



NEDERLANDSE VERENIGING VOOR
DAGBEHANDELING EN KORT VERBLIJF



KORTOM

'KORTOM' IS EEN UITGAVE VAN

D E N V D K

De zomer voorbij

André Wolff, voorzitter

André Wolff, voorzitter

Vlak voor de zomer heeft het bestuur van de NVDK een beleidsdag georganiseerd gevolgd door een ledenvergadering. Om de koers voor de komende jaren te bepalen. Daarbij schuwt het NVDK bestuur niet kritisch naar eigen bestaan en functioneren van de vereniging te kijken. Separaat in deze uitgave wordt verslag gedaan hiervan. Wat ik hierover wel kwijt kan is dat de dag energiek en inspirerend was en input gaf tot een andere blik op wat we doen. Daar is een beleidsdag voor. Met dank aan Peter van Aar en Dorette Ploegmakers van PA-producties, die de aanwezigen op creatieve wijze door de dag heen geleid hebben! De opbrengst van de beleidsdag zal vanuit het bestuur om worden gezet in activiteiten, waarvoor we de leden nodig hebben. Het bestuur zal dus een beroep op u doen, de NVDK is tenslotte een vereniging van leden voor leden!

Met de beleidsdag achter de kiezen zijn we met z'n allen de zomer ingegaan. Ik hoop dat iedereen goed uitgerust is. In tijden van economische crisis ont-springt namelijk bijna geen branche de dans. Daalt de



André Wolff, voorzitter

productie? Ook bij dagbehandeling en kortverblijf? Extra reden om op te letten en flexibel te reageren op de veranderingen. Zeker nu na de zomer ook op Prinsjesdag ons vooral op het hart is gedrukt dat we verder moeten bezuinigen...

André Wolff
Voorzitter NVDK

18e Jaarcongres

WAAN VAN DE DAG(BEHANDELING): LEIDEND OF LIJDEND?

13 november 2013, Evoluon, Eindhoven

Klik hier voor het programma.

Info en inschrijven: www.nvdK.nl

De volgende bedrijven zullen het 18e jaarcongres sponsoren:

- Intersurgical Nederland
- Liestro Software BV
- Medica Europe
- RRB B.V.
- Vanguard Healthcare Ltd
- VUmc Amstel Academie



Bert van Herk over ZKN en NVDK

Over overeenkomsten en verschillen in dagbehandeling tussen ziekenhuizen en DBC's

Bert van Herk: "Het Hoofdlijnenakkoord veroorzaakt spanning tussen ZBC's en verzekeraars"

Met Bert van Herk, sinds een jaar penningmeester van de NVDK, heeft het NVDK-bestuur iemand aangetrokken die de dagbehandeling in een ZBC kan vergelijken met die in een ziekenhuis. Van Herk praat over de verschillen en overeenkomsten en filosofeert over mogelijke samenwerking tussen Zelfstandige Klinieken Nederland en de NVDK

Ans Ankoné

Bert van Herk is lid van de Raad van Bestuur van CASA Klinieken. De organisatie heeft klinieken in Amsterdam, Leiden, Den Haag, Rotterdam, Goes en Maastricht. Een zevende kliniek in Utrecht is onderweg. De klinieken bieden zorg op het gebied van reproductieve en seksuele gezondheid, met name anticonceptie en onbedoelde zwangerschap. Feitelijk bestaat CASA uit twee onderdelen: de ZBC voor medische ingrepen die worden bekostigd via zorgverzekeringen – zoals het plaatsen van spiraaltjes, testen op soa, sterilisatie van vrouwen en mannen – en zwangerschapsafbreking die wordt bekostigd via een aparte subsidieregeling. Daarnaast worden bij CASA de werkzaamheden van de vroegere Rutgershuizen voortgezet, zoals voorlichting aan jongeren, hulp bij seksuele problemen en het verstrekken van de morning-afterpil.

Van Herk: "De financiële en wettelijke regelingen voor deze onderdelen lopen sterk uiteen en vereisen specifieke kennis en ervaring om tot goede contracten met de financiers te komen. Waar het gaat om verzekerde zorg moet met elke zorgverzekeraar apart een contract worden gesloten en die contracten kunnen onderling flink verschillen."

Bert van Herk

Raadpleging van basis- en aanvullende verzekeringen leert het volgende.

Abortus in een ziekenhuis wordt door de zorgverzekeraar vergoed, gebeurt dit in een abortuskliniek dan worden de kosten aan de kliniek vergoed uit een speci-

ale subsidieregeling voor de AWBZ. Anticonceptie en sterilisatie worden, indien hiervoor geen aanvullende verzekering is afgesloten, out of pocket betaald. Anticonceptiemiddelen worden, met aftrek van het eigen risicobedrag, doorgaans vergoed met uitzondering van condooms die slechts voor jongeren tot 18 jaar wordt vergoed, hoewel dit nog per zorgverzekeraar en aanvullende zorgverzekering verschilt.

De roerige wereld van de ZBC's

Van Herk vertelt over de vroegere bloei en de huidige problemen bij de ZBC's.



Bert van Herk

"De dagbehandeling in ziekenhuizen kwam in opkomst aan het eind van de jaren tachtig. Er werd toen ook al dagbehandeling in zogenaamde privéklinieken gedaan. Later kozen veel van die privéklinieken voor de juridische positie van een Zelfstandig Behandel Centrum. Op basis van de Wet Toelating Zorginstelling konden die zelfstandige klinieken een vergunning krijgen. De financiële positie en het zorgaanbod in de

privéklinieken en de ZBC's verschilden aanvankelijk in die zin dat de privéklinieken meest niet-verzekerde zorg als cosmetisch plastische chirurgie aanboden. Dat veranderde snel toen zorgverzekeraars tevergeefs bij ziekenhuizen aanklopten voor efficiëntere, patiënt-vriendelijker en goedkopere zorg. Zorgverzekeraars vonden toen wel gehoor bij de ZBC's, die soms zelfs met steun van een zorgverzekeraar werden opgericht om als 'luis in de pels' van de ziekenhuizen te dienen. Menig specialist vond het bovendien wel aantrekkelijk om part time of full time als werkelijke vrije ondernemer in een kleine kliniek te werken waar mogelijk was wat in de grote ziekenhuizen zo langzaam van de grond kwam: snelle, patiëntvriendelijke zorg.

Door innovaties in de anesthesiologie en de opkomst van de niet-invasieve chirurgie kon uiteindelijk steeds meer electieve chirurgie in dagbehandeling worden gedaan. Het was minder belastend voor de patiënt en veiliger omdat ziekenhuisinfecties werden voorkomen. Het kwaliteitsverschil tussen de zelfstandige klinieken was toen niettemin nog groot.”

Van Herk: “Met de invoering van de Diagnose Behandeling Combinaties en de marktwerking in 2005 is de contractering voor de ZBC's ingrijpend veranderd. Voor zorgverzekeraars werd het contracteren van zelfstandige klinieken steeds interessanter, onder andere omdat zij meenden dat daardoor druk op ziekenhuizen ontstond om cliëntgericht te gaan werken. Om in aanmerking te komen voor een contract met een zorgverzekeraar moesten de ZBC's wel kunnen bewijzen dat hun zorg van voldoende kwaliteit was. Dat vereiste een grote omslag. De landelijke organisatie Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN) kwam hieraan tegemoet door voor de aangesloten klinieken een Keurmerk te ontwikkelen. Veel klinieken hebben toen gelijk met de zorgkwaliteit hun organisatie verbeterd. Deze emancipatie bracht de ZBC's in een gunstige positie om nog meer electieve chirurgie binnen te halen vanuit de concurrentiegedachte dat de electieve zorg in ziekenhuizen over teveel specialismen was versnipperd en niet zozeer rond de patiënt als wel rond de OK-planning was georganiseerd.”

Dagbehandeling ZBC of ziekenhuis

“En er zijn nog altijd verschillen tussen zelfstandige klinieken en ziekenhuizen, vooral in de organisatie van de dagbehandeling” constateert Van Herk. “Het

voordeel van een ZBC is dat het een kleine organisatie is met korte lijnen en een flexibel zorgaanbod. Het nadeel is vooral de jaarlijkse wederkerende spanning of en welk contract kan worden overeengekomen met de zorgverzekeraars.

“Een aparte afdeling dagbehandeling in een ziekenhuis organiseren vergt een turn around-attitude. De Raad van Bestuur van een ziekenhuis moet daarvoor de visie aanhangen dat de organisatie van een aparte afdeling dagbehandeling voordelig is voor de patiënt en daardoor ook voor het ziekenhuis, al was het alleen al uit concurrentieoverwegingen. Dat wordt gefrustreerd doordat het financieel soms voordeliger is de electieve chirurgie binnen het ziekenhuis te houden. Daarom is de dagbehandeling in sommige ziekenhuizen nog steeds niet goed van de grond gekomen. Daar worden de dagingrepen nog tussen de grote operaties door gepland en vindt de opvang daarna plaats op de betreffende specialistische afdeling. Veel ziekenhuizen hebben de dagbehandeling echter vergelijkbaar met de ZBC's georganiseerd: operatieve ingrepen en andere ambulante behandelingen geschieden, evenals de opvang na de ingreep, in een afgescheiden kliniek. Die kliniek kan in een apart deel van het ziekenhuis zijn gelegen of in een vrijstaand gebouw op het ziekenhuisterrein. Soms is de dagbehandeling ook juridisch gescheiden van het ziekenhuis en in een ZBC ondergebracht. Het hangt af van de visie ten opzichte van dagbehandeling.”

Nekslag voor ZBC's, dynamiek uit de zorg

Voor de ZBC's is aan de groei van de afgelopen jaren echter plotseling een abrupt einde gekomen. Met het Hoofdlijnenakkoord van 2012, een convenant tussen het ministerie van VWS, Zorgverzekeraars Nederland, de Orde van Medisch Specialist en NVZ-Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, is paal en perk gesteld aan de groei van de curatieve zorg: eerst maximaal 2,5%, inmiddels 1,5% per jaar. Volgens Van Herk heeft dat de groei eruit gehaald. In het huidige klimaat is het ook bijna ondoenlijk om een nieuwe kliniek te starten. (zie ook Kortom van september 2012, red.).

“Zorgverzekeraars zijn wettelijk verplicht voldoende zorg van een redelijk prijs te contracteren. In de praktijk wordt echter vooral gekeken naar de prijs. De zelfstandige klinieken werken vaak efficiënter, leveren een beperkt aantal DOT-zorgproducten[i] en kunnen

veelal lagere prijzen bieden dan ziekenhuizen. Maar omdat zorgverzekeraars bij ziekenhuizen te maken hebben met ongeveer 3.000 DOT-producten, wordt bij de zorginkoop niet gekeken naar de prijs/kwaliteitverhouding van de afzonderlijke producten. Dat maakt dat er van selectieve zorginkoop nog maar heel weinig terecht komt en dus ook dat nauwelijks stappen worden gezet om zorg te verschuiven van ziekenhuizen naar zelfstandige klinieken.

“Het afremmen van de groei van de curatieve zorg en het uitblijven van selectieve zorginkoop maken dat de meeste zelfstandige klinieken het moeilijk hebben. Er zijn weinig tot geen mogelijkheden voor groei, de prijzen staan onder druk en omdat de contractonderhandelingen vaak lang voortslepen ontstaan er soms ook problemen met de liquiditeit. Vooralsnog haalt dit de dynamiek en de concurrentie uit de curatieve zorg. Dit zal pas veranderen wanneer zorgverzekeraars wel stappen gaan zetten om bepaalde verrichtingen bij bepaalde ziekenhuizen niet meer te contracteren omdat zelfstandige klinieken deze verrichtingen leveren voor een lagere prijs en een kwaliteit die minstens zo goed is.”

Wat heeft de ZKN toen voor de ZBC's gedaan?

“Tegengas geven. ZKN heeft zich actief opgesteld in de belangenbehartiging voor de ZBC's en frequent overleg gepleegd met VWS over de zorginkoop. Maar ZKN kon niets afdingen van het Hoofddlijnenakkoord.”

ZKN of NVDK?

Medisch gezien is dagbehandeling in ZBC's het zelfde als dagbehandeling in een ziekenhuis. Toch zoeken ZBC's meestal steun bij de Zelfstandige Klinieken Nederland en afdelingen dagbehandeling in de ziekenhuizen bij de NVDK. De ZKN actualiseert het keurmerk, dat wil zeggen formuleert de randvoorwaarden voor kwaliteit, behartigt de materiële belangen van de ZBC's en involveert daarbij de aangesloten specialisten. De NVDK is, naast inhoudelijke kwaliteitsregistratie, meer specifiek gericht op de organisatorische en medisch inhoudelijke facetten van dagbehandeling. Dat verschil is historisch bepaald. Een goed voorbeeld dat de NVDK zorginhoudelijk dieper gaat dan ZKN, ook wat betreft innovaties, is de presentatie tijdens het vorige Jaarcongres van de NVDK door het bedrijf Le-Quest over interactieve training voor specialisten en

verpleegkundigen om zich snel te bekwamen in de omgang met medische apparatuur. Wij hebben onlangs besloten om voor CASA Klinieken een online trainingmethode voor het werken met echoapparatuur te laten maken.

“De NVDK gaat zorginhoudelijk dieper dan ZKN, ook wat betreft innovaties”

“Opvallend is ook het kennelijk historisch gegroeide verschil in de deelname van specialisten in de NVDK. Die is in de andere bij de IAAS aangesloten landen veel hoger. De specialisten zijn, als aandeelhoudende ondernemers, ook bij ZKN veel intenser betrokken. Samenwerking tussen ZKN en NVDK zou vooral voor de hand liggen op de zorginhoudelijke en de zorgkwalitatieve aspecten, zaken die de specialisten eveneens aangaan. Ook met het oog op de resultaatgerichte honorering die onlangs is ingevoerd. “

Waarom opereren die twee organisaties momenteel nog steeds separaat?

“Inderdaad, door samen te werken met ZKN zou de NVDK ook de relatie met de overheid op een hoger plan kunnen brengen. Maar of het daar ooit van komt? Daarvoor zou de historische kloof tussen beide organisatie moeten worden overbrugd. Zoiets is in de gezondheidszorg niet eenvoudig. Misschien zal de trend naar kleinere hightech ziekenhuizen met daarom heen satellietziekenhuizen voor electieve zorg en zorg voor bepaalde groepen patiënten daarin verandering brengen?”

Sceptis over resultaatgerichte honorering

Hoe zal de toekomst van de dagbehandeling er dan uitzien? Wat is bij voorbeeld het effect van de trend waarbij collectiviteiten, zoals van werkgevers, met voorbijgaan van de zorgverzekeraars rechtstreeks naar aanbieders stappen om een gewenst product te contracteren voor hun personeel. Dat zou nieuwe mogelijkheden bieden voor de dagbehandeling, zowel in de ZBC's als in de ziekenhuizen.

“Maar zoiets veronderstelt wel dat beide partijen inzicht hebben in het verschil in geleverde zorgkwaliteit. Maar wie weet nu werkelijk of een heupoperatie in de ene kliniek of ziekenhuis beter wordt gedaan dan in de andere? Er is weliswaar registratieplicht, maar kwaliteitsregistratie van medische ingrepen is buitengewoon

manipuleerbaar. Resultaatgerichte honorering is een goed plan om de zorgkosten te bedwingen, maar ik ben ervan overtuigd dat dit kan uitnodigen tot manipulatie van de cijfers. Onlangs nog is in Den Haag gerommel met sterftcijfers bij cardiologen gesignaleerd.

“Het lijkt eenvoudig. Maar wat wordt bij voorbeeld als complicatie gekwalificeerd? Ik zie zelf hoe vaag de grensgevallen van complicaties bij abortus kunnen zijn. Ik besef dat ook voor wetenschappelijk onderzoek een deugdelijke kwaliteitsregistratie noodzakelijk is. Waar een wil is, is een weg. Maar het zijn ontwikkelingen die traag gaan. Een consortium van vier ziekenhuizen heeft onlangs heel moedig zijn kwaliteitsresultaten gepubliceerd. Daar staat tegenover dat slechts in 4 van de 21 ziekenhuizen die de Inspectie vorig jaar heeft onderzocht protocollair verantwoord bleken te werken.

“De zorgverzekeraars wordt verweten dat zij geen zicht hebben op de werkelijke kwaliteit van zorg. Ik constateer ook een groot verschil tussen hoe de vijf grote zorgverzekeraars contracteren: in hoe snel zij tot een contract kunnen komen, de mate waarin zij belangstelling tonen voor kwaliteit, de aandacht die zij aan de zorginkoop en de organisatie ervan geven. Sommigen sturen een document met de inkoopvoorwaarden, anderen sturen niets. Er is ook wel degelijk

een kwalitatief verschil tussen de verzekeraars. Als de zorginkoop zou verbeteren, zouden de zorgkosten beter beheersbaar zijn. Zo is door slimme zorgcontracten de druk op de medicijnkosten opgevoerd en de macht van de farmaceuten enigszins gebroken.

“Alle partijen moeten hun verwachtingen bijstellen”, concludeert Van Herk. “Ook de zorgconsument. De groei van de zorgkosten is een bijna onoplosbaar fenomeen. De zorgkosten leggen een steeds groter beslag op de collectieve middelen en gaan ten koste van wat bijvoorbeeld kan worden uitgegeven aan onderwijs, infrastructuur, defensie of ontwikkelingshulp. En dan zie je in het journaal een item waarin trots wordt getoond hoe voor het eerst een hartklepoperatie wordt uitgevoerd bij een foetus van 23 weken. Prachtig natuurlijk, maar de keerzijde is dat dit soort ontwikkelingen de kosten weer steeds verder opdrijven. Want hoewel we niet willen dat de collectieve zorgkosten verder stijgen, willen we wel dat voor onszelf en de mensen die ons dierbaar zijn de best mogelijke zorg beschikbaar is. Zelfstandige klinieken kunnen een bijdrage leveren aan het efficiënter en goedkoper maken van delen van de zorg, maar zij moeten dan wel een eerlijke kans krijgen.”

[i] DOT= DBC's Op weg naar Transparantie

De Kinderkliniek

Geslaagd avontuur van twee kinderartsen: DeKinderkliniek in Almere

Een holistisch, breed ambulant zorgaanbod voor kinderen en adolescenten

Kinderarts Norbert van den Berg en collega Tim Vreede hebben een zorgconcept voor kinderen bedacht, uitgevoerd en uitgebreid op een manier die collega's aan het denken zal zetten. Alleen de vestigingseisen al zouden menig arts afschrikken. Zij hebben bestuurders en collega's van het Flevoziekenhuis weten te overtuigen van het nut van een vrijstaande kliniek voor poliklinische zorg en dagbehandeling voor kinderen. En dat niet alleen. De Kinderkliniek biedt ook psychische en sociale zorg, zelfs schoolbegeleiding en bovendien consultatie van hoogleraren van het AMC, het WKZ, Revalidatiecentrum De Trappenbergen epilepsie centrum Sein.

Ans Ankoné

Niets is stimulerender dan te praten met mensen die op eigen initiatief een doorbraak weten te bewerkstelligen in hun eigen vakgebied. Zoals kinderarts Norbert van den Berg die na zestien jaar werken als kinderarts in het Flevoziekenhuis in Almere voldoende ervaring had opgedaan om te constateren dat een deel van de kindergeneeskunde efficiënter en coherenter kon. In slechts twee jaar heeft hij samen met collega Tim de Vreede deze visie in praktijk weten te brengen.

Visie ontwikkelen en overtuigen

“Alles zat mee”, zegt Norbert van den Berg. “Wij werden gesteund door de Raad van Bestuur van het Flevoziekenhuis toen wij ze wisten te overtuigen van het nut van onze plannen met DeKinderkliniek. De concurrentiemarkt zat niet tegen en de vraag in het kinderrijke Almere was en is groot. Het aanvankelijke plan om alleen chronische zorg voor kinderen te leveren, hebben wij laten varen omdat patiënten dan in verwarring zouden raken voor welke zorg zij zich waar zouden moeten aandienen. Uiteindelijk kwamen wij uit op een alomvattende holistische visie: een compleet zorgaanbod dat past bij de specifieke problemen van kinderen tot 18 jaar.



Norbert van den Berg

“Wij waren van mening dat veel zaken directer en efficiënter kunnen worden geregeld. Waarom moet een patiënt bij voorbeeld zes weken wachten op onderzoek of behandeling? Waarom zouden we niet alle poliklinische zorg onder één dak brengen? Maar ook al die andere zaken die ouders en kinderen nodig hebben? In veel ziekenhuizen loopt besluitvorming over dergelijk ingrijpende voorstellen doorgaans buitengewoon stroperig en worden belangrijke innovaties om financiële of organisatorische redenen afgehouden. De constante bezuinigingen maken iedereen kopschuw. Daarom hebben wij voor ons businessplan berekend hoeveel zorg wij voor het betreffende ziekenhuisbudget zelf zouden kunnen leveren. Dat hielp. Zo hebben wij ook onze zorgverzekeraars kunnen bewijzen dat het niet een kostenpost erbij zou betekenen. Wij zijn met Agis en Achmea tot goede contracten kunnen komen.”



Misschien komt dat mede door het tweede motto van Van den Berg en Vreede dat luidt: 'Beter worden doe je thuis', dus 'Opname, alléén indien noodzakelijk'.

Dat neemt niet weg dat beide kinderartsen een enorme klus op zich hebben genomen. Zij hebben ook de banken en elkaar ervan moeten overtuigen dat de financiële risico's van dit Zelfstandige Behandelcentrum dragelijk zouden zijn, aan alle vestigingseisen moeten voldoen, zich moeten verdiepen in de kwaliteitseisen die de Zelfstandige Klinieken Nederland de leden stelt aan een certificaat, de contractdetails en de resultaatrapportages die met de zorgverzekeraars worden besproken, hoe de geleverde DOT's[i] te controleren en de facturering te regelen.

"Wij zijn in 2009 van start gegaan in het noodgebouw van het voormalige Dialysecentrum, pal naast het Flevoziekenhuis. Nu bieden wij poliklinische zorg, dagbehandeling en kinderGGZ, maar ook KNO, tandheelkunde, logopedie, podotherapie, fysiotherapie, Cesar, yoga, massage, een alcoholpoli en zelfs

schoolbegeleiding en hulp bij school- en beroepskeuze. Alles is gericht op de fysieke en psychische klachten en mogelijkheden van het individuele kind. De ervaring leerde ons dat wij meer als regisseur moesten optreden, zeker bij langdurige zorgprocessen, dat wij de patiënten optimaal moeten volgen en er op moeten toezien dat alle zorgaspecten – medisch, psychisch en sociaal – voldoende in kaart worden gebracht en aan bod komen. Dat vereist een breed zorgaanbod, een strak georganiseerde organisatie en deskundige en betrokken medewerkers."

Praktische uitvoering

Hoe hebben deze ondernemende kinderartsen meer efficiëntie en effectiviteit weten af te dwingen?

Waar je ook naar vraagt, Van den Berg heeft er meteen een antwoord op of hij haalt een brochure te voorschijn, een grafiek, noemt de Apps op website DeKinderkliniek of laat zijn visitekaartje zien met de drie kernwoorden van de kliniek: Puur, Eerlijk, Persoonlijk, en legt uit.

“Wij zien kinderen en jongeren met hun ouders als onze belangrijkste gesprekspartners. Zij zijn het meest gebaat bij eerlijkheid, ook als het om moeilijke mededelingen gaat. Jongeren hebben meteen door of iemands bejegening authentiek is. Ook met de verwijzende huisartsen en de specialisten is een open relatie van belang. Wij laten de huisartsen heel laagdrempelig meekijken. Dat vereist duidelijkheid over waar de rol van huisarts als verwijzer en poortwachter voor de tweedelijnd eindigt en de rol van de kinderarts begint. Constateert de huisarts dat er onderzoek nodig is of directe zorg voor het kind, dan is één telefoontje voldoende en kan de patiënt direct naar ons worden doorverwezen. Doorgaans hebben huisartsen tot twaalf uur spreekuur, dat betekent dat alle patiënten van die ochtend direct bij ons terecht kunnen voor onderzoek en behandeling en niet uren hoeven te wachten of – zoals vroeger – te laat in het ziekenhuis aankomen. Nadat wij de patiënt hebben gezien, overleggen wij met de huisarts over wat er verder moet gebeuren.

“Om een hoge efficiëntie te bereiken, vragen wij de huisartsen om op klacht te verwijzen, zodat hun patiënt direct bij de juiste poli terecht kan.”



Zo is er een poli voor diabetes, hoofdpijn, poep- en plasproblemen, MDL-klachten, Downsyndroom, obesitas, epilepsie, astma, aandacht- en concentratieproblemen, allergie en eczeem, angststoornissen, hartruis, trauma, onverklaarbare lichamelijke klachten, neonatologie- en babyspreekuur, tot zelfs een alcoholpoli toe.

“Er zijn geen wachtlijsten of wachttijden, alles gebeurt op afspraak en verwijzingen worden meteen aangenomen. Intensieve dagbehandeling plannen wij in de morgen en behandeling op verwijzing door de huisarts dus 's middags.”

Van den Berg en Vreede werken met een gespecialiseerd team van kinderverpleegkundigen, physician assistants die onder toezicht dokterstaken verrichten en gespecialiseerd verpleegkundigen voor chronische ziekten, long-, plas- en poepproblemen. In de polikliniek werken ook arts-assistenten en huisartsen in opleiding. De Kinderkliniek heeft zes bedden en een personele capaciteit van 40 FTE's, inclusief de afdeling administratie. De kliniek is open van 8.15 tot 17 uur. Operaties worden nog steeds in het Flevoziekenhuis gedaan.

De extra's

“Wij bieden steeds meer en meer gespecialiseerde zorg. Zo werken wij samen met onze eigen academische specialisten en van het AMC betrekken wij specialisten van de afdeling Kindermaagdarmsziekten van het Emma Kinderziekenhuis, een Kinder Cardiologisch Team, een klinisch geneticus en een kinderneuroloog. Wij consulteren hier ter plekke geregeld een kinderarts-endocrinoloog van het VUmc, van het Wilhelmina Kinderziekenhuis een reumatoloog immunoloog en van Revalidatiecentrum De Trappenberg deskundigen voor kinderenrevalidatie om dagelijkse gevolgen van een ziekte, ongeval of aangeboren afwijking te verlichten.

“Intern wordt twee keer jaarlijks een cursus gegeven van zes bijeenkomsten aan acht- tot elfjarige kinderen met astma. Er wordt een 'Groot Diabetes Boek' samengesteld. Op 123DeKinderkliniekthuis kunnen kinderen en jongeren via een beeldscherm zelf videocontact maken met een arts of verpleegkundige en zich over hun behandeling of onderzoek informeren, waardoor dichtbij huis zorg op afstand wordt geleverd. Momenteel is al specifieke informatie beschikbaar over diabetes, astma en obesitas. Bovendien zijn wij bezig Apps te ontwikkelen voor thuisgebruik waardoor vis à vis contact via de eigen apparatuur mogelijk wordt met hulpverleners – en met lotgenoten – waarbij de patiënt zelf zijn gezondheidstoestand kan volgen: als er iets misgaat vallen alle vlaggen op het scherm om! Wij hebben deze faciliteit met subsidie van zorgverzekeraars en sponsors kunnen financieren, maar helaas: de

subsidie is gestopt. We kijken nu naar de mogelijkheid om de kosten, € 20 per maand per patiënt, deels gratis deels met sponsorgelden van verwijzers te betalen. En twee keer per week komen de Cliniclowns.”

Het contact tussen de medewerkers wordt gestimuleerd door een Nieuwsbrief en een eigen UTube-kanal. “Wij laten films maken van onze werkwijze en analyseren die samen en hebben bovendien de medewerkers de Disney-cursus ‘Nine and a half way to organise a hospital’ aangeboden. U kent die filosofie wel. Het wordt ook gebruikt door hotels. Bij vertrek blijken de ruiten te zijn gewassen en steekt er een bedankbriefje onder de ruitenwissers. Wij zijn constant bezig met zelfreflectie en staan open voor nieuwe ontwikkelingen en denkbeelden in de kindergeneeskunde, in E-Health en in probleemoplossende benadering.”

De resultaten

Dat moet toch wel resultaat afwerpen.

“Inderdaad, de eerstehulp is drastisch gedaald, evenals de wachttijden. In drukke perioden huren wij ervaren ‘rotten’ in die graag voor een paar maanden komen werken, net gepensioneerd of werkloze kinderartsen die ervaring willen opdoen. Ook het percentage opnamen na verwijzing is significant gedaald.”

Van den Berg: “De opnameduur in de ziekenhuizen geeft doorgaans een vertekend beeld. Alleen ernstige ziekten en neonatologie staan voor een gemiddelde opnameduur van zes dagen, maar voor de meeste klachten – uitdroging, infectie, benauwdheid – hoeft de opnameduur niet langer te zijn dan een dag.

De patiënttevredenheidsenquête die op een verzoek via E-mail op Internet wordt ingevuld, resulteerde in een mooi rapportcijfer: een 8,6.

“Wij zijn van de pionierfase in de fundamentele fase aangekomen,” concludeert Van den Berg.

De twee kinderartsen houden om toerbeurt een ochtend algemeen kindergeneeskundig spreekuur in Hilversum in Van Linschoten Specialist en er zijn plannen om de activiteiten in

Hilversum en omstreken uit te breiden. Plannen om een zelfde kliniek op te starten in Amsterdam zijn in een vergevorderd stadium. In oktober verhuist De Kinderkliniek naar een moderne hoogbouw, De Landdorst.

Beren op de weg

Maar het blijft opletten.

“Het probleem voor ons, als voor iedere ZBC, is dat wij wel ieder jaar een contract met de zorgverzekeraars moeten zien te krijgen. De verzekeraars zijn weliswaar meegaand maar ook zij zitten vast aan de beperkt toegestane groei die de minister samen met aanbieders en verzekeraars in het Hoofdlijnenakkoord is overeengekomen. Dan wordt investeren in kwaliteit zoals wij die bieden, wel wat lastiger voor de verzekeraars. Maar ook voor ons: wij krijgen voor onze gemiddeld toch langere dagbehandeling evenveel vergoed als anderen voor een vaak kortere dagbehandeling.”

Van den Berg kijkt op zijn horloge, laat snel de oude kliniek nog eens zien, vertelt hoe het in de nieuwbouw vernieuwd en beter maar niet luxueuzer wordt en gaat weer aan de slag.

[i] DOT: DBC's Op weg naar Transparantie

Nieuw bestuurlid

**Mijn naam is
Jacolien Blom,**

*Werkzaam binnen de dagbehandeling sinds 1 januari 2010, als hoofd Dagbehandeling Gemini Ziekenhuis en
Sinds 1 juni 2011 ook als hoofd Mediance,*

Dagbehandelingskliniek in Schagen. In de ochtend werk ik in het Gemini en in de middag in Schagen. Daarbij heb ik de volledige regie voor het management en ben ik budget verantwoordelijk.

Mijn loopbaan in de zorg ben ik begonnen in het Medisch Centrum Alkmaar als leerlingverpleegkundige A (1982). Na afronding van deze studie ben ik de opleiding tot kinderverpleegkundige gaan doen. Na een aantal jaren op de couveuse afdeling van het MCA gewerkt te hebben ben ik de opleiding tot Intensive Care Neonatologie verpleegkundige gaan volgen in het AMC.

In 1991 weer terug in het MCA op de neonatologie. Van 1997 – 2000 Post HBO Hoger Management gezondheidszorg gevolgd. Dit gaf een opstap naar een leidinggevende baan op de afdeling Neonatologie van het Zaans Medisch Centrum.

In maart 2005 als hoofd van de polikliniek oogheelkunde in het MCA gaan werken en vanaf juni 2005 betrokken bij de VOVZ (Vereniging voor Oogheelkundige Verpleging en verzorging) als bestuurslid. Deze functie heb ik tot oktober 2010 vervuld.

In 2011 ben ik gestart met de studie MBA welke ik in mei 2012 heb afgerond.

Bij de NVDK ben ik sinds september 2010 regio – coördinator en heb ik het voorzitterschap op mij genomen vanaf september 2011. Na een regio overleg in Stadskanaal ben ik door Marja Braxhoofde benadert met de vraag of een functie binnen het bestuur niets voor mij is. Hier heb ik niet over na hoeven denken en heb ik mijn CV opgestuurd en een gesprek met André Wolff gehad.



Jacolien Blom

Ik vind dat Dagbehandeling de toekomst is en de toekomst heeft en samen met de bestuursleden wil ik mijn schouders daaronder zetten waarbij ik wil benadrukken dat je de toekomst zelf maakt.

Ik woon met man en 3 dames en een jonge hond Gijs van 7 maanden in Sint Pancras.

In mijn vrije tijd tracht ik Spaans te leren en mij bezig te houden met textiele werkvormen.

Groet Jacolien

Heidag 25 juni 2013 Soest

Op een mooie lentedag van dit jaar vond de NVDK beleidsdag of heidag plaats onder voorzitterschap van André Wolff. Er waren ongeveer 50 mensen aanwezig. Sinds de oprichting van de NVDK is dagbehandeling en kortverblijf een normaal fenomeen geworden. Men heeft veel geleerd op medisch, logistiek en bedrijfsmatig gebied. Desondanks bestaan er grote verschillen in organisatiekenmerken tussen ziekenhuizen en wat wel of niet in dagbehandeling wordt gedaan. Daarnaast zijn er allerlei politieke, economische, sociale en technologische ontwikkelingen die van invloed zijn op dagbehandeling en kortverblijf. Wat betekent dit voor

de NVDK? Wat is of kan het doel van de vereniging voor de komende jaren zijn? Is deze anders dan voorheen? Wat is het actuele bestaansrecht van de NVDK? Voor wie? Waarom? Wat betekent dat voor de activiteiten, voor de leden? Zomaar een greep uit enkele vragen...

Na de opening wordt het stokje overgegeven aan Peter van Aar en Dorette Ploegmakers van PA producties. Met Peter en Dorette is gekozen voor een stimulerend concept om de mensen aan te spreken en ideeën te genereren over hoe het verder zou moeten en kunnen gaan met de NVDK. Zij hebben ons vraagstuk vertaald in een creatief concept om op een anders dan andere wijze de aanwezigen te inspireren.

Peter opent met een gedicht over bezinning en teruggaan naar 'het kind in mij' en zingt vervolgens een lied



over ouder worden en veranderingen. Met dit gedicht, muziek en een beroep op onze spontaniteit en creativiteit blijkt onder de aanwezigen met verwondering een aanstekelijk enthousiasme te ontstaan in een relaxte sfeer. De bodem is nu gelegd voor actie.

De aanwezigen worden verdeeld in vijf groepen. Elke groep krijgt een opdracht waarin de NVDK centraal moet staan. Zij worden gevraagd hun visie daarop te geven door samen een wervende Tv-commercial voor de NVDK te bedenken; een concept te ontwikkelen voor een advertentie; een Facebook-pagina te ontwerpen met vijf tweets; een stand voor een beurs te ontwerpen; en, hoe kon het ook anders na het begin, een bedankgedicht namens een patiënt maken. Allemaal manieren met het doel te komen tot het 'waarom' en 'hoe' van de NVDK. Alle aanwezigen gaan een uur lang enthousiast aan het werk.

Na de pauze presenteren de werkgroepen hun resultaat. Opmerkelijk is dat alle producten aansprekend zijn en creatief.

Samengevat is de belangrijkste opbrengst dat aanwezigen vinden dat de NVDK zich vooral moet richten op het voeren van kwaliteitsbeleid op het gebied van dagbehandeling en kortverblijf, op ondersteuning van vragen uit het veld en op het ontwikkelen van een kennisplatform waarin de leden hun blik kunnen verruimen van lokaal naar landelijk. Tegelijkertijd wordt ervaren dat de betrokkenheid van medisch specialisten bij de NVDK laag is en dat de invloed van de regio's

wordt gemist. Doel is dus de betrokkenheid van beide groeperingen te vergroten. Verder is de betekenis van Kortverblijf veranderd, want waar vroeger de opname-duur veel langer was, vallen de meeste opnames van vroeger nu onder Kortverblijf. De aandacht zou nu dus vooral naar de dagbehandeling moeten gaan. Er wordt zelfs voorgesteld de NVDK om te dopen in NVD, de Nederlandse Vereniging voor Dagbehandeling. Tevens wordt geconcludeerd dat de NVDK een stoffig imago heeft. De vereniging mag bovendien meer leiderschap en duidelijkheid tonen. Wat dat precies betekent, moet wel verder worden uitgewerkt. Ook acht men de Social Media belangrijk in de zorg: die zou de NVDK beter kunnen benutten, onder meer voor onderlinge communicatie en PR. Zo zou ook de (naams)bekendheid vergroot kunnen worden met bijvoorbeeld een Facebook-pagina met goede inhoud.

De vijf thema's worden met veel elan gepresenteerd en door de luisteraars onder luid applaus ontvangen. Bij de nabespreking werd overeengekomen dat de thema's door de leden verder uitgewerkt moeten worden, onder begeleiding van het bestuur. De volgende stap is dat ze tot acties moeten leiden. Bij de ledenvergadering die nog dezelfde middag wordt gepland zal dit punt worden besproken.

De ochtend wordt afgesloten met een mooie samenzang en wederom een mooie tekst. Uit de geluiden na de heisessie blijkt dat die ochtend als plezierig, anders, energiek en constructief is ervaren.

Miljoenennota 2014

De begroting van VWS in de Miljoenennota 2014

Wat gaan wij in de zorg merken van de Kabinetsplannen voor het komende parlementaire jaar?

Het verzekerde pakket blijft in stand en de zorgpremie daalt licht. Aanpak van fraude en verspilling, betere financiële informatievoorziening, substitutie en systeemverbetering zijn enkele instrumenten waarmee de sector in het gareel zal worden gehouden. De consument wordt tot meer zelfredzaamheid aangezet door slimme toepassingen van ICT en e-health. De AWBZ wordt tot de kern uitgekleed, meer eigen bijdragen en meer informele zorg moeten de langdurige zorg betaalbaar houden

De begroting van VWS voor 2014: 83 miljard Euro

Opbrengsten uit onze eigen portemonnee voor het Budgettair Kader Zorg: 68 miljard euro.

De nominale premie in 2014 voor de kosten van huisartsen en ziekenhuizen beraamt het ministerie van VWS op €1226 op jaarbasis: een verlaging van €24. Het is aan de zorgverzekeraar om de premie uiteindelijk vast te stellen.

Het eigen risico, een verplichting uit de Zorgverzekeringswet, wordt niet als oorspronkelijk was gepland inkomensafhankelijk. Deze nivelleringsoperatie is afgeblazen om redenen van de hoge uitvoeringskosten die gepaard gaan met individuele berekeningen. Iedere Nederlander, arm of rijk, betaalt volgend jaar de eerste €360 aan zorguitgaven zelf: een stijging van 3%.

De inkomensafhankelijke premie die wordt afgeschreven van het loonstrookje wordt volgend jaar iets lager: 7.5% van het brutoloon (was 7.75%).

De ingewikkelde drie wetten die voorzagen in compensatie van de meer dan gemiddeld grote zorguitgaven van chronisch zieken en gehandicapten, de fiscale aftrek voor specifieke zorguitgaven en de compensatie voor eigen risico voor minvermogenenden, zijn afgeschaft. Wat resteert, is alleen een compensatie voor mensen die in instellingen verkeren.

De inkomensafhankelijke AWBZ-premie blijft 12,65%. Als voorbeeld: wie bruto €1.500 per maand verdient, betaalt €190, wie €2.500 verdient, betaalt €316. Deze premie moet de thuiszorg, het verblijf in een verpleeghuis, een gehandicapteninstelling of een psychiatrische kliniek dekken.



De uitgaven zoals geraamd door VWS Aan ziekenhuis- en huisartsenzorg besteden wij in 2019 naar verwachting van VWS €77 miljard. De ziekenhuiszorg mag slechts 1.5% meer worden dan in 2013, zo zijn specialisten, ziekenhuisdirecties en zorgverzekeraars met VWS in het nieuwe Hoofdlijnenakkoord overeengekomen. In 2015 en 2016 mogen de uitgaven slechts met 1% toenemen, wat in totaal een besparing tot 1 miljard kan opleveren. Nog een klein miljard euro verwacht VWS te besparen op geneesmiddelen (€750 miljoen) en reductie van de zorgtoeslagen (€320).

Te bezien valt of de uitgaven aan AWBZ-zorg van €27 miljard in dit jaar in het komende jaar gelijk zullen blijven: de begroting is € 28 miljard.

Prinjesdag 2013

De huishoudelijke hulp en dagbesteding die via de WMO door de gemeenten beschikbaar worden gesteld blijven in tact. De rest van de VWS-Begroting wordt gereserveerd voor het Nationale Programma Preventie, het Deltaplan Dementie, voor Sport en Bewegen in de Buurt en bestuursinstrumenten die de beheersbaarheid van de zorg moeten garanderen.

In 2015 wordt het nieuwe stelsel Jeugdzorg van kracht, dat wel gezeggen gedecentraliseerd naar de gemeenten. Het is een uiterst ambitieus plan van preventie, eigen verantwoordelijkheid, voorkomen van onnodig medicijngebruik, verstreken van het opvoedkundig klimaat in gezinnen, scholen en kinderopvangkleuterzalen: voor sommige gemeenten misschien te ambitieus. Dure medische specialistische hulp en justitiële maatregelen moeten worden vermindert. Het lijkt een onbezorgd verlanglijstje.

Instrumenten om de uitgaven te beheersen

Het ministerie meldt met trots de eerste effecten van het Hoofdlijnenakkoord van 2011. "Kwaliteit speelt een nadrukkelijker rol in de onderhandelingen en zorgaanbieders en verzekeraars onderhandelen ook steviger over de prijzen." Nu is afgesproken die groeimarge voor 2014 te verlagen naar 1.5% en voor de jaren 2015 tot 2017 tot 1%. Substitutie naar huisartsenzorg wordt gestimuleerd door een uitgavengroei van 1% in 2014 en 1.5% in de periode 2015-2017 toe te staan, mits aantoonbaar wordt gesubstitueerd.

De versoering van het basispakket wordt, anders dan gepland, niet €1.2 miljard maar slechts €300 miljoen. Het pakket wordt daartoe op noodzakelijkheid, (kosten)effectiviteit en uitvoerbaarheid) doorgelicht door het College van Ziekenhuisvoorzieningen. De toegang tot zorg wordt aangescherpt: alleen indien medisch noodzakelijk

Wetsvoorstellen voor systeemverbetering (verbod verticale integratie, aanpassing art.13, winstuitkering medisch specialistische zorg, continuïteit cruciale zorg, Kwaliteitsinstituut), liggen bij de Tweede en Eerste Kamer. Doel hiervan is betere zorg tegen een scherpe prijs, meer ruimte voor innovaties voor de zorgaanbieders en meer ruimte voor zorgverzekeraars om consequenties te verbinden aan slecht presterende zorgaanbieders.

De curatieve zorg wordt 'slimmer' georganiseerd: zo dicht mogelijk bij de patiënt is het motto van VWS. Dat moet gebeuren door substitutie van medisch-specialistische zorg naar de huisartsen, door complexe zorg te verschuiven naar gespecialiseerde centra en de aanspraken aan te scherpen.

'Slim' is een woord dat minister Edith Schippers graag gebruikt. Ook de toepassing van ICT en e-health moet 'slim' en op grote schaal worden toegepast om de patiënt meer beslissingsvrijheid te geven, maar ook meer regie over het eigen genezingsproces. Het zou naar verwachting ook het dreigend personeelstekort kunnen afwenden. Inzicht in de kosten draagt bij aan een zinnig en zuinig gebruik van zorg en het verhogen van kostenbewustzijn bij de consument, meent VWS. Daarom krijgen mensen volgend jaar een duidelijke zorgnota gepresenteerd.

De uitgaven aan geneesmiddelen zijn door beleidsmaatregelen aan banden gelegd. Gewerkt wordt nu aan een meer toekomstbestendige, innovatieve en samenhangende farmaceutische zorg. De financiële risico's bij vergoedingen van dure en weesgeneesmiddelen worden echter verzacht.

De arbeidsmarktpositie van zorgpersoneel wordt verbeterd, personeel op mbo-niveau krijgt meer kans op doorstroming naar hbo, er wordt ingezet op kwaliteitverbetering door (bij)scholing en er worden maatregelen ingezet voor gewenste om- en herscholing.

Maatregelen Ondersteuning en Langdurige zorg

De klachten van burgers over zorgvermindering zijn legio. Kennelijk beseffen weinig mensen dat de uitgaven aan AWBZ sinds 2000 drie keer zoveel gestegen als de economische groei. Bovendien is er geen land dat zoveel voorzieningen heeft voor ouderen als Nederland. Dus moeten hervormingen de uitgaven structureel beteugelen. Meer zelfredzaamheid dus, zolang mogelijk zelfstandig thuis blijven wonen en dat wordt dan ook ondersteund. Er blijft alleen een kern-AWBZ over voor mensen met een zware zorgbehoefte. Wie had dat twintig jaar geleden durven geloven toen het hele AWBZ-pakket nog als 'onverzekerbare risico's' werd beschouwd. Een van de faciliteiten voor zelfredzaamheid, het PGB, wordt strikt geregeld om verder fraude te voorkomen: dit zou de overheid 40 miljoen besparen.

De onderkant van de arbeidsmarkt wordt opgetild door mensen meer mobiliteit te bieden door om-, her- en bijscholing.

De positie van de informele zorgverlener zal beter worden vastgelegd, de basisfuncties vrijwilligerswerk en mantelzorg zullen worden aangepast aan de hervormingen in de langdurige zorg. Er is een actieplan scholing voor zorg- en ondersteuningsprofessionals dat VWS samen met de VNG en veldorganisaties zal uitvoeren.

kreeg van de regering slechts twee paragrafen in de Troonrede toebedeeld: over jeugdzorg en langdurige zorg.

Nederland superieur

Nederland: in HCI 2012 de beste prestaties van 34 EU-landen

Nederland superieur in patiëntvriendelijkheid en consumenteninvloed

De Europese gezondheidszorg verandert zienderogen. Zo blijkt uit de zesde editie van de Euro Health Consumer Index 2012. De index biedt inzicht in de gezondheidszorg van 34 Europese gezondheidszorgsystemen. Vergeleken met de Index van drie jaar geleden is toont de Index 2012 verbetering in patiëntenrechten, een toename van E-Health en publicatie van medische resultaten, maar ook constanten. "Het meest frappant is de consistente superioriteit van Nederland in de Euro-Index," luidt de conclusie

Ans Ankoné

Jammer dat de Nederlandse pers zo weinig internationale belangstelling heeft als het om de gezondheidszorg gaat. Dan zou de Nederlandse consument wellicht minder klagen over de prestaties die hier worden geleverd en ook de noodzaak en redelijkheid van de bezuinigingen beter begrijpen. Wij klagen vaak met gesloten ogen.

De Euro Health Consumer Index is dan bepaald een eye opener

"Het Nederlandse gezondheidszorgsysteem blijkt steeds weer in staat in te springen op nieuwe omstandigheden en topresultaten te kunnen leveren. De stelselwijziging van 2006 is heeft een radicale verbetering teweeg gebracht. Het Nederlandse model zou Europa tot voorbeeld kunnen dienen," zo meldt het Health Consumer Powerhouse, het enige Instituut dat de Europese systemen op gezette tijden vergelijkt. De vergelijking over 2012 is geschiedt op basis van 42 indicatoren, waarvan er 9 nieuw waren. Van die indicatoren zijn er 12 gericht op patiëntenrechten en informatie, 5 op toegankelijkheid in termen van wachttijden voor medische hulp, 8 op medische resultaten, 10 op preventie en de soort en reikwijdte van de geleverde diensten en 7 op voorlichting over en bereik van medicijnen.

Nederland scoort 872 van de 1000 haalbare punten, Denemarken is tweede met 822 punten en IJsland staat met 799 op de derde plaats.

Vooruitgang

Het machtsverschil tussen medische professionals en patiënten/consumenten wordt kleiner. Voor het eerst biedt de meerderheid van de EU-staten instrumenten als second opinions en publiceert medische resultaten als instrumenten voor gezamenlijke besluitvorming. Kwaliteitinformatie over hulpverleners is niet langer een uniek fenomeen en leken hebben steeds meer toegang tot deugdelijke informatie over medicijnen.

Toch is de ongelijkheid in de EU-landen nog groot. Er zijn nog veel landen die een sterk hiërarchische houding hebben ten opzichte van de patiënt/consument, zowel bij politici, beleidsmakers als hulpverleners.

Merkwaardig is, dat sommige relatief rijke landen de moderne ontwikkelingen niet kunnen bijhouden, terwijl de vooruitgang in andere landen vooral wordt gehinderd door economische problemen, culturele of politieke omstandigheden. Of de slechte economische omstandigheden de kloof tussen arme en rijke landen zullen vergroting of dat ze aanzetten tot meer medisch toerisme is nog niet duidelijk.

Een aantal landen bereidt zich al voor op integratie van de gezondheidszorg in de EU, sommigen uit optimistische verwachting op verbetering in eigen land, anderen om de druk van de groeiende concurrentie te kunnen opvangen. De slechte pensioenen en ouderwetse sociale infrastructuur zullen in een groot aantal landen zullen door de toenemende vergrijzing een geweldig negatieve impact hebben op de betaalbaarheid van de gezondheidszorg.

Nederland, het meest Interessante land

De meeste aandacht in het rapport geldt het Nederlandse gezondheidszorgsysteem.

"Wat doen de Nederlanders zo goed?" is de vraag. De Nederlanders blijken consistent hoog te scoren, maar de score die in 2012 is behaald "is de hoogste die ooit in de HCP-Index is geregistreerd".

Van het rijtje indicatoren over patiëntenrechten en informatie wordt alleen de mogelijkheid om on line afspraken te boeken als wat pover aangemerkt. Hoewel het aardig klopt waarvoor Nederland wordt geprezen, is de bewering dat wij de kwaliteit van al onze aanbieders toegankelijk hebben gemaakt toch wat te dik aanzet.

Het systeem, staat in het rapport, wordt gekarakteriseerd

seerd door concurrerende zorgverzekeraars, die separaat van zorgaanbieders en ziekenhuizen opereren, stelt het Health Consumer Powerhouse. Bovendien heeft Nederland waarschijnlijk het beste en meest gestructureerde arrangement in Europa voor participatie van patiëntenorganisaties in besluitvorming en beleid. Financiers, politici en bureaucraten lijken meer op afstand te staan van de beslissingen die op de werkvloer worden gemaakt dan in welk ander Europees land. Nederland heeft een historisch zwak punt, de wachtlijsten, goed aangepakt door invoering van 24-uurs opvang in de eerstelijns, zo wordt geconstateerd. Hoewel Nederland slechts op 2 van de groepen van indicatoren het hoogste scoort, is de totaalscore niettemin het hoogst. “Het systeem kent geen werkelijke zwakheden, met uitzondering wellicht van de wachttijden” waarbij België, Zwitserland en Luxemburg, elk met 233 punten, Nederland, met 200, achter zich laten. Hoewel Nederland wordt geprezen vanwege de 24-uurstoegankelijkheid van de eerste lijn, wordt de poortwachterfunctie van de huisartsen tegelijkertijd als de belangrijkste oorzaak aangewezen van de lange wachtlijsten en – tijden, immers: zonder verwijzing door de huisarts, geen specialistenbezoek. Verwijzing kost tijd door het doen van diagnostische tests, controles en het beperkende beleid voor verwijzingen.

Voor het eerst zijn bij de Index ook medische inhoudelijke zaken meegewogen, als de zorgresultaten bij Diabetes en Hartinfarct, mortaliteit bij Kanker, vermijdbaar verlies aan levensjaren, MRSA-infecties, Keizersneden en Depressies. Hartfalen, mortaliteit bij kanker en ongediagnosticeerde diabetes halen onze resultaten nog wat naar beneden: 7 landen zijn daarin beter. Maar gemiddeld presteert Nederland ook hierin hoog (behoort tot de top 3) onafhankelijk welk zorgaspect erbij wordt betrokken. “De verleiding is dus groot om deze overtuigde winnaar van de EHCI 2012 het beste gezondheidszorgsysteem van Europa toe te dichten.”

“Nederland zou de 900-punten-barrière overstijgen als de poortwachterfunctie van de huisarts zou worden afgeschaft”

“Wat doen de Nederlanders dan nog verkeerd?” luidt de tweede prikkelende vraag. Dat is de overdreven verwachting van de ‘hoeksteen van het Nederlandse systeem’, de poortwachterfunctie

van de huisarts. Die biedt weliswaar de nodige zorgcontinuïteit, maar of het kostenbesparend werkt? Ook uit dit onderzoek blijkt dat de hypothese van kostenreductie geen objectieve grond heeft. Nederland hoort tot de big spenders. Zoals al in 2009 in het ECH-Index is aangetoond, zijn de zorguitgaven per capita in Nederland -na die in Noorwegen, Zwitserland en Luxemburg, bij de hoogste in Europa en dat is in 2012 niet veranderd. Nederland zou de 900-punten-barrière kunnen overstijgen als de teugels bij de poortwachterfunctie wat minder strak werden aangehaald, is dan ook de conclusie.

Andere winnaars

Denemarken scoort hoog op E-Health, vrije artskeuze en publicatie op Internet van de beste resultaten en de beste ziekenhuizen en verdient de tweede plaats op de Index. IJsland volgt, het geen vooral te danken is aan de hoge welvaart, maar ook aan de expertise van de specialisten die wordt opgedaan in acht jaar medische studie waarvan veel jaren in het buitenland. Wanneer een IJslandse specialist wordt geconfronteerd met een moeilijk geval, neemt hij eenvoudig de telefoon om de buitenlandse opleider te consulteren, waarbij diens antwoord vaak is: “Zet jouw patent maar op het vliegtuig.”

Luxemburg heeft zijn derde positie aan de zelfde factoren te danken. Interessant is het te kijken naar landen waarmee wij ons graag meten, als het Verenigd Koninkrijk, Duitsland en vooral Frankrijk dat ongeveer tien jaar geleden aan de wereldtop dacht te staan. Duitsland stond en staat bekend als het land dat de minste hindernissen opwerpt: patiënten kunnen gaan en staan waar ze willen, maar de tegenzijde van deze medaille is dat de medische resultaten zeer matig zijn. Wellicht is dit te wijten aan het grote aantal kleine algemene ziekenhuizen. De Duitsers gaan in de gezondheidszorg, heel anders dan op andere gebieden, eerder voor kwantiteit dan voor kwaliteit en daarbij komt dat de toegankelijkheid de laatste jaren toch wat heeft afgenomen. Daar zijn de Duitsers van geschrokken, reden dat zij op de ‘observatielijst’ staan, aldus het rapport.

GB is nog steeds ‘wachlijstland’ bij uitstek, hoewel het pompen van miljarden ponden in de National Health Service voor enige verlichting heeft gezorgd. Intussen is de bezem gehaald door de nogal vuile Engelse ziekenhuizen om af te rekenen met de frequent voorkomende ziekenhuisinfecties, met enig positief effect,

maar nog onvoldoende om Engeland uit de rode zone te helpen. Toch is onze overbuur met een twaalfde plaats op de Index onze naaste buur Duitsland, met een veertiende plaats, voorbijgestreefd.

Zweden (6de) en Noorwegen (9de) onderscheiden zich door op alle medische resultaten in de bovenste ranken te prijken. De Noorderlingen moet echter wel geduld hebben. Alleen de Portugezen moeten nog langer dan 7 dagen wachten voordat ze een huisarts kunnen zien.

Value for Money

De betrouwbaarheid van dit Indexmeetsysteem is toegenomen met de toename van het aantal indicatoren. Opvallend is dat de dertien landen die het beste -tussen de 704 en de 822 punten – scoren allen in Noord-Europa liggen. Frappant is ook dat daarna vijf Oost-Europese landen volgen die hoger uitkomen dan landen als Italië, Griekenland, Spanje en Portugal. Roemenie, gevolgd door landen als Litouwen, Hongarije, Albanië en Macedonië, met Bulgarije en Servië als hekkensluiters. Dat wil niet zeggen dat in de Zuid-Europese landen geen kwaliteit wordt geleverd, maar die is allen bereikbaar voor mensen met geld.

De Bang-for-the-Buck bijgestelde scores (hoeveel de zorg in het land zelf waard is) zijn dan ook interessant. Hiermee kunnen arme landen zich nog aardig onderscheiden: gezien het hun smalle budget leveren de Tsjechen en de Slowaken goed waar voor hun geld. En ook hier doet Nederland het met 6.200 goed, zeker vergeleken met Engeland met 5.100, Duitsland met

4.400 en het rijke Luxemburg met slechts 4.300 Euro aan zorgwaarde.

Het is ook te danken aan het feit dat Nederland in 2012 is begonnen met publicatie van de resultaten van artsen en ziekenhuizen (Noorwegen, Portugal en Slowakije eveneens) dat ons land zijn topplek heeft behouden. Groot-Brittannië was tot 2005 de enige ster aan het firmament, maar is sinds 2007 met glans ingehaald door Denemarken die toen een sterrensysteem heeft ingevoerd voor serviceniveaus en tevens medische resultaten, mortaliteit- en morbiditeitscijfers van een aantal diagnoses is gaan openbaren. Bovendien kunnen Deense patiënten regelrecht met een ziekenhuismanager bellen voor vragen of klachten. Duitsland hoort ook bij de – slechts zes – landen die kwaliteitsinformatie verschaffen over een groot aantal ziekenhuizen. Frankrijk is nog niet verder dan de publicatie van de ‘750 beste Franse ziekenhuizen’ in het magazine Le Point.

Nog een opvallende constatering is dat er weinig is te merken van de financiële crisis. De wachtlijsten zijn er niet door toegenomen en ook de drastische bezuinigingen hebben nog niet tot slechtere resultaten geleid.

Vooralsnog valt er voor de Nederlanders dus weinig te klagen. Het gaat hier weliswaar alleen om de curatieve zorg, maar dan is het goed te weten dat de meeste landen niet eens zoiets hebben als een AWBZ en ouderen, geestelijk en lichamelijk gehandicapten en psychiatrische patiënten daar beduidend minder een appel op zorg kunnen doen.

Bij- en nascholing

VUmc Academie: waar kennis stroomt.

Bij- en nascholing dagbehandeling en/of kortverblijf voor verpleegkundigen

Driedaagse basiscursus € 625,-
Eendaagse cursus chirurgie € 215,-

Wat leert u in de basiscursus?

U richt zich op de organisatorische aspecten en uw regiefunctie op de afdeling.

Wat leert u in de scholing chirurgie?

U verdiept zich in uw rol als zorgverlener.

Wat krijg ik als cursist?

De mogelijkheid om ervaringen uit te wisselen met medecursisten, en om mij verder te ontwikkelen als verpleegkundige in mijn rol van regisseur, coach, beroepsbeoefenaar en ontwerper.

VUmc Academie: waar kennis stroomt.

Steeds meer patiënten op de dagbehandeling mogen dezelfde dag weer naar huis. Het aantal dagopnames per 10.000 patiënten verdrievoudigde in 15 jaar tijd volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS, oktober 2012). Deze stijging komt vooral door betere technologie en de psychologische voordelen van snel weer naar huis gaan. Op de afdeling kortverblijf worden patiënten een paar dagen opgenomen. U stemt samen met uw collega's de individuele behoeften van de patiënt af op de mogelijkheden die de zorgeenheid biedt. De afdelingen dagbehandeling en kortverblijf kenmerken zich als een turbulente omgeving met een grote variëteit in specialismen. Dit betekent dat u als verpleegkundige snel moet kunnen schakelen en het overzicht blijven houden. De regie-

functie voert hierbij de boventoon. Dit vraagt bepaalde competenties van u. Met het Verpleegkundig Competentieprofiel Dagbehandeling van de NVDK krijgt u handvatten om u verder te ontwikkelen als verpleegkundige in uw rol van regisseur, coach, beroepsbeoefenaar en ontwerper. Er zijn twee scholingen voor verpleegkundigen die werken op de dagbehandeling of kortverblijf: de basisscholing en de themadag chirurgie. De basisscholing richt zich op de organisatorische aspecten en uw regiefunctie op de afdeling. Tijdens de themadag chirurgie verdiept u zich in uw rol als zorgverlener bij deze patiëntencategorie. Deze scholingen zijn afzonderlijk te volgen.

Programma basisscholing

- Patiëntenlogistiek
- Bedrijfsmatig denken en handelen
- Klantgericht handelen
- Evidence Based zorg verlenen
- Inleiding verbetermanagement
- Werken onder druk
- Overtuigen en argumenteren
- Assertiviteit
- Beïnvloeden van een gesprek
- Het maken en presenteren van een verbeterplan

Programma Chiruriescholing

- Chirurgische behandelmethoden
- Pre-assessment
- Post-operatieve pijnbestrijding + anti-emetica

Plaats: VUmc Academie, Amsterdam

Inschrijven: www.vumc.nl/opleidingen

Informatie: Ingrid Ambagtsheer, opleidingsadviseur,

T. 020 444 2053 E. i.ambagtsheer@vumc.nl

Deze bijscholing is geaccrediteerd bij het Kwaliteitsregister V&V

