

Meerjarenbeleid NVDK 2017-2022



December 2016

Voorwoord

De NVDK heeft zich de afgelopen maanden verdiept in de kansen en mogelijkheden die er zijn voor de vereniging en dan vooral wat de meerwaarde voor haar leden kan zijn in de toekomst. Het concept 'dagbehandeling' is overal bekend en de verbeteringen binnen dat concept zijn vaak nog kleine stappen die lokaal worden ingevuld. Om een zinvolle rol te blijven vervullen heeft de NVDK een strategische verkenning laten uitvoeren door het adviesbureau van Monica Grasveld. De opdracht luidde: *Het uitvoeren van een marktonderzoek met als doel herijking van de missie en doelstelling van de Nederlandse Vereniging voor Dagbehandeling en Kort verblijf.*

De werkwijze bestond uit: eerste gesprekken met het bestuur van de NVDK, interviews met relevante belanghebbenden (ziekenhuisbestuurders, verzekeraars, beroepsverenigingen, 1^e lijn, etc.), toetsen van de uitkomsten met het bestuur en vervolgens een enquête onder haar leden.

De uitkomsten van het onderzoek zijn vervolgens samengevat in enkele onderdelen, die weer zijn gebruikt voor het schrijven van het beleidsplan voor de komende jaren. Deze onderdelen zijn de denkbare rollen voor de NVDK (innovator, vertegenwoordiger, expert en verbindende schakel). Vanuit deze denkbare rollen zijn we nu een selectie aan het maken om te komen tot een nieuwe koers van de vereniging. Paar onderdelen die ik vast kan vertellen zijn:

1. website opschonen en vernieuwen
2. periodieke digitale nieuwsbrief voor haar leden
3. aansluiten bij de NVZ als gesprekspartner
4. Regiovertegenwoordigers benutten bij inhoudelijke vragen van de leden

Het beleidsplan is opgesteld aan de hand van de beleidsvoornemens van het bestuur en de wensen vanuit individuele leden. Het bestuur van de NVDK kijkt met enthousiasme en vertrouwen naar de toekomst. Van belang is dat het ledenaantal gestaag blijft groeien, want zonder leden kan de vereniging niet blijven bestaan. Daarnaast zijn de leden ook nodig om de vele ambities uit dit beleidsplan te realiseren.

M. Verveer
Voorzitter NVDK

Inhoudsopgave

Afkortingen	4
Samenvatting	5
1. Inleiding	6
2. Vereniging	7
2.1 Historie en nu	7
2.2 Missie en visie	7
2.3 Leden en netwerk.....	8
3. Dagbehandeling en kort verblijf	9
3.1 Definitie	9
3.2 Ontwikkelingen	10
3.3 Toekomst.....	11
3.4 Cijfers.....	12
3.5 Anesthesie	14
3.6 De rol van de eerste lijn.....	15
4. Contouren meerjarenbeleid	16
4.1 Beleidsterreinen	16
Rol: Verbindende schakel	16
Rol: Expert	17
Rol: Vertegenwoordiger	20
Rol: Innovator.....	20
4.2 Speerpunten 2017-2022.....	21
5. Planning en uitvoering projecten	22
Bijlage 1	23

Afkortingen

CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
FAQ	Frequently asked questions
IAAS	International Association for Ambulatory Surgery
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
LBZ	Landelijke basisregistratie ziekenhuizen
NEN	Nederlandse Norm
NVDK	Nederlandse Vereniging voor Dagbehandeling en Kortverblijf
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OK	operatiekamer
OVA	Overige algemene ziekenhuizen
POK	poliklinische operatiekamer
SAZ	Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen
STZ	Samenwerkende Topklinische (opleidings-) Ziekenhuizen
UMC	Universitair Medisch Centrum
ZBC	zelfstandig behandel centrum

Samenvatting

Het beleidsplan van de Nederlandse Vereniging voor Dagbehandeling en Kortverblijf beslaat de periode 2017-2022. Er is gekozen voor een vijfjarig beleidsplan dat jaarlijks zal worden voorzien van een update. Het beleidsplan beschrijft de context waarbinnen de NVDK zich begeeft, haar missie en strategie. De focus van de NVDK is het doorontwikkelen van kwalitatief hoogwaardige patiëntenzorg in dagbehandeling en kortverblijf. Het beleidsplan beschrijft de trends en ontwikkelingen waarmee de afdelingen dagbehandeling en kortverblijf te maken hebben.

De speerpunten voor de komende beleidsperiode zijn onder te verdelen in interne- en externe ambities. Onder interne ambities vallen informeren van leden, diversiteit vereniging vergroten, professionaliseren vereniging en expertise inzetten. De externe ambities omvatten het profileren van de NVDK en samenwerken met (beroeps)verenigingen en federaties.

Een centraal element in het werk van de vereniging is het streven om een platform aan te bieden voor haar leden en andere geïnteresseerde professionals. Dit platform zal met behulp van social media worden ingericht. Daarnaast is de vereniging voornemens om meer te netwerken. Niet alleen de vereniging zal connecties zoeken met andere partijen, ook instellingen zullen meer gaan netwerken. De samenwerking tussen instellingen zal moeten worden gezocht om best practices te ontwikkelen.

1. Inleiding

Gezien de vele ontwikkelingen in het veld van de gezondheidszorg is er gekozen om een beleidsplan te maken voor vijf jaar, dat jaarlijks zal worden voorzien van een update. Dit beleidsplan geeft richting aan de activiteiten van de NVDK voor de periode van 2017-2022.

Het beleidsplan is opgesteld aan de hand van de beleidsvoornemens van het bestuur, welke grotendeels zijn voortgekomen uit de resultaten van het verdiepende onderzoek van Grasveld Advies, de uitkomsten van de enquête 'strategische verkenning van de NVDK' onder leden en de brainstormsessie gehouden op het jaarcongres 2015. Het bestuur van de NVDK kijkt met enthousiasme en vertrouwen uit naar de toekomst. Van belang is dat de betrokkenheid van leden gestimuleerd wordt. Zonder de betrokkenheid van leden kunnen vele ambities uit dit beleidsplan niet gerealiseerd worden.

In het eerste hoofdstuk wordt de vereniging beschreven. Binnen dit hoofdstuk wordt aandacht besteed aan de oprichting, de leden en de doelstelling. Vervolgens passeren de belangrijkste ontwikkelingen en definities de revue. Hoofdstuk drie omvat de contouren van het meerjarenbeleid. Hierin zullen de speerpunten van de NVDK worden benadrukt. Het geheel zal worden afgesloten met een planning waarin de activiteiten zullen worden uitgezet tussen 2017 en 2022.

2. Vereniging

De Nederlandse Vereniging voor Dagbehandeling en Kortverblijf is een multidisciplinair landelijk aanspreekpunt voor verpleegkundigen, medisch specialisten, wetenschappelijke verenigingen, management, patiëntenverenigingen, zorgverzekeraars, overheid en andere betrokkenen bij dagbehandeling en kort verblijf. De vereniging bestaat ruim twintig jaar. De NVDK heeft ten doel het bevorderen van dagbehandeling en kortverblijf opnamen in Nederland.

2.1 Historie en nu

De Nederlandse Vereniging voor Dagbehandeling en Kortverblijf (NVDK), opgericht in 1994, promoot en ontwikkelt kwalitatief goede zorg in dagbehandeling en kortverblijf. Zij doet dit vanuit de overtuiging dat behandelingen die binnen een dagopname of kort verblijf worden uitgevoerd grote voordelen hebben voor de patiënt en de ziekenhuisorganisatie. Tevens is de NVDK één van de medeoprichters van de International Association for Ambulatory Surgery (IAAS). De IAAS, opgericht in 1995, is de internationale koepelorganisatie van nationale verenigingen van dagbehandeling en dagchirurgie.

De NVDK is de vereniging voor verpleegkundigen, medisch specialisten, wetenschappelijke verenigingen, ziekenhuismanagement, patiëntenverenigingen, zorgverzekeraars, overheid en alle andere betrokkenen bij dagbehandeling en kortverblijf. Hieruit blijkt dat de vereniging zich niet specifiek toelegt op één doelgroep, maar een landelijk aanspreekpunt is.

Van oudsher ligt de focus van de NVDK vooral bij de kwaliteit van zorg. Echter, de laatste jaren is de scope verbreed naar ook logistiek en financiële aspecten van dagbehandeling en kortverblijf. Dit heeft mede te maken met de veranderende rollen van de overheid, patiënten(organisaties), verzekeraars en zorgaanbieders.

2.2 Missie en visie

De NVDK zet zich in voor de ontwikkelingen en de bevordering van kwalitatief hoogwaardige patiëntenzorg in dagbehandeling en kortverblijf. Zij bewerkstelligt deze doelstelling middels het vervullen van verschillende rollen:

1. verbindende schakel
 - platform initiëren voor kennisdeling
 - regiobijeenkomsten organiseren
 - jaarcongres
 - nieuwsbrief
2. expert
 - best practise
 - wetenschappelijk onderzoek initiëren
 - FAQ

3. vertegenwoordiger
 - netwerken
4. innovator
 - samenwerking andere verenigingen voor innovaties
 - EPD

2.3 Leden en netwerk

De NVDK heeft een multidisciplinaire samenstelling. 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.

Voor het jaar 2016 heeft de vereniging aan 70 instellingen een institutioneel lidmaatschap uitgegeven; zowel nationaal als internationaal. Bij een institutionele lidmaatschappen maken maximaal vier individuen gebruik van het lidmaatschap. Echter, het is niet duidelijk hoeveel leden van een dergelijk lidmaatschap gebruik maken. Wel is duidelijk dat Nederland 8 Universitair Medische Centra (UMC) en 83 algemene ziekenhuizen kent. 88% van de UMC's is lid van de NVDK. Het percentage deelnemende algemene ziekenhuizen aan de NVDK ligt ruim twintig procent lager (65%). De grootste winst valt te behalen bij de Samenwerkende Algemene ziekenhuizen (SAZ). Van deze groep is slechts vijftig procent lid van de NVDK. In de categorie 'overig' zijn onder andere klinieken en internationale ziekenhuizen gebundeld.

	Aantal instellingen	Aantal institutionele lidmaatschappen	Percentage deelname NVDK
Algemene ziekenhuizen¹	83	52	65%
* Samenwerkende Algemene ziekenhuizen	40	20	50%
* Overige Algemene ziekenhuizen	18	12	67%
* Samenwerkende Topklinische ziekenhuizen	25	20	80%
UMC's	8	7	88%
Overig	~	11	

Tabel 1: instellingen en lidmaatschap NVDK

¹ In bijlage 1 is de verdeling van algemene ziekenhuizen en UMC's weergegeven.

3. Dagbehandeling en kort verblijf

Zowel in binnen- als buitenland is een veelvoud aan benamingen voor dagbehandeling ontstaan. Het blijkt in de praktijk lastig te zijn om eenzelfde terminologie te gebruiken. Hierdoor wordt vergelijking van dagchirurgische praktijken in verschillende landen bemoeilijkt. In dit hoofdstuk zal een uiteenzetting worden gepresenteerd van de definitie -, de ontwikkelingen - en de toekomst van dagbehandeling.

3.1 Definitie

In de praktijk blijkt dat gebruik wordt gemaakt van verschillende termen; dagbehandeling, short stay, kort verblijf, dagverpleging of dagopname. Ook internationaal is geen sprake van eenduidige terminologie; day surgery, day only surgery, same-day surgery, outpatient surgery, extended recovery of ambulatory surgery. Echter, er is sprake van een groot verschil tussen Nederlandse en internationale termen rondom dagbehandeling. In het buitenland gaat men uit van een behandeling binnen 24 uur, maar in Nederland gaat men er van uit dat niet hoeft te worden overnacht in het ziekenhuis. Dit betekent dat de patiënt op dezelfde dag wordt opgenomen, behandeld, verpleegd en ontslagen. Hierdoor hoeven geen avond-, nacht- en weekenddiensten te worden gedraaid, want de afdeling voor dagbehandeling is gesloten in de avond en het weekend.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) staat voor het belang van de burger. Zij bewaken dat de zorg betaalbaar blijft, de zorg beschikbaar is en de kwaliteit van zorg goed is. De NZa doet dit door behandelartieven en –omschrijvingen vast te stellen. Daarnaast houden zij toezicht op de zorgverzekeraars en –aanbieders. Jaarlijks wordt door de NZa het zorgpakket vastgesteld, waarin de omschrijvingen en tarieven van behandelingen worden opgenomen. De Nederlandse Zorgautoriteit heeft zich ook beraadden over dagbehandeling. De Raad van Bestuur van de NZa heeft voor 2016 getracht de definitie van dagverpleging scherper te definiëren. Echter, dit leverde veel kritiek op. De op dit moment geldende definitie luidt:

“Een aantal uren durende vorm van verpleging op een voor dagverpleging ingerichte afdeling, in het algemeen voorzienbaar en noodzakelijk in verband met het op dezelfde dag plaatsvinden van een medisch specialistisch(e) onderzoek of behandeling”.

Op basis van deze definitie mag men concluderen dat dagbehandeling plaatsvindt op een verpleegafdeling en minimaal twee uur duurt. Ook in het brancherapport (2015) van de NVZ wordt deze aanname gemaakt.

Internationaal is geen eenduidige definitie vastgesteld. De International Association for Ambulatory Surgery (IAAS) is van mening dat het noodzakelijk is om een lijst van basale definities met betrekking tot dagchirurgie op te stellen, teneinde het mogelijk te maken om gegevens te verzamelen voor de vergelijking van de dagchirurgische praktijk in de verschillende landen. Een veelvoud van benamingen is langzamerhand ontstaan waardoor verwarring wordt veroorzaakt en de vergelijking van de dagchirurgische praktijk in de verschillende landen bemoeilijkt wordt. Erkend wordt dat het moeilijk zal zijn definities op te

stellen die recht doen aan de klinische praktijk en het gezondheidszorgsysteem in ieder land. Daarom zijn de deelnemende landen van de IAAS uitgenodigd om de definities te vertalen, waarbij rekening wordt gehouden met de mogelijkheden binnen het eigen gezondheidssysteem. De definitie is terug te vinden in het artikel *Ambulatory (day) surgery, Suggested international terminology and definitions* van the International Association for Ambulatory Surgery.

De definitie van het concept 'chirurgische dagpatiënt' is wel internationaal aanvaard, namelijk *"A surgical day case is a patient who is admitted for investigation or operation on a planned non-resident basis and who none the less requires facilities for recover. The whole procedure should not require an overnight stay in a hospital bed."*

Hierbij gaat het om een patiënt waarbij vooraf is afgesproken dat hij/zij één dag in het ziekenhuis wordt opgenomen, een chirurgische ingreep ondergaat en dezelfde dag het ziekenhuis verlaat.

3.2 Ontwikkelingen

Dagbehandeling is niet nieuw. De basis voor dagbehandeling werd gelegd in het begin van de 20^{ste} eeuw door James Nicoll. Hij opereerde kinderen op basis van dagopname. Dit succes werd beschreven in *The British Medical Journal* in 1909. Ondanks deze erkenning bleef verdere ontwikkeling van dagopname beperkt. In de jaren '50 en '60 werden slechts enkele chirurgische ingrepen in dagopname uitgevoerd. Eind jaren '60 kwam meer aandacht voor dagopname. Verschillende instellingen openden een afdeling voor dagopnamen, al dan niet in samenwerking met een universiteit. Gedurende de jaren '70 en '80 werden steeds meer instellingen voor dagopnamen geopend, vooral in Canada, United Kingdom, United States of America en Australië. Daarnaast verschenen ook veel wetenschappelijke artikelen over de voordelen van de chirurgische dagopnamen. Dit succes resulteerde in de oprichting van de nationale- en internationale associaties, zoals IAAS.

In de afgelopen vijftig jaar is de ontwikkeling van dagbehandeling snel gegaan. Hiervoor zijn drie belangrijke factoren aan te wijzen:

1. veranderingen in de klinische praktijk
2. vooruitgang in technieken; zowel anesthesie- als chirurgische handelingen
3. kostenbeheersing

De duur van het verblijf na een ingreep is gestaag verminderd de afgelopen jaren. Dit is mede te danken aan de verbeterde herstelprogramma's die vervroegde mobilisatie aanmoedigen. De opnameduur kan verkort worden, omdat er geen bewijzen meer zijn voor oude gebruiken, zoals laxeren voor operaties en langdurige immobilisatie.

Daarnaast is ook een technologische vooruitgang geboekt. Chirurgische technieken werden minder invasief en de peri-operatieve anesthesiologische zorg verbeterde. Hierdoor is het mogelijk om een groeiend aantal procedures in dagbehandeling uit te voeren, waaronder ook steeds complexere ingrepen bij co-morbide patiënten. Dagbehandelingen worden verkozen boven reguliere behandelingen/opnamen, dit is een stimulans om verder in te zetten op dagbehandeling.

Tot slot worden zorginstellingen gedwongen de kosten te beheersen. In de jaren '70 en '80 moest een reductie van het aantal ziekenhuisbedden plaatsvinden. Hierdoor moest de zorg

efficiënter worden ingericht. Dit leidde tot een toename in dagopname en een verschuiving van klinische behandelingen naar poliklinische ingrepen.

Er is een gestage groei zichtbaar in de chirurgische dagbehandeling; van 37% in 1996 tot 49% in 2004. Deze stijging was het sterkst bij de populatie oudere patiënten, zo blijkt uit de cijfers (Prismant onderzoek cijfers tot 2004). Verdere analyses zijn niet uitgevoerd, omdat Prismant niet veel ziekenhuizen geen data meer aanleverden in verband met de verplichte DBC registratie. De mogelijkheid om meer chirurgische patiënten te behandelen met minder bedden resulteert in een hogere kosteneffectiviteit. Afhankelijk van de uitgevoerde procedure bedraagt de gemiddelde kostenbesparing tussen de 10% en 70% (Jarrett & Staniszewski, 2006²).

De omgeving rondom zorginstellingen is continu in beweging. Hierdoor moeten zorgprocessen en –activiteiten voortdurend worden aangepast. Op dit moment is een verschuiving gaande van ingrepen op de operatie kamer (OK) naar de poliklinische operatiekamer (POK), eerste lijn of zelfstandige behandelcentra (ZBC). Het gevolg is dat de verpleegafdelingen en -bedden leeg komen te staan, zo berichtte Skipr³ ons begin oktober 2015. Niet ieder ziekenhuis heeft te maken met leegstand, zolang de Demming-cyclus maar wordt doorlopen. Vaak blijven ziekenhuizen hangen in de do-act fase en werken niet met een integrale opnameplanning, constateerde Lievestro tijdens het achttiende jaarcongres van de NVDK.

3.3 Toekomst

De landelijke ontwikkelingen vragen ziekenhuizen vooruit te kijken, de krachten te bundelen door regionale samenwerking te zoeken met andere zorgpartijen en daarbij doelmatig te werk te gaan. Om de zorg betaalbaar te houden en de beste kwaliteit van zorg te kunnen leveren, kan niet alle zorg overal worden geboden. Ziekenhuizen zullen daarom zorg moeten gaan spreiden én concentreren.

De maatschappelijke acceptatie is een behoorlijke stimulans geweest voor de uitbreiding van dagbehandeling. De uitbreiding werd mogelijk gemaakt door ontwikkelingen in anesthesiologie en snijdende vakken. De dagbehandeling heeft invloed gekregen op de zorgprocessen, planningsmethodieken en vooral de bedrijfsvoering. Toegangstijden, wachttijden en doorlooptijden zijn zo kort mogelijk en de beschikbare capaciteiten zoals de behandelunits/operatiekamers, persoon en bedden worden maximaal bezet.

De kern van het ziekenhuis van de toekomst is een klinisch interventiecentrum; hightech, goed toegankelijk, maar altijd samen met kort verblijf verpleging. Doordat nu de zorgverzekeraars steeds meer invloed krijgen en bepaald hebben dat alle vormen van basiszorg niet meer in een academisch ziekenhuis horen, worden die zorgtaken verschoven naar (goedkoper werkende) perifere klinieken. Zorgverzekeraars zijn niet meer bereid daarvoor academische tarieven te betalen. Doordat juist die basiszorg steeds meer in

² P. E. M. Jarrett & A. Staniszewski (2006). Day surgery, Development and Practice, chapter The development of ambulatory surgery and future challenges. International Association For Ambulatory Surgery

³ <https://www.skipr.nl/actueel/id24046-dagbehandeling-levert-ziekenhuizen-leegstand-op.html>

dagbehandeling en kort verblijf plaatsvindt, neemt het aandeel dagbehandeling af in academische ziekenhuizen. Hier worden momenteel de zeer hoog risico patiënten behandeld en gecompliceerde ingrepen uitgevoerd. Het is een uitdaging van de toekomst om aan te tonen dat steeds meer gecompliceerde operaties en hoog risico patiënten in dagbehandeling behandeld zullen worden.

Door de toename van kennis, het gebruik van moderne farmaceutische middelen en geavanceerde apparatuur en de ontwikkeling van het preoperatieve traject, kan ook op de dagbehandeling een steeds betere kwaliteit van zorg gegarandeerd worden. Het voortschrijdend in de medische technologie en de daarbij behorende verpleegkundige invalshoek zullen de komende jaren alleen maar toenemen waardoor in het indicatiegebied voor dagbehandeling verschuivingen zullen blijven plaatsvinden. Ook zal de keten van participanten, zoals transmurale teams en huisartsen, een steeds belangrijkere rol gaan spelen. Zij zullen actiever betrokken zijn in het proces.

3.4 Cijfers

Het vergelijken van het productievolume van de afgelopen jaren is niet goed mogelijk. Vele veranderingen zijn in de afgelopen vier jaar doorgevoerd, waardoor een scheef beeld zal ontstaan. De traditionele parameters: opnamen, dagbehandeling, eerste polikliniekbezoeken en verpleegdagen worden niet meer eenzelfde wijze geregistreerd als voorheen.

Zo is de definitie van opname veranderd, waardoor het aantal eendaagse opnamen met 60% is gedaald. Ook heeft de NZa de definitie van dagopname meer duiding gegeven; dagbehandeling moet plaatsvinden op een verpleegafdeling en langer duren dan twee uur. Het gevolg is dat veel (dag-) opnamen niet langer als dagopname mogen worden geregistreerd. Tot slot is de registratie van eerste polikliniekbezoeken veranderd. Zonder deze kanttekening lijkt dat productie in algemene ziekenhuizen de laatste jaren sterk af te nemen. Bovengenoemde oorzaken hebben een groot aandeel in de productiedaling, welke zichtbaar is in tabel 2.

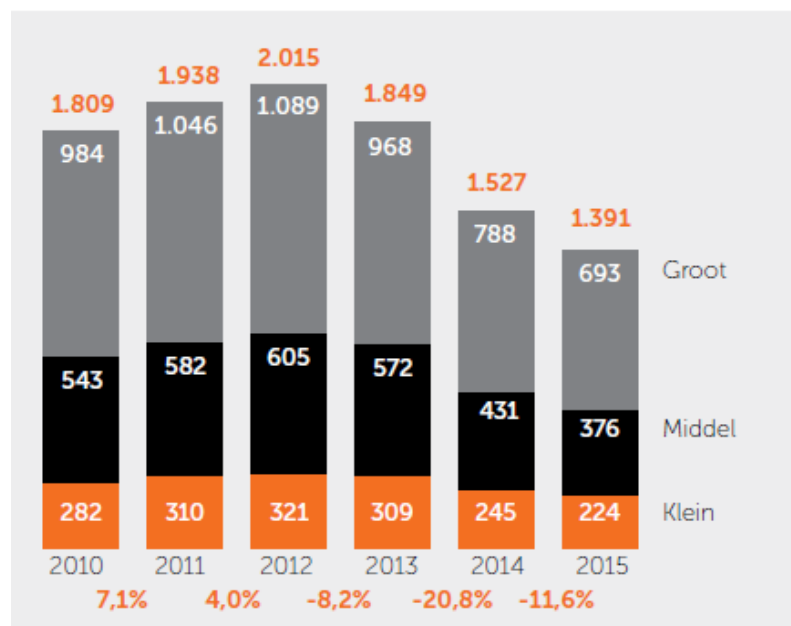
	2010	2011	2012	2013	2014
Algemene ziekenhuizen⁴	1.824	1.979	2.034	1.875	1.530
* Samenwerkende Algemene ziekenhuizen	611	664	689	594	517
* Overige Algemene ziekenhuizen	308	327	333	316	321
* Samenwerkende Topklinische ziekenhuizen	905	988	1.012	964	691
UMC's	259	287	317	272	230
Dagverplegingsdagen (*1.000)	2.084	2.266	2.351	2.146	1.760

Tabel 2: aantal dagverplegingsdagen (x 1.000)

⁴ Fusies en wijzigingen van groepslidmaatschap (SAZ, OVA en STZ) hebben invloed op deze jaartotalen.

In 2015 is het aantal dagbehandelingen met bijna twaalf procent gedaald ten opzichte van 2014; figuur 1. Zoals eerder is aangegeven in paragraaf 3.2, is de technologische innovatie een belangrijke oorzaak voor de verschuiving van behandelingen naar bijvoorbeeld polikliniek of eerste lijn. Dit is één van de redenen waarom de NVDK samenwerking wil zoeken bij het traject van nazorg en in de eerste lijn.

De NVZ geeft in haar brancherapport 2016 aan dat deze verschuiving vooral zichtbaar is bij specialismen als dermatologie, oogheelkunde en cardiologie. Ruim 90% van de cataractoperaties vindt poliklinisch plaats, dit verklaart waarom de dagbehandelingen bij oogheelkunde teruglopen. Dit duidt niet op een daling in volume, maar op een verhoging van de efficiency als gevolg van technologische veranderingen. Bij het specialisme dermatologie is het aantal dagopnamen in twee jaar tijd met bijna 60% gedaald.



Figuur 1: Aantal dagbehandelingen⁵ (× 1.000); algemene ziekenhuizen

In vergelijking met andere Europese landen kent Nederland een zeer laag aantal klinische opnamen per inwoner. Gemiddeld ligt dit aantal rond de 17 patiënten per 100 inwoners (Europa), voor Nederland geldt dat minder dan 12 patiënten per 100 inwoners zijn die jaarlijks worden opgenomen in een ziekenhuis. In Nederland worden veel patiënten in dagbehandeling of poliklinische behandeld (NVZ 2015).

⁵ Bron: Analyse Kiwa Carity, LBZ

3.5 Anesthesie

De verwachting is dat binnen een aantal jaar tachtig procent van de chirurgische ingrepen in Nederland in dagbehandeling wordt uitgevoerd. De anesthesioloog zal hierop moeten inspelen.

De American Society Anesthesiology (ASA) classificatie is wereldwijd leidend in de bepaling van de anesthesie risico inschatting van patiënten. In het verleden waren alleen patiënten ASA 1 en 2 geschikt voor dagbehandeling. Patiënten ASA 3 kwamen niet in aanmerking voor dagbehandeling en werden voor meerdaagse opnamen en OK ingepland. Te vaak worden patiënten onnodig voor een nacht of langer opgenomen op basis van een ASA status. Ondanks studies, publicaties en ervaringen blijft “patiënten ASA 3 mogen niet in dagbehandeling geopereerd worden” een paradigma dat nergens op gebaseerd is. Dit vormt een probleem.

De ASA score is gebaseerd op de ernst van voorafgaand orgaanlijden van de patiënt. Echter, het probleem van deze classificatie is dat de gebruikte normen vaak te subjectief zijn. Daarnaast is de ASA classificatie in 2014 herzien, maar nog niet in Nederland officieel geïmplementeerd. Dit betekent dat internationaal niet over dezelfde ernst bij de patiënt wordt gesproken onder dezelfde classificatie.

Hieronder de laatste update van de ASA definitie⁶:

- **ASA 1:** normaal gezond, zonder regelmatig medicatiegebruik.
- **ASA 2:** lichte systemische aandoening zonder belemmering normale activiteiten
- **ASA 3:** ernstige systemische aandoening die normale activiteiten belemmert, maar niet totaal invaliderend
- **ASA 4:** zeer ernstige systemische aandoening die een chronische bedreiging van het leven uitmaakt
- **ASA 5:** patiënt van wie niet verwacht wordt dat hij zonder operatie nog langer dan 24 uur zal overleven
- **ASA 6:** donorprocedure

Een paar voorbeelden van de Internet site van de American Society Anesthesiology:

- **ASA 1:** gezond, niet roker, geen of minimaal alcohol gebruik
- **ASA 2:** roker, sociaal alcoholgebruik, goed gecontroleerd HT / DM / longziekte, 30<BMI<40.
- **ASA 3:** slecht gecontroleerd HT / DM / longziekte, BMI>40, > 3 maanden MI, CVA, TIA, stents, chronisch alcoholgebruik, pacemaker, matig verminderde LVEF, etc...
- **ASA 4:** ernstige longziekte, < 3 maanden MI, CVA, TIA, stents, slechte LVEF, sepsis, etc...
- **ASA 5:** geruptureerd AAA, ernstige multi-trauma, darmischemie, oncontroleerbare fluxus, etc...

⁶ ASA Physical Status Classification System, 15 oktober 2014

Nieuwe anesthesiologische- en chirurgische technieken hebben het mogelijk gemaakt dat ook ASA 3 patiënten ingrepen in dagbehandeling kunnen ondergaan. In enkele gevallen is een ASA 4 patiënt, bijvoorbeeld cataractchirurgie, geschikt voor dagbehandeling.

Het gebruik van de ASA score leidt te vaak tot discussie. Anesthesiologen gebruiken naast de ASA score een dagbehandelingsexclusiecriteria lijst. De contra-indicaties voor dagbehandeling zijn naar hun mening duidelijker en makkelijker in gebruik. Aan de hand van de volgende zes regels kan worden bepaald of contra-indicaties voor dagbehandeling aanwezig zijn. Deze eenvoudige regels luiden:

1. potentieel levensbedreigende chronische ziekten
2. morbide obesitas gecompliceerd door symptomatische cardiorespiratoire problemen
3. chronisch gebruik van 'hard drugs'
4. gebruik van centraal actieve drugs
5. kinderen tot post conceptuele leeftijd van 60 weken na vroeggeboorte
6. patiënten die alleen zijn en/of niemand hebben om aanwezig te zijn voor de eerste nacht thuis na de ingreep

Uit deze contra-indicaties blijkt dat louter een hoge leeftijd geen probleem is voor dagbehandeling.

Anesthesie in dagbehandeling is anders dan anesthesie bij *reguliere* ingrepen met bijbehorende opnamen. De patiënt dient bij ingrepen in dagbehandeling snel pijnvrij te zijn, goed wakker te zijn, op temperatuur te zijn en niet misselijk te zijn. Dit is allemaal ten behoeve van het motto "Hoe sneller naar huis, hoe beter de outcome". Maar hiervoor dient nog veel veranderd te worden op verschillende terreinen. De anesthesioloog zal zich op een "multimodal approach anesthesia" moeten richten met diverse combinaties van blokverdooving, sedatie en narcose. De vraag is of anesthesiologie in dagbehandeling een aandachtsgebied of sub specialisme moet worden zoals in vele andere landen al het geval is.

3.6 De rol van de eerste lijn

Steeds meer patiënten zullen in de toekomst in dagbehandeling of kortverblijf worden geopereerd. De consequentie hiervan is dat de patiënt eerder terug naar eerste lijn gaat, waardoor de eerste lijn het zwaarder krijgt. Dit betekent dat de eerste lijn beter moet worden geïnformeerd, want de nazorg verplaatst naar de thuisomgeving van de patiënt.

Mantelzorgers zullen de regie moeten voeren. Zij zorgen niet alleen voor de patiënt, maar signaleren ook problemen richting de huisarts. Hierdoor dient niet alleen huisarts meer en sneller (ontslag)informatie over de patiënt te ontvangen, ook de thuiszorg en transmurale teams moeten beter zijn voorbereid op de 'out- patiënt'. Op huisartsniveau is nog niet de verwachting dat zij hierin participeren zonder goede afspraken, bijscholingen, formatie en tarieven. Anesthesiologen en snijdend-specialisten kunnen hierin actief participeren door een bijdrage te leveren in het beleid en de bijscholing van verpleging en de eerste lijn.

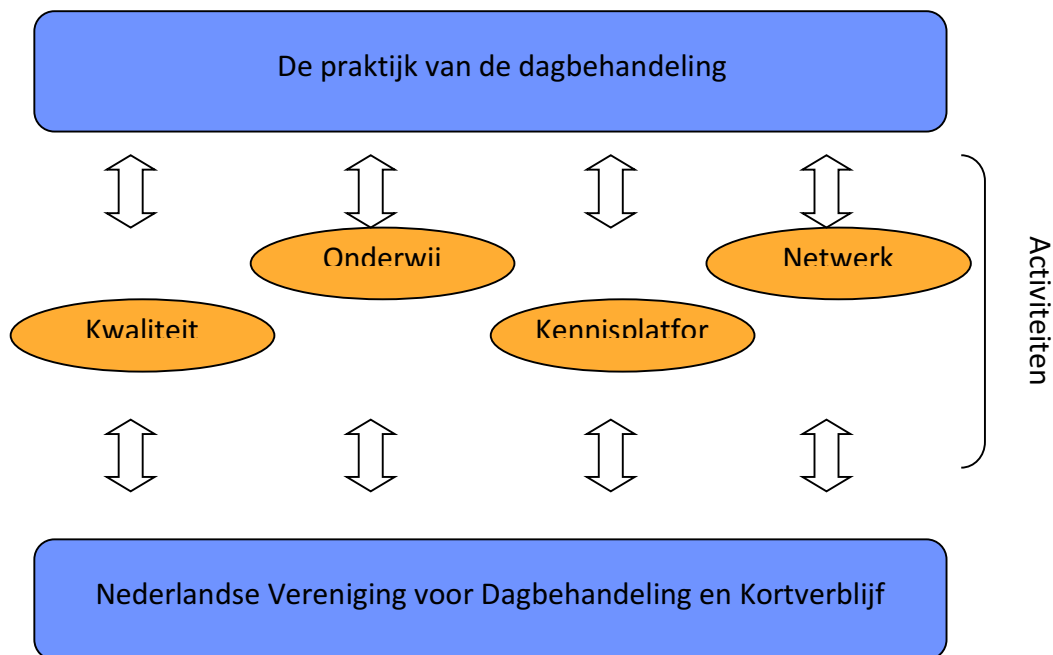
4. Contouren meerjarenbeleid

Om haar doelen te bereiken onderneemt de NVDK een aantal activiteiten gericht op verschillende onderwerpen. Hieronder zal, in speerpunten, worden beschreven hoe de toekomst van de vereniging eruit zal komen te zien. Niet alle speerpunten zullen apart terugkomen in de daarna genoemde beleidsterreinen.

4.1 Beleidsterreinen

Uit onderzoek van Grasveld Advies blijkt dat er verschillende rollen voor de NVDK zijn weggelegd. De rollen verbindende schakel, expert, vertegenwoordiger en innovator zullen verder worden uitgewerkt.

De rollen zullen vervolgens worden gekoppeld aan een van de activiteiten van de NVDK⁷. De activiteiten zijn erop gericht om de doelen te bereiken. In figuur 2 zijn de activiteiten van de vereniging weergegeven ten opzichte van de werkvloer en de NVDK.

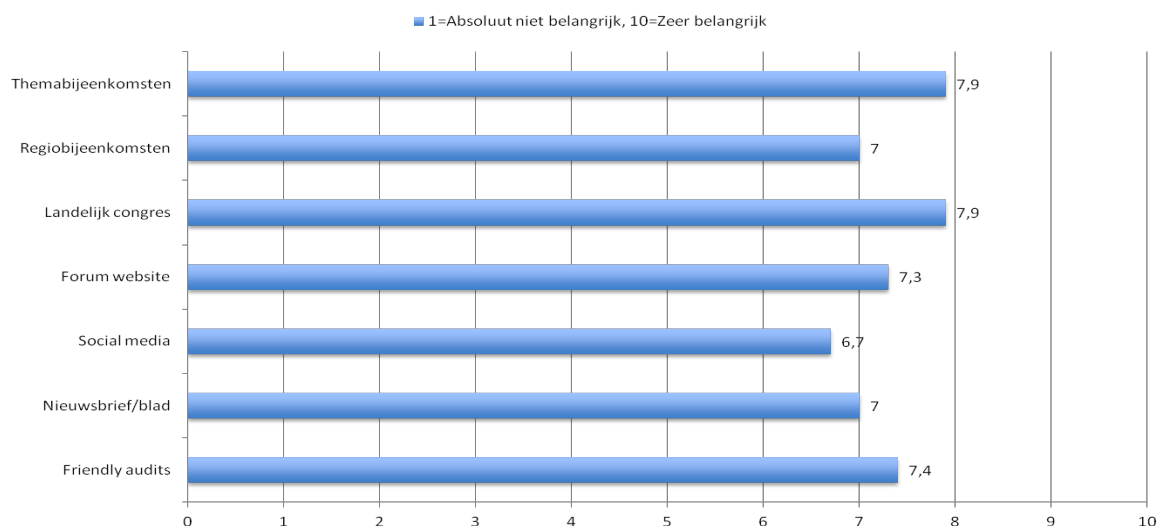


Figuur 2: verhouding activiteiten, vereniging en praktijk

Rol: Verbindende schakel

Het overgrote deel van de leden van de NVDK vindt het belangrijk dat de themabijeenkomsten en het landelijke congres blijven plaatsvinden. Beide onderwerpen scoren een 7,9 op de schaal van 10 in mate van belangrijkheid. Social media (6,7) wordt minder belangrijk gevonden, maar er wordt wel waarde gehecht aan een nieuwsbrief/blad (7,0) en een forum (7,3). Hieruit kan worden opgemaakt dat leden graag informatie ontvangen over specifieke thema's.

⁷ Activiteiten komen voort uit beleidsplan 2007-2010



Figuur 3: mate van belangrijkheid t.a.v. 'verbindende schakel'

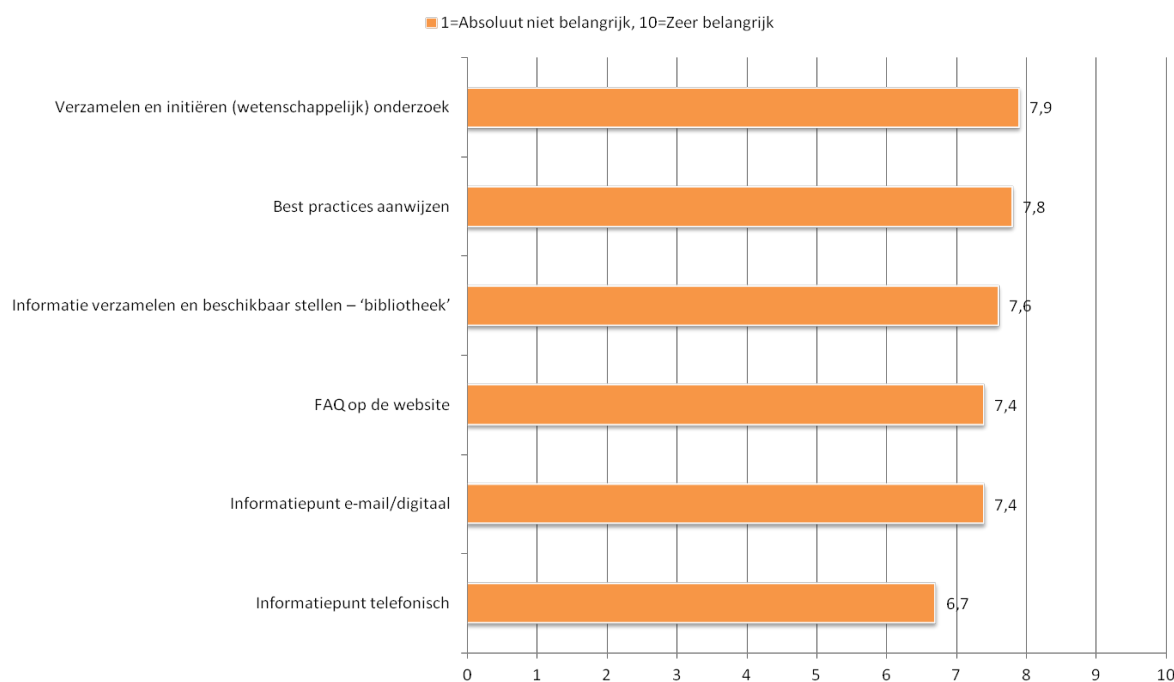
Een centraal element in de NVDK activiteiten is het kennisplatform. De verbindende schakel is de overkoepelende term behorende bij de activiteiten van het kennisplatform. De NVDK organiseert jaarlijks het landelijke congres, stuurt 2-3 maandelijks een nieuwsbrief en ondersteunt (daar waar nodig) bij regiobijeenkomsten. De NVDK kan zich nog meer als verbindende schakel presenteren door een online forum op te starten, met behulp van social media.

Op dit moment beschikt de NVDK over een [Facebook](#) en [LinkedIn](#) pagina. Beide pagina's hebben een besloten/afgeschermd omgeving. Dat wil zeggen dat niemand zonder toestemming van de beheerder (lid bestuur NVDK) berichten kan lezen en/of plaatsen op de pagina. De verwachting is dat Facebook gemakkelijker in gebruik is dan LinkedIn, daar men vrijwel dagelijks van dit medium gebruik maakt. De social media pagina's kunnen als kennisplatform worden ingezet. Leden kunnen op de besloten pagina's een vraag stellen of discussie starten, waarop ieder lid zijn ervaring kan terugkoppelen. Het bestuur van de NVDK is niet aansprakelijk voor onjuiste informatie die niet door bestuursleden is geplaatst. Indien een groepslid naar oordeel van het bestuur ongepaste informatie plaatst, kan het bestuur passende maatregelen treffen.

Aan de hand van de geplaatste vragen, discussies en andere input zal op de [website](#) een topic met veelvoorkomende vragen en antwoorden (FAQ) worden geplaatst.

Rol: Expert

De expertrol wordt ook graag gezien door de leden. Leden vinden het belangrijk dat zij via de vereniging onderzoeken kunnen verzamelen of kunnen initiëren. Tevens wordt het belangrijk gevonden dat de NVDK best practices aanwijst. Andere punten vallend onder de expertrol betreffen allen informatie krijgen van de vereniging, in de vorm van een bibliotheek, FAQ, mail of telefonisch contact. Laatstgenoemde vier punten kunnen worden gekoppeld aan de verbindende schakel (zie vorige paragraaf). Het is voor de NVDK onmogelijk om als bestuur alle vragen van leden op te pakken en te beantwoorden. In veelvoorkomende gevallen kunnen leden elkaar ondersteunen. De NVDK zal een platform initiëren waardoor dit mogelijk zal worden gemaakt.



Figuur 4: mate van belangrijkheid t.a.v. expertrol

Een ander centraal element in de NVDK activiteiten is kwaliteit. De expertrol kan als overkoepelende term worden genomen voor dat activiteiten rond kwaliteit. De NVDK staat voor het ontwikkelen en bevorderen van kwalitatief hoogwaardige patiëntenzorg in dagbehandeling en kortverblijf. Zij kunnen zich als expert nog meer profileren op het gebied van kwaliteit binnen dagbehandeling en kortverblijf. Het bestuur wil dit graag oppakken met behulp van het onderwerp best practices en onderzoek initiëren.

Voorafgaand aan het jaarcongres zullen de algemene onderwerpen voor best practices worden geïnventariseerd. Deze onderwerpen zullen tijdens het jaarcongres worden besproken en vervolgens worden vastgesteld. Mogelijke onderwerpen voor best practices zijn gastvrijheid, flexibiliteit, handhygiëne, heropnames en pijn.

Ik denk dat wij een best practise zijn op het gebied van

Mentimeter



Figuur 5: mogelijke onderwerpen best practices

Op het afgelopen jaarcongres (2015) hebben de leden al een voorzetje gegeven, zie hiervoor figuur 5. Zodra de onderwerpen zijn vastgesteld, kunnen instelling zich inschrijven op een onderwerp. Naar verwachting zal niet iedere instelling interesse hebben in hetzelfde onderwerp, daarom lopen verschillende onderwerpen parallel. Door de inschrijvingen per onderwerpen zullen zogenoemde verbetersteams ontstaan, waarin een netwerk wordt ontwikkeld en men gezamenlijk een best practices ontwikkeld. Vertegenwoordigers van de instellingen zullen iedere twee maanden contact houden met behulp van conference call. Iedere instelling presenteert zijn uitkomsten op basis van de vastgestelde indicators (benchmark). Degene die de beste indicatorscore heeft, houdt tijdens de eerstvolgende regiobijeenkomst een presentatie over hun goedwerkende aanpak. Dit wordt door andere instellingen (deels) overgenomen, omdat zij hun resultaten op deze indicator ook willen verbeteren. Het zijn immers gezamenlijk vastgestelde thema's. In de volgende bijeenkomst zal een andere instelling zijn *herziene werkwijze* presenteren met bijbehorende resultaten. Hierdoor worden best practices met elkaar ontwikkeld/bijgesteld en gedeeld.

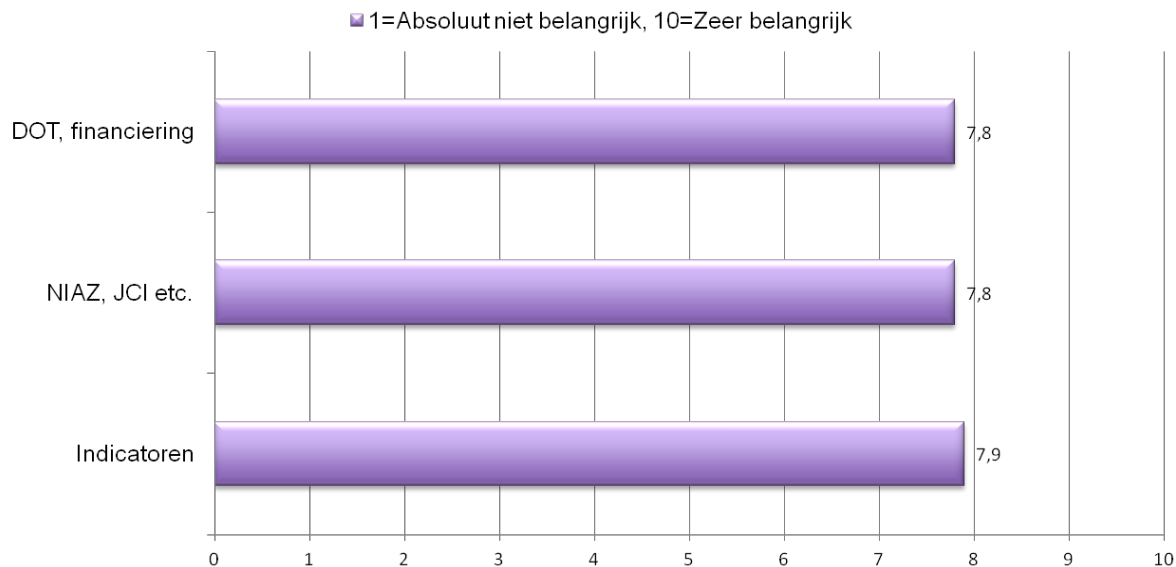
Niet alleen verpleegkundigen zullen zich bezighouden met deze best practise, maar naar verwachting ook artsen. Hierdoor kan eveneens de betrokkenheid van medisch specialisten vergroot worden. Per thema wordt een termijn van zes maanden gesteld om nieuwe werkwijzen te implementeren volgens de PDCA cyclus.

Kort samengevat: jaarcongres onderwerpen vaststellen -> inschrijven op onderwerp -> transparantie -> identificeren best presterende instelling -> leren van best presterende instelling en meest verbeterde instelling -> uitkomsten delen -> leren van sterkten en zwakten van anderen (niet opnieuw wiel uitvinden) -> webinar of regiobijeenkomst -> onbetaalbare initiatieven voor verbetering.

Tevens zullen de mogelijkheden voor samenwerking met bijvoorbeeld iBMG, het instituut beleid en management gezondheidszorg, worden onderzocht. Binnen de NVDK zijn voldoende mogelijkheden voor onderzoek en/of afstudeeropdrachten voor studenten. Hierbij kan men denken aan Europese/Landelijke ontwikkelingen in relatie tot de Nederlandse ontwikkelingen of de verschuiving van ingrepen in dagbehandeling naar ingrepen in de eerste lijn.

Rol: Vertegenwoordiger

Leden zien de NVDK het liefst als vertegenwoordiger, zo blijkt uit figuur 6. Zij zouden graag bij de NVDK advies inwinnen over onderwerpen als financiering, accreditatie en indicatoren. Deze rol kan worden gekoppeld aan de netwerk activiteiten van de NVDK.



Figuur 6: mate van belangrijkheid t.a.v. vertegenwoordigersrol

De NVDK zal geen keurmerk of ander normenkader ontwikkelen. Landelijk zijn afspraken gemaakt over de kwaliteit van zorg. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiëntenorganisaties zien allen toe op de kwaliteit van zorgverlening via indicatoren. Zorginstellingen hebben al voldoende verplichting ten aanzien van kwaliteitsindicatoren. De NVDK zal hier niet tussen komen of aan worden toegevoegd.

Een van de kernactiviteiten van de NVDK is netwerk(en). Zij brengen niet alleen instellingen met elkaar in verbinding door regiobijeenkomsten te organiseren en online forums te initiëren, maar zij onderhouden ook contacten met onder andere medisch-wetenschappelijke verenigingen, beroepsverenigingen, zorgverzekeraars, ziekenhuizen, brancheorganisaties en met kwaliteitsinstanties. De NVDK zal de samenwerking met andere (beroeps) verenigingen moeten versterken om de vertegenwoordigersrol beter in te kunnen vullen.

Rol: Innovator

Tot slot is uit onderzoek gebleken dat de leden de NVDK ook graag als innovator zien. Samen met andere (beroeps)verenigingen of brancheorganisaties kunnen mogelijkheden worden onderzocht om zwaardere ingrepen te verplaatsen naar de dagbehandeling of activiteiten vanuit de dagbehandeling te verschuiven naar de eerste lijn en/of thuissituatie. Ook zou de NVDK krachten kunnen bundelen om invulling te kunnen geven aan de vormgeving van het EPD voor het onderdeel dagbehandeling. Allereerst dienen de samenwerkingsverbanden te worden aangehaald (vertegenwoordigersrol) om vervolgens verdere stappen te nemen. Hierbij kan men denken aan samenwerking met wijkverpleegkundigen, huisartsen, mantelzorgers en thuiszorg.

4.2 Speerpunten 2017-2022

Gebruikmakend van bovenstaande beleidsterreinen, rollen en missie van de NVDK zijn voor de komende beleidsperiode onderstaande ambities geformuleerd. De NVDK wil de betrokkenheid van haar leden stimuleren, nieuwe leden werven en als vereniging samenwerken met andere verenigingen. Daarvoor zal zij zich moeten professionaliseren en op de kaart moeten zetten.

Interne ambities:

1. Informeren
Het bestuur van de NVDK zal haar leden vaker informeren via de website, de nieuwsbrief en social media.
2. Diversiteit vergroten
Om als vereniging over voldoende representativiteit/draagvlak te beschikken, zal de diversiteit van de vereniging een punt van aandacht zijn. De leden dienen afkomstig te zijn vanuit verschillende regio's en uit verschillende disciplines.
3. Professionalisering vereniging
Activiteiten prioriteren, verdelen over het jaar, focus aanbrengen en evalueren. De jaarplanning zal voorafgaand aan het nieuwe jaar door het bestuur worden opgesteld zodat de planning op het jaarcongres kan worden gepresenteerd.
4. Expertise inzetten
Binnen de vereniging is meer expertise aanwezig dan men denkt. Specifieke vragen en/of activiteiten zullen in tijdelijke werkgroepen worden uitgezet. De NVDK zal bijdragen aan kennis vermeerdering, delen van ervaringen en expertise door de dialoog aan te gaan op onder andere het jaarcongres en tijdens de regiobijeenkomsten.

Externe ambities

1. Profileren
De NVDK zal zich komende jaren sterker als samenwerkingspartner opstellen.
2. Samenwerking
De NVDK zal zich de komende jaren inzetten voor een (nauwe) samenwerking met (beroeps) verenigingen en federaties.

Het bestuur hoopt de komende beleidsperiode in samenwerking met de leden, de werkgroepen en andere betrokkenen zoveel mogelijk van de ambities te realiseren. Wij hopen de leden van de NVDK een kennisplatform te bieden waar zij laagdrempelig vragen kunnen stellen, ideeën kunnen opperen en interactie kunnen zoeken met leden uit het netwerk. Daarnaast is het aanmerken van best practices een grote vraag vanuit het ledennetwerk. Dit zijn twee grote activiteiten waar komende beleidsperiode veel aandacht aan zal worden besteed.

5. Planning en uitvoering projecten

Om doelstellingen te kunnen realiseren, zal de NVDK een beroep doen op haar leden. Onder leiding van de bestuursleden zullen zij werkgroepen vormen en een deelaspect oppakken.

	Activiteiten	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Vereniging	Ledenbestand vasthouden	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Diversiteit vergroten			✓	✓	✓	✓
	Activiteiten prioriteren	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Gesprekspartner	Samenwerkingsverbanden aanhalen	✓	✓	✓			
	Profileren			✓	✓	✓	✓
	Samenwerking realiseren				✓	✓	✓
Informatie	Nieuwsbrief	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Social media inzetten	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Website inzetten	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Expertise	Best practices onderwerpen verzamelen en vaststellen	✓					
	Best practices opzetten		✓	✓			
	Best practices evalueren				✓	✓	✓
	Regiobijeenkomsten aantrekkelijker maken	✓					

Bijlage 1

UMC (8)	OVA (18)	STZ (25)	SAZ (40)
Academisch Medisch Centrum Academisch Ziekenhuis Maastricht	Centraal Militair Hospitaal	Albert Schweitzer Ziekenhuis	Antonius Ziekenhuis
Erasmus MC	Flevo Ziekenhuis het Groene Hart Ziekenhuis	Amphia Ziekenhuis Atrium Medisch Centrum	BovenIJ Ziekenhuis Chr. Ziekenhuis Nij Smellinghe
Leids Universitair Medisch Centrum	het Vlietland Ziekenhuis	Catharina Ziekenhuis	Diakonessenhuis
Universitair Medisch Centrum Groningen	Ikazia Ziekenhuis	Deventer Ziekenhuis	Elkerliek Ziekenhuis
Universitair Medisch Centrum St. Radboud	NKI (Antoni van Leeuwenhoek	Gelre Ziekenhuizen	Gemini Ziekenhuis
Universitair Medisch Centrum Utrecht	Orbis. loc. Maaslandziekenhuis	HagaZiekenhuis	Haven Ziekenhuis
VU Medisch Centrum	Rijnland Ziekenhuis	Isala Klinieken	het Diaconessenhuis
	Rijnstate	Jeroen Bosch Ziekenhuis	het Rode Kruis Ziekenhuis
	Slotervaart Ziekenhuis	Maasstad Ziekenhuis	het Spaarne Ziekenhuis
	Spijkenisse Medisch Centrum	Martini Ziekenhuis	Hofpoort Ziekenhuis
	Streekziekenhuis Walcheren	Maxima Medisch Centrum	IJsselland Ziekenhuis
	Tergooiziekenhuizen	Meander Medisch Centrum	IJsselmeer Ziekenhuizen

Tweesteden Ziekenhuis	Medisch Centrum Alkmaar	Kennemer Gasthuis
Westfries Gasthuis	Medisch Centrum Haaglanden	Lange Land Ziekenhuis
Zaans Medisch Centrum	Medisch Centrum Leeuwarden	Maasziekenhuis Boxmeer
Ziekenhuis Gelderse Vallei	Medisch Spectrum Twente	Ommelander Ziekenhuis Groep
Ziekenhuis Groep Twente	Onze Lieve Vrouwe Gasthuis	Refaja Ziekenhuis
	Reinier de Graaf Groep	Rivas Zorggroep. loc. Beatrixziekenhuis
	Sint Lucas Andreas Ziekenhuis	Ropcke-Zweers Ziekenhuis
	St. Antonius Ziekenhuis	Slingeland Ziekenhuis
	St. Elisabeth Ziekenhuis	St. Annaziekenhuis
	St. Franciscus Gasthuis	St. Franciscus Ziekenhuis
	VieCuri. Medisch Centrum Noord- Limburg	St. Jans Gasthuis Weert
	Ziekenhuis Canisius- Wilhelmina	St. Laurentius Ziekenhuis Stg. Zorgcombinatie Noorderboog / Diaconessenhuis Meppel
		Streekziekenhuis Koningin Beatrix Treant Zorggroep (vh Lveste Middenveld (Scheper, Bethesda)

van Weel-Bethesda
Ziekenhuis

Waterland Ziekenhuis

Wilhelmina Ziekenhuis

Ziekenhuis Amstelland

Ziekenhuis Bernhoven

Ziekenhuis Bronovo

Ziekenhuis de Sionsberg

Ziekenhuis de
Tjongerschans

Ziekenhuis Lievensberg

Ziekenhuis Rivierenland

Ziekenhuis St. Jansdal

ZorgSaam Zeeuws-
Vlaanderen