



**NEDERLANDSE VERENIGING VOOR
DAGBEHANDELING EN KORT VERBLIJF**



KORTOM

'KORTOM' IS EEN UITGAVE VAN

D E N V D K

Voorwoord

De vakantieperiode is weer aangebroken en voor veel mensen is dat een periode waarin ze afstand kunnen nemen van hun dagelijkse arbeid en beslommingen. Mijn ervaring is dat als je collegae vraagt of ze zin hebben om op vakantie te gaan is bijna altijd het antwoord dat ze er ook ontzettend aan toe zijn. De collegae die hetzelfde werk doen en pas veel later op vakantie gaan hebben dat gevoel niet. Klaarblijkelijk is het gegeven dat, als de vakantie er aan komt, je ook het gevoel hebt dat je er aan toe bent. Omdat ik geen psycholoog ben, kan ik dit niet verklaren maar wel zie ik parallellen in de patiëntenzorg. Op het moment dat mensen te horen krijgen dat ze een aandoening hebben en geoperreed moeten worden, gaan ze zich gedragen als patiënt en voelen ze zich ziek en vaak ook zielig. Fysiek is er niets veranderd maar klaarblijkelijk werken de woorden van de dokter in op een belevingstoestand waardoor de patiënt zich oprecht ziek voelt. In de Nederlandse taal kunnen we geen onderscheid maken tussen ziekte en ziektegevoel. De Engelse taal heeft dat wel: disease wordt gebruikt wanneer men een ziekte heeft, die aanwezig kan zijn zonder dat de mens klachten heeft, illness geeft aan dat de mens zich ziek voelt. Men kan ill zijn zonder dat er sprake is van een lichamelijk lijden. Kortom de scheiding van ziek zijn en ziek voelen is niet altijd even scherp. Waarom val ik u lastig met deze verhandeling? Om u aan te tonen dat onze zorg niet alleen gebaseerd is op puur lichamelijk, fysiek, lijden. De ontwikkeling van onze curatieve zorg is de afgelopen jaren vooral in de techniek gaan zitten. We zijn in staat om zeer ingewikkelde interventies in het lichaam uit te voeren waarbij de bijkomende schade zeer beperkt is. Hierdoor kan het fysieke lichaam sneller herstellen. Door al deze ontwikkelingen wordt echter vaak de mens aandoening achter de aandoening vergeten en krijgt niet de noodzakelijke aandacht. Juist bij patiënten die kortdurend en intensief worden behandeld is deze aandacht zo enorm belangrijk. Die aandacht kan



Hans Kerkkamp, voorzitter NVDK

slechts dan gegeven worden als er voldoende personeel aanwezig is (artsen, verpleegkundigen, polipersoneel, etc.). De bezuinigingen die de ziekenhuizen door het overheidsbeleid worden opgelegd, noodzaken de raden van bestuur van ziekenhuizen om personeel te onttrekken aan het primaire proces. Dit heeft niet alleen consequenties voor het technisch handelen maar ook voor die noodzakelijke 'care-aandacht' die de patiënt nodig heeft om zich, al dan niet subjectief, beter te voelen. Zieke patiënten zullen ziek naar huis gaan en zullen zich langer ziek voelen. Dit kan economische gevolgen hebben als mensen minder snel instaat zijn om het dagelijkse leven weer op te pakken. Hiervoor is dan thuiszorg nodig en dat kost ook weer geld. Kortom we schuiven met zijn allen het probleem als het ware met een sneeuwschuiver vooruit, met als gevolg dat er geen oplossing wordt gevonden. De maatschappij wordt hierdoor alleen maar zieker.

Hoe gaan we deze vicieuze cirkel doorbreken? Meer personeel aan het bed? Dat is een oplossing maar momenteel door de overheidsmaatregel niet haalbaar. Laten we proberen de patiënt de oprechte aandacht te geven die een positieve bijdrage levert aan zijn welbevinden. Veel verpleegkundigen zijn gewend dat al vanuit hun passie voor het vak te doen. Ook de medici zullen hier een actievere rol in moeten nemen. Het gegeven dat dagbehandeling slechts

van korte duur is, wil dus absoluut niet zeggen dat onze aandacht voor de patiënt geminimaliseerd kan worden, integendeel! Ik nodig u uit om hierover maar eens na te denken tijdens het drinken van uw verdiende glaasje wijn op het terras in de zon.

Ik wens u veel plezier en rust goed uit.

Hans Kerkkamp

IAAS-congres in Kopenhagen



Een verslag van Cécile Verhagen en Petra Edelman

Het IAAS-congres, dat van 8 tot 11 mei in Kopenhagen werd gehouden, startte met een welkomstreceptie in het Bella Center in Kopenhagen. Het congres is georganiseerd door Denemarken samen met Zwe-

den, Noorwegen en Finland. Velen van de ruim 850 congresgangers ontmoetten elkaar in een van de grote ontvangsthallen van het congrescentrum. Daarbij waren Petra Edelman en Cecile Verhagen (lid IAAS General Assembly), Jan Eshuis (lid IAAS Executive Committee) en Marja Brakxhoofde

(NVDK-bestuur) namens de NVDK aanwezig. Op 9 mei begon het inhoudelijke gedeelte van het congres dat is gewijd aan de 'State of the Art and Future Possibilities' van de Ambulante Chirurgie. De Deense minister van Volksgezondheid, Bertel Haarder, gaf de aftrap. Hij wees het bewezen belang van ambulante behandelingen voor de patiënt op het feit dat alle Westerse landen momenteel worstelen met de stijgende kosten van gezondheidszorg, de toenemende vergrijzing en de economische malaise. Zo besteden Denemarken en Nederland in 2008 al ruim 10% van het Bruto Nationaal Product aan volksgezondheid, in de VS was dit 17%.

De voorzitter van de IAAS, Paulo Lemos uit Portugal, opende het congres met de mededeling dat er nu ruim twintig landen lid zijn van de IAAS..

Nicoll Lecture

Tijdens ieder IAAS congres wordt met de Nicoll Lecture eerbetoond aan de grondlegger van de ambulante chirurgie, de Schotse kinderchirurg James H. Nicoll (1863-1921). Deze keer werd de Lecture gehouden door professor Paul F. White, VS. Hij vertelde dat al sinds 1921 in twintig landen klinisch onderzoek wordt gedaan in de ambulante chirurgie. Zelf heeft White veel onderzoek verricht naar de mogelijkheden voor ingrepen in dagbehandeling en scholing gegeven. Hij meent dat momenteel 70% van de chirurgische ingrepen geschikt is om in dagbehandeling te doen. Maar in de praktijk liggen de percentages nogal uiteen: met Denemarken 74%, Zweden 69%, Nederland 53%, België 43%, Duitsland 43,5%, Hongarije 15,5%, Spanje 33% en Italië 32%. Leeftijd en obesitas zijn geen contra-indicaties meer. In de anesthesiologie zit de ontwikkeling in de toename van lokale anesthesie, het zetten van blocks en het gebruik van propofol, aldus White. Hij pleitte voor een vast team voor de fast track surgery, adequate pijnbestrijding en een protocol voor misselijkheid en braken. Als andere voorwaarden voor moderne dagbehandeling noemde hij een aparte afdeling met eigen personeel, eigen OK's en anesthesiepersoneel onder leiding van

één coördinator. De vooruitgaande technologie maakt het mogelijk dat steeds meer oudere en complexe hoogrisico patiënten ambulante procedures kunnen ondergaan. In de toekomst moet daarom meer worden gefocust op de nazorg voor deze patiëntencategorieën, aldus White.

IAAS basket

Claus Toftgaard, voormalig IAAS-voorzitter en nu congresvoorzitter, gaf de voortgang aan van het internationale IAAS-onderzoek naar de dagbehandelingactiviteiten van de deelnemende landen. De IAAS General Assembly heeft indicatoren geformuleerd die samen de 'IAAS basket' vormen. Het betreft indicatoren als het percentage geplande dagbehandelingen, het aantal overheid- en privéklinieken en de vergoedingen voor dagbehandeling. De meeste IAAS leden leveren hiervoor jaarlijks hun nationale gegevens in. Zo is er een toename te zien in dagbehandeling die volgens de normale procedures wordt gedaan, niet in de bijzondere vernieuwingen. De grote landelijke verschillen, ook in West-Europa, suggereren dat nog verdere toename mogelijk is. Hoewel, de verschillen zijn deels toe te schrijven aan verschillen in definities (binnen kantooruren of < 23 uur) en de wijzen van dataverzameling. De basket is dus aan revisie toe.

Liesbreuken in Day Surgery

Volgens Inge Glambek, Noorwegen, krijgt 25% van de mannen een hernia. Afhankelijk van de soort hernia wordt bepaald welke ingreep het beste past. De nieuwste ontwikkeling is het gebruik van polyester matjes, waarmee nu veelvuldig wordt gewerkt. In India wordt muggengaas gebruikt: goedkoop en weinig complicaties! De kans op een recidief is het grootst bij rokers en mensen met een slechte conditie. Bij jonge mensen worden laparoscopische/endoscopische operatietechnieken aangeraden. In Noorwegen worden deze echter nog maar mondjesmaat toegepast (3%). Glambek bepleitte ook de Liechtensteintechniek. Nacontrole vindt zij niet nodig: bij vragen of complicaties kan de patiënt naar het ziekenhuis bellen.

Chirurg J.W.A. Oosterhuis, Nederland, liet zien dat chirurgen en chirurgische afdelingen op basis van goed gedefinieerde parameters een duidelijke evidence-based keuze kunnen maken voor een open of laparoscopische herniaoperatie. Denemarken is gestart met een database en heeft een richtlijn ontwikkeld met een flowchart waarmee die keuze op verantwoorde wijze wordt gemaakt. Oosterhuis acht bij vrouwen een laparoscopische ingreep in 100% van de gevallen geïndiceerd, en voor grootste deel van de mannen. In 2009 werd in Nederland 78% van de operaties open uitgevoerd, in Frankrijk was dit 45%. De reden dat deze operatie niet altijd in dagbehandeling wordt gedaan, is dat er te weinig operaties per specialist worden uitgevoerd. Door onervarenheid dus. Er zijn ziekenhuizen waar 25 specialisten deze operatie doen (Zichtbare Zorg 2009). Oosterhuis pleit voor specialisatie. In geval van een recidief adviseert hij een andere techniek te gebruiken dan bij de eerste operatie. Bij grote hernia's met meer kans op complicaties geeft hij de voorkeur aan de open procedure en aan totale en lokale anesthesie boven regionale anesthesie.

Anesthesioloog Staffan Smeds, Zweden, belichtte de oorzaken van postoperatieve pijn bij een inguinale hernia. Hij vindt dat patiënten preoperatief op mogelijke pijnklachten moeten worden voorbereid. Pijn die langer dan 3 maanden aanhoudt, neuropatische pijn, definieert hij als chronisch. Tussen 2004 en 2008 is een pijnregister aangelegd voor pre- en postoperatieve pijn, de gehanteerde operatietechniek, BMI en leeftijd. Conclusie: een lage BMI geeft meer neuropatische pijn en ouderen hebben doorgaans minder pijn dan jongeren (die zijn vaak actiever). Smeds raadt de laparoscopische techniek aan bij verhoogde kans op chronische pijn.

Risicopatiënten

“Als je het niet meet, kun je het niet managen“, was de gevleugelde uitspraak van een inleider. Uit Engeland, Hongarije en Oostenrijk werden risicovolle situaties geschetst. De Brit Ian Jackson acht tromboseprofylaxe bij dagbehandelingpatiënten niet routinematig nodig ([\[charity.org.uk\]\(http://www.thrombosis-charity.org.uk\) en <http://www.nice.org.uk>\). Maria Janesco, Hongarije, benadrukte het belang van patiëntveiligheid in de constante afweging tussen tromboseprofylaxe en risico op bloedingen bij cardiologie patiënten. In Oostenrijk, Zwitserland en Duitsland worden met apparatuur naast het bed perioperatieve bloeding- en coagulatieproblemen gesignaleerd \(\[www.perioperativebleeding.org\]\(http://www.perioperativebleeding.org\)\). Janesco schrijft op indicatie antitrombosekousen voor \(TED\). Zij vindt dat de voordelen van Aspirine opwegen tegen het geringe bloedverlies van gemiddeld 200-400 ml, mits voortdurende monitoring van de INR. Conclusie: niet stoppen met bloedverdunners, het lichaam herstelt de verlengde bloedingstijd van zelf wel. Een beroerte of trombus is echter onomwendbaar.](http://www.thrombosis-</p>
</div>
<div data-bbox=)

Jan Jakobsson uit Zweden stelde de vraag of begeleiding naar huis en bewaking in de eerste 24 uur postoperatief wel nodig is. De volgende punten zijn voor het antwoord van belang:

- Risico op postoperatieve bloeding
- Tijdsduur van de operatie
- Postoperatieve pijn
- Soort anesthesie
- Leeftijd
- ASA classificatie
- Thuissituatie

De kans op morbiditeit is bij veel ingrepen laag. Dat blijkt ook weer uit Deens onderzoek waarbij 96% van de patiënten een ASA 1 of 2-classificatie had. Myocardinfarct is de grootste complicatie. Als een patiënt goed is ingelicht en weet wat hij na de operatie kan verwachten en wat wel of niet te doen, is alleen wonen geen contra-indicatie. De patiënt mag echter niet zelf naar huis rijden. In Finland wordt 5,9% van de patiënten ongepland opgenomen in Nederland is dat 3,6%. Het motto is: “Get out of bed and get out of hospital”.

In Engeland wordt op basis van de toestandscriteria 1) lichamelijk, 2) sociaal en 3) psychisch bepaald of iemand in aanmerking komt voor een ingreep in

dagbehandeling. Douglas McWhinnie: “BMI < 30, leeftijd en operatieduur zijn met de huidige operatie- en anesthesietechnieken minder belangrijke criteria. Het oordeel van de operateur en de anesthesioloog over de geschiktheid voor dagbehandeling, motivatie, vertrouwen en begrip van de ingreep bij de patiënt, vindt McWhinnie de belangrijkste voorwaarden. “Patiëntveiligheid en psychologische factoren zijn belangrijker dan wij ons realiseren.”

De Brit Ian Jackson belichtte het risico van obesitas. In Amerika heeft 68% van de bevolking overgewicht, in Engeland 61%. Dit percentage stijgt nog steeds en daarmee de kosten van de gezondheidszorg. Er vinden steeds meer laparoscopisch bariatrische ingrepen plaats: van 28% in 2000 tot 74,5% in 2007. Een hoge BMI (40) is geen contra-indicatie meer voor dagbehandeling, maar het vereist wel steviger bedden en trolleys. “Voorzie ziekenhuizen en OK's van verschuifbare haken aan rails in het plafond waarmee patiënten gemakkelijk kunnen worden overgetild.” Laparoscopische cholecystectomie in dagbehandeling wordt in Engeland gestimuleerd door een betere honorering (1.694 tegenover 1369 Engelse ponden bij opname).

Technologieën voor efficiëntere OK's

Päivi Valta uit Finland besprak de opkomst van preoperatieve elektronische evaluatie. De noodzaak daartoe is het grote aantal afgezegde operaties, onnodig preoperatief bezoek en gemis aan goede preoperatieve informatie aan de patiënt. Zijn ziekenhuis heeft vanaf 2006 met een IT-partner een preoperatieve elektronische evaluatiesysteem opgezet. Nu kan 95% van de patiënten zonder preoperatief poliklinisch bezoek worden gescreend, uitgezonderd patiënten met antistolling. Patiënten vullen thuis digitaal de preoperatieve screeningslijst in. Indien dit niet mogelijk is kan dit schriftelijk gebeuren waarna in het ziekenhuis de lijst als PDF in het dossier wordt overgebracht. 20-30% moet de formulieren opnieuw invullen, 10% heeft begeleiding nodig of vult het vragenformulier niet in.

Alle benodigde brieven en uitslagen worden digitaal

toegevoegd en door de anesthesioloog beoordeeld. In 2008 werd 60% digitaal gescreend, in 2010 67%. Men verwacht dit jaar 85 tot 95% van de patiënten op deze wijze te screenen.

Marie Louise Ulsoe, Denemarken, besprak digitale organisatie in de OK bij dagbehandeling. Voor € 500.000 is een digitaal systeem ontwikkeld met kleinere en grote schermen en camera's in het operatiecomplex waarmee de activiteiten rondom de patiënt in beeld worden gebracht. Doel is een beter overzicht van de status (zowel fysiek als ook voor de logistiek), betere communicatie via webcam en chat en betere coördinatie van het logistieke pad van de patiënt. Door digitalisering van de werkomgeving wordt de exploitatie van de operatiekamers efficiënter en productiever. Resultaat: 30% minder afzeggingen, 1 tot 3 meer geplande patiënten door betere benutting (15%) en betere communicatie. Zowel de tevredenheid van patiënten als die van de medewerkers is toegenomen (www.cetrea.dk).

Kristina Mattila, Finland, besprak het Finse benchmarksysteem voor de beoordeling van prestaties. In 22 Finse ziekenhuizen worden de percentages gemeten van operaties in dagbehandeling en kliniek, de benutting van OK en recovery en de doorlooptijden van het totale operatietraject, met als doel: kostenreductie, efficiëntere planning en kennisoverdracht. Een continue follow up is nodig om het effect van interventies op diverse onderwerpen te analyseren en verder te verbeteren.

Private versus Publieke gezondheidszorg

In een plenaire sessie werden de voor- en nadelen van de vergoedingsmodellen van drie verschillende gezondheidszorgsystemen besproken: het Noorse, Duitse en Amerikaanse systeem. De zorgen bij deze systemen zijn gelijk: de mensen worden ouder, wat resulteert in meer chronisch zieken, zodat de gezondheidszorg steeds duurder wordt en de premies hoger, met het risico van onbetaalbaarheid voor een grotere groep mensen. Er is berekend dat de premie in 2045 kan zijn opgelopen tot € 500 per maand. De vraag is nu: wat kan uit het verzekerde gezond-



heidspakket worden geschrapt met een gelijkblijvend vergoedingen- en kwaliteitsniveau? Interessante dilemma's. De Duitse en Noorse spreker zagen het voor hun land somber in, maar de Amerikaanse spreker was positief. Alleen voor mensen met geld?

De WHO en IAAS hebben hiervoor tien aanbevelingen opgesteld (www.iaas-med.org).

De Deen Kjeld Moller Petersen presenteerde enkele verschillen. In Nederland is in 2008 12,3% van de chirurgische ingrepen in privéklinieken en ZBC's geopereerd, in Zwitserland maar liefst 39,9%. In Denemarken is de dagbehandeling 10 uur per dag geopend, 240 dagen per jaar. Het aantal ingrepen in dagbehandeling verschilt per ziekenhuis, regio en land. Daarom wordt voor standaardiseren gepleit.

Beverly Philip meldde dat in de VS voor een ingreep de zelfde prijs wordt betaald, onafhankelijk of het in dagbehandeling of klinisch geschiedt. Dit motiveert tot dagbehandeling en reduceert de kosten.

Jorg Rugeberg stelde dat de kosten voor gezondheidszorg in Duitsland niet alleen toenemen door de vergrijzing, maar ook economische oorzaken heeft. 90% van de bevolking maakt gebruik van de openbare gezondheidszorg, 10% van de particuliere zorg. Dagbehandeling stagneert in Duitsland door het betalingssysteem. Voor dagbehandeling wordt

slechts 70% van de werkelijke prijs betaald, terwijl mensen zich niet extra kunnen verzekeren voor private zorg.

Patiënteninformatie via internet bij ambulante orthopedische verpleging

Katja Heikkinen uit Finland presenteerde de voordelen van informatievoorziening en voorlichting via internet versus face to face. Conclusie: internet scoort beter, men kan de info indien gewenst in etappes bekijken en op elk gewenst moment herhalen en de informatie komt beter over (katheik@utu.fi).

Kwaliteit van zorg en accreditatie

Deze sessie over kwaliteit werd verzorgd door medisch specialisten uit Engeland, de VS en Denemarken.

De Brit Ian Jackson refereerde aan de IAAS-uitkomstindicatoren die te vinden zijn op de IAAS website www.iaas-med.org:

1. Afzeggen OK voor de geplande opname
2. Afzeggen OK na opname ziekenhuis
3. Ongeplande heroperatie op dezelfde dag
4. Ongeplande overnachting na ingreep in dagbehandeling
5. Ongeplande heropname in het ziekenhuis na een dagbehandeling < 24 uur en > 24 uur
6. Ongeplande heroperatie in het ziekenhuis na een dagbehandeling < 24 uur en >24 uur – < 28 uur

Jackson beschouwt deze indicatoren als een beginpunt. Daarnaast noemde hij de PROM's, de 'Patient Reported Outcome Measures' waarvan de resultaten voor iedereen toegankelijk op een website worden gepubliceerd. Dit zijn vragenlijsten en meetinstrumenten die de ervaren gezondheid, de kwaliteit van leven en het functioneren meten vanuit het perspectief van de patiënt. Engeland heeft pre- en postoperatieve PROM's ontwikkeld voor herniaoperaties, varices, THP en TKP. Tot nu toe gelden die alleen voor de chirurg maar er zijn plannen deze voor alle

zorgprofessionals op te stellen. Vanuit de zaal werd gevraagd of ook wordt gevraagd naar hoe het de patiënt thuis vergaat en hoeveel zorg daar nodig is. Daar is echter nog weinig over bekend.

Ook is onbekend of accreditatie tot meer kwaliteit leidt. In de VS is Kwaliteit van zorg een belangrijk onderwerp en wordt de voorbereiding en het bereik van accreditatie als een geaccepteerde werkwijze gezien om dit doel te bereiken. “De VS kent drie grote instanties voor chirurgische accreditatie. “Als je geaccrediteerd bent ben je in Amerika verzekerd van een goede betaling voor je medische zorg”, aldus Beverley Philip. “Het ziekenhuis moet aan bepaalde normen voldoen. Helaas blijkt dat er nog weinig met de uitkomsten wordt gedaan, het is vooral een procesbeschrijving. Interessanter zou het zijn om de zorgprocessen te bekijken en te verbeteren.

Henrik Kehlet is in 1998 in Denemarken een databank gestart voor liesbreuk patiënten. Tien jaar lang zijn de rond 10.000 patiënten gevolgd die jaarlijks in Denemarken herniaoperaties ondergaan. Medisch specialisten waren bereid om data aan te leveren (vragenlijst invullen) omdat ze gerichte feedback ontvingen. De focus lag daarbij niet op het proces maar op de klinische prestaties. Door de uitkomsten structureel met de betrokken chirurgen te bespreken zijn de resultaten verbeterd. Het aantal heroperaties is verminderd, de keuze van anesthesietechniek nauwkeuriger en de gevallen met chronische pijn verminderd. Het bleek dat er na endoscopie bij dubbelzijdige liesbreuk meer heroperaties nodig waren. De open procedure heeft in deze gevallen nu de voorkeur. Bij een enkelzijdige liesbreuk is er met een laparoscopische/endoscopische techniek juist minder kans op een heroperatie. In Denemarken wordt momenteel iets meer laparoscopisch dan open geopereerd (50-50%), 78% wordt in dagbehandeling gedaan. Liesbreuk bij vrouwen gaat bij voorkeur met een laparoscopische operatie. De meeste mensen zijn na zes dagen weer aan het werk. Hoe sneller de patiënt weer zijn activiteiten kan hervatten en hoe minder pijnklachten er zijn,

hoe beter het herstel verloopt. Kehlet is echter teleurgesteld in de mogelijkheid het gedrag van chirurgen te veranderen op basis van de resultaten uit de database. “Het duurt helaas gemiddeld tien jaar voordat uitkomsten en aanbevelingen uit onderzoek zijn geïmplementeerd!”

Spoedopnames in het OK programma

De Belg Kenneth Coenye hield een voordracht over een pilot in 21 Belgische ziekenhuizen met slots, periodiek tijdruimte creëren, in het OK-programma voor spoedopnames voor orthopedische ingrepen, appendices en traumata. De uitkomsten waren positief voor patiënt en organisatie. Patiënten hoefden minder lang nuchter te blijven, hadden minder pijnklachten, waren tevreden en konden snel weer naar huis. De voordelen voor de organisatie waren bijvoorbeeld minder spoedoperaties na de reguliere sessies, minder postoperatieve complicaties en minder totale kosten. Zorgpaden voor deze groepen patiënten moet nog worden ontwikkeld.

Schildklieroperaties in dagbehandeling

Josep Marti, Spanje, hield een inleiding over de ervaring met schildklieroperaties in dagbehandeling. Een deel van de patiënten die voorheen minimaal één nacht in het ziekenhuis zou doorbrengen, werden in een pilot in dagbehandeling behandeld. De inclusiecriteria waren patiënten met ASA 1 en 2 die niet eerder aan de schildklier waren geopereerd, niet-functionele knobbeltjes hadden kleiner dan 5 cm en toestemming gaven. Ongeveer 30% van de patiënten kwam hiervoor in aanmerking en het resultaat was een succesvolle en veilige procedure: de VAS was de eerste 24 uur slechts 1-2.

Sociale aspecten van dagbehandeling

Anne Mottram, Engeland, presenteerde een onderzoek naar de sociale aspecten van dagbehandeling. KNO, chirurgische en orthopedische patiënten en mantelzorgers werden voor, 48 uur na en één maand na de dagopname geïnterviewd. Resultaat: patiënten hadden door de snelheid en efficiëntie van dagbehandeling minder last van verstoring van hun dagelijks leven. Zij hebben de operatie boven-

dien als minder riskant ervaren. Nadeel was dat patiënten – evenals hun mantelzorgers en werkgevers – de ernst van de aard en de gevolgen van de operatie soms te licht bleken in te schatten. Hierdoor werd niet altijd genoeg tijd genomen voor herstel en was er minder ondersteuning. Dit was opnieuw een pleidooi voor adequate ondersteuning en goede voorlichting en informatie.



Receptie in het stadhuis van Kopenhagen

Hygiëne in de operatiekamer

Hans Jorn Kolmos, Denemarken, over hygiëne in de operatiekamer: “De meeste wondinfecties ontstaan in de operatiekamer.” Goede chirurgische techniek is een belangrijke factor om het risico voor infectie te minimaliseren. Haar in het operatiegebied moet op de OK worden geknipt of met ontharingscrème worden verwijderd. De huid moet preoperatief met ontsmettingsmiddel op basis van alcohol worden ontsmet. Patiënten met een verhoogd infectierisico moeten 30 tot 60 minuten voor de operatie gerichte antibiotica profylaxe toegediend krijgen. De kwaliteit van de luchtbehandeling is afhankelijk van de ventilatie, het aantal aanwezige personen in de ruimte en het aantal deuropeningen tijdens de ope-

ratie. Het aantal luchtwisselingen van de OK naar minder schone ruimten mag maximaal 10 per uur zijn, aldus Kolmos.

Patiëntveiligheid en checklist

Louise Rabol uit Denemarken heeft onderzoek gedaan naar het nut van een checklist om de patiëntveiligheid te verbeteren. Check in, time out en check out lijsten worden nu ook in de Deense operatiekamers gebruikt. De communicatie is hierdoor gestructureerder, de identificatie en de overdracht van de chirurgische patiënten beter en het heeft gestimuleerd tot hechter teamwork.

Reisafstand van de dagbehandelingpatiënt

In Noorwegen zijn de afstanden tot het ziekenhuis vaak lang en de weersomstandigheden extreem. Olav Sivertsen vertelde dat patiënten soms uren moeten reizen in de strenge winters over verlaten wegen. De reistijd voor bij voorbeeld een tonsillectomie is daarom op maximaal twee uur gesteld. Er zijn patiëntenhôtels ingericht om patiënten in staat te stellen de dag voor de operatie al aanwezig te zijn in de buurt van het ziekenhuis.

Mobiele OKC

Op het voorterrein van het congrescentrum was een mobiele unit met een compleet ingerichte OKC voor dagbehandeling te bezichtigen. Het initiatief komt uit Engeland. In Nederland heeft de VU in Amsterdam na een brand in de operatiekamers gebruik gemaakt van een dergelijke tijdelijke noodoplossing (www.vanguardhs.com).

Ter afsluiting

Bij de afsluiting van het congres benadrukte congresvoorzitter Paulo Lemos nogmaals het belang van het gebruik van klinische indicatoren. “Klinische indicatoren kunnen de uitkomsten van de ambulante chirurgie inzichtelijk maken. Een van de belangrijkste doelen van de IAAS is deze indicatoren verder onder de aandacht te brengen.”

(zie voor meer informatie ook: www.iaascongress2011.org)

Morbide Obesitas

IAAS Congres in Kopenhagen

Morbide Obesitas: is comorbiditeit en niet de omvang het probleem?

(Samenvatting voordracht in Kopenhagen)

Jan H. Eshuis, MD, anesthesioloog

Medisch Coördinator AMC Dagcentrum,
Academisch Medisch Centrum,
Universiteit van Amsterdam
Amsterdam, Nederland
j.h.eshuis@amc.nl

De laatste twee decennia hebben we te maken met een duizelingwekkende toename van overgewicht, obesitas en morbide obesitas, niet alleen bij volwassenen maar ook bij kinderen. Met de VS aan de lei-

ding, volgen ook Europese landen en het Oosten deze trend. Deze wereldwijde epidemie van overgewicht en obesitas – globesity – is in veel werelddeelen en in een rap tempo een groot probleem voor de volksgezondheid geworden.

In dezelfde periode is het percentage ingrepen in Dagchirurgie in een aantal landen (USA, UK, Nederland, Scandinavische landen, 55-75%) indrukwekkend gestegen en in de meeste andere Europese landen gestaag gegroeid.

In feite is de omvang van het probleem een probleem.

Door deze twee trends is ook het aandeel zwaarlijvige patiënten dat zich presenteert voor Dagchirurgie gegroeid. De meeste Dagchirurgische centra hebben hun opnamecriteria opnieuw gewogen. Zo is obesitas niet langer een contra-indicatie voor



Dagbehandeling of een uitsluitingcriterium voor Dagchirurgie. Invasiviteit van de ingreep, fysieke en psychologische toestand van de patiënt en diens sociale omstandigheden bepalen, samen met de aard van de faciliteit en de anesthesietechniek, of een zwaarlijvige patiënt geschikt is voor dagopname en niet uitsluitend de BMI of de ASA-klasse. De inschatting moet dus op individueel niveau geschieden met een grondige risicoanalyse van 'omvang' en comorbiditeit. Overgewicht is immers gerelateerd aan een hoger risico op verschillende gezondheidsproblemen.

Hinder bij de ingreep

Mechanische hinder is één van de eerste uitdagingen die de anesthesioloog moet zien te overwinnen. Zo kunnen elementaire procedures als het aanbrengen van een infuus, regionale anesthesie technieken, positionering en bloeddruk meten al problematisch zijn, evenals transport, operatiemeubilair en de logistiek rond de ingreep.

Het tweede en meer serieuze punt van zorg is de toegang tot de luchtwegen en het onderhoud van een goede ventilatie. Hoewel obesitas doorgaans wordt geassocieerd met moeilijke intubatie en laryngoscopie, is de literatuur daarover tegenstrijdig. Mallampati III-IV-, nekomvang > 40 cm, mannelijk geslacht en positionering zijn factoren die bijdragen aan moeilijke toegang tot de luchtweg. Voor de directe laryngoscopie is de ramped position, waarbij het hele bovenlichaam van de patiënt schuin omhoog komt zodat de gehoorgangen het borstbeen op een horizontale lijn liggen, superieur aan de sniffing position. Hoewel de luchtweg zo meestal goed bereikbaar is, blijft een zogenaamde 'moeilijke luchtwegkar' toch een vereiste.

Snelle saturatiedaling tijdens de inleiding van de anesthesie is een berucht fenomeen bij morbide obesitas. Preoxygenatie met PEEP (Positive End-expiratory Pressure) en PEEP tijdens anesthesie met rekruteringsmanoeuvres door periodiek de longen met een fors verhoogde druk even 'diep te laten zuchten', worden aanbevolen. Zelfs een Obstructief

Apneu Syndroom (OSA) lijkt postoperatief niet meer hypoxische perioden te veroorzaken dan de morbide obesitas zelf.

Als lange –termijn risico geldt de associatie van obesitas met kanker van de dikke darm, de borst (na de menopauze), endometrium, nieren en slokdarm. Sommige studies hebben ook een verband gemeld tussen zwaarlijvigheid en kanker van de galblaas, eierstokken en pancreas.

Comorbiditeit

De andere grote kwestie is de Comorbiditeit. De obesity paradox, of te wel de merkwaardig lagere mortaliteit na een aantal zware chirurgische ingrepen, ICU opnames en coronaire syndromen, lijkt in strijd met de verminderde levensverwachting van de zwaarlijvige. Heel dikke mensen hebben een lagere levensverwachting maar doen het in heel kritische situaties zoals een IC-verblijf soms beter dan magere mensen.

Het Metabool Syndroom (MS), dat vaak bij morbide obesitas voorkomt, is een ernstig probleem voor zowel anesthesie als chirurgie.



MS wordt geassocieerd met centrale obesitas: appelvormige vetverdeling oftewel visceraal vet, met hypertensie, hyperglycemie, insulineresistentie, Diabetes Mellitus. Er is een sterke correlatie tussen juist die centrale obesitas en nadelige cardiovasculaire gevolgen. Vetafzetting in de lever (niet-alcoholische leververvetting) en diabetes type 2 lopen in elkaar over. De Internationale Diabetes Federatie heeft een praktisch compromis gevonden tussen de verschillende definities die er van MS bestaan (zie literatuur).

Perioperatieve bètablokkade blijft een controversiële beslissing, behalve bij patiënten die deze middelen al gebruiken. Dyslipidemie (ongunstige vetsamenstelling van het bloed) lijkt het best te behandelen met statines (na het stoppen met statines zijn de uitkomsten slechter dan bij doorgebruik). Controle van de bloedglucose, liever wat liberaal dan heel strikt, is noodzakelijk. Voor langere procedures bij obese patiënten moeten thromboprophylactische maatregelen worden getroffen. Het Metabool Syndroom heeft belangrijke implicaties bij zowel de preoperatieve beoordeling als de intraoperatieve en postoperatieve fase van een ingreep. Goede en evenwichtige metabole controle, in het besef van de genoemde mechanische en ademhalingsproblemen, maakt het mogelijk om zelfs morbide obese patiënten in de Dagbehandeling te nemen en op veilige wijze te ontslaan naar huis.

Echter, een zeer recente studie van Glance et al. naar mortaliteit en morbiditeit gedurende de eerste 30 dagen postoperatief bij patiënten met en zonder een MS, variërend van normaal tot superobees, liet een sterk verhoogd risico zien na niet-cardiale chirurgie bij dikke patiënten met MS vergeleken met patiënten zonder MS. Dit suggereert sterk dat zowel de comorbiditeit als de omvang problemen blijven vormen. Het antwoord op de vraag of het nou Comorbiditeit of puur de Grootte van het lichaam het belangrijkste is, is dus net zo onmogelijk te beantwoorden als de vraag: Did you stop beating your wife? Geef daar maar eens antwoord op...

Literatuur:

McCarty TM et al, *Optimizing Outcomes in Bariatric Surgery, Outpatient Laparoscopic Gastric Bypass*, *Ann Surg* 2005;242: 494–501

Servin F, *Ambulatory anesthesia for the obese patient*. *Curr Opin Anaesthesiol* 2006; 19:597-599

Neligan PJ et al, *Obstructive Sleep Apnoea is not risk factor for difficult intubation in morbidly obese patients*. *Anesth Analg* 2009;109:1182-6

Raeder J *Bariatric procedures as day/short stay surgery: is it possible and reasonable?* *Curr Opin Anaesthesiol* 2007; 20:508-512

Neilgan PJ, *Metabolic syndrome: anesthesia for morbid obesity*, *Curr Opinion in Anaesth* 2010;23:375-83

US Healthstatistics http://upload.wikimedia.org/wikipedia/en/3/35/BRFSS_obesity_1985-2006.gif

Glance LG et al, *Perioperative outcomes among patients with the Modified Metabolic Syndrome who are undergoing Noncardiac Surgery*. *Anesthesiology* 2010;113:859-72

http://www.idf.org/webdata/docs/IDF_Meta_def_final.pdf *Definition Metabolic Syndrome Int. Diab. Fed.*

General Assembly

De vergadering van de General Assembly van de IAAS

Een verslag van Cécile Verhagen, lid IAAS General Assembly namens de NVDK

Kopenhagen

Het is een prachtige zonnige dag op 8 mei 2011. Ik stap uit de metro in Kopenhagen op zoek naar het Bella Center waar vanaf zondagavond 8 mei tot en met woensdag 11 mei het 9-de IAAS congres plaats gaat vinden. Onderweg wordt volop gewerkt -op zondag- om de laatste bouwperikelen op te lossen bij het Hotel Bella Sky, een architectonisch hoogstandje met twee hoge, mooie torens, de blikvangers in de Kopenhaagse skyline. Maandag 16 mei is de opening. Naast Bella Sky ligt het congrescentrum Bella Center.

Bella Center

Bella Center is een immens congres- en expositiecentrum, vergelijkbaar met 'onze' RAI in Amsterdam. Binnen in dit gebouw is er een zee van ruimte met veel ramen en licht.



Scheidend IAAS-voorzitter Paulo Lemos draagt de voorzitterfunctie over aan de Italiaan Carlo Castoro

Scheidend IAAS-voorzitter Paulo Lemos draagt de voorzitterfunctie over aan de Italiaan Carlo Castoro. Op de eerste verdieping zijn de meeting rooms en daar kom ik op de gang al enkele delegates tegen van de General Assembly, de algemene vergadering van het internationale bestuur van de IAAS. De leden van het Executive Committee zijn een half uur geleden gestart met hun vergadering. Het Executive Committee is het dagelijks bestuur van de IAAS. Rond kwart over negen schuiven de leden van de General Assembly aan bij deze vergadering. De vergadering zal duren tot kwart over vier in de middag.

General Assembly (GA)

Elk land heeft twee vertegenwoordigers in de GA. De Executive Committee (EC) wordt elke twee jaar opnieuw samengesteld en bestaat uit twaalf leden. Sinds 2009 vertegenwoordigt Jan Eshuis Nederland in het dagelijks bestuur van de IAAS.

IAAS-voorzitter Paulo Lemos (2011-2013), anesthesioloog uit Portugal heet alle vertegenwoordigers van harte welkom. Paulo zal tijdens het congresdiner op dinsdagavond zijn voorzittershamer voor de jaren 2011- 2013 overdragen aan Carlo Castoro, chirurg uit Italië. Dan wordt ook de nieuwe president elect bekend gemaakt, de beoogde voorzitter die in 2013 tijdens het congres in Hongarije, Budapest, het stokje weer gaat overnemen van Carlo Castoro. De huidige president elect is de Schot Ian Jackson, namens Engeland.

De vergadering van de G.A. verloopt onder de bevoegde leiding van Paulo Lemos gestructureerd. Op deze zondag 8 mei zijn er 33 deelnemers aanwezig: veel anesthesiologen en chirurgen, één plastisch chirurg, één gynaecoloog en drie verpleegkundigen. De verpleegkundigen komen uit Australië en Nederland. De voertaal is Engels. Het valt niet mee om met name het Engels van de Zuid Europeanen te kunnen volgen.

Wat staat er zoal op de agenda van de GA?

Onder Italiaanse leiding lopen er twee Day Surgery projecten die gesteund worden door de Europese Commissie. In Nederland zijn de afgelopen maanden twaalf afdelingen voor dagbehandeling benaderd om hieraan deel te nemen. In deze projecten worden algemene gegevens en data voor patiëntveiligheid verzameld. Jan Eshuis is daarbij onze nationale coördinator. Er zijn op dit moment nog geen resultaten bekend.

In Nederland hebben we sinds 2008 een pre- en perioperatieve richtlijn. De NVDK heeft een grote rol gespeeld bij de opstelling hiervan. Ook op internationaal niveau staat deze thematiek hoog op de agenda. Een Finse anesthesioloog verzamelt de internationale kennis en heeft de coördinatie van dit project

De IAAS website is vernieuwd onder leiding van de Engelse delegatie

Sinds november 2010 is er onder Duitse leiding een IAAS Newsletter ontstaan die ook in Nederland onder de NVDK leden is verspreid

De Ambulatory Surgery Journal vraagt blijvend om kopij. Dit traject staat onder Amerikaanse leiding

Elk land geeft jaarlijks een update van de situatie van Day Surgery. Deze rapportages zijn erg divers opgesteld en daardoor niet gemakkelijk vergelijkbaar. De General Assembly heeft voor de leden indicatoren geformuleerd van dagbehandelingactiviteiten die samen de IAAS basket vormen. Indicatoren zijn o.a. het percentage geplande dagbehandelingen, het aantal overheid- en

privéklinieken en de soorten vergoedingen voor dagbehandeling. De meeste IAAS leden leveren hun landengegevens hiervoor jaarlijks aan. De basket is echter toe aan revisie. Denemarken verzamelt hiervoor de gegevens en presenteerde tijdens het congres de opzet van de nieuwe basket

Sponsoring door de industrie om toekomstige congressen en onderzoek te kunnen garanderen een hot item. Denemarken heeft goede ervaring opgedaan in de samenwerking met het congresbureau. Dit congresbureau garandeert blijvende contacten met de industrie, zodat dit circuit niet ieder jaar opnieuw moet worden opgestart.

De laatste 2 jaren komt er steeds meer netwerking op gang in subgroepen rondom een aantal inhoudelijke onderwerpen.

Tiende IAAS-congres in 2013 in Budapest, Hongarije

Het volgende IAAS congres zal plaatsvinden in Budapest, Hongarije, en wel van 5 tot 8 mei 2013. De toegang voor verpleegkundigen wordt gesponsord door de Hongaarse regering. Het resultaat is een aantrekkelijke congresprijs van ongeveer €200.

Deelnemende landen

Australië, Nederland, België, USA, Denemarken, Frankrijk, Finland, Hong Kong, Duitsland, Zweden, Hongarije, Engeland, Italië, Spanje, Noorwegen, Peru, Portugal, Roemenie, Spanje, India

(<http://www.iaasmed.com/joomla/index.php/membership/current-members>. Zie voor vertegenwoordigers Executive Committee de IAAS Newsletter, elders in deze uitgave)

Nieuw IAAS-bestuur



In Kopenhagen werd op 8 mei 2011 het nieuwe Dagelijks Bestuur (Executive Committee) van de IAAS geformeerd. Dr Carlo Castoro (Italië) volgt Paulo Lemos (Portugal) op als President. Jan Eshuis (Nederland) volgt Bob Williams (Verenigde Staten) op als Secretaris en Luc van Outryve (België) volgt Jacky Reydelet (Duitsland) als Penningmeester. Overige leden zijn: Paulo Lemos uit Portugal, Gamal Mohamed uit Hongarije, Ian Jackson, beoogd toekomstig President uit Groot Brittannië, Fernando Docobo uit Spanje, Wendy Adams uit Australië, Kathy McGoldrick uit de USA, Claus Toftgaard uit Denemarken, Jan Jakobsson uit Zweden en Jost Brökelmann uit Duitsland.

Beverly Philip (USA) en Douglas McWhinnie (GB) zijn de redacteurs van Ambulatory Surgery.

Op www.iaas-med.com is informatie te vinden over de IAAS. Daar is bij voorbeeld ook het Journal Ambulatory Surgery te raadplegen, evenals de Newsletter. Ik heb het secretariaat van de NVDK gevraagd de e-mailadressen van de leden door te geven aan

de webmaster (webmaster@iaas-med.com) zodat de IAAS-Nieuwsbrief automatisch naar de NVDK-leden wordt verstuurd. NVDK-leden zijn hartelijk uitgenodigd informatie of mededelingen naar de webmaster en beheerder van de Nieuwsbrief te sturen.

In 2013 wordt het 10e IAAS-Congress georganiseerd in Boedapest. De kosten zullen lager liggen dan afgelopen keer in Kopenhagen. Het is te verwachten dat in Boedapest naast deelnemers uit de overige Europese landen ook veel deelnemers uit de Midden- en Oost-Europese landen zullen komen waar Dagbehandeling in opkomst is. Er zullen voor sommige landen gereduceerde tarieven gelden.

In Kopenhagen is India toegetreden als full member. In Zuid- en Midden-Amerika staan ook organisaties klaar om lid te worden, meestal als Associated Member, of, als er nog geen nationale organisatie bestaat, als Individual Member.

Jan Eshuis, secretaris IAAS

Trendonderzoek VVAA

Wat geldt(t) in de zorg?

Trendonderzoek VVAA naar kwaliteit en toegankelijkheid in de zorg

Nederlandse consumenten en patiënten zijn tevredener over de kwaliteit en toegankelijkheid van hun gezondheidszorg dan andere Europeanen over hun zorg, zo meldt de Euro Health Consumer Index 2009. Maar het Kabinet meent dat het nog veel beter kan: de basiszorg moet dichterbij de patiënt worden georganiseerd, de bereikbaar verbeterd en het innovatietempo opgeschroefd. Terwijl het Kabinet tegelijkertijd forse bezuinigingen aankondigt om de snel oplopende zorgkosten te beheersen. Hoe denken bestuurders en zorgaanbieders eigenlijk zelf over de zorg? Over de consequenties van de bezuinigingen? En wie moet daar voor opdraaien?

Ans Ankoné

Bestuurders[1], eerstelijns- [2]en tweedelijnszorgverleners – geven het Nederlandse systeem een ruime voldoende. Kwaliteit en toegankelijkheid worden met een 7.3 gewaardeerd. Hun antwoorden zijn zowel beeldend, dubbelzinnig als vermakelijk. De curatieve sector ziet de toekomst namelijk nogal somberder in: 31% van de bestuurders vreest dat de zorg zal verslechteren tegenover 46% van de eerstelijns- en 57% van de tweelijnszorgverleners, maar dat geldt wat de zorgverleners betreft niet zozeer de toegankelijkheid: slechts respectievelijk 15, 8 en 4% denkt dat die slechter wordt. Opmerkelijk is nu dat de bestuurders de verslechtering vooral bij anderen verwachten. Het merendeel (64%) verwacht dat de kwaliteit van de eigen zorg nog zal toenemen. Dus de concurrente levert slecht werk? De eerstelijnszorgverleners (46%) denkt daar minder positief over en in de tweedelijns zijn ze verdeeld: daar denkt ruim een kwart (27%) dat de zorg slechter wordt, maar ruim een derde (36%) dat de kwaliteit nog zal toenemen. De grootste bedreiging voor handhaving van het kwaliteitsniveau is de bureaucratie, menen de respondenten, daarna pas noemen zij de aangekondigde forse bezuinigingen. Wat zijn dan de ar-

gumenten? De werkgroep Curatieve Zorg concludeerde vorig jaar dat er nog zes miljard Euro kan worden bezuinigd. Bijna de helft (44%) van de eerstelijns is het daarmee eens, de bestuurders en de tweedelijns iets minder (39% resp. 31%). Toch geven zij het Kabinet slechts een vijf voor de bezuinigingsplannen. Zij voorspellen dat de gevolgen van de plannen – pakketbeperking, verhoging eigen risico en reductie van het aantal SEH's – zorgwekkend zullen zijn omdat deze de kwaliteit en toegankelijkheid negatief beïnvloeden. Bijna tweederde (58%) van de zorgverleners vreest zelfs een stijging van de kans op complicaties omdat de bereikbaarheid afneemt, menen de bestuurders (67%) en de betaalbaarheid, meent de eerstelijns. De tweedelijns vreest vooral dat de innovatie zal teruglopen. Eigenlijk concludeert de zorgsector dat het Kabinet niet op de juiste wijze en op de juiste posten bezuinigt.

De helft van de bestuurders weet niet precies waar het geld vandaan komt en de dokters denken nog steeds dat de zorgverzekeraars financieel het meest profiteert

Wie moet bezuinigen en wie betaalt?

Wie wil bezuinigen moet wel weten waar dat het beste kan gebeuren. Op de bureaucratie? Dus ook de registratie van de zorgkwaliteit, van doublures in de zorg, van ongelijkheid in behandeling, van de effectiviteit en efficiëntie van behandelingen verminderen? En wie is de gerede partij om te bezuinigen? Natuurlijk altijd de andere partij. Maar om die aan te wijzen is wel enige kennis van de geldstromen nodig. Echter, slechts de helft van de bestuurders (49%) blijkt een duidelijk beeld te hebben van de geldstromen en het overgrote deel van de zorgverleners heeft er nauwelijks een idee van. Dat de burger het meest betaalt (28,6 miljard) en daarna de werkgevers (14,3 miljard) en dus niet de overheid (6,4 miljard) weet 62% van de bestuurders, 48% van de eerstelijns- en slechts 46% van de tweedelijnszorgverleners. Bij wie moet dus primair worden bezuinigd? Bij de zorgverzekeraars, vinden de zorgverzeke-

raars. Hun motivatie? De zorgverzekeraars profiteren het meest van de Nederlandse gezondheidszorg, menen eerstelijns (39%) en tweedelijns (39%) en ook nog veel bestuurders (33%). Als tweede profiteert de Nederlandse economie het meest van de zorg vindt bijna een derde van de bestuurders (31%). Maar de zorgverleners hebben daar een ander beeld

van: slechts 12% in de eerstelijns en 22% in de tweedelijns ziet het economische belang van hun werk.

1. Bestuurders en directeuren
2. Huisartsen, apothekers, tandartsen, fysiotherapeuten en verloskundigen

PROM's

PROM's: Patient Reported Outcome

Een moedige stap om de gevoelde kwaliteit te meten

Nederlandse verzekeraars zijn wettelijk verplicht zorg in te kopen van een realistische prijs-kwaliteit verhouding. Artsen beweren echter dat verzekeraars geen inzicht hebben in kwaliteit en verzekeraars klagen dat artsen geen inzage geven in kwaliteit. De Engelsen proberen deze patstelling te doorbreken door er een scheidsrechter bij te halen: de patiënt. Daarvoor hebben zij het PROM-systeem opgezet waarmee patiënten zelf kunnen aangeven of en welk resultaat een medische ingreep heeft gehad

Ans Ankoné

Florence Nightingale gaf het voorbeeld. Zij pleitte al in 1845 voor een meetsysteem voor de kwaliteit in acute ziekenhuizen. "Omdat de ziekenhuizen hun resultaten niet bijhouden, kan ik ze niet eens op hun kwaliteit beoordelen en vergelijken. Hoe kunnen wij dan weten of ons geld goed of slecht wordt besteed?" Het systeem kwam er. Sindsdien is bijgehouden hoeveel patiënten na een ingreep zijn overleden, of en in welke mate de ingreep heeft geholpen en of deze tot een betere kwaliteit van leven heeft geleid. Tot 1948. Daarna stopte Engeland ermee. Zoals de hele westerse wereld was ook Engeland toen minder geïnteresseerd in de kwaliteit van zorg, als wel in de betaalbaarheid en toegankelijkheid ervan, in toename van de vraag en beheersing van het aanbod door te budgetteren, in

wachlijsten enzovoorts. Pas toen daarbij grote prestatieverschillen tussen ziekenhuizen werden ontdekt, als in het aantal ligdagen voor de zelfde ingreep, werd de focus weer gericht op de efficiëntie en de effectiviteit van zorg, dus op de kwaliteit.

Late focus op efficiëntie

De Nederlandse overheid voerde de Kwaliteitswet in en liet voorzichtige enige concurrentie toe. Privéklinieken en Zelfstandige Behandelcentra mochten zorg leveren voor een lagere prijs dan de ziekenhuizen. Met de stelselwijziging in 2006 is die marktwerking uitgebreid door eenvoudige, electieve DBC's vrij ter onderhandeling tussen ziekenhuizen en verzekeraars over te laten. Ziekenhuizen moesten hun prijzen vaststellen en hun kwaliteit kunnen bewijzen. Toen bleek al gauw het gebrek aan transparantie in de geleverde kwaliteit.

Vindt de patiënt dat de ingreep heeft geholpen? Landen als de Verenigde Staten en Engeland hadden al veel eerder de puntjes op de i van kwaliteit gezet. Al bijna dertig jaar geleden hebben zij kwaliteitsindicatoren ingevoerd waarvan de uitkomsten voor iedereen toegankelijk worden gepubliceerd. De VS deed dit al vroeg in de jaren 80, meteen met de invoering van vaste prijzen voor Diagnosis Related Groups (te vergelijken met onze DBC's). Australië, Nieuw Zeeland en de meeste Europese landen hebben dit DRG-systeem, min of meer aangepast, overgenomen. De publicatie van een kwaliteitsindicator als mortaliteitscijfers zoals de VS dit al decennia lang doet, stuit in Europa echter nog steeds op

weerstand. Het argument is vooral dat het mortaliteitsrisico samenhangt met de toestand van de individuele patiënt, dus bij een gelijke ingreep per patiënt varieert. Een ziekenhuis dat hoogrisicopatiënten weigert, scoort qua mortaliteitscijfers dus beter dan ziekenhuizen die deze patiënten wel behandelen. Zonder dat dit iets zegt over de prestaties. De resultaten moeten dus worden gecorrigeerd op patiëntgerelateerde verschillen, maar dat is niet eenvoudig en artsen zijn het ook vaak niet over die correcties eens. Gecorrigeerde cijfers zijn echter van groot belang om de werkelijk geleverde kwaliteit te kunnen beoordelen: voor het management van ziekenhuizen, verbetering van de medische praktijk, de keuze van patiënten en hun verwijzers en voor beleidsmakers.

Politiek volgde Wetenschap, traag

Aan de wetenschappers ligt het niet. Wie kent niet de QALY's en de QUALY's? De Quality Adjusted Improved Life Years en de Quality Adjusted Life Years? Het antwoord is: velen weten dat niet. De reden is: deze termen worden vooral gebruikt door wetenschappers. Die proberen daarmee uitgaven te relateren aan het gewonnen aantal goede levensjaren na een ingreep. Een academische discussie dus. Het meten van de patiëntensatisfactie over de service in een ziekenhuis was al een hele stap, maar het gaf geen inzicht in de medische kwaliteit. De wetenschappers gingen door. Zij gingen het oordeel van de patiënt over de resultaten van een ingreep uitdrukken in de F-36 score en de afgeleide EQ-5D score. Daarmee werden zoals het fysiek functioneren, de ervaren gezondheid, het sociaal functioneren gemeten en de betekenis daarvan in het dagelijkse leven van de patiënt in termen van mobiliteit, pijn, dagelijkse activiteit. Maar die gegevens werden niet gebruikt om beleidsmaatregelen te onderbouwen.

Nu de zorgkosten zorgelijk toenemen, vragen de politici echter: is dat geld echt nodig, is de sector wel effectief en efficiënt genoeg? Kortom: wegen de medische resultaten op tegen de kosten?

De artsen zijn uiteraard de beste beoordelaars van de medische kwaliteit. Maar zij zijn nogal huiverig om hun prestaties in cijfers uit te drukken. Daar komt nu schot in. De Kwaliteitskoepel Medisch Specialisten heeft onlangs de toetsbaarheid en transparantie versterkt door alle richtlijnen voor medische specialistische zorg te publiceren op www.kwaliteitskoepel.nl. De Nederlandse Vereniging van Chirurgen heeft tot tevredenheid van de zorgverzekeraars haar kwaliteitsnormen bekend gemaakt. Het bewustzijn dat bewijs van kwaliteit een absolute noodzaak is om op de zorgmarkt te kunnen overleven, neemt toe. Maar het oordeel van de patiënt ontbreekt nog steeds.

Rapportcijfer van de patiënt

Met de invoering van de PROM's, Patient Reported Outcome Measures, geven de Engelsen ons opnieuw het goede voorbeeld. Sinds 2009 wordt patiënten voor en na vier electieve ingrepen gevraagd hun conditiespecifieke en algemene gezondheidstoestand in een vragenlijst te waarderen. Het betreft enkelzijdige heup- en knie vervanging, liesbreuk- en varicesoperaties. Daarbij worden door de medische professe gevalideerde scorelijsten gebruikt. Een voorbeeld. De varicosepatiënt wordt gevraagd: zijn uw problemen door de operatie veel verbeterd, een beetje beter, ongeveer hetzelfde, slechter, of veel slechter? Hoeveel pijnstillers heeft u de laatste twee weken gebruikt: geen, tussen 1 en 5, tussen 6 en 10 dagen. Gebruikt u nog steeds steunkousen: nee, soms, vaak, dagelijks. Vragen over de algemene gezondheidstoestand betreffen normale activiteiten (werk, huishouding, vrije tijd).

De uitslagen van de PROM's worden gepubliceerd op de NHS-website. Er is een enorme organisatie opgetuigd om de gegevens te verzamelen, te corrigeren op comorbiditeit, leeftijd, sekse, etc., en uiteindelijk te anonimiseren. De patiëntenrespons moet minstens 80% zijn. De gegevens worden met de professionals besproken. Het primaire doel is te zorgen voor: betere keuzemogelijkheid voor verwijzers en patiënten, ondersteuning van verzekerings-

contracten, benchmark voor aanbieders, informatie voor kwaliteitinstituten, meten van productiviteit en ongelijkheid in de zorg als basis voor beleidsbeslissingen. Uiteindelijk moeten de PROM's ook leiden tot prestatiebeloning, zoals dat in Engeland al in de eerstelijns gebeurt. Gelukkig is de NHS zo wijs geweest om medici bij het ontwikkelen van de PROM's te betrekken.

In de periode april 2009 tot januari 2011 was de respons gemiddeld 75%. De ongecorrigeerde resultaten zijn: 95,8% van de patiënten met een heupoperatie meldde verbetering door de nieuwe heup, 91,5% van de kniepatiënten had baat van de nieuwe knie. Van de varicespatiënten rapporteerde 83,4% verbetering van de vaten (de liesbreukpatiënten worden hierbij niet genoemd). De gezondheidstoestand werd gemeten met vijf criteria. 87,3% van de heuppatiënten en 78,1 van de kniepatiënten constateerden verbetering van hun algemene gezondheid, tegenover 52,1 van de varices- en 50,0% van de liesbreukpatiënten. De toename van de actuele gezondheidstoestand volgens de EQ-score was 60,7% bij de heupen, 49,5% bij de knieën, 39,7% bij de varices en 37,9% bij de liesbreuken.

Waarom kan PROM toch mislukken?

De patiënten zijn vrij om de enquêteformulieren in te vullen, maar ziekenhuispersoneel wordt wel gevraagd alles te doen om patiënten tot een hoge res-

pons te bewegen. Bij de pilot onder enthousiaste ziekenhuizen varieerde de respons tussen 30 en 100%. Een dergelijk groot verschil is frustrerend. De Engelsen hebben dit weten te verbeteren door de gegevens te publiceren en door het opleggen van sancties. Onvoldoende participatie wordt beschouwd als een negatieve prestatie-indicator. Correcties op comorbiditeit, sekse en leeftijd worden uitgevoerd door een particuliere organisatie. Een omissie is dat invloeden als aanwezige thuiszorg daarbij niet wordt meegenomen. Is de correctie discutabel, dan ontstaat er al snel achterdocht en tegenstand bij de medische professionals. Als verbetering van de medische behandeling te lang uitblijft, demotiveert dit de respons. Wordt de discussie met de medische professionals over tegenvallende resultaten te direct wordt gevoerd, dan haken de professionals af. Ook de tijd waarop de patiënten naar hun toestand wordt gevraagd is van belang. Is het voldoende om daar bij een heupoperatie na drie weken te informeren of moet dit ook na een half jaar en een jaar gebeuren? Er zijn dus nogal wat voetangels en klemmen in dit systeem, dat bovendien duur is. Toch wil het Ministerie van Gezondheidszorg de PROM's de komende drie jaar tot een groot aantal ingrepen uitbreiden. Het is een terecht en moedig initiatief, dat mits voorzichtig en nauwkeurig uitgevoerd, het kwaliteitmeetinstrument is waar veel patiënten, verwijzers, wetenschappers, verzekeraars en overheden op wachten. Zorgvisioen



Berichten

Rien Meijerink: “Als je pinda’s geeft, krijg je apen”



Rien Meijerink

06 mei 2011

Deskundigen zijn het aardig eens over de voorspelling van het groeitempo van de zorguitgaven in ons land. Die zal aanzienlijk hoger liggen dan de economische groei en de toename van de andere publieke uitgaven. Het beeld van de zorg als koekoeksjong in het publieke nest past daarbij. Ik wil het nu niet hebben over de oorzaken, maar over de gevolgen. Deze zijn van drieën één: of sterk oplopende lasten voor burgers (premie en eigen betalingen) of verschraling (kwaliteitsverlies en pakketverkleining, dus tweedeling) of innovatie (kwaliteitsbevordering en kostenverlaging). De ongewenste gevolgen kunnen alleen door innovatie worden voorkomen.

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) heeft onlangs de vernieuwing in de zorg onderzocht. De belangrijkste conclusie is dat er een opvallende veelheid aan vernieuwende ideeën, pilots, experimenten en projecten is (zie het RVZ-advies Ruimte voor arbeidsbesparende innovaties in de zorg). Het ontbreekt echter aan uitrol en implementatie. Veel innovaties blijven steken in ‘veelbelovend’. Als de pilotsubsidie verbruikt is, wordt het stil. En ook als de kosten- en kwaliteitsverbetering van de vernieuwing volstrekt duidelijk zijn, gaat de invoering op wat grotere schaal moeizaam en langzaam.

Visionair leiderschap

Ligt dit aan een gebrek aan visionair leiderschap bij de zorgaanbieders? Tonen ze onvoldoende lef om

door te zetten? Zijn behandelaars en ander zorgpersoneel te behoudend van aard? Wellicht spelen deze dingen een rol, maar in elk geval is er sprake van verkeerde prikkels in de bekostiging. Als je pinda’s geeft, krijg je apen. En als je verrichtingen betaalt, krijg je (oude) verrichtingen. Dat valt ook af te leiden uit het onderzoek van het CPB naar de gevolgen van marktwerking in de zorg. De door minister Schippers voorgenomen prestatiebekostiging zal dat niet verbeteren. De DBC’s en ook de DOT’s en de ZZP’s zijn afrekeneenheden van bestaande verrichtingen; vernieuwing leidend tot nieuwe behandelingen en verrichtingen zitten niet in het systeem.

De RVZ pleit voor meer scharrelruimte voor zorgverzekeraars en overheden. Maak vernieuwing in aanbod en behandeling door zorgverleners ook voor langere tijd financieel mogelijk. Meer principieel pleit ik voor een herbezinning op de bekostiging van de zorg. Het ZZP- en DBC-systeem dient minstens aangevuld te worden door vergoeding voor resultaten in plaats van voor inspanningen.

Gezondheidswinst

Beloning van gezondheidswinst stimuleert de zoektocht naar de beste behandeling en preventiemaatregelen. In hoeverre dit ook praktisch uitvoerbaar is, is onderwerp van het advies Sturen op gezondheid dat de RVZ voor de zomer hoopt uit te brengen. Bemoedigend is dat we in ons land wel degelijk enige experimenten hebben op dit vlak. Zoek via Google bijvoorbeeld naar ‘De gezonde regio’ (onder meer verzekeraar UVIT en aanbieder RIVAS) en het gezondheidsexperiment Hardenberg (onder meer verzekeraar Achmea en aanbieder Saxenburgh Groep).

Mooie experimenten, en nu nog doorzetten!

Rien Meijerink is voorzitter van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) en deelnemer in het bestuurdersnetwerk STG/Health Management Forum.

Eerste versie Nederlands kerndossier gelanceerd

10 mei 2011

Op initiatief van een aantal ziekenhuizen in Nederland is de ontwikkeling van een kerndossier gestart. Dat meldt Nictiz. Een kerndossier wordt gebruikt om patiëntinformatie binnen afdelingen van een ziekenhuis uit te wisselen, maar ook om gegevens tussen ziekenhuizen te delen.

Medisch specialisten en ICT'ers uit een aantal ziekenhuizen hebben een eerste versie opgesteld van de inhoud van dit dossier. Dit hebben zij gedaan aan de hand van bestaande standaarden (CCR, CCD). Het rapport 'Kerndossier in Nederland' bevat deze eerste versie. Op basis van reacties op deze versie, wordt een versie 1.0 ontwikkeld. (ICTzorg – ICTzorg / Twitter)

Nederland door EPD lager op mondiale ICT-ranglijst

9 mei 2011

Nederland zakt verder weg op de mondiale ICT-ranglijst. Dat blijkt uit de Global Information Technology Report 2011 van het World Economic Forum. Nederland scoort dit jaar een elfde positie, tegen een negende plek in 2010 en de zesde plaats in 2009.

Nederland blijft achter in het gebruik en toepassing van ICT, met name bij overheidsorganisaties. ICT-Office, de brancheorganisatie voor de Nederlandse ICT- en telecomsector, vindt dat Nederland moet streven naar een top-5-positie. Het afblazen van projecten, zoals het EPD, heeft Nederland geen goed gedaan, aldus ICT-Office. Nederland scoort wel hoog met het aantal breedbandaansluitingen, de softwaresector en de infrastructuur voor snel breedband internet.

Patiënten en professionals werken aan EPD-wiki

7 april 2011

Een groep van Nederlandse professionals, patiënten en geïnteresseerden werkt samen aan een Elektronisch Gezondheid Dossier 2.0 wiki. Dat meldt medicalfacts.nl.

De initiatiefnemers hopen dat veel kennis en visies zullen binnenstromen bij de open wiki en de wiki-map, zo schrijft medicalfacts.nl. Zij willen deze informatie gebruiken om een beter EPD te creëren.

Een eerste onderdeel is een mindmap. Op www.epd20.nl gaan de initiatiefnemers aan de slag met een 'eigen' EPD. Die website komt zo snel mogelijk online. Ook is een LinkedIn-groep opgezet en kunnen de laatste ontwikkelingen via #EPD20 op Twitter gevolgd worden. (ICTzorg – ICTzorg / Twitter)

Patiënt1 introduceert medisch paspoort op creditcard

17 mei 2011

Patiënt1 introduceert MedIPas. Dit is het nieuwe Europees medisch paspoort op creditcard-formaat inclusief usb-stick.

De pas is bruikbaar als drager van persoonlijke medische gegevens en als noodpaspoort. De MedIPas wordt geleverd in de vorm van een creditcard (met een uitklapbare usb-stick), zodat men deze altijd bij zich kan dragen. De MedIPas is op elke computer en laptop te lezen.

Gezondheidsdossier

De MedIPas is kan gekoppeld worden aan het gratis Persoonlijk GezondheidsDossier van Patiënt1. Ook de gegevens van de huisarts kunnen via het Persoonlijk GezondheidsDossier van Patiënt1 op de MedIPas opgeslagen worden. (ICTzorg)

Mobiele huidkankerscreening met iPhone

13 mei 2011

Met de Handyscope, een draagbare digitale dermatoscoop, kunnen artsen microscopische foto's van moedervlekken maken en opslaan. Handyscope is het eerste apparaat dat mobiele controle op huidkanker met de iPhone mogelijk maakt.

Er is alleen een iPhone, het handyscope-apparaat en de bijbehorende applicatie voor nodig. De handyscope wordt aangesloten op de iPhone en direct op de huid van de patiënt geplaatst. Via een maximaal twintigvoudige vergroting van de foto's in hoge re-

solutie zijn belangrijke details te zien, die een nauwkeurige diagnose mogelijk maken. (ICTzorg)

'Zorgideaal 2.0. vooralsnog fictie'

7 juni 2011

Het zorgideaal 2.0 dat de patiënt zelf de informatie over zijn aandoening vergaart en bespreekt met zijn arts, is vooralsnog fictie, aldus anesthesioloog Joris Broeren in Medisch Contact.

Lucien Engelen van het Radboud Reshape en Innovation Center gaf onlangs in een interview in Medisch Contact zijn visie over het zorgideaal 2.0 en de mondige, hulpvaardige patiënt. Anesthesioloog Joris Broeren is echter sceptisch; het idee dat de patiënt meer betrokken wordt bij zijn behandeling en wel in die mate dat hij zelf de informatie over zijn aandoening opzoekt in de verschillende media en daar vervolgens mee aanklopt bij een 'alwetende', coachende en raadgevende arts, is vooralsnog toekomstmuziek, aldus Broeren. "Er zitten diverse haken en ogen aan."

Haken en ogen

Allereerst is het maar de vraag of de patiënt zich in de vloed van informatie op bijvoorbeeld internet kan oriënteren en door de bomen het bos ziet. Kan hij de informatie wel op waarde schatten en zal hij niet met onzin- of wonderkuren op de proppen komen? En zal de patiënt zoveel tijd in zijn zoektocht steken als het een onschuldige ziekte betreft. Kortom, zullen de patiënten wel zinvolle informatie aandragen, vraagt Broere zich af in Medisch Contact. Ook zal de patiënt waarschijnlijk geneigd zijn te kiezen voor de artikelen die voor hem/haar leesbaar zijn geformuleerd en niet voor de lastige wetenschappelijke teksten.

Wat is die informatie waard?

Als de patiënt zijn oogst inlevert bij de arts, is de vraag of dit niet alleen maar tijd kost van de arts om alles op zijn beurt weer te filteren. Want wat is die informatie precies waard?

Uitdaging

Dit alles neemt niet weg dat er voor de toekomst

een aantal uitdagingen op de plank staan. "De mondige en meer – niet per se beter – geïnformeerde patiënt zal steeds vaker voorkomen. Dit vereist een andere benadering," aldus Broeren.

Artsen stellen richtlijnen social media op

21 juni 2011

Artsen aan het andere eind van de wereld hebben een reeks eenvoudige richtlijnen opgesteld over hoe artsen verstandig met social media moeten omgaan. The Lancet en Medisch Contact maken deze week melding van landen waar artsen richtlijnen opstellen. Medisch Contact noemt de Australian Medical Association, de New Zealand Medical Association en de Australian and New Zealand Medical Students' Association.

Enkele richtlijnen

Deze medische belangenbehartigers hebben een paar simpele richtlijnen opgesteld over hoe zorgprofessionals met sociale media moeten omgaan en met welke dilemma's ze daarbij te maken kunnen krijgen. Op de site van de Australian Medical Association (AMA) is een pagina aan artsen en social media gewijd. Er wordt in de rechterflank al een kort rijtje gegeven van basale social media-etiquette:

- Be careful about what you say and how you say it
- Keep your friends close and others ... not so close
- Consider the destiny of your data
- Take control of your privacy
- Are you maintaining professional standards online?

Handleiding

De AMA biedt de artsen een overzichtelijk document waarin de gevaren die social media voor de integriteit en de veiligheid van de zorg met zich mee kunnen brengen. (ICTzorg / Twitter)