



NEDERLANDSE VERENIGING VOOR
DAGBEHANDELING EN KORT VERBLIJF



KORTOM

'KORTOM' IS EEN UITGAVE VAN

D E N V D K

Het jaar 2013 loopt al weer op z'n einde. Dan wordt het langzamerhand tijd om de balans op te maken.

Dit jaar hebben we vooral van de tijd gebruikt gemaakt om te bezinnen. We hadden eind 2012 al aangekondigd dat we dat zouden doen. We hebben in juni een Heidag gehouden en hebben onszelf toen vragen gesteld waarmee we niet zijn weg gelopen voor kwesties waar het werkelijk om gaat: wat is anno 2013 de functie en het bestaansrecht van de NVDK? Deze vraag stellen we, enerzijds rekening houdende met het gegeven dat dagbehandeling en kortverblijf gemeengoed zijn geworden, anderzijds beseffende dat het zorglandschap aan het veranderen is, met nieuwe zorgvragen, een steeds mondiger patiënt en veranderende financiering.

Tijdens de ledenvergadering, die tijdens het NVDK-congres op 13 november in het Evoluon plaats vond, hebben we de leden een korte terugkoppeling van de conclusies van de Heidag gepresenteerd. De meest essentiële zaken waren: meer aandacht geven aan kwaliteitsbeleid met betrekking tot nieuwe zorgvragen en het zorgaanbod in dagbehandeling; de professionaliteit verhogen van de vereniging (maar ik denk dat we samen nog moeten vast stellen wat we daarmee precies willen en bedoelen); de productiviteit binnen de dagbehandeling verder optimaliseren; het imago van de NVDK, dat nu als stoffig wordt ervaren, opfrissen; en als laatste: wat kunnen we leren van de zelfstandige behandelklinieken, oftewel hoe zou een goede dagbehandeling eruit moeten zien als ziekenhuizen het goede overnemen van de ZKN?



André Wolff, voorzitter

In 2014 gaan we het voorgaande uitwerken en handen en voeten geven. Daar hoort nog bij dat we de netwerkfunctie van en voor de NVDK-leden beter willen benutten, waarbij we de mediamogelijkheden goed zullen inzetten. Dit houdt onder meer in: het opzetten van digitale discussieplatforms waar men vragen kan droppen en digitaal met elkaar in gesprek kan gaan. En van elkaar leren door de best practices beter te etaleren. Kortom, genoeg te doen!!! U zult er nog van horen. Voor dit moment rest mij richting het einde van het jaar u een goed jaaruiteinde toe te wensen. Ik hoop dat u op een goed jaar terug kan zien. In 2014 gaan we voor nieuwe kansen!

André Wolff
Voorzitter NVDK



Waan van de dag(behandeling)

18e Jaarcongres: Waan van de dag(behandeling) leidend of lijdend?
 Integrale opnameplanning zonder leegstand

De ochtend van het 18de NVDK Jaarcongres is besteed aan planning, een belangrijk onderwerp voor de Dagbehandeling. Merkwaardig is dan te constateren dat die afdelingen vaak weinig hebben in te brengen in de planning van OK-tijden en de bedbezetting, ende afdeling Centrale Opname evenmin. Het zijn doorgaans de snijdende specialisten en hun OK-teams die de planning dirigeren. Met spoedoperaties en grote operaties bepalen zij het OK-programma. De dagbehandeling blijkt dan het ondergeschoven kindje

Ans Ankoné

“Ziekenhuizen geven meer uit dan er binnenkomt”, constateert Johan Liestro, directeur Liestro Software,”en zij verspillen ook meer dan zij tekortkomen.”

Dat is een krasse uitspraak, maar Liestro rekent voor: “Leegstand van een OK kost per dag € 4.000 en 5 lege bedden kosten € 5.000 per dag. Is dus het eerste vrije bed de beste plek om een patiënt op te nemen? Uiteraard niet, zoiets noem ik dan ook: plemen.”

“Ook hier geldt de Demming-code: plan-do-check-act. Ziekenhuizen kenmerken zich echter vooral door do en act”, constateert Liestro. “Goede planning loopt via drie besluitvormingniveaus. Strategisch: welke productie leveren wij, hoeveel en voor welke prijs? Tactisch: wat hebben wij daarvoor nodig in termen van OK-tijd en bedden? Ten slotte Operationeel: hoe plannen wij dit in onze ZIS op de poli en voor opname en ontslag?”

Plancodes

Het Medisch Centrum Twente had behoefte aan een betere planning voor de orthopedie en huurde Liestro in.

“De vraag was een planningsmethode te ontwikkelen waarbij de benodigde OK-tijd en bedbezetting integraal moesten worden meegenomen. Dat betekende



Johan Liestro

dat de orthopedie ook op de overige chirurgie moest worden afgestemd. Het ging dus om sjabloonplanning. Zoiets vereist maximale betrokkenheid van de medisch specialisten, want zij moeten leren werken met zorglogistische plancodes. Bij de ontwikkeling van die plancodes blijkt dat niet alle collegae op de zelfde manier werken en bovendien niet binnen de zelfde tijd. De een blijkt beter op de poli en de ander is een betere chirurg. Dat is een confronterende gewaarwording. Het is een heel karwei om plancodes te ontwerpen die qua ligduur en snijtijd per specialist herleidbaar zijn en daarvoor blokplannen te ontwikkelen. Dat vergt een wiskundige berekening die vervolgens aan een leerproces moet worden gekoppeld, met als doel: pieken en dalen voorkomen.

Liestro: “Er wordt nu in het MCTwente per jaar, per kwartaal, per maand, per week en per dag gepland(Strategisch, Tactisch en Operationeel. Daarbij wordt telkens de vraag gesteld: voor welke plancode komt deze patiënt?, gevolgd door: waar is de patiënt uiteindelijk geweest? Daarna moet er dagelijks worden geëvalueerd wat de vermoedelijke ontslagdatum zal zijn, of de afspraken betrouwbaar zijn, of de variabiliteit in bezetting daadwerkelijk wordt verkleind, maar ook of de bronregistratie en de transparantie van de data voldoen. Iedereen plant en registreert alles, ook de no show. Zo kan het planningsstelsel in de praktijk constant worden verbeterd. De belangrijkste vraag hierbij blijft: wat heeft prioriteit?”

Het wachtende OK-team en de chirurg of de patiënt? Hoe is het mogelijk zo lang van te voren te plannen?, wordt gevraagd.

“Als je zo tewerk gaat, dat wil zeggen met plancodes en ‘slots’ (operaties van de zelfde soort bij elkaar), blijkt het altijd mogelijk een patiënt alsnog in te plannen en als de geplande specialist niet beschikbaar is, kan altijd wel iemand anders uit de maatschap een dagbehandelingen overnemen.”

Met gum en potlood tot 100% bezetting

De werkwijze die Liestro heeft opgezet is in theorie uiteraard perfect, maar werkt alleen in een omgeving die dat ondersteunt en er volledig op is getraind. Fimke Wiersma, capaciteitmanager dagbehandeling in het Maasstad Ziekenhuis in Rotterdam, moet de tering naar de nering zetten. “Tijdens de nieuwbouwplannen in 2001 bestond hier nog de vrees voor een capaciteitstekort. Momenteel hebben wij, budgettair gezien, te maken met een overcapaciteit. Er zijn zelfs een OK en een afdeling gesloten.”

Voor Wiersma c.s. is het primair zaak binnen het budget te blijven. Voor haar afdeling geldt de Theory of Constraint: zij moet de doorlooptijd verbeteren, dus de zwakste schakel zien te vinden in de beschikbare capaciteit, ofwel: roeien met de riemen die zij heeft. “Er worden dagelijks gemiddeld 90 patiënten op de dagafdeling behandeld. De realiteit is dat dit aantal varieert tussen 60 en soms 100.”

Dat is moeilijk plannen, maar Wiersma heeft niet de leiding over de planning. Die zit op de OK, daar wordt strak gepland op snijtijd maar niet op de bedden capaciteit en ook niet voor de dagbehandeling. Daar is het afwachten.

“De beschouwende en snijdende specialismen conflicteren bij de planning en de beschouwende specialismen profiteren van dit ad hoc-beleid. Er zijn wel ‘slots’ voor spoedoperaties ingepland en spoed- en semispoedoperaties gaan altijd voor, maar dat betekent dat het OK-programma voor de dagbehandeling voortdurend moet worden bijgesteld. Ik loop constant met gummetjes en potlood de planning te actualiseren en probeer ieder dag weer 100% bezetting te halen. “Het zou uit oogpunt van efficiëntie en planning dus beter zijn als de dagbehandeling een zelfstandige unit zou zijn met eigen bedden en OK’s, los van het zieken-



Fimke Wiersma

huis. Ook om de complexe zorg betaalbaar te houden. Liestro zegt wel: kijk naar de patiënt, niet naar de dokter. Maar dat komt er vaak niet van. We durven onze visie er niet door te drukken.”

De dagbehandeling wordt dus niet betrokken bij de OK-planning? vraagt iemand uit de zaal nog eens. “Nee”, zegt Wiersma, “dat gebeurt alleen achteraf en ad hoc. Wij hebben nu wel een eigen OK, maar die doet mee in de planning voor de andere OK’s.”

Bedbezetting van 130%

Ook in het Jeroen Bosch Ziekenhuis in 's Hertogenbosch gaat, althans na 9 uur 's ochtends, spoed vóór electief, ook in de nieuwbouw van 2011.

“Jaarlijks moeten rond 60.000 operaties worden gepland waarbij voor opname 700 bedden beschikbaar zijn, 45 voor kort verblijf en 57 voor dagbehandeling,” aldus drie medewerkers van het Bureau Opname: Henriëtte Visscher, Marie-José Festen en Yvonne Kouwenberg van Bureau Opname.

“De planningsinstrumenten die wij hanteren zijn Logistieke Patiënten Planning (LPP) op grond van plan-codes, de Meetlat: het instrument waarmee specialisten en verpleegkundigen naar de zorgwaarte van een patiënt de gemiddelde verblijf- en verpleegduur berekenen, en ten slotte: het Schiphol-bord waarop het actuele aanbod van beschikbare bedden wordt bijgehouden.

“Bij aanmelding op de poli wordt de planning op een tabblad ingevoerd waarbij de soort ingreep, de opnameduur en de geplande operatiedatum worden vermeld. De operationele planning geschiedt pas na anamnese, onderzoek en bevinding van geschiktheid van de patiënt voor dagbehandeling door chirurg en anesthesioloog. Die geschiktheid is afhankelijk van de medische en sociale indicatie, zorgwaarte, vervoer en opvang thuis en leeftijd: niet jonger dan 19 jaar. Wij streven naar een bedbezetting van 130%, om de eenvoudige reden dat dit technisch mogelijk is. De communicatie tussen OK en afdeling is daarbij van groot belang: het akkoord van de OK gaat digitaal naar de

afdeling, waarop de afdeling de bedplanning digitaal kan corrigeren en actualiseren. De patiënt krijgt daags tevoren de opnametijd doorgebeld en die is, in geval van dagbehandeling, twee uur voor de operatie. Voor een optimale planning bij een operatie wordt rekening gehouden met nevendiaagnoses (gedetineerde?), de verzekering (comfortklasse?), indicatie, voorkeur patiënt (gemengd?) en verwachte ontslagtijd. Zwaardere operaties gaan voor bij de planning. De afdeling dagbehandeling moet, vanwege de wachttijd van twee uren voor een operatie, al om 7 uur 's ochtends paraat zijn, maar heeft geen inbreng in de planning: die geschiedt ook in Jeroen Bosch Ziekenhuis ad hoc.”

Lievestro: “Wat heeft prioriteit? Het wachtende OK-team en de chirurg of de patiënt?”

Fimke Wiersma: “”Het zou uit oogpunt van efficiëntie en planning dus beter zijn als de dagbehandeling een zelfstandige unit zou zijn met eigen bedden en OK's, los van het ziekenhuis”

Innovaties in de pijnbestrijding

18e Jaarcongres NVDK: Waan van de dag(behandeling) leidend of lijdend? Innovaties in de pijnbestrijding

Ans Ankoné

Pijnbestrijding bij knieoperaties

Anesthesioloog Huub Jessen had genoeg van de hiërarchische verhoudingen en de machtsstrijd in de ziekenhuizen “waar tien mensen het eerst moeten eens worden voordat er iets kan worden verbeterd, waar specialisten alles spoed noemen en vooral hun vakanties bewaken”.

Jessen stapte over naar een ZBC vanwege de betere mogelijkheden tot procesverandering en planning en de keuzevrijheid voor de patiënten. Hij werkt in een DBC met drie klinieken: ViaSana voor orthopedische en algemeen chirurgische behandelingen en pijnbestrijding, DiaSana voor diagnostiek (3 MRI's en 1 open MRI), en SanaVisie voor plastische en cosmetische chirurgie.

De klinieken zijn in 2007 opgezet en voldoen aan alle kwaliteitsnormen (ISO, ZKN-keurmerk en VMS-certificaat).

ViaSana is gespecialiseerd in diagnostiek en behandeling van gewrichtsproblemen en sinds 2010 volledig gespecialiseerd in orthopedie. Jessen: “Wij voeren er jaarlijks ruim 18.000 procedures uit met 8.5 FTE's specialisten: 8 orthopedisch chirurgen, 1 neurochirurg en 2 anesthesiologen/pijnspecialisten en hebben daarvoor 3 OK's en 25 bedden 24/7 tot onze beschikking.

“Een ZBC bestaat bij de gratie van dagbehandeling en kort verblijf. Ons product is Rapid Recovery: van kort verblijf naar nog korter verblijf en dagbehandeling. Ik heb in Engeland de kunst afgekeken. Rapid Recovery vereist dat iedere hulpverlener zijn eigen methodes inlevert voor een volledig gestandaardiseerd zorgproces:

iedereen moet weten wat er gaat gebeuren. De patiëntenvoorlichting is gericht op stressreductie en verwachtingsmanagement.”



Huub Jessen

Jes-

sen noemt de knieoperatie als voorbeeld.

“Orthoeped en anesthesioloog trachten de chirurgische stress voor de patiënt te beperken door goede informatie, acceptabele pijn en mobilisatie op dezelfde dag waardoor weinig of geen neveneffecten ontstaan. Ons pijnmanagement impliceert kortwerkende spinale anesthesie zonder opiaten, door Lokale Infiltratie Anesthesie (LIA) met Ropivacaïne tijdens alle operatiefasen, multimodaal, dus met gebruik van diverse analgetica in hoge dosering met lage concentratie. Dit pijnschema vullen wij aan met NSAID's, paracetamol, eventueel Gabapentine, en opiaten als escape. Snelle mobilisatie houdt in dat de patiënt na een knieoperatie binnen 2 uur postoperatief in bed beweegt, binnen zes uur belast beweegt met instructie van de fysiotherapeut en binnen 24 uur loopt. Ik heb het dan over kort verblijf.

“Ons streven is echter om van Rapid naar Better Recovery te komen. De vraag is dus: is het mogelijk om de patiënt al op de tweede dag te ontslaan? Dat kan als de patiënt met een hulpmiddel kan lopen, zelfstandig in en uit een stoel kan komen, zelfstandig het WC kan bezoeken en kan traplopen. Om dat te bereiken moeten wij tradities durven doorbreken, door niet te ontvaren, preventief opiaten toe te dienen, een katheter in te brengen, tijdens de operatie constant ropivacaïne bij te spuiten, etc. Dit is overigens nog niet het maximum. Soms kunnen patiënten al de dag na de operatie naar

huis. Cruciaal daarbij is: hoe goed is het teamwerk en hoe moedig de patiënt?”

Jessen krijgt twee vragen. “Hanteert u ASA I of II als inclusiecriteria?”, waarop Jessen antwoordt: “De medische geschiktheid wordt pas duidelijk na preoperatief onderzoek. Een onzekere factor bij de voorspelling van de ligduur is de tijd dat een infuus nodig is.”

“Hoe vaak was overplaatsing naar een ziekenhuis nodig vanwege een complicatie” beantwoordt hij met: “Bij twee van de in totaal 5.000 operatieve ingrepen.”

Sedatie door niet-anesthesiologen bij pijnlijke interventies

“Sedatie door niet-anesthesiologen, we doen het al jaren en daarbij werken wij op gebieden waar bijna algehele anesthesie nodig zou zijn.” Benedikt van Loo is anesthesiemedewerker en sedatiespecialist in het Academisch Medisch Centrum Amsterdam.

Van Loo definieert sedatie als: verlaging van het bewustzijn waarbij de vitale functies en reflexen niet worden beïnvloed en communicatie met de patiënt mogelijk blijft. Spinale anesthesie valt daar dus ook onder.”

Van Loo's werkgebied is verbreed door toename van vroegdiagnostiek, als colonoscopie, verminderde acceptatie van pijn, door groei van het aantal ziekere en oudere patiënten, maar ook uit praktische overwegingen: onder sedatie zijn patiënten coöperatiever. Soms zien patiënten echter af van sedatie vanwege eventuele complicaties of een traumatische ervaring.”

Bovendien zijn er nog lang niet in alle ziekenhuizen sedatiespecialisten-niet anesthesiologen.

“Meestal doen specialisten de sedatie zelf, met fentandormicum. Zij hebben dan een dubbele taak, wat niet ongevaarlijk is, zoals blijkt uit de verhoogde mortaliteit. Vanwege het tekort aan anesthesiologen, hebben het AMC en het UMCU samen een opleiding opgezet voor sedatiespecialist/anesthesiologie-medewerker. De toetredingseis is twee jaar klinische ervaring. Na een jaar theorie met wekelijks een praktijkdag, volgt het examen waarmee het certificaat kan worden behaald. De leercurve wordt opgebouwd door 100 patiënten te sederen: 50 onder directe leiding en 50 onder indirecte



Benedikt van Loo

supervisie van een anesthesioloog. Die opleiding Sedatie Praktijk Specialist (SPS) is nu overgeheveld naar de HBO-opleiding.

Taken en werkwijze SPS

“Een SPS voert volledig onafhankelijk het pre-, peri- en postoperatieve management, waarbij een anesthesioloog binnen twee à drie minuten aanwezig moet kunnen zijn. Wij beperken ons tot ASA I en II, sederen met propofol en hebben alle monitoring- en medische meetinstrumenten voor een ECG, uitgeademde CO₂, capnografie, Hb en saturatie op een kar. Een ASA III-patiënt is ongeschikt voor sedatie (obesitas, COPD, cardiovasculaire problemen als een myocardinfarct, allergie voor soja, moeilijke luchtwegen en diabetes). Wij titreren op individuele behoefte, sederen niet te diep met kortwerkende middelen en sturen liever voortdurend bij. Daarbij moet de SPS de vitale functies kunnen interpreteren, kunnen intuberen en direct kunnen handelen. De recovery, inclusief respiratoire en de hartbewaking bewaking, vindt plaats waar ook de sedatie is geschied.”

Laatste ontwikkelingen

De nieuwe Richtlijn (die in fasen zal worden uitgevoerd) luidt dat sedatie en analgesie buiten de OK door gekwalificeerd en competent personeel moet geschieden. Indien niet aan die eisen wordt voldaan,

sluit de IGZ het OK-complex onmiddellijk. De Richtlijn die de Vereniging voor Anesthesiologie samen met de IGZ heeft opgesteld, verruimt de mogelijkheid voor sedatie buiten de operatiekamer tot ASA II en VI, met uitzondering van ASA I en II in geval van gastroenterologische ingrepen. Dat heeft consequenties voor de opleiding. Sinds 2008 is sedatie door SPS-en toch al explosief toegenomen. Het aantal van 150 SPS-en dat ons land momenteel telt, is waarschijnlijk niet voldoende om deze nieuwe vraag te kunnen beantwoorden.”

Behandeling van reumapatiënten met biologicals
Ook Reumabehandeling vindt toenemend in dagbehandeling plaats, dank zij de ontwikkeling van biologicals.

“Reuma is volksziekte nummer 1”, aldus Monique Geurts, reumatoloog in het Jeroen Bosch Ziekenhuis in ‘s-Hertogenbosch. “Uiteindelijk krijgt één op de vijf mensen er last van.”

Geurts geeft een overzicht van de vier groepen oorzaken van reuma die zich kenmerken door verschillende verschijnselen die verschillend behandeld moeten



Monique Geurts

worden.

“De meest invaliderende oorzaak zijn de gewrichtsontstekingen door reumatoïde artritis (1 à 2%, onherstelbaar, vaak in meer gewrichten), de ziekte van

Bechterew en kristalontsteking (jicht). De tweede oorzaak zijn enkele auto-immuunziekten: LSE (lupus), de ziekte van Sjögren, osteodermie en de ziekte van Wegener, sclerodermie. De derde oorzaak betreft degeneratieve afwijkingen als artrose, waaraan 1.2 miljoen Nederlanders lijden en ten slotte: reuma aan de weke delen als peesontsteking.

Reumatische artritis (RA) komt weliswaar het minst voor (twee tot drie keer vaker bij vrouwen dan bij mannen), maar is zeer invaliderend. De schade is onherstelbaar en veroorzaakt pijn, zwelling, functieverlies en ochtendstijfheid. RA gaat vaak gepaard met gewichtsverlies, koorts, huid-, oog- en nierafwijkingen, kortademigheid, zwelling in de synoviale ruimte en boterosie. De oorzaak is onbekend. Remissie is mogelijk indien vroeg, snel, agressief en multidisciplinair een behandeling wordt ingezet met een cocktail van medicijnen en hulpmiddelen. De pijn wordt met NSAID's bestreden, antireumatica als het standaardmiddel Methotrexaat die de schade beperken en de ontsteking kalmeren. Prednison werkt sneller en wordt vaak als overbrugging gebruikt.

“Steeds vaker wordt reuma in dagbehandeling bestreden. Sinds ruim tien jaar gebeurt dat ook met biologicals, die vaak, maar niet bij iedereen, effectief werken omdat zij de lichaamseigen stoffen van het afweersysteem beïnvloeden en daardoor de ontstekingsreactie onderdrukken. Biologicals als Infleximab zijn gericht op TNF-blokkade. Het wordt eens in de acht weken intraveneus in dagbehandeling toegediend bij reuma, Bechterew, Psoriasis en Colitus Ulcerosa. Andere biologicals als Abatacept (een T-celremmer) en Retuximab (een B-celremmer) vertragen eveneens de infectie. Biologicals werken snel, maar zijn duur en worden niet onbeperkt vergoed. Hun werkzaamheid neemt na twee jaar af en bovendien hebben de huidige biologicals nog erg veel bijwerkingen, als huidafwijkingen, infusiereacties en cardiale problemen.”
Geurts verwacht in de toekomst beter afgestemde biologicals, die meer indicaties en ook andere ziektebeelden kunnen bestrijken.

Endometrium ablatio onder lokale verdoving in dagbehandeling

Excessief menstrueel bloedverlies interfereert met het fysieke en sociale leven van de vrouw. Een op de drie vrouwen heeft er soms last van, wat bij 21 tot 67% van die vrouwen resulteert in anemie, hoewel slechts 5% van de vrouwen tussen 30 en 49 jaar er een arts voor

consulteert.

Esther Klompmaker, gynaecoloog in het Maasstad Ziekenhuis in Rotterdam definieert: “Excessief is meer dan 80 ml bloedverlies per dag, in het voorbeeldgeval meer dan 120 ml, waarbij frequent wisseling van tampons en maandverband nodig is, en wat aanleiding geeft tot ziekteverzuim.

Excessief bloedverlies wordt behandeld door endometrium ablatie. Vroeger gebeurde dit met een resectie. In 2001 volgde de blinde techniek met het NovaSure-systeem waarbij het baarmoederslijmvlies weg wordt gebrand en waarbij de cyclus normaal doorgang kan vinden.

Het is een nieuwe loot aan de stam van de dagbehandeling.

“Het Moisture Transport TM-system, waarbij spoel-



Esther Klompmaker

vloeistof continu wordt afgezogen, maakt het mogelijk de ablatie met een disposable bipolaire elektrode nauwkeurig te doseren. Dit vergt niet meer dan 90 seconden en er treden weinig complicaties op. De door een generator aangestuurde controller berekent zelf de benodigde power en stopt automatisch wanneer de elektrode voldoende weefselweerstand ondervindt.

“De indicatie is: premenopausale vrouwen met over-

matig bloedverlies zonder oorzaak en zonder kinderwens. Contra-indicaties zijn: kinderwens, spiraal, kanker, verzwakt myometrium, urineweginfecties of een caviumlengte korter dan 4 cm.

“De procedure wordt voorafgegaan door premedicatie, lokale verdoving, opmeten van de uterus en het oprekken van de cervix. Bij het inbrengen van het instrument is verbale analgesie belangrijk: de ingreep kan even pijnlijk zijn. Wij geven pijnstilling 3 en 7 uur na de ingreep. Wij waarschuwen de patiënten dat zij nog een aantal weken waterige afscheiding kunnen verwachten en adviseren in die weken af te zien van coïtus en het nemen van een bad.”

In het Franciscus Ziekenhuis in Roosendaal zijn 62 patiënten onder lokale verdoving met de NovaSure-techniek behandeld. Daarbij is een vast pijnschema gevolgd en hebben verpleegkundigen de nazorg in de vorm van telefonische bereikbaarheid ingevuld. 91% van de patiënten was tevreden over het resultaat, heeft geen menstruatie meer of menstrueert met minder bloedverlies en minder pijn, en bij 97% is geen histerectomie nodig. Sommige patiënten klaagden over een brandende pijn en kramp. Bij de tweede generatie NovaSure bleek 100% van de patiënten tevreden, ook over de pijnbehandeling. Onderzoek bij deze patiëntengroep wees uit dat endometriumablatie volgens deze methode, bij lokale verdoving door de gynaecoloog, heel goed poliklinisch kan worden gedaan.”

Radiofrequente thermotherapie bij snurken

Wist u dat 60% van de mannen snurkt? En 40% van de vrouwen?

Snurken kent twee groepen oorzaken. 1. Neusverstopping, allergie of een hyperreactie door o.a. luchtverontreiniging en 2. OSAS, het slaapapneu-syndroom, scheefstand van tussenschot of neusschelp, een onderliggend lijden of medicatie. De diagnostiek wordt gesteld met anterieure rhinoscopie en ander KNO-onderzoek. Vroeger werd de obstructie vaak onder volledige narcose verwijderd. Dat veroorzaakte vaak pijn en flinke bloedingen die met hinderlijke neustampons moesten worden opgevangen, waardoor de patiënten dagen niet kon werken. De CELON-techniek is veel minder ingrijpend en kan daardoor onder lokale verdoving in dagbehandeling worden gedaan. KNO-arts Edward Grooters, eveneens werkzaam in het Maasstad Ziekenhuis in Rotterdam, laat met een filmje zien hoe snurken snel en met veel minder compli-

caties succesvol wordt verholpen door radiofrequente thermotherapie met de CELON-techniek.

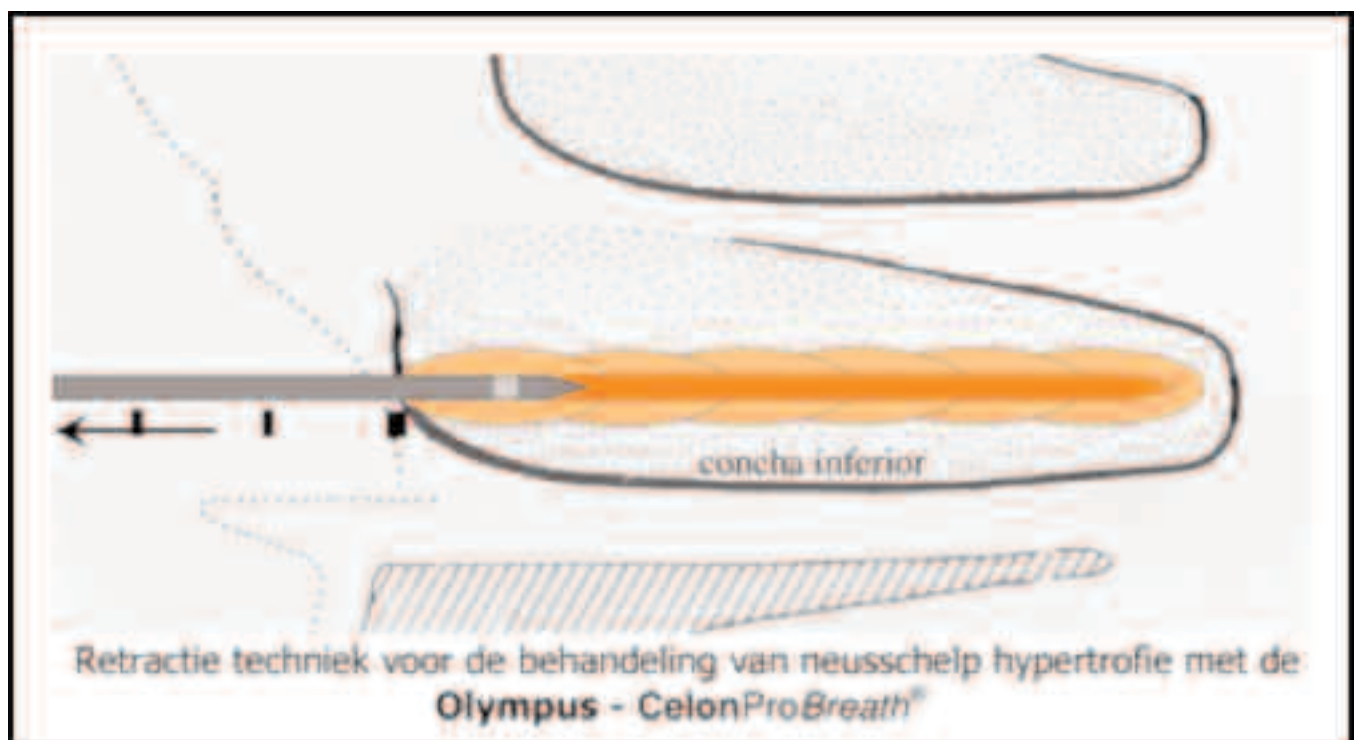
“Na verdoving met een cocaïneoplossing van 400 mg, die dertig minuten moet inwerken, wordt de concha inferior (neusschelp) via een carpule opgespoten met Lidocaïne zonder adrenaline of met Ultracaïne, zodat de zwelling voorkomt dat door de verwarming tot 60 graden Celsius met het CELON-apparaat beschadigingen ontstaan. Het obstructieweefsel wordt door deze radiofrequente thermotherapie verschrompeld.

“Het is van belang de patiënt gerust te stellen tijdens de behandeling: oogcontact met het instrument kan immers even afschrikken. De ingreep duurt 5 tot 10 minuten. Er treden nauwelijks bloedingen op en tampons zijn dan ook niet nodig. De patiënt kan snel weer

aan het werk. Na acht weken wordt de patiënt poliklinische gecontroleerd. De enige complicatie die soms optreedt is korstvorming, wat door otrivine of een zalfje kan worden verholpen.

Vijf jaar lang zijn op deze manier jaarlijks 292 patiënten geholpen. Daarvan was 86% tevreden, er kwamen nauwelijks recidieven voor en de patiëntveiligheid blijkt groot. Bij slechts 7 patiënten moest een tweede behandeling de uiteindelijke verlichting brengen.

“De literatuur bevestigt dat de CELON-techniek slaap en reuk bevordert en de snurkers en hun bedpartners een betere kwaliteit van leven geeft.”



Nieuw bestuurlid

Mijn naam is

Dr. Huub Jessen, nieuw bestuurslid van de NVDK

uub Jessen, anesthesioloog/pijnspecialist in ViaSana, is onlangs toegetreden tot het bestuur van de NVDK.

Jessen heeft de opleiding geneeskunde gevolgd aan de Rijksuniversiteit Limburg in Maastricht. Tijdens zijn studie en voorafgaand aan de specialisatie heeft hij o.a. gewerkt in Malawi en in Tanzania.

De specialisatie anesthesiologie heeft hij in Nijmegen voltooid. Direct aansluitend aan de specialisatie is hij in 1994 als anesthesioloog gestart in het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis (CWZ) en de Sint Maartenskliniek (SMK) te Nijmegen. Vanaf 1997 was hij volledig werkzaam als anesthesioloog/pijnspecialist in het CWZ. Hij heeft van 1997 tot 2003 gefungeerd als medisch manager van het OK complex. Deze taak vervulde hij naast zijn werkzaamheden in diverse ziekenhuiscommissies in het CWZ. In deze periode was hij tevens lid van de Beroepsbelangen Commissie van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA). In het CWZ stond hij mede aan de basis van het traject individueel functioneren van de medisch specialist via de Appraisal and Assessment methode. Van 2003 tot 2007 was hij voorzitter van de Vereniging Medische Staf in het CWZ. Samen met Amar Sheombar (zijn huidige directe collega) was hij een van de grondleggers van de pijnkliniek in het CWZ.

In 2006 is hij, met een collega, gestart met een eigen anesthesiepraktijk buiten het ziekenhuis. Deze praktijk verzorgt de anesthesie bij tandheelkundige ingrepen bij mensen met een ernstige verstandelijke en/of lichamelijke beperking en bij patiënten met extreme angst voor de tandarts. In deze extramurale anesthesiepraktijk is logistiek en behandeling afgestemd op de cliënt.

'Zorg en behandeling afgestemd op de individuele persoon' is ook de basisfilosofie in de pijnpoli in ViaSana in Mill, waar Jessen nu werkt (zie artikel over Innovaties in deze Kortom). Samen met zijn collega Amar



Huub Jessen

Sheombar en de andere specialisten van ViaSana staat hij voor een multidisciplinaire, kwalitatief hoogwaardige pijnbehandeling op een patiëntvriendelijke manier. De pijnpoli van ViaSana is gespecialiseerd in wervelkolom- en gewrichtgerelateerde diagnostiek en behandeling van patiënten met chronische pijn of zeer heftige (uitstralende) pijn bij mensen met een rughermia (HNP). Zijn aandachtsgebieden zijn naast anesthesiologie: pijnbehandeling, locoregionale anesthesie en organisatie/management. Naast de werkzaamheden in de ZBC ViaSana verzorgt Jessen extramuraal anesthesie bij tandheelkundige behandelingen in instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking.

Jessen is lid van:

De Nederlandse Vereniging van Anesthesiologie (NVA) waar hij lid is van het Sectiebestuur pijn, de Nederlandse Vereniging van Anesthesiologie (sectie pijn), de Orde van Medisch Specialisten (OMS), het World Institute of Pain (WIP), de ESRA European Society for Regional Anesthesia and Pain en de ERS European Respiratory Society.

Waan van de dag(behandeling) leidend of lijdend?

18e Jaarcongres NVDK: Waan van de dag(behandeling) leidend of lijdend?

Van Kaam: "Focus met Dagbehandeling op de bovenkant van de markt: buiten het ziekenhuis"

"De zorgsector is lijdend in innovatie", concludeert organisatieadviseur Herre van Kaam. Hij analyseert het succes van nieuwkomers op de markt. De oorspronkelijke aanbieders maken de fout jarenlang te trachten hun aanbod te verbeteren en begrijpen niet dat hun innovaties nauwelijks aanslaan. Dan komt er plotseling een nieuwkomer met frisse ideeën en die streeft ze voorbij. Zo gaat het ook in de gezondheidszorg

Ans Ankoné

Iedereen begrijpt de analyse van Herre van Kaam, van Vreelandgroep Organisatie-adviseurs, als hij de ontwikkeling van de computer als voorbeeld neemt.

"De IBM verbaasde de wereld door in 1946 de eerste, kamervullende, business computer ENIAC op de markt te brengen, die in 1970 verving door de Supercomputer en in 1980 door de voor iedereen bereikbare Personal Computer. Maar in 1990 haalden andere bedrijven IBM in met de Laptop en in 2007 met de iPhone. Wie hoort er nu nog over de IBM? Het gebeurt met een zekere wetmatigheid, zo beschrijft Clayton M. Christensen dat in zijn *The Innovators Dilemma*. De aanbieder van een nieuw product focust op de onderkant van de markt en wordt na een tijd van glorieuze successen en kleine productinnovaties afgetroefd door een nieuwkomer die met een doorbraak in het product hoger in de markt gaat zitten. Die nieuwkomer verwerft zich een groter marktsegment met een grotere marge. Kijk naar General Motors die voorbij is gestreefd door Toyota. Het gebeurde in de auto-industrie, de telefonie, de fotografie, de grafische industrie, de post, de boekverkoop en de aandelenmarkt.

"Hoe zal het de dagbehandeling vergaan? Door de Dagbehandeling is de verpleegduur aanzienlijk bekort

en de efficiëntie evenals de patiëntveiligheid vergroot. Dat was mogelijk doordat bij veel ziektebeelden de geneeskunst door innovaties als niet-invasieve chirurgie en verbeterde anesthesiologie en hechttechnieken veranderde in geneeskunde. Wat eerst alleen in academische ziekenhuizen kon worden gedaan, werd verschoven naar topklinische ziekenhuizen, vervolgens naar algemene ziekenhuizen en de huisartspraktijk. Het aantal dagbehandelingen passeerde het aantal behandelingen met opname. Dat heeft echter nog steeds niet de efficiëntie en de kostenbesparing opgeleverd die mogelijk zouden zijn. Waarom niet? Omdat ziekenhuizen te krampachtig vasthouden aan dagbehandeling onder het ziekenhuisdak. Nieuwkomers als de oogcentra en de Bergman Klinieken krijgen dan de kans om de bovenkant van de markt af te romen. Ziekenhuizen proberen vervolgens door fusies de greep op het marktsegment van de dagbehandeling vast te houden door dit in het kleine ziekenhuis, een soort poli, onder te brengen en de zwaardere zorg in het grotere ziekenhuis. Waarom zet dat geen zoden aan de dijk? Omdat het businessplan dan niet klopt, omdat het een misvatting is te denken dat zoiets onder een ziekenhuisbudget exploitabel is. Het onderste deel van de markt past niet bij het bovenste van de markt in één organisatie, omdat de overhead- en investeringskosten van de dure zorg doorwerken op de goedkope zorg, maar ook omdat diverse zorgsoorten een andere bereikbaarheidsgraad en concentratie vereisen, en andere specialisten."

Ga als ziekenhuis niet wachten om kleine ZBC's over te nemen, adviseert Van Kaam." Dagbehandeling en kort verblijf horen niet in een ziekenhuis. Ga direct op de bovenkant van de markt zitten en start extern een nieuw bedrijf. De voorwaarden zijn: wet- en regelgeving die dat toestaan, de juiste technische faciliteiten, een bruikbaar businessmodel en duidelijkheid voor de patiënt, ook wat de verzekeringsvergoeding betreft.

"De zorgverzekeraars verstoren momenteel echter de dagbehandeling omdat zij meer zijn geïnteresseerd in de prijs dan in de wensen van de patiënt", constateert Van Kaam. "Om de volumekorting van 1.5% snel en gemakkelijk te kunnen effectueren, geven zij de ZBC's (die zijn ingericht voor dagbehandeling) bovendien het nakijken en frustreren daarmee de werkgelegenheid," luidt zijn waarschuwing aan de politici.

Jaarverslag 2013 NVDK regio's

1. Voorwoord

Dit jaarverslag bevat een korte uiteenzetting over de gebeurtenissen binnen de vijf regio's gedurende het afgelopen jaar.

2013 was een bewogen jaar. Er hebben veel veranderingen plaats gevonden binnen de regio's, zoals u kunt lezen in deze verslaglegging. We hebben in mei het IAAS-congres gehad in Boedapest, in juni de Heidag in Soest en in november het 18e jaarcongres in Eindhoven.

Doelstelling 2013 was: ontwikkelingen en informatie uitwisselen tussen de verschillende ziekenhuizen binnen de regio's en het bestuur van de NVDK.

2. Activiteiten

1. Twee keer per jaar organiseren de regiocoördinatoren regionale bijeenkomsten
2. De agenda's en verslagen van de regiobijeenkomsten worden op de NVDK site geplaatst.
3. Twee keer per jaar komen alle regiocoördinatoren met een NVDK bestuurslid. bij elkaar. Tijdens deze bijeenkomst worden relevante ontwikkelingen besproken.
4. Op LinkedIn heeft het NVDK bestuur een groep aangemaakt waar men met vragen terecht kan of een discussie kan voeren.

3. Korte verslaglegging van de 5 NVDK regio's

> Regio Noord Holland:

De regiocoördinatoren zijn:

M.H. Marleen de Waal

Malefijt-Laarakker

Office Manager

Mediance B.V.

Kaagweg 25, 1741 LC Schagen

tel: 0224-532100

mhdewaar@gemini-ziekenhuis.nl

Carla Hoekstra

Medisch Centrum Alkmaar

Stafverpleegkundige dagbehandeling Chirurgie, 028

Wilhelminalaan 12 (hoofdingang)

1815 JD Alkmaar

Postbus 501, 1800 AM Alkmaar

tel: 072 548 4207 / 5773 C.A.M.Hoekstra@mca.nl

Ina de Vries

afdeling dagbehandeling

VU medisch centrum Amsterdam

IJ.devries@vumc.nl

Jacolien Blom is toegetreden tot het NVDK-bestuur.

Marleen de Waal Malefijt-Laarakker heeft de taak als regiocoördinator overgenomen van Jacolien.

De volgende bijeenkomsten hebben plaatsgevonden:

13 februari: in Amsterdam

Onderwerp: Handclinic

11 juni 2013: in het Spaarne Ziekenhuis Hoofddorp

Onderwerp: Menstruatiestoornis

16 oktober 2013: in het MCA

Onderwerp: Zorgpad Proctologie

> Regio Noord Nederland:

De regiocoördinatoren zijn:

Annie Faber

Daghospitaal Medisch Centrum Leeuwarden

Unithoofd tel: 058-2867664

Annie.faber@znb.nl

Marianne Kemp

Martini Ziekenhuis Groningen

kempm@mzh.nl

Janneke Dun

Refaja Ziekenhuis

Boerhaavestraat 1, 9501 HE Stadskanaal

tel: 0599-654180

j.dun@refaja.nl

De volgende bijeenkomsten hebben plaatsgevonden:

16 oktober 2013: in het Antonius Ziekenhuis Sneek

Onderwerp: Kort, korter, kortst: Ambulantisering van kortverblijf naar dagbehandeling.

> Regio Zuidwest Nederland:

De regiocoördinatoren zijn:

Corrie Zabel-Schoute

Maasstad Ziekenhuis

Postbus 9100
3007 AC Rotterdam
Tel: 010 2912635
ZabelM@maasstadziekenhuis.nl

Gea Bakker

Sint Franciscus Gasthuis
Afdeling Dagbehandeling
Postbus 10900, 3004 BA Rotterdam
g.bakker@sfg.nl

Ingrid Nadorp

Haga Ziekenhuis locatie Leyweg
Unithoofd Dagbehandeling
i.nadorp@hagaziekenhuis.nl

De volgende bijeenkomsten hebben plaats gevonden:

8 april: in het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis te Woerden.
Onderwerpen: Patiënten planning/ presentatie van een pijnconsulent over de pijnpoli.

7 oktober: in het Erasmus Medisch Centrum te Rotterdam.
Onderwerp: Orgaandonatie/ feedback geven

> Regio Oost Nederland:

De regiocoördinatoren zijn:

Betsy Stellema

Isla klinieken Zwolle Locatie Weezenlanden
Groot Wezenland 20, 8011JW Zwolle
fstellema@kpnmail.nl

Esther van de Bovenkamp

Rijnstate Ziekenhuis
evandebovenkamp@rijnstate.nl

Roos Reehorst

Rijnstate Ziekenhuis
Locatie Velp
reehorst@rijnstate.nl

De volgende bijeenkomst heeft plaats gevonden:

27 november 2013: in het Slingeland ziekenhuis te Doetinchem
Onderwerp: PAK met excellente zorg op de dagverpleging

> Regio Zuidoost Nederland:

De regiocoördinatoren zijn:

Marieke Holtrop

Maasstad ziekenhuis Rotterdam
holtropm@
maasstadziekenhuis.nl

Hélène Schmitz

Jeroen Bosch Ziekenhuis
Den Bosch
h.schmitz@jbz.nl

Het Elkerliek ziekenhuis heeft vorig jaar het initiatief genomen om met unithoofden dagbehandeling gezamenlijk in overleg te gaan. Dit jaar is Marieke Holtrop als regiocoördinator aangeschoven en zijn afspraken gemaakt om deze bijeenkomsten voortaan via de NVDK te organiseren.

Gezien het feit dat er geen nieuwe aanmeldingen waren gekomen om Hélène te ondersteunen binnen de regio, heeft Marieke aangegeven deze taak op zich te willen nemen en ziet het als een uitdaging om, buiten haar regio waar ze werkt, contacten te hebben met andere ziekenhuizen.

4. Overleg tussen alle regiocoördinatoren en een bestuurslid heeft plaatsgevonden op:

25 maart in het Haga Ziekenhuis in den Haag

24 oktober in het Martini Ziekenhuis in Groningen

5. Conclusies:

De regiocoördinatoren zijn erg actief geweest met het organiseren van regiobijeenkomsten. Deze bijeenkomsten waren interessant en werden goed bezocht.

Tevens is er meer duidelijkheid gekomen welke ziekenhuizen in welke regio thuis horen.

De regio Zuid-Nederland heeft actie hernomen en de bijeenkomsten worden in het vervolg weer georganiseerd vanuit de NVDK.

De landelijke bijeenkomsten worden eveneens goed bezocht. Ze vinden steeds op een andere locatie plaats, zodat wij bij elkaar in de keuken kunnen kijken. Tijdens deze bijeenkomsten worden ervaringen uitgewisseld en wordt er gebrainstormd over problemen waar we tegen aan lopen.

Men vindt het heel prettig om met elkaar informatie uit te wisselen.

Lessen uit de doofpot

Affaire na affaire, lessen uit de doofpot
Zijn de 'beste ziekenhuizen' van Elsevier inderdaad de beste ziekenhuizen?

Elsevier presenteerde onlangs weer zijn lijst van de beste ziekenhuizen. Slechts één ziekenhuis haalde de hoogst mogelijke score, het Medisch Centrum Alkmaar. Dit ziekenhuis leverde in 2012 zowel de meest patiëntgerichte als de beste medische zorg. Tijdens het congres in Kasteel Wassenaar adviseerden een IGZ-inspecteur, een wetenschapper en een zorgverzekeraar de aanbieders hoe zij zich moesten verbeteren en de ziekenhuisdirecteuren trokken lessen uit de affaires die hun nachtrust langdurig hebben verstoord

Ans Ankoné

Zeventien ziekenhuizen volgen het hoogst scorende Medisch Centrum Alkmaar op korte afstand. Markant van de Elsevier-lijst is dat niet alleen kleine ziekenhuizen minnetjes presteren in Veiligheid, Effectiviteit, Medische Zorg en Patiëntgerichtheid, maar ook academische ziekenhuizen. Het AMC staat met alles bovenaan, maar VUmc, LUMc, UMC St. Radboud, Erasmus MC en UMCU prijken in 2012 met slechts één van de vier scoregroepen. Ook wat betreft Dienstverlening en Wachttijden is daar nog werk aan de winkel, met name voor het Erasmus MC dat onder aan deze academische lijst staat.

Het Refaja Ziekenhuis in Stads kanaal heeft de minste punten, maar andere kleine ziekenhuizen als in Emmen, Terneuzen en Leiderdorp schoten eveneens te kort op Patiëntgerichtheid en Medische zorg en zelfs het grotere ziekenhuis in Leeuwarden. Over hun Veiligheid en Medische Zorg, toch wel de kernbezigheid van een ziekenhuis, moet een groot aantal ziekenhuizen zich zorgen maken, vooral ziekenhuis IJsselland, Thalma Sionsberg in Dokkum, De Gelderse Vallei in Ede, Ziekenhuis Berhoven in Oss, het Waterland Ziekenhuis in Purmerend, het Havenziekenhuis in Rotterdam, het Refaja in Stads kanaal, het Viecuri in Venlo en Gelre Ziekenhuizen in Zutphen, die slechts drie van de twaalf scores haalden. Na het AMC volgen het UMC Groningen en het AZ Maastricht. Het VUmc is hekkensluiter.

Van de twaalf onderzochte operaties haalden negen

ziekenhuizen twee of drie volumenormen niet, 32 ziekenhuizen haalden slechts één van de twaalf niet normen. Het betrof meestal onvoldoende vaardigheid bij maagkankeroperaties.

De ervaring van patiënten volgens de Consumer Quality Index laat zien dat de meeste patiënten redelijk tevreden zijn over hun ziekenhuis als het gaat om de behandeling van spataderen, benigne en maligne borsttumoren en rughernia. Bijzonder tevreden zijn de patiënten van het Máxima Medisch Centrum in Eindhoven, Ziekenhuis St. Jansdal in Harderwijk en het St. Jansgasthuis in Weert. Negatieve uitschieters zijn het Amphia Ziekenhuis in Breda, het Albert Schweitzer Ziekenhuis in Dordrecht en Ziekenhuis Rivierenland in Tiel.

Er kon geen relatie worden gelegd tussen de zorgzwaarte en de zorgkwaliteit.

De Elsevier-lijst, hoe betrouwbaar?

De medische wereld heeft steeds veel kritiek geleverd op de juistheid van de Elsevier-lijst. Dat is begrijpelijk als een ziekenhuis het ene jaar hoog op de lijst staat en het jaar daarop veertig plaatsen is gezakt. Maar nu heeft Bureau SiRM (gespecialiseerd in vraagstukken rond marktwerking, o.a. in de zorg) de lijst gebaseerd op 542 prestatie-indicatoren die ziekenhuisbestuurders en specialisten zelf hebben opgesteld en waarover zij de Gezondheidszorg en het ministerie van Volksgezondheid verplicht moeten informeren. Tevens zijn het Functioneren van het totale ziekenhuis en de Organisatie van de medische zorg betrokken, evenals volumenormen voor operaties: het minimale aantal operaties op een bepaald gebied die specialisten volgens hun wetenschappelijke verenigingen (onder leiding) moeten hebben verricht willen zij die operaties veilig kunnen doen. Niet meegewogen indicatoren, die wel in Elsevier zijn gepubliceerd, betreffen Ervaring van patiënten, Zorgzwaarte, Transparantie en Financiële positie. Niet gepubliceerd en onbezoedeld zijn tevens uitkomstindicatoren die inzicht geven in kwaliteit, succes en falen van medisch handelen bij hogere zorgzwaarte. Daarover horen de wetenschappelijke verenigingen te waken, wat betekent dat veel informatie voor patiënten, zorgverzekeraars en overheid verborgen blijft. Zolang de medische sector dit soort informatie niet zelf openbaart, blijft er iets af te dingen op alle kwaliteitlijsten, en die zijn er in overmaat. Zoals de

met de Elsevier-lijst te vergelijken AD Top 100 en Dr Yupp, maar ook de IGZ-indicatoren, de HSMR (Hospital Standard Mortality Ratio), de site Zichtbare Zorg, de Normering Chirurgische Behandeling 3,0 van de Nederlandse Vereniging van Heelkunde, de Certificaten van de Zorgverzekeraars, de NPCF-kwaliteitinformatie als Pink Ribbon, de Zorgkaart Nederland die dokters cijfers geeft, de site Meetbaar Beter, sterftecijfers bij de behandeling van enkele kankersoorten publiceert, de Patient Reported Outcome Measures, en niet te vergeten de spontane kritiek van chattende patiënten waarbij zij de naam en faam van dokters en ziekenhuizen noemen. Als patenten het van mondreclame moeten hebben...

Achmea initieert zelf kwaliteitonderzoek

Dat is in de Verenigde Staten wel anders. Daar zijn op grond van wet 92 Megabites aan actuele en gedetailleerde informatie openbaar toegankelijk. De Engelse overheid eist dat informatie over zorgkwaliteit, resultaten, kosten, logistieke afhandeling en nazorg tot aan de jaren tachtig van de vorige eeuw wordt bewaard zodat de zorg retrospectief kan worden bestudeerd en voor de toekomst worden verbeterd.

Hoe komt het dat dokters doorgaans wel van elkaar weten wie er goed is en wie niet, maar de zorgkwaliteit voor de buitenwereld kennelijk moeilijk kunnen definiëren.



Prof. Robbert Huijsman

Prof. Robbert Huijsman Manager Kwaliteit&Innovatie bij Achmea: “Het leek zo simpel bij de stelselwijziging in 2006. De zorgverzekeraar werd wettelijk verplicht voldoende zorg van goede kwaliteit tegen een redelijke prijs in te kopen. Het is nu zeven jaar later en we krijgen nog steeds onvoldoende inzicht in prijs en kwaliteit.

”Daarom hebben wij onze verzekerden gevraagd hoe zij tegenover de prijs/kwaliteitverhouding staan met vragen als: Accepteert u een ziekenhuis als wij daaraan de voorkeur geven omdat zowel de kwaliteit als de prijs daar goed is? Dan antwoordt 70% ‘ja’. Op de vraag of zij ook een ziekenhuis accepteren met weinig prijsverschil maar een hogere kwaliteit, dan is de reactie: ‘Wij weten niet of wij daarvoor ook meer willen betalen.’ De prijs verschilt soms met een factor 3 en de behandelvariatie in de medische praktijk is groot, dus er is duidelijk ruimte voor verbetering.

“Binnenkort kiezen mensen weer hun verzekering en moeten wij contracten sluiten op grond van anderhalfjaar oude data: zolang moeten wij op de ziekenhuizen wachten. Om beter inzicht te krijgen hebben wij over 20 ziektebeelden meetprojecten opgezet die wij met de ziekenhuizen en specialisten analyseren om zorgvuldiger te kunnen inkopen en de klant meer inzicht te bieden in wat zij kunnen verwachten. Die projecten onder het Motto: Meten, Weten, Doen, kosten bloed, zweet en tranen. Zo hebben wij met de WVR[i] van MDL-specialisten[ii] de behandelwijze van darmkanker doorgelicht. De spreiding bij de 7 koploperziekenhuizen was enorm. Hoe moet het dan bij de andere 93% zijn?

Wat zijn de consequenties als wij nog selectiever gaan inkopen? Moeten wij bij lage prestaties ook een lagere prijs doorvoeren? Hoe betalen die ziekenhuizen dan hun verbetertrajecten? Hoe contracteren wij al die individuele fysiotherapeuten? Dat kan niet anders dan on line. Hoe helpen wij de verzekerden kiezen? Telefonisch of on line? Wij verzorgen wekelijks al 900 zorgbemiddelingen, onze zorgregelaars krijgen maandelijks 1.000, telefoontjes, ons zorgkeuze-tool op de Achmea-website heeft wekelijks ruim 8.000 bezoekers.”

Bij IGZ gemelde calamiteiten
Inspecteur Generaal IGZ en voormalig kinderarts dr



kinderarts dr Ronnie van Diemen

Ronnie van Diemen “droomt dat Nederland het in Europa kwalitatief goed gaat doen.” Terwijl de Kwaliteitswet van 1996 dateert.

“Sinds de Nationale Raad voor de Volksgezondheid in 2004 de zorgsector aanmaande met de slagzin ‘Je werkt hier veilig of je werkt hier niet’ is er tenminste in de specialistenopleiding iets verbeterd. De verantwoordelijkheid ligt bij de artsen”, concludeert van Diemen, maar: “Veel wordt niet gesignaleerd, dus ook niet verbeterd.”

Toch neemt het aantal calamiteitmeldingen toe: van 300 in 2004 tot 1.000 in 2012, maar het betreft nog steeds dezelfde oorzaken: slechte samenwerking tussen de artsen, fouten bij overdracht en medicijnverstrekking.

“Het IGZ-initiatief Toezicht op het Perioperatief Proces met door de beroepsgroep opgestelde kwaliteitsindicatoren, heeft in zes jaar veel verbeterd. In 2011 was de grootste daling van schadeclaims over operaties. Gedrag blijkt moeilijker te veranderen dan het systeem. De VAR (Adviesraad van Verplegenden en Verzorgenden) heeft samen met Raden van Bestuur en van Toezicht en de NPCF een beleidsplan voor Betrouwbare en Veilige zorg opgesteld met de insteek: Het werkklimaat moet een leerklimaat worden, leren van incidenten en best practises, waarbij de patiënt als partner moet dienen.”

De patiënt heeft vertrouwen in de zorg nodig en wie moet dat vertrouwen geven? Inspecteur, verzekeraar, ziekenhuisdirecteur en patiënt antwoorden eensluidend: de arts. Anesthesioloog em. prof. Jan Klein voegt toe: “De onveiligheid wordt juist bepaald door maatschappen.”

Uit de doofpot

Openheid suggereert kwaliteit.

Die les hebben twee ziekenhuisdirecteuren door schade en schande geleerd en een directeur heeft de les preventief in praktijk gebracht.

Fred Plukker, een van de twee interim-managers die de schandalen in het VUmc in goede banen moest leiden, en Chiel Huffmeijer, directeur van het HagaZiekenhuis, die geconfronteerd werd een pers die sneller om opheldering vroeg dan hij de calamiteiten kon oplossen, hebben dezelfde lessen geleerd.



Fred Plukker

Plukker: “Elk ziekenhuis heeft minstens vijf afdelingen waar iets mis is.

En elk onopgelost probleem of elke verstoorde verhouding gaat ten koste van de patiënt. Ziekenhuizen zijn slecht voorbereid op problemen. Je moet dus constant met je medewerkers praten, ook onverwacht.”



Chiel Huffmeier

Chiel Huffmeier: “Wij reageren meestal reactief en zijn druk bezig de calamiteiten intern op te lossen, terwijl het juist zaak is constant en aan alle stakeholders te laten zien wat je doet.”

Met andere woorden: ziekenhuizen laten zich overvallen door calamiteiten en zijn geneigd ze in de doofpot te stoppen totdat ze een oplossing hebben gevonden, terwijl de pers er met de ellende vandoor gaat.

De Raad van Bestuur van het Isala Ziekenhuis in Zwolle is de pers voor. Het is het eerste transparante ziekenhuis in Nederland: 70% van de prestaties is real time beschikbaar. Sinds 2011 publiceert Isala, mortaliteitscijfers volgens de Hospital Standardised Mortality Ratio, nu van negen vormen van kanker.



Bestuurslid Robbin Thieme Groen

Bestuurslid Robbin Thieme Groen: “Het is niet eenvoudig objectief resultaten te formuleren. Sinds 2005 hebben wij de HSMR bijgehouden. Aanvankelijk schrokken wij van onze cijfers, maar na verbetering van de registratie (dertig dagen na ontslag), bijstelling op patiëntenmix en verbetering van de behandeling constateren wij een constante daling. Mijn advies: wees open over de resultaten, ook als ze slecht zijn. Pas daarna volgt verbetering.”

Plukker: “In elk ziekenhuis zijn er minstens vijf afdelingen waar iets mis is”

[i] Wetenschappelijke Verenigingen van specialisten

[ii] Maag Darm en Lever-specialisten