



NEDERLANDSE VERENIGING VOOR
DAGBEHANDELING EN KORT VERBLIJF



KORTOM

'KORTOM' IS EEN UITGAVE VAN

D E N V D K

Voorwoord

Recent hebben wij, het bestuur van de NVDK in de nieuwe samenstelling, uitgebreid de tijd genomen om stil te staan bij de toekomst van de NVDK. Dat was goed, enerzijds omdat dit samenzijn ons allen de kans bood om de klokken gelijk te zetten. Anderzijds was het oude beleidsplan aan herziening toe. We hebben vele aspecten de revue laten passeren en hadden een 'energieke' avond.

Wat bij de huidige status van de NVDK opvalt, is dat er relatief weinig artsen lid zijn in tegenstelling tot het verleden en in tegenstelling tot buitenlandse zusterorganisaties. Onze vraag is dus: wat is hier aan de hand? Moet de NVDK aantrekkelijker worden voor deze beroepsgroep en zo ja, hoe? Ten slotte spelen medici een sleutelrol en zijn ze onmisbaar voor de ontwikkeling en levering van gezondheidszorg. We vroegen ons ook af waarom er organisaties als ZBC's en privéklinieken nauwelijks vertegenwoordigd zijn. Daar geldt het zelfde voor: ook dit segment van de zorg gaat nadrukkelijker een rol spelen in de toekomst. Onze gedachten gingen verder onder meer uit naar de rol van de patiënt, type behandelingen, de scholing van medewerkers, de IT-mogelijkheden, de netwerken waarin de NVDK acteert met professionals, overheden, nationale en andere branche- en zusterorganisaties in het buitenland, de rol van het management en vooral ook wat er aan innovatie te verwachten valt. Onderwerpen genoeg! Voor allen was helder dat we keuzes moeten maken in waarop we ons gaan focuseren. Aan het einde van de avond markeerde zich een duidelijke top 3.

Als eerste, met stip, vinden we dat voor leden en buitenstaanders opnieuw duidelijk moet zijn wat anno 2012 de meerwaarde is van de NVDK. De huidige staat van de gezondheidszorg, de onbetaalbaarheid ervan en de noodzaak tot innovatieve vormen van behandeling en toediening van zorg bieden uitgerkende kansen. De NVDK kan helpen zichtbaar



André Wolff, voorzitter

te maken waar het naar toe gaat en wat daarmee de mogelijkheden voor dagbehandeling zijn. Mogelijkheden die nu nog niet benut worden. We hebben het hier bijvoorbeeld over nieuwe vormen van minimaal invasieve chirurgie, type patiënten met zorgzwaarten die ook in dagbehandeling geholpen kunnen worden en de randvoorwaarden om dit veilig en doelmatig te doen. En de manier waarop we dagbehandeling en kortverblijf organiseren en de patiënt daarbij betrekken. Sinds de invoering van de dagbehandeling in de jaren '90 is dit alles aan verandering onderhevig. Wat zijn de nieuwste inzichten, zijn daar afspraken over? De kennis daarover moeten we delen. What's new, dus.

Een tweede thema waar we ons op moeten richten is het werven van artsen en medisch specialisten om tot een wat meer evenwichtiger samenstelling te komen van de leden van de NVDK. Er zijn veel ver-

pleegkundigen lid. Dat is goed en daar zijn we heel blij mee, zij zijn belangrijk. In de dagelijkse praktijk dragen artsen echter een groot deel van de verantwoordelijkheid over wie we daadwerkelijk en hoe behandelen. We hebben ze dus nodig om mee te denken. Met focus op de meerwaarde van de NVDK willen we de aandacht trekken en de betrokkenheid van medici vergroten. Werving moet ook de collega's betreffen die in ZBC's en privé-instellingen werken, dus ook instellingen met een commerciële achtergrond. Daar is al veel nagedacht hoe we doelmatiger en meer servicegericht naar de patiënt kunnen werken. Meer kruisbestuiving dus.

Het derde grotere onderwerp is scholing. Er loopt al een goed scholingsprogramma. We moeten echter steeds opnieuw vaststellen waar behoefte aan is. Voor dit alles willen we graag in gesprek gaan met de leden. De volgende vraag was dus, hoe gaan we dat doen? Iedereen heeft het ondertussen druk..... Gelukkig zijn er manieren die voorheen nog niet zijn gebruikt. We zullen de website aanpassen en actief en dynamisch communiceren met de leden. Wat wilt u, welke ideeën hebt u, wat ziet u om u heen? Ten slotte zijn alle leden, wij allen dus, ook

scout voor elkaar. Dat willen we als bestuur graag faciliteren. Vicevoorzitter Marlies Schijven heeft vervolgens als eerste een LinkedIn-account aangeemaakt voor de NVDK leden en alle leden uitgenodigd hierop aan te klikken om met elkaar te kunnen communiceren. Ook niet leden die geïnteresseerd zijn in Dagbehandeling en Kortverblijf hebben toegang tot de LinkedIn-account.

Deze is ook te vinden door in te loggen bij LinkedIn en te zoeken naar Nederlandse Vereniging voor Dagbehandeling en Kort Verblijf.

We nodigen echt alle leden uit daarop mee te doen. U dus! Zoek hiervoor bij LinkedIn naar 'NVDK' en wordt lid. U kunt er vragen stellen en wij proberen het zodanig in te richten dat we daadwerkelijk 'online' discussie kunnen voeren. We kunnen er als bestuur ook vraagstukken voorleggen. Dat draagt bijvoorbeeld ook bij aan de voorbereiding van het NVDK-congres dat we in het najaar, op 14 november om precies te zijn, organiseren. Een hoogtepunt waar we allemaal bij willen zijn, toch?

André Wolff, voorzitter

Nieuwe NVDK-voorzitter Nieuw Beleid

André Wolff: “Wat is anno 2012 de meerwaarde van de NVDK?”

Na een korte oriëntatieperiode heeft de recent aangetreden NVDK-voorzitter André Wolff zich samen met het NVDK-bestuur beraden op de toekomst. “De leidende vraag daarbij is: Wat is anno 2012 de meerwaarde van de NVDK? Wat is dus ons bestaansrecht en welke missie hebben wij? Wij houden hierbij rekening dat, om de zorg betaalbaar te houden, er keuzes moeten worden gemaakt en er verdergaande verschuivingen gaan plaatsvinden naar een zo kort mogelijk verblijf in het ziekenhuis. Daarnaast zullen de mening van de patiënten en de digitale wereld een grotere rol gaan spelen. Wij zijn tot de volgende conclusies gekomen: 1. De NVDK kan helpen zichtbaar te maken waar de nieuwe mogelijkheden liggen voor dagbehandeling en kortverblijf 2. De verdergaande verschuiving richting korter verblijf stelt hierbij andere eisen aan de organisatie van de intramurale-, eerstelijns- en thuiszorg en aan de communicatie met de patiënt. Wij gaan daarvoor een interactieve dialoog aan met onze leden en andere relevante partijen om te traceren welke kant de dagbehandeling uit gaat en welke rol de NVDK kan spelen bij de noodzakelijke innovaties in de zorgsector. Tot de potentiële leden rekent de NVDK hierbij ook de minder traditionele instellingen als ZBC's en privéklinieken”

Ans Ankoné

In Wolff's kamer vallen meteen de vier foto's op van zijn vier zonen. Het leeftijdsverschil lijkt gering, zij lijken ongelooflijk veel op elkaar en op hun vader. Het gesprek vindt plaats in een eenvoudig vergader-



André Wolff, voorzitter

kamertje in het steeds uitdijende en moderniserende UMC ST Radboud in Nijmegen. De voorzitter van de NVDK, anesthesioloog André Wolff, was er de afgelopen jaren chef de clinique van de afdeling Anesthesiologie en is er momenteel medisch manager van de afdeling Operatiekamers.

Sinds zijn benoeming tijdens het Jaarcongres in november vorig jaar heeft voorzitter André Wolff samen met het NVDK-bestuur de toekomstplannen voor de NVDK geformuleerd. Hij wil meer zichtbaar resultaat met de vereniging bereiken. Daarvoor wil hij onder andere de expertise en ervaring van de eigen leden aanspreken, maar ook fundamentele discussies over noodzakelijke zorg entameren. Daarom wil hij meer artsen enthousiast maken voor de NVDK. In het buitenland bestaan de verenigingen half om half uit artsen en verpleegkundigen. Waarom is dat niet zo bij de NVDK?

Wij hebben de tijd genomen om te brainstormen over wat de NVDK voor de gezondheidszorg zou moeten betekenen. Met andere woorden: Wat is anno 2012 de meerwaarde van de NVDK? En wat is de drijvende kracht van de vereniging?

“Met de oude inzichten gaan wij het niet redden”

Die vragen zijn momenteel zeer relevant. Er doen zich namelijk in rap tempo een aantal belangrijke ontwikkelingen voor, zowel binnen als buiten de ziekenhuissector, die nopen tot een reorganisatie van de curatieve zorg. Ik noem de belangrijkste. Wij zien een vraagexplosie en een kostenexplosie. Om de zorg binnen en buiten het ziekenhuis, in ZBC's en privéklinieken, betaalbaar te houden, moet deze anders worden verdeeld en anders worden georganiseerd en gefinancierd. Ook de soort zorg zal veranderen om die explosies te beteugelen. Er zal meer zorg buiten de ziekenhuizen worden geleverd. Het aantal behandelingen in ambulante setting en in kort verblijf is in de laatste jaren al flink toegenomen en dat aantal zal nog groeien. In de nabije toekomst wordt nog meer gefocust op kortdurende zorg die bovendien moet voldoen aan nog hogere eisen van veiligheid, efficiëntie, effectiviteit en servicegerichtheid. Dat is geen louter door marktwerking en concurrentie ingegeven kretologie, maar pure noodzaak.”

Hoe kan de NVDK dat faciliteren?

“Wat is daarvoor nodig en hoe krijgen wij dat voor elkaar? Wij willen die meerwaarde aan de leden en andere partijen zichtbaar maken en vragen de leden zich daarvoor actief in te zetten. Dat is de kern van het NVDK-beleid voor de komende jaren. De conclusie is: anno 2012 is de meerwaarde van de NVDK weer even duidelijk als in de begindagen van de vereniging.”

Interactieve communicatie

Hoe worden de leden actief bij die innoverende plannen betrokken?

“Wij gaan niet achterover leunen en toezien wat er

verandert. Het NVDK-bestuur wil de leden actief op hun expertise en ervaring aanspreken. Daarvoor maken wij gebruik van de moderne communicatiemedia om actief contact tussen het NVDK-bestuur en de leden en tussen de leden onderling te entameren. De leden worden opgeroepen innovaties vanuit het veld te melden, zodat de regiogedachte virtueel meer inhoud krijgt en de leden veel sneller op elkaars bevindingen kunnen reageren. Daarmee willen wij de drijvende kracht van de vereniging verhogen. Let wel, wij hebben in Marlies Schijven een vicevoorzitter die uitermate deskundig is in het gebruik van interactieve communicatie. Daar kunnen wij ons voordeel mee doen.

Bovendien willen wij het beleid aanscherpen op de eisen van deze tijd zodat de vereniging aantrekkelijker wordt voor artsen. Onze vereniging wil ook voor artsen een aantrekkelijk platform bieden waar belangrijke ontwikkelingen worden besproken en ingezet. Tot nu toe was het niet eenvoudig om artsen als bestuursleden te werven. Je wordt er niet rijk van, dus moet een drive, noodzaak en meerwaarde van de NVDK worden gevoeld om hierin te willen participeren.

Om innovaties te faciliteren overwegen wij bovendien connectie te zoeken met de ZBC's, de privéklinieken en Zelfstandige Klinieken Nederland. Het initiatief tot meer veiligheid en servicegerichtheid is namelijk daar ontstaan. In de privésector heeft de concurrentie als eerste regelend gewerkt. Wij willen de verworvenheden van de ziekenhuizen met die van de zelfstandige klinieken combineren. Dat is één van de speerpunten van het NVDK-beleid.“

Innovatie en keuzes

Het bestuur moet het thema voor het Jaarcongres van 14 november nog vaststellen.

“Wij zoeken naar experts binnen de overheid, de zorgverzekeraars en de praktijk die iets kunnen vertellen over de toekomstvisie voor de zorg en die het probleem van volume en concentratie van complexe en niet complexe zorg in het perspectief kan plaatsen waarmee wij te maken krijgen.”

Wolff is goed op de hoogte van wat er reilt en zeilt in de gezondheidszorg. Hij noemt de ingrijpende gebeurtenissen die in de zorgsector staan te gebeuren bij naam en is van mening dat dit niet alleen grote gevolgen zal hebben voor de wijze waarop de artsen hun beroep in de toekomst moeten uitoefenen, maar ook voor de zorg waarop de patiënt kan rekenen.

“Met de oude inzichten gaan wij het niet redden”, zegt Wolff met overtuiging. “In de zorgstraten, de zorgpaden en de ketenzorg bestaan er binnen de ziekenhuismuren nog steeds te veel organisatorische en financiële barrières die een noodzakelijke doorbraak in efficiëntie en effectiviteit verhinderen. Er zijn wel goede innovatieve activiteiten te scouten, maar het gaat veel te langzaam. De kosten stijgen veel harder dan dat wij ze met gewoon doorwerken kunnen bijbenen. De zorg moet niet via volume, maar op kwaliteit worden gestuurd. Wij moeten de organisatorische en financiële veranderingen grover en sneller inzetten. Gebeurt dat niet, dan worden wij binnenkort opgeschrikt door een golf van faillissementen bij de gezondheidszorg.”

Plafondeffect

Wolff pleit voor meer multidisciplinaire samenwerking, vanuit zijn ervaring als anesthesioloog in de pijnbestrijding.

“De pijnbestrijding was in de jaren zeventig een van de eerste terreinen waar bleek dat alleen door multidisciplinaire samenwerking vooruitgang was te boeken. Met een holistische benadering werd de pijnbestrijding voor chronische patiënten effectiever en efficiënter. Die exercitie moet nu ook in de curatieve zorg geschieden. Die zorg is complexer geworden, de vraag is veranderd en de behandeling is superspecialiseerd zodat de patiënt afhankelijk is van diverse partijen. De innovatiegerichtheid en de samenwerking die nodig is om de zorg betaalbaar te houden, is echter voor veel artsen een tegen-natuurlijke bezigheid. Dat kan de efficiëntie en de patiëntveiligheid frustreren.”

Wolff spreekt ook als voorzitter van de Landelijke Multidisciplinaire Werkgroepen Richtlijnontwikkeling Pre-, Per- en Postoperatief Traject.

“Om de patiëntveiligheid te verhogen pleiten wij voor standaardisatie van zorg, betere afstemming en adequate samenwerking. Maar met de manier waarop we nu in de gezondheidszorg zijn georganiseerd, worden doelmatigheid, service en veiligheid nooit honderd procent. Met regelgeving en standaardisatie komen wij voor veiligheid tot aan een plafond van pakweg tachtig procent. Willen wij naar het maximum, over de tachtig procent heen, dan moeten functionaliteit, kwaliteit, veiligheid, verantwoordelijkheid, beloning en financiën gelijk lopen, in de richting van het zorgpad met de patiënt mee. Synchronisatie van al deze facetten verhoogt in mijn ogen de betrokkenheid van de hulpverleners en de broodnodige samenwerking om daadwerkelijk te verbeteren. Dit leidt op een méér natuurlijke manier tot méér doelmatigheid en méér veiligheid. Hiervoor is echter een radicaal andere sturing en manier van financiering van de zorg nodig. Onderzoek naar een dergelijk zorgmodel en naar de effecten van interventies om de patiëntveiligheid te vergroten kan een belangrijke bijdrage leveren. Veiligheid en doelmatigheid liggen dicht bij elkaar en zijn te academiseren. Dat is mij volstrekt duidelijk geworden.”

“Het technisch medische deel van de zorg zal de komende jaren slinken”

Iedere arts zal beweren alles over te hebben voor een hogere patiëntveiligheid. Waarom gebeurt dat dan niet?

“Er werken veel intelligente mensen in de gezondheidszorg. Daar ligt het niet aan. Maar artsen zijn doorgaans zeer traditioneel en weinig bevattelijk voor verandering. Wij worden in een soort ‘gildcultuur’ opgeleid. Een arts kijkt alleen vanuit het eigen medisch perspectief naar de inhoud van de zorg, maar kijkt niet naar de effectiviteit en de efficiëntie van de zorgorganisatie, dus ook niet naar de

financiële haalbaarheid van de zorg en de patiëntveiligheid. In de toekomst zullen al deze facetten integraal moeten worden afgestemd en in medische beslissingen worden meegewogen. Zodat alles de zelfde richting in gaat. Dat betekent dat artsen keuzes moeten durven maken. Daarin ligt een belangrijk deel van de oplossing.”

Maar het is ook de structuur van het zorgstelsel dat voorkomt dat er een volgende stap wordt gezet, meent Wolff.

“De zorg is door een groot aantal oorzaken onhoudbaar duur geworden mede omdat het systeem, ook het DBC-systeem, uitnodigt tot het doen van steeds meer verrichtingen. Wij hebben een op volume gebaseerd honorarium. Die constante gerichtheid op een hogere productie heeft geresulteerd in een onterecht hoog zorgaanbod en een onterechte hoge zorgvraag. De valkuil is tijdgebrek. Door de productiegerichtheid is er te weinig tijd en bereidheid voor innovatie. Daar ligt de sleutel van het feit dat de zorg onbeheersbaar is geworden.”

Keuzes durven maken

Wat moet er dan gebeuren?

“Wij moeten kritisch bestuderen wie welke zorg nodig heeft. Dat betekent dat wij de artsen moeten opleiden om samen met de patiënt alternatieve behandelscenario's te bespreken.

“Een voorbeeld. Mijn vader werd dement. De klinische diagnose van zijn huisarts was: Alzheimer. Na een paar jaar vroeg mijn moeder zich af of zijn verwardheid niet door een tumor werd veroorzaakt. Moeten wij geen hersenscan laten maken?, vroeg zij. Wij hebben het in de familie besproken. Stel, er wordt een tumor gevonden, moet die dan worden verwijderd? Besef dan wel, hebben wij mijn moeder gezegd, dat zelfs bij een 75-jarige die altijd goed is geweest, de risico's van een dergelijk ingrijpende operatie groot zijn. Wat betekent dit voor de kwaliteit van leven van jullie beiden? Heb je die onzekerheid ervoor over als hij misschien binnen een half jaar aan de complicaties bezwijkt? Mijn moeder be-

sloot het niet te doen. Mijn vader heeft nog jaren geleefd. De volgende vraag was: Alzheimer-remmende medicijnen of niet? Die medicijnen kunnen het proces hoogstens een half jaar vertragen maar veroorzaken nare complicaties. Ook daar hebben wij van afgezien.

“Artsen worden op de werkvloer vaak met die keuzes gemengd. Maar als iemand een goed leven heeft gehad, moeten wij dan nog alles uit de kast halen voor een onrealistisch toekomstbeeld? Wij moeten keuzes durven maken en die samen met de patiënt bespreken: Stel dat de levensverwachting na die ingreep niet groot is, wat is dan juist om te doen?

Ik ben van mening dat globaal bekeken één derde van alle ingrepen onterecht wordt verricht, één derde van de ingrepen veroorzaakt complicaties of gevolgen waarvan kan worden gezegd dat het middel erger is dan de kwaal, en één derde is waarschijnlijk goede, dat wil zeggen echt noodzakelijke zorg. Dure, complexe zorg is lang niet altijd de beste zorg, het kan veel onbedoelde schade veroorzaken waarbij de patiënt ongewild veel kwaliteit van leven inlevert. Het is beter met de patiënt de alternatieve behandelscenario's te bespreken, uit te leggen wat deze verschillende scenario's voor de patiënt kunnen betekenen en te komen tot een realistische keuze, dan alles te doen wat medisch mogelijk is. Een dergelijke discussie vereist dat de patiënt beschikt over relevante informatie zodat hij veilige keuzes kan maken en dat de arts leert de patiënt daarbij te coachen.

Wat betekent dit voor de dagbehandeling? Wat is de reële winst als iemand voor een ingrijpende behandeling uit de vertrouwde thuissituatie wordt gehaald? Als deze attitudeshift ook in de dagbehandeling plaatsvindt, hoor ik graag van de leden welke kant die uit gaat, wat ze daarbij opvalt en hoe zij denken dat patiënten het beste worden ondersteund bij hun keuzes. Daar ligt, met name voor chronische patiënten, ook een rol voor de nurse practitioners en physician assistants.”

Vreest u niet dat patiënten zullen zeggen: ik betaal premie, ik heb recht op die zorg?
“Ik pleit daarom voor een gezamenlijke verantwoordelijkheid van artsen en patiënten, een minder individualistische, meer humane houding tegenover het recht op zorg. Dat hoort het uitgangspunt te zijn van ons gezondheidssysteem. Dat impliceert ook dat de hulpverleners zich er meer op moeten richten om de mensen te outillieren met kennis over hoe zij langer gezond te blijven. Dat is weer een ander voorbeeld voor een noodzakelijke verandering. De vergrijzing: er zijn minder mensen die het geld moeten verdienen om de toenemende vraag te kunnen bekostigen. Wij moeten dus investeren in de gezondheid van de jonge mensen, die moeten wij helpen om langer te kunnen blijven werken.”

Het technisch medische deel slinkt

Het technisch medische deel van de zorg zal de komende jaren slinken, meent Wolff.

“Wij zoeken in dialoog met de betrokken partijen, de overheid, zorgverzekeraars en artsen, welke technisch medische zorg echt nodig is. Met artsen en opleiders willen wij inventariseren welke ontwikkelingen belangrijk zijn in de gezondheidszorg en hoe wij daarop professioneel kunnen en moeten inspelen om de zorg betaalbaar, effectief en efficiënt te houden. De NVDK gaat onderzoeken welke innova-

tieve technieken en behandelingen voorhanden zijn om in dagbehandeling en kortverblijf uitgevoerd te kunnen worden en hoe deze op kwalitatief hoogwaardig wijze gefaciliteerd kunnen worden. Zo wordt het voor artsen aantrekkelijker om daarover met ons mee te denken. Wij zullen artsen uitnodigen lid te worden van de NVDK met de boodschap: hier gaat het gebeuren. Bij die speurtocht betrekken wij uiteraard primair onze leden, bijvoorbeeld om te onderzoeken waarom er nog zulke grote verschillen bestaan met de Verenigde Staten in aantallen en soort dagbehandeling. Ook zullen wij de leden interactief vragen voorbeelden te scouten van controverse beslissingen over het nut en onnut van medische ingrepen in specifieke situaties.“

In het St. Radboud wordt het belang van de dagbehandeling onderkend. “Zodra ik voorzitter werd is mij vanuit het chirurgisch dagbehandelingcentrum gevraagd: “Kunnen wij misschien iets samen doen?”

Wolff verwijst hiervoor naar het initiatief van de professoren Jan Kremer (gynaecoloog) en Bas Bloem (neuroloog) met MijnZorgnet, een dochteronderneming van het UMC St Radboud met als doel samen met patiënten, mantelzorgers en zorgverleners een kennisnetwerk op te bouwen waarbij MijnZorgnet de techniek faciliteert. Zoiets heeft het NVDK-bestuur ook in petto. Wij gaan enthousiast en goed geëquipeerd bouwen aan een nieuw beleid voor een realistisch zorgaanbod in de dagbehandeling en kortverblijf.” Naar aanleiding van een vraag

De International Association for Ambulatory Surgery (IAAS) en de NVDK

Jan H Eshuis, IAAS Secretary, NVDK (ere)lid

van onze nieuwe voorzitter André Wolff aangaande de statuten van de IAAS leek het me goed weer eens wat over de IAAS te schrijven. Veel nieuwere leden zullen niet in alle opzichten op de hoogte zijn van de IAAS en de relatie van de NVDK daarmee. Ik ben vorig jaar gekozen tot secretaris van de IAAS (voorheen was ik jaren secretaris van de NVDK) en het lijkt me belangrijk om de NVDK-leden enige bekendheid met de IAAS te laten houden

De NVDK was in 1996 één van de founding fathers van de IAAS in Brussel. De IAAS is de enige internationale non-profit overkoepelende organisatie van nationale onafhankelijke organisaties die zich met Dagchirurgie bezighouden. Meer dan de helft van de EU-lidstaten, de USA, Australië, India zijn lid.

Day Surgery – making it happen staat voor de algemene Visie van de IAAS. Door samen te werken met nationale verenigingen, overheids- en beleidsorganen en zorgverleners door middel van opleiding, voorlichting en communicatie wordt getracht begrip te kweken voor de voordelen van Dagchirurgie en gestreefd naar bewustwording van de barrières bij de ontwikkeling daarvan. De Missie van de IAAS is het bevorderen van de wereldwijde ontwikkeling en groei van hoogwaardige ambulante chirurgie. Dagchirurgie heeft zich bewezen als een kwalitatief hoogwaardige, veilige en kosteneffectieve benadering van de chirurgische zorg. In dit licht werken de IAAS-leden samen aan het uitvoeren van deze missie, onpartijdig, vrij van polemieken en vooroordelen, en zetten zij zich in voor een eerlijke en gelijke toegang tot gezondheidszorg in alle landen. Kort samengevat zijn de doelstellingen van de IAAS: bevordering van de ontwikkeling van hoogwaardige ambulante chirurgie; vorming van nationale verenigingen voor ambulante chirurgie; bevorderen van

onderwijs en opleiding in de ambulante chirurgie voor chirurgen, anesthesisten en verpleegkundigen; aanmoediging van multidisciplinair werken in de ambulante chirurgie en het stimuleren van onderzoek; vorming van een database van ambulante chirurgie en anesthesie; de internationale uitwisseling van kennis en ervaring op seminars en conferenties over ambulante chirurgie, het ontwikkelen van internationaal geaccepteerde richtlijnen of aanbevelingen voor de praktijk van de ambulante chirurgie; te publiceren in een eigen peer reviewed internationaal tijdschrift, (Ambulatory Surgery) en tenslotte samenwerking met internationale gezondheidspolitieke beleidsorganen, zoals de Health Care Commission van de Europese Unie en de WHO.

Bestuur, structuur en lidmaatschap

De bestuursorganen van de IAAS zijn de Algemene Vergadering ofwel General Assembly (GA), het Dagelijks Bestuur ofwel Executive Committee (Exco) en de Adviesraad (Advisory Assembly).

De General Assembly (GA) is het hoogste gezag. De bevoegdheden van de GA zijn: wijziging van de statuten en benoeming en ontslag van bestuurders en commissarissen; het verlenen van decharge aan de bestuurders, goedkeuring van de budgetten en rekeningen; vrijwillige ontbinding van de vereniging en benoeming en beëindiging van de volledige en andere leden, alle andere bevoegdheden die krachtens de wet of statuten van toepassing zijn. De GA is samengesteld uit benoemde personen, twee uit elk land of internationale organisatie met volledig lidmaatschap, en gecoöpteerde afgevaardigden benoemd door de GA die landen of disciplines vertegenwoordigen die niet vertegenwoordigd zijn op de GA. Alle beslissingen worden bepaald door

een gekwalificeerde meerderheid van de helft van stemmen van de aanwezige of gedelegeerde leden. Alleen door het land gekozen afgevaardigden mogen stemmen. De besluiten van de GA worden opgenomen in de notulen, vervolgens goedgekeurd door de GA en ondertekend door de voorzitter en de secretaris generaal. De notulen worden bewaard in een register op het kantoor van de vereniging en zijn ter inzage.

Het Executive Committee (Exco) is bevoegd handelend op te treden in bestuurlijke aangelegenheden van de IAAS. Zijn bevoegdheid omvatten alle handelingen die niet uitdrukkelijk toegekend zijn aan de GA in de statuten of in de wet. Het ExCo kan besluiten tot initiatieven binnen de doelstellingen van de vereniging en onder toezicht van de GA. Het ExCo vertegenwoordigt de vereniging in alle juridische en andere zaken. Het ExCo bestaat uit maximaal twaalf bestuurders (van wie ten minste één met een EU-nationaliteit) die worden gekozen door de GA. Ze krijgen geen vergoeding. De beslissingen worden eveneens genomen met een gekwalificeerde meerderheid van de aanwezige of gedelegeerde bestuurders. Deze besluiten worden eveneens opgenomen in de notulen, ondertekend door de voorzitter en de secretaris-generaal of een bestuurslid. De notulen worden bewaard in een register op het kantoor van de vereniging en zijn beschikbaar zijn voor inzage.

Het lidmaatschap staat open voor elke onafhankelijke non-profit organisatie m.b.t. Dagchirurgie, van artsen, verpleegkundigen en/of managers, met doelen die passen bij die van de IAAS zoals boven omschreven. Per land is er één organisatie lid. De vereniging bestaat uit gewone leden, geassocieerde leden, corresponderende leden, ereleden, stichtende leden en vrienden van de vereniging. Alle aanvragen voor een lidmaatschap worden gericht aan de Voorzitter. De GA beslist over de kandidaten verzoek; zijn beslissing is definitief.

Communicatie

De IAAS heeft duidelijke communicatielijnen voor de verspreiding van informatie transparante en besluitvorming op alle niveaus van de vereniging.

Vergaderingen en bijeenkomsten:

De GA komt minstens eenmaal per jaar bijeen op convocatie door de ExCo. Zo nodig kan een extra vergadering bijeengeroepen worden op verzoek van ten minste acht leden van de GA.

De ExCo, belast met het operationele beheer van de IAAS en coördinatie van rapportages van subcommissies, zorgt voor interne communicatie in de periode tussen twee verschillende GA vergaderingen. Het ExCo vergadert ten minste eenmaal, maar meestal tweemaal per jaar. In theorie kan dit via teleconferencing, maar dat is nog niet plenair voorgekomen.

De IAAS organiseert een congres om de twee jaar, onder de naam International Congress on Ambulatory Surgery met als hoofddoel uitwisseling van informatie over dagbehandeling in de breedste zin tussen de leden van de nationale ambulante chirurgie verenigingen. In 2007 hebben wij dat -met succes- georganiseerd in de RAI in Amsterdam. Het eerstvolgende (10e) congres is in mei 2013 in Boedapest, Hongarije (www.iaascongress2013.org). De Advisory Assembly komt tijdens de tweejaarlijkse wereldcongressen bijeen. Ik heb nog niet meegeemaakt dat dit officieel gebeurde.

Geschreven communicatie en publicaties

Centraal in de communicatie staat de Website (www.iaasmed.com). Hierop is allerlei interessante informatie zowel inhoudelijk als over de IAAS te vinden. Zo is daar de Newsletter die driemaal per jaar wordt samengesteld en waarin allerlei wetenswaardigheden van nationale associaties een plaats

hebben, zoals nationale congressen of bijzondere ontwikkelingen. Deze Newsletter wordt via het NVDK-secretariaat via e-mail onder de leden verspreid. Elk NVDK-(bestuurs)lid kan een bijdrage insturen voor publicatie in de Newsletter. Daarbij valt te denken aan de aankondiging van een congres over simulatieonderwijs zoals Dr Marlies Schijven dit organiseert. Dat kan tevens aantrekkelijk zijn voor collega's in de buurlanden.

Ambulatory Surgery is de titel van het officiële Tijdschrift van de IAAS: de journal, die vroeger op papier werd uitgegeven maar sinds een aantal jaren alleen op de website wordt gepubliceerd. In het peer reviewed journal vindt wetenschappelijke uitwisseling tussen de leden plaats door publicatie van recensies, originele artikelen, case reports, korte communicaties en brieven met betrekking tot de praktijk en het beheer van ambulante chirurgie. Het tijdschrift publiceert ook boekbesprekingen en een agenda van komende evenementen. De hoofdredactie wordt gevormd door prof. Beverly Philip, prof. Paul Jarrett en dr Dough McWhinnie. Als een land twee of meer publicaties geplaatst krijgt, ontvangt het een korting van 10% op de jaarlijkse contributie. Alle afleveringen van Ambulatory Surgery zijn op de website te downloaden, evenals de Newsletter. De website bevat verder omschrijvingen en definities van Dagchirurgie, en internationale richtlijnen, gegevens over kwaliteitsindicatoren en vele andere wetenswaardigheden. Getracht wordt een literatuurbase op te zetten. Het is de moeite waard om eens te gaan surfen op de website!

Speciale publicaties van de IAAS zijn het boekje Policy Brief – Day Surgery: Making it Happen, uitgegeven in 2007 door de World Health Organisation en samengesteld door de IAAS en the European Observatory on Health Systems and Policies, en het handboek over Dagchirurgie Day Surgery – Development and Practice (2006, Ed. P.Lemos, P.Jarrett, B.Philip), dat chirurgische, anesthesiologische, verpleegkundige en managementaspecten aangaande Dagchirurgie omvat.

Speciale Projecten en Research van de IAAS

Research activiteiten omvatten o.a. Internationale Benchmarking waarbij om de twee jaar de percentages ambulante chirurgie te meten in relatie tot alle ingrepen en electieve ingrepen in de IAAS-landen. In 2003 nam de IAAS met de European Space Agency deel aan het Sky Med pilot project for computer based training of day surgery staff. Twee recente activiteiten van de IAAS zijn de participatie als samenwerkende partner in twee projecten van de Europese Commissie, genaamd Day Surgery Data Project en DaySafe. Ik heb o.a. twaalf Nederlandse klinieken en ziekenhuizen betrokken in een Europese enquête.

Momenteel is de aandacht vooral gericht op het ondersteunen van nieuwe lidstaten in Oost- en Midden Europa voor wat betreft de ontwikkeling van Ambulante Chirurgiefaciliteiten. In die gebieden is er een groot potentieel aan nieuwe nationale organisaties omdat het gezondheidssysteem daar in een overgangsfase is. Het IAAS-werkplan 2013 zal sterk bijdragen aan de uitbreiding van het dagbehandelingmodel in de nieuwe lidstaten en de voorwaarden scheppen voor een verstandige en duurzame ontwikkeling, waarbij de in West-Europese staten begane managementfouten omzeild worden. Het basisidee achter deze uitgebreide aanpak is de sterke behoefte om tot betere en veiliger chirurgische zorg tegen lagere kosten te geraken. Ambulante heelkundige zorg kan de kosten van de gezondheidszorg tussen 30 en 40 procent verminderen. Kortere verblijf in het ziekenhuis stelt de zorgverleners in staat een hoger aantal patiënten te behandelen, waardoor de wachtlijsten verminderen. In de visie van de IAAS is een multidisciplinaire aanpak vereist.

Dit uitgebreide programma is nu in opbouw onder de naam Teach the Teachers (TtT) waarin de IAAS lokale sleutelfiguren opleidt in het opzetten van Dagchirurgie in hun landen. De leden wijzen zelf een aantal sleutelfiguren aan die van de IAAS een programma aangeboden krijgen om dat in eigen

land uit te werken. De eerste TtT cursus gaat nog dit jaar in Hongarije van start. Overige kandidaten zijn Slowakije, Polen en Roemenië.

Financiën

Waar haalt de IAAS de financiële middelen vandaan? Traditioneel dragen de nationale associaties (de NVDK) contributie af aan de IAAS. Een full member betaalt jaarlijks € 1500; associate members minder. Jaarlijks is dit goed voor € 25-30.000. Van het tweejaarlijkse congres ontvangt de IAAS per betalende deelnemer een bedrag van rond € 10.000. Tevens heft de IAAS de laatste jaren een zgn. corporate sponsor strategy ontwikkeld met de Aesculap Akademie en Vanguard Health Systems, welke twee firma's zich voor 2011-2013 verbonden hebben voor € 10.000 per jaar per firma. De President heeft het Working in Tandem-programma opgezet om met industrieën een samenwerkingsverband aan te gaan. MSD en GSK zijn in gesprek met de IAAS in dit kader. Lokale organisatoren van het Internationale Congres hebben zelf sponsorrelaties die hen helpen het congres te organiseren. De penningmeester stelt de jaarrekening en de begroting op en legt deze ter goedkeuring voor aan de GA, die twee leden benoemt om de kas te controleren.

De policy van de IAAS is er altijd één geweest van vrijwillige deelname. ExCo-leden doen hun werk zonder vergoeding, op basis van vrijwillige inzet. De reis- en verblijfkosten van de deelnemers aan de GA- en ExCo-vergaderingen worden volgens een bepaalde norm vergoed, die in de praktijk op strikt

gereguleerde maximumbedragen neerkomt. Leden hebben ook zonder kosten toegang tot de gegevens en hulpbronnen van de IAAS, en in feite is elke publicatie van de IAAS vrij toegankelijk voor elke geïnteresseerde.

Personen in de IAAS

Dr Carlo Castoro is de voorzitter van de IAAS voor de termijn 2011-2013 en hoofd van de subcommissie voor Onderwijs en Vorming. Sinds 2007 is hij hoofd van de Chirurgische Oncologie Unit van de Veneto Instituut voor Oncologie in Padova, Italië. Dr Ian Jackson, anesthesioloog en ex-voorzitter van de British Association for Day Surgery (BADs) is de volgende President. Hij beheert o.a. de website www.iaasmed.com. Deze site is, evenals die van de BADs (<http://daysurgeryuk.net/bads>) zeer de moeite van het bekijken waard. Beverly Philip en Jan Jakobsson, Raafat Hannallah, voorheen Johan Raeder, en Paulo Lemos, zijn leden die veel publiceren op ons gebied. De namen van de officers zijn ook op de website te vinden. Voorheen was Dick de Jong President (2003-2005), later ExCo-lid tot zijn uittreden. Ik ben toen gekozen als ExCo-lid en sinds vorig jaar tot Honorary Secretary zoals de Engelsen dat zo mooi weten te zeggen.

Ik hoop u zo de gewenste inblik in de IAAS te hebben gegeven en de belangstelling daarvoor gewekt te hebben. Zeker hoop ik dat velen van u in de gelegenheid zijn het 10e International Congress on Ambulatory Surgery van 5 tot 8 mei 2013 in Boedapest te bezoeken en er presentaties te houden!

Staar in mijn rechteroog

Tijdens een zomerse vakantie in de heuvels van Toscane haalt mijn Engelse vriend met volle kracht uit met zijn elleboog en raakt mij in mijn rechteroog. Hij merkt niet dat ik achter hem sta. Ik jammer van de pijn en van de angst voor de gevolgen. De pijn trekt heel langzaam weg. Enkele weken na de vakantie kan ik niet meer als voorheen de kleinste lettertjes lezen. Wat is er aan de hand? Staar, blijkt later

Ans Ankoné

Ik was zo tevreden dat ik zonder leesbril kon lezen. Handig als je veel met letters bezig bent. Niemand geloofde dat ik geen leesbril nodig had en steeds moest ik dat weer bewijzen. Wel draag ik al sinds mijn tienertijd een bril om veraf te kunnen zien. Uit ijdelheid draag ik die bril alleen als het nodig is, bij het autorijden, colleges volgen, Tv-kijken. Ik heb een charmante zonnebril met geslepen glazen voor de vakanties.

Aanvankelijk breng ik het verminderde gezichtsvermogen niet in relatie met de klap op mijn oog. Ik denk dat ik een lichte oogontsteking heb en probeer door met mijn oogleden te knippen dat lichte waas weg te krijgen, het waas lijkt te verschuiven. Ik ga maar eens naar de opticien. De opticien vertrouwt het niet en adviseert een bezoek aan de oogarts.

Drie maanden na de stoot kan ik de kleine lettertjes alleen nog lezen bij veel licht. Tijd voor een oogarts, maar welke? De uiteenlopende prestaties van artsen en ziekenhuizen geven aanleiding tot een kritische keuze. Ik doe een marktonderzoek. Een arts die het kan weten, raadt het Oogziekenhuis in Rotterdam aan. “Bel Coen Hiemstra.”

Een afspraak is gauw gemaakt, evenals de diagnose. Staar.

“U kunt zich er nog een tijdje mee redden, maar ik zie u binnen twee jaar terug”, voorspelt Hiemstra.

Veertien maanden later

Het wordt veertien maanden. Na een vergadering word ik bij het kruispunt Eemnes van de geblokkeerde snelweg afgestuurd en kom uit op de smalle secundaire weg Soest-Utrecht. Het regent hard en er komen mij vanwege de wegomlegging tientallen auto's tegemoet. De staar maakt van al die koplampen enorme wazige zonnen die samen met de regen de rechterweghelft onzichtbaar maken. Het angstzweet breekt me uit. Als er iets op de rechterweghelft ligt of als daar een fietser zonder verlichting rijdt, kan ik dat niet zien.

Natuurlijk had ik al gemerkt dat mijn gezichtsvermogen langzaam afnam, maar het gevaar daarvan voor anderen en voor mijzelf was nog nooit zo duidelijk geweest als op dat moment.

Ik tijd weer richting Rotterdam. Daar blijkt dat het gezichtsvermogen van mijn rechteroog is gereduceerd tot twintig procent. Het is of er een dik matglas voor is geschoven. Wij praten over de beste oplossing. Dat is uiteraard een operatie. Omdat ik hecht aan het gemak bij mijn werk zonder leesbril te kunnen lezen, adviseert Hiemstra een lens te plaatsen met een aangepaste sterkte zodat ik na de operatie uitkom op een brilsterkte van ongeveer -2 dioptrie. Mijn bril moet dan wel worden aangepast, maar ik kan vrolijk doorgaan met lezen en werken met de PC, zonder leesbril.

Ik zeg dat ik erg tegen de operatie op zie. Hiemstra antwoordt: “Ik zou het ook niet leuk vinden.”

Een aardige assistente doet een oogmeting. Een eveneens vriendelijke verpleegkundige informeert wat ik ter voorbereiding van de operatie moet doen, hoe de ingreep geschiedt en wat ik daarna kan verwachten. Hiemstra heeft een wachtlijst, maar ik heb

geluk. Er wordt een gaatje gevonden. De operatie zal geschieden op de schrikkelde dag, 29 februari.

Wachten op de oproep



Wachten op de oproep

De angst

De volgende weken worstel ik met visioenen van venijnige mesjes die recht op mijn oog afkomen en daar een vreselijke pijn veroorzaken. Ik ben bang dat ik mijn reflexen niet kan onderdrukken en mijn hoofd zal wegdraaien op het moment suprême.

“Je ziet de instrumenten heel even en heel vaag, vanaf de zijkant”, heeft Hiemstra gezegd.

Toch twijfel ik aan mijn vermogen tot zelfbeheersing. De operatie geschiedt immers bij vol bewustzijn.

En de pijn? Ik ben vrij pijnbestendig, maar hoe kunnen enkele druppeltjes verdovingsmiddel het hele oog ongevoelig maken? De verpleegkundige garandeerde dat het zou meevallen en dat ik de dag na de operatie best naar de opera in Amsterdam zou kunnen gaan. Ik hoor van verbazend veel bekenden dat zij al een staaroperatie hebben ondergaan en dat het weinig voorstelt.

Beroepsmatig heb ik al eens een staaroperatie bijgewoond.

“Wat knap dat u zo stil kunt blijven liggen”, heb ik

toen tegen die oudere heer gezegd.

Ik heb herhaaldelijk geconstateerd dat de staaroperatie in de meeste klinieken met professionele deskundigheid is aangeslepen tot perfecte routine. Zoals alle dagchirurgie.

In de brochure staat dat de operatie bij 97 procent van de patiënten perfect verloopt. Toch nog 3 procent complicaties: scheuren van het lenszakje, zwelling van het oog, infectie, loslating van het netvlies, met een heroperatie en mogelijk zelfs blindheid als gevolg.



Vorbereiding op de operatie

Het Oogziekenhuis en oogarts Hiemstra hebben een uitstekende naam. Maar ik heb een speciale angst als het om mijn ogen gaat. Daarom heb ik nooit contactlenzen durven nemen. Kom niet aan mijn ogen. Ik moet dus mijn gezonde verstand aanspreken. Gewoon aanvaarden wat ook anderen met gratie en geduld hebben ondergaan.

De preoperatieve zorg

Medio februari vertrek ik naar India om voor het Rotary-programma ‘Ban Polio de Wereld Uit’ kinderen in Uttar Pradesh te vaccineren. Door de grote temperatuursverschillen, tussen 0 en 35 graden, en hoestende reisgenoten, loop ik een flinke verkoudheid op met koorts en diepe hoest. Drie dagen na terugkomst uit India zal de staaroperatie plaatsvinden. Ik zuig op Trachitolttabletten, slik aspirines en

slaap zoveel mogelijk, bang dat vanwege deze griep de operatie maanden wordt uitgesteld. Koorts en hoest verminderen.

Op 29 februari brengen twee vrienden mij naar Rotterdam.

In de dagkliniek van het Oogziekenhuis staat een gastvrouw mij op te wachten. Het is half elf. Ik ben de laatste van het ochtendprogramma. Mijn vrienden zijn welkom om op een videoscherm mee te kijken naar de operatie. Eén blik op het scherm doet ze besluiten ergens te gaan lunchen.

Ik krijg een ontsmettingsmiddel aangereikt om er mijn handen mee in te wrijven. Bijna meteen wordt ik op een operatiebrancard gezet en krijg een pilletje Dormicum om de scherpe kantjes van mijn bewustzijn te verzachten. De zuurstofsaturatie van mijn ademhaling wordt gecontroleerd via de 'wasknijper' op mijn middelvinger. De verpleegkundige trekt een muts over mijn haren en een katoenen deken over mijn lijf, de voeten worden netjes ingestopt. Daarna druppelt zij drie keer Bethadinejodium in mijn oog en ten slotte het verdovingsmiddel Tetracaïne. Alles met uitleg. Voor de vierde keer wordt gevraagd naar mijn naam, geboortedatum en aan welk oog ik word geopereerd. De protocollering werkt feilloos.



Dr Coen Hiemstra aan het werk

Intussen ben ik door de Dormicum zo rustig geworden dat de aankondiging van mijn beurt lang niet die indruk maakt die ik had verwacht.

De operatie

Behalve voor een curettage ben ik nog nooit een OK binnengereden. In de OK stellen een verpleegkundige en een vrouwelijke arts zich aan mij voor. De 'opmaakprocedure' wordt voortgezet. Ik vraag of zij foto's willen maken van de ingreep omdat ik een 'ooggetuigenverslag' wil schrijven voor Kortom. Geen probleem. Ik babbel wat om het restje nervositeit de kop in te drukken.

Zij trekken een dekkleed van Gore-tex over mij heen. Er wordt een slang onderdoor geschoven die mij van zuurstof moet voorzien, wat weer via de 'wasknijper' wordt gecontroleerd. Langzaam wordt ik gereduceerd tot een oog. Het rubberdek is links van mijn rechteroog vastgeplakt en onder de oogkas gedrukt. Of worden op dat moment mijn oogleden gespreid? Af en toe voel ik druppels vloeistof, waarschijnlijk weer desinfectans afgewisseld met Tetracaïne. Ik vraag niets meer. Ik probeer mij mentaal voor te bereiden op de ingreep en concentreer mij op het lichtpunt waarnaar ik twintig minuten naar moet blijven kijken.



De bewakingsapparatuur

Als ik oogchirurg Hiemstra hoor binnenkomen die mij voor de vijfde keer vraagt naar mijn gegevens, vraag ik balorig of hij nog weet wie er bij die gegevens hoort. Hij weet het precies en antwoordt met een paar grappen. De relaxte sfeer werkt aanstekelijk.

Precies zoals Hiemstra heeft uitgelegd, zie ik vanaf de zijkanten van mijn oog twee scherpe instrumenten op mij afkomen. Het lijkt mij niet te deren. Tot mijn verbazing voel ik geen enkele pijn en bovendien zie ik niets meer, alleen die lichtbron waar ik naar moet blijven kijken. Dat is het enige dat mij deert, hoe moeilijk het is op dat licht te blijven focussen terwijl er geregeld iets in mijn oog wordt gedruppeld en er aan mijn oog wordt gesjord.

“Graag even iets naar beneden kijken, iets verder nog, kijk nu maar weer recht omhoog”, zegt Hiemstra en ik doe dat gedwee. Eén keer merk ik dat mijn aandacht verslapt. Verschrikt kijk ik direct weer recht in het licht.

“De lens zit nogal los”, zegt Hiemstra, “mogelijk is dat veroorzaakt door die klap.”

Na ongeveer vijftien minuten zegt hij: “De lens is er uit”.

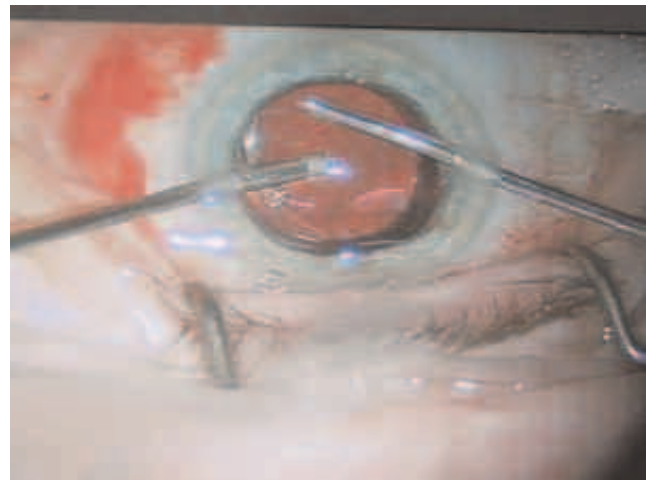
Ik betreur het vertrek van mijn lens. Dan probeer ik te voelen hoe de nieuwe lens er in wordt gezet en inderdaad, het lijkt of ik enig geduw in mijn oog voel. Vrij plotseling zegt Hiemstra: “Je bent klaar”. De rubberen bedekking wordt van mijn gezicht getrokken. Met zorg wordt er een zachte pakking met uitsparing rond mijn oog gedrapeerd, waarop vervolgens een plastic kapje met luchtgaatjes wordt gelegd en met pleisters op mijn hoofd bevestigd.

Opgelucht bedank ik Hiemstra en zijn team, zeker drie keer.

Later ben ik verbaasd te zien hoeveel uitstekende foto's het operatieteam heeft gemaakt van de ingreep. Ik heb daar niets van gemerkt.

Het resultaat

Zoals meestal na een traumatische ervaring, hebben lijf en geest behoefte aan een lange ontspannende slaap. De brochure meldt streng: de volgende morgen om half acht het beschermkapje verwijderen, het verband weggooien, de huid rond het oog reinigen en voor de eerste keer druppelen met Dexame-thason. Daarna controleren of de pupil wel rond is. Tussen half negen en toen uur wordt u gebeld voor de controle. Ik heb dus een uur om eventuele vragen te formuleren.



De nieuwe lens wordt geplaatst

Er zijn negen aandachtspunten voor het druppelen. Het lukt mij niet om staande een druppel in het oog te krijgen. Het helpt niet het onderste ooglid naar beneden te trekken zodat een opvangzakje wordt gevormd. De druppel valt op de wang. Dan maar liggend proberen. Ook dan valt het niet mee een druppel centraal in het oog te laten vallen. Maar oefening baat kunst. De tweede keer lukt het en alle keren erna. Ik controleer waar ik pijn voel, of ik mijn oog in alle richtingen kan draaien, of mijn gezichtsvermogen is verbeterd, of ik een van de complicaties heb.

Mijn oog ziet er zielig uit. Rode en iets opgezwollen oogleden, bloeditstortingen bovenin en links in het oogwit. Het oog voelt beurs, het daglicht doet erg pijn en aan de rechterzijde van het oog knippert er iets. Dat wordt niet veroorzaakt door een zenuwachtig ooglid, zie ik in de spiegel, er beweegt

iets in het oog. Op de complicatielijst staan lichtflitsen als reden voor spoedig contact. Het geopereerde oog lijkt ook dieper in de oogkas te liggen, waardoor mijn gezicht scheef lijkt. Ik kijk die dag wel vijf keer of het er nog steeds zo uitziet. Dat doet het.

De verpleegkundige beoordeelt mijn waarnemingen als niet ernstig. Als het knippen aanhoudt moet ik contact opnemen.

's Middags doe ik een middagdutje en 's avonds val ik om acht uur opnieuw als een blok in slaap. Twaalf telefoontjes van belangstellenden gaan aan mijn waarneming voorbij. Ben ik zo uitgeput door de vermoeiende reis door India, door de stevige griep die ik daar heb opgelopen, door de operatie of door een combinatie? In ieder geval, de slaap doet goed, mijn oog voelt bijna als normaal.

Nog dagen heb ik een middagslaapje nodig om mijn

oog te ontzien. Zowel binnen als buiten draag ik een zonnebril omdat het felle lentelicht onmiddellijk en overdraagbaar pijn doet. De pupil van het geopereerde oog is dan kleiner dan die van het linker oog, de natuur grijpt zelf in om het oog te beschermen. De trilling in de rechterooghoek neemt langzaam af, de bloeduitstortingen verdwijnen. Ik druppel braaf en slaap volgens het schema met het plastic kapje op mijn oog, zodat ik mijzelf in de slaap niets kan aandoen.

Ik kan weer zonder leesbril de allerkleinste lettertjes lezen. Het waas is weg. Ik zie als van ouds. Op de vijfde dag na de operatie lijken mijn pupillen even groot. Twee weken na de operatie doet het oog echter nog steeds pijn bij fel licht. Na twee dagen zonder middagdutje is mijn oog zo pijnlijk dat ik ongerust word. Na een goede nachtrust is de pijn verdwenen. Vergoed. Geduld is echt geboden. En dankbaarheid voor de kunstige en succesvolle ingreep.

Marktwerving en zachte heelmeesters

Raakt budgetplafond ook de dagbehandeling?

Marktwerving en zachte heelmeesters

In 2009 is een magische grens overschreden: er werden meer ingrepen in dagbehandeling gedaan dan met opname. Het is de vraag of deze groei in de dagbehandeling onverminderd kan doorgaan nu de overheid per 1 mei aanstaande een budgetplafond heeft aangekondigd voor alle klinieken: ziekenhuizen, Zelfstandige Behandel Centra en privéklinieken. Gelijke kappen voor ongelijke monniken. Een bezuiniging die averechts kan werken, die bovendien haaks staat op de marktwerving in de zorg en bovendien zeer verwarrend werkt in dit overgangsjaar van functiegerichte budgettering naar prestatiebekostiging.

Ans Ankoné

De gereguleerde marktwerving die sinds 2006 de Nederlandse gezondheidszorg moet beheersen, heeft felle voor- en felle tegenstanders. De voordelen van marktwerving zijn evident. Eindelijk is de kostprijs voor zorgproducten bekend en kunnen zorgverzekeraars de producten van zorgaanbieders op kwaliteit beoordelen en dus zorg inkopen voor een goede prijs en kwaliteit. Dat is ook hun wettelijke plicht. De positieve effecten van de gereguleerde marktwerving zijn duidelijk en bewezen, hoewel het nog niet overal op de gewenste wijze werkt. De oorzaken daarvan zijn divers: onvoldoende transparantie in de prestaties door slechte registratie, tegenwerking, onkunde of ondoortastendheid.

Daardoor rijzen de kosten opnieuw de pan uit en worden afgesproken budgetten overschreden. Nederland spendeert nu € 80 miljard aan de zorg. Daarom komt de overheid met een budgetplafond, budgettering voor de specialistenhonoraria en pakketverkleining.

Waar marktwerving wel lukt

De zorgverzekeraars nemen hun taak steeds serieu-

zer. Enkele zorgverzekeraars sluiten geen contracten voor bepaalde ingrepen als daarvoor onvoldoende bewijs van kwaliteit of deskundigheid is. Sommige zorgverzekeraars houden hun verzekerden – als reclamestunt – voor dat dit ten koste gaat van hun keuzevrijheid. Maar wie wil kiezen voor minder kwaliteit?

De burger maakt wel degelijk gebruik van de marktwerving en stemt met de voeten. Bedrijven en groepen verzekerden onderhandelen scherp voor een lagere premie voor hun collectieve contracten. Verzekeraars kunnen vooral een lagere premie aanbieden als zij met de zorgaanbieders tot een gunstige prijs/kwaliteit/service-verhouding komen voor de Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) in het zogenaamde B-segment. Op het B-segment wordt vrij onderhandeld en is de concurrentie stevig.

De meeste dagbehandelingen vallen onder het B-segment. Dat betreft niet-spoedeisende, planbare lichte ingrepen waarvoor opname niet nodig is, die onder de Zorgverzekeringwet vallen. Het B-segment omvat in ziekenhuizen 29% van de omzet.

De patiënt kan – na verwijzing door de huisarts – vrij kiezen naar welke instelling hij of zij wil gaan voor dagbehandeling. Dagbehandeling vindt plaats in algemene ziekenhuizen (82), de categorale ziekenhuizen (55), universitaire klinieken (8), zelfstandige behandelcentra (201 ZBC's) en privéklinieken (102). De ZBC's verrichten louter verzekerde dagbehandeling, privéklinieken deels verzekerde deels onverzekerde zorg. Er zijn alleenstaande ZBC's, ZBC's die een keten vormen en ZBC's die aan een ziekenhuis zijn gelieerd.

Al deze instellingen concurreren met elkaar, maar de ZBC's zijn daarin het beste. Hun aantal en omzet zijn de laatste jaren enorm toegenomen, mede

omdat zij gemiddeld 15% lager zijn in prijs dan de ziekenhuizen: door sterkere productgerichtheid en innovatiekracht, en daardoor gemiddeld meer efficiëntie, betere kwaliteit en service, en de patiënt-vriendelijkheid is er hoog: 8,5.

Dat betekent dat de ziekenhuizen nog flink kunnen bezuinigen. Niet alleen in de dagbehandeling, maar ook door verdere substitutie van ziekenhuiszorg naar ambulante zorg, van zware ingrepen naar lichtere ingrepen en door de zorg beter te organiseren. Dat probeert minister Schippers nu af te dwingen met een budgetplafond.

Waar werkt de markt niet of nauwelijks?

Met het A-segment halen ziekenhuizen het grootste deel – 64% – van hun omzet binnen en juist daar is de mogelijkheid tot vrij onderhandelen, dus concurrentie, nog beperkt. De overheid stelt namelijk de tarieven vast, waardoor die tarieven voor elk ziekenhuizen gelden. Die tarieven komen tot stand door het landelijk gemiddelde zorgproductprofiel van een DBC te vermenigvuldigen met de kostprijs per zorgactiviteit. De kostprijs wordt bepaald met de Referentiegroep Kostprijzen van 22 algemene, academische en topziekenhuizen die lokale kostprijzen aanleveren volgens een model dat door het instituut DBC-Onderhoud wordt aangeleverd. De kostencomponent van het DBC-product wordt vervolgens jaarlijks geïndexeerd door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Dat is een ingewikkelde exercitie.

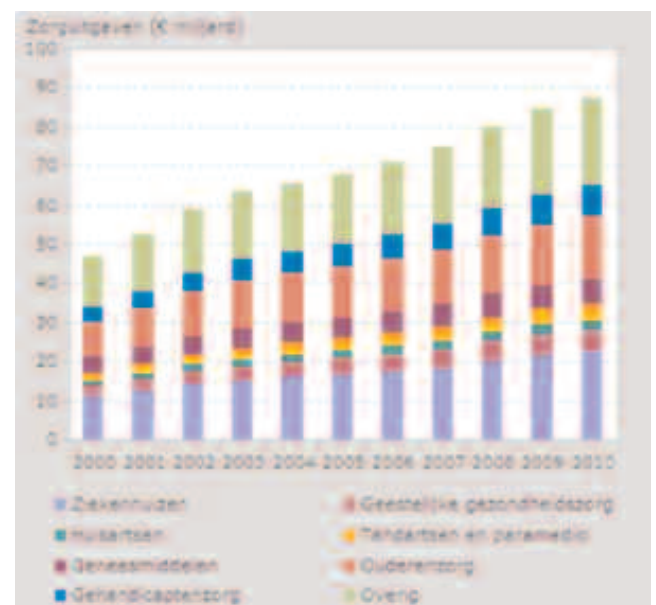
De prijs in het A-segment wordt dus niet in onderhandelingen aangescherpt. Door de gelijke tarifiering is er ruime variatie mogelijk in wat een autonoom beslissende specialist in een ziekenhuis in het individuele geval van de patiënt binnen een DBC in het A-segment verricht. Dat hangt af van wat een arts verstaat onder noodzakelijke, efficiënte, effectieve zorg van voldoende kwaliteit.

Een DBC wordt op macroniveau ingevuld en opgeschoond, maar op microniveau (ziekenhuis, ZBC, specialist) discretionair uitgevoerd. Bovendien zijn

er grote verschillen in kwaliteit en service. De mogelijkheid tot overschrijding van het budget is als het ware ingebouwd. Reden waarom veel ziekenhuizen en verzekeraars pleiten voor snelle doorvoering van vrije onderhandelingen in het A-segment, zover de verrichtingen zich daarvoor lenen.

Weer overschrijdingen en kostenexplosies

De zorgsector kostte in 2009 € 83,8 miljard tegenover 87,6 in 2010, een jaarlijkse stijging van 10%. Zonder maatregelen bedraagt de extra groei structureel ruim €2 miljard. Die kosten worden voor de helft betaald uit de staatskas, voor de helft door de burgers via de ziektekostenpremies.



De zorguitgaven zijn in 2010 nog harder gegroeid dan geraamd. Dit is te wijten aan onder meer overschrijding van het aanbod en daarmee van het overeengekomen budget, door medisch specialisten, tandartsenzorg, ziekenhuizen, paramedische zorg en bij de AWBZ, aldus VWS.

Budgetoverschrijdingen zijn een jaarlijkse pijn: voor de overheid om ze vast te stellen en toe te moeten geven dat de marktwerking weer niet heeft gewerkt, voor de aanbieders om ze telkens te moeten incasseren en ertegen te protesteren, voor de zorgverzekeraars om de premies weer te moeten verhogen in een hoog competitieve markt en voor

Berichten

de verzekerden die weer meer moeten betalen. Waar ligt het eind? Ieder partij zal iets moeten inleveren, liefst op eigen gezag.

Interne, professionele efficiëntie blijft achter. Ziekenhuizen, ZBC's en medische specialisten gaan een moeilijke tijd tegemoet. Als zij niet kritisch en professioneel zoeken naar meer efficiëntie, effectiviteit, substitutie naar goedkopere zorg, dus aanbodreductie, dan zullen de zorgverzekeraars de zorgaanbieders uit elkaar spelen en alleen de beste zorgaanbieders contracteren. De overheid zal doorgaan met budgetkortingen, budgetplafonds en honorariumplafonds, kortom de botte bijl of de kaasschaaf hanteren. Het is het oude liedje, overheden hebben geen andere methode.

Willen de aanbieders dit voorkomen dan moeten zij zelf beslissen wat state of the art nodig is, wat overbodig is en hoe de zorg beter te organiseren. Zij moeten tegenover de zorgverzekeraars kunnen bewijzen welke hoeveelheid zorg, functieonderzoek en medicijnen terecht is. Plotselinge volumegroei is immers niet toe te schrijven aan meer curatieve zorg voor de ouderen. Zijn die plotseling meer gaan vragen?



Minister VWS, Edith Schipper

Externe bezuiniging werkt frustrerend

Op dit moment is nog sprake van gescheiden macrokaders voor ziekenhuizen en ZBC's. Maar per 1 mei confronteert minister Schippers alle zorgaanbieders in de curatieve zorg met een budgetplafond om de groeilimiet te reduceren tot 2,5%. Daarnaast gaat voor de ziekenhuizen en de ZBC's een honorariumbudget gelden voor de medisch specialisten en is concentratie van specialistische en ziekenhuiszorg aangekondigd.

Waar zoekt VWS de bezuiniging en waar is die te vinden?

Ziekenhuizen en specialisten moeten in de toekomst over de vergoeding en inzet van de specialisten onderhandelen waarbij het beschikbare macrobudget van het ziekenhuis maatgevend is. De fiscale positie van ondernemer verandert hierdoor: specialisten moeten hun declaraties dan aan het ziekenhuis richten. Daar ziekenhuizen bij herhaling hun overeengekomen budgetten overschrijden en bij herhaling met budgetkortingen achteraf worden gestraft, lijkt dit een voor de hand liggende maatregel, maar met marktwerking heeft het weinig te maken.

De ZBC's die juist mee kunnen helpen te bezuinigen, worden door het budgetplafond ongericht getroffen, want niet is bewezen of zij door de marktwerking substitutie van zorg effectueren of dat zij ten onrechte meer zorg leveren.

Verwacht werd dat de omzet van de ZBC's van €335 mln. in 2009 zou doorgroeien tot €650 mln. in 2012. Het budgetplafond en het honorariumbudget buigen dit af tot €88 mln., €15 mln. minder dan de €103 mln. groei die de ZBC's dit jaar verwachten te bereiken.

ZorgKlinieken Nederland (ZKN) heeft fel tegen de maatregelen geprotesteerd op grond van de onderzoeksbevindingen van Boer&Croon.

Er is echter een hardheidsregel die de gevolgen kan verzachten: een schuifbedrag geeft zorgverzekeraars de mogelijkheid extra zorg in te kopen bij ziekenhuizen en ZBC's die bijzonder efficiënt werken. Van FB naar prestatiebekostiging: Veld, zeg het zelf maar



Voorzitter NZA: Theo Langejan

Het budgetplafond, het honorariumbudget en de pakketreductie zijn niet de enige maatregelen die dit jaar zo turbulent maken. 2012 dient als tevens overgangsjaar van het systeem van Functionele Budgettering (FB) naar Prestatiebekostiging. De marktwerking wordt dus voortgezet. Dat betekent dat alle partijen nog meer risico gaan lopen.

Voor ziekenhuizen valt de budgetgarantie stap voor stap weg, de medische specialisten zullen één lijn moeten trekken met de ziekenhuizen, de verevening ex post voor zorgverzekeraars waarmee een ongelijk verzekerdenbestand wordt verrekend, wordt strenger en de burger zal meer moeten bijdragen en geconfronteerd worden met meer eigen risico.

Het is vooral de keuze van de verevening voor de zorgverzekeraars die een moeilijke opgave is voor overheid, zorgverzekeraars en ziekenhuizen omdat

hiervoor schaduwadministraties moeten worden aangelegd voor zeer ingewikkelde berekeningen.

Over het jaar 2012 moeten verrekeningen plaatsvinden voor:

- Het transitiebedrag voor de ziekenhuizen (95% van het omzetverschil tussen prestatiebekostiging en schaduw FB),
- Het omzetplafond voor de medisch specialisten (overschrijdingen berekenen)
- De overgangsregel kapitaallasten (aanvullingen tot aan de garantiewaarde).

De NZa heeft voor twee vereveningsscenario's afgewogen en komt daarbij op zoveel voetangels en klemmen, dat is besloten het veld mee te laten beslissen.

De vraag is hoe voor de individuele verzekeraar de verevening te berekenen tijdens de transitie en in het nieuwe systeem. En welke gevolgen heeft het dat voor het honorariumdeel medische specialisten maximum tarieven gaan gelden?

Een van de problemen betreft het verschil tussen het A- en het B-segment: verzekeraars hebben hierin verschil in besteding, afhankelijk van de zwaarte van hun verzekerdenbestand. Een groot deel van de zorg valt onder het B-segment, waarbij voor het kostendeel vrije tarieven gelden. Dan ligt het voor de hand dat het honorariumdeel bij de vaste kosten zal worden gerekend. Maar dit zou de zorginkoop verstoren omdat bij ziekenhuizen met specialisten in loondienst de inkoop anders geschiedt dan in geval van vrijgevestigde specialisten.

Voor wie zich in de problematiek verdiept zal het duidelijk zijn dat gereguleerde marktwerking de enige manier is om de kosten (vraag en aanbod) te beteugelen. De overgang van budgettering naar

meer vrije onderhandelingen ook in het A-segment veroorzaakt tal van problemen die stap voor stap moeten worden opgelost om partijen niet onevenredig te schaden. Daar staat tegenover dat hoe sneller de marktwerking een feit is, hoe duidelijker het wordt hoe de prijs/kwaliteit/service- verhouding bij de diverse zorgverzekeraars en aanbieders ligt. Failissemmenten zullen onafwendbaar zijn. De overheid repareert in de nabije toekomst immers niet meer voor- of achteraf.

Daarom is ook de verwerking van de kapitaalslasten in de kosten geen eenvoudige opgave, mede omdat de instellingen met steun van de overheid zijn gebouwd, die daaraan eisen heeft verbonden die nu contramarktgericht zijn.

Gevolgen voor de burger

VWS plant een aantal maatregelen om de groei te remmen. Zoals het schrappen van aanspraken in het basispakket: door het voorschrijven van antidepressiva te beperken, de eigen bijdrage voor langdurige zorg te verhogen, evenals het eigen risico voor alle zorg. Als nu alles bij elkaar de premie maar laag genoeg blijft om de koopkracht niet te frustreren.

Conclusie: het grootste probleem bij een systeemwijziging is het bewijs te leveren dat met de wijzigingen het beoogde doel wordt gehaald. En dat bewijs is juist zo moeilijk ceteris paribus te leveren, zeker als er op diverse fronten tegelijk wordt gereorganiseerd, geconcurrereerd of bezuinigd. Het zijn weer goede tijden voor onderzoekers en rekenmeesters.

Nuchter Preoperatief: geleidelijk verschuivingen in de richtlijnen Maar, worden die ook nageleefd? Melk mag (met mate...)

*Jan H Eshuis, anesthesioloog
AMC-Dagcentrum*

De afgelopen jaren is het Niets per os na middernacht-idee terecht op de achtergrond geraakt. Hoewel het bij inductie van anesthesie van belang is dat er – om aspiratie te voorkomen – er geen maaginhoud, zag nota bene een chirurg het nut van wat drinken preoperatief in:

“While it is desirable that there should be no solid matter in the stomach when chlorophorm is administered, it will be very salutary to give a cup of tea two hours previously”
1883: JB Lister, chirurg

In 1946 is na een publicatie van Mendelson naar aanleiding van aspiratie in de verloskunde de richtlijn Niets per os na middernacht flink aantrokken:

“Alarmingly high incidence of pulmonary aspiration during General Anesthesia in obstetrics”:
NPO after midnight
1946: CL Mendelson

In 1997 stelde de American Society of Anesthesiologists (ASA) de inmiddels breed geaccepteerde Guideline on Preoperative Fasting op ter verhoging van kwaliteit en efficiency van de chirurgische patiëntenzorg: de bekende 2-4-6 regel: tot 2 uur preoperatief heldere vloeistoffen, tot 4 uur borstvoeding en tot 6 uur preoperatief vast voedsel.

Het is betreurenswaardig dat er nog steeds publicaties verschijnen waaruit blijkt dat er zeer conservatief wordt omgegaan met nuchterheidsregels. Een Duits onderzoek naar de aangehouden nuchterheidsperiodes liet als resultaat zien: Patients reported mean fasting times of 10+/-5 h for fluids and 15+/-4

h for solid food... Despite the apparent understanding of the benefits from reduced pre-operative fasting, full implementation of the guidelines remains poor in German anaesthesiology departments.

Echt nieuw voor de meesten van ons is een aanbeveling in de zeer recent uitgekomen ESA (European Society of Anesthesiology) richtlijn op het gebied van nuchter zijn. Hoewel grotendeels in lijn met de inhoud van de bovengenoemde ASA-richtlijn is een nieuw element dat “een wolkje melk” in thee of koffie GEEN reden meer is om iemand als niet-nuchter te beschouwen. We kennen allemaal het probleem van patiënten die zich niet helemaal aan de voorschriften houden met betrekking tot nuchterheid, maar als ze bekennen dat ze wat melk in de koffie of thee hebben gedronken tot 2 uur preoperatief, hoeft de operatie dáárom niet uit- of afgesteld te worden! Zoals het in de ESA-guideline staat: ... that tea or coffee with milk added (up to about one fifth of the total volume) are still clear fluids.

Practice guidelines for preoperative fasting to reduce the risk of pulmonary aspiration: Application to healthy patients undergoing elective procedures: A report by the ASA Task Force on Preoperative Fasting. *Anesthesiology* 1999;90:896-905

Breuer JP, Bosse G, Prochnow L, Seifert S, Langelotz C, Wassilew G, Francois-Kettner H, Polze N, Spies C. Reduced preoperative fasting periods. Current status after a survey of patients and colleagues. *Anaesthesist*. 2010 Jul;59(7):607-13.

Smith I, Kranke P, Murat I, Smith A, O'Sullivan G, Søreide E, Spies C, in't Veld B; European Society of Anaesthesiology. Perioperative fasting in adults and children: guidelines from the European Society of Anaesthesiology. *Eur J Anaesthesiol*. 2011 Aug;28(8):556-69.

Berichten

Ziekenhuizen kunnen 170 miljoen besparen met barcodes

17 januari 2012

Ziekenhuizen in Nederland kunnen tussen 100 en 170 miljoen euro besparen door invoering van gestandaardiseerde barcodes bij medische hulpmiddelen. Dit blijkt uit de GS1 business case 'Patiëntveiligheid en efficiency in de OK'.

Aanleiding voor de business case was de wens van Universitaire Medische Centra (NFU), algemene ziekenhuizen (NVZ) en ziekenhuisapothekers (NVZA) om eind 2012 alle verpakkingen in ziekenhuizen te voorzien van de GS1 codering. GS1 Nederland houdt zich bezig met het ontwikkelen van standaarden voor diverse sectoren.

Voordelen codering

De grootste winst op gebied van codering valt te behalen doordat minder producten afgeschreven hoeven te worden omdat de houdbaarheidsdatum is verstreken. Een vermindering van 80 procent, zo blijkt uit de business case. Ook kan de voorraadhoogte met 20 procent verminderd worden omdat precies wordt bijgehouden hoeveel producten er in voorraad zijn en automatisch producten worden bijbesteld als de voorraad een bepaald minimum heeft bereikt. Ook leidt invoering van de GS1 codering tot een verbetering van de patiëntveiligheid omdat precies getraceerd kan worden bij welke patiënt bijvoorbeeld welke kunstnie of pacemaker is geïmplanteerd. Mocht er iets mis zijn met een implantaat, dan kan makkelijk achterhaald worden bij welke patiënten het implantaat vervangen moet worden.

Efficiencywinst

In de business case is voor ziekenhuizen precies in kaart gebracht wat de kosten en baten zijn als GS1

codering wordt ingevoerd bij medische hulpmiddelen. In de ziekenhuizen bedraagt de totale omzet van medische hulpmiddelen 2,4 miljard euro (exclusief kapitaalgoederen, bron NVZ). Om deze efficiencywinst te behalen zullen de ziekenhuizen echter wel moeten investeren. Zo zullen er scanners en software aangeschaft moeten worden, systemen zullen moeten worden aangepast en het personeel zal moeten worden geschoold. In de business case worden de kosten hiervoor geschat op circa 200.000 euro per ziekenhuis met een terugverdientijd van acht maanden.

Draagvlak

Per ziekenhuis kunnen de besparingen door invoering van de GS1 codering flink oplopen. Het probleem is echter dat het draagvlak binnen ziekenhuizen voor dit soort logistieke verbetering niet altijd even hoog is. In de Nederlandse zorgsector wordt dan ook nog nauwelijks gebruik gemaakt van barcodes.

GS1 Nederland pleit ervoor het gebruik van barcodes voor geneesmiddelen en medische hulpmiddelen in de zorgsector wettelijk verplicht te stellen. Ervaringen in het buitenland laten namelijk zien dat dit tot een versnelling van de invoering van gestandaardiseerde codering leidt.

Politiek

De Tweede Kamer toont zich inmiddels ook geïnteresseerd in gestandaardiseerde barcodes. Zo drongen Tweede-Kamerleden Karen Gerbrands (PVV) en Margreet Smilde (CDA) bij minister Schippers aan tot invoering van de codering. Want, zo stellen Gerbrands en Smilde, alleen met een uniform barcode-systeem gaat de patiëntveiligheid omhoog en gaan de zorgkosten omlaag. De minister heeft in december 2011 aangekondigd dat ze dit voorjaar met maatregelen komt die zullen leiden tot invoering van uniforme barcodering in de zorg.

GS1

GS1 is een internationale non-profit organisatie die

zich richt op verbetering in de keten door de invoering van standaarden, bijvoorbeeld met behulp van barcodes. GS1 Nederland heeft vorig jaar berekend wat de kosten en baten zijn als ziekenhuizen gebruik maken van de zogeheten GS1 Global Traceability Standard voor Healthcare.

Op zoek naar goede zorg

30 december 2011

In het streven betrouwbare kwaliteitsindicatoren te ontwikkelen is de sector verpleging, verzorging en thuiszorg de weg kwijt geraakt. Waar waren we ook weer naar op zoek?

Iedereen lijkt het erover eens: het adagium 'meten is weten' werkt niet meer.

De beginjaren van deze eeuw stonden in het teken van de inrichting van processen en het meten van de kwaliteit aan de hand van procesindicatoren. Totdat iedere zorgorganisatie in de VV&T zo'n beetje HKZ-gecertificeerd was en men constateerde dat het eigenlijk weinig zei over de daadwerkelijk geleverde zorg. Meten op zorguitkomsten én ervaring van cliënten zou de werkelijkheid van de kwaliteit weergeven. Mede naar aanleiding van de 'pyjamadagen' en de geplande toiletrondes in de verpleeghuizen werden de normen verantwoorde zorg ontwikkeld. Er werden verscheidene uitkomstindicatoren opgesteld en weer bijgesteld; om vervolgens te concluderen dat er heel wat mis gaat in het proces van meten, registreren, aanleveren en interpreteren. De betrouwbaarheid is ver te zoeken, blijkt nu. Ook de CQ-indexen staan ter discussie, want die lijsten zijn veel te lang en te onpersoonlijk. We zijn in de VV&T-sector duidelijk de weg kwijt met kwaliteit, waar waren we eigenlijk naar op zoek?

Wat is kwaliteit?

Kwaliteit is een lastig begrip om te definiëren. Onderzoekers melden dat er tot nu toe geen algemeen geaccepteerde methode is om kwaliteit van zorg te meten en zorginstellingen te kunnen vergelijken.

De toekomstige Wet cliëntenrechten zorg, die als doel heeft de cliënt van een betere rechtspositie te voorzien, zal ook uitsluitel moeten geven over wat kwaliteit is. Een uitgangspunt is in ieder geval een open zorgverlener die de cliënt in alle fasen van het zorgproces betreft. Maar wat als dat niet gebeurt? Kan de cliënt dit dan afdwingen? De wet is er nog niet. Wel is besloten een kwaliteitsinstituut in het leven te roepen die de opdracht krijgt om kwaliteit te bepalen en de site kiesbeter.nl tot een succes te maken.

Goede zorg

Door steeds meer de focus te leggen op de verantwoording van de zorgverlening is de essentie van goede zorg uit het oog verloren. Zorgverlening is gedegradeerd tot protocollaire taken en doorspekt met gefragmenteerde beheersingsprincipes. Niet de zorgverlening, maar het geforceerd meten ervan is het doel geworden.

Goede zorg sluit aan bij de individuele zorgbehoefte van de cliënt en draagt bij aan diens kwaliteit van leven. Goede zorg is per definitie ook verantwoorde zorg, verantwoord in de zin van veilig en voor zo ver mogelijk evidence based.

Goede zorg kan alleen tot stand komen in de relatie tussen cliënt en professional die is gebaseerd op vertrouwen en waarin de individuele zorgbehoefte centraal staat. Systemen, protocollen en richtlijnen blijven altijd een hulpmiddel.

Goede zorg vereist in de eerste plaats deskundige professionals, die de juiste zorgbehoefte en het gehele cliëntensysteem kunnen overzien en die zonodig buiten de gebaande protocollaire paden kunnen treden. Die de regie nemen in het zorgproces, soms de regie van cliënt overnemen, maar op het juiste moment ook weer loslaten.

Ruim baan voor de professionals

Ik pleit er dan ook voor om alles wat de professionals in de weg zit om hun werk goed te kunnen doen, te minimaliseren. Faciliteer hen optimaal, zorg dat ze deskundig zijn en blijven. Investeer in een uniforme classificatiemethodiek voor goede zorgdiagnostiek en interventies. Dat moet professio-

nals houvast geven en uitsluitend dienen om de effecten van de zorgverlening te kunnen volgen en (multi)disciplinair af te stemmen. Hier is een belangrijke taak voor de beroepsgroepen zelf weggelegd.

Ontwikkel een cultuur van échte openheid waarin zelfreflectie en lerend vermogen van teams welvaren. Maar geef vooral het vertrouwen aan de professionals; zij bepalen vanuit hun intrinsieke motivatie het niveau van de kwaliteit van de zorg.

Vergeet niet om deze randvoorwaarden ook te borgen. Met een controle daarop is niets mis; die uitkomsten moeten voldoende zijn voor externe verantwoording en transparantie. Op deze manier wordt vertrouwen in de zorgprofessional ge(her)steld en geïnvesteerd in het fundament van een professionele cliëntrelatie, het vertrekpunt voor goede zorg.

Houd het simpel

Als het 'pyjamadagen-probleem' destijds door een enquêtecommissie op de werkelijke oorzaken was onderzocht, waren de slechte randvoorwaarden inzichtelijk geweest en hadden we een enorme verspilling kunnen voorkomen. Deze 'vertrouwenscrisis kwaliteit' was ons mogelijk bespaard gebleven.

Door de focus te verleggen van proces- en uitkomstindicatoren naar de randvoorwaardelijke, houd je het simpel én meetbaar. De professional zal gedijen en zijn basale én vaak bezielde opdracht: het leveren van goede zorg, kunnen waarmaken. Waren we daar niet naar op zoek?

Catharina Walma, kwaliteitsmanager, lead auditor en verplegingswetenschapper

Schippers wil betere zorg met innovaties

16 januari 2012

Betere zorg tegen lagere kosten. Na een werkbezoek van een week aan de VS is minister Edith Schippers van VWS er zeker van dat innovaties niet altijd hoeven te leiden tot stijgende kosten. Vooral met het toepassen van informatietechnologie is er nog een wereld te winnen, denkt de minister.

Zo kan de samenwerking tussen behandelaars verbeteren door 'hightechvoorzieningen' waarmee patiënten ook beter worden geïnformeerd. Een consult op afstand kan een patiënt meer vrijheid opleveren en tevens reistijd besparen bij behandelaar en patiënt, zo zag de bewindsvrouw.

Zorg, wetenschap en bedrijfsleven

Schippers: "Het is glashelder dat de oplossing ligt in de driehoek zorg, wetenschap, bedrijfsleven. Als die 3 partijen nog beter samenwerken, op elkaar inspelen en soms zelf tot op zekere hoogte met elkaar vervlochten durven zijn, kan de kwaliteit van de zorg en van het werken in de zorg omhoog gaan, terwijl we tegelijkertijd kosten besparen. Dat is goed voor de patiënt, goed voor de zorgverlener en winst met het oog op de betaalbaarheid van de zorg in de toekomst."

Betrek artsen en verpleegkundigen

Ze realiseert zich dat de door haar gewenste daling van deze kosten niet eenvoudig is in te boeken. "Het gaat niet vanzelf. Cruciaal is dat artsen en verpleegkundigen meer worden betrokken bij de ontwikkeling van nieuwheidjes die daardoor eerder als een verbetering worden ervaren", aldus Schippers. (Zorgvisie – Mark van Dorresteijn | Twitter | Foto: ANP – Phil Nijhuis)

Internetconsult voorkomt driekwart ziekenhuisverwijzingen

26 januari 2012

Door consulten via internet tussen Nederlandse huisartsen en dermatologen hoeft driekwart van de patiënten met huidklachten niet doorverwezen te worden naar een specialist in het ziekenhuis. Dat blijkt uit het onderzoek van promovendus Job van der Heijden aan het AMC in Amsterdam.

Met zogenoemde TeleDermatologie kan fors bespaard worden op de stijgende kosten in de zorg. Bovendien worden ernstige huidziekten zoals eczeem, infecties of goedaardige tumoren eerder ontdekt en kunnen spoedgevallen sneller worden doorverwezen.

Consulten

Tussen 2007 en 2010 verdrievoudigde het gebruik van TeleDermatologie. Inmiddels maken meer dan 5000 huisartsen en 300 dermatologen er gebruik van. Van der Heijden onderzocht samen met anderen de effecten van 37.000 teleconsulten die ruim 1800 huisartsen tussen 2007 en 2010 verrichtten met 166 dermatologen in ziekenhuizen. Via internet stellen de huisartsen vragen, melden bijzonderheden over de patiënt en sturen digitale foto's mee. De dermatologen reageren gemiddeld binnen 4,6 uur. Daardoor hoefde uiteindelijk 74 procent van de patiënten die de huisarts wilde doorverwijzen naar een specialist, niet naar het ziekenhuis.

Second opinion

In de groep die de huisarts aanvankelijk niet wilde verwijzen, maar voor wie hij toch voor advies een teleconsult vroeg, werd 16 procent van de patiënten na zo'n second opinion alsnog doorverwezen voor een afspraak in het ziekenhuis. Die mensen hadden anders langer moeten wachten of hun kwaal was pas later ontdekt. (Zorgvisie

Patronen herkennen in data redt levens

25 november 2011

Van artsen wordt verwacht dat ze levensreddende beslissingen in een aantal minuten of seconden kunnen nemen. Slimme software kan hen helpen tot de juiste diagnose te komen door razendsnel verbanden te leggen tussen uiteenlopende gegevens.

Lotte, een ogenschijnlijk gezond meisje van drie krijgt de waterpokken. In eerste instantie passen de symptomen in het ziektebeeld. Op de derde dag ontwikkelt ze echter hoge koorts en is ze zeer lusteloos. Haar ouders brengen haar direct naar de huisarts, maar deze ziet de koorts als één van de symptomen van de waterpokken en stuurt haar naar huis. 's Nachts krijgt Lotte een paarse zwelling rond haar buik en haar ouders brengen het jonge meisje direct naar de spoedeisende hulp. Hier worden ze gerustgesteld met de mededeling dat het slechts gaat om uitdroging. Opgelucht keert het gezin huiswaarts. Eenmaal thuis raakt Lotte binnen een paar uur in een delirium en de ambulance brengt haar met spoed naar het ziekenhuis. Daar ontdekt een specialist dat Lotte symptomen vertoont van het mogelijk fatale Toxischeshocksyndroom (TSS) en Necrotising Fasciitis, ook wel bekend als 'de vleesetende ziekte.' In de spoedoperatie die volgt worden er grote delen van het vlees rondom haar buik weggesneden. Organen van het meisje vallen uit en ze krijgt een hartstilstand. Haar overlevingskans is tien procent.

Verkeerde diagnose

Het geval van Lotte is hypothetisch, maar illustreert een zeer reëel en uitdagend probleem: een verkeerde diagnose als gevolg van een medische fout. Volgens een recente studie krijgt 15 procent (één op de zeven) van de patiënten te maken met een onjuiste of te laat gestelde diagnose. Eén van de belangrijkste oorzaken achter een medische fout is dat artsen en zorgverleners minder toegang hebben tot

slimme IT-tools waarmee ze sneller en betere beslissingen kunnen nemen. En dat in tijden dat de biomedische kennis aanzienlijk is toegenomen. Een investeerder bijvoorbeeld, zou gebruikmaken van statistieken van financiële persbureaus zoals Bloomberg en Reuters om hem te ondersteunen bij het nemen van een beslissing. Van artsen wordt echter verwacht dat ze levensreddende beslissingen in een aantal minuten of seconden kunnen nemen. Deze beslissingen zijn gebaseerd op wat zij weten en die kennis is per definitie onvolledig. Het is daarom niet verwonderlijk dat er fouten optreden. Wat verontrustend is dat deze fouten levens kunnen kosten.

Ziektebeelden

In de basis is de gezondheidszorg een kennisintensief en menselijk domein. Elke patiënt heeft immers een unieke achtergrond, symptomen en tendensen. Ziektebeelden zijn daarnaast ook nog eens complex, muteren en zijn altijd onvoorspelbaar. Zorgverleners verwerken en verzamelen alle aanwezige informatie om de best mogelijke zorg te bieden aan de patiënt. Het nadeel is alleen dat de hoeveelheid informatie elke dag groeit en dat veel van de aanwezige informatie ongestructureerd is. Denk hierbij aan informatie als de gesprekken tussen arts en patiënt, telefoongesprekken en e-mails. Begrip van deze informatie, die rijk is aan medische inzichten, is van cruciaal belang voor het nemen van beslissingen. Slimme technologie is het middel om dit inzicht binnen gezondheidszorg te bieden.

Technologie

Met een nieuwe technologische ontwikkeling, een 'diagnose dashboard', wordt het mogelijk automatisch alle vormen van ongestructureerde medische informatie te begrijpen en te verwerken. Het stelt zorgverleners in staat hun persoonlijke kennis te combineren met de grote hoeveelheid aan kennis die aanwezig is in patiëntendossiers, labuitslagen en medische literatuur. De arts voert de symptomen in het systeem en het dashboard geeft een lijst met mogelijke diagnoses en passende behandelplannen die hij kan overwegen. De lijst staat in volgorde van

waarschijnlijkheid en is gebaseerd op conceptueel begrip van de symptomen en de kans dat deze gerelateerd zouden zijn aan een specifieke ziekte. Er wordt bijvoorbeeld automatisch een link gelegd tussen 'verhoging' en 'hyperthermie', als een patiënt spreekt over koorts. De checklist kan zowel worden geraadpleegd via de pc, als via de iPad en andere mobiele apparaten.

Vermijdbare medische fouten

Het diagnosedashboard kan een belangrijke rol spelen in het minimaliseren van vermijdbare medische fouten. Het dashboard begrijpt de context van medische concepten en kan intelligent de arbeidsintensieve (diagnose)fase van het werk van een arts automatiseren. Het dashboard helpt medici in hun dagelijkse werkzaamheden en dient als een check van hun acties. Daarnaast helpt het artsen om informatiegedreven en gefundeerde diagnoses van hoge kwaliteit te stellen. De diagnoses zijn niet altijd voor de hand liggend, maar worden gesteld door belangrijke informatie uit het patiëntendossier met elkaar te verbinden. De combinatie van deze gegevens leidt tot een zeer waarschijnlijke oorzaak, waardoor de juiste conclusie kan worden getrokken. Zorgaanbieders die in staat zijn om de ongestructureerde en gestructureerde informatie die in hun systemen zijn opgeslagen beter te benutten, verbeteren daarmee de kwaliteit van de zorg.

Denk bijvoorbeeld aan Jessica die zich na haar vakantie in Vietnam bij haar arts in Nederland meldt met koorts, spierpijn en koude rillingen. De arts stelt vast dat het gaat om een infectie van de urinewegen, doet een aantal test en Jessica begint met een antibacteriële behandeling. Haar klachten blijven ondanks de medicatie toch aanhouden en op de vijfde dag krijgt ze huiduitslag en pijn aan haar ogen. Haar arts doet nog een aantal testen op zoek naar alle mogelijke infectieziekten en systemische oorzaken. Jessica's toestand verslechtert en na zeven dagen blijkt dat ze lijdt aan Dengue Fever, een infectieziekte veroorzaakt door een virus dat wordt overgedragen door muggen die vaak voorkomen in tropische landen als Vietnam. Ze wordt opgenomen

in het ziekenhuis en start met de juiste behandeling. In dit geval zou het diagnose dashboard, op basis van de symptomen, klinische kenmerken, geslacht en leeftijd van de patiënt en reizen, de arts automatisch attenderen op een hoge waarschijnlijkheid van Dengue Fever. Met een snellere behandeling en herstel als resultaat.

Contact over de hele wereld

Medici kunnen via de toepassing specialisten en andere medici over de hele wereld raadplegen. Aan de hand van hun profiel worden ze verbonden met professionals en specifieke klantcases die conceptmatig matchen. Op die manier is samenwerking mogelijk en worden geografische barrières doorbroken.

Stel dat een cardioloog in een grote medische praktijk te maken heeft met een zwangere patiënt die lijdt aan de hartziekte mitralisklepstenose. De dienstdoende arts twijfelt tussen een medische of operatieve behandeling en wil overleggen met een verloskundige en met neonatale specialisten die ervaring hebben met vergelijkbare cases. De technologie stelt hem in staat om collega's met een relevante specialisatie en bestaand onderzoek over dit onderwerp te lokaliseren, zodat hij snel een team van specialisten kan samenstellen en raadplegen om de patiënt te behandelen.

Verspreide informatie

De gezondheidszorg moet nog een aantal stappen zetten voordat ze grip hebben op alle beschikbare informatie die wordt gevormd en verspreid binnen verschillende instituten. Door te kiezen voor intelligente technologie, die in staat is de betekenis van informatie te begrijpen, kunnen ze alle beschikbare informatie inzetten om betere diagnoses en behandelingen te bieden. Verwacht wordt dat dergelijke diagnostische software die het verzamelen van informatie automatiseren, een belangrijke factor zullen spelen voor het behandelen van meer patiënten, kostenbesparing en het streven naar betere kwaliteit van zorgverlening binnen de zorgsector.

Eric Rousseau, Regional Manager Benelux, Autonomy

Norovirus in Catharinaziekenhuis Eindhoven

30 januari 2012

Bij 13 patiënten van het Catharinaziekenhuis in Eindhoven bestaat er verdenking dat ze het norovirus hebben opgelopen.

Een woordvoerder van het ziekenhuis zei zondag dat een deel van hen ook wel daadwerkelijk besmet zal zijn. Dat wordt nu onderzocht. Het norovirus veroorzaakt een hevige buikgriep en is zeer besmettelijk. Daarom is er een opnamestop voor de getroffen afdeling ingesteld, zodat er geen nieuwe besmettingen kunnen worden veroorzaakt. Volgens de zegsman van het Catharinaziekenhuis zijn er ook in andere ziekenhuizen in Zuidoost-Brabant besmettingen met het norovirus. (ANP – Wouter van den Elsen / Twitter / Beeld ANP Sander Koning)

EPD technisch succesvol, besluitvormingsproces mislukt

7 februari 2012

Het landelijk EPD is niet het zoveelste ICT-debacle. Het doel om een landelijke infrastructuur voor de uitwisseling van patiëntgegevens op te zetten is behaald. De invoering van het landelijk EPD is echter mislukt omdat VWS er niet in is geslaagd om zorgpartijen hiervoor medeverantwoordelijk te maken.

Dat concluderen de onderzoekers van de Nederlandse School voor Openbaar Bestuur die in opdracht van het ministerie van VWS het besluitvormingsproces rondom de invoering van het landelijk EPD hebben onderzocht.

Cruciaal

Dit besluitvormingsproces kent een geschiedenis van ruim 15 jaar. Cruciaal in deze geschiedenis is de motie van D66 Tweede Kamerlid Koser Kaya in

2005 waarin de regering wordt verzocht om de regie te nemen bij de invoering van het landelijk EPD.

Discussies

Het is het ministerie van VWS vervolgens niet gelukt om de verschillende partijen in de zorg medeverantwoordelijk te maken voor de invoering van het EPD. Daarbij hielp het ook niet dat er voortdurend discussies waren over wat het EPD precies is. Het EPD is “alles behalve een eenduidig fenomeen”, zo stellen de onderzoekers.

Kop van Jut

Die tegenstrijdige opvattingen onder de zorgpartijen over het EPD kwamen op het bordje van VWS terecht met als gevolg dat het ministerie steeds meer in de rol van ‘Kop van Jut’ terecht kwam. VWS moest de problemen maar oplossen, zo vonden de zorgpartijen.

Verantwoordelijkheid

Pas toen de EPD-wet in de Eerste Kamer was gesneuveld hebben de zorgpartijen alsnog de verantwoordelijkheid voor het voortbestaan van het landelijke infrastructuur naar zich toe getrokken. Dit zou volgens de onderzoekers bij toekomstige grootschalige ICT-trajecten vanaf het begin een belangrijk doel moeten zijn: hoe zorg ik ervoor dat betrokken veldpartijen medeverantwoordelijkheid nemen voor de implementatie?

Zorgverzekeraars: eHealth sneller invoeren

6 februari 2012

De zorgverzekeraars willen dat de implementatie van eHealth sneller gebeurt dan tot nu toe het geval is. De zorgverzekeraars hebben daarom besloten om ‘precompetitief’ te gaan samenwerken om dit te bewerkstelligen, zo meldt het ZN-journaal.

Een snellere invoering van eHealth is volgens de zorgverzekeraars belangrijk omdat eHealth kansen

biedt voor substitutie van zorg, meer zelfmanagement bij patiënten en verhoging van de kwaliteit. Bovendien biedt eHealth de mogelijkheid om het dreigende arbeidstekort in de zorg op te vangen.

Inkoopgidsen

Op dit moment werkt Zorgverzekeraars Nederland samen met de KNMG en de NPCF aan de opstelling van een Nationale Implementatie Agenda eHealth. De precompetitieve samenwerking tussen de zorgverzekeraars moet uitmonden in een reeks inkoopgidsen voor eHealth waarin kwalitatieve randvoorwaarden staan voor de inkoop van verschillende eHealth-toepassingen. Er is al een inkoopgids voor eHealth bij chronisch hartfalen en diabetes.

Patiënten waarderen medische informatie op internet

16 februari 2012

Patiënten stellen het op prijs als ze voor een medische consult toegang krijgen tot een beveiligde website met informatie-op-maat. Ze bekijken deze informatie uitgebreid, ook patiënten die niet gewend zijn zelf op internet naar informatie te zoeken. Dit blijkt uit een publicatie van onderzoekers van het NIVEL en UMC Utrecht in het wetenschappelijke tijdschrift Journal of Cancer Education.

Veel patiënten zoeken op internet naar informatie over hun ziekte. Daar zijn zorgverleners niet altijd blij mee omdat niet alle informatie op internet deugt. Maar zorgaanbieders kunnen internet ook gericht inzetten om patiënten beter voor te bereiden op het consult.

Vorbereiding

Het NIVEL en de afdeling Medische Genetica van het UMC Utrecht ontwikkelden de website E-info geneca, een website met informatie op maat over erfelijkheidsonderzoek voor borstkanker. Meer dan honderd vrouwen die van het ziekenhuis een login

kregen, bezochten uitgebreid de website als voorbereiding op hun eerste bezoek aan de klinisch geneticus of genetisch consulent. Gemiddeld 21 minuten. Ze waren bovendien heel positief over de website. Ze vonden de informatie bruikbaar en goed passen op hun individuele situatie.

Ouderen

De onderzoekers bekeken ook in hoeverre verschillende leeftijdsgroepen uit de voeten konden met de website. Ze vonden geen verschil in leeftijd en in hoe vertrouwd mensen waren met internet. Ook ouderen kunnen overweg met een eenvoudige website, zolang ze maar een directe link krijgen van het ziekenhuis, zo bleek.

Vragen

De uitgangspunten van de website E-info geneca kunnen voor allerlei patiëntengroepen gebruikt worden. Patiënten wordt voorafgaand aan het consult aangeraden om de website te bezoeken. Daarbij wordt ze ook gevraagd om na te denken welke vragen ze hebben.

Beginpunt

De website E-info geneca biedt namelijk ook de mogelijkheid vragen voor het consult op te schrijven. Deze worden naar de klinisch geneticus of genetisch consulent gestuurd via een beveiligde verbinding en vormen het beginpunt voor het consult. Minder dan de helft van de vrouwen maakte gebruik van deze mogelijkheid. De onderzoekers willen dit onderdeel nog verbeteren door bijvoorbeeld voorbeeldvragen erbij te zetten.

Communicatieprijs

Het NIVEL en de afdeling Medische Genetica van het UMC Utrecht wonnen met het onderzoek en de website onlangs de Medisch Contact Communicatieprijs

ZN: 'Aansluiting LSP minimale kwaliteitseis'

6 maart 2012

Aansluiting op het landelijk schakelpunt (LSP) wordt voor de zorgverzekeraars volgend jaar als minimale kwaliteitseis gesteld. Dat is althans de inzet. Voorwaarde is dat alle technische problemen zijn opgelost en aansluiting op het LSP door zorgaanbieders en inspectie als veldnorm is vastgesteld.

Dat zegt directeur Pieter Hasekamp van Zorgverzekeraars Nederland in een interview met ICTzorg magazine dat eind deze week uitkomt.

Minimale kwaliteitseis

Volgens Hasekamp wordt aansluiting op het LSP door de zorgverzekeraars als minimale kwaliteitseis gesteld op verzoek van de huisartsen, apothekers en ziekenhuizen die het initiatief hebben genomen voor de doorstart van het LSP. "Ons is gevraagd om ervoor te zorgen dat het niet iets vrijblijvends blijft."

Veldnorm

Het is anderzijds aan de zorgaanbieders en de Inspectie voor de Gezondheidszorg om aansluiting op het LSP als veldnorm vast te stellen. Hasekamp: "Het is vervolgens aan de individuele zorgverzekeraars om te bepalen hoe zij gaan bevorderen dat zorgaanbieders zich aan die veldnorm houden: door een opslag op het tarief of door het als absolute voorwaarde in de contractering te hanteren,"

Politieke bemoeienis

Dat de Tweede Kamer zich uitgesproken heeft tegen verplichte aansluiting op het LSP, daar heeft Hasekamp geen boodschap aan. "Gelukkig worden kwaliteitsnormen niet door de Tweede Kamer vastgesteld en dat lijkt me een goede zaak gezien de geschiedenis van politieke bemoeienissen met dit onderwerp." (ICTzorg – Mario Gibbels | Foto: ZN)

Amerikaanse artsen bestraft voor misbruik social media

27 maart 2012

Medische tuchtcolleges in Amerika leggen harde straffen op aan artsen die social media verkeerd gebruiken. Dat blijkt uit een studie in de Journal of the American Medical Association. Voor het onderzoek zijn 48 directeuren van de 68 tuchtcolleges in Amerika ondervraagd.

Iets meer dan de helft (56 procent) van de tuchtcolleges heeft serieuze maatregelen genomen zoals berisping, schorsing of zelfs intrekking van de bevoegdheden. Fouten werden gemaakt op het gebied van ongepaste patiëntcommunicatie of verkeerd voorschrijven van medicijnen. Verder worden artsen ook beboet voor het maken van denigrerende opmerkingen over patiënten of voor het online zetten van foto's waarop zij onder invloed te zien zijn.

Zorg en patiënt

'Alle zorgorganisaties moeten nadenken over hun online gedrag en hoe dit patiënten en de zorg kan beïnvloeden', stelt onderzoeksleider Ryan Greysen, die tevens assistent professor ziekenhuismedicijnen is aan de Universiteit van California. 'Het is vooral belangrijk omdat het aantal artsen dat gebruik maakt van social media, hard groeit.' Inmiddels gebruiken negen op de tien artsen in Amerika social media privé en 67 procent ook professioneel. De auteurs verwachten daarom dat de problemen in de toekomst zullen toenemen.

Potentie vs gevaar

'Digitale media heeft een enorm potentieel voor artsen en patiënten', reageert Humayn Chaudry, directeur van de Stat Medical Boards. 'Het geeft ons de kans om informatie te delen en betekenisvolle relaties op te bouwen. Artsen moeten echter ook opgeleid worden hoe zij professioneel blijven en zich houden aan de ethische standaarden wanneer zij zich in de online wereld begeven. Als zij daarin

falen dan kan dat patiënten schaden en carrières beëindigen.'

(Zorgvisie/ICT – Mark van Dorresteij)

Centramed lanceert film over omgaan met medische misers

27 maart 2012

Aansprakelijkheidsverzekeraar Centramed wil artsen en andere zorgverleners helpen om na een incident gemakkelijker in gesprek te treden met hun gedupeerde patiënt. Daarvoor is een film ontwikkeld.

Vandaag gaat de film in Utrecht in première. Directeur curatieve zorg van VWS, Véronique Esman-Peeters neemt het eerste exemplaar in ontvangst.

Eyeopener

'Deze film is niet zozeer bedoeld om het aantal claims te reduceren', laat een woordvoerder van Centramed weten. Hij zegt dat er de laatste jaren zelfs geen duidelijke toename in claims is te zien. Ziekenhuizen besteden al jarenlang aandacht aan laagdrempelige afhandeling van klachten. Daarvoor zijn klachtenfunctionarissen aangesteld. Deze helpen specialisten en andere zorgverleners bij het communiceren met patiënten. Toch is dit nog niet genoeg, zegt Centramed: 'De boodschap is nog onvoldoende doorgekomen. Deze film is een nieuwe vorm van aandacht en kan een eyeopener zijn.' Ziekenhuizen kunnen Centramed inhuren voor de presentatie van de film en een trainingstraject.

Medeleven

Centramed-directeur Barbara Stam: 'Artsen denken nogal eens dat ze de patiënt geen spijt of medeleven mogen tonen omdat daarmee aansprakelijkheid erkend zou worden. De film maakt eens te meer duidelijk dat een arts na een incident juist al zijn kundigheid en menselijkheid in moet zetten om het leed bij de patiënt fysiek en psychisch te verzach-

ten. Dat staat los van aansprakelijkheidskwesties'. De erkenning dat er iets is misgegaan en het tonen van begrip voor de patiënt, helpt ook bij de afhandeling van claims. Dit voorkomt dat claims uitgroeien tot slepende en steeds complexere zaken. (Zorgvisie)

Zorgverzekeraar VGZ verliest duizenden klanten

26 maart 2012

Zorgverzekeraar Coöperatie VGZ heeft 123.000 klanten verloren. Dat meldt regionaal dagblad De Limburger

Hoewel de zorgverzekeraar 4,3 miljoen verzekerden telt, is de organisatie erg geschrokken van dit hoge aantal, zo meldt De Limburger. VGZ gaat nu uitzoeken hoe dat kan en zint op maatregelen om herhaling komend jaar te voorkomen.

VGZ

Alle 'merken' van de coöperatie, zoals VGZ, Univé, IZA en IZZ, hebben klanten verloren. Dat geldt ook voor de zogeheten volmachtbedrijven die voor VGZ klanten werven. Daarnaast werden tijdens de jongste overstap veel collectieve contracten opgezegd. VGZ wijt de ontwikkeling aan het feit dat verzekerden actiever op zoek gaan naar een andere verzekering. "Wij zijn niet de goedkoopste geweest", aldus VGZ. (Zorgvisie)

Meeste specialisten tegen winstuitkering

27 maart 2012

Driekwart van de Nederlandse medisch specialisten voelt niets voor een winstuitkering door ziekenhuizen. Dat blijkt uit een enquête van Medisch Contact. De enquête is gehouden naar aanleiding van kabinetsplannen om aandelenverkoop door ziekenhuizen aan private investeerders mogelijk te maken.

De voorstanders van de winstuitkering – 23 procent van de bevroegde medisch specialisten – denken dat de zorg in het ziekenhuis doelmatiger wordt. Bijna alle voorstanders vinden ook dat specialistenmaatschappijen zelf de investeringen in het ziekenhuis moeten doen. De tegenstanders – 73 procent van de geënquêteerden – denken dat het ziekenhuis vooral de rendabele behandelingen zal aanbieden en patiënten zal werven die winst opleveren.

KNMG-panel

Dat is de conclusie uit een enquête van Medisch Contact. Het vakblad stuurde de enquête naar 600 medisch specialisten, die in het KNMG-panel zitten. Van hen reageerden er 319, een respons van 53 procent.

Voorstanders

Van de medisch specialisten die vóór winstuitkering zijn, vindt de helft dat ook maatschappelijke organisaties als zorgverzekeraars en pensioenfondsen moeten kunnen investeren. 56 procent van de voorstanders wil ook aan commerciële bedrijven als vastgoedmaatschappijen. Een kwart van de voorstanders wil dat de winst in het ziekenhuis wordt geherinvesteerd; 61 procent wil het helemaal vrij laten.

Loondienst

Als winstuitkering zou betekenen dat alle medisch specialisten in loondienst moeten, zegt 69 procent van de – vrijevestigde – alsnog 'nee' tegen de plan-

nen. Slechts een derde (31 procent) vindt het een
consequentie die zij zouden accepteren. (Zorgvisie
Carolien
