldende definitie. In het VUmc gebruikt men de volgende omschrijving voor de kortverblijfsafdeling:

Kortverblijf	Afdeling waar patiënten terecht kunnen die voorspelbare specialistische zorg nodig hebben en die niet langer dan vier nachten opgenomen zijn
---------------------	--

De visie van de NVDK is dat het hierbij vooral gaat om planbare electieve patiëntenzorg.

3.2 Dagbehandeling – Snijdende specialismen

Iedere patiënt van een snijdend specialisme doorloopt in grote lijnen hetzelfde proces. De specialist voert de anamnese uit, stelt een diagnose en besluit welke behandeling ingezet wordt. Sommige patiënten worden poliklinisch behandeld, voor anderen is een opname in het ziekenhuis noodzakelijk. De onderstaande figuur illustreert deze stappen en keuzes in het proces.

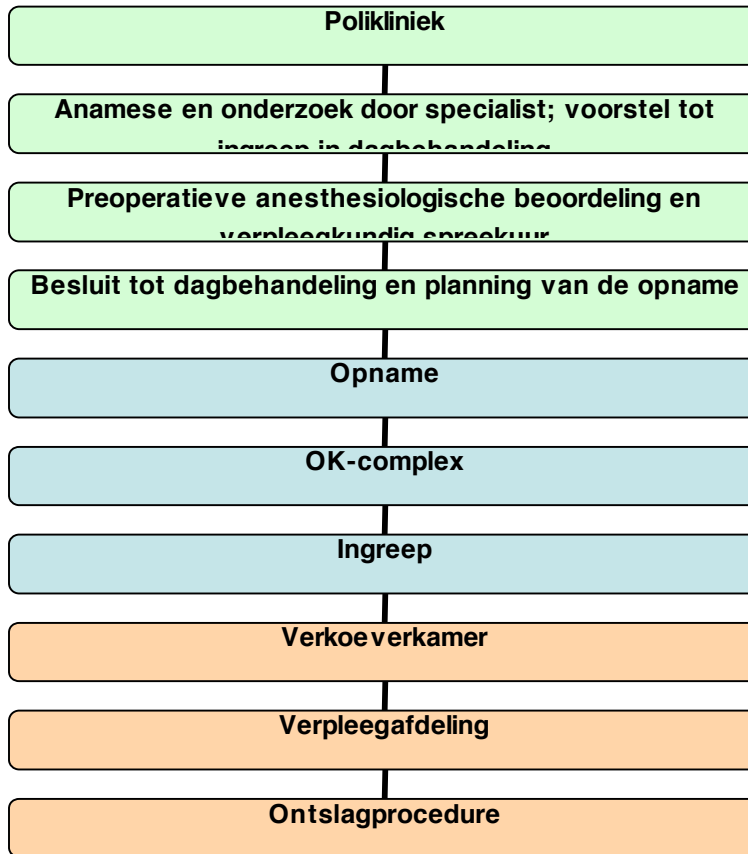


Figuur 2 Patiëntenstromen binnen ziekenhuisorganisatie (schematisch)

Of een patiënt in dagbehandeling behandeld kan worden, hangt af van een drietal factoren:

Ingreep/ technologie	De combinatie van chirurgische en anesthesiologische technieken moet het mogelijk maken de ingreep in dagbehandeling uit te voeren. Daarbij wordt onder andere gekeken naar wat de psychische en fysieke uitwerking van de ingreep is op de patiënt en wat de mogelijke chirurgische en anesthesiologische complicaties zijn
Conditie patiënt	Bestaat er een grote kans op complicaties bij de patiënt, dan wordt deze bij voorkeur niet in dagbehandeling behandeld. Naast de fysieke status van de patiënt spelen bij de beoordeling van de conditie van de patiënt ook de psychosociale factoren een rol
Nazorg	De dagbehandelingsafdeling is niet toegerust voor het verlenen van intensieve en langdurige verzorging aan patiënten. Het merendeel van de verzorging van de patiënt vindt plaats in de thuissituatie. Bij het besluit om een patiënt al dan niet in dagbehandeling te behandelen speelt dan ook de aanwezigheid van voldoende mantelzorg een grote rol.

De dagbehandeling onderscheidt zich van de klinische behandeling door de duur van het proces. Zowel in het pre- als postoperatieve traject volgen de processtappen elkaar sneller op dan in de klinische zorg. De patiënt wordt immers op dezelfde dag opgenomen, behandeld en ontslagen. Dit vergt een goede beheersing van het zorgproces door de betreffende dagbehandelingssafdeling. Dit komt ook tot uiting in de NEN-norm voor dagbehandeling¹. Daarin is onder andere per processtap (zie Figuur 3) uiteengezet aan welke eisen voldaan moet worden om kwalitatief goede zorg te verlenen. De NVDK heeft een belangrijke bijdrage geleverd aan de ontwikkeling van deze norm.



Figuur 3 Zorgproces Dagbehandeling (groen=pre-operatief zorgproces, blauw=per-operatief zorgproces, oranje=postoperatief zorgproces)

3.3 Dagbehandeling – Niet-snijdende specialismen

Naast de patiënten van de snijdende specialismen, komen op de dagbehandelingsafdelingen ook een groot aantal patiënten van niet-snijdende specialismen. Daarbij kan gedacht worden aan oncologiepatiënten voor chemokuur in dagbehandeling, patiënten voor pijnblokkades door de anesthesioloog of patiënten die bewaakt worden na een endoscopisch onderzoek. De aard van het verblijf van patiënten van de niet-snijdende specialismen is meer divers dan van de snijdende specialismen. Grofweg zijn er drie groepen te onderscheiden:

- | | |
|---|---|
| 1. Toediening medicatie (infuus) | o.a. prenisolonkuur bij MS, toediening Remicade |
| 2. Diagnostische verrichtingen | bij reumapatiënten, toediening chemokuren etc. Tia-analyse, beenmerg- en botpuncties, endoscopieën, sneldiagnostiek etc. |
| 3. Therapeutische verrichtingen | hartcatheterisatie, fotodynamische therapie (PDT), blaasspoelingen, oesophagus dilatatie, pijnbestrijding, bloedtransfusie etc. |

Bovenstaande indeling is niet uitputtend en kent in de praktijk een zekere overlap, maar geeft wel goed aan hoe divers de patiëntenpopulatie is binnen de niet-snijdende dagbehandelingen. Deze diversiteit kan de planning en logistiek op de afdeling sterk compliceren. Vaak krijgen dan ook bepaalde patiëntengroepen specifieke ruimtes binnen de afdeling met eigen personeel en bedden toegewezen. Een goed voorbeeld daarvan zijn de veelal aparte ruimtes voor oncologiepatiënten.

Voor de niet-snijdende dagbehandelingen is geen specifieke norm opgesteld.

3.4 Kinderen en dagbehandeling/kortverblijf

Kinderen vormen een speciale groep binnen de dagbehandeling, met specifieke noden en wensen. Al sinds de jaren '80 vraagt de Landelijke Vereniging Kind & Ziekenhuis aandacht voor de positie van kinderen bij dagbehandelingⁱⁱ. De vereniging hanteert een aantal criteria waaraan een ziekenhuis moet voldoen om het predicaat 'kindgericht' (smiley) te ontvangenⁱⁱⁱ.

Open bezoek	Ouders kunnen de gehele tijd bij het kind blijven
Inleiding anesthesie	Ouders kunnen aanwezig zijn bij het inleiden van de narcose
Ontwaken na anesthesie	Ouders kunnen aanwezig zijn bij het ontwaken uit de narcose
Kinderverpleegkundigen	Kinderen worden verpleegd door kinderverpleegkundigen
Kinderafdeling	Er is een kinderafdeling in het ziekenhuis
Anesthesiepreekuur	Ouders en kind worden vóór de opnamedag gezien door een anesthesioloog
Info rechten kind-ouders	Ouders ontvangen schriftelijke informatie met betrekking tot de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO)
Info nuchter zijn	Ouders ontvangen schriftelijke informatie over het nuchter zijn van hun kind (positieve score indien kind tot twee uur voor de ingreep nog heldere vloeistoffen mag drinken)
Info pijnbestrijding	Ouders ontvangen schriftelijke instructies over de pijnbestrijding

Bij het opstellen van de NEN-norm voor chirurgische dagbehandeling heeft een afvaardiging van de Landelijke Vereniging Kind en Ziekenhuis aandacht voor deze punten gevraagd. Aspecten die zij van belang achtten en die opgenomen zijn in de NEN-norm, zijn het gescheiden verplegen van kinderen en volwassenen, de aanwezigheid van een kinderverpleegkundige op de afdeling,

specifieke aandacht voor pijnbestrijding bij kinderen, aanwezigheid van de ouders bij inleiden en ontwaken en het slim omgaan met de vereiste nuchterheid. Inmiddels vindt reeds 50% van alle dagbehandelingen bij kinderen plaats op een kinderafdeling. Om de kwaliteit van dagbehandelingen voor kinderen nog verder te verbeteren voert Kind en Ziekenhuis op uitnodiging van ziekenhuizen regelmatig kwaliteitstoetsingen uit op bovenstaande punten. Daarnaast werkt zij samen met een aantal zorgverzekeraars. Tabel 1 laat de belangrijkste diagnoses bij kinderen in dagbehandeling zien.

Tabel 1 Top tien van diagnoses: gebruik van dagopnamen bij kinderen in 2005 incl percentage van het totaal
 Bookmark not defined.

Top 10 dagopnamen bij kinderen naar diagnose	
1	Tonsillen en adenoïd aandoeningen (22%)
2	Oorziekten (20%)
3	Overige contacten gezondheidszorg (7%)
4	Speciale (na)zorg (5%)
5	Congenitale afwijkingen (4%)
6	Afwijkende bevindingen e.d. (4%)
7	Mondh., speekselklieren, kaken (3%)
8	Aandoening mannelijke geslachtsorganen (3%)
9	Symptomen (3%)
10	Maligne neoplasmata (3%)

3.5 Ontwikkelingen

Sinds de opkomst in de jaren '70 van de vorige eeuw, heeft de dagbehandeling in Nederland een grote vlucht genomen als substituuat voor klinische opname. Vooral de laatste jaren is een sterke toename van het aandeel dagbehandelingen waarneembaar: de gemiddelde groei over de periode 2000-2005 is 9,2% voor de algemene ziekenhuizen en 19,0% voor de academische ziekenhuizen. Deze groei gaat gepaard met een daling van de verpleegduur: onderzoek van Roland Berger laat zien dat de verpleegduur in Nederland afgenomen is van 8,3 dagen in 2000 naar 7,2 dagen in 2003^{iv}. De daling in de klinische behandeling wordt vooral veroorzaakt door de stijging in de (chirurgische) dagbehandeling. Dit is mogelijk geworden door ontwikkelingen op een drietal vlakken:

Medisch De ontwikkeling van nieuwe, minder belastende chirurgische en anesthesiologische technieken en instrumenten. Ook nieuwe geneesmiddelbehandelingen hebben bijgedragen aan kortere ziekenhuisverblijven.

Organisatorisch Ziekenhuizen hebben uit het oogpunt van kostenbeheersing verschillende organisatorische hervormingen uitgevoerd, waarbij vaak

substitutie van klinische behandeling door dagbehandeling heeft plaatsgevonden

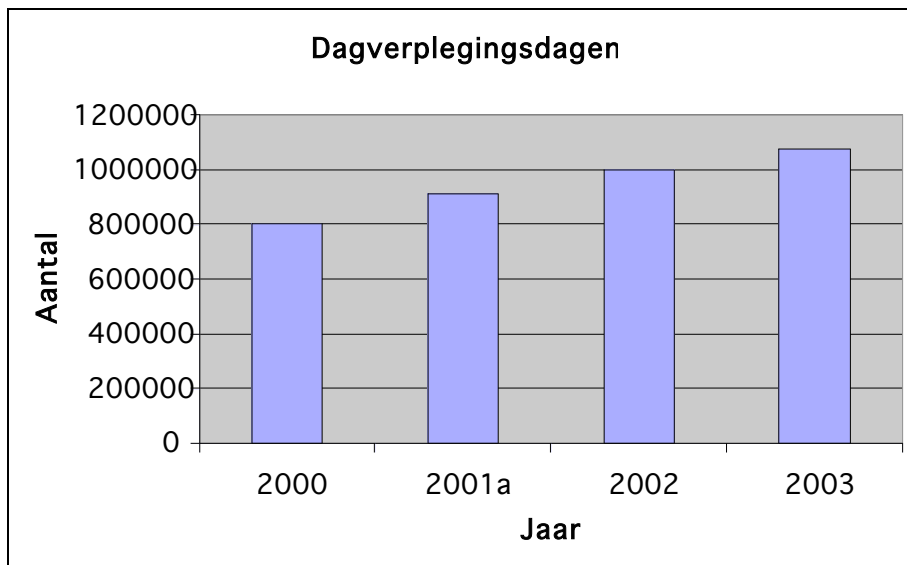
Overheid

Naast de focus op kostenbeheersing, voert de overheid het beleid om de gezondheidszorg verder te extramuraliseren^v. Dagbehandeling past goed in dit beleid, daar een groot deel van de nazorg niet meer in het ziekenhuis maar bij de patiënt thuis plaatsvindt.

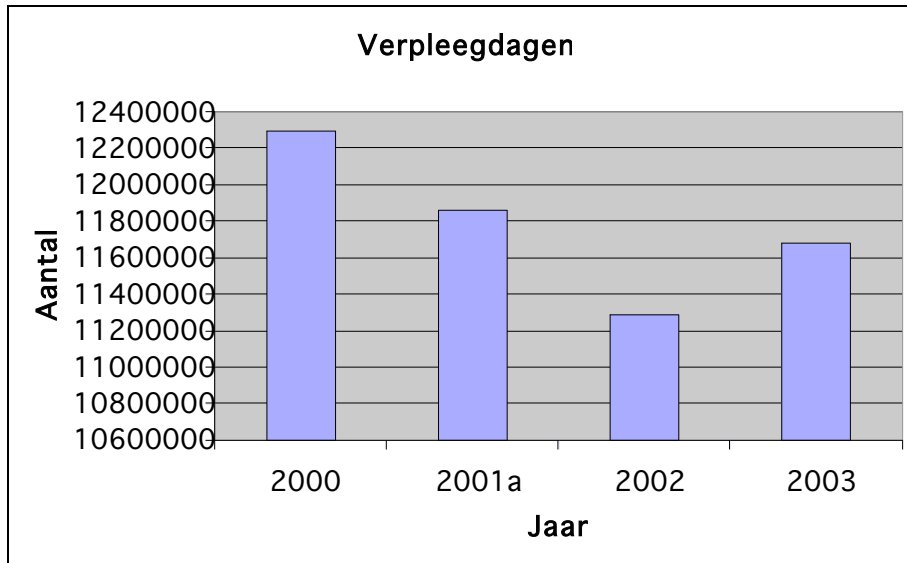
Hoewel er geen echt vergelijkbare internationale data aanwezig is, wordt ook in veel andere landen binnen Europa een toename van het aantal dagopnames gecombineerd met een daling van de gemiddelde verpleegduur. Wel zijn er belangrijke verschillen in verpleegduur tussen de landen in Europa: zo verblijven patiënten in Duitsland bijna twee keer zo lang in het ziekenhuis als patiënten in het Verenigd Koninkrijk^{vi}. De oorzaak hiervoor lijkt te liggen in verschillen in de structuur van de gezondheidszorg: in Duitsland vormt die structuur een belangrijk obstakel bij het overhevelen van behandelingen van de klinische zorg naar de dagbehandeling.

In de Verenigde Staten wordt momenteel 60% van de electieve chirurgie uitgevoerd in dagbehandeling. Experts verwachten dat dit percentage zal groeien naar 75% in de komende tien jaar. Recentelijk worden namelijk ook patiënten met meer complexe gezondheidsproblemen in dagbehandeling behandeld. Dit komt mede door de sterke uitbreiding van de variëteit en de complexiteit van de chirurgische ingrepen die in dagbehandeling uitgevoerd kunnen worden.

De toename van het aantal dagbehandelingen in samenhang met de afname van het aantal verpleegdagen komt tot uiting in de cijfers van het Nationaal Kompas Volksgezondheid (zie Figuur 4 en Figuur 5).



Figuur 4 Ontwikkeling van het aantal dagverplegingsdagen in algemene en academische ziekenhuizen (2000-2003)^v
(a: De cijfers over 2001 zijn schattingen vooraf; deze zijn waar mogelijk aangepast aan de hand van recente gegevens)



Figuur 5 Ontwikkeling van het aantal verpleegdagen in algemene en academische ziekenhuizen (2000-2003)
 Bookmark not defined.

(a: De cijfers over 2001 zijn schattingen vooraf; deze zijn waar mogelijk aangepast aan de hand van recente gegevens)

Onderstaande tabel geeft de cijfers uit bovenstaande grafieken weer, uitgesplitst naar de algemene en academische ziekenhuizen. De laatste kolom geeft de gemiddelde jaarlijkse groei weer. Vooral de academische ziekenhuizen laten een sterke groei zien van het aantal dagopnamen (zie Tabel 2).

Tabel 2 Aantal verpleegdagen, dagverplegingsdagen^{vii},

Algemene ziekenhuizen	2000	2001^a	2002	2003	Gem.jr.gr.
Verpleegdagen	10.516.610	10.092.070	9.626.539	9.953.131	-1.8%
Dagverplegingsdagen	727.100	817.700	888.257	946.729	9.2%
Academische ziekenhuizen	2000	2001^a	2002	2003	Gem.jr.gr.
Verpleegdagen	1.782.695	1.772.894	1.661.975	1.731.470	-1.0%
Dagverplegingsdagen	75.585	93.540	112.149	127.258	19.0%

^a De cijfers over 2001 zijn schattingen vooraf; deze zijn waar mogelijk aangepast aan de hand van recente gegevens

Tabel 3 geeft de top 10 weer van het gebruik van dagopnamen per specialisme in 2003, 2004 en 2005. Opvallend is dat de top 6 vrij stabiel is. Alleen de Keel-, Neus- en Oorheelkunde en Algemene Chirurgie zijn tussen 2003 en 2004 van plek gewisseld. De onderste regionen laten wat meer wisselingen zien.

Tabel 3 Top tien van medisch specialismen: gebruik van dagopnamen in algemene ziekenhuizen in 2003, 2004 en 2005^{viii}

<i>Top tien dagopnamen naar medisch specialisme</i>		
<i>2005</i>	<i>2004</i>	<i>2003</i>
1 Inwendige geneeskunde	1 Inwendige geneeskunde	1 Inwendige geneeskunde
2 Oogheelkunde	2 Oogheelkunde	2 Oogheelkunde
3 Chirurgie, algemeen	3 Chirurgie	3 KNO-Heelkunde
4 KNO-Heelkunde	4 KNO-Heelkunde	4 Chirurgie
5 Orthopedie	5 Orthopedie	5 Orthopedie
6 Verloskunde/ Gynaecologie	6 Verloskunde/ Gynaecologie	6 Verloskunde/ Gynaecologie
7 Gastro-enterologie	7 Gastro-enterologie	7 Urologie
8 Cardiologie	8 Anesthesiologie	8 Anesthesiologie
9 Anesthesiologie	9 Urologie	9 Cardiologie
10 Urologie	10 Cardiologie	10 Gastro-enterologie

Tabel 4 laat de top 10 van het aantal dagopnamen naar diagnose zien. Het merendeel van de dagopnames vindt plaats vanwege een cataractoperatie (ongeveer 8% van het landelijke totaal). Daarnaast zien we in de top 5 drie betrekkelijk 'vage' diagnoses: *Overige niet gespecificeerde nazorg*, *Speciale onderzoeken*, *Overige slecht omschreven/onbekende oorzaken ziekte en sterfte*.

Tabel 4 Top tien van diagnoses: gebruik van dagopnamen in algemene ziekenhuizen in 2005^{viii}

Top 10 dagopnamen naar diagnose	
1	Cataract
2	Overige en niet gespecificeerde nazorg
3	Speciale onderzoeken
4	Dérangement interne van knie
5	Overig
6	Chronische ziekten van tonsillen en adenoïd
7	Niet-etterige otitis media en aandoeningen tuba Eustachii
8	Overige en niet gespecificeerde aandoeningen van rug
9	Mononeuritis bovenste extremiteit en mononeuritis multiplex
10	Hart dysrithmieën

4. Speerpunten 2007-2010

Er zijn vele ontwikkelingen gaande die maken dat de dagbehandeling een grote vlucht heeft genomen en ook in de toekomst zal nemen. Zowel bij patiënten, ziekenhuisorganisaties als zorgverzekeraars heeft het fenomeen dagbehandeling de (positieve) aandacht. Dit kan zijn vanuit het oogpunt van welzijn en kwaliteit, vanuit kostenbeheersing of vanuit efficiëntieverbetering. Naast bovengenoemde partijen spelen ook de brancheorganisaties, patiëntenorganisaties, wetenschappelijke verenigingen en het ministerie van VWS een rol in het bevorderen van (de kwaliteit van) dagbehandelingen.

De NVDK heeft voor de komende jaren een drietal speerpunten benoemd:



Voor elk van deze speerpunten zijn activiteiten geformuleerd. Dit is gedaan aan de hand van o.a. interviews met leden van de NVDK.

In de volgende paragrafen wordt uiteengezet welke activiteiten de NVDK moet ontplooiën om temidden van bovengenoemde spelers en de veranderende omgeving de komende jaren een prominente rol op te kunnen eisen en haar speerpunten gestalte te geven.

4.1 Speerpunt 1 – Benoemen & ontwikkelen goede zorg

De activiteiten die de NVDK wil ontplooiën op het gebied van het benoemen en ontwikkelen van kwalitatief goede patiëntenzorg in dagbehandeling en kortverblijf, zijn de volgende:

Activiteiten	Doelgroep	Mogelijke partners
(Door)ontwikkelen van prestatie-indicatoren voor de dagbehandeling, update NEN-norm Aandachtspunten: Kinderen en Niet-snijdende dagbehandelingen	Medisch specialisten Verpleegkundigen Management	CBO, IGZ, patiëntenverenigingen (Kind en Ziekenhuis), NEN, beroepsverenigingen, wetenschappelijke verenigingen
Onderzoeken visie van de patiënt op kwaliteit (o.a. www.patientervaring.nl)	Patiënten, management, medisch specialisten, verpleegkundigen	CBO, NPCF, patiëntenverenigingen (Kind en Ziekenhuis)
Ontwikkelen beslismodel waarin kosten, baten en kwaliteit tegen elkaar afgezet worden voor management en specialisten: wat kan er in dagbehandeling & onder welke condities? Wat in ZBC's zowel binnen als buiten eigen ziekenhuis?	Medisch specialisten Management	Adviesbureau, VWS, zorgverzekeraars
Formuleren opleidingseisen & competenties	Medisch specialisten en verpleegkundigen	WV-en, beroepsverenigingen, onderwijsinstanties

4.2 Speerpunt 2 – Uitdragen goede zorg

De activiteiten die de NVDK wil ontplooiën op het gebied van het uitdragen van kwalitatief goede patiëntenzorg in dagbehandeling en kortverblijf, zijn de volgende:

Activiteiten	Doelgroep	Mogelijke partners
Bestaande Best Practices belonen en bekend maken <ul style="list-style-type: none"> ♣ Goede punten communiceren ♣ 'Open dag' organiseren 	Afdelingen dagbehandeling, leden	Kwaliteitsinstellingen (CBO)
NEN-norm presenteren als ruggesgraat voor kwalitatief goede dagbehandeling <ul style="list-style-type: none"> ♣ Uiteindelijk NVDK-norm als 'merk' in de markt zetten 	NVDK-leden, wetenschappelijke verenigingen, beroepsverenigingen, VWS, zorgverzekeraars	NEN, kwaliteitsinstellingen

Participatie bij congressen: <ul style="list-style-type: none"> ♣ Wetenschappelijke verenigingen ♣ Huisartsen ♣ Verpleegkundigen ♣ Specifieke doelgroepen Stimuleren regiobijeenkomsten NVDK-congres	Leden en niet-leden	Zusterverenigingen buitenland
Voorstel tot uitbreiding prestatie-indicatoren	Management, medisch specialisten, verpleegkundigen, patiënten	CBO, IGZ, patiëntenverenigingen, wetenschappelijke verenigingen, beroepsverenigingen
Opbouwen contacten met privé-klinieken (ZBC's)	Zorgverleners	ZN, IGZ
Communicatie over kwaliteit: <ul style="list-style-type: none"> ♣ Nieuwsberichten op website ♣ Kortom ♣ Reacties op gebeurtenissen in media ♣ Artikelen in vakbladen, verenigingsbladen 	Zorgverleners, patiënten, publiek	ZN, NVZ, NFU
Participatie in onderwijs t.b.v. dagverpleging/kortverblijf	Zorgverleners	Onderwijsinstellingen

4.3 Speerpunt 3 – Toetsen zorg in dagbehandeling

De activiteiten die de NVDK wil ontplooiën op het gebied van het toetsen van de patiëntenzorg in dagbehandeling en kortverblijf, zijn de volgende:

Activiteiten	Doelgroep	Mogelijke partners
Opzetten & professionaliseren NVDK- kwaliteitssysteem voor dagbehandeling, met als onderdelen: <ul style="list-style-type: none"> ♣ NEN-norm is basis ♣ Benchmark met patiëntervaringen & resultaten o.b.v. 	Beroepsverenigingen, wetenschappelijke verenigingen, ZN, IGZ, NVZ, NFU, zorgverleners	Patiënten-Verenigingen, kwaliteitsinstituten, ZN, NVZ, NFU, IGZ

<prestatie-indicatoren <ul="" style="list-style-type: none; padding-left: 0;"> ♣ Uitvoeren audits door multidisciplinaire teams ♣ Toewerken naar NVDK-keurmerk voor dagbehandeling/kortverblijf </prestatie-indicatoren>		
--	--	--

Getracht moet worden dit kwaliteitssysteem dé standaard te laten zijn voor goede dagbehandelingszorg. Dit zodat op termijn toegegroeid kan worden naar het ‘NVDK-keurmerk’ voor dagbehandeling. Idealiter contracteren verzekeraars in de toekomst alleen nog maar dagbehandelingen die het NVDK-keurmerk hebben.

4.4 NVDK – Het Fundament

De bovengenoemde speerpunten kunnen door de NVDK niet zonder meer nagestreefd worden. Het vergt veel tijd, energie en inzet van de vereniging, het bestuur en de leden. Derhalve wordt in deze laatste paragraaf aandacht besteed aan de activiteiten die intern ondernomen moeten worden om een stevige basis te leggen voor de toekomstige ontwikkelingen.

De belangrijkste pijler onder het fundament waarop de NVDK gebouwd is, is het multidisciplinaire ledenbestand. De leden vertegenwoordigen alle relevante groepen binnen het proces dagbehandeling: medisch specialisten, verpleegkundigen, medewerkers en managers. De NVDK neemt echter de ontwikkeling waar dat het moeilijker wordt bepaalde (groepen) leden blijvend te interesseren voor de vereniging. Hierin schuilt dan ook een van de belangrijkste interne uitdagingen:

Het binden & boeien van de leden

De NVDK moet bewust meerwaarde creëren voor haar (groepen) leden. Wat interesseert hen en wat kan de vereniging daarin bieden?

De NVDK wil de betrokkenheid van haar leden stimuleren en nieuwe leden werven door haar zichtbaarheid binnen de beroepsgroepen te vergroten. Dit betekent dat de NVDK de contacten met bijvoorbeeld de wetenschappelijke verenigingen moet aanhalen en vaker op congressen wil spreken. Verder moeten de NVDK bij het ontwikkelen van instrumenten en modellen voor ogen houden dat het haar doel is daarmee de professionals goed te bedienen. De wens van de professional is leidend. Het is raadzaam dat de vereniging ook stilstaat bij groepen die nu minder sterk vertegenwoordigd zijn, maar wel een belangrijke meerwaarde kunnen hebben voor de vereniging.

Een andere uitdaging waarvoor de NVDK staat is zich te ontwikkelen tot een gesprekspartner voor de belangrijke spelers in het veld.

Gesprekspartner

Er is een aantal organisaties dat de NVDK door hun kennis, ervaring, invloed en soms financiële ondersteuning kan helpen in het bereiken van haar doelen. Daarbij valt te denken aan brancheorganisaties als ZN, LHV en NVZ, NFU, NPCF en de overheid. Het is zaak de NVDK bij deze organisaties onder de aandacht te brengen en te positioneren als waardevolle gesprekspartner.

Een punt dat hiermee samenhangt, is de profilering van de NVDK.

Profilering

Een van de manieren om de NVDK onder de aandacht te brengen bij externe partijen is door regelmatig van zich te laten horen. Dit kan zijn in de vorm van artikelen in vakbladen, verenigingsbladen of door reacties te geven op gebeurtenissen in de pers. Hieraan moet wel een communicatieplan ten grondslag liggen: welke onderwerpen willen de NVDK onder de aandacht brengen, bij wie en met welke frequentie. Zorgvuldigheid is van groot belang, want de communicatie bepaalt immers het beeld dat de buitenwereld van de vereniging krijgt. Bovendien helpt het communicatieplan de werkzaamheden te structureren en te verdelen over de verschillende (bestuurs)leden. Door van tevoren na te denken over de boodschap die de NVDK wil versturen, wordt het mogelijk te anticiperen in plaats van slechts te reageren.

Net als iedere andere vereniging heeft de NVDK geld nodig om haar activiteiten te kunnen ontplooiën. Momenteel komen de inkomsten voornamelijk uit de contributie en het jaarlijkse NVDK-congres. Er wordt gezocht naar alternatieve financiële bronnen.

Financiële bronnen

Naast de eerder genoemde financiële ondersteuning van organisaties als de zorgverzekeraars of overheid, zijn er ook alternatieve inkomstenbronnen mogelijk. Vooral de verdere professionalisering van het interne kwaliteitssysteem bevat mogelijkheden daartoe.

Door zich bewust te zijn van de genoemde uitdagingen, en er vervolgens gericht actie op te ondernemen, legt de NVDK de juiste basis voor de toekomstplannen en doorontwikkeling van de vereniging.

5. Planning en uitvoering projecten

Fasering activiteiten NVDK

		2007	2008	2009	2010
Vereniging					
1	Binden & boeien				
2	Gesprekspartner				
3	Profilering				
4	Financiële bronnen				
Ontwikkelen & Benoemen					
1	Prestatieindicatoren				
2	Visie patient op kwaliteit				
3	Beslismodel kosten & baten dagbehandeling				
4	Opleidingseisen en competenties				
Uitdragen					
1	Best practices				
2	NEN-norm --> NVDK norm				
3	Spreken op congressen				
4	Voorstel prestatie-indicatoren				
5	Prive-klinieken				
6	Communicatie				
Toetsen					
1	NVDK-kwaliteitsysteem				

Bijlage: Literatuurlijst

- ⁱ NEN 7500:2006 Het zorgproces dagbehandeling bij chirurgische ingrepen, oktober 2006
- ⁱⁱ *Kind en Ziekenhuis*, Landelijke Vereniging Kind en Ziekenhuis, december 2002
- ⁱⁱⁱ Landelijke Vereniging Kind en Ziekenhuis (www.kindenziekenhuis.nl), geraadpleegd juni 2007
- ^{iv} *The calm before the storm*, Anshu Gupta, Ronald Berger, 2005
- ^v Nationaal Kompas Volksgezondheid (www.nationaalkompas.nl), 2006
- ^{vi} European observatory on health care systems, 2002
- ^{vii} Prismant/Enquête Jaarcijfers Ziekenhuizen & Jaarcijfers Academische Ziekenhuizen, 2007
- ^{viii} Prismant Ziekenhuisstatistieken (www.Prismant.nl), geraadpleegd maart-mei 2007