



NEDERLANDSE VERENIGING VOOR  
DAGBEHANDELING EN KORT VERBLIJF



# KORTOM

'KORTOM' IS EEN UITGAVE VAN

D E N V D K

## Voorwoord van de voorzitter

Op 14 november hadden wij ons 17e jaarcongres. We grepen de kans aan om te leren van de ontwikkelingen die zich in de zes jaar na invoering van de gereguleerde marktwerking hebben voorgedaan, zoals de toename van de Zelfstandige Behandel Centra, ZBC's. Wat is daar anders? Hoe kunnen wij de kwaliteit van dagbehandeling in ziekenhuizen en ZBC's borgen (NEN, ZKN)? Hoe wordt de veiligheid verhoogd, geborgd (SURPASS) en getoetst door de IGZ? En waarom moet er worden bezuinigd?

In de afgelopen decennia zijn er ruim 240 ZBC's ontstaan. Enkele initiatiefnemers tot de opzet van een ZBC presenteerden inspirerende verhalen voor de ruim 400 congresgangers. Wat was hun drijfveer? Wat wilden zij anders doen? Lukte dat? En vooral: wordt de patiënt er beter van? Een belangrijke drijfveer voor de oprichters van een ZBC bleek de behoefte de ervaren beperkingen van de huidige ziekenhuiszorg te ontvluchten en te verwezenlijken.

Eva Robertson, medeoprichter en directeur van de Zuidoost Kliniek in Amsterdam, vertelde ons trots over de zorg die zij met haar team biedt. Daar kunnen vrouwen direct terecht voor een onafhankelijk advies, gebaseerd op specialistische deskundigheid die gepaard gaat met grote invoelendheid en rust. Vrouwen gaan er de deur uit met zorg of verwijzing op maat, zij krijgen alle tijd vragen te stellen en te sparren over hun probleem. De kliniek bestaat nu ruim vier jaar en heeft haar bestaansrecht bewezen.

Binnenkort gaan ook de deuren open van de Alexander Monroe kliniek, met alle nodige zorg en behandeling voor borstkanker bijeen achter één voordeur. Alle vormen van invasieve en conservatieve, diagnostische, therapeutische en palliatieve zorg zijn voorhanden, al dan niet gecombineerd. Een focuskliniek waarbij de lat voor kwalitatieve zorg en service hoog wordt gelegd. De patiënt staat er letterlijk en figuurlijk centraal, alle benodigde zorgverleners komen om de beurt of indien nodig tegelijk op de zelfde dag aan tafel bij de patiënt. Alle relevante aspecten komen direct aan bod: Borstkanker? Welk type? Welke scenario's zijn er? Wat betekent dat voor jou en je familie? Chirurgie, radiotherapie, chemotherapie, reconstructie? Met uitnodigende previews werden wij meegenomen in een zeer patiëntvriendelijke, moderne omgeving, voor zorg-, interieur- en servicedesign zijn kosten noch moeite gespaard. Jan van Bodegom, op-



*André Wolff, voorzitter*

richter, directeur en chirurg, vertelde veelbelovend en inspirerend hoe zijn zorgmodel het verschil moet uitmaken met gefocust teamwork door de beste professionals. Hoe borgen zij de kwaliteit? Door elkaar op hun prestaties af te rekenen. Al bij het sollicitatiegesprek wordt besproken dat jaarlijks de 5% minst goed presterende medewerkers wordt vervangen. De professionals die voor deze uitdaging gaan, hebben hiermee geen probleem. Binnenkort is het resultaat te zien.

Ons huidige zorgstelsel is een van de beste ter wereld, maar het ondergaat meer stormachtige ontwikkelingen dan menigeen beseft. Ik noem enkele vraagstukken.

1. Hoe kan de toegang voor alle Nederlandse inwoners en gasten bij stijgende zorgkosten gegarandeerd blijven?
2. Aan de doelmatigheid valt zeker iets te verbeteren, zoals aan de afstemming op de wensen en de agenda van de patiënt. De medische technologie is hoogstaand, maar er zijn steeds meer aanwijzingen dat we in 30 tot 50 procent van de gevallen niet de juiste zorg op het juiste moment op de juiste wijze geven. We moeten dus keuzes maken, maar daarbij stuiten wij op

taboes. We zijn als patiënt bang dat anderen voor ons kiezen. We hebben immers ons hele leven premie betaald, en denken daarom recht op alles behouden. Toch gaat dit links of rechts om veranderen. Het is zoeken naar een evenwicht tussen dure zorg voor een enkeling en laag complexe zorg voor velen: zeventig procent van de individuele zorguitgaven wordt in de laatste twee levensjaren gemaakt. De Partij van de Arbeid is ongeveer de enige politieke partij die dit keuzevraagstuk op de agenda durft te zetten. Maar sturing gaat nu ook via de volume-concentratie discussie.

3. Wij leveren nog veel zorg waarvan het effect niet bewezen is en niet duidelijk is of het de kwaliteit van leven werkelijk verbetert, terwijl er tegelijkertijd veel ongewenste en nadelige effecten kunnen zijn. Jaarlijks worden 2.000 vermijdbare sterfgevallen geteld in de Nederlandse ziekenhuizen, in te veel gevallen is er vermijdbare schade en een ander beloop dan verwacht en gehoopt werd... De discussie om dit te verbeteren gaat nu de goede richting uit: er vindt een cultuurverandering plaats van anders denken en anders samenwerken. Dit bracht ons tegelijkertijd bij:

4. Het besef neemt toe dat patiëntveiligheid de bodem voor kwaliteitsbeleid moet zijn. De aandacht voor samenwerking en standaardisatie groeit waar mogelijk en zinvol.

5. De oproep tot meer gerichtheid op de patiënt wordt steeds luider. Niet meer de agenda en prioriteiten van de dokter, maar die van de patiënt moeten leidend worden. Het zijn PREMs en PROMs die de klok moeten slaan: Patient Related Outcome Measures en Patient Related Experience Measures, die overigens nog wel ontwikkeld moeten worden. Daarvoor moeten we zorgprofessionals anders opleiden. Maar dat is niet ge-

noeg. Ook de burger die ooit patiënt wordt, moeten we bewuster leren omgaan met gezondheid en de (on)mogelijkheden van de gezondheidszorg. En als laatste:

6. De betaalbaarheid: zoals gezegd, er moeten keuzes worden gemaakt. Door niet terechte en niet werkelijk gewenste zorg te reduceren (daarvoor zijn diverse kwalificaties denkbaar) moet er meer geld en capaciteit voor terechte en passende zorg vrijkomen.

Of het lukt? De gezondheidszorg is als een slagschip: het roer gaat wel om, maar het schip verandert traag van koers. Er zijn veel weerstanden en zorgprofessionals en overheid moeten er aan wennen. Maar mijns inziens is het niet onmogelijk, als wij er hard aan trekken, in gesprek gaan met collegae, voorbeelden geven, de zorg anders inrichten, anders belonen en de professionals hierop beter scholen, te beginnen tijdens de basisopleiding. Maar wij moeten ook de burger opleiden tot een betere leefstijl, al op de basisschool. Wij besteden immers bijna 15 procent van ons bruto nationaal inkomen aan zorgstelsel en zorg. Daar moeten we samen verantwoording voor nemen, dat mag geen achteloos tussendoortje zijn dat we consumeren op het moment dat we ermee worden geconfronteerd. Er moet dus een heleboel gebeuren. Ik hoop dat wij er voor kunnen zorgen dat dit wat sneller gaat. Sommigen wachten niet en starten vast, met een ZBC of een focuskliniek. Het zal geen oplossing voor alles zijn en niet elk initiatief zal misschien even vruchtbaar zijn, maar we kunnen met de NVDK er wel van leren!

*André Wolff*

Het 17de Jaarcongres van de NVDK  
Dagbehandeling: Ziekenhuis of ZBC. What 's new?

## Eva Robertson: Succesvolle ZBC voor Gynaecologie in Amsterdam Jan van Bodegom: Ambitieuze ZBC voor borstkanker in Bilthoven in aanbouw

*Wat verleidt artsen om een eigen kliniek te starten? In eerste instantie zeker niet geldelijke winst. Het ondernemerschap vergt forse investeringen die niet met zekerheid en niet op korte termijn winst opleveren. Wat is het dan? De gynaecologen Eva Robertson en Emmy van Woerden hebben hun Zuidoost Kliniek in Amsterdam opgezet met als enige vraag: wat willen de patiënten? Chirurg Jan van Bodegom wilde na zes jaar opereren in een ziekenhuis slechts één belang dienen: dat van de patiënt, en niet aan het dode paard trekken van al die tegengestelde belangen die in een ziekenhuis gelden. En, ik wilde weer lachen”*

### Ans Ankoné

Eva Robertson laat foto's zien van haar patiënten. Het zijn vooral donkergetinte jonge vrouwen en moeders uit Zuidoost Amsterdam, de oude Bijlmer. Een wijk met tachtigduizend inwoners, meest allochtonen, arm en vaak onverzekerd, veel ongehuwde moeders. Robertson, haar collega-directeur van Woerden en hun medewerkers kunnen zes jaar na oprichting van hun kliniek met trots het cijfer laten zien dat zij van hun patiënten hebben gekregen: een 9.3. Op de enquête naar de patiëntensatisfactie kwam een respons van 92% en meer dan de helft van de respondenten had iets extra's gemeld in termen van warme veilige omgeving, vertrouwenswekkend door de vaste ploeg aan personeel, goede uitleg, gastvrij, respectvol. De relatief kleine kliniek van 250 m2 voorziet in 3 normale onderzoekkamers. Er wordt op verwijzing van huisartsen normale planbare poliklinische zorg geleverd, consulten bij Soa, myomen, menstruatieklasten, miskraam en overgangsproblemen, er worden echoscopische- en vruchtbaarheidsonderzoeken gedaan, ambulante ingrepen verricht en vooral: goede voorlichting gegeven voor anticonceptie.

Verskil ZBC en ziekenhuis met privékliniek



Robertson wijst er nog eens met klem op dat een Zelfstandig Behandel Centrum (ZBC) dezelfde kenmerken heeft als een ziekenhuis. Het is een instelling voor medisch specialistische, verzekerde zorg, erkenning door het ministerie van VWS is verplicht en winstoogmerk is verboden. Dat is anders bij de eveneens zelfstandige, doorgaans kleinschalige privéklinieken, die weliswaar ook medisch specialistische zorg bieden, maar die is onverzekerd, waarvoor geen erkenning is vereist en winstoogmerk is toegestaan.

“De kracht van ZBC's is dat ze hoge kwaliteit en uitstekende service bieden, snel toegankelijk zijn, vraaggestuurd werken en de eerstelijns zorgvuldig bij de zorg betrekken. Bij onze kliniek is juist die toegankelijk van groot belang, zowel in tijd als in benadering. Wij kennen geen wachttijden. Patiënten zijn vaak verbaasd als ze nog dezelfde dag bij ons terecht kunnen. Wij hebben ons verdiept in waar onze patiënten tegenaan lopen. Vaak krijgen zij in het ziekenhuis geen duidelijke informatie, zij zijn bang dat zij worden afgewezen of slecht geholpen omdat zij onverzekerd zijn, illegaal, onwetend, omdat zijn een taalbarrière verwachten, machtsverschil, sekseverschil. In het ziekenhuis lopen zij de kans door een man te worden geholpen, de artsen kennen er de kosten van de behandeling niet en er zijn vaak intakeproblemen als een verzekering ontbreekt.”

De oprichters Emmy van Woerden (links in witte jas) en Eva Robertson (in het midden) met enthousiast





*De oprichters Emmy van Woerden (links in witte jas) en Eva Robertson (midden) met enthousiast team*

team Robertson: "Onze ZBC is waardevol voor alle partijen. Voor de patiënte omdat de hele organisatie op haar is ingericht: een laagdrempelige toegang, ruim spreek- en luistertijd, een snelle doorlooptijd en goede service, omdat de hele staf uit vrouwen bestaat. Voor onze medewerkers omdat zij weten zinvol werk te verrichten, eigen inbreng en verantwoordelijkheid te hebben, kunnen doen wat goed kan, waar ze gelukkig van worden en waarvoor zij erkenning krijgen. De zorgverzekeraar is blij met onze organisatie omdat die op de vraag is afgestemd, zorgt voor scherpe logistiek en service, met bovendien als resultaat dat de prijs 15 tot 20% lager is dan in de ziekenhuizen. Onze werkwijze schept ook voor de eerste- en tweedelij een win-win situatie wat wederzijds respect afdwingt, door de goede samenwerking, de constante telefonische bereikbaarheid, en de snelle koppeling en terugverwijzing waarbij iedereen zijn eigen expertise kan inbrengen. Wij zorgen ervoor dat laag complexe zorg decentraal wordt geleverd en verwijzen complexe zorg naar het centraal niveau. Wij hebben namelijk, anders dan de ziekenhuizen, geen incentive om meer te doen dan noodzakelijk is. Maar verzekeraars eisen wel steeds dat wij bewijzen kwaliteit te leveren."

Voor beide directeuren betekende de oprichting van kliniek Zuidoost, ondanks hun bestuurlijke ervaring, een flink ondernemersrisico en een persoonlijk avontuur. "Ik zag er tegenop om het mijn maatschapsleden en mijn man te vertellen", zegt Robertson. Uiteindelijk hebben alle perifere gynaecologen ons bezocht om tot goede afspraken te komen. Wij registreren nauwkeurig alle verrichtingen en ontslagbrieven. Als er na verwij-

zing iets niet goed gaat, komen de patiënten meteen naar ons voor een goede afstemming. En, mijn thuisfront is trots op mij."

#### **Terug naar ultieme motivatie**

Jan van Bodegom, chirurg, is directeur van "de eerste borstkankerkliniek in Nederland", het Alexander Monro Instituut in Bilthoven. Ook hij heeft de sprong gewaagd om een eigen kliniek te beginnen. Waarom? Om "grenzen te verleggen door terug te gaan naar mijn ultieme motivatie, naar mijn persoonlijke waarom."

Van Bodegom is jong, slank en lang, goed in het pak, puntige Italiaanse schoenen: de mode onder chirurgen. Toch is hij niet doorsnee.

"Ik heb jarenlang een gedifferentieerde poli, OK en afdelingswerk gedaan en diensten gedraaid, en talloze vergaderingen en multidisciplinair overleg gevoerd over beleidsplannen en begrotingen. Ik vroeg mij in toenemende mate af: welke belang dien ik hiermee? Die van de maatschap, die verbazingwekkende hoeveelheid belangen van andere artsen, diensten, het ziekenhuis, de regio, thuis. En de patiënt? De Inspectie Gezondheidszorg zegt steeds: de patiëntenzorg moet veel beter en veel veiliger worden. Dus werd er in vergaderingen nog harder gedruwd en getrokken, nog meer kwaliteitslijstjes ingevuld. Ik heb veel ziekenhuizen bezocht en geadviseerd. Bij een volgend bezoek bleek alles weer bij het oude. Het was ontmoedigend. Toen kreeg ik een skiongeluk en zat drie maanden op de bank thuis. Dat was het keerpunt. Ik concludeerde dat ik de tijd wilde hebben voor de patiëntenzorg, ik



*Van Bodegom*

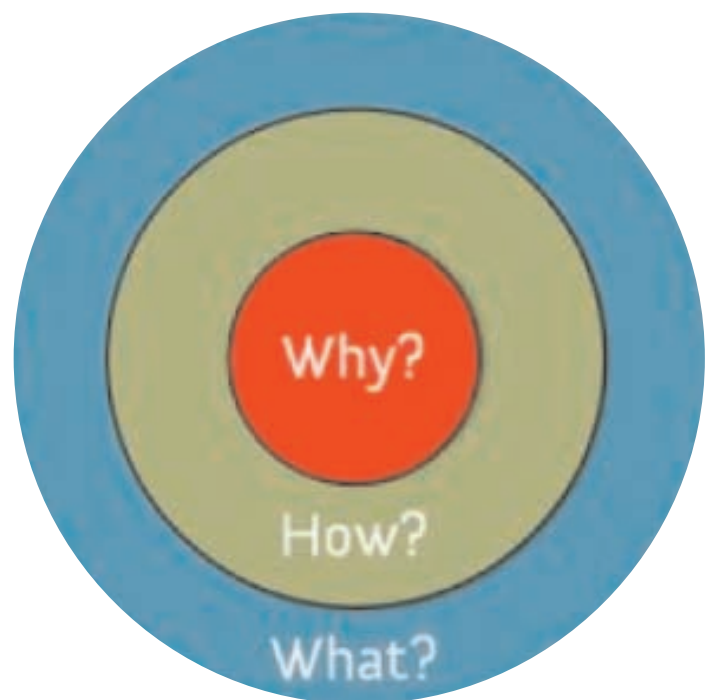
wilde weer kunnen lachen. Maar hoe? Ik wilde volstrekt opnieuw beginnen. Of postbode in Frankrijk worden. Ik wilde nog maar één belang dienen: dat van de patiënt. Mijn vrouw zei: dat moet je dan maar doen en daarna niet meer zeuren. Dat was ook mijn boodschap toen zij een eigen bedrijf wilde opzetten.”

#### **Om de keukentafel**

“Je hoort altijd dat een beleidsplan moet passen op één A-4tje. Het werden er 200. En het duurde 6 jaar voordat ik voldoende informatie en inzicht had om het realiteitsgehalte van mijn plan te doorgronden. Dankzij een groepje van collegae, een jurist en een zorgverzekeraar, dat mij onbaatzuchtig, zittend rond de keukentafel voortdurend een spiegel heeft voorgehouden. Ik wilde de wens van de patiënt kennen en die is anders dan wat er wordt geleverd. Ik bestudeerde veranderingen in de wetgeving. Ik heb bekeken of een superspecialisme als de behandeling van borstkanker kwalitatief hoogstaand en toch routinematig kan worden verricht. Het CBO gaf daarop bij een pilot in het ziekenhuis als commentaar: “Jan, dat doe jij al.” Van Bodegom ontdekte hoe nuttig het is als artsen zich

verdiepen in managementzaken en theorieën die internationaal opgeld doen in de wereld van de gezondheidszorg. “Ik heb vier theorieën bestudeerd. Eerst die van Clayton Christensen, hoogleraar aan de Harvard Business School, die in zijn boek *The Innovators’s Prescription* beschrijft hoe de gezondheidszorg betaalbaar kan blijven. Daarvoor moet de hoogtechnische deskundige specialistische zorg in mootjes worden gehakt. Supercomplexe zorg is voor de academische specialisten: die werken intuïtief en doen onderzoek. Iets minder complexe zorg of zorg die door ervaring meer routinematig kan worden geleverd hoort in de grote perifere ziekenhuizen thuis, de complexe zorg die volstrekt protocollair is uitgewerkt geschiedt in focusziekenhuizen als onze ZBC’s, daarna volgen de nurse practitioner en physician assistant en de huisarts en ten slotte de patiënt zelf in de thuissituatie. De zorg om borstkanker is supercomplex maar ook superprotocollair en leent zich daarom voor uitvoering in een ZBC.

Maar hoe? Simon Sinek (Columbia University) heeft zijn onderzoek naar het verschil tussen grote leiders die het goed doen en leiders die het uitstekend doen gepubliceerd in de bestseller *Golden Circle*. “Alle goede leiders weten wel exact wat zij produceren en hoe, maar superieure leiders en organisaties vragen zich daarbij ook constant af waarom zij iets doen,



waarin zij geloven, wat de reden is van hun bestaan, dus WHY. Dat zijn degenen die hun omgeving inspireren. Dat zijn de winnaars die excelleren met sky high resultaten”, constateert Van Bodegom.

Tenslotte heeft hij de theorieën van Robert Kaplan en Michael Porter bestudeerd, waarbij de waarde van de zorg wordt uitgesplitst in kwaliteit dus patiëntgerichtheid, effectiviteit en veiligheid tegenover de som van alle zorgkosten en het resultaat. De kosten/batenanalyse.

#### **Het resultaat: Alexander Monroe Instituut**

Na zes jaar ploeteren, kan Jan van Bodegom trots wijzen naar zijn Alexander Monroe-kliniek in Bilthoven. Genoemd naar vader en zoon Alexander Monroe, twee Schotten die bij mamma-amputaties slechts 8% mortaliteit hadden tegenover collegae die wel 45 tot 65% be- treurden.

“Iedereen, de via headhunters aangetrokken artsen en medewerkers, en alles dient hier het scherp omschreven WHY. Ook de werkcultuur is op schrift gesteld. Alle medewerkers weten dat zij op hun gedragingen worden getoetst. Jaarlijks wordt de minst presterende 5% ontslagen. Het ziekenhuis is bij uitstek faciliterend. En de organisatie is een platte pannenkoek, de mede-eigenaar en ik zijn de baas, de rest is het team.”

Van Bodegom laat een groot H-vormig gebouw zien, waarin alle functies zijn ondergebracht: de polikliniek, het pathologisch anatomisch lab, de afdeling dagverpleging, het OK-complex, de Rö-afdeling en het hotel met grote, comfortabele kamers voorzien van een groot tweepersoonsbed, en zithoek met ruime bank. Alle specialisten, ook plastisch chirurgen, zijn in loondienst en kunnen jaarlijks tweeduizend patiënten behandelen. Van Bodegom wil dit concept perfectioneren en vervolgens zes tot acht klinieken bouwen, verspreid in het land.

Heeft u al contracten met zorgverzekeraars?, wordt gevraagd. “Ik heb goed contact met één zorgverzekeraar”, is zijn antwoord.

De foto's zijn overgenomen van de websites van beide ZBC's

#### **Het 17de Jaarcongres van de NVDK Dagbehandeling: Ziekenhuis of ZBC. What 's new?**

### **Cécile Verhagen: De waarde van NEN voor dagbehandeling en kortverblijf en Marijn Lamers: Borging kwaliteit van ZBC's door ZKN keurmerk**

*De NEN is een Nederlandse Norm, de NEN-EN een Europese en de ISO een wereldwijd afgesproken norm. De NEN 7500 is specifiek voor de dagbehandeling en kortverblijf. Het keurmerk zoals de Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN) hanteert, is gebaseerd op 25 eisen waaraan de individuele leden moeten voldoen willen zij zich ZKN-lid kunnen noemen. Een keurmerk is een zichtbaar vignet dat een firma of beroepsorganisatie mag voeren nadat een onafhankelijke deskundige instantie het product of de werkwijze heeft gekeurd en goed bevonden. Dat wordt in een certificaat is vastgelegd*



Cécile Verhagen

### Ans Ankoné

De NVDK was in 1999 de eerste beroepsvereniging die de NEN 7500 heeft omarmd. Daarvoor is veel werk verricht. Eerst moest overeenstemming worden bereikt over de eerste versie, de voornorm, voor chirurgie en anesthesiologie in de dagbehandeling. Maar een norm moet steeds worden geactualiseerd op nieuwe ontwikkelingen.

NVDK-bestuurslid Cécile Verhagen: "In 2002 organiseerde de NVDK hierover een nationale audit onder de NVDK-leden. In 2006 is de voornorm gereviseerd wat resulteerde in de NEN 7500. In 2009 organiseerde de NVDK weer een audit. Aangezien de NEN een levensduur heeft van zes jaar, moet dit jaar opnieuw worden overwogen of de norm aan revisie toe is."

De NEN-norm 7500 beschrijft de eisen die betrokken partijen hebben geformuleerd voor het totale zorgproces dagbehandeling voor geplande diagnostische en therapeutische ingrepen in Nederland. Het zorgproces loopt vanaf het moment dat de patiënt, de ouders van de patiënt of de wettelijke vertegenwoordiger instemt met het advies van huisarts en specialist voor opname op een afdeling dagbehandeling tot en met het moment van de eerste poliklinische nacontrole. Het zorgproces omvat de selectie en voorbereiding van patiënten voor opname, chirurgische ingreep, verpleging en ontslag tot en met de overdracht aan thuiszorg of andere nazorg. NEN 7500 is gericht op de beheer-

ing van het zorgproces dagbehandeling, uitgaande van de geplande en verwachte situatie. In noodsituaties en bijzondere gevallen is het mogelijk dat er niet aan de gestelde eisen in de NEN 7500 kan worden voldaan.

### Naleving onvoldoende

"In 2009 bleek slechts 41% de norm te kennen en slechts 38% van de NVDK-leden bleek de NEN 7500 te volgen. Dit ondanks de inzet van de NVDK om tot een eenduidige werkwijze in de dagbehandeling te komen. Bij de enquête van 2012 was de respons teleurstellend en bovendien bleek slechts de helft van de responderende leden de norm te gebruiken."

Misschien is een algemene norm wat te afstandelijk? Het NIAZ (Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg) heeft kwaliteitsnormen ontwikkeld voor WAT er moet worden geregeld, hoe de instellingen deze normen moeten toepassen op de zorgprocessen. Het NIAZ toetst de naleving ervan. Gezien de ijver waarmee instellingen NIAZ-accreditatie nastreven, wordt deze activiteit beslist warmer gerespecteerd. Hetzelfde geldt voor het ZKN-keurmerk. Misschien komt het doordat het om een individueel bewijs van kwaliteit getuigt: accreditatiebewijs en keurmerk kunnen voor alle patiënten en bezoekers zichtbaar op een prominente plek in de hal van de instelling worden opgehangen. Dat werkt.

Zou dat niet ook voor de NEN 7500 kunnen gelden als naleving ervan zou worden beloond met een keurmerk? Er is iets voor te zeggen.

De NEN-norm 7500 gaat namelijk zelfs verder dan de normen van NIAZ en ZKN door te beschrijven HOE dagbehandeling moet worden uitgevoerd inzake geplande diagnostische en therapeutische ingrepen.

Verhagen: "De NEN 7500 geniet grote bekendheid, daaraan ligt het niet. De NEN 7500 is in de Richtlijn Preoperatief Proces opgenomen, is op de IGZ-website voor particuliere klinieken opgenomen, ze staat vermeld in de archieven van de NVA, er is over geschreven in Medisch Contact, is vermeld op website SpringerLink voor artsen en dient als leidraad voor de NVPC, de vereniging van plastisch chirurgen.

"Gezien de grote toename van ZBC's (240 in 2010) en de hoge waardering die zorgverzekeraars en de Consumentenbond voor het ZKN-keurmerk hebben, lijkt het verstandig dit keurmerk met de NEN 7500 te combineren om op die wijze het kwaliteitsbeleid voor dagbe-





handeling in zowel academische en andere ziekenhuizen (8+84), ZBC's, privé-(102) en categorale klinieken (55) te harmoniseren. Bovendien zijn er plannen om de NEN uit te breiden tot niet-chirurgische ingrepen."

Er volgen enkele kritische opmerkingen uit de zaal: "Die NEN-norm lijkt velen niet te raken. Er zijn gewoon te veel normen en keurmerken. Wat is eigenlijk de juridische status van al die normen?"

"Normen zijn niet juridisch afdwingbare afspraken over procedures, die echter bij een geschil door de rechter wel in overweging worden genomen", antwoordt Verhagen.

De bijdrage van Marlou Bijlsma, consultant gezondheidszorg bij het Nederlands Normalisatie Instituut in Delft over de waarde van de NEN voor chirurgie in dagbehandeling en kortverblijf, doet een congresganger opmerken: "Wij moeten het Normalisatie Instituut betalen voor een herziening van de NEN. Waarom zetten wij als NVDK niet zelf een kwaliteitssysteem op?" Het NVDK-bestuur zal hierover een beslissing nemen.

### Het ZKN-Keurmerk

Nadat de Inspectie Gezondheidszorg (IGZ) onvoldoende deskundigheid bij enkele ZBC's had geconstateerd en er Kamervragen werden gesteld over klinieken waar wanorde en onveiligheid zou heersen, vond de vereniging Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN) het tijd om het kaf van het koren te scheiden. Het lidmaatschap van de ZKN zou slechts toegankelijk zijn en blijven voor klinieken die de kwaliteitstoets konden doorstaan. Alleen die klinieken krijgen een keurmerk als bewijs tegenover patiënt en maatschappij van verantwoorde zorg.

Marijn Lamers, beleidsmedewerker ZKN noemt enkele van de 25 kwaliteitseisen waarop het Keurmerk is gebaseerd. "Zaken als de aanwezigheid van een deskundige in infectiepreventie en een apotheker, visitatie om te zien of de medisch specialistische zorg wel state of the art is, traceerbaarheid van medicatie en implantaten, worden gecontroleerd door een onafhankelijk instituut: het KIWA. Daarnaast worden er eisen gesteld aan de interne gang van zaken: uitgebreide voorlichting over het te verwachten resultaat en alternatieven voor behandeling, een privacyreglement, een klachtbureau voor de afhandeling van klachten en geschillen, voorbereiding op noodsituaties, maar ook een jaarlijks onderzoek naar de patiëntsatisfactie. Met in-

gang van 2013 is invoering van een Veiligheid Management Systeem (VMS) verplicht. Daarmee worden continue risico's gesignaleerd, verbeteringen doorgevoerd en beleid vastgelegd en geëvalueerd."

De patiëntsatisfactie is intussen hoog bij de ZBC's: informatie en voorlichting scoorden gemiddeld een 8.1, bejegening 8.3, behandeling 8.2, nazorg 8.0, totale indruk van de kliniek 8.4. "Scores die momenteel bij menig ZBC hoger liggen dan bij de ziekenhuizen."

Achmea heeft volgens Lamers het ZKN-keurmerk nu in haar inkoopvoorwaarden opgenomen, de zorgverzekeraars ONVZ en CZ gebruiken de scores om de dagbehandeling tussen ZBC's te vergelijken, de Consumentenbond heeft het ZKN-keurmerk als het beste in de zorg gekwalificeerd, banken zien het keurmerk als garantie bij een lening en de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie slaat de ZKN hoog genoeg aan om er een afgevaardigde in het bestuur aan toe te vertrouwen.



*Marijn Lamers*

Het 17de Jaarcongres van de NVDK  
Dagbehandeling: Ziekenhuis of ZBC. What 's new?

## Franske Keuter, IGZ: Risicoreductie door betere naleving wet- en regelgeving?

*Wie houdt toezicht op de toezichthouder? Het antwoord op die vraag is bij de Inspectie Gezondheidszorg intussen wel bekend. Van diverse kanten regent het immers kritiek op de IGZ, door de media, zoals onlangs TROS Radar, de Nationale Ombudsman, door patiënten. Het is zelfs aanleiding voor de minister van VWS, Edith Schippers om een onderzoekscommissie in te stellen onder leiding van ex-minister van Justitie, lid van de Raad van State, mr Winnie Sorgdrager. Naar de prestaties van de IGZ*

### **Ans Ankoné**

De Inspectie Gezondheidszorg (IGZ) heeft als primaire taak de kwaliteit van de zorg te bewaken zodat de maatschappij vertrouwen kan hebben in de medische stand. Die taak is neergelegd in de Gezondheidswet en



*Franske Keuter*

varieert van overleg en advies tot het uitvoeren van ook onaangekondigde inspecties en het treffen van handhavingmaatregelen en sancties als het opleggen van een boete, de minster verzoeken tot het geven van een aanwijzing als het sluiten van een ziekenhuisafdeling, of het opleggen van een bevel. Dit wordt meestal voorafgegaan door verscherpt toezicht. Een recent voorbeeld daarvan is het VUmc. De IGZ gaat daarbij tevens af op prestatie-indicatoren die inzicht geven in kwaliteit, doelmatigheid en toegankelijkheid van de zorg in zorginstellingen, van ziekenhuizen tot thuiszorg.

Tot voor kort heeft de IGZ zich nogal terughoudend, zelfs krampachtig, opgesteld door zich op afstand te houden van de patiënt. Klachtafhandeling is weliswaar de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder, maar klachten van patiënten zijn wel signalen van mogelijke fouten, en daar weet de IGZ onvoldoende raad mee. Zo kon het gebeuren dat de Nationale Ombudsman en TROS Radar een zwartboek aan minister Schippers hebben overhandigd met 8 aandachtspunten op grond van 25 'hoofdpijndossiers' met gerechtvaardigde klachten van patiënten. Dat zwartboek wordt nu gebruikt voor een onafhankelijk onderzoek naar de werkwijze van de IGZ. In de Toezichtvisie IGZ die VWS aan de Tweede Kamer heeft gestuurd, geeft de minister nu aan dat de IGZ een risicogebaseerde systeemtoezichthouder is die in een vroeg stadium risico's voor gezondheid en veiligheid van cliënten en patiënten moet signaleren.

In deze context moet de inleiding van Franske Keuter, coördinerend specialistisch senior inspecteur IGZ worden gezien. "Dit is een verschuiving van toezicht op kwaliteit naar een maatschappelijke focus op risico's. De IGZ richt zich nu op risicoreductie door naleving van beroepsnormen, richtlijnen en wetgeving te bevorderen. Dat leidt tot minder gezondheidsschade en tot een gerechtvaardigd vertrouwen van de patiënt dat de medische zorg en producten van goede kwaliteit zijn, om gezond te blijven, te genezen, of een leefbare kwaliteit van leven te hebben.

"U, in het veld, weet het beste wat kwaliteit is. Bewaking en bevordering van kwaliteit is dus uw taak. De IGZ gaat uit van uw intrinsieke motivatie om veilige en kwalitatief goede zorg te leveren.

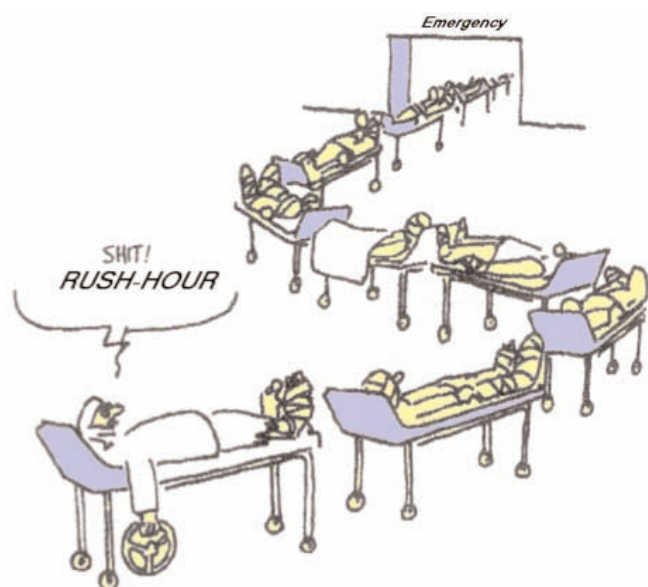
Wij gaan een toezichtpilot houden op het compliance-management van risicobeheersing vooral op het verge-

lijken van kwaliteitsmaatregelen die de ziekenhuizen zelf hebben opgesteld en die van waarde zijn voor de patiënt. Onder het motto: hoe weet de directie dat het goed gaat op de werkvloer? Dit gebeurt in twee ziekenhuizen, twee care-instellingen en twee GGZ-instellingen. En wij zullen harder optreden en zwaarder toezien, vooral na grote incidenten. Wij hebben te vaak gehoord: waar was de inspectie? Die kwam te laat, te vroeg, te veel, te weinig.”

Keuter noemt de problemen in het VUmc, de wanprestaties van de neuroloog in Twente, baby Jelmer, Odflerl Chemiepak, de salmonellaverontreiniging in vis.

Zij verwijst tevens naar het onderzoek van KPMG/Plexus onder honderd grote instellingen waaruit blijkt dat de grootste risico's bij complexe zorg de patiëntveiligheid, reputatieschade, bedrijfsveiligheid en risico's betreffende milieu, terrorisme en aansprakelijkheid zijn. De instellingen kijken kennelijk heel anders tegen hun risico's aan: 83% noemt primair financiële risico's, 70% rapporteert strategische of procesrisico's, 42% relateert de risico's aan de organisatiestrategie, slechts 12% geeft een risicoprioriteit aan. De Wetenschappelijke Verenigingen noemen risico's van medicatie, multidisciplinaire samenwerking, continuïteit en overdracht in ketens, invoering van nieuwe technieken en processen waarbij nog veel calamiteiten voorkomen, maar ook bekwaamheid en bevoegdheid, tijdigheid, gemiste diagnoses, hoogrisicopatiënten, postoperatieve zorg, infecties, etc.

“De conclusie is dat veiligheidsmanagement nog niet volwassen is. Veel ziekenhuizen reageren nog steeds niet proactief op risico's, maar reactief. De zorgbrede Governance Code vereist echter actieve kwaliteitsbevordering. Vrijblijvendheid is passé, getuige ook het



Kwaliteitskader 2012 van de KNMG. Alle ziekenhuizen voldoen nu aan de NEN 7510. Een stuurgroep heeft de risico's in de geboortezorg bestudeerd die in 2008 werden gesignaleerd en is bezig met de implementatie van verbeteringen. Er zijn richtlijnen en een toetsingskader ontwikkeld voor sedatie buiten de OK. Bij de behandeling van hartafwijkingen is samenwerking en transparantie van de uitkomsten nodig om de teleurstellende prestaties in Nederland om te buigen. “Wij zijn anders gaan denken over het volume aan ingrepen dat nodig is wil een arts over voldoende deskundigheid en bekwaamheid kunnen beschikken om die behandeling veilig te kunnen uitvoeren. Wij bekijken kritischer waar hoog complexe zorg moet worden uitgevoerd en waar laag complexe zorg kan worden geleverd.”

### Black box

Er is nog veel werk aan de winkel.

“De kwaliteit in ZBC's en privéklinieken is nog een black box”, vindt Keuter “vooral betreffende de cosmetische chirurgie. Bij het Toezicht Operatie Proces, het TOP-project, bleek weliswaar dat de bewustwording voor kwaliteitmanagement toeneemt, maar ook dat er nog een flinke cultuuromslag nodig is voordat iedereen zich aan de richtlijnen houdt, de checklists navinkt en de luchtkwaliteit in de OK's geregeld controleert. Hoe is het mogelijk dat er nog steeds rechtslinksverwarring voorkomt? Dat Nederland laag scoort in geboortezorg? De richtlijn voor IC-zorg verdient meer aandacht voor de praktische uitvoerbaarheid ervan, zodat de zorg veiliger wordt, in de zin van de juiste patiënt op het juiste bed.”

“Hoe ziet de toekomst er voor u uit? De IGZ zal het veld confronteren met verontrustende data, uitkomsten registreren, meer standaardiseren, erop toezien dat u uw eigen kwaliteitsinitiatieven en best practises implementeert. Het wordt frappez toujours, en soms hard, als het nodig is.”

Enkele congresgangers stelden dat communicatiefouten de meeste risico's opleveren. Anderen uitten hun vrees dat dit nieuwe kwaliteitbeleid van de IGZ nog meer tijd zal vergen omdat dan “ongetwijfeld nog meer feiten in nog meer lijstjes moeten worden ingevuld.”

Het 17de Jaarcongres van de NVDK  
Dagbehandeling: Ziekenhuis of ZBC. What 's new?

## Jelle Haringsma Minimaal invasieve endoluminale endoscopische chirurgie: steeds complexer, steeds meer in dagbehandeling

*Een paar jaar geleden kreeg Jelle Haringsma, MLD-arts in het Maasstad Ziekenhuis in Rotterdam, te horen: "U bent een maatschappelijk gevaar" toen hij met een waterstraal oppervlakkige tumoren ging lossputten. Nu toont hij hoe patiëntvriendelijk oppervlakkige tumoren met interventiescopie kunnen worden verwijderd, waarbij het orgaan gespaard blijft*

### Ans Ankoné

Chirurgische endoscopie werd oorspronkelijk alleen voor diagnostische doeleinden gebruikt. Dat is door de opkomst van MRI, CT-scan en Radiolone twintig jaar geleden al veranderd. Endoscopische interventie wordt nu niet alleen gebruikt voor controle op afwijkingen bij gezonde mensen, maar ook om maligne tumoren snel en orgaansparend te verwijderen.

Jelle Haringsma: "Ik werk graag met endoscopische chirurgie. Tot nu toe is dat nog alleen mogelijk bij be-



Jelle Haringsma

paalde afwijkingen bij superficiële kankers als maagwandkankers. Als de kanker in de supermucose is doorgroeid, is de kans op ingrijpen verspeeld. De grens van de mogelijkheden verschuift echter voortdurend. Bij een pylorusCa is het nu mogelijk de tumor met de endoscoop te verwijderen door met water over de spierlaag en onder de tumor door te spuiten. Wij kunnen in 14 tot 36 minuten een vroege colonCa van de onderlaag afpellen en verwijderen. Met wat pijnstillers als Fentanil en Dormicum zit de patiënt 's avonds weer aan de macaroni."

### Eis: super beeldkwaliteit

Haringsma ziet het gebruik van minimaal invasieve endoscopische chirurgie snel toenemen, vooral omdat volgend jaar bevolkingsonderzoek van darmkanker wordt ingevoerd.

"Met de nieuwe instrumenten die een uitstekende beeldkwaliteit hebben, is het mogelijk zonder naald, met een waterstraal via een kleine incisie de tumor te omsnijden, de bloedvaatjes te coaguleren en de tumor te verwijderen zonder orgaanschade. Dat wordt nu met succes gedaan bij superficiële maligniteiten aan slokdarm, duodenum, colon en anus, etc. mits er slechts een geringe kans bestaat op lymfekliermetastasen. Wel moet er rekening mee worden gehouden dat het een langere procedure en langere en diepere sedatie vergt – met een nieuwe techniek: nurse administered propofol - en dat er complicaties als bloedingen kunnen optreden. Er is dus deskundigheid en ervaring voor deze ingreep nodig.

"Deze techniek geeft aan dat de trend gaat van minimaal invasieve ingrepen op de OK, naar endoscopische chirurgie op de endoscopie- of de dagbehandelingafdeling. Dit strekt zich ook uit tot andere vakgebieden, zoals de interventie cardiologie. Het vereist een nieuwe multidisciplinaire benadering, ook om eventuele procedurele complicaties op te vangen, maar ook nieuwe richtlijnen en normen".

Deze ontwikkelingen hebben ook consequenties voor de ziekenhuisbouw.

"Ik stapte van het ErasmusMC over naar het Maasstad Ziekenhuis. Daar stonden wij voor de opdracht de capaciteit te reduceren van 1.300 naar 750 bedden. De trend naar meer dagbehandeling, van maximale chirurgie naar minimaal invasieve chirurgie en meer technology driven procedures, nieuwe sedatietechnieken en meer gebruik van ICT, heeft niet alleen consequenties voor de indeling van het ziekenhuis, maar ook voor de bouw van het OK-complex."



Het 17de Jaarcongres van de NVDK  
Dagbehandeling: Ziekenhuis of ZBC. What 's new?

## Checklists op de werkvloer patiëntveiligheid merkbaar beter? en Interactieve trainingen voor veilig omgaan met medische apparatuur: game over?

*Prof. dr Marja Boermeester bespreekt een cultuuromslag in patiëntveiligheid: van de zinloze bureaucratie met de tick box tot de check list die zij in het AMC heeft opgesteld en beproefd. Resultaat: de SURPASS, een operatiechecklist die voor, tijdens en na een chirurgische ingreep wordt ingevuld en aantoonbaar betere kwaliteit en veiligheid oplevert. Hicham Shatoe werkt al aan kwaliteit nog voordat een nieuwe techniek wordt toegepast. Hij ontwikkelt programma's waarmee medisch personeel zich eerst een ingewikkelde nieuwe techniek eigen kan maken alvorens dit op patiënten toe te passen*



Jacqueline Baardman

*Ans Ankoné*

Met het SURgical PATient Safety System, SURPASS, wordt de stand van zaken in het totale chirurgische proces bijgehouden: wie, wat en wanneer heeft gedaan en wat het resultaat is op een beslissend moment voor, tijdens en na de operatie.

Professor dr Marja Boermeester, chirurg en klinische epidemioloog, heeft SURPASS in het AMC opgezet en gevalideerd en heeft het AMC daarmee de IGZ Zorgveiligheidsprijs 2011 bezorgd. “De bedoeling was weg te komen van de door velen gehate afvinklijstjes die veel tijd vergen en weinig betekenen. Wij wilden een snelle, voor iedereen duidelijke simpele checklist, waarbij geheugenproblemen worden geëlimineerd, waarbij beslissingen op transfermomenten worden geformaliseerd doordat de individuele verantwoordelijke voor dat transfermoment een digitale handtekening moet zetten voordat de volgende stap mag worden genomen.”

Het is een multidisciplinaire getuigenis van verantwoordelijkheid: van de opnameverpleegkundige, de zaaldokter, de verpleegkundigen van verkoeverafdeling en IC en de OK-assistent, tot diegene die tot ontslag besluit.

“Wij zijn in 2004 begonnen met de opzet van een theoretisch prototype, gevolgd door een eerste validatie, een praktijktest, een effectiviteitstudie (het poliklinische deel is toen weggelaten), en een analyse van 6000 operaties om te zien hoeveel ongewenste situaties wij hiermee hadden voorkomen. Pas eind 2010 hebben wij de webapplicatie voor de digitale SURPASS kunnen invoeren.”

Een uitstekende stimulans om het effect van SURPASS te testen was uiteraard de conclusie van de IGZ-rapportage TOP-I in 2007 over het preoperatieve traject. De bevinding was dat het preoperatieve proces multidisciplinaire en gestandaardiseerde aanpak en teamvorming ontbeert. Dat de communicatie met de patiënt onvoldoende wordt vastgelegd, dossiervorming en verslaglegging onvoldoende zijn en de planning van de operatiedatum eerder moet worden afgesproken. Vergelijking van een internationaal statusonderzoek over 75.000 patiënten met Nederlandse data over 8.000 patiënten wees uit dat er bij gemiddeld 1 op de 11 opnames iets mis ging, waarbij 1 op de 147 patiënten overleden. Een vergelijkend onderzoek onder rond 3.700 patiënten, waarbij ongeveer 20% spoedgevallen, toonde een complicatiereductie van 27% naar 17%

door het gebruik van SURPASS: minder heropnames, minder heroperaties en halvering van de mortaliteit. Bij een controleziekenhuis was het percentage 30, daar was dus geen verbetering opgetreden.”

### TOP 1,2 en 3 verwerkt in CBO-Richtlijnen

In Zweden, Zwitserland en Canada worden nu ook pilots gedaan om te zien waar de SURPASS op lokaal gebruik moet worden aangepast, zoals in Canada waar de recovery op de afdeling geschiedt.

De bevindingen van de IGZ onderzoeken rond het perioperatieve proces – TOP 1 preoperatief in 2007, TOP 2 peroperatief in 2008 en TOP 3 postoperatief in 2009 – heeft het CBO gebruikt bij het lanceren van Perioperatieve Richtlijnen (2009, 2010 en 2012). De indicatorenset van de landelijke richtlijnen zijn in de SURPASS verwerkt. Boormeester noemt de SURPASS dan ook “the mother of all checklist. De registratie is makkelijk. Met een rood vinkje wordt aangegeven waar iets niet goed verloopt, de arts heeft hierover iets gemeld of de handtekening van de verpleegkundige ontbreekt. Bij de Time Out wordt dit gezien, het proces wordt vervolgens gestopt en pas als het manco is verholpen, mag de behandeling worden voortgezet.

“Maar niet alle ziekenhuizen zijn zo ver. TOP-onderzoek in mei van dit jaar wees uit dat de Time Out voor Communicatie en Overdracht bij 22 ziekenhuizen nog volstrekt onvoldoende was, in 2011 scoorde bijna 80% van de slechts 30 deelnemende ziekenhuizen voldoende. Het onderhoud van medische apparatuur op de OK was in 2007 bij nog geen 30% voldoende, in 2011 was dit gestegen tot ruim 80% van de 30 onderzochte ziekenhuizen.

“De zorg is door SURPASS dus wel aantoonbaar verbeterd,” concludeerde Boormeester.

Hoeveel ziekenhuizen zijn er nog die geen checklist gebruiken?, werd gevraagd. “Slechts enkele ziekenhuizen werken nog zonder Time Out of zonder SURPASS. Bij het TOP-onderzoek in 2010 van de Inspectie waren sommige ziekenhuizen echter zelfs na acht controlebezoeken door de IGZ nog niet op orde”, aldus Boormeester.

NVDK-voorzitter André Wolff: “Velen menen dat invullen van een digitale checklist moeilijk is. Daarom is het zaak de checklist zo eenvoudig mogelijk te maken. Bovendien moet rekening worden gehouden met het feit dat de grote gaten in de registratie vóór en ná de operatie vallen, dus voorbij de Time Out.” Wolff is van

mening dat hanteren van de SURPASS wel een bandscheep, al was het alleen al omdat OK-medewerkers tenminste elkaars naam leren kennen.

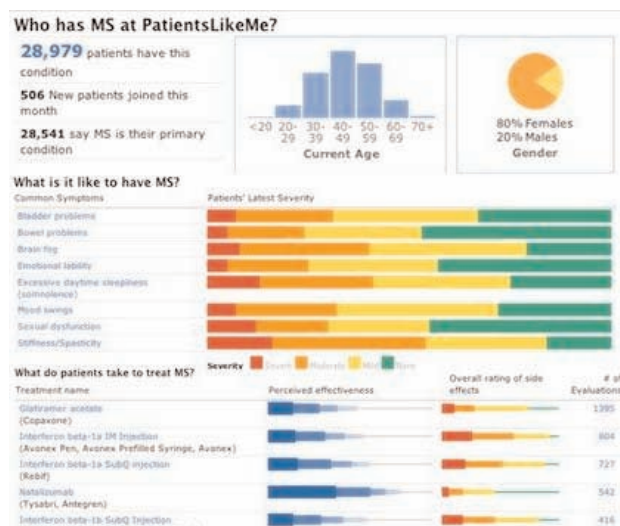
Een ZBC-medewerker vroeg of de grootte van de kliniek er toe doet bij het toepassen van SURPASS, zo nee, dan zou dit een goede aanvulling kunnen zijn op het ZKN-keurmerk.

Moeilijk apparaat, dan oefenen met de linktrainer “Wat doet u als er een moeilijk te bedienen nieuw apparaat op uw afdeling staat en de collega die dat toestel net heeft leren bedienen, is er niet?”

Hicham Shatou, Managing Director van LeQuest, hoort het vaak, zelfs nog maanden na ingebruikneming van een nieuw toestel: “Wie weet waar deze knop voor dient?”

Shatou helpt artsen en zorgpersoneel zich zelf te bekwamen in het bedienen van een nieuwe techniek of een nieuw toestel. “Veel mensen hebben een weerzin tegen het nauwkeurig lezen van een handleiding. Maar iedereen op een afdeling wordt geacht met een nieuw toestel om te kunnen gaan. Het is onverantwoord om afhankelijk te zijn van een toevallige aanwezige die het apparaat kan bedienen.

“De leercurve is echter niet voor iedereen gelijk. Ervaring leert dat doorgeven van kennis minder effectief is dan kennis die is verkregen door zelfstudie. Daarom ontwerpen wij linktrainers. Wij bestuderen de handleiding bij een apparaat en werken er zelf mee om de haken en ogen te ontdekken. Die kennis gebruiken wij om vervolgens spelletjes te ontwerpen waarmee mensen zelf interactief met het apparaat kunnen trainen. Dat doen wij voor apparaten, nieuwe technieken maar ook voor het implementeren van richtlijnen.”



Het 17de Jaarcongres van de NVDK  
Dagbehandeling: Ziekenhuis of ZBC. What 's new?

## Jacqueline Baardman, NPCF De kiezende patiënt: feit of fictie?

*De patiënt heeft behoefte aan meer informatie over gezondheid- en ziektegerelateerde zaken, de zorgverzekeraar, maar in toenemende mate ook over de resultaten van een ziekenhuis of een individuele zorgverlener. Informatie is nu overal vinden: goede en verruimende informatie*



Dr. Marja Boermeester

### Ans Ankoné

Onderzoek van Motivaction naar de informatiezoekende patiënt/consument toonde aan dat het bij 42% een minder zelfredzame zorgconsument betreft, bij 48% een pragmatische en bij 10% een maatschappij kritische patiënt/consument.

Jacqueline Baardman, adjunct directeur van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) noemt de Top vijf van de informatiebehoefte. In volgorde van belangrijkheid is dat: de samenwerking tussen hulpverleners, de wachttijd voor een eerste afspraak of operatie, de behandelresultaten, het behandel- en zorgaanbod en het aantal behandelingen per arts per jaar. Het is dus niet gering wat de patiënt wil weten.

Welke bron fourneert vervolgens die informatie?

Baardman: "Dat zijn de huisarts, andere zorgverleners,

ervaring van andere patiënten, familie en kennissen en van patiëntenorganisaties. En uiteraard van het Internet, zoals Google. Daar zoekt 87% van de patiënten/consumenten informatie over gezondheidgerelateerde zaken, 31% over huisartsbezoek, 34% over de ervaring van anderen met gezondheid en gezondheidszorg, en 14% meldt zelf iets over ziekte en medicijngebruik."

Ook de NPCF levert informatievoorziening met Zorgkaart.nl. Daarmee zet de NPCF zorgverleners 'op de kaart' zodat bezoekers van de website deze kunnen opzoeken, vinden en waarderen. "De redactie toetst de reacties op waarde en fatsoen. Er kan worden gezocht per specialisme, per organisatie en per onderwerp voor hulp bij het maken van een keuze. Bij voorbeeld om een kindervriendelijk ziekenhuis te kiezen: zijn er open bezoeken of mag de ouder aanwezig zijn bij toediening van de narcose. Sinds de oprichting van de site zijn er ruim 14.6 miljoen bezoeken geregistreerd, maandelijks is dat nu 660.000, en 2.700 waarderingen. De bezoekers combineren hierbij objectieve en subjectieve criteria. De behoefte aan lotgenotencontact is groot, zo heeft de reumalijn 1.256 leden die zichzelf met foto en ziekte-ervaring kenbaar maken."

### Waar is mijn dossier?

"Nog steeds blijkt dat patiënten hun dossier niet krijgen als zij er om vragen. Artsen houden dit af met de bewering dat dit dossier alleen mag worden gezien door andere hulpverleners. In Nederland zijn de artsen onvoldoende open tegenover patiënten. In Engeland is de PatientsLikeMe site geïntroduceerd, een sociaal netwerk ontwikkeld door het Massachusetts Institute of Technology, waarmee lotgenoten hun ziektebeeld en behandeling kunnen vergelijken, literatuur kunnen vinden over behandeling en symptomen waarmee zij een beter geïnformeerde conversatie met hun arts kunnen voeren en zelfredzaamheid hun gezondheid kunnen bevorderen. Daarbij bleek dat de behandeling van astma objectief onverklaarbaar uiteenliep en het medicijnbeleid onvoldoende was afgestemd. Een derde van de epilepsiepatiënten gaf aan met niemand in de 'echte' wereld (van hun ziekte) contact te hebben totdat zij zich aansloten bij PatientsLikeMe (tweederde heeft contact), 59% kreeg door contact beter begrip over hun aanvallen, 50% begreep de bijwerkingen beter, door hun aanvallen te registreren kon 49% zijn toestand beter managen. Deze aanpak leidt tot minder ziekte en meer compliance."

De Digitale Zorggids: Wegwijzer in eHealth ten slotte biedt 71.243 medische handvatten om iets te weten te komen. “Maar”, sluit Baardman af, “waarom zouden patiënten en aanbieders niet ook openlijk discussiëren over hun ervaringen en mogelijkheden, over zin en onzin van een behandeling.”

Natuurlijk werd gevraagd hoe het dan zit met de validiteit van de ziekenhuiswaarderingslijsten die het AD en Elsevier geregeld publiceren. Baardman: “Zieken-

huizen moeten zelf komen met betrouwbare informatie over hun resultaten.” Hoe zit het dan met de keuze van patiënten als de restitutie en daarmee vrije keuze van hulpverlener uit de basispolis verdwijnt en naar de aanvullende polis gaat? “Een veel groter probleem”, aldus Baardman, “is dat de zorgverzekeraars goede zorg moeten kunnen inkopen en de hulpverleners daarvoor nog steeds onvoldoende kwaliteitsinformatie overleggen.”

## Een nieuwe regiocoördinator in het Noorden

*Annie Faber-Castelein 45 jaar oud, zij is getrouwd en heeft twee dochters van 20 en 18 jaar en een zoon van 14 jaar oud.*

“Na het behalen van mijn MAVO diploma en MBO-V diploma heb ik eerst anderhalf jaar in een psychogeriatrisch verpleeghuis gewerkt, Nieuw Toutenburg in Noordburgum.



Annie Faber

Omdat ik toch graag in een ziekenhuis wilde werken, heb ik daarna gesolliciteerd bij het Medisch Centrum Leeuwarden (MCL). Ik werd daar aangenomen op de longafdeling en heb er 13 jaar met veel plezier gewerkt.

Toen werd het tijd voor iets anders: vanaf 2001 werk ik in het Daghospitaal van het MCL. In 2009 ging het project Sensor van start en ben ik in die context Senior verpleegkundige geworden. Daarbij heb ik regelmatig het Unithoofd vervangen en stelde ik de roosters voor de afdeling op. Toen het Unithoofd in september van dit jaar een andere functie in het ziekenhuis kreeg, ben ik Unithoofd van het Daghospitaal geworden. Het Daghospitaal is een afdeling met 34 bedden en 3 behandelstoelen waar we op drukke dagen soms een aanbod van 70 patiënten hebben.

Sinds een paar jaar is het een Chirurgisch Daghospitaal geworden omdat er steeds meer patiënten in dagbehandeling worden geopereerd.

De Daghospitalen van Leeuwarden en Harlingen werken nauw samen, zodat veel personeelsleden op beide locaties werkzaam zijn.

De vorige Unithoofden, Greetje Bijlsma, Astrid van Huis en Sita van der Wal, zijn allen regiocoördinator van de NVDK geweest. Zij hebben mij enthousiast gemaakt voor deze functie. Een functie waarbij je onder andere de mogelijkheden hebt om ook eens een kijkje in een ander ziekenhuis te nemen en korte lijnen hebt met diverse ziekenhuizen waar dagverpleging plaatsvindt.

Kortom, sinds kort zijn er vele nieuwe uitdagingen op mijn pad gekomen waarvan regiocoördinator er één is. Ik hoop deze functie met veel plezier te vervullen en mijn steentje bij te kunnen dragen aan kwaliteitsverbetering in de dagbehandeling.



## Nieuwe regiocoördinator in Zuidoost Nederland

Helene Schmitz, 43 jaar, getrouwd met Patrick, tweeling zonen van 15 jaar (Julian en Robin). Unithoofd van de afdeling Dagbehandeling en Kortverblijf in het Jeroen Bosch Ziekenhuis, het JBZ, in 's-Hertogenbosch. In maart 2011 zijn wij naar een prachtig, nieuw ziekenhuis verhuist in 's-Hertogenbosch-West. In het nieuwe ziekenhuis komen drie Bossche ziekenhuizen samen: het Groot Zieken Gasthuis, het Carolus Ziekenhuis en het Willem Alexander Ziekenhuis. Door samenwerking kunnen wij de krachten bundelen om heel goede zorg te bieden aan de inwoners van onze regio.

Als unithoofd van de RVE (Resultaat Verantwoordelijke Eenheid) Dagbehandeling en Kortverblijf ben ik verantwoordelijk voor de takenpakketten Productie, Kosten, Kwaliteit van Zorg en van Kwaliteit van Arbeid voor de afdelingen beschouwende Dagbehandeling (18 bedden), snijdende Dagbehandeling (49 bedden) en de afdeling Kortverblijf (41 bedden). In totaal zijn er 67,25 FTE's aan medewerkers binnen mijn RVE werkzaam. De afdelingen worden aangestuurd door een gemotiveerd, enthousiast en betrokken team met de ambitie om het JBZ tot het meest patiëntveilige ziekenhuis van Nederland te maken en dit binnen de



*Hélène Schmitz*

RVE Dagbehandeling en Kortverblijf zo optimaal mogelijk vorm te geven.

De afdelingen Dagbehandeling en Kortverblijf hebben kwaliteit en veiligheid dus hoog in het vaandel staan. De afgelopen jaren is veel geïnvesteerd in het opzetten van een Veiligheid Management Systeem. We willen niet alleen anticiperen op wat fout loopt, maar veiligheid waarborgen door mogelijke risico's in processen in beeld te brengen en daar prospectief interventies op in te zetten. In de praktijk worden op beide afdelingen al veel acties ondernomen om de zorgverlening veiliger te maken. Naast o.a. zelfevaluatie op basis van de NTA –normen, wordt er elk kwartaal op elkaars afdelingen een veiligheidsronde gelopen. Daarbij is ons doel voor 2013 ook onze patiënten actief daarbij te betrekken en ze daar voor uit te nodigen.

Gezien de grote diversiteit aan specialismen en disciplines en de hoge turnover op Dagbehandeling en Kortverblijf is het geen kleine klus om de patiëntveiligheid bij deze afdelingen in kaart te brengen, waar nodig te verbeteren en risico's zoveel mogelijk te voorkomen. Bij een hoge turnover en specifieke werkprocessen is het echter des te belangrijker om de veiligheid te waarborgen. De pijlers tijdigheid, effectiviteit, transparantie, patiëntveiligheid, klantgerichtheid en -gelijkheid zijn hierbij belangrijke onderdelen die structureel met het gehele team besproken worden. Bovendien willen wij graag gastvrij zijn en onze patiënten en bezoekers het gevoel geven dat zij welkom zijn. Ons motto is dan ook: "Mogen wij een dagje voor U zorgen?" Patiënten en bezoekers zien dat motto op een grote poster zodra ze onze afdeling op komen lopen.

De vraag "Wat kan ik voor u doen?" is van groot belang. Het nodigt patiënten uit hun wensen duidelijk te maken. Werken vanuit kernwaarden zoals hartelijkheid, respect, service en patient empowerment betekent dat patiënten zich welkom voelen en zichzelf durven zijn. Dus willen wij ervoor zorgen dat al onze medewerkers dit uitdragen en een positieve houding uitstralen, zodat elke patiënt zich gehoord en begrepen voelt. Luisteren, communiceren en doen wat je belooft zijn belangrijk.

Ook zijn wij bezig om de afdelingen en werkprocessen LEAN in te richten en op een kwalitatief hoog niveau te brengen op basis van de NEN-7500 normen. Regelmatig worden er PTO's (Patiënt Tevredenheidonderzoeken) en MTO's (Medewerker

Tevredenheidsonderzoeken) gehouden. Op basis van de uitslagen worden de resultaten geanalyseerd en via de PDCA cyclus verbeteracties uitgezet.

Het verzoek om een regiocoördinator voor de NVDK te worden, sprak mij direct aan. Enerzijds is het een mooie manier om mijn afdelingen en het ziekenhuis te profileren, anderzijds is het een uitdaging om samen met andere afdelingen Dagbehandeling en Kortverblijf de zorgverlening nog verder te verbeteren, van elkaar te leren en elkaar te ondersteunen en uit te dagen op

het gebied van nieuwe ontwikkelingen! Ik ben zeer nieuwsgierig naar hoe jullie de werkprocessen hebben georganiseerd en omgaan met nieuwe ontwikkelingen! Ik realiseer mij dat de functie van regiocoördinator een belangrijke is, die ik de komende jaren ook graag goed wil neerzetten. Graag zou ik dit samen met verpleegkundigen uit andere ziekenhuizen willen doen, zodat wij de werkzaamheden kunnen verdelen, maar ook de regio Zuidoost Nederland nog beter op de kaart kunnen zetten! Wie wil met mij deze uitdaging aan gaan?

---

## Berichten

### Gebruik tablets in zorg laag door technische beperkingen

6 september 2012

Artsen zien veel mogelijkheden voor het gebruik van tablets en smartphones tijdens hun werk. Toch ligt het daadwerkelijke gebruik nog laag: tweederde gebruikt maximaal dertig minuten per dag een mobiel apparaat. Dat blijkt uit kwalitatief onderzoek van Medix Publishers onder ruim 60 medisch specialisten.

De reden dat het gebruik van tablets nog relatief laag is, komt volgens 45 procent door technische beperkingen zoals gebrek aan Wifi of 3G netwerk. Daarnaast wordt door een vijfde van de ondervraagden het privacybeleid van de medische instelling waar ze werken genoemd als oorzaak.

### Mogelijkheden tablets en smartphones

Mogelijkheden voor het gebruik van smartphones en tablets zien de medisch specialisten vooral bij het lezen van vakliteratuur. 83 procent van de ondervraagden geeft aan zich via zijn mobiele device op de hoogte te willen houden van ontwikkelingen in zijn vakgebied. Ook e-learning (53 procent), informatievoorziening naar patiënten (43 procent) en communicatie met collega-artsen (38 procent) scoren goed als het gaat om mogelijke voordelen van het beroepsmatig gebruik van tablets en smartphones.

Beroepsmatige nadelen

42 procent van de ondervraagden geeft aan geen nadelen te zien in het gebruik van tablets en smartphones bij hun werkzaamheden. Slechts een respondent gaf aan helemaal geen beroepsmatige voordelen te zien in het gebruik van mobiele apparaten.

(Zorgvisie/ICT – Mark van Dorresteijn | Twitter | Foto: ANP )

### ‘Sterkere positie patiënt nodig bij medische fout’

11 september 2012

De bewijslast moet omgedraaid worden en procedures moeten binnen twee jaar afgerond zijn, op last van een boete voor het ziekenhuis. Dat zegt Wilna Wind, directeur van de patiëntenorganisatie NPCF over de versterking van de positie van patiënten in het geval van medische fouten.

De directeur van de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie vindt dat ziekenhuizen onnodig tijd rekken bij procedures voor schadevergoeding bij medische fouten. Volgens Wilna Wind is er sprake van een ongelijke strijd omdat ‘ziekenhuizen beschikken over de macht, het geld en de tijd om afhandelingprocedures onnodig te rekken. Zonder dat ziekenhuizen emotioneel bij de zaak zijn betrokken.’

### **Slachtoffers**

De NPCF vindt dat slachtoffers van medische fouten binnen twee jaar duidelijkheid moeten krijgen over een schadevergoeding. Als de zaak dan niet afgehandeld is, krijgt het ziekenhuis een boete. 'Tenzij na die periode nog niet duidelijk is wat de definitieve gevolgen van een medische misser zijn,' benadrukt Wind. 'Als later blijkt dat een fout veel meer gevolgen heeft, raakt een patiënt door de maximale termijn van twee jaar van "de wal in de sloot".'

### **Bewijslast**

Om de positie van de patiënt te versterken moet de bewijslast in dergelijke zaken omgedraaid worden, vindt de patiëntenfederatie. 'Nu is het zo dat de patiënt moet bewijzen dat het ziekenhuis een fout heeft gemaakt. Laten de ziekenhuizen maar aantonen dat zij geen fout hebben gemaakt', zegt Wind. (Zorgvisie - Carolien Stam)

### **Aantal doden door medische missers moet omlaag**

16 mei 2012

Om het aantal sterfgevallen door medische missers in ziekenhuizen terug te dringen, wil de demissionair minister van VWS nog voor de zomer afspraken maken met de NVZ vereniging van ziekenhuizen en de Federatie van Universitaire Medische Centra (NFU). Dat zei minister Schippers dinsdag tijdens het vragenuurtje in de Tweede Kamer. Ze hoopt dat systematisch onderzoek naar eerdere fouten de kans op herhaling in de toekomst kan verkleinen. 'Er zijn al afspraken over gemaakt, maar het veld zal dat moeten waarmaken. Ik ben niet degene die mijn handen moet wassen en de protocollen moet volgen. Het veld heeft aangegeven een reductie van 50 procent te willen bewerkstelligen, daar zullen wij hen aan houden', aldus Schippers.

### **Overlijden**

RTL meldde onlangs dat in Nederland jaarlijks zo'n 1960 patiënten overlijden door medische fouten. In 243 gevallen werd daarover melding gedaan bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Tweede Kamerlid Anne Mulder (VVD) stelde er dinsdag vragen over.

### **Zelfredzaamheid**

16 juni 2012

Nederland is wereldkampioen intramurale zorg. We besteden 22,8 procent van alle zorguitgaven aan zorg in gebouwen. In België en Duitsland is dat percentage respectievelijk 12,4 en 7,8 procent, zo bleek onlangs uit onderzoek van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP).

In onze buurlanden wonen ouderen veel meer en langer thuis. Die kant moeten wij ook op, vindt de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ) in het advies Redzaam ouder. Willen ouderen langer zelfstandig wonen, dan moet de zorg aan huis beter. De RVZ vindt dat de overheid de collectieve financiering van de zorg aan huis (via de AWBZ en de Wmo) moet afbouwen. Er zijn nu voor burgers en verzekeraars onvoldoende prikkels om het goed te regelen.

### **Overheid**

'Dat doet de overheid wel', is de gedachte. De thuiszorg kan prima worden overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet. Zorgverzekeraars zullen dan met arrangementen komen voor wonen, zorg en welzijn waarvoor burgers kunnen sparen, aldus de RVZ.

### **Bekostiging**

Essentieel is dat de overheid ook de bekostiging van de thuiszorg snel verandert. Die prikkelt thuiszorgorganisaties nu tot het maximeren van hun omzet. Hoe langer en meer zorg ze kunnen leveren, hoe gunstiger dat financieel is. Dat maakt ouderen afhankelijk van professionele zorg. Gelukkig zijn er thuiszorgorganisaties als Buurtzorg Nederland die zich niets aantrekken van deze perverse prikkel en inzetten op de zelfredzaamheid van ouderen. Zorgkantoren kunnen dat veel meer belonen. Ze kunnen volgen wanneer patiënten instromen bij de organisaties en wanneer ze weer uit zorg gaan. Dan zien ze hoe hard er wordt gewerkt aan zelfredzaamheid. Ze kunnen per categorie – bijvoorbeeld terminale of chronisch zieke patiënten – thuiszorginstellingen vergelijken op kosten per cliënt. Ze kunnen in beeld brengen of thuiszorgorganisaties selectieve keuzes maken voor doelgroepen.

### **Risico's**

Zorgkantoren doen dat onvoldoende, wellicht omdat ze geen financieel risico lopen bij de zorginkoop. Hoogste tijd dat zorgverzekeraars de thuiszorg voor hun eigen verzekerden gaan uitvoeren en daarbij het financiële risico voor de zorginkoop dra

## ZN onderzoekt contractering achterban 7 september 2012

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft een onafhankelijke commissie van wijze mannen ingesteld om te onderzoeken of er sprake is van onregelmatigheden in de contractering van de ziekenhuizen voor 2012. ZN heeft de commissie ingesteld na hardnekkige geruchten dat sommige grote zorgverzekeraars misbruik maken van hun marktleiderschap. Zij zouden te lage prijzen hebben afgesproken voor de behandelingen van hun eigen verzekerden. Mogelijke tekorten voor de ziekenhuizen worden in het kader van een overgangsregeling bijgepast door het vereveningsfonds. Met zo'n constructie wentelen verzekeraars de kosten en risico's af op de gemeenschappelijke premiepot. "De contractering is dit jaar erg ingewikkeld omdat er twee bekostigingssystemen naast elkaar bestaan. We laten eerst de systeemrisico's in kaart brengen. Daarna kijken we hoe we verder gaan," zegt Theo Hoppenbrouwers, directeur Verzekeringen van ZN. Het is volgens hem ondoenlijk om alle ziekenhuiscontracten tegen het licht te houden.

### Gevoelige kwestie

De kwestie is gevoelig. Demissionair minister Schippers van Volksgezondheid heeft beleid in gang gezet om de zorgverzekeraars zelf meer financieel risico te laten lopen. Het jaar 2012 is het eerste jaar waarin de risico's voor de zorgverzekeraars flink moeten toenemen. Dit is onderdeel van het marktwerkingsmechanisme om de zorg doelmatiger en goedkoper te maken. De stijgende zorguitgaven en de marktwerking in de zorg zijn een belangrijk thema in de verkiezingsstrijd.

### Wijze mannen

De afgelopen maanden is veel te doen geweest over de invloed die zorgverzekeraars claimen bij de ziekenhuizen. Een aantal ziekenhuisbestuurders heeft geprotesteerd tegen de aanvullende voorwaarden bij de contracten en veel contracten zijn nog niet getekend. De commissie van wijze mannen van ZN zal waarschijnlijk half oktober verslag uitbrengen.

### Zorgverzekeraar

ZN-voorzitter André Rouvoet heeft een paar dagen geleden in een interview met dagblad Trouw verklaard dat de zorgverzekeraars de ouderenzorg graag willen uitvoeren omdat ze dat beter, efficiënter en goedkoper kunnen uitvoeren dan de gemeenten. Veel politieke

partijen willen de ouderenzorg overhevelen naar de gemeenten. (Zorgvisie – Eric Bassant)

04-10-12

## Betrouwbaarheid online gezondheidsinformatie moeilijk te bepalen

Ruim de helft van de Nederlanders kan moeilijk bepalen of de bron van de online informatie over ziekte en gezondheid betrouwbaar is. Ook vinden circa vier op de tien Nederlanders dat de gevonden informatie vaak tegenstrijdig is. Verontrustend is dat één op de vijf Nederlanders na het lezen van online gezondheidsinformatie angstiger is geworden. Zo blijkt uit de ZegelGezond Monitor 2012, een onderzoek onder ruim 1000 Nederlanders.

ZegelGezond wil weten hoe Nederlanders omgaan met online gezondheidsinformatie. Bezoeken Nederlanders eerst de dokter of Google? Hoe bepalen ze de betrouwbaarheid van een website? Welk effect heeft online gezondheidsinformatie op de bezoeker? Wat gaat er goed en wat kan er beter?

Internet belangrijke bron gezondheidsinformatie  
Driekwart van de Nederlanders zocht het afgelopen jaar online naar antwoord op een vraag over zijn of haar gezondheid. Ook speelt online gezondheidsinformatie een belangrijke rol als aanvullende informatiebron voor bezoeken aan de zorgverlener, zowel vooraf (35 procent) als achteraf (38 procent). Ruim de helft van de Nederlanders kan echter moeilijk bepalen of de bron van de online informatie over ziekte en gezondheid betrouwbaar is. Ook vinden circa vier op de tien Nederlanders dat de gevonden informatie vaak tegenstrijdig is.

### Het onderzoek

De ZegelGezond Monitor 2012 is uitgevoerd door Newcom Research & Consultancy in samenwerking met de Universiteit Twente. De monitor zal jaarlijks verschijnen. De onderzoeksgroep vormt een representatieve afspiegeling van de Nederlandse bevolking.

### Over ZegelGezond

ZegelGezond helpt mensen snel en gemakkelijk de beste gezondheidsinformatie op het internet te vinden. ZegelGezond plaatst een zegel met rapportcijfer van vak- en publieksexperts op deelnemende websites. Zo kan iedereen deze websites herkennen. Websites die



voldoen aan ruim 60 spelregels komen in aanmerking voor het zegel. Daarnaast heeft ZegelGezond een zoekmachine, waarmee het publiek direct kan zoeken naar informatie op de aangesloten websites. Stichting ZegelGezond Nederland heeft een maatschappelijke taak en doelstelling en heeft geen winstoogmerk. Marktmeester NZa hamert op doelmatigheid

Ziekenhuizen moeten ondoelmatige of suboptimale zorg afstoten. Ook moet er meer diagnostiek in de eerste lijn verricht worden. Dat bepleit de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in de Stand van de Zorgmarkten 2012.

Centraal in de rapportage staat het inperken van de kostengroei. Voor de ziekenhuissector betekent dit volgens de NZa “heldere portfoliokeuzes”. Ziekenhuizen moeten wat de NZa betreft zorg waar ze minder goed in zijn of te weinig doelmatig aanbieden aan anderen overlaten. “Dat is overigens iets anders dan het bestaande palet aan zorg onderling te verdelen over verschillende aanbieders in de regio”, waarschuwt de NZa. “Afstoten van zorg is niet hetzelfde als zorg via een omweg aanbieden.”

### **Goedkopere diagnostiek**

Ziekenhuizen moeten volgens de NZa ook vaker de medisch-inhoudelijke afweging maken of een behandeling een behandeling nog zinvol is. Daarnaast moeten ziekenhuizen meer zorg overlaten aan eerstelijns aanbieders. “Zorgaanbieders in de eerstelijnszorg kunnen bijvoorbeeld veel meer en goedkoper diagnostiek aanbieden”, stelt de NZa. De marktmeester in de zorg roept in dit verband de zorgverzekeraars op om hier regionaal veel sterker op te sturen. De NZa vindt dat de zorgverzekeraars expliciete afspraken moet maken met de ziekenhuizen over het verminderen van het aantal diagnostiekverrichtingen.

### **Vervolgbehandeling**

Directeur-generaal curatieve zorg Léon van Halder van VWS brak dit voorjaar in Skipter ook al een lans voor het weghalen van diagnostiek uit de ziekenhuizen. Volgens Van Halder diagnosticeren de eerste en tweede lijn evenveel patiënten, alleen kost dit in de eerste lijn 200 miljoen euro tegen 500 miljoen euro in de ziekenhuizen. Bovendien krijgen zeven van de tien patiënten die in het ziekenhuis gediagnosticeerd worden volgens Van Halder een vervolgbehandeling die medisch niet noodzakelijk is.

### **Afbouwen**

In de eigen rol van marktmeester in de zorg wil de NZa zich komend jaar vooral sterk maken voor het afbouwen van verschillende overgangsregelingen. Deze staan volgens de NZa –net als de financiële schotten tussen de verschillende sectoren- substitutie van dure medisch specialistische zorg in de weg. “Om te zorgen dat zorgaanbieders duidelijke portfoliokeuzes maken en substitutie naar de eerstelijnszorg van de grond komt, moeten de huidige overgangsregelingen zo snel als mogelijk afgerond worden”, stelt de NZa. De NZa denkt hierbij ondermeer aan het afbouwen van de aparte honorariumcomponent voor medisch specialisten.

### **Weektarief**

In het kader van de AWBZ wil de NZa af van declareren per uur. Het principe van uurtje-factuurje leidt er volgens de NZa toe dat er meer zorg geleverd wordt dan nodig is. In plaats hiervan moet er een integraal weektarief komen of bekostiging op basis van zorgzwaarte. “Dit vergroot de druk om zorg doelmatig en flexibel te leveren en om vernieuwingen door te voeren”, zo gelooft de NZa. Wel erkent de NZa dat er bij een budget per week of op basis van zorgzwaarte gevaar van onderbehandeling bestaat.

### **NEN7510: zucht of zegen?**

De nieuwste versie van de norm NEN7510 voor informatiebeveiliging in de zorg dateert van oktober 2011. Deze versie vervangt de voorgaande versies alsmede de normen NEN7511-1, NEN7511-2 en NEN7511-3. De nieuwste versie is een substantiële verbetering ten opzichte van de oude versie. Zo is in de nieuwe NEN7510 aandacht voor de inrichting van het managementsysteem voor informatiebeveiliging (ISMS) en voor risicomanagement. ISMS heeft een prominente plaats gekregen en wordt in separate paragrafen uitgebreid behandeld. Per fase (Plan, Do, Check en Act) is beschreven welke stappen genomen moeten worden. Met de nieuwe norm kan daardoor een goede basis worden gelegd voor de inrichting van een managementsysteem, waarmee de informatiebeveiliging doorlopend wordt gecontroleerd op mogelijke verbeteringen.

### **Inrichting**

De inrichting van een ISMS is als verplichting opgenomen in de norm. De beheersmaatregelen die behan-

deld worden, zijn niet verplicht en alleen van toepassing als de uitkomsten van een risicoanalyse aanleiding geven tot de maatregelen. Niet alleen het managementsysteem, maar ook risicomanagement heeft - terecht - een prominentere plaats gekregen. De nieuwe NEN7510 behandelt twee vormen van risicoanalyse: de integrale risicoanalyse waarin alle aspecten van informatiebeveiliging de revue passeren en de objectrisicoanalyse van 'losse' objecten. De laatste komt met name aan de orde als NEN7510 vraagt om 'passende' maatregelen. Je zal dan moeten nagaan wat niet passend is en dat doe je via een objectrisicoanalyse. Risicomanagement - mits organisatiebreed uitgevoerd - zorgt voor een beter bewustzijn van dreigingen en de noodzaak tot het treffen van maatregelen. Niet voor niets had risicoanalyse ook bij de NEN7510-audits, zoals deze bij ziekenhuizen in 2010 conform het NVZ Toetsingsreglement Informatiebeveiliging versie 19-04-2010 zijn uitgevoerd, een prominente plaats. Onderverdeling In de nieuwe norm is in lijn met ISO27002, een duidelijke onderverdeling gemaakt per hoofdbeveiligingscategorie. Wie goed met ISO27001 en ISO27002 uit de voeten kan, kan direct aan de slag met NEN7510.

### Kampioen zorguitgaven

De Nederlandse kosten voor de gezondheidszorg behoren tot de hoogste ter wereld. 'Wie onze zorg karig noemt, moet eens in omringende landen kijken' Is onze zorg te luxueus? Die vraag dringt zich op als je de internationale vergelijkingen erop na slaat. De Nederlandse zorgkosten zijn verhoudingsgewijs de op één na hoogste ter wereld, zo blijkt uit een overzicht van de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO). Dat staat in een recent rapport van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Nederland gaf in 2009 11,9 procent van het bruto binnenlands product (alles wat burgers en bedrijven in een jaar verdienen) uit aan gezondheidszorg en is daarmee koploper in Europa. Wereldwijd gaven alleen de Verenigde Staten meer uit: 17,4 procent van het bbp. Het gemiddelde in de OESO-landen, de club van 34 geïndustrialiseerde landen, bedraagt 9,6 procent. Nederland wijkt echter niet veel af van omringende landen: Frankrijk (11,8 procent), Duitsland (11,6 procent) en Denemarken (11,4 procent) volgen Nederland op de voet. De voormalige Oostbloklanden Hongarije, Tsjechië en Polen zitten rond de 7 procent. Hekkesluiters zijn Mexico en Turkije, met 6,4 en 6,1

procent. 'Je kunt concluderen dat welvarender OESO-landen relatief meer uitgeven dan armere OESO-landen,' zegt CBS-woordvoerder Peter Hein van Mulligen. Dat is niet verbazingwekkend. Immers: hoe rijker een land, hoe beter de voorzieningen op het gebied van de gezondheidszorg. Dat Nederland in vergelijking met buurlanden niet afwijkt, wil echter niet zeggen dat er geen probleem is. Want de stijgende zorgkosten zijn een internationaal verschijnsel en ook in omringende landen breken politici zich het hoofd hoe deze te beteugelen.

Een ogenschijnlijk klein procentueel verschil in bbp-uitgaven, kan veel geld schelen. In Zweden bijvoorbeeld zijn de zorgkosten 10 procent van het bbp. Zou de Nederlandse overheid de zorgkosten tot dat niveau weten terug te brengen met bijna 2 procentpunten, dan zou het begrotingstekort (dit jaar 17 miljard euro) zo'n 12 miljard euro lager uitvallen.

De OESO berekende ook dat de uitgaven aan langdurige zorg, de zorg voor ouderen, gehandicapten en chronisch zieken, in Nederland 23,9 procent van de lopende uitgaven aan gezondheidszorg uitmaken. Dat is ruim twee keer zoveel als het OESO-gemiddelde van 11,6 procent. Alleen Noorwegen en Denemarken scoren hoger. In Duitsland is het de helft: 12,3 procent en in Frankrijk 11,5 procent.

Hoe kan Nederland zo afwijken? Voor een deel is het een kwestie van definities, zegt Van Mulligen van het CBS. 'Ondanks betere afspraken tussen landen over de vraag wat onder langdurige zorg valt, blijft het lastig deze internationaal te vergelijken.' Sommige landen beschouwen bijvoorbeeld huishoudelijke hulp voor ouderen niet als langdurige zorg, maar andere, zoals Nederland, wel.

Los daarvan: Nederland springt er op het gebied van langdurige zorg in internationale vergelijkingen altijd als duurste uit, zegt Erik Schut, hoogleraar van de economie van de gezondheidszorg aan de Erasmus Universiteit. 'Onze langdurige zorg is geïnstitutionaliseerd en geprofessionaliseerd.' Oftewel: wij hebben relatief veel ouderen en gehandicapten in instellingen. Voor zorg die in andere landen door familie wordt geleverd, hebben wij professionals.

15-10-12

## Nieuwe kwaliteitsnormen leiden tot verdere concentratie van ziekenhuiszorg

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft bij alle Nederlandse ziekenhuizen de kwaliteit van 18 complexe behandelingen in kaart gebracht. ZN heeft dit gedaan aan de hand van minimum kwaliteitsnormen, die zijn opgesteld door de wetenschappelijke beroepsverenigingen van medisch specialisten. Het overzicht - dat te vinden is op de website [www.minimumkwaliteitsnormen.nl](http://www.minimumkwaliteitsnormen.nl) - geeft verzekerden zicht op welke ziekenhuizen bepaalde complexe behandelingen aanbieden.

De verzekeraars deden eind vorig jaar al een eerste inventarisatie voor 8 van deze 18 ingrepen. Voor deze 8 behandelingen is het aantal ziekenhuislocaties in Nederland waar de ingreep wordt gedaan, nagenoeg stabiel gebleven. Het gaat dan om borstkanker, darmkanker, longkanker, slokdarmkanker, alvleesklierkanker, leverkanker, blaasverwijdering en verwijde buikaorta.

### Concentratie van ziekenhuiszorg zichtbaar

De inventarisatie laat een forse concentratie van ziekenhuiszorg zien bij de 10 behandelingen waarvoor eind 2011 nieuwe minimum kwaliteitsnormen zijn vastgesteld door de beroepsverenigingen. Het gaat hierbij om (bij)schildklier aandoeningen, bijnier aandoeningen, obesitas, vernauwde bloedvaten, vernauwde halsslagader, weke delen kanker, radiotherapie, dotteren (PCI), implanteerbare defibrillatoren (ICD) en hartklepinterventie (THI).

Een flink aantal ziekenhuizen heeft aangegeven niet aan één of meerdere normen te kunnen voldoen, met als gevolg dat een substantieel deel van de ziekenhuizen voor sommige ingrepen nu besluit om de behandeling niet langer meer aan te bieden.

Op deze wijze realiseren zorgverzekeraars voor steeds meer behandelingen dat zorg die niet aan de minimum kwaliteitsnormen van de beroepsgroep voldoet, ook niet meer aangeboden wordt. Zowel beroepsverenigingen als patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars zijn het erover eens dat deze concentratie van complexe ziekenhuisbehandelingen een belangrijke stap is in de verbetering van de kwaliteit van zorg.

Ziekenhuizen bieden minder behandelingen aan

Voor sommige ingrepen besluit nu 19 tot 59 % van de ziekenhuizen om de behandeling niet meer aan te bieden. Zo zijn van de 61 ziekenhuizen die de behandeling van 'kanker van de weke delen' aanboden er 33

ziekenhuizen gestopt (54%). En van de 49 ziekenhuizen die behandelingen aan de bijnier aanboden, zijn er 29 gestopt (59%). Voor een aantal behandelingen geldt dat een groot aantal ziekenhuizen deze al niet uitvoerde. Ook dat is relevante patiënteninformatie, die nu met deze inventarisatie transparant in beeld gebracht wordt op een voor iedereen toegankelijke website. De inventarisatie richt zich uitsluitend op de operatie. Patiënten kunnen in veel gevallen de noodzakelijke voor- of nazorg krijgen in het ziekenhuis in de buurt.

### Goede samenwerking

Ziekenhuizen en zorgverzekeraars werken steeds meer samen aan het concentreren van complexe behandelingen. De wetenschappelijke verenigingen die de normen opstellen zijn ook belangrijke partijen. Zij zijn betrokken bij de vragenlijsten die zijn gebruikt voor de inventarisatie van de 18 ingrepen van de ziekenhuizen. Zorgverzekeraars inventariseren of ziekenhuizen voldoen aan de minimumnormen en voeren overleg met de ziekenhuizen over de consequenties. Ziekenhuizen die ondanks de nieuwe afspraken doorgaan met het uitvoeren van ingrepen terwijl zij niet aan de normen voldoen zullen door de IGZ worden aangesproken. Dat voorkomt dat patiënten zorg ontvangen waarbij de voorwaarden voor een betere uitkomst niet of onvoldoende geborgd zijn. Een mooi samenspel van de partijen dat bijdraagt aan de concentratie van zorg. Concentratie van complexe aandoeningen Door de concentratie van complexe zorg kunnen ziekenhuizen zich specialiseren en dat verhoogt de kwaliteit en doelmatigheid van de behandeling. Sjoerd Terpstra, beleidsadviseur bij Zorgverzekeraars Nederland: "Het is mooi om te zien dat de minimum kwaliteitsnormen ervoor zorgen dat de concentratie van complexe ziekenhuiszorg steeds meer vorm krijgt. Wij willen dat mensen die te maken krijgen met een ernstige aandoening verzekerd zijn van de beste zorg. Onze inventarisatie helpt daarbij. "

Zorgverzekeraars vinden dat verzekerden toegang moeten hebben tot goede, veilige en doelmatige zorg. Voor zeer complexe aandoeningen hebben de wetenschappelijke verenigingen minimum kwaliteitsnormen opgesteld. Zorgverzekeraars contracteren geen ziekenhuizen die niet voldoen aan de gestelde eisen. Op die manier kunnen sommige ziekenhuizen zich specialiseren en patiënten verzekeren van de beste zorg.

30-10-12

### Zorgverzekeraars plaatsen kanttekeningen bij onderdelen zorgparagraaf regeerakkoord

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) is positief over de hoofdlijnen van de zorgparagraaf in het regeerakkoord maar plaatst stevige kanttekeningen bij een aantal maatregelen. “Er komen grote veranderingen in de zorg. Het kabinet ziet dat zorgverzekeraars een belangrijke rol vervullen als regisseur op de kosten en de kwaliteit van de zorg. Positief is dat het nieuwe kabinet in de curatieve zorg ervoor kiest om door te gaan op de ingeslagen weg. Ook is het goed dat er meer aandacht komt voor preventie, kwaliteit en versterking van de eerste lijn.

Kritisch is ZN over de manier waarop het kabinet de AWBZ wil hervormen. Bij de uitwerking van het regeerakkoord is nog een aantal noten te kraken”, zegt ZN-voorzitter André Rouvoet in een eerste reactie.

#### AWBZ en ouderenzorg

André Rouvoet plaatst kritische kanttekeningen bij de keuzes van het kabinet als het gaat om de ouderenzorg: “In de Agenda voor de zorg pleiten alle zorgpartijen voor overheveling van de ouderenzorg naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). Volgens het regeerakkoord gaat de intramurale ouderenzorg naar een landelijke voorziening en gaat de verzorging van ouderen naar de gemeenten. Dit staat een integraal zorgaanbod voor ouderen in de weg. Voor de burger is het niet helder op welke plek hij voor welke zorg terecht kan. Deze wijziging betekent ook dat een fors deel van de ouderen- en gehandicaptenzorg geen verzekerd recht meer is, maar een voorziening waarbij elke gemeente zelf kan besluiten geen zorg te leveren als het geld op is”, aldus Rouvoet. Volgens het akkoord krijgen gemeenten een grote mate van beleidsvrijheid bij de uitvoering. Dat brengt volgens ZN risico's met zich mee. Zorgverzekeraars willen graag in gesprek met de nieuwe bewindslieden over deze voorgenomen maatregelen.

#### Publiek-privaat

Het kabinet maakt de zorgpremie grotendeels inkomensafhankelijk. Bovendien wordt de basisverzekering beperkt tot naturapolissen. Restitutiepolissen worden afgeschaft in de basisverzekering. Deze maatregelen raken naar mening van ZN aan het publiek-private karakter van het Nederlandse zorgstelsel en

kunnen concurrentie tussen zorgverzekeraars beperken. ZN betwijfelt of deze maatregelen de Europeesrechtelijke toets kunnen doorstaan.

#### GGZ in zorgverzekeringswet

In het regeerakkoord staat dat zorgverzekeraars in 2017 volledig financieel verantwoordelijk worden voor de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). De zorgverzekeraars willen graag zorgvuldig kijken hoe dat inpasbaar is in de Zvw, in het bijzonder met het oog op de beoogde risicodragende uitvoering van de GGZ. Zorgvuldigheid en tempo zijn belangrijke randvoorwaarden voor een eventuele overheveling van de GGZ naar de Zvw.

ZN juicht toe dat het kabinet doorgaat op de ingeslagen weg van concentratie en specialisatie van zorg. Zo is ZN blij met de steun van het kabinet voor het concentreren van de acute zorg door zorgverzekeraars. De inspanningen van zorgverzekeraars door scherp en selectief in te kopen, hebben de afgelopen twee jaar haar vruchten afgeworpen op het gebied van kwaliteitsverbetering en doelmatigheid van de zorg.

#### Zorg uit vertrouwen in landelijke infrastructuur

30 oktober 2012

De zorg heeft zich afgelopen vrijdag verbonden aan de voortzetting van de landelijke zorginfrastructuur (LSP). Dit is de uitwisseling van medische gegevens tussen zorgverleners. In dit artikel vertellen de partijen meer over ambities en concrete afspraken. Willem Regout van de Vereniging van Zorgaanbieders voor Zorgcommunicatie (VZVZ) legt uit dat de koepels beloofd hebben zich in te zetten voor de uitwisseling van patiëntgegevens via een landelijke infrastructuur. ‘De plannen zijn opgesteld tot 2016. Aan het einde moet ook zichtbaar zijn dat het aantal aansluitingen en dossierraadplegingen zijn gestegen. Deze ambities zullen we jaarlijks toetsen.’ Wat betreft aansluitingen zien de ambities er als volgt uit:

In de tabel moet het onderdeel ziekenhuizen los gezien worden van de eerste lijn. Reden hiervoor is dat ziekenhuizen pas net beginnen met de invoering. De ggz wordt niet genoemd in de grafiek. ‘Er is wel behoefte aan gegevensuitwisseling, maar in deze sector staan ze nog echt aan het begin van de invoering’, licht Regout toe.



### Zorgverzekeraars

De kosten voor de komende drie jaar bedragen 75 miljoen euro. Deze kosten worden betaald door de zorgverzekeraars, deelt Elske Hijlkema, woordvoerder Zorgverzekeraars Nederland. 'Wij monitoren het businessplan en gaan over tot betaling als de doelstellingen behaald zijn. Zie het als een stok achter de deur. Daarnaast ondersteunen we zorgaanbieders met de communicatie en informeren verzekerden.'

### Huisartsen

Het aantal aansluitingen onder huisartsen is al behoorlijk hoog. 'Het veld heeft ook behoefte aan een goede infrastructuur', stelt Paul Habets, vicevoorzitter Landelijke Huisartsenvereniging. 'Het convenant betekent voor ons dat de infrastructuur goed ingericht gaat worden. Met name op het gebied van actuele medicatiegegevens en dat huisartsenposten in geval van nood beschikking hebben over patiëntgegevens.' Habets is van mening dat huisartsen niet verplicht moeten worden tot aansluiting. Hij legt uit dat huisartsen die graag snel vooruit willen, dat moeten kunnen. Maar de huisartsen die liever de kat uit de boom kijken, moeten ook de kans krijgen om te zien dat het echt werkt. 'Verplicht stellen werkt niet, daar zit een geurtje aan dat het blijkbaar niet goed is', meent Habets. 'Met de financiële steun van zorgverzekeraars en continue verbeteringen aan het systeem door het zorgservicecentrum, is er grote kans dat de ambities waargemaakt worden. Huisartsen hebben allemaal een spoedlijn en fax, daar komt straks deze infrastructuur bij.'

### Apothekers

Ook de KNMP gaat hun leden informeren en enthousiasmeren, vertelt Tosca Noorlander, beleidsadviseur ict bij apothekersorganisatie KNMP. 'De eerste stap is gezet met het nieuwsbericht en we gaan nu bij gelegenheden de mogelijkheden van het LSP onder de aandacht brengen. We verwachten dat deze infrastructuur een waardige opvolger wordt van het OZIS, het uitwisselingssysteem dat tot op heden is gebruikt.' Noorlander verwacht dat de ambitie voor apothekers gehaald gaat worden. 'Voordat de Eerste Kamer het EPD afkeurde, waren apothekers eigenlijk allemaal al aangesloten. In de periode daarna is er onduidelijkheid ontstaan over de toekomst van het LSP en de vergoeding voor de apotheek. Met de financiering door zorgverzekeraars en afspraken en ambities die zijn opgesteld, verwachten we dat de infrastructuur een succes wordt.'

### Ziekenhuizen

Het sluiten van het convenant heeft voor ziekenhuizen twee belangrijke obstakels weggenomen, legt Dony Potasse, woordvoerder Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) uit. Ten eerste de beoogde toename van het aantal aangesloten huisartsen en apothekers. 'Dit motiveert ziekenhuizen om zich ook aan te sluiten. Daarnaast nemen de zorgverzekeraars de belangrijke taak op zich om een groot deel van het project te financieren. Met dit breed gedragen initiatief hoopt de NVZ op een succesvol systeem en veilige uitwisseling van gegevens. Dit systeem is belangrijk om de kwaliteit en veiligheid van zorgprocessen – en dus de patiëntveiligheid – te verbeteren.' De NVZ zal zich vooral bezigen met het informeren en motiveren van ziekenhuizen. 'Het blijven zelfstandige individuele partijen die wij niet kunnen dwingen. Onze taak is uit te leggen waarom aansluiting belangrijk is.'

### Patiënten

Marcel Heldoorn, beleidsmedewerker e-health bij de NPCF, legt uit dat er in samenspraak met de VZVZ toestemmingsfolders zijn gemaakt om patiënten te informeren. Daarnaast komt er een laagdrempelige folder in de wachtkamers over het nut van de uitwisseling. 'Wij willen patiënten wijzen op het belang van informatie-uitwisseling. Zij moeten vervolgens zelf een keuze maken of zij hier toestemming voor geven', vertelt Heldoorn. 'Het is in ieder geval goed dat er een nieuwe infrastructuur ligt. Met het verouderde en onveilige OZIS moeten we niet meer willen werken. Deze infrastructuur gaat er ook per 1 juli 2014 definitief uit.' Voordeel van het convenant is volgens Heldoorn ook dat alle partijen nu op één lijn staan en weten waar zij aan toe zijn. 'Daarvoor waren er veel afwachtende reacties. Iedereen wachtte tot de andere partij een stap zou zetten. Door de krachten te bundelen en samen te werken kunnen we veel verder komen. Dat betekent ook meer duidelijkheid voor de patiënt. Het is nu bijvoorbeeld helder dat zij bij het VZVZ terecht kunnen voor klachten, of anders bij hun zorgverlener.'

Verder in de toekomst krijgen patiënten toegang tot een portaal waarop zij kunnen aangeven welke data zij met wie willen delen. Ook wordt daar duidelijk wie het dossier heeft bekeken. 'Deze portal komt in 2013', stelt Heldoorn. 'Tegelijkertijd werken we ook aan een interface waarmee e-healthtoepassingen en persoonlijke gezondheidsdossiers aangesloten kunnen worden op de infrastructuur. Zo kunnen patiënten hun eigen

gegevens makkelijk delen met de zorgverleners. Wij willen dit al jaren, zorgverzekeraars steunen ook steeds meer e-healthprojecten. Kortom de betrokkenheid neemt steeds verder toe en we verwachten er veel van.'

(Zorgvisie/ICT – Mark van Dorresteyn)

## NZa vindt fusie-eisen NMa een 'goede zaak'

6 november 2012

De NZa vindt het positief dat de NMa prijsplafonds heeft afgesproken bij de drie recent goedgekeurde ziekenhuisfusies. Anders zouden de prijzen teveel kunnen stijgen.

Dat laat de NZa weten. De prijsplafonds, die de ziekenhuizen naar eigen zeggen vrijwillig hebben afgesproken, gelden tot 2016.

### Drie ziekenhuisfusies

Vrijdag gaf de NMa groen licht voor drie op stapel staande ziekenhuisfusies: Kennemer Gasthuis met Spaarne Ziekenhuis in Hoofddorp en Haarlem, Atrium Medisch Centrum met Orbis Medisch Zorgconcern in Heerlen en Sittard en TweeSteden Ziekenhuis met Sint Elisabeth Ziekenhuis in Waalwijk en Tilburg.

### Prijsstijging

De grootste prijsstijging ligt op de loer na de fusie tussen het TweeSteden Ziekenhuis en het Sint Elisabeth Ziekenhuis. Hier houdt de NZa rekening met een stijging tussen de 22 en 33 procent. Bij het Spaarne Ziekenhuis en Kennemer Gasthuis lag een mogelijke prijsstijging tussen negen en achttien procent in het verschiep. De prijsstijging na de fusie tussen Atrium en Orbis zou tussen de vier en negen procent kunnen zijn, zo becijferde de NZa.

### NZa

De zes ziekenhuizen maken nu met de NMa afspraken over hoeveel de prijzen voor behandelingen met vrije prijzen maximaal mogen stijgen. De NMa monitort of de ziekenhuizen de door henzelf opgelegde maximumprijzen ook naleven. De NZa kan ingrijpen als de NMa toch een prijsstijging aantoot en blijkt dat een van de ziekenhuizen aanmerkelijke marktmacht heeft en daar misbruik van maakt. Het Sint Elisabeth Ziekenhuis en het TweeSteden Ziekenhuis zeggen hun prijzen tot 2016 "in principe te houden onder de gemiddelde landelijke prijschommelingen". Ook Atrium en Orbis en

het Kennemer Gasthuis en het Spaarne Ziekenhuis hebben toegezegd dat prijsstijgingen de landelijke indexering "niet zullen overstijgen". De twee Noord-Hollandse ziekenhuizen voegen daaraan toe prijsstijgingen "niet waarschijnlijk" te achten.

Admiraal de Ruyter Ziekenhuis

Saillant detail: het Admiraal de Ruyter Ziekenhuis in Goes probeert sinds juni dit jaar het prijsplafond er juist weer af te krijgen. Bij de fusie in 2009 tussen toen nog de Oosterschelde Ziekenhuizen Goes en Ziekenhuis Walcheren in Vlissingen legde de NMa voor het fusieziekenhuis voor het eerst een prijsplafond op. (Zorgvisie-Carina van Aartsen) foto: Lex van Lieshout  
NZa-baas Langejan: 'Zorgverzekeraars mogen eisen wat ze willen'

25 oktober 2012

### Bestuursvoorzitter Theo Langejan

van de NZa vindt dat zorgverzekeraars en ziekenhuizen met elkaar mogen afspreken wat ze willen. Vergaande eisen van zorgverzekeraars, zoals invloed in het ziekenhuisbestuur, zijn wat hem betreft niet verboden. Constructies waarin met opzet erg lage of erg hoge prijzen worden afgesproken, zijn dat ook niet. Langejan: 'Wie betaalt, mag eisen stellen aan de producten die hij koopt. De prijzen zijn vrij, daarover heeft de NZa geen mening.' Langejan zegt dit in een interview met Zorgvisie Magazine.

### Verticale integratie

Langejan geeft het voorbeeld van een zorgverzekeraar die een marktaandeel heeft in een ziekenhuis van 90 procent. Voor die zorgverzekeraars is het functioneren van dat ziekenhuis heel belangrijk. 'De zorgplicht ligt bij de zorgverzekeraar. Als er aan de zorgaanboder problemen ontstaan, moet de zorgverzekeraar handelen. Ik zou niet weten waarom een zorgverzekeraar geen invloed in het bestuur zou mogen hebben. Wij zijn ook helemaal niet tegen verticale integratie.'

### Creatief bekostigen

Zorgverzekeraars Nederland en de NVZ vereniging van ziekenhuizen vermoeden dat zorgverzekeraars en ziekenhuizen strategische afspraken hebben gemaakt tijdens de zorginkooponderhandelingen om daardoor hogere compensatiebedragen te bedingen. ZN en NVZ noemen dit misbruik. De zorg zit op dit moment in een overgangsfase waarin twee bekostigingsmodellen tegelijk functioneren. Ziekenhuizen kunnen daardoor

bewust een te hoog bedrag afspreken via het oude, "schaduwmodel", waardoor ze recht hebben op compensatie volgens het nieuwe model als ze te weinig omzet binnenhalen. Die omzet is te beïnvloeden door lagere prijzen af te spreken in het nieuwe model. Zorgverzekeraars krijgen zo een lagere schadelast.

### Geen misbruik

ZN heeft al laten weten zorgverzekeraars en ziekenhuizen te willen dwingen hun contracten open te breken als blijkt dat misbruik heeft plaatsgevonden. Langejan zegt dat dit niet verboden is: 'Juridisch gezien, is dit geen fraude. Ik zou het zelfs geen misbruik willen noemen.' Langejan is ook niet verbaasd dat dit zou zijn gebeurd. Sterker nog, de NZa heeft hier al een tijd geleden voor gewaarschuwd in een brief aan de minister. Dit is iets wat de contractpartijen met elkaar moeten oplossen, de NZa gaat daar niet over. Dergelijke strategische afspraken zijn volgens Langejan een logisch gevolg van het naast elkaar bestaan van twee bekostigingssystemen. 'Daar moeten we dus zo snel mogelijk van af.' (Zorgvisie-Carina van Aartsen)

### PPS biedt intramurale zorg voordelen

10 augustus 2010

Bij publiek-private samenwerking worden ontwerp, bouw, financiering, onderhoud, en/of facilitaire dienstverlening (DBFM(O)) als één opdracht uitbesteed. Dat biedt veel voordelen voor de intramurale gezondheidszorg.

Gebouwegebonden PPS is een vorm van samenwerking waarbij de markt gebouwen en diensten levert aan de overheid tegen een prestatiegerelateerde beloning. De prestatie of dienst (bijvoorbeeld beschikbaarheid van ruimten of facilitaire diensten) wordt pas geleverd als de gebouwen gerealiseerd zijn. De markt wordt geprikkeld om goed te blijven presteren doordat betaling gefaseerd over de looptijd van het contract plaatsvindt op basis van daadwerkelijke beschikbaarheid. De markt neemt verantwoordelijkheid voor het integrale product en pakt het aan met een langetermijnvisie (de contracten worden voor tientallen jaren afgesloten). Ook de financiering is onderdeel van de opdracht. De risico's op overschrijdingen worden zo overgedragen aan (en beprijsd door) de markt. De markt heeft een groot belang bij het adequaat managen van de risico's en kan dat ook het beste.

### Ervaringen

In Engeland heeft PPS tot successen geleid en is het inmiddels een veel toegepaste samenwerkingsconstructie. Als belangrijkste voordelen worden tijdige oplevering en realisatie binnen budget genoemd. PPS in de vorm van DBFM(O)-contracten heeft behalve tot een tijdige oplevering van gebouwen, ook geleid tot meer continuïteit in kwaliteit, efficiëntere besteding van middelen en een meer doordachte aanpak van risico's. Tevens geeft PPS beter inzicht in de kosten en risico's over de gehele levensduur van een gebouw dan wanneer alle verschillende onderdelen na elkaar worden ingekocht.

In Nederland heeft bijvoorbeeld het ministerie van Financiën aan de Korte Voorhout 7 in Den Haag gekozen voor een integraal DBFMO-contract. Daar is inmiddels 1,5 jaar ervaring in de exploitatiefase.

### Weerstand

Veel organisaties hebben nog weerstand tegen de complexiteit en hoge administratieve lasten van PPS. Het is ook lastig: allerlei ongelijksoortige partijen, bouwers, banken, publieke organisaties met een andere werkwijze en cultuur moeten met elkaar samenwerken. Bij geïntegreerde contracten moet niet alleen degene die belast is met de aanbesteding, maar de hele opdrachtgevendende organisatie leren om ver vooruit en abstract te denken. Dit vergt van veel mensen binnen een organisatie een aanpassing.

### Gemini ziekenhuis

Dat bij PPS reeds bij het ontwerp rekening wordt gehouden met de exploitatie, is ook voor zorginstellingen een belangrijk voordeel. Zo wordt het nieuwe Gemini ziekenhuis in Den Helder gerealiseerd volgens het Living Building Concept (LBC). Het pakket van wensen en eisen van het ziekenhuis is door het consortium van uitvoerende partijen vertaald naar een ontwerp waarmee het ziekenhuis qua groei, krimp en wijzigingen in de huisvestingbehoefte volledig is voorbereid op de toekomst. In dit project is de financiering niet meegenomen vanwege de onzekerheid over de kapitaallasten op dat moment. Ook de facilitaire zaken zijn buiten de PPS gehouden omdat men die nog niet uit handen durfde te geven.

## Urgentiebesef

16 oktober 2012

Jaarlijks overlijden er bijna tweeduizend mensen onnodig in Nederlandse ziekenhuizen, becijferde het Nivel in 2010. Dat zijn zes Jumbojets vol onnodige doden. Als je weet dat dit zo is, verwacht je dat ziekenhuizen en medisch specialisten keihard werken om de zorg veiliger te maken. Op veel plekken gebeurt dat gelukkig ook. Maar gebeurt het overal? Is iedereen in elk ziekenhuis in Nederland doordrongen van de urgentie om de zorg veiliger te maken?

## De werkelijkheid onder ogen zien

Er bestaat in de zorg helaas ook de nodige weerstand om deze ongemakkelijke cijfers onder ogen te zien. Enerzijds is dat begrijpelijk, want het is pijnlijk om te erkennen dat er gemiddeld per week bijna veertig patiënten onnodig overlijden. Maar zonder de bereidheid om deze werkelijkheid onder ogen te zien, ontbreekt ook het bewustzijn en het gevoel van urgentie om er wat aan te doen.

## Veilige cultuur

‘Verbetering begint met eerlijkheid en de waarheid vertellen.’ Dat zei Gary Kaplan, CEO van Virginia Mason Medical Center op 12 oktober op het Zorgvisie Executive Seminar Specialist & Ziekenhuis: het kan samen! Kaplan vertelde hoe in 2004 de patiënte Mary McClinton in zijn ziekenhuis stierf door een onnodige medische fout. Kaplan greep de tragische medische misser aan om het gevoel van urgentie in Virginia Mason te intensiveren. Het ziekenhuis in Seattle (Washington) maakte de fout openbaar en vertelde de waarheid. ‘De waarheid vertellen is de norm in ons ziekenhuis.’ De CEO speelt volgens Kaplan een cruciale rol in het creëren van een cultuur waarin artsen zich veilig voelen om open en eerlijk te zijn over medische fouten. Alleen in zo’n veilige en open omgeving kunnen dokters leren van fouten.

## De reis gaat door

In 2010 werd het ziekenhuis uitgeroepen tot het beste Amerikaanse ziekenhuis van het eerste decennium. Maar ondanks de indrukwekkende resultaten is Virginia Mason er nog lang niet, stelt Kaplan. Nog steeds richten artsen onnodige schade aan. Het ziekenhuis aan de westkust van Amerika zet de reis naar veiligere zorg met onverminderde gedrevenheid voort. Een bron van inspiratie.

## Studiereis naar Virginia Mason in Seattle

Abonnees van Zorgvisie kunnen een uitgebreid achtergrondartikel lezen over Lean en Virginia Mason in het Zorgvisie Weekoverzicht dat vrijdag verschijnt. In de Zorgvisie Executive 16, die donderdag verschijnt, is er aandacht voor het veiligheidssysteem, waarbij iedere medewerker operaties en behandelingen kan stopzetten als de veiligheid in het geding is. Zorgvisie Executive organiseert in 2013 een studiereis naar Virginia Mason in Seattle voor ziekenhuisbestuurders en medisch specialisten. U kunt zich opgeven bij Zorgvisie-redacteur Bart Kiers.

## ‘Schrap overdaad aan collectieve regelingen’

31 oktober 2012

Roger van Boxtel, bestuursvoorzitter van Menzis, vindt dat veel collectieve regelingen weer afgeschaft moeten worden. ‘Mensen zouden weer hun eigen verantwoordelijkheid moeten nemen. Pas als dat niet meer lukt, kunnen zij aanspraak maken op collectieve voorzieningen.’

Van Boxtel stelt tijdens de KPN bijeenkomst ‘Beter maken vs gezond blijven’ op 29 oktober dat veel collectieve regelingen zijn vastgelegd in de wet. Mensen zien deze regelingen als iets vanzelfsprekends, daarin is de verzorgingsstaat volgens Van Boxtel doorgeschooten. Hij pleit dat mensen zelf weer verantwoordelijkheid nemen en in eerste instantie hun problemen zelf oplossen. Als voorbeeld noemt hij de rollator of welzijnsregelingen. ‘Dit kunnen mensen vaak prima zelf betalen of in het geval van de rollator, kiezen voor een tweedehandsexemplaar.’

## E-health

De bijeenkomst in het Rijksmuseum draait om preventie en het gezond houden van mensen. De aanwezige sprekers, Van Boxtel, bestuursvoorzitter Eelco Blok van KPN, bestuurder Bart Berden van het Elisabeth Ziekenhuis, zorgondernemer Jaap Maljers en ePatient Dave, zijn het erover eens dat e-health een grote rol kan spelen bij preventie. Blok haalt de vergelijking aan met andere sectoren als de luchtvaart en reisbranche. ‘Door het gebruik van ict zijn deze sectoren enorm gegroeid op het gebied van efficiency en effectiviteit. Deze slagen kunnen we ook in de gezondheidszorg maken als we bijvoorbeeld de informatie van ziekenhuizen, apotheken, huisartsen en patiënten aan elkaar koppelen.’ Maljers stelt dat de toegang tot hoogwaar-



dige kennis belangrijk is voor de bewustwording van de patiënt. ‘Wat willen we dat een systeem oplevert? Patiënten kunnen bijvoorbeeld heel goed zelf hun eigen dossier bijhouden, maar dan moeten zij daarvoor wel de ruimte krijgen.’ Van Boxtel voegt toe dat hij de afgelopen tien jaar twee grote fouten heeft gezien. ‘Ten eerste is er teveel aanbod. Dat moeten we niet willen. Schaf oude producten of systemen af als het vervangen is door iets beters. Ten tweede zie ik veel suboptimalisatie. Iedereen doet zijn eigen ding. Er zijn veel stand alone oplossingen, terwijl juist samenwerking belangrijk is. De urgentie om samen te werken neemt wel steeds verder toe.’

### **Preventie is geen gezondheidszorg**

Maljers vindt dat preventie niet gezien moet worden als gezondheidszorg. ‘Op een gegeven moment kunnen we vakanties ook wel gaan vergoeden, omdat het stress wegneemt.’ Het is volgens hem belangrijker dat mensen bewust worden dat bijvoorbeeld bewegen en goede voeding de gezondheid positief beïnvloedt. ‘Want hoe ver kun je het doortrekken? Als de wind de verkeerde kant op staat, ligt er een laagje fijnstof bij mij op de vensterbank. Dit adem ik in en het komt mijn gezondheid niet ten goede. Moeten we dit ook vergoeden? Het is verstandiger als we allemaal bewuster leven.’

### **Bodyscans**

Onder preventie verstaan mensen ook zaken als body-scans, waarbij mensen zonder klachten compleet gescand worden op mogelijke kwalen. Volgens Berden is dit een foute insteek. ‘Mensen worden bang gemaakt. Als zij die scan niet ondergaan, zijn zij er dadelijk niet snel genoeg bij. Deze scans zijn heel beperkt van toegevoegde waarde. Het eerder vinden, zorgt er vaak niet voor dat mensen langer leven.’

### **QuaRijn kiest voor Aysist FlexPlan® met zelfmatchingMoordrecht**

Het flexbureau van zorgorganisatie QuaRijn wordt volledig geautomatiseerd met FlexPlan, het flexplanning-onderdeel van de Ayton software Aysist®.

“Dit is een belangrijke stap naar nog meer efficiency, professionalisering, en daarmee meer kwaliteit van de zorgverlening”, aldus Corry van den Nieuwendijk, manager HRM van QuaRijn.

“Tot voor kort konden we op het flexbureau niet voldoen aan de vele aanvragen van onze afdelingen. Zo’n 13% van alle aanvragen bleef onopgelost, en moest

met uitzendkrachten worden ingevuld. Met FlexPlan zijn we straks in staat om een snellere match te realiseren tussen een flexwerker en de afdeling. Die tijdswinst betekent dat we de inzet van relatief dure uitzendkrachten sterk kunnen verminderen. Daarnaast kunnen we de tijdswinst gebruiken voor meer persoonlijke aandacht voor onze flexwerkers.”

### **Professionalisering met FlexPlan**

Ook speelt FlexPlan een rol in de professionalisering van het flexbureau. Het systeem borgt alle basisgegevens en mutaties per flexwerker, en iedere flexbureau-medewerker heeft op elk moment inzicht in dezelfde gegevens. Alle gegevens zijn real-time oproepbaar, in uren en geld, per afdeling, medewerker of per periode. Ook de facturatie is via FlexPlan volledig geautomatiseerd. Karen Lamers van het Flexbureau geeft desgevraagd aan wat zij als voordeel ziet van FlexPlan: “Omdat het systeem automatisch rekening houdt met ieders voorkeuren, wensen en eisen in het matchingsproces, kunnen we straks niet alleen een snellere, maar ook een betere match realiseren. Daar zullen de afdelingen, maar ook onze cliënten blij mee zijn.”

### **Doorgroei naar zelfmatching**

QuaRijn wil nog een stap verder en gaat ook gebruik maken van de mogelijkheid tot zelfmatching. Medewerkers krijgen online toegang tot de eigen roosters. Zij kunnen diensten accorderen, maar via FlexPlan ook zelf op zoek naar een geschikte dienst. De afdelingen kunnen eveneens online de roosters en gewerkte uren inzien en rechtstreeks aanvragen uitzetten in FlexPlan.

### **Verantwoord flexibiliseren**

Corry van den Nieuwendijk verwacht dat het flexbureau nu in staat is om snel door te groeien door alle mogelijkheden van FlexPlan te benutten. “Ons huidige flexbureau is het resultaat van een fusietraject en werkt sinds twee jaar voor het gehele intramurale deel van onze organisatie. Was het Flexbureau aanvankelijk vooral bezig met het behandelen van noodoproepen en ad hoc aanvragen, is er nu steeds vaker sprake van structurele en lange termijn planning. De opbouw en inzetbaarheid van de flexpool kunnen we daarop steeds beter afstemmen. Onze flexpool telt nu 150 flexwerkers, en ik verwacht volgend jaar voldoende groei om aan het sterk stijgende aantal aanvragen te kunnen voldoen. Met FlexPlan kunnen we structureel,

efficiënt en verantwoord flexibiliseren.”

### **Patiënt vreest inzage EPD door verzekeraar**

12 november 2012

Patiënten vrezen dat zorgverzekeraars op den duur toegang krijgen tot het elektronisch patiëntendossier (EPD). 63 procent van de 23.000 ondervraagden geeft dat aan in een onderzoek van EenVandaag.

Toch zegt 58 procent van de geënquêteerden dat zij de voordelen inzien van het EPD en hun toestemming verlenen. In de uitzending legt huisarts Olaf Ouwendijk, werkzaam bij de Centrale Huisartsenpost in Nijmegen, uit dat hij nog nooit patiënte heeft gehad die er moeite mee hebben. ‘Eigenlijk is het meer andersom. Mensen gaan ervan uit dat als ze hier komen dat wij in het dossier van hun huisarts kunnen kijken.’

### **Toegang zorgverzekeraars tot EPD**

Edwin Velzel, directeur VZVZ, legt desgevraagd uit dat zorgverzekeraars op geen enkele manier toegang krijgen tot het systeem met patiëntgegevens. ‘Dat is een soort angstbeeld dat blijft bestaan. De verzekeraars willen dat zelf ook niet, daar branden ze hun vingers niet aan.’ Ook Marcel Heldoorn, beleidsmedewerker e-health bij de NPCF, beaamt dat zorgverzekeraars geen toegang krijgen of willen tot het systeem. ‘De patiënten krijgen in 2013, dat is het streven, toegang tot een portal met informatie over wie het dossier heeft geraadpleegd.’

(Zorgvisie/ICT – Mark van Dorresteyn | Twitter | Foto: ANP Koen Suyk)

### **Leidraad veiligheid patiënten in zorgopleidingen**

12 november 2012

Collega's aanspreken op onveilig gedrag vereist een veilige cultuur op de werkvloer en goede onderlinge communicatie. Dat zijn twee onderdelen van de "leidraad patiëntveiligheid". Alle zorgopleidingen gaan patiëntveiligheid in hun cursuspakket opnemen. Vandaag begint de week van de Patiëntveiligheid.

Van beddenvervoerder tot medisch specialist, elke zorgverlener heeft een eigen verantwoordelijkheid als het gaat om de veiligheid van patiënten. Een adviescommissie is bezig een leidraad op te stellen om patiëntveiligheid in alle vormen van zorgonderwijs op te nemen. ‘Als van de zorgverlener wordt verwacht dat hij of zij collega's aanspreekt op onveilig gedrag, moet

je wel leren hoe je dat in de praktijk moet doen.’

### **Programma**

Vandaag, maandag 12 november gaat de Week van de Patiëntveiligheid van start. Een week waarin ziekenhuizen zichtbaar maken hoe zij werken aan veilige zorg en waarin patiëntveiligheid extra aandacht krijgt. Om ziekenhuizen te ondersteunen is een veiligheidsprogramma opgezet, ondergebracht bij de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. Verschillende organisaties in het werkveld zijn hierin actief; zowel de Orde voor Medisch Specialisten, Verpleegkundigen, Verzorgenden Nederland (V & VN), de Samenwerkende Topklinische opleidingsziekenhuizen.

### **Raamwerk**

Met vertegenwoordigers van alle zorgopleidingen is gesproken over de basiscompetenties die bij iedere functie horen als het om patiëntveiligheid gaat. De adviescommissie heeft een ‘voorlopig raamwerk’ opgesteld waarin competentie staat beschreven die nodig zijn om patiëntveiligheid in de praktijk te brengen. Het gaat bijvoorbeeld om: goed samenwerken in multidisciplinaire teams, effectief communiceren, een cultuur waarbij patiëntveiligheid voorop staat, risico's in de werkomgeving beheersen en beïnvloeden en proactief omgaan met incidenten en fouten binnen de eigen functiecategorie.

### **Opleidingen**

Bij iedere competentie horen per functie – van beddenvervoerder tot medisch specialist – concrete basiscompetenties, die in de diverse opleidingen gebruikt kunnen worden. De leidraad zal in het voorjaar 2013 worden gepresenteerd. (Zorgvisie )

### **Artsen vaak onwetend over prijs medicijnen**

9 november 2012

Medisch specialisten laten zich nog weinig leiden door de kosten van geneesmiddelen en zijn vaak niet op de hoogte van de prijs.

Uit declaratiegegevens van zorgverzekeraars, Vektis-data, blijkt dat er grote verschillen bestaan in hoe ziekenhuizen generieke geneesmiddelen voorschrijven. Dit was aanleiding voor de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV) en de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC) om het NIVEL opdracht te geven de redenen hiervoor te onderzoeken. Er is specifiek

gevraagd naar het voorschrijven en afleveren van cholesterol- en bloeddrukverlagers in tien ziekenhuizen en zes openbare apotheken.

### Arts-gerelateerde redenen

De ervaring die een medisch specialist heeft met een geneesmiddel beïnvloedt het voorschrijfgedrag, zo komt naar voren in het onderzoek. Daarnaast blijken de meeste medisch specialisten zich bij een keuze voor een middel nog weinig te laten leiden door de kosten en niet altijd op de hoogte te zijn van de prijs van geneesmiddelen. Op grond van deze bevindingen is een aantal aanbevelingen geformuleerd, waaronder vergroting van kostenbewustzijn bij medisch specialisten, opname van de kosten van geneesmiddelen in het elektronisch voorschrijfsysteem, gebruik maken van beschikbare spiegelinformatie over voorschrijfgedrag en meer aandacht in de opleiding voor de balans tussen kwaliteit en kosten van voorschrijven.

### Apothekers

Het onderzoek toont verder aan dat apothekers al standaard generieke geneesmiddelen leveren – ook bij recepten op merknaam – tenzij de arts een ‘medische noodzaak’ aangeeft. Het voorschrijven van merkmiddelen op ‘medische noodzaak’ kan bovendien nog verminderen als patiënten steeds dezelfde variant van een generiek middel zouden krijgen. Als patenten op geneesmiddelen verlopen, komen ze vaak als zogenoemd generiek geneesmiddel op de markt. De capsule of tablet kan er wat anders uitzien, maar werkzame stof en werking zijn hetzelfde en de prijs is een stuk lager.

### Voorkeur patiënt

Suzanne Geerlings, voorzitter van de commissie Kwaliteit van de NIV: ‘Voor cholesterolverlagers is vooral de kracht van het middel een reden om op medische noodzaak een merkmiddel voor te schrijven. Maar ook de voorkeur van een patiënt speelt een rol. Als deze om een merkmiddel vraagt, wordt dit vaak voorgeschreven om therapietrouw te bevorderen. Om het aantal pillen die patiënten moeten slikken te verminderen, worden bovendien ook duurdere combinatiepreparaten voorgeschreven.’

### Verwarring

Het aanbod van generieke middelen blijkt sterk te wisselen. Het komt nog regelmatig voor dat patiënten na een bezoek aan de apotheek of een tijdelijk verblijf in het ziekenhuis met een andere variant van een cholesterolverlager thuishkomen dan ze daarvoor gebruikten. Dit kan verwarring opleveren, waardoor patiënten bijvoorbeeld denken dat ze beide pillen moeten blijven slikken – ze zien er immers anders uit – terwijl de werkzame stof dezelfde is. Op deze manier gebruiken ze dus een dubbele dosis. Of ze krijgen een ongewenste bijwerking door de verandering van variant van het generieke middel. Dit komt de therapietrouw niet ten goede. Eric Dubois, voorzitter van de commissie Kwaliteit van de NVVC: ‘Als een patiënt niet goed reageert op een nieuwe variant van een generiek middel, voelt een arts zich genoodzaakt een merkmiddel voor te schrijven. Terwijl je dit had kunnen voorkomen bij gebruik van de eerdere generieke variant.’ (Zorgvisie/ICT – Mark van Dorresteijn | Twitter | Foto: ANP)

### ‘St. Antonius is meest gezonde topklinische ziekenhuis’

13 augustus 2009

Het Sint Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein is financieel gezien het meest gezonde topklinische ziekenhuis, blijkt uit onderzoek van AME Research. Het Martini Ziekenhuis in Groningen presteert het slechtst.

Het onderzoeksbureau maakt een rangorde aan de hand van de operationele marge, de solvabiliteit en het rendement op het vermogen van de topklinische ziekenhuizen. De tweede plaats voor de financiële prestaties in 2008 gaat volgens deze berekening naar het Medisch Centrum Haaglanden. Het Amphia ziekenhuis in Breda staat op de derde plaats.

### Martini Ziekenhuis

Het Martini Ziekenhuis in Groningen staat onderaan de ranking van AME Research. Van de 26 topklinische ziekenhuizen scoort dit ziekenhuis het slechtst. Het is “nauwelijks solvabel”, volgens het onderzoeksbureau. Verder heeft het Martini Ziekenhuis een negatief rendement op het totale vermogen. Andere zwakke broeders zijn het Máxima Medisch Centrum en het Albert Schweitzer ziekenhuis in Dordrecht.

### **‘Ziekenhuis interessant als investering’**

Een topklinisch ziekenhuis kan een mooi beleggingsobject voor investeerders zijn. De 26 topklinische ziekenhuizen hoeven maar vier procent op hun totale bedrijfskosten te besparen om een bedrijfsresultaat van bijna zeven procent van hun omzet te bereiken. Dit resultaat is marktconform. Zo voegen zij economische waarde toe in een financieel concurrerende omgeving. Volgens het onderzoek is dit een haalbare doelstelling. De topklinische ziekenhuizen moeten dan wel gezamenlijk 247 miljoen euro besparen door “een groter kostenbewustzijn”.

### **Topklinische ziekenhuizen**

Een topklinisch ziekenhuis dient hooggespecialiseerde zorg te verlenen. Zij moeten ook onderwijs en opleidingsmogelijkheden bieden en in samenwerking met universitair medische centra wetenschappelijk onderzoek toepassen in de praktijk. De ziekenhuizen werken samen vanuit de vereniging Samenwerkende Topklinische opleidingsziekenhuizen. (Zorgvisie)

### **Videoconsult krijgt zelfde bekostiging als fysiek consult**

26 november 2012

De Nederlandse Zorgautoriteit heeft op 23 november de aangevulde dbc-zorgproducten, regels en tarieven voor de bekostiging van de medisch specialistische zorg in 2013 uitgebracht.

Nieuw is dat bij een herhaalbezoek aan de medisch specialist nu ook een videoconsult op dezelfde manier bekostigd wordt als een fysiek consult. Tot nu toe telde alleen face-to-face consulten in de ziekenhuiszorg mee bij de vergoeding van een behandeling. Het eerste contact tussen een medisch specialist en een patiënt blijft wel altijd een fysiek consult.

### **Tarieven geneesmiddelen**

Ook heeft de NZa de add-ons en tarieven van een aantal geneesmiddelen tegen kanker en groeihormonen vastgesteld die vanaf 2013 via de ziekenhuizen verstrekt worden. Het gaat om geneesmiddelen waarvan de Edith Schippers van VWS in augustus heeft besloten dat zij via het declaratiesysteem voor ziekenhuizen worden vergoed in plaats van via het declaratiesysteem van de extramurale farmacie.

### **Honorariumtarieven**

Tot slot heeft de zorgautoriteit de tarieven van een aantal scopieën – zoals endoscopieën – gelijkgetrokken. Er is geen verschil in werklust tussen de verschillende soorten onderzoeken waarbij gebruik wordt gemaakt van een slang met camera, zo lieten de wetenschappelijke verenigingen weten. Op basis daarvan heeft de NZa een uniform honorariumtarief voor deze scopieën vastgesteld.

(Zorgvisie/ICT)

### **‘Meer kwaliteit door analyse van ziekenhuisdata’**

27 november 2012

De kwaliteit van zorg neemt toe wanneer ziekenhuizen analysesoftware gebruiken om alle aanwezige informatie te doorgronden. Dat zegt Mark Rice, senior consultant IBM.

Ziekenhuizen hebben bergen content en dat blijft maar toenemen. Al deze ongesorteerde informatie uit verslagen, rapporten en uitslagen is momenteel onbruikbaar. Dit is ongeveer 80 procent van de data. ‘Wanneer ziekenhuizen gebruik maken van analysesoftware kunnen zij een compleet beeld krijgen van risico’s en daarmee de kwaliteit verbeteren. De software is overigens bruikbaar in de langdurige zorg, maar momenteel wordt het vooral gebruikt door ziekenhuizen.’

### **Interventieprogramma**

In een Amerikaans ziekenhuis testte IBM de content and predictive analytics tool op de afdeling chronisch hartfalen. ‘We hebben gekeken welke risicofactoren ervoor zorgen dat patiënten opnieuw in het ziekenhuis belanden. Allereerst hebben we specialisten gevraagd welke factoren zij dachten dat effect hadden op heropname. Zij kwamen op 113 factoren. Na analyse en grondige samenwerking hebben we dit teruggebracht naar 18. Daarbij ontdekte we ook nieuwe factoren die van belang bleken te zijn, zoals de thuissituatie. Wanneer iemand alleen thuis woont, zien we dat de therapeutrouw afneemt. Deze patiënten hebben hulp nodig om aan het innemen van medicatie herinnerd te worden. Bijvoorbeeld extra controle door mantelzorg of verpleegkundigen. De gevonden factoren hebben we verder bestudeerd en een interventieprogramma opgesteld. Patiënten komen daardoor minder vaak terug voor heropname.’



### Gestructureerd of ongestructureerd

Het gaat niet alleen om ongestructureerde data, maar ook gestructureerd. Rice: 'We merken wel dat ongestructureerde data vaak een beter beeld geeft van de werkelijke situatie. Mensen vullen bijvoorbeeld formulieren in waarbij ze aangeven niet-rokend te zijn. Uit de rapporten van gesprekken met de arts kan dan naar voren komen dat ze af en toe roken, maar geen vaste rokers zijn. Uit de ongestructureerde data kan dus gedrag of gewoonte naar voren komen.'

### Ondersteunend

Artsen zijn niet bang dat zij straks vervangen worden door software, stelt Rice. 'Zij zien de analysesoftware als hulpmiddel. Het gaat hen om een zo compleet mogelijk beeld van hun patiënt. Artsen kunnen ook niet vervangen worden, denk ik. De software beantwoordt vragen die de arts stelt. Soms zijn er specifieke situaties of uitzonderingen die een arts beter kan interpreteren dan het systeem.'

### Grens nog niet bereikt

Rice ziet de analysesoftware als een nieuwe manier van omgaan met informatie. De druk op de gezondheidszorg wordt steeds groter, de kosten nemen toe. 'Met deze techniek kunnen ziekenhuizen hun voordeel doen. We merken dat ziekenhuizen geïnspireerd zijn door supercomputer Watson. Deze computer kan heel snel data analyseren en antwoord geven op gestelde vragen. Binnen de gezondheidszorg zijn hier veel toepassingen voor te bedenken. Aan de andere kant zien ziekenhuizen de barrière van informatiegroei op zich afkomen. Kortom, er moet iets gebeuren en hier kan analyse van ongestructureerde data een grote rol spelen. Eerst bij afdelingen die er veel baat bij hebben. Uiteindelijk druppelt het steeds verder door binnen de organisatie. Wanneer we samenwerken met zorgprofessionals komen we zoveel verbeterpunten tegen. Het klinkt als een cliché, maar de grens is nog lang niet bereikt.' (ZorgVisie ICT).

### Nederlandse borstkankerzorg voldoet niet aan Europese richtlijnen

27 november 2012

Veertig Nederlandse ziekenhuizen voldoen niet aan de Europese richtlijnen voor borstkankerzorg. Dat blijkt maandag uit onderzoek van tv-programma Nieuwsuur. Borstkankerpatiënten krijgen hierdoor wellicht niet de optimale zorg.

Volgens European Society of Breast Cancer Specialists (EUSOMA) moet een team in een ziekenhuis jaarlijks minstens 150 nieuwe borstkankerpatiënten behandelen om goede zorg te kunnen bieden. Uit het onderzoek van Nieuwsuur blijkt dat veertig Nederlandse ziekenhuizen minder dan 150 nieuwe patiënten met borstkanker behandelen. Vijftien daarvan hadden zelfs minder dan honderd patiënten per jaar.

### Gespecialiseerde centra

Het kabinet wil dure en complexe gezondheidszorg als borstkankerzorg concentreren in een beperkt aantal gespecialiseerde centra. Hierdoor hebben artsen meer routine in de behandeling van borstkanker.

### Normen

'Naarmate je iets vaker doet, wordt je er beter in', zegt ook Femke Welles van KWF Kankerbestrijding. Volgens het KWF is de huidige situatie onacceptabel en 'moeten de normen omhoog.' Het KWF roept zorgverzekeraars op om geen ziekenhuizen meer te contracteren die minder dan 100 patiënten per jaar behandelen.

### Snijvaardigheid

Volgens het Nationaal Borstkankeroverleg Nederland (NABON) is concentratie van de borstkankerzorg niet nodig. 'Het gaat vooral om de snijvaardigheid. Een chirurg die fulltime werkt doet natuurlijk ook andere operaties dan borstkanker.' Het NABON benadrukt dat de Nederlandse borstkankerzorg beter is dan in de buurlanden.

### Verschillen

Femke Welles van KWF vindt de verschillen tussen Nederlandse ziekenhuizen te groot. 'De zorg in Nederland is gemiddeld goed, maar er is een behoorlijke bandbreedte.' De variatie tussen ziekenhuizen vindt het KWF onacceptabel 'omdat borstkanker zo'n ingrijpende diagnose is.' (ANP / Foto ANP)

**‘Patiënten moeten wennen aan open communicatie’**

23 november 2012

Patiënten moeten eraan gewend raken dat een ziekenhuisafdeling bij problemen soms tijdelijk sluit en dat daarover open wordt gecommuniceerd. Dat zegt bestuurder Johan Dorresteyn van het Maasstad Ziekenhuis in Rotterdam vandaag in De Volkskrant.

Dorresteyn vindt dat naburige ziekenhuizen behoren te helpen met de opvang.

Dorresteyn reageert in de Volkskrant op de problemen

bij het Ruwaard van Putten Ziekenhuis. Dorresteyn in de krant: ‘Voeger zou een ziekenhuis zeggen: ik heb een probleem, hoe los ik dat op? Men zweeg het liefst tegen de buitenwereld. Nu zoeken we in de regio met een contact met elkaar en maken we dat openbaar. Daar gaat iets aan vooraf: een ziekenhuis moet hulp durven vragen. Dat heeft het Ruwaard goed gedaan.’ Hartpatiënten uit Spijkenisse worden nu opgevangen door het Maasstad en Ikazia Ziekenhuis in Rotterdam en Het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis in Dirksland. (Volkskrant)