



NEDERLANDSE VERENIGING VOOR
DAGBEHANDELING EN KORT VERBLIJF



KORTOM

'KORTOM' IS EEN UITGAVE VAN

D E N V D K

Voorwoord van de voorzitter

Inspiratie voor het schrijven voor dit voorwoord deed ik op tijdens een recent werkbezoek aan Elandsdoorn, een township in Zuid-Afrika, twee-en-een-half-uur ten Noordoosten van Johannesburg. Daar stichtten Hugo en Liesje Tempelman eind jaren tachtig van de vorige eeuw na afronding van hun respectievelijke opleidingen geneeskunde en verpleegkunde in Nijmegen een medische 'plattelands' praktijk. Het was hun wens en droom om in Zuid-Afrika te werken en na twee jaar ervaring te hebben opgedaan in het lokale zorgsysteem en in de maatschappij daar hebben ze eigenhandig de eerste stenen muren gemetseld voor hun kliniek: Ndlovu Medical Centre. Ndlovu betekent in Zulu-taal Olifant. Hugo en Liesje willen graag vijf klinieken realiseren met een naamgeving naar analogie van de big five, zie daarvoor de mooie foto van een kindertekening van de big five, u weet wel, de vijf sterkste dieren aan het einde van de voedselketen.

Hugo en Liesje Tempelman hebben zich hier met hart en ziel ingestort. Zij hebben geleerd dat er veel meer moet worden geregeld om de zorg effectief te maken, om echt wat te kunnen betekenen. Door de derde-wereldomstandigheden in het betreffende gebied is de welvaart erg laag, zijn de levensomstandigheden erbarmelijk, is de werkloosheid evenals het voorkomen van alcoholisme en (seksueel) misbruik hoog. Er zijn dus ook veel ziektes waarvoor nauwelijks behandeling mogelijk is, laat staan dat mensen die kunnen betalen. Dit alles bij elkaar leidt tot gebrek aan levensperspectief, kortere levensverwachting, grote kindersterfte en, in onze ogen, weinig begerenswaardige leefomstandigheden. Het contrast is groot, en dat in zo'n mooi land...

Voor Hugo en Liesje Tempelman was dit reden om méér te doen, want als mensen een beter levensperspectief hebben, hebben ze meer reden om zich te laten behandelen als ze ziek zijn en hebben ze meer reden tot trots en respect. Met hulp van vele anderen lieten Hugo en Liesje vele waterputten slaan, zodat vele duizenden mensen niet meer dagelijks vele uren moeten lopen voor wat water. Zij bouwden kleuterscholen met programma's om moeders te leren gewassen te telen om hun kinderen gezond te voeden. Zij hielpen mensen winkeltjes en bedrijfjes op te zetten. Zij zetten scholing op om jongeren te leren omgaan met computers om vaardigheden te creëren. Zij ver-



André Wolff, voorzitter

bouwden een bus tot rijdende tandartspraktijk om preventieve tandheelkunde te verlenen aan schoolkinderen en als de bus bij de Ndlovu kliniek staat worden ook volwassenen geholpen. Omdat tandartsen zich daar structureel niet willen vestigen, vliegen we enkele keren per jaar tandartsen in. De Tempelmans lieten met de hulp van Johan Cruijff een groot sportcomplex bouwen, zodat de jongeren minder reden hebben om rond te zwerven. Zij bouwden een theater annex bioscoop zodat de lokale bevolking op eervolle wijze muziek voor elkaar kan maken en films kan kijken. Er is nu een fantastisch jongerenkoor dat mooie muziek maakt, allemaal kinderen met aids die nu succesvol behandeld worden en trots kunnen zijn.

Dit is slechts een greep uit de activiteiten van de Tempelmans en de ondersteunde programma's om die activiteiten ook concreet te kunnen uitvoeren. Daarmee creëerden de Tempelmans ook werkgelegenheid en gaven ze eigenlijk een boost aan de lokale economie. Hugo en Liesje zijn inderdaad op weg om de big five te realiseren, want het concept van Ndlovu Medical Centre heeft al navolging gekregen op andere plaatsen in

Zuid-Afrika.

Vanaf zes uur 's ochtends gaan de poorten van de Ndlovu Medical Centre open en stromen de behandelkamers vol, de patiënten, komen veelal van verre, te voet... Er is een moeder-kind kliniek met een soort intensive care-functie voor zwangeren die veel meer zorg nodig hebben, en voor mensen die bijvoorbeeld AIDS hebben in een zeer ernstig stadium; zij kunnen er nu doorheen geslept worden. Hugo volgt de patiënten die hij in behandeling heeft tot op hun leefplek in de townships. De Tempelmans houden alle gegevens bij, wat ook van grote waarde is voor HIV- en AIDS-onderzoek. Niet voor niets is Hugo Tempelman ook visiting professor aan de Universiteit van Utrecht. Hun programma is enkele jaren geleden door de WHO tot de top-3 meest effectieve anti-AIDS-programma's ter wereld uitgeroepen. Inmiddels is het concept van hun anti-AIDS-programma door de Zuid-Afrikaanse regering overgenomen.

U merkt het al, ik ben onder de indruk. Eerlijk gezegd kom ik er al wat vaker de afgelopen jaren. Ik ben bestuurslid van de stichting Zorg voor Elandsdoorn en wij proberen wat kleinere projecten te ondersteunen. Maar waarom, denkt u vast, schrijft onze NVDK voorzitter in hemelsnaam in Kortom over Ndlovu, de Tempelmans en hun projecten? Omdat wij er inspiratie uit kunnen halen en er wat van kunnen leren! Natuurlijk leven wij in andere omstandigheden en als wij het over dagbehandeling en kortverblijf hebben dan hebben wij daarbij een andere focus. Maar ook bij ons worden de uitdagingen groter: wij moeten effectiever en doelmatiger werken. Door de luxe achter ons zijn

wij niet erg gedwongen keuzes in de zorg te maken. Zijn wij daardoor wellicht wat minder creatief? Zijn wij geneigd meer de gebaande paden te lopen? Wij hebben natuurlijk goede opleidingen en hier zijn goede gezondheidszorg- en sociale stelsels. Maar de financiële tekorten staan 'aan de deur' te kloppen. Wij willen nu meer waar voor ons geld, voor minder. Wij geven in Nederland per hoofd ongeveer het laagste bedrag uit aan gezondheidszorg vergeleken met andere Europese staten, maar zijn gemeenschappelijk duur uit. Ik denk dat we waar mogelijk de zorg zo simpel mogelijk moeten houden en niet het onderste uit de kan moeten eisen. Daar past dagbehandeling en kortverblijf heel goed bij: zoeken naar mogelijkheden in de veranderende omgeving. Wij hebben te maken met meer zorgvraag, meer oudere mensen, meer technische mogelijkheden, maar we kunnen niet meer alle zorg overal aanbieden, dus moeten wij meer samenwerken, meer samen verantwoordelijkheid nemen, meer ondernemen en vooral ook creatiever zijn. Dat past daar ook bij. Met één euro kun je in een Zuid-Afrikaans township veel meer dan in Nederland, en deze gedachte kan ons stimuleren op een andere manier slimmer met onze middelen om te gaan. Om daar samen nieuwe uitdagingen en oplossingen voor te zoeken. Om ons te laten inspireren door onder meer best practices organiseert de NVDK op dinsdag 25 juni een ledenvergadering en op woensdag 18 november weer haar 18e jaarcongres. Ik roep u op deze data vast te reserveren in uw agenda.

André Wolff, voorzitter NVDK

Dokters: kijk uit voor wurgcontracten met de zorgverzekeraars



Soms is het goed even over de grens te kijken om te vergelijken hoe het daar gaat, bij voorbeeld naar de Verenigde Staten. Een dertig jaar geleden was daar de concurrentie tussen zorgverzekeraars zo hevig dat zij elke dollarcent uit het zorgsysteem trachtten te persen om in de concurrentiestrijd financieel overeind te kunnen blijven staan. In de VS hebben de artsen daartegen te weinig weerstand geboden. Zelfs de machtige artsen organisatie, de American Medical Association (AMA), was niet bij machte de zorgverzekeraars voldoende tegenwicht te bieden. Zo konden de verzekeraars wegkomen met wurgcontracten die de artsen knevelden om voor zo weinig mogelijk honorering precies te doen wat de verzekeraars eisten. Hoe was dat mogelijk? Omdat de artsen onvoldoende zich hadden op welke zorg zij leverden, van welke kwaliteit en welke prijs daarvoor moest worden betaald. Dat is nog niet zoveel verbeterd. Artsen laten het zakelijke gedeelte van de zorg liefst aan andere partijen over, waardoor zij steeds met voldongen contracten worden gepresenteerd en ze niets anders overblijft dan zich of weinig van die contracten aan te trekken of te klagen. Maar een verstandig mens krijgt maar weinig tijd om te klagen. In sommige landen nemen de artsen het heft in handen.

Arts zoekt naar juiste kwaliteit/prijsverhouding
Voor de Amerikaanse chirurg dr Conor Delaney was de grens bereikt. Hij verbaasde zich erover hoe in zijn ziekenhuis en ook elders medische gegevens werden verzameld en in aparte groepen werden ondergebracht

waarbij het onmogelijk bleek die gegroepeerde gegevens in onderling verband te brengen, zoals voor onderzoek nodig is. Hij zocht naar een manier om inzicht te krijgen in de kosten van operaties en welke kosten werden geassocieerd met bij voorbeeld heropnames.



Delaney, hoofd van de afdeling Colectorale Heelkunde in het Academisch Ziekenhuis in Cleveland, Ohio, zocht naar een manier hoe de relaties tussen ingrepen en kosten inzichtelijk te maken.

In de afgelopen vijf jaar heeft hij meer dan \$450.000 aan subsidies verworven van twee innovatiefondsen, de Stichting Cleveland en recent Lorain County Community College voor de ontwikkeling van een softwareprogramma dat nu door artsen en beheerders van het ziekenhuissysteem wordt gebruikt. Door data te vergelijken ontdekte zijn afdeling dat de verblijfsduur van de patiënten met 30 procent werd gereduceerd als er een bepaald type van zenuw blok werd gebruikt. Tevens bleek dat roboticachirurgie een gemiddelde van 3.000 dollar meer kostte dan de traditionele chirurgie, zonder significant betere resultaten.

Delaney analyseert in samenwerking met een speciaal daarop ingericht softwarebedrijf steeds meer medische gegevens op zoek naar kostenbesparende inzichten. De datasystemen impliceren het totale zorgproces, inclusief de facturering, administratieve en operatiekamergegevens, zodat deze kunnen worden gepresenteerd op een manier die artsen inzicht kan bieden of zij een bepaalde ingreep efficiënt doen en wat de mogelijke oorzaak is van inefficiëntie.

Deze analyse geschiedt op basis van statistische gegevens betreffende aantallen van dezelfde operaties, hoeveel die operaties kosten bij een omschreven groep patiënten en hoe lang deze patiënten na de ingreep in het ziekenhuis verblijven. Verder wordt onderzocht

welke perioden van de zorg als bijzonder duur worden geïdentificeerd of de oorzaak zijn van verlengde opname, om te komen tot optimale zorgtrajecten. Dat niet alleen, de gegevens worden ook geëxpliciteerd per individuele chirurg om visitatievergelijkingen kunnen compileren.

Aangezien diverse gezondheidsstelsels blijven focussen op het nut van elektronische medische dossiers om complicaties en ongewenste heropnamen te vergelijken, piekt de vraag naar betrouwbare softwareprogramma's wereldwijd, en daarmee de concurrentie. Zo wordt momenteel geëxperimenteerd met software die geschikt om gegevens van kleine, middelgrote ziekenhuizen en grote ziekenhuizen te kunnen vergelijken.

Delaney roept zijn beroepsgenoten op om in de ontwikkeling van deze innovaties in de frontlinie te participeren. "Dit is precies waar het in de gezondheidszorg om gaat. Het zijn in eerste instantie de dokters die hun eigen product moeten kunnen waarderen en dit niet aan de verzekeraars moeten overlaten."

Marieke Holtrop, regiocoördinator Zuid-Nederland



Marieke Holtrop, dagcoördinator dagbehandeling Maasstad Ziekenhuis Leeftijd: 25 jaar

Na het afronden van de HAVO ben ik in 2005 gestart met de opleiding HBO-verpleegkunde. Tijdens deze opleiding wilde ik mij breed oriënteren. Om deze reden heb ik mijn stages in verschillende echelons doorlopen.

Zo ben ik begonnen in het ziekenhuiswezen en de

GGZ. Daarna ben ik een half jaar in de thuiszorg en een jaar in een huisartsenpraktijk werkzaam geweest. Na het afronden van de opleiding ben ik gestart op de afdeling chirurgie van het Maasstad Ziekenhuis, waarna ik de overstap heb gemaakt naar de afdeling dagbehandeling. Ik werk hier nu drie en half jaar, waarvan twee jaar als dagcoördinator.

Het Maasstad Ziekenhuis is in mei 2011 verhuisd naar een nieuw ziekenhuisgebouw, waarin de locaties 'Zuider' en 'Clara' zijn samengevoegd. Dat betekende voor de dagbehandeling dat er veel moest worden veranderd in de werkwijzen, de samenwerking en de organisatie. Hoewel dit vanzelfsprekend een hectische periode is geweest, heb ik het gevoel dat we hierdoor als afdeling en als team zijn gegroeid.

Als dagcoördinator stuur ik het personeel aan op de werkvloer, regel ik de personele en patiënten planning en coördineer ik het proces rondom het up to date houden van de protocollen. Daarnaast ben ik het aanspreekpunt voor zaken betreffende de JCI- accreditatie (Joint Commission International).

De dagbehandeling van het Maasstad Ziekenhuis werkt met meer dan 17 specialismen, heeft 50 plekken ter beschikking en streeft er naar 90 patiënten per dag te behandelen. Gezien de hoge turnover en de grote diversiteit aan specialismen is het elke dag weer een uitdaging om het totale proces rond de dagbehandeling in goede banen te leiden. Juist dit maakt wat mij betreft de dagbehandeling tot een afdeling die nooit verveelt en blijft triggeren tot procesverbetering. Wij focussen momenteel op twee speerpunten: Veiligheid en Kwaliteit. Er loopt aansluitend een aantal projecten binnen de afdeling om deze punten in praktijk te brengen en uit te dragen naar de patiënten.

Omdat ik mij graag verder wil ontwikkelen ben ik in 2012 begonnen met de deeltijdstudie zorgmanagement, welke ik in juli 2013 hoop af te ronden.

Bovendien ben ik zeer enthousiast over het aanbod om regiocoördinator te worden voor de regio Zuid-Nederland, aangezien ik ook dit als een aanvulling zie op mijn carrière. Ik verheug mij er op om samen met mijn collega's te brainstormen over actuele onderwerpen binnen ons vakgebied en ik hoop hieraan een effectieve bijdrage te kunnen bieden.

Bert van Herk, nieuwe penningmeester van de NVDK

Na een halve studie psychologie en een hele studie politieke wetenschappen kwam ik in de jaren tachtig te werken in de gezondheidszorg: eerst als onderzoeker, daarna als stafmedewerker, leidinggevende bij een RIAGG en directeur van een regionaal samenwerkingsverband van ziekenhuizen, verpleeghuizen en instellingen voor gehandicaptenzorg. In die functie was ik verantwoordelijk voor de collectieve belangenbehartiging, adviseerde ik over samenwerking tussen instellingen en initieerde ik nieuwe regionale projecten.

Bert van Herk



Bert van Herk

In 1997 werd ik directeur van de abortusklinieken in Leiden en Den Haag. Er zijn in Nederland zestien abortusklinieken waar het overgrote deel van de zwangerschapsafbrekingen wordt uitgevoerd. In ziekenhuizen

wordt niet meer dan 5% van alle ingrepen uitgevoerd; het gaat dan meestal om ingrepen voor opleidingsdoel-einden of het afbreken van zwangerschappen die aanvankelijk gewenst waren.

De sector waar ik in kwam te werken intrigeerde me. Veel mensen die er werken doen dat vanuit de vaste overtuiging dat vrouwen zelf keuzes moeten kunnen maken over hun lichaam, om wel of niet kinderen te krijgen en dus ook over het wel of niet afbreken van een zwangerschap als anticonceptie heeft gefaald. De medewerkers van deze klinieken zijn zeer begaan met vrouwen die onbedoeld zwanger raken en die worstelen met de keuze die ze dan moeten maken. Aan die vrouwen wordt met veel aandacht en betrokkenheid hulp geboden.

De problemen die ik in die klinieken tegenkwam lagen vooral op organisatorisch gebied. Zestien klinieken waar gemiddeld tweeduizend ingrepen per jaar worden uitgevoerd, waar middelen door de kleinschaligheid niet efficiënt worden gebruikt met een platte organisatie waar artsen, verpleegkundigen en administratief personeel werken, met verder weinig faciliteiten op het gebied van voorwaardenscheppende taken. Ik dacht dat dat beter kon. Ik kreeg de ruimte om drie klinieken aan elkaar te smeden tot één organisatie, er kwamen twee Rutgershuizen bij, daarna nog eens drie klinieken en ten slotte een Zelfstandig Behandel Centrum (ZBC) dat behandelingen uitvoert op het gebied van anticonceptie en sterilisaties.

Bij CASA Klinieken, zoals de organisatie nu heet, werken nu 150 medewerkers in zes vestigingen die hulp bieden bij anticonceptie, onbedoelde zwangerschap, abortus, soa en seksualiteit. CASA is lid van de vereniging Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN) en verwierf in 2012 het ZKN Keurmerk. Daarmee wordt zichtbaar dat CASA de afgelopen jaren enorme stappen heeft gezet naar professionalisering van de zorg en de zorgorganisatie.

Een paar jaar geleden werd ik bij de NVDK geïntroduceerd door Nic de Zwaan, medeoprichter en erelid van de NVDK en werkzaam bij CASA als anesthesioloog. In 2008 gaf ik voor het NVDK congres een presentatie over het kwaliteitsbeleid bij CASA en noemde dit een 'bindmiddel tussen cliënten, professionals en management'. Cliënten willen niets minder dan goede kwaliteit, voor artsen en verpleegkundigen is het leveren van kwalitatief goede zorg aan cliënten een van de belangrijkste drijfveren en vanuit het perspectief van het management is het één van de beste instrumenten om een organisatie resultaatgericht en efficiënt te maken. Het werken aan kwaliteitsverbetering levert dus alleen maar winnaars op. Wat wil je nog meer?

In 2012 zag ik dat de NVDK een penningmeester zocht en bood ik mij aan. Voor een organisatie als CASA is het belangrijk om goede verbindingen te hebben met andere zorginstellingen, zoals ZBC's en ziekenhuizen. Als lid van het bestuur kan ik ook een steentje bijdragen aan meer contact tussen ZBC's en ziekenhuizen. In het laatste NVDK congres hebben we daar mooie voorbeelden van gezien.

Opening nieuwe CASA-kliniek

Oosterparkkliniek nieuwe stijl onderdeel van CASA Nederland

Historische abortuskliniek in moderne huisvesting en efficiënte organisatie

De Oosterparkkliniek in Amsterdam heet nu CASA Amsterdam. Daarmee is gebroken met een historisch verleden en dat is niet eenvoudig, vooral als dit verleden is gekenmerkt en geprezen vanwege een voortrekkersrol. Voor de abortusklinieken in Amsterdam was 2009 een anno horribilis. De andere voortrekker, Kliniek MR'70, heeft in 2010 noodgedwongen haar deuren moeten sluiten. Maar de Oosterparkkliniek heeft met steun van CASA en het Ministerie van VWS een goede doorstart gemaakt in een prachtig pand aan de Sarphatistraat in Amsterdam

Ans Ankoné



CASA Amsterdam is de zesde CASA kliniek in Nederland, na de klinieken in Leiden, Den Haag, Rotterdam, Goes en Maastricht. CASA Nederland staat voor Centra voor Anticonceptie, Seksualiteit en Abortus. De klinieken bieden vrouwen informatie, advies en hulp op het gebied van (permanente) anticonceptie, ongewenste zwangerschap, abortus, geslachtsziekten en seksualiteit. Vrouwen en hun partner kunnen in een plezierige omgeving terecht voor een besluitvormingsgesprek met gespecialiseerde professionals over een onbedoelde zwangerschap. In de nieuwe locatie aan de Sarphatistraat 618-628 kunnen cliënten tevens worden getest op seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA).

Historische kliniek in historische straat

CASA Amsterdam is gehuisvest in het voormalige Rijksmilitair Hospitaal, een formidabel groot pand aan een beroemde straat die in 1870 is vernoemd naar de arts Samuel Sarphati (1813-1866), die grote invloed heeft gehad op de uitbreiding en verfraaiing van Amsterdam. De beroemde eerste zin uit Nescio's boek 'de Uitvreter' luidt: "Behalve den man die de Sarphatistraat de mooiste plek van Europa vond, heb ik nooit een wonderlijker kerel gekend dan den uitvreter". Kort voordat Nescio dit schreef had schrijver Frederik van Eden zich uitgelaten over naar zijn idee onwettelijke aanpassingen aan de Sarphatistraat, terwijl hij deze daarvoor juist de mooiste straat van Amsterdam vond.

In deze mooie straat is nu de nieuwe abortuskliniek gevestigd die ook weer een rijke historie heeft. De Oosterparkkliniek is een eeuw na de vernoeming naar Sarphati, namelijk in 1970 illegaal opgericht door huisarts en seksuoloog Frans Wong. Sinds eind jaren zestig werd abortus slechts gedoogd als een arts had vastgesteld dat de vrouw in geestelijke nood verkeerde door haar ongewenste zwangerschap. Pas na tien jaar politieke en parlementaire schermutselingen, protesten en pleidooien voor en tegen door artsen en vrouwenorganisaties als Dolle Mina met de Abortuswet gelegaliseerd.

De behoefte aan abortus bleek zo groot dat behalve Nederlandse vrouwen zich ook vrouwen aandienden uit Duitsland, België en Frankrijk. Later heeft Wong in samenwerking met de NVSH een luchtbrug naar Londen organiseerde en de KLM stelde zelfs voor abortusvluchten in te stellen om vrouwen uit Italië en Spanje de mogelijkheid te bieden.

CASA Amsterdam

Tijdens de officiële opening bleek Amsterdam nog steeds een voortrekker te zijn. Het lijkt onwaarschijnlijk dat een ander dan Amsterdams publiek zo vanzelfsprekend geamuseerd luistert naar de zanger Theo Nijland die het over 'meisjes met bevroren eierstokjes' heeft.

Bert van Herk, voorzitter CASA Nederland (en de nieuwe penningmeester van de NVDK, zie verder in deze uitgave van Kortom) kondigde bij de opening van de kliniek aan dat er samenwerking op komst is met

de Amsterdamse huisartsen voor opleiding en na- en bijscholing, met gynaecologen en apothekers van het Onze Lieve Vrouwen Gasthuis en met gynaecologen en seksuologen die als adviseurs worden aangetrokken.

Burgemeester Eberhard van der Laan die had toegezegd de officiële opening te verrichten, moest het door zijn drukke werkzaamheid, mede voor de kroning van Prins Willem Alexander, laten afweten. Hij sprak zijn felicitaties digitaal uit en memoreerde het verschil in attitude: “Het was vijftig jaar geleden ondenkbaar dat wij zover zouden komen dat wij nu openlijk over euthanasie, homoseksualiteit en abortus spreken. Het is bekend dat wij in Amsterdam goed zijn in abortushulpverlening. Dat geeft moed voor de opgaven die nog komen.”

Jacqueline Hofte, manager van CASA Amsterdam, heeft de Oosterparkkliniek samen met haar bestuur in alle opzichten gemoderniseerd naar de eisen van kwalitatief verantwoorde en efficiënte zorg. Zij heeft de kliniek door een aantal roerige jaren geloodst. Kliniek MR'70 is in die tijd gesneuveld, de meeste medewerkers hebben hun werkzaamheden in de Oosterparkkliniek kunnen voortzetten.

Manager CASA Amsterdam drs Jacqueline Hofte en Directeur CASA Nederland Bert van Herk

“Plannen om de kliniek onder te brengen bij het Slotervaartziekenhuis zijn door de medewerkers geblokkeerd omdat zij dat ziekenhuis als commercieel beoordeelden. Het viel niet mee om een geschikt en betaalbaar pand te vinden. Ik ben dus blij met het resultaat en met het feit dat wij nu onder de paraplu van CASA opereren en met het CASA keurmerk garant staan voor kwaliteit. Hoewel de kliniek is bedoeld voor de stad en de provincie, kan in principe iedereen hier terecht. Met de 3800 abortussen jaarlijks zijn wij een van de grootste in het land. Er is een doorgroei mogelijk naar 5000 ingrepen. Overigens is Nederland met een abortuscijfer van 8.5 op 1000 vrouwen het laagste in de wereld. In ontwikkelingslanden komen cijfers voor van 29 promille.”

Hofte heeft gezorgd voor een kliniek waarin vrouwen zich veilig zullen voelen in de aanwezigheid van gespecialiseerde verpleegkundigen en artsen en waar het ook prettig werken is. De inrichting van de kliniek is ‘state of the art’ met twee uitstekend ingerichte OK’s, vier onderzoekskamers, zeven uitslaapbedden in de ruime verkoeverkamer, brede gangen, een plezierige wachtkamer met prachtige kleurenfoto’s van de multiculturele doelgroep van vrouwen die hier komt, alles in een frisse kleursetting en met slim gebruik van moderne materialen.



Manager CASA Amsterdam drs Jacqueline Hofte en Directeur CASA Nederland Bert van Herk

Opening nieuwe CASA-kliniek

Andere chirurgen volgen dit jaar

Rudolf Klein, emiritus hoogleraar Social Policy, verbonden aan het Kings Fund en de London School of Economics

In een gezondheidszorg waar steeds meer nadruk wordt gelegd op informatie over resultaten om patiënten in de gelegenheid te stellen te oordelen waar en door wie zij willen worden behandeld, zijn de Britse cardiochirurgen de voortrekkers.

Het begon in 1977 als een exercitie in zelfbeoordeling met het lanceren van een register van alle chirurgische procedures. In 2005 werd die mentale training ook voor het publiek toegankelijk gemaakt. Anno 2013 kan iedere potentiële patiënt of huisarts die zijn of haar patiënten moet adviseren de website raadplegen van de Vereniging van Cardiochirurgen, www.scts.org, om behandelingsresultaten tussen cardiochirurgische afdelingen te vergelijken, maar ook die van de individuele chirurgen die er werken.

De website verschaft informatie over het aantal operaties dat tussen 2008 en 2011 in de ziekenhuizen zijn verricht. Deze zijn in vier categorieën gegroepeerd (geïsoleerde CABG; AVR+of-CABG; MV+of-TV+of-CABG en een kleine restcategorie van alle andere ingrepen). Verder zijn op de website grafieken te raadplegen die met een enkel cijfer het op het operatierisico gecorrigeerde sterftecijfer bij de diverse cardiologische operaties weergeven, maar ook de sterftecijfers bij elke individuele cardiochirurg. Enkele ziekenhuizen voorzien nog niet in deze data, maar zij zijn daartoe wel verplicht.

Significant betere resultaten

Zelfs een oppervlakkige, willekeurige dip in de data geeft al aanzienlijke verschillen weer in de resultaten van afdelingen en individuele chirurgen. Bij de ziekenhuizen zijn variaties in sterfcijfers te zien die met een factor 3 verschillen. De verschillen liggen tussen de 1.59% en de 4.69%. De individuele ziekenhuizen laten grote variaties zien in het aantal verrichte procedures en de resultaten daarbij. Één ziekenhuis bij voorbeeld heeft een factor 2 verschil in het aantal procedures en een factor vier in resultaten. De beste resultaten werden niet behaald door de chirurgen die de meeste ope-

raties deden maar door degenen die in het middengebied zaten van het aantal verrichtingen.

Publicatie van deze data over de jaren heeft niet, zoals de Vereniging van Cardiochirurgen rapporteert, de perverse effecten die men daar vaak van verwacht. Er is geen bewijs dat dit de chirurgen aanzet tot risicovermijdend gedrag. In tegendeel, zij hebben meer complexe ingrepen geaccepteerd en na een tijd is het resultaat bovendien fors verbeterd. Het sterftecijfer is met 25% gedaald sinds de registratie in gang is gezet. Internationale vergelijking laat eveneens 25% betere op risico gecorrigeerde sterftecijfers zien voor de hartchirurgie in Groot-Brittannië dan het Europese gemiddelde.

Er is nog nauwelijks of geen bewijs over hoe vaak patiënten en hun adviserende huisartsen van de informatie gebruik maken of dat zij door de informatie andere keuzes maken. Er doen zich hier nog wel enkele problemen voor. Veel hangt immers af van de validiteit van de methode waarmee de cijfers op het operatierisico worden gecorrigeerd. Terwijl de sterftekans de meest duidelijke resultaatsindicator is, hebben patiënten wellicht ook andere manieren om het succes van een operatie te waarderen, vooral betreffende het lange termijneffect ervan op hun leven.

Publicatie andere ingrepen nog dit jaar

Ondanks eventuele problemen, zal het voorbeeld van de cardiochirurgen binnenkort door andere chirurgen in Groot-Brittannië worden overgenomen. De National Health Service wil zich inzetten om chirurgische activiteiten, klinische kwaliteit, resultaten en overlevingskansen te publiceren bij iedere individuele specialist over een reeks van chirurgische specialismen. Dit impliceert: urologische chirurgie; bariatrische chirurgie; vasculaire chirurgie en orthopedische chirurgie. Het doel is deze data al in de aankomende zomer te publiceren

Het valt te bezien of dezelfde soort informatie kan worden ontwikkeld voor niet-chirurgische specialisten waarvoor risicocorrectie methodisch nog moeilijker is dan voor de chirurgie en waarbij de definitie en de resultaatmetingen nog problematischer zijn.

De Financierbaarheid van de Zorg

De prijzen dalen, het volume groeit

Critici van het marktmechanisme hebben het bij het verkeerde eind. Door vrij met de ziekenhuizen te onderhandelen over prijs en kwaliteit hebben de zorgverzekeraars de zorgprijs wel degelijk gereduceerd. Hoe komt het dan dat de zorg toch onbetaalbaar lijkt te worden? De oorzaak daarvan is de forse volumegroei. Die groei is niet zozeer toe te schrijven aan de reductie van de wachtlijsten als wel doordat artsen een toenemend aantal diagnostische tests aanvragen, meer ingrepen doen terwijl de effectiviteit van veel ingrepen niet is bewezen en de patiënt lang niet altijd die ingreep zou verkiezen als hij beter was ingelicht

Ans Ankoné

Hoe houden wij de financierbaarheid van de zorg in stand? Het antwoord is: met zijn allen en iedere partij heeft daarbij haar eigen taak. Tijdens de Dag van de Zorgfinanciering noemde Rien Meijerink, voorzitter van de Raad voor de Volksgezondheid, RVZ, vier methoden om te uitgaven te beteugelen.

De methode Efficiëntie is tijdens het Kabinet Balkenende IV geïmplementeerd door ex-minister van VWS Ab Klink. Het huidige Kabinet tracht de kosten te beheersen door financieringssubstitutie: op zo groot mogelijke schaal de betaling van de zorg doorschuiven van publieke naar private financiering. Een voorbeeld daarvan is de verschuiving van AWBZ-taken naar WMO-taken voor de gemeenten, vooral inzake de ouderenzorg, met voor de burger aanzienlijk hogere eigen bijdragen.

Rien Meijerink



Meijerinks hoop is echter gevestigd op twee baanbrekende veranderingen, de ontwikkeling van een medicijn tegen dementie. Maar ook op verlaging van de vraag door meer aandacht voor preventie, “maar dat onderwerp is in Den Haag nooit populair geweest en het wordt door het huidige verrichtingsstelsel ook allerminst gestimuleerd, niet in de Zorgverzekeringswet noch in de AWBZ. Wij moeten dus snel toe naar een systeem waarin niet verrichtingen maar resultaten worden beloond, waardoor het voor de dokter niet uitmaakt hoeveel hij doet, maar dat wat hij doet ook werkelijk helpt. Dat stimuleert ook de aandacht voor preventie.”

Toekomst marktwerking

Om de geheugens wat op te frissen presenteert ook Ab Klink, voormalig minister van VWS, nu hoogleraar aan de Vrije Universiteit van Amsterdam en partner bij BOOZ&Co, een historische analyse van het geworstel van de overheid om de zorguitgaven te beperken. Dat is een waardevolle exercitie want steeds blijkt weer dat lessen uit het verleden erg gauw worden vergeten.

“De achtereenvolgende Kabinetten benaderen de kostenbeheersing steeds weer vanuit een ander gezichtspunt, of liever probleem, zonder de heart of the matter te raken.” Namelijk de manier waarop zorg wordt geleverd.

“Vóór 2000, tijdens het ministerschap van Els Borst, speelde het drama van de wachtlijsten die, zo werd geconstateerd, vooral te wijten waren aan inefficiëntie in de zorg, die in de hand werd gewerkt door de lumpsum-budgettering: een vast budget ongeacht het aantal verrichtingen, dus een medicijn tegen harder werken door de medische beroepsbeoefenaren. Tijdens het ministerschap van Hans Hoogervorst werd de focus verlegd naar een maatschappelijk verzekeringsstelsel met één premie met zorgtoeslag voor de minderbedeelden en geregleerde marktwerking met als doel prijsdaling door vrije onderhandeling over prijs, kwaliteit en volume van het B-segment, de routinezorg dus.”

Toch ging er iets mis, want sinds die Stelselwijziging in 2006 steeg het volume jaar na jaar met 1%, zodat de overheid het vorig jaar nodig vond een onorthodoxe maatregel te treffen in een marktsysteem door een macrokorting van 2,5% op te leggen (het Hoofdlijnenakkoord).



Ab Flink

Waar is die groei aan te wijten? Ab Klink fileert het probleem.

“Hoewel het vaak als excuus is gebruikt, is de vergrijzing niet de oorzaak van de groei-explosie. De kosten zijn weliswaar met ruim 5% toegenomen maar slechts 0,6% daarvan is veroorzaakt door de ouderenzorg. Over 15 jaar zal dat nog steeds niet meer zijn dan 0,8%. Tegen die tijd is het probleem vooral het toegenomen arbeidsmarkttekort, dat ongetwijfeld zal worden vertaald in loonstijging.

Het menselijk lichaam is een onuitputtelijke bron van kwalen, dus ook voor ingrepen. Artsen worden dus verleid steeds meer ingrepen te doen, maar of die ingrepen de patiënt ook werkelijk baten is onzeker. Onzekerheid over het resultaat van medische tests en behandelingen leidt zowel tot underuse als overuse. Zo blijkt vroegdiagnostiek voor longkanker met een MRI-scan niet te resulteren in minder sterfgevallen en dat is evenmin het geval bij vroegdiagnostiek voor

nierkanker en aneurysma's. Artsen weten zelfs bij 50% van de alledaagse zorg niet of hun behandeling het leven van de patiënt verlengt of verbetert. Bovendien zijn er zoveel alternatieve behandelingen mogelijk dat het voor menig arts moeilijk kiezen is welke behandeling de voorkeur verdient. De praktijkvariatie is daarom onverklaarbaar groot en vooral toe te schrijven aan routinematig werken en verschil in opleiding. Zelfs de richtlijnontwikkeling heeft daarin onvoldoende verbetering gebracht.

Een belangrijke vraag is dan ook: beantwoordt de zorg wel aan de eisen van de patiënt?

Een internationale studie over het effect van tijdige informatie over de mogelijkheden en consequenties van de behandeling van prostaat- en borstkanker wijst uit dat 70% van de patiënten zou afzien van de voorgestelde ingreep. Patiënten met darmkanker of hepatitis-B echter vroegen juist om meer zorg. Goede informatie over knie- en heupprothesen maakte patiënten terughoudender over een ingreep. Een Zweedse pilot met patient centred care resulteerde in kostenbesparing zowel betreffende de behandeling als de begeleiding. Bij goede voorlichting over alternatieve behandelingen kiezen patiënten aan hun levenseinde vaak niet voor zware zorg.

Onderzoek bewijst dus steeds meer dat een hoge empathie van de arts tot vermindering leidt van de klachten bij de patiënt. Deze voorbeelden van betere zorg maken misschien zelfs de discussie over pakketverkleining en hogere eigen risico's overbodig”, concludeert Klink.

“Maar het moet ook gaan om zorgverbetering. Wij moeten goede resultaten van marktwerking in termen van kwaliteitsverbetering en prijsverlaging duurzaam aan elkaar zien te verbinden in ziekenhuizen die hierin goed presteren en volumereductie afwickelen op de slechtere ziekenhuizen.

Ik zie drie wegen naar duurzame beheersing. Het zorgvolume is duidelijk volatiel, dus beïnvloedbaar, dus geschikt voor selectieve inkoop. Wij moeten focussen op farmaceutische middelen die substitutie van zorg faciliteren. Wij moeten onderzoeken welk minimum niveau nodig is voor kwaliteitszorg door specialisten te stimuleren zich te bekwamen in gecompliceerde ingrepen en hierbij kosten en kwaliteit vergelijken.

Bovendien, de problemen met de DBC's en de overgang naar DOT's laten zien dat wij nog steeds onvoldoende inzicht hebben in de reële kostprijzen in ziekenhuizen, reden waarom de marktwerking toch nog onvoldoende heeft kunnen werken en de overheid naar het oude middel van een lump sum-benadering, een korting van 2,5% van het macrobudget heeft moeten grijpen om de kosten te beteugelen.”

Welke rol heeft de zorgverzekeraar?

Kabinetten en Regeerakkoorden veranderen tenminste iedere vier jaar en de zorgsector is dus per definitie afhankelijk van de politieke machtsverhoudingen van het moment. In die zin is niet alleen het geheugen van de overheid kort, maar dat van het veld ook.

“Bij de stelselwijziging in 2006 introduceerde de overheid gereguleerde marktwerking en gaf de zorgverzekeraars de rol om die marktwerking af te dwingen. In het Regeerakkoord anno 2012 komt het woord marktwerking niet meer voor en is de rol van de zorgverzekeraar ineens omstreden”, ondervindt Wim van der Meeren, voorzitter Raad van Bestuur Zorgverzekeraar CZ.

“Dit Kabinet wil de toegevoegde waarde van kwaliteitsverbetering in Patient Recorded Outcome Measurement, PROM's, meten. Gezien het twee weken durende Kamerdebat over het eigen risico zijn er kennelijk grenzen aan de solidariteit, want de overheid wil de kosten beheersen die intussen zijn gestegen tot € 5000 per jaar per persoon. En de overheid wil en regionale samenhang.

Wat doet CZ hieraan?

Selectieve inkoop, regioregie, bemoeienis met de ouderzorg en fraudebestrijding. Dat zijn onze aandachtspunten. Hoever wij daarmee kunnen komen is discutabel, louter omdat onze positie als onderdeel van de financiële sector discutabel is. Slechts 18% van de mensen heeft vertrouwen in de banken tegenover 78% in de artsen. Het verschil tussen CZ als corporatieve zorgverzekeraar en de banken is echter wel dat, als wij geld overhouden wij dit in een premievermindering aan de verzekerden teruggeven. Dat is een principieel verschil.

De rechtszaak over onze zeer bestreden selectieve inkoop van mammacare hebben wij gewonnen. Dit heeft geresulteerd in een toegenomen vertrouwen van de zorgverleners in CZ, ook wat betreft onze luis-in-de-pelsfunctie en onze goede samenwerking met georganiseerde patiënten. De Vereniging Heelkunde loopt vooruit met de bewijslevering van high risk/low volume: ook in het geval van de chirurgische verwijdering van de blaas bij kanker was dat overduidelijk.”

Van der Meeren noemt nog andere voorbeelden. Zoals de discussie tussen Achmea en het Slotervaartziekenhuis, waarbij het ziekenhuis er op uit is de macht van de zorgverzekeraar te breken door te veel en te dure zorg te willen verkopen. Van der Meeren geeft de voorkeur aan selectieve zorginkoop van bewezen kwaliteit in natura omdat dit de rol van de verzekeraar versterkt. Als voorbeeld noemt hij de concentratie van Spoedeisende Hulp in Londen tot slechts twee locaties. Resultaat: dramatisch betere zorg tegen aanzienlijke lagere kosten. Het bezwaar dat dit de keuzevrijheid van de patiënt zou beperken is bij spoedeisende hulp uiteraard een non item, maar in Nederland stuit welke concentratie ook stevast op gevoelens van castratie bij de ziekenhuizen en oproer bij de plaatselijke politiek.”

Van der Meeren zou restitutiesysteem het liefst volledig schrappen. Dit stuit echter op het wettelijke bezwaar dat het de markt zou afsluiten voor buitenlandse verzekeraars, maar het houdt ook het risico in van machtmisbruik van de zorgverzekeraars met volledig verlies van keuzevrijheid voor de patiënt en verlamming van de ziekenhuissector. Het is de kwestie van evenwicht zoeken tussen het voordeel voor zorgverzekeraars om preferred providers te contracteren en de mogelijkheid voor ziekenhuizen en zorgverleners om voldoende tegengas tegen de zorgverzekeraars te kunnen geven.

De voordelen uit dit machts-evenwicht moeten bovendien duidelijk zijn voor de patiënt. Het is zaak elkaar wederzijds van de voordelen van die vrije onderhandelingen te kunnen overtuigen.

Van der Meeren: “Ziekenhuizen moeten worden onderzocht op ongewenste praktijkvariabelen bij ingrepen die een hoge specialisatie vergen. Het probleem daarbij zijn de consequenties voor de financiering van het vastgoed als delen van de zorg moeten worden afgestoten. Dit is ook het probleem in Zeeuws Vlaanderen en Eindhoven waar zorg van ziekenhuizen naar huisartsen wordt verschoven, wat huisartsen ertoe brengt te pleiten voor populatiebepoorting.” Van der Meeren wil daarom met de banken aan tafel om over de afschrijvingconsequenties te praten. Weerstand moet wijken voor noodzaak, is zijn favoriete oneliner.

Om te sleutelen aan reële mogelijkheden van kostenbesparing heeft CS onlangs ook een convenant met enkele gemeenten gesloten over de begeleiding van eigen verzekerden in de ouderenzorg en bovendien €500 miljoen aan facturen naar zorgverleners teruggestuurd na bestudering van de terechtheid en de juistheid ervan.



Wim van der Meeren

Berichten

Zestien Ziekenhuizen krijgen predikaat TopZorg prostaat­kanker

Zestien ziekenhuizen krijgen van zorgverzekeraar Menzis het predikaat TopZorg voor de behandeling van prostaat­kanker. Het predikaat geldt tot en met 2014. De nadruk bij TopZorg ligt op de wensen en eisen die patiënten hebben aan de zorg die ze krijgen. Zo kunnen patiënten in een TopZorg ziekenhuis binnen 10 werkdagen terecht voor een afspraak met de uroloog. Ook is er minimaal één in prostaat­kanker gespecialiseerde verpleegkundige werkzaam die patiënten adviseert en begeleidt gedurende de behandeling.

Bij een aandoening als prostaat­kanker is het van groot belang dat de patiënt snel duidelijkheid krijgt over de diagnose. In het behandeltraject wordt niet alleen de ziekte behandeld, maar wordt ook de patiënt goed begeleid. In een TopZorg ziekenhuis weet de patiënt bijvoorbeeld wie er op welk moment verantwoordelijk is voor de zorg en wordt er bij de patiënt standaard gescreend of er behoefte is aan psychosociale zorg.

Nieuwe Patiëntenwijzer Prostaat­Kanker­Stichting en NFK voorwaarde voor gunning

Bij het toekennen van TopZorg heeft Menzis naast criteria voor medische kwaliteit vooral de wensen van de patiënt als uitgangspunt genomen. Daarom is voldaan aan de voorwaarden van de nieuwe Patiëntenwijzer Prostaat­kanker van de Prostaat­Kanker­Stichting.nl en de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK) een belangrijk vereiste voor het verkrijgen van het TopZorg predikaat. Ziekenhuizen die geen 'groen vinkje' hebben in de Patiëntenwijzer prostaat­kanker komen niet in aanmerking voor TopZorg

Extra TopZorg wensen

Naast de criteria uit de Patiëntenwijzer Prostaat­kanker zijn de ziekenhuizen getoetst aan extra TopZorg wensen zoals wachttijden, psychosociale begeleiding en informatie aan patiënten. Het hebben van het TopZorg predikaat laat zien dat het ziekenhuis verder kijkt dan de behandeling en juist de mens centraal stelt door speciale aandacht te geven aan nazorg, de omgeving van de patiënt en het geven van informatie.

Ziekenhuizen met een TopZorg-contract worden extra beloond. Ziekenhuizen zonder het predikaat krijgen een basiscontract voor deze behandeling. In 2008 begon Menzis met TopZorg. Prostaat­kanker is de twaalfde TopZorg behandeling, naast amandelen, borstkanker, fysiotherapie, heupartrose, liesbreuk, meniscus, rughernia, slaapapneu, spataderen, staar en darmkanker.

Op de website van Menzis staat een overzicht van de TopZorg ziekenhuizen voor prostaat­kanker.

UMC Utrecht denkt over speciaal app-centrum

UMC Utrecht wil inzetten op mobile health en denkt aan een speciaal app-centrum. Het centrum zou halverwege 2014 tien killer apps kunnen afleveren, stelt Jan Vos van Marken, directeur UNOVATE bij UMC Utrecht, in Zorgvisie ict magazine dat vrijdag verschijnt.



Foto: ANP – Frank van Beek

De start van het app-centrum Medical Apps Co-Creation Center (MAC3) wordt overwogen om in juni 2013 van start te gaan. Het team zal bestaan uit vijf tot zeven mensen die een dag per week besteden aan de ontwikkeling van apps. Binnen een jaar na de start moet het team tien apps hebben ontwikkeld die de zorg beter makkelijker en goedkoper maken.

Mobile health in de zorg

Van Marken twijfelt er niet over: Binnen vijf jaar heeft mobile health de gezondheidszorg totaal veranderd. 'De kentering is al gaande. In 2010 werden er al meer mobile devices verkocht dan pc's. De particulier is al mobiel en alles verdwijnt naar de cloud. Hoog tijd dat de ziekenhuiswereld hier op inspeelt.' Volgens Van Marken is het doel om de informatietechnologie voor de eindgebruikers, professional en patiënt, zo makkelijk en prettig mogelijk te maken. 'De eindgebruikers zitten er van het begin tot aan het eind bij en hebben ook het laatste woord.'

Ontwikkeling apps

Als het app-centrum er daadwerkelijk komt, gaat het team als eerste bekijken naar welke apps vraag is en welke apps al op de markt zijn. 'Bij de top-10 van de gevonden apps bekijken we of de gewenste killer app erbij zit en als dat niet zo blijkt te zijn, gaan we deze zelf ontwikkelen.'

Verpleegkundigen SKB nemen afscheid van papier

Verpleegkundigen in het Streekziekenhuis Koningin Beatrix in Winterswijk (SKB) werken voortaan papierloos met het elektronische dossier van ChipSoft. Ze nemen daarmee afscheid van papieren dossiers.

De verpleegkundigen werkten al langer met digitale aanvragen en bezettingsoverzichten, maar sinds kort verloopt de totale verpleegkundige rapportage digitaal, waaronder metingen, screeningslijsten en overdrachten. Teammanager Enid Peters-Scholten: 'De grootste verandering is dat het papier weg is op de afdeling. We hoeven nu niet meer te zoeken naar een dossier en kunnen vanaf verschillende werkplekken gegevens registreren. Ook direct aan de bron.'

Grafisch behandelplan

Het behandelplan van de patiënt wordt grafisch weergegeven binnen het dossier. De verpleegkundige ziet in een oogopslag welke acties zij op welk tijdstip moet uitvoeren voor een patiënt. Automatische controles op de registraties, zoals een melding dat de bloeddruk gemeten moet worden, verhogen bovendien de patiëntveiligheid. 'Het activiteitenplan is passend bij het ziektebeeld van de patiënt en vormt de centrale registratieplek. Een belangrijk voordeel is de integratie van prestatie-indicatoren, protocollen en formulieren', aldus Peters-Scholten.

Efficiënt en effectief

Waar voorheen dezelfde gegevens over de patiënt soms op ieder papieren formulier opnieuw vastgelegd moest worden, is dat met het EVD en activiteitenplan verleden tijd. 'Dubbele registraties worden voorkomen, wat zowel voor de zorgverlener als patiënt een tijdsbesparing tot gevolg heeft', stelt Peters-Scholten. 'De arts heeft bovendien altijd de meest actuele gegevens tot zijn beschikking. Zo kan hij bijvoorbeeld direct de metingen van de verpleegkundige inzien.'

Nivel weerlegt privacyprobleem epd

Het Nivel verzamelt geen patiëntendossier en er is ook geen sprake van een privacylek. Dat stelt het Nivel in reactie op een bericht in De Telegraaf.

In het dagblad staat dat privacygevoelige informatie uit het elektronische patiëntendossier (epd) verzameld wordt door het Nivel. Ab Elzenga, directeur van softwareleverancier Labelsoft, waarschuwt op een afgesloten internetpagina voor huisartsen dat het Nivel alle informatie uit consulten en medicatiedossiers verzamelt. 'Maar het krijgt ook inzicht in zogeheten contra-informatie. In dit deel van het patiëntendossier kan bijvoorbeeld te zien zijn of iemand een buitenechtelijke relatie heeft, omdat dit van belang kan zijn bij seksueel overdraagbare aandoeningen. Daarnaast worden ook de geboortedatum, het geslacht en de vier cijfers van de postcode meegestuurd.'

Dossiercontrole

Maar volgens het Nivel is deze informatie onjuist. In een verklaring legt het onderzoeksinstituut uit dat zij in verschillende projecten gegevens gebruiken van patiënten. Een van deze projecten is de epd-scan. Hierbij wordt gekeken hoe goed huisartsen hun dossier bijhouden. Verder doet het Nivel een miniscan in opdracht van de Landelijke Huisartsenvereniging en Zorgverzekeraars Nederland. Het instituut controleert daarmee of huisartsen wel de genoeg diagnoses hebben gesteld ten opzichte van het aantal consulten.

Een derde scan die het Nivel uitvoert gaat om de dossiers van een huisartsenpraktijk. Na het sluiten van een bewerkersovereenkomst mag het Nivel de gegevens inkijken. Het Nivel wordt hier naar eigen zeggen ook op gecontroleerd. 'We zijn ISO 9001 gecertificeerd en dat wordt jaarlijks geaudit.'

iPad op operatiekamer in AVL

Chirurgen in het Antoni van Leeuwenhoek (AVL) werken als een van de eerste in Nederland met een iPad op de operatiekamer. Met de iPad kunnen de chirurgen uitzaaiingen in de lever beter in beeld brengen. iPad op operatiekamer

iPad op operatiekamer



Foto: AVL

Onderzoek met patiëntendossiers

In het Telegraafartikel staat verder dat het Nivel nuttige informatie haalt uit patiëntendossiers, dat er nieuwe kennis wordt verzameld met deze gegevens. 'Maar, dit doen we niet met de gegevens uit de epd-scan en ook niet met gegevens van alle Nederlanders', stelt het instituut. 'Wat het Nivel wel doet is het volgende: het verzamelt gegevens in een netwerk van 300 huisartsen. Die huisartsen informeren hun patiënten over de deelname aan dit netwerk. Patiënten kunnen daartegen bezwaar maken. Hun gegevens worden dan ook verwijderd uit de onderzoeksbestanden. Het Nivel doet hier onderzoek met een strikt privacy protocol, onder toezicht van een stuurgroep waarin huisartsen zijn vertegenwoordigd. Uit dit onderzoek halen we bijvoorbeeld informatie over de griep epidemie of hoe huisartsen zich houden aan hun eigen kwaliteitsrichtlijnen.'

Vooralsnog gaat het om een proef met nieuwe beeldvormende technieken. Hierbij worde de iPad ingezet. Door nog beter inzicht in de driedimensionale structuur van de lever kunnen complicaties en het achterblijven van tumorweefsel zoveel mogelijk voorkomen worden.

Driedimensionale structuur

'Onze eerste experimenten geven veelbelovende driedimensionale reconstructies en laten de lever met daarin de toe- en afvoerende bloedvaten evenals de te verwijderen uitzaaiingen duidelijk zien', stelt Koert Kuhlmann, fellow chirurg bij het AVL. Hij is samen met de IT-afdeling aanjager van deze proef. 'Deze reconstructies van de lever gebruiken we vervolgens om tijdens de operatie beter inzicht te krijgen in de driedimensionale structuur van de lever, de vitale structuren in de lever en de exacte positie van de te verwijderen uitzaaiingen. Hiervoor worden de reconstructies op een iPad ingelezen die vervolgens steriel wordt ingepakt en door de chirurg tijdens de operatie zelf kan worden bediend.'

Steriel ingepakt

De eerste proef eind vorig jaar was succesvol in het AVL. Chirurgen bleken door de betere interactie met de driedimensionale beeldvorming in staat om de uitzaaiingen te lokaliseren en om vitale structuren te ont-

wijken tijdens een operatie. Het werken op een steriel ingepakte iPad heeft als voordeel dat de chirurg geheel geconcentreerd kan blijven op het operatiegebied bij de patiënt. Voorafgaand aan een leveroperatie wordt uitgebreid beeldvormend onderzoek verricht. De beschikbaarheid daarvan tijdens de operatie zelf is nu beperkt. 'In de huidige situatie kunnen enkel tweedimensionale CT-scans worden ingezien op een computer in de hoek van de operatiekamer. Tijdens de operatie kan deze alleen bediend worden door de OK-verpleegkundige op aansturing van de chirurg, die tijdens de operatie steriel moet blijven. Met behulp van de steriel ingepakte iPad, voorzien van Osirix software die CT-scans omzet naar 3D-beelden, kan de chirurg zelf intuïtief de beeldvorming bedienen en driedimensionaal inzien', aldus Kuhlmann.

door Mark van Dorresteyn 26 feb 2013

Catharina start pilot geneesmiddelenlogistiek

De apotheek van het Catharina Ziekenhuis in Eindhoven is gestart met een pilot voor de nieuwe module Lorenzo Geneesmiddelenlogistiek. De scope van de pilot, die drie maanden duurt, is het bestellen van geneesmiddelen bij de groothandel inclusief het ontvangen en factureren.

Voorafgaand aan de pilot heeft het Catharina Ziekenhuis het bestaande contract voor de medicatiemanagementsoftware van CSC met vijf jaar verlengd. De



nieuwe module moet uiteindelijk de huidige CSC Centrasys-software vervangen.

Vernieuwing

De vernieuwing omvat onder meer een grafische user interface die informatie samenbrengt in hetzelfde scherm. Alle nodige informatie is daardoor meteen in beeld, wat het werken overzichtelijker en inzichtelijker maakt. Daarnaast bevat Lorenzo Geneesmiddelenlogistiek meer ordertypes, en zijn er handige nieuwe opties toegevoegd die het dagelijkse werk beter ondersteunen en gemakkelijker of efficiënter maken.

Pilot

'We hebben een grote klantenkring, dus het is belangrijk dat alles logistiek klopt', zegt Maaïke Poelman-Mestrom, ziekenhuisapotheker bij het Catharina Ziekenhuis. 'De pilot loopt momenteel op de administratieafdeling van onze ziekenhuisapotheek. Deze afdeling gebruikt de functionaliteit voor bestellen en inboeken heel intensief. De eerste reacties op het nieuwe pakket zijn positief. Bijvoorbeeld de kleine aanpassingen in de software, zoals de toevoeging van ordertypes, maken het werken handiger. Bij elkaar genomen bevat het zo goed dat we alles op alles gaan zetten om het pakket snel in productie te krijgen.'

'Niet elk medisch incident is een calamiteit'

'Niet elk medisch incident is meteen een calamiteit. Een arts moet open zijn over dingen die fout gaan, maar als hij dan uit zijn schulp kruipt, dan moet niet zijn hoofd er worden afgehakt.' Dat zei cardioloog Marcel Daniëls zondag in het tv-programma Buitenhof. Hij reageerde op de misstanden in de medische wereld die recent in de publiciteit kwamen.

Daniëls hekelde in het tv-programma het beeld dat is ontstaan, dat men in een ziekenhuis niet meer veilig is en dat de dokter alleen uit financiële redenen behandelingen doet. Dat heeft volgens hem een 'demotiverend' effect op artsen. 'Ik merk een gelatenheid onder artsen, hoewel we met z'n allen nu hoog moeten inzetten op kwaliteitsverbetering en kosteninperking.'

Schandpaal

Volgens Daniëls, ook bestuurslid van de Orde van Medisch Specialisten, is de gezondheidszorg in Nederland 'hartstikke goed'. 'We proberen ook steeds meer open te zijn over dingen die fout gaan. Dat is ook de reden dat er incidenten naar buiten komen. Maar er ontstaat nu wel een schandpaal, er komen Amerikaanse toestanden.'

Jansen Steur

De cardioloog reageerde in het algemeen op de berichten over de omstrede Twentse neuroloog Jansen Steur, een Nederlandse tandarts die in Frankrijk in opspraak is geraakt en de berekening van zorgverzekeraar CZ dat jaarlijks 25.000 medisch onnodige operaties worden uitgevoerd. Ook lekte een lijst uit met meldingen die zijn gedaan bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Daniëls pleitte onder meer voor het doorgaan met de inzet van 'kwaliteitsvisitaties' door beroepsgroepen onderling. (ANP)

Commissie Rouvoet rapporteert

6 maart 2013



Rouvoet

Donderdag 7 maart moet bekend worden of zorgverzekeraars bij de contractering misbruik hebben gemaakt van het overgangsregime voor de ziekenhuizen. Dan publiceert brancheorganisatie Zorgverzekeraars Nederland (ZN) de resultaten van het onderzoek dat is uitgevoerd door een commissie van wijze mannen.

De onafhankelijke commissie is ingesteld na geruchten over afspraken over te lage prijzen met als doel om de risico's te verschuiven naar het centraal gefinancierde fonds van de overgangsregeling voor de prestatiebe-

kostiging. Het overgangsregime duurt twee jaar. In 2012 is 95 procent van het budget gegarandeerd, in 2013 70 procent.

Strategisch inkoopgedrag

Als sprake is van dergelijk strategisch inkoopgedrag worden de totale uitgaven aan ziekenhuiszorg opgejaagd. ZN-voorzitter André Rouvoet heeft met zijn leden afgesproken dat de conclusie van de commissie ook de conclusie van de commissie is en niet die van de opdrachtgever. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft tot nog toe geen aanleiding gezien om zelf een onderzoek in te stellen.

ZN-voorzitter Rouvoet: winst verzekeraars blijft in zorg

"Ik kan niet zoveel met die discussie over 'onmaatschappelijke winsten'. Winst van de verzekeraars blijft in de zorg. De premies zijn dit jaar niet verhoogd. Dat kon door het positieve resultaat van de zorgverzekeraars, dus het geld komt terug bij de verzekerden. Daarnaast moeten de zorgverzekeraars geld opzij zetten van de Nederlandse bank. Het zou me een lief ding waard zijn als die solvabiliteitseis niet zo hoog was, maar het is nu eenmaal zo." Dit zegt ZN-voorzitter André Rouvoet in een interview met het Financieele Dagblad dat de krant op 8 maart publiceerde.

OM wil zwijgrecht artsen openbreken

Het openbaar ministerie (OM) overweegt artsen te dwingen om mee te werken aan een strafrechtelijk onderzoek bij medische missers.

Het OM wil kunnen ingrijpen wanneer artsen die verdacht zijn zich verschuilen achter het zwijgrecht. Het openbaar ministerie wil zo inzage krijgen in medische dossiers en lijsten met namen van alle medewerkers die mogelijk betrokken waren bij een incident, schrijft De Gelderlander.

Uitspraak hoge raad

Om te kijken in hoeverre dit mogelijk is, heeft het OM de Hoge Raad gevraagd een algemeen geldende uitspraak te doen aan de hand van een zaak tegen het Erasmus Medisch Centrum omtrent een medische misser.

'Schending vertrouwensrelatie'

Een jaar geleden heeft het OM het Expertisecentrum Medische Zaken opgericht om artsen die zich schuldig maken aan medische missers, beter te kunnen vervolgen, schrijft de krant. Het Erasmus MC is echter bang dat de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt geschonden wordt: "De patiënt moet ervan uit kunnen gaan dat zijn gegevens ook na overlijden niet bij anderen terechtkomen. Als het beroepsgeheim mag worden doorbroken door het openbaar ministerie, heeft dit grote gevolgen voor de hele medische wereld," aldus een woordvoerder van het Erasmus MC in De Gelderlander.

'Afname meldingsbereidheid van fouten'

Ook artsenvereniging KNMG noemt het beroepsgeheim van fundamenteel belang. Johan Legemaate, juridisch adviseur bij het KNMG vreest dat als dossiers gelicht kunnen worden ten behoeve van de opsporing, de bereidheid van artsen om fouten te melden zal afnemen.

(De Gelderlander)

NZa tikt zorgverzekeraars op de vingers

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) onderzoekt of het vijf zorgverzekeraars een boete zal opleggen. De betreffende verzekeraars hebben fouten gemaakt bij het berekenen van hun jaarcijfers. De zorgautoriteit had al eerder gewaarschuwd hier tegen op te zullen treden.

De NZa controleert ieder jaar of verzekeraars fouten maken in het opstellen van hun jaarcijfers. Net zoals in 2010 blijken er ook in 2011 hierbij fouten gemaakt te zijn. Het gaat vooral om administratieve rubriceringsfouten voor een totaalbedrag van 490 miljoen euro. Dit is 1,3 procent van de totale kosten van de zorgverzekeringwet.

Verkeerd rubriceren

Een veel voorkomende fout is dat verzekeraars "oude" diagnosebehandelingcombinaties (DBC's) als "nieuwe" DBC's in hun jaarrekening opnemen. 'Deze fout ontstaat uit onzorgvuldigheid en niet als manier om er beter van te worden', zegt NZa-woordvoerder Natasja Wijnbeek. 'Het verkeerd rubriceren kan verzekeraars net zo goed geld kosten als geld opleveren. We hebben vorig jaar al gecommuniceerd dat we het aantal fouten dat wij ontdekken nadat de verzekeraars hun eigen controle hebben uitgevoerd, te hoog vinden. Nu zien we dit jaar dat het aantal fouten niet is gedaald maar is toegenomen. Ook al lijkt een foutenpercentage van 1,3 niet veel, in absolute bedragen gaat het om veel geld. Daarom onderzoeken we nu of we vijf verzekeraars gaan beboeten.'

Foute declaraties

De NZa stelt dat de manier waarop de financiële verantwoording bij verzekeraars tot stand komt überhaupt voor verbetering vatbaar is. Verbeterpunten zijn bijvoorbeeld dat verzekeraars en hun accountants de uitkomsten van controles en onderzoeken beter moeten kwantificeren en dat zij risico's voor bijvoorbeeld foute declaraties meer diepgaand moeten analyseren.

Om welke vijf verzekeraars het in dit bericht gaat wil de NZa niet zeggen. 'Een mogelijke uitkomst is dat wij die namen wel bekend zullen maken in plaats van een boete op te leggen', aldus Wijnbeek. 'Maar eerst zullen we het onderzoek afronden.'

door Wouter van den Elsen 8 mrt 2013