

"Natuurlijk in Beweging" is een initiatief van Biomet Nederland BV, gevestigd in Dordrecht.

Deze uitgave is een nieuwsbrief, die belangrijke ontwikkelingen met leuke wetenswaardigheden in de gezondheidszorg combineert.

Natuurlijk in Beweging

In dit nummer o.a.:



Onderzoek naar mogelijk misbruik transitie model ziekenhuizen afgerond



PROM's: echt toegevoegde waarde!



Iedere patiënt verdient een **zorgpad**



Aantal **Fusies** toegenomen...

BIOMET[®]

One Surgeon. One Patient.

Een uitgave van Biomet Nederland BV • maart 2013 jaargang 2 • nummer 7

Door de **bomen**...

Binnen de zorg wordt (terecht) meer en meer de focus gelegd op openheid, transparantie en kwaliteit.

Vele discussies worden gevoerd, maar wordt de juiste diagnose wel gesteld? Heb ik een voldoende ervaren behandelaar? Wat is de kwaliteit van mijn prothese? Heeft mijn ziekenhuis haar zaken op orde? Etc., etc. Het draait veel om het woord 'kwaliteit'. Al zoekende op het internet om het 'container' begrip kwaliteit in de gezondheidszorg beter te kunnen definiëren, kwam ik uit bij de rede ter aanvaarding van ambt van bijzonder hoogleraar op terrein van "Transparantie in de zorg vanuit patiëntenperspectief", gegeven door Diana Delnoij op 15 mei 2009.

Transparantie in de zorg vanuit patiëntenperspectief

In de rede van Delnoij wordt verwezen naar het Amerikaanse Institute of Medicine (IOM) "Het IOM denkt bij kwaliteit dus vooral aan gewenste uitkomsten van zorg. Maar naast gewenste uitkomsten kent de zorg helaas ook ongewenste uitkomsten; complicaties, ongelukken en fouten. Om een volledig beeld van de geleverde kwaliteit te krijgen moet daarom naast de effectiviteit dus ook gekeken worden naar de veiligheid van zorg."



Vandaag de dag wordt er van alles gemeten en worden er uitkomsten gepubliceerd waarbij alles en iedereen centraal staat, maar vaak niet de patiënt. Hoe heeft de patiënt zijn zorg, de specialist en het ziekenhuis ervaren? Zijn er complicaties opgetreden of andere problemen ontstaan?

Komt dit naar voren in bijvoorbeeld een Elsevier enquête over de gezondheidszorg of een Algemeen Dagblad ziekenhuizen test? Het ziekenhuis moet aan allerlei kwaliteitsparameters voldoen, maar deze zijn niet altijd volledig gericht op de patiënt. Veel uitkomsten zijn juist gericht op de instelling zoals: wachttijden tot eerste poli bezoek, wachttijd tot operatie, etc. Zijn dit belangrijke parameters voor de individuele patiënt? Waarschijnlijk wel. Maar toch zouden we meer moeten willen weten. Krijgt de patiënt wat hij/ zij verwacht?

Op allerlei consumentensites worden tegenwoordig ervaringen gedeeld over hoe een product of dienst ervaren wordt, dit is echter nog niet echt gangbaar voor de zorg. Kan het delen van ervaringen van patiënten juist niet leiden tot een kwalitatief betere, goedkopere en efficiëntere zorg? Wordt op deze manier het kaf van het koren gescheiden?

De registratie van Patient Reported Outcome Measures wordt meer en meer de standaard binnen de orthopedie. De uitkomsten van Patient Reported Outcome Measures geven een objectiever beeld van hoe de patiënt de uitkomst van de behandeling ervaart. Verderop in deze uitgave wordt hier meer aandacht aan besteed.

Een ander initiatief is de stichting Miletus, een samenwerkingsverband van zorgverzekeraars voor het meten van de ervaringen van de patiënt in de zorg, met als doel ten behoeve van verzekeraars, zorgaanbieders en patiëntenorganisaties sturingsinformatie te verkrijgen om de kwaliteit van de zorgverlening te bevorderen.

Door de patiënt en zijn ervaringen meer en meer centraal te stellen, zullen we langzaam door de bomen het bos genaamd 'gezondheidszorg' gaan zien...

Roland van Esch,
Managing director, Biomet Nederland BV

Onderzoek naar mogelijk misbruik transitie-model ziekenhuizen afgerond



Begin maart jl. heeft de Commissie Mogelijk Misbruik Transitie-model haar eindrapport aangeboden aan het bestuur van Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Het rapport is te vinden op de website van ZN (www.zn.nl).

Onderzoek

Het transitie-model kent een looptijd van twee jaar en is bedoeld om een soepele overgang van budget- naar prestatie-bekostiging te bewerkstelligen. Vorig jaar zomer werden geluiden vernomen dat sommige verzekeraars in hun contractering het transitie-model misbruikten om tijdelijk financieel voordeel te behalen ten opzichte van de collega-verzekeraars.

Naar aanleiding van deze berichten heeft het bestuur van ZN in september 2012 besloten om een onafhankelijk onderzoek uit te voeren. Hiertoe werd een speciale commissie in het leven geroepen: Commissie Mogelijk Misbruik Transitie-model. Deze Commissie (bestaande uit de leden Bishop, Voetelink en Pheijffer) heeft in het najaar van 2012 een onderzoek uitgevoerd naar mogelijk én feitelijk misbruik bij de toepassing van het transitie-model bij alle zorgverzekeraars, alle academische ziekenhuizen en bij een aantal algemene ziekenhuizen.

Bevindingen van de Commissie

- de diverse regelingen zijn uiterst complex en niet altijd eenvoudig te doorgronden
- het onderzoek heeft geleid tot een normenkader voor de beoordeling van de contractering door zorgverzekeraars en ziekenhuizen

- het onderzoek heeft een 'reinigende' werking gehad; gedurende het onderzoek is door verzekeraars een aantal al afgesloten contracten nogmaals gezien en zo nodig aangepast
- misbruik of fraude bij het door zorgverzekeraars gevoerde contracteringsbeleid kon niet worden geconstateerd; de definitieve beoordeling van de contractering 2012 dient in de komende jaren plaats te vinden op basis van consistentie in de zorginkoop.

Conclusie

Ondanks enkele onregelmatigheden in de contractering, stelt de Commissie vast dat aan het beoogde einddoel door zorgverzekeraars en ziekenhuizen in de goede richting wordt gewerkt. Dit einddoel kan worden omschreven als: 'inkoop door zorgverzekeraars op basis van marktconforme prijzen en integrale prijzen met een maximale inzet op kwaliteit en doelmatigheid'.

De voorzitter van ZN, André Rouvoet, stelt in reactie op het eindrapport dat het onderzoek precies op het juiste moment is gekomen. Bij die contracten waar vraagtekens geplaatst konden worden, hebben de betrokken zorgverzekeraars de contracten opnieuw gezien. Ook beaamt Rouvoet dat het systeem razend ingewikkeld is. De diverse aanbevelingen van de Commissie zijn door ZN overgenomen.

Lees verder op de volgende pagina.



2013: **Focus** op correct declareren en bestrijding fraude

Het overgrote deel van de zorgaanbieders declareert correct. Toch duiken er in de media geregeld berichten op over extreem hoge ziekenhuisdeclaraties en fraude-verhalen. Recent speelde in dit verband in Terneuzen de zogenaamde 'oorsmeer-gate'. Maar ook de hoge declaraties kindergeneeskunde bij het VU Medisch Centrum en mogelijke mis-declaraties bij de afdeling interne geneeskunde van het Catharina Ziekenhuis. De NZa heeft aangekondigd dit jaar haar toezicht op correct declareren te intensiveren en gaat ziekenbestuurders en medisch specialisten aanspreken op hun verantwoordelijkheid bij het voorkomen van onterechte declaraties. Ook roept de NZa verzekeraars op om de controles aan te scherpen.

Onderzoek

Uit recent onderzoek gebaseerd op ruim 40 vraaggesprekken naar de beleving van, en de bereidheid tot, naleving van de declaratievoorschriften uit de WMG (Wet Marktordening Gezondheidszorg) door ziekenhuisbesturen en medisch specialisten blijkt dat:

- medisch specialisten en ziekenhuismedewerkers veelal beter uit de voeten kunnen met de per 2012 gewijzigde DBC-systematiek (DOT); de voorschriften roepen echter nog wel de nodige (interpretatie)vragen op die aanleiding kunnen geven tot registratiefouten
- de DOT-systematiek, als een gesloten en geautomatiseerd systeem, als minder misbruikgevoelig wordt beschouwd; de gelegenheid tot upcoding is beperkt
- veel ziekenhuizen bezig zijn het registratieproces te verbeteren. Dit is soms een moeizaam proces omdat veel nieuwe voorschriften ingrijpend zijn gewijzigd waarbij het soms ontbreekt aan goede praktijkgerichte, en tijdige voorlichting door NZa en/of DBC Onderhoud. Tevens is er relatief weinig tijd beschikbaar voor de implementatie van de wijzigingen. Er wordt in de interviews een kloof ervaren tussen de dagelijkse ziekenhuispraktijk en de wereld van het beleid en de regelgeving. De handhaving stijl van de NZa ervaart men als repressief en niet op overleg gericht. Zorgbestuurders missen in de NZa een partner die samen met het veld naar oplossingen zoekt
- de bereidheid tot naleving van de registratie- en declaratievoorschriften onder de respondenten hoog is. Ziekenhuisbestuurders, controllers en medisch specialisten wijzen incorrect declareren, in de zin van onnodige, niet verleende of te dure zorg, krachtig af. De onduidelijkheid van de registratie- en declaratievoorschriften kent ook een grijs gebied; een deel van de respondenten neemt die ruimte en voelt zich daartoe vrij en gelegitimeerd

Wat staat er de komende tijd te gebeuren?

De NZa gaat op basis van de recente ervaringen en onderzoeksbevindingen in overleg met de brancheorganisaties van ziekenhuizen, verzekeraars en specialisten om te werken aan de vereenvoudiging en verbetering van de regels en administratieve voorschriften.

Bij de NZa-Informatielijn kunnen aanbieders en verzekeraars terecht die vragen hebben over de regels. Ook zal de NZa actief aangeven wat de belangrijkste do's en don'ts zijn bij het declareren.

Verzekeraars moeten hun controles van declaraties aanscherpen. Onlangs hebben zij hierover een brief van de NZa ontvangen. Uit onderzoek blijkt dat verzekeraars declaraties laat en niet diepgaand genoeg controleren. Ook moeten zij mogelijke fraude meer planmatig gaan onderzoeken. Verzekeraars kunnen met gegevensanalyse declaratieverschillen tussen ziekenhuizen in kaart brengen. De NZa is van mening dat dergelijke analyses en controles nog onvoldoende plaatsvinden.

Als de verzekeraars dit jaar geen verbetering laten zien, kan de NZa zelfs overgaan tot het geven van boetes. Tenslotte heeft de NZa een meldpunt ingesteld voor mogelijke 'verdachte declaraties'. De recente publiciteit over mogelijke onterechte declaraties heeft inmiddels geleid tot 500 nieuwe meldingen bij de NZa.

Taskforce Integriteit Zorgsector

Conform het voorgestane beleid met betrekking tot de aanpak van zorgfraude hebben begin maart 2013 negen partijen onder leiding van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport een convenant tegen zorgfraude getekend. Dit betreffen naast VWS, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid (Inspectie SZW), Fiscale Inlichtingen en Opsporingsdienst (FIOD), Belastingdienst, Openbaar Ministerie (OM) en het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Het convenant regelt de oprichting van de Taskforce Integriteit Zorgsector. Doel van deze taskforce is het verbeteren van de preventie, detectie en repressie van zorgfraude. De verschillende partijen in de zorgketen geven hiermee aan de aanpak van zorgfraude te versterken door intensiever samen te werken. Ook zal informatie over ernstige zorgfraudes sneller en effectiever worden gedeeld. De NZa zal ook hierin een leidende rol spelen.

Visie van de Orde van Medisch Specialist

De Orde van Medisch Specialist (OMS) onderkent het belang van correct declareren en stelt dat het aanpakken van te hoge zorgrekeningen een gedeelde verantwoordelijkheid is van medisch specialisten, ziekenhuizen, verzekeraars en toezichthouder. Hierbij verwijst de Orde ook op het vorig jaar ingevoerde declaratiesysteem (DOT) dat bedoeld is om meer grip te krijgen op daadwerkelijke gemaakte zorgkosten en perverse prikkels tegen worden gegaan. Volgens de Orde zitten in het nieuwe declaratiesysteem nog enkele technische weeffouten, waardoor incidenteel te hoge declaraties kunnen ontstaan. De 'checks and balances' van het nieuwe DOT-systeem zijn in de visie van de Orde nog niet optimaal. De Orde komt binnenkort met een richtlijn voor medisch specialisten over correct declareren.

NZa-Uitvoeringstoets invoering integrale tarieven 2015 van start

Het kabinet heeft in haar regeerakkoord het advies van de Commissie Meurs met betrekking tot invoering van Integrale Tarieven per 2015 overgenomen. Tevens heeft zij aangegeven het rapport van de commissie als leidraad te zullen hanteren bij het toekomstige inkomensbeleid gericht op medisch specialisten. Het betreffende beleid bouwt voort op het in 2011 gesloten Convenant tussen VWS, Orde en NVZ over de bekostiging van de vrijgevestigd medisch specialisten en wordt ondersteund door de afspraken uit het Bestuurlijk Hoofdlijnen Akkoord dat is gesloten tussen VWS, ZN, NFU, NVZ en ZKN.

Onder 'integraal tarief' wordt verstaan dat in de declaratie het huidige onderscheid tussen kosten en honorarium komt te vervallen. Op het eerste gezicht lijkt de invoering van integrale tarieven mogelijk op een eenvoudige administratieve technische wijziging. Er is echter sprake van een groot aantal uitstralingseffecten die betrekking hebben op de positionering van de medisch specialist. Eind januari 2013 heeft VWS aan de NZa gevraagd om, in overleg met betrokken partijen, een advies te formuleren over de bekostigingsaspecten en randvoorwaarden voor de invoering van integrale tarieven per 2015.

Onderdelen NZa-advisering

VWS is voornemens om de nu geldende deelregulering bij de vrijgevestigd medisch specialisten (beheersmodel) op te heffen en de vastgestelde honorariumtarieven per 2015 af te schaffen. Tevens zullen de gescheiden macrokaders voor vrijgevestigd medisch specialisten en ziekenhuizen worden samengevoegd. Bij de invoering van integrale tarieven zal over het gehele integrale zorgproduct, met maximaal flexibele inzet van arbeid en kapitaal, onderhandeling plaats gaan vinden tussen de zorgaanbieder en de verzekeraar. Invoering van integrale tarieven leidt er in de kern toe dat veldpartijen meer vrijheden en ruimte krijgen om de zorg en het financieren daarvan zélf optimaal in te richten. Zorgverzekeraars onderhandelen over de prijs van de integrale DBC zorg producten en kunnen bij de inkoop desgewenst sturen op taakherschikking en vervanging. De NZa is verzocht om de gevolgen in kaart te brengen van de invoering van integrale tarieven in de verschillende segmenten in de medisch specialistische zorg (vrije segment en het gereguleerde segment) en voor het kosten- en honorariumdeel. De NZa zal ook bezien of de machtsverhoudingen tussen de relevante partijen voldoende in evenwicht zijn. Maar ook of er in dat licht aanvullende maatregelen nodig zijn om dat evenwicht tussen de partijen zo nodig te borgen. Daarnaast gaat de NZa in op de vorming van regiomaatschappen waarbij nader zal worden onderzocht welk ontmoedigingsbeleid gevoerd zou kunnen worden.

Procedure

De NZa voert op dit moment, naar aanleiding van de adviesaanvraag, besprekingen met de betrokken branches. Het een en ander leidt tot een formeel Consultatie-document dat uiteindelijk de basis

vormt van het NZa-advies aan VWS. De betrokken branches zijn bezig met het formuleren van een visie. De Orde heeft in het najaar van 2012 een Visiedocument over de medisch specialist in 2015 uitgebracht. In vervolg daarop heeft de Orde een Positioneringsnota uitgebracht als voorzet voor de discussie. Zowel de Orde als de NVZ peilen de mening van hun achterbannen via regionale discussiebijeenkomsten. De bevindingen vanuit deze bijeenkomsten vormen belangrijke input voor de branches in de besprekingen met de NZa.

Fiscale positie

Bij de invoering van integrale tarieven speelt nadrukkelijk het vraagstuk van de fiscale positie van de vrijgevestigd medisch specialist. De vrijgevestigd specialist kan zijn fiscale (ondernemers-) voordelen verliezen wanneer niet langer aan de voorwaarden voor vrij beroep wordt voldaan. Mogelijk vervalt de huidige VIA/AAN-constructie. Deze constructie vormt op dit moment de basis voor de ruling van de Belastingdienst op grond waarvan vrijgevestigde medisch specialisten als zelfstandig ondernemer worden aangemerkt. Met de invoering van integrale tarieven komt de ruling van de Belastingdienst naar verwachting te vervallen. Dit vraagstuk betreft echter het domein van de belastingdienst. De NZa zal hierover dan ook geen advies afgeven. In het verlengde hiervan speelt ook het probleem van de goodwill. Ook hierover zal de NZa in haar advies geen richtinggevende uitspraken doen. De fiscaliteit evenals de goodwill zullen verder worden uitgewerkt door de Convenantspartijen, te weten, VWS, Orde en NVZ.

Jaarrekening ziekenhuis 2012 kritisch beoordeeld

Door de introductie van DBC-zorgproducten (DOT), de invoering van prestatie-bekostiging, de nieuwe contract vormen én de samenloop met het transitie-model en het beheersmodel medisch specialisten is de opstelling van de jaarrekening 2012 van het ziekenhuis uiterst complex. Eind vorig jaar waarschuwden de accountants voor het risico op een sectorbrede niet-goedkeurende accountantsverklaring bij de jaarrekening over 2012. Naar aanleiding van deze berichten hebben de NVZ en NFU het initiatief genomen om in overleg met hun achterbannen, verzekeraars en accountants een praktische leidraad/handreiking voor de omzetbepaling 2012 op te stellen. De handreiking geeft een nadere duiding van de NZa-beleidsregels en geeft richting aan de financiële verantwoording in het kader van de jaarrekening én in het kader van het transitie-model en beheersmodel medisch specialisten. De handreiking is medio februari 2013 overgenomen door de NZa.

De toepassing van de handreiking geeft overigens geen garantie op een goedkeurende accountantsverklaring. Toepassing van de handreiking draagt er toe bij dat de kansen op een accountantsverklaring met zo min mogelijk beperkingen worden vergroot. Op dit moment worden de jaarrekeningen van de ziekenhuizen opgemaakt. Binnenkort zal duidelijk worden hoe de accountantsbeoordelingen zijn.



PROM's: echt toegevoegde waarde!

Kwaliteit is belangrijk. Meten is weten. Toetsen op resultaat en echt weten waar het om gaat. Vanuit het vakgebied Orthopedie staan de kwaliteitscriteria volop in de aandacht. Vanaf 1 januari 2013 is het in ziekenhuizen en ZBC's gewenst om te gaan werken met PROM's (Patient Reported Outcome Measures).

De redactie van 'Natuurlijk in Beweging' ging in gesprek met Klaas van der Heijden, orthopedisch chirurg en één van de grondleggers van Kliniek ViaSana.

'Binnen onze kliniek is kwaliteit altijd al de drijfveer geweest maar echte gevalideerde vragenlijsten (PROM's) zijn er bij ons pas sinds vorig jaar januari', aldus Klaas van der Heijden.

'Ik hecht aan dergelijke PROM's heel veel waarde omdat de kwaliteit van een behandeling zodoende inzichtelijk kan worden gemaakt. En dat is weer goed om als chirurg je werk steeds weer beter te gaan doen en tevreden patiënten te behouden. Ik ben al lang voorstander van een dergelijk systeem omdat we kunnen leren van zaken die beter kunnen en vanuit onze professie topkwaliteit kunnen leveren'.

Werd er dan door niemand gemeten?

'Nee, alleen nog maar door een beperkt aantal maatschappen en dan alleen voor sommige aandoeningen', aldus Van der Heijden. 'Soms met eigen systemen en soms door zorgverzekeraars. De zorgverzekeraars onderzochten via de PROM's alleen retrospectief. De uitkomsten van het eigen systeem en die van de zorgverzekeraars waren niet vergelijkbaar. Om data met elkaar te kunnen vergelijken moet wel iedereen dezelfde uitkomstmaat gebruiken.

Bij de beoordeling van de data moet de casemix meegenomen worden, anders wordt het toch appels met peren vergelijken. Onze beroepsgroep werkt nu nog beperkt samen met de zorgverzekeraars, in het bijzonder bij het kiezen van de beste PROM's. Echter, een goede evaluatie van deze uitkomsten kan niet zonder onze expertise. De NOV (Nederlandse Orthopedische Vereniging) maakt zich hier ook sterk voor en de Commissie Kwaliteit is bezig met de selectie van PROM's per behandeling. Voor heupprothese-operaties zijn die gereed'.

Permanente aandacht voor kwaliteit

'Ik ben bijzonder blij met de rol van de zorgverzekeraars, media en patiëntenverenigingen'. Waarom? 'Deze partijen zijn kritisch en doen voorstellen voor verbetering van de zorg. Dat er meer over onze schouders wordt meegekeken geeft de zorgprofessionaal een gezonde druk om beter te presteren.

De kartrekkers binnen de wetenschappelijke verenigingen krijgen hierdoor eerder draagvlak voor verbeteringen. We moeten als medisch specialisten namelijk wel het initiatief behouden. En dan is het objectief en gevalideerd meten van onze kwaliteit in dit tijdperk van transparantie en bezuinigingen heel belangrijk'.

Tijd en aandacht

'Kwaliteitsmetingen en goede patiëntenvoorlichting zijn belangrijke actuele onderwerpen. Dit geldt ook voor een goede en duidelijke communicatie over een ingreep. Wellicht een 'open deur' maar ik benoem hem wel met nadruk. Patiënt tevredenheid heeft ook alles te maken met duidelijke voorlichting en een juiste inschatting van de risico's van een therapie. Met andere woorden: het schetsen van een realistisch tijd- en behandelplan voor de patiënt is van groot belang en daardoor steun ik het idee van een "bijsluiters" voor medische behandelingen volledig. Een dergelijke duidelijke voorlichting helpt bovendien in de herstelperiode van de patiënt'.

Invoeren eenvoudig?

'Binnen ViaSana geven wij tijd en aandacht aan PROM's omdat het een essentieel onderdeel van onze bedrijfsvoering is. Patiënten worden tijdens de preoperatieve screening ook gevraagd PROM's op een touchscreen werkstation in te vullen. Postoperatief krijgen ze periodiek per e-mail verzoeken om dezelfde vragenlijsten via een beveiligde website met een inlogcode in te vullen. Sinds begin 2012 werken wij voor alle behandelingen met PROM's. Verder zijn wij erg actief om een maximale response te krijgen door herinneringen te sturen aan

deelnemers. Soms schiet de vragenlijst er bij de patiënt wel eens tussendoor en een maximale follow-up verbeterd de waarde van de PROM's'.

Ging de invoering van PROM's bij onze kliniek zonder slag of stoot? 'Natuurlijk niet', aldus Van der Heijden, 'het is een omvangrijke registratie die veel tijd en inspanning vraagt van alle betrokkenen. Maar ik denk dat we de zaken nu aardig op de rit hebben en kritisch zijn bij het maken van aanbevelingen voor verbetering. Juist weer om die kwaliteit inzichtelijk te maken'.

Kwaliteit leveren: een continu proces

'Ik ben enthousiast over de PROM's en hoop van harte dat dit systeem meer wordt ingezet om de kwaliteit van ons handelen als specialisten nog meer inzichtelijk te maken. Kwaliteit leveren en hier zelf verantwoordelijkheid voor nemen, o.a. als het lid van de bijzonder actieve Cie. Kwaliteit van de NOV en van het college van deskundigen van de ZKN, gaan wat mij betreft hand in hand'.

Drs. Klaas van der Heijden is orthopedisch chirurg en medisch directeur van ViaSana in Mill. Hij houdt zich voornamelijk bezig met zijn specialisatie van knieafwijkingen.

Zijn missie is: meer kwaliteit, keuze en service voor patiënten.

Doel van onlinePROMS is het veilig, eenvoudig en laagdrempelig verzamelen van PROMS. Uitgangspunt is hierbij dat het systeem altijd en overal bereikbaar is, van iPad tot PC. onlinePROMS wordt standaard opgeleverd in de huisstijl van het ziekenhuis, om zo herkenbaarheid en vertrouwen uit te stralen naar de patient toe.

onlinePROMS biedt naast een vriendelijke, makkelijke te gebruiken interface een aantal belangrijke voordelen – voor zowel patient als ziekenhuis:

- Automatisch opvolging van patiënten (bijv. 6, 12 en 24 maanden), incl. herinnering
- 20 bestaande vragenlijsten beschikbaar, eigen vragenlijsten eenvoudig aan te maken
- Eenvoudige eigen vragenlijsten toe te voegen
- Automatisch samenstellen "papier" vragenlijsten
- Invoer papieren vragenlijsten kan intern plaatsvinden
- Export gegevens naar SPSS / Excel
- SMS / E-mail communicatie naar patient toe (Uw operatie is morgen, denkt u aan...)
- Betaalbaar, flexibele contracten en snelle levering
- Ondersteuning standaard opgenomen in licentie

onlinePROMS is een product van Interactive Studios.

Voor meer informatie kunt u contact opnemen met Thomas Timmers / thomas@interactivestudios.nl

Ook kunt u een kijkje nemen op www.onlineproms.nl

Kort bericht

Winstuitkering ziekenhuizen

Ziekenhuizen mogen winst gaan uitkeren mits zij gedurende een langere periode structureel financieel gezond zijn. Ook moet een ziekenhuis eerst aan strenge eisen over financiële reserves voldoen. Met de mogelijkheid om winst uit te keren wordt het aantrekkelijker om privaat geld in ziekenhuizen te investeren, zodat ziekenhuizen niet alleen meer op leningen van banken zijn aangewezen. De kwaliteit en dienstverlening van de zorg kan hiermee worden vergroot, zonder dat dit de belasting- en premiebetaler geld kost. Dat staat in een wetsvoorstel over winstuitkering door ziekenhuizen, waar de ministerraad heeft ingestemd.

In het regeerakkoord was afgesproken dat een eerder voorstel van minister Edith Schippers (Volksgezondheid) zou worden aangescherpt. Daarin stond al dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) eerst de kwaliteit van de ziekenhuiszorg toetst voordat een instelling winst mag uitkeren. Ook moet er genoeg geld in kas zitten. In het nieuwe voorstel staat ook nog dat bijvoorbeeld boekwinsten als gevolg van herwaardering niet worden meegeteld.

Tot nu toe geldt voor ziekenhuizen - anders dan bijvoorbeeld extramurale AWBZ-zorg en huisartsen - een verbod op winstuitkering. Hierdoor zijn ziekenhuizen niet in staat privaat kapitaal in de vorm van risicodragend (eigen) vermogen aan te trekken. Ziekenhuizen zijn daardoor vooral afhankelijk van leningen van banken.

In het regeerakkoord is afgesproken om aanvullende voorwaarden te stellen aan winstuitkering door ziekenhuizen. Die komen er op neer dat geen winstuitkering mag plaatsvinden als het eigen vermogen - uitgedrukt als percentage van het balanstotaal - niet tenminste 20% is. Ook mogen niet-gerealiseerde winsten (zoals boekwinsten als gevolg van herwaardering) niet worden meegeteld. Een andere eis is dat er geen winstuitkering kan zijn wanneer het resultaat van de onderneming niet tenminste drie achtereenvolgende jaren positief is.

Door private investeringen in ziekenhuizen mogelijk te maken, komt er naar verwachting een hogere kwaliteit van de zorg en betere dienstverlening voor de patiënt. Ook komen noodzakelijke zorginnovaties daardoor sneller van de grond. Verschaffers van privaat kapitaal hebben een belang bij een goede en doelmatige bedrijfsvoering. Als 'hun' ziekenhuis op kwaliteit en dienstverlening hoog scoort, trekt het meer patiënten. Dit levert zowel voor de patiënt als de private investeerder voordelen op in hogere kwaliteit van zorg tegen een scherper prijs (15 februari 2013, ANP).

Iedere patiënt verdient een **zorgpad**



In het afgelopen jaar (2012) is er in Nederland 14.000 keer een patiënt geopereerd met een heup- of knie-implantaat van Biomet. De ingreep zelf maakt slechts een klein onderdeel uit van de totale behandeling van de patiënt. Het verbeteren van de kwaliteit van de orthopedische zorg beperkt zich wat Biomet betreft dan ook niet tot het leveren van een kwalitatief hoogwaardig implantaat. De kwaliteit van de orthopedische behandeling hangt namelijk ook af van de kwaliteit van de operateur, de kwaliteit van het behandelende team zowel op OK als op de afdeling, de voorlichting van de patiënt, de aansluiting van het post-klinisch proces op de klinische periode en de patiënt zelf.

Mede hierom is Biomet al sinds 1997 samen met de zorgaanbieders actief bezig met het optimaliseren van de kwaliteit van de orthopedische behandeling, door het implementeren van zorgprogramma's. Eerst onder de naam Gezamenlijk Herstelplan, later Joint Care en inmiddels Rapid Recovery. Deze zorgprogramma's kent een grote gelijkenis met de in de literatuur beschreven klinische paden, zie hiervoor de definitie in Netwerk Klinische paden 2001¹. De focus op multidisciplinairiteit, standaardisatie van handelen en het vastleggen in een zorgprogramma moet bijdragen aan de kwaliteit en de efficiëntie van de zorgverlening.

Definitie klinisch pad(2001):

Een verzameling van methoden en hulpmiddelen om de leden van het multidisciplinair en inter professioneel team op elkaar af te stemmen en taakafspraken te maken voor een specifieke patiëntenpopulatie. Het is een concretisering van een zorgprogramma met als doel kwalitatieve en efficiënte zorgverlening te verzekeren.

Of zoals het Centraal Begeleidings Orgaan het omschrijft²: het samen brengen van de medische wereld (wat moet bij de patiënt gedaan worden en waarom) en de wereld van het ziekenhuismanagement (wie doet wat, waar, wanneer en hoe). Het hebben van een klinisch pad dient hierbij als instrument om de voorspelbaarheid van zowel het proces als de uitkomst te vergroten. En kan hierdoor als leidraad dienen bij scholing, planning en voorlichting ten einde de verwachtingen van de patiënt en de zorgaanbieder te vergroten en daarmee de kwaliteit van de behandeling te vergroten³.

Net als de noodzaak om de klinische paden in uw ziekenhuis te updaten is ook de definitie van het klinisch pad vernieuwd. In 2007 heeft K. Vanhaecht⁴ een van de Europese grondleggers van het klinisch pad denken, een nieuwe definitie van het klinisch pad gepresenteerd. Welke vandaag de dag door de European Pathway Association wordt gehanteerd. Deze definitie voegt vooral toe dat het klinische pad ingaat op de doelen en de instrumenten die gebruikt worden, de wijze waarop communicatie en borging plaatsvinden, het contact met de patiënt en zijn familie door de verschillende teamleden van het behandelend team, de borging en de rechtvaardiging van middelen. Maar misschien nog wel belangrijker het doel van het klinisch pad werd anders gedefinieerd expliciet wordt beschreven dat een klinisch pad tot doel heeft: De kwaliteit van zorg in het gehele continuüm te vergroten door het verbeteren van op risico gecorrigeerde "patient outcomes", het bevorderen van de patiëntveiligheid van patiënten, het verhogen van de patiënttevredenheid en het optimaliseren van het gebruik van middelen. Deze nieuwe doelstelling kent grote gelijkenis met de doelstelling van de Rapid Recovery, de update van het Joint Care-programma. De filosofie van het programma is gebaseerd op het

"Fast track"gedachtegoed van prof. dr. H. Kehlet, voorzitter van Biomet's European Rapid Recovery Advisory board, en gaat er vanuit dat door minimalisatie van de impact die het medisch handelen heeft op lichaam en geest de kwaliteit van de behandeling verhoogd wordt, de tevredenheid van patiënt en medewerker vergroot wordt en de kosten worden gereduceerd.

De ruim 15 jaar ervaring die Biomet heeft opgedaan met de implementatie van zorgprogramma's toont ook een aantal beperkingen van het klinische pad denken. Tijdens de implementatie van de Rapid Recovery zorgprogramma's vermijden we eerder ervaren valkuilen. De eerste beperking kan omschreven worden als het middel dat tot doel verheven is. De klassieke klinische paden zijn vaak tijd gedreven en leiden tot het hebben van dagschema's, een mooi voorbeeld hiervan is het Joint Care programma. In dit programma werden patiënten groepsgewijs opgenomen en na op dezelfde dag geopereerd te zijn ook groepsgewijs ontslagen. Een binnen de theorie van het klinisch pad zeer legitieme denkwijze; hierbij zijn we de patiënt uit het oog verloren. Daarom wordt in het Rapid Recovery programma niet langer gewerkt met een gestandaardiseerde ligduur, maar met gestandaardiseerde ontslagcriteria. Op deze wijzen wordt geborgd dat iedere patiënt op een voor hem of haar veilig moment ontslagen wordt, een in onze ogen verhoging van de kwaliteit voor de individuele patiënt.

Een tweede beperking van het klinisch pad zit besloten in de naam. Het klinisch pad focust op de klinische periode terwijl net als dat behandeling meer is dan de ingreep duurt het herstel langer dan de klinische fase. Door de focus op één schakel van de keten gaat gelden wat Fred Lee beschrijft in "What if Disney ran your Hospital" optimaliseren van één schakel leidt tot een suboptimalisatie van de totale keten. De uitdaging ligt bij implementaties daarom op de inbedding van een het in de transmurale omgeving.

Bovenstaande dient niet gelezen te worden als kritiek op het "klinisch pad-denken", maar als aanvulling op een goed concept. Een concept waar, mits goed toegepast, wij van vinden dat iedere (toekomstige) patiënt daar recht op heeft. Daarom zullen wij ons ook in de toekomst, bij voorkeur gezamenlijk met de zorgaanbieders, in blijven zetten voor het continue optimaliseren, borgen en evalueren van de orthopedische zorg om de kwaliteit te verhogen en dus de zorg betaalbaar en toegankelijk te houden.

Niels Stolk

HCI manager Biomet

1 Sermeus W. en K. Vanhaecht: Wat zijn Klinische Paden? In Acta Hospitalita 2002-3

2 www.cbo.nl/Downloads/520/cbo_handout_klin_pad.pdf

3 Dowsey M et al. Clinical pathways in hip and knee arthroplasty: a prospective randomised controlled study in Med J Aust. 1999; 170 (2): 59-62.

4 Vanhaecht, K., De Witte, K. Sermeus, W. (2007). The impact of clinical pathways on the organisation of care processes. PhD dissertation KULeuven, 154pp, Katholieke Universiteit Leuven.

Korte berichten

Schippers gaat met zorgveld praten over basispakket

Minister Edith Schippers gaat praten met organisaties van onder meer artsen, patiënten, verzekeraars en farmacie om mee te denken over behandelingen en medicijnen die uit het basispakket van de zorgverzekering kunnen. De zorg moet voor iedereen in Nederland betaalbaar en toegankelijk worden gehouden. Daarvoor moeten we het basispakket versoberen. Zo houden we de solidariteit in de zorg overeind en zorgen we ervoor dat deze behandelingen voor iedereen beschikbaar blijven, ook voor mensen met lagere inkomens.

De minister moet deze kabinetsperiode € 1,5 miljard bezuinigen op het basispakket, dat door nieuwe therapieën en behandelingen steeds verder uitdijt. Elk jaar komen er nieuwe, vaak heel dure, hoogtechnologische behandelingen, technologieën, hulpmiddelen en geneesmiddelen in het pakket. Vaak zijn dit dure behandelingen en medicijnen tegen kanker. Het pakket wordt dus jaar op jaar groter en er wordt ook meer gebruik van gemaakt. Daarom moet goed worden bekeken wat collectief via de zorgverzekering betaald kan blijven en welke aandoeningen mensen voor eigen risico en rekening kunnen nemen (28 februari 2013, ANP).

Concentratie maakt zorg niet altijd beter

Concentratie van medische ingrepen en behandelingen in ziekenhuizen leidt niet noodzakelijkerwijs tot een betere kwaliteit van zorg voor patiënten. Dit blijkt volgens onderzoekers uit een rapportage van het Consortium Onderzoek Kwaliteit van Zorg, een samenwerking tussen iBMG, IQ healthcare en het NIVEL. De afgelopen jaren zijn voor de Nederlandse ziekenhuizen normen ontwikkeld voor een minimum aantal behandelingen of ingrepen bij bepaalde aandoeningen. De achterliggende gedachte daarvan is dat de kwaliteit van de ingreep hoger is als deze vaker wordt uitgevoerd.

Voor een aantal ingrepen is dit zeker het geval, maar voor veel behandelingen is dit niet onderzocht of is een verband niet aangetoond. Is het verband tussen volume en kwaliteit wel aangetoond, dan is het achterliggende mechanisme daarvan vaak onbekend. De beleidsdiscussie zou zich daarom moeten toeleggen op de vraag welke organisatievorm en manier van zorgverlening de kwaliteit optimaliseert, in plaats van eenzijdig te focussen op een voldoende aantal patiënten (28 januari 2013, Nivel).

Aantal **Fusies** toegenomen...

A12-ziekenhuizen bereiden bestuurlijke fusie voor

Het Bronovo Ziekenhuis, het Medisch Centrum Haaglanden, beide uit Den Haag, en het Groene Hart Ziekenhuis uit Gouda bereiden een bestuurlijke fusie voor. De ziekenhuizen werken sinds 2008 informeel samen in de zogenoemde A12-coöperatie. De samenwerking richtte zich vooral op gedeelde projecten op ICT- en inkoopgebied, en de jaren ook op het gebied van concentratie van zorg. Het noodlijdende LangeLand Ziekenhuis in Zoetermeer maakte tot oktober 2012 ook deel uit van deze coöperatie. De oriëntatie op een bestuurlijke fusie is een logisch gevolg van de groeiende samenwerking. Binnen een paar maanden wordt een definitief besluit verwacht (28 februari 2013, Skipr).

Fusie Haga en Reinier de Graaf toegestaan

Het HagaZiekenhuis (regio Den Haag) en de Reinier de Graaf Groep te Delft mogen fuseren. Dat maakte de Nederlandse Mededingingsautoriteit bekend. Die onderzocht of een fusie negatieve gevolgen zou kunnen hebben voor de concurrentie in de regio, maar dat blijkt niet zo te zijn.

Er blijven voldoende andere ziekenhuizen over waar patiënten naartoe kunnen gaan als zij niet tevreden zijn over het aanbod van het HagaZiekenhuis en/of de Reinier de Graaf Groep. Ook is er volgens de NMa bij de andere ziekenhuizen in de regio voldoende capaciteit om extra patiënten op te vangen, mocht dat nodig zijn. De NMa heeft voor het onderzoek de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), de concurrerende ziekenhuizen en zorgverzekeraars die actief zijn in de regio geraadpleegd. (21 januari 2013, ANP)

Samenwerkingsgolf overspoelt zorgsector

Met 179 nieuwe samenwerkingsverbanden is de zorgsector in 2012 overspoeld door een samenwerkingsgolf. Het aantal nieuwe verbanden is ten opzichte van 2011 bijna verdubbeld

(JBR Management Consultants, Zorgsamenwerkingsmonitor). In 2011 was sprake van 97 nieuwe samenwerkingsverbanden, vorig jaar waren dat er 179. Met 69 nieuwe samenwerkingen liet met name het eerste kwartaal een sterke piek zien. Geacht is dat met de samenwerkingsgolf € 10 miljard aan zorgomzet is gemoeid op een totaal aan collectieve uitgaven van € 90 miljard.

De belangrijke oorzaak van de samenwerkingsgolf is waarschijnlijk het nieuwe contractbeleid van de zorgverzekeraars, dat steeds meer gebaseerd is op volumennormen. Kleinere zorgaanbieders komen moeilijker aan de onderhandelingsstafel omdat zij door hun geringe aandeel in de schadelast een lagere prioriteit krijgen. Daarnaast worstelen met name kleinere aanbieders met kostbaar, onrendabel vastgoed. Mede om deze reden gaan 'kleine organisaties steeds vaker schuilen bij een grote broer'. Zorginstellingen met teveel ruimte in hun vastgoedjasje beginnen stilaan vast te draaien en worden een 'target' voor overname. Hoewel er meer wordt samengewerkt is het aantal fusies in 2012 beduidend lager dan in 2011.

In de care is zelfs sprake van een halvering van het aantal fusies. Toch verwacht JBR dat het aantal fusies op termijn flink zal toenemen. Zodra aanbieders werkprocessen en delen van de bedrijfsvoering gaan integreren, worden andere samenwerkingsvormen dan fusies moeilijk werkbaar. Voor 2013 wordt een lichte daling van het aantal nieuwe samenwerkingsverbanden verwacht. Daarnaast voorziet JBR dat dit jaar één of meerdere ziekenhuizen door private partijen zullen worden overgenomen. Het gaat hierbij in het bijzonder om het LangeLand Ziekenhuis in Zoetermeer, het Ruwaard van Putten in Spijkenisse en het Rode Kruis Ziekenhuis in Beverwijk. JBR ziet veel activiteit onder private investeerders. In dit verband wijst JBR op de oprichting van het nieuwe zorgfonds door Holland Venture en Gilde en de verkoop van Medinova aan NPM Healthcare (1 februari 2013, Skipr).

Spoedeisende zorg

ZN maakt werk van concentratie specialistische SEH

Zorgverzekeraars willen de complexe spoedeisende zorg concentreren in minder ziekenhuizen. Het aantal SEH's en huisartsenposten voor basiszorg blijft hetzelfde. De herinrichting moet de komende jaren geleidelijk gestalte krijgen via de zorginkoop. Dit heeft Zorgverzekeraars Nederland (ZN) bekend gemaakt met de publicatie van 'de Kwaliteitsvisie Spoedeisende zorg'. De visie borduurt voort op wat ZN eerder al bekendmaakte; de concentratie van complexe spoedeisende zorg. Deze verbetert volgens ZN niet alleen de kwaliteit, maar maakt de zorg ook doelmatiger. Spoedeisende basiszorg zou in alle ziekenhuizen behouden moeten blijven. Hiermee komt ZN terug op uitlatingen in 2011 dat Nederland kan volstaan met de helft aan SEH afdelingen. De spoedeisende basiszorg moet dicht bij de burgers beschikbaar zijn in de vorm van geïntegreerde eerste hulpafdelingen en huisartsenposten, stelt ZN.

De focus van de kwaliteitsvisie ligt echter specifiek op de gespecialiseerde spoedeisende zorg die op de operatiekamer of IC plaatsvindt. Bij de complexe spoedzorg moet de patiënt snel in een gespecialiseerd ziekenhuis terechtkomen voor een adequate behandeling door een ervaren team, stellen de zorgverzekeraars. Dit verhoogt de kans op overleven en verlaagt het risico op blijvende beperkingen. De kern van de aanpak van verzekeraars is complexe spoedeisende zorg meerte concentreren bij minder ziekenhuizen. De zorgverzekeraars willen dit bereiken via de zorginkoop en gesprekken met ziekenhuizen. Zij werken gezamenlijk aan de implementatie die per regio wordt aangepakt.

In de kwaliteitsvisie staan de uitgangspunten voor een ideale situatie. Hoe dit in de praktijk wordt ingevuld wordt per regio bekeken en is afhankelijk van de situatie. De zorgverzekeraars gaan de komende maanden de gesprekken met de ziekenhuizen aan en verwachten dat in de komende maanden per regio een plaatje zal ontstaan van de nieuwe zorginfrastructuur. De visie is tot stand gekomen op basis van richtlijnen van de beroepsgroepen, relevante rapporten, wetenschappelijke literatuur en (inter)nationale indicatoren. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft vervolgens professionals, wetenschappelijke verenigingen van specialisten en andere stakeholders, zoals ziekenhuizen (NVZ), academische ziekenhuizen (NFU), medisch specialisten (OMS) en patiëntenorganisatie NPCF naar hun visie gevraagd. (12 februari 2013 Zorgvisie)

Reactie Specialisten: oprichten College Acute Zorg

De Orde van Medisch Specialisten (OMS) en de Wetenschappelijke Verenigingen pleiten voor oprichting van een College Acute Zorg.

Zij reageren hiermee op de stappen die de zorgverzekeraars met ziekenhuizen voor ogen hebben: het concentreren van specialistische spoedeisende zorg in minder ziekenhuizen. De specialisten staan kritisch tegenover de plannen van de zorgverzekeraars betreffende de herinrichting van de complexe spoedeisende zorg. Er zijn inmiddels verschillende adviezen verschenen over de acute zorg die allemaal van toegevoegde waarde zijn.

Daarom is het nu tijd voor de oprichting van een College Acute Zorg waarin de medisch specialisten, patiënten, zorgverzekeraars, ziekenhuizen, huisartsen en verpleegkundigen deelnemen. Dit College kan op korte termijn van start gaan met als doel een toekomstgerichte inrichting van de hele keten acute zorg die altijd bereikbaar is voor elke patiënt. Bij het concentreren en spreiden van acute zorg moet kwaliteit en bereikbaarheid voor elke patiënt voorop staan. Kritiek op het ZN-advies betreft dat het alleen het complexe deel van de spoedeisende zorg belicht. Een geïntegreerde visie over de hele acute zorg is nodig, stellen de beroepsgroepen (12 februari 2013, Skipr, ANP).

Patiënt gaat te snel naar SEH

Veel patiënten bezoeken de spoedeisende hulp zonder verwijzing. Volgens zorgverleners vaak ten onrechte; zij hadden met hun klacht naar de huisarts of huisartsenpost moeten gaan. Patiënten zelf denken daar echter heel anders over, zo blijkt uit een publicatie van onderzoekers van het NIVEL in het Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen. De huisartsenpost en spoedeisende hulp worden per jaar ongeveer twee miljoen keer bezocht. Ruim de helft van de bezoekers komt zonder verwijzing op de spoedeisende hulp. Volgens zorgverleners komen zes van de tien van deze 'zelfverwijzers' ten onrechte op de spoedeisende hulp, bijvoorbeeld met wonden die ook de huisarts kan behandelen of verzorgen. Zij doen een onnodig beroep op dure spoedzorg, terwijl mensen met klachten die wel spoedeisend zijn, mogelijk onnodig lang moeten wachten.

Een oplossing om het aantal onterechte 'zelfverwijzers' te verminderen en zo kosten te besparen en wachttijden te bekorten, is te laten betalen voor onterecht bezoek aan de spoedeisende hulp. De keerzijde hiervan is, dat dit een drempel kan opwerpen voor mensen om met acute of levensbedreigende klachten zelf naar de spoedeisende hulp te gaan. De kans bestaat dat zij ten onrechte niet gaan. Bovendien kan dit leiden tot een ongelijke toegang tot de spoedeisende hulp tussen inkomensgroepen. Een andere oplossing is een triagesysteem, waarbij zorgverleners beslissen of iemand die belt of langskomt wel of niet op de spoedeisende hulp geholpen moet worden (29 januari 2013, NIVEL).



Korte berichten

95% knie- en heupimplantaten geregistreerd

In de periode 2007 tot en met 2011 zijn ruim 105.000 aan-gebrachte heupimplantaten en bijna 80.000 knie-implantaten geregistreerd in de Landelijke Registratie Orthopedische Implantaten (LROI), een initiatief van de Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV). Op jaarbasis worden ruim 50.000 implantaten geregistreerd. Daarmee is van 95% van deze implantaten in ons land bekend in wiens lichaam ze zitten. Dit blijkt uit de eerste LROI-rapportage die vandaag is gepubliceerd. Het doel van de registratie is in de eerste plaats de traceerbaarheid van de prothese in de patiënt. In het geval van een recall van een bepaald type implantaat kunnen met behulp van de LROI de patiënten teruggevonden worden.

De LROI maakt het mogelijk om langetermijnresultaten van de prothese inzichtelijk te maken. Het volgen van implantaten in de tijd kan duidelijk maken welke implantaten de beste resultaten geven of juist welke implantaten niet goed zijn. Vanzelfsprekend is de patiënt hierbij gebaat. Ook voor zorgverzekeraars is het van belang om zicht te hebben op de langetermijnresultaten uit de registratie om zo hun inkoop hierop te kunnen inrichten. Zorgverzekeraars willen de beste zorg voor de patiënt en de LROI draagt bij aan het inzichtelijk maken van kwaliteit. Dat is een van de redenen waarom zorgverzekeraars de LROI steunen. Na een aantal jaren van ontwikkeling is het nu zaak dat de resultaten op ziekenhuisniveau transparant worden. Dan kunnen we via een goede benchmark de discussie over kwaliteit voeren. Ook de plannen om de registratie verder uit te bouwen naar een meer klinische registratie waarbij ook gekeken gaat worden naar de resultaten van de behandeling is een goede ontwikkeling (23 januari 2013, ZN Journaal).

Lijst met 1.000 medische missers uitgelekt

RTL Nieuws is in het bezit gekomen van een lange lijst met vermoedelijke medische missers en ongelukken in de zorg. Het gaat om zeer privacygevoelige informatie van de Inspectie

voor de Gezondheidszorg (IGZ) die bij het nieuwsprogramma terecht is gekomen. De Inspectie heeft inmiddels aangifte gedaan vanwege het lekken. De lijst biedt voor het eerst een uniek inzicht in wat er vaak fout gaat in onze ziekenhuizen, spreek- en behandelkamers. Het gaat om zo'n duizend meldingen over onder andere seksueel misbruik, zelfmoordpogingen, verwaarlozing van ouderen, ongelukken in operatiekamers en grote fouten door medisch personeel. In meer dan 700 gevallen staan patiënten met naam en toenaam gemeld. En er worden 300 overlijdensgevallen genoemd.

Op de lijst komt misdiagnose het meest voor als oorzaak van complicaties bij patiënten. In 63 gevallen leidt dit zelfs tot overlijden. Daarnaast is ook vaak sprake van nalatig handelen door zorgverleners.

De meldingen zijn gedaan door zorginstellingen bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg en gaan onder meer over chirurgen die grote fouten maken op de operatiekamer, huisartsen die patiënten niet goed onderzoeken en meldkamers die de ambulance naar een verkeerd adres sturen.

Het feit dat deze lijst in handen is gekomen van RTL Nieuws is zeer pijnlijk voor de Inspectie; bij ruim 700 meldingen staat de naam en/of geboortedatum van de patiënt of nabestaande vermeld. Dergelijke informatie hoort veilig opgeborgen te liggen bij de Inspectie (20 februari 2013, ANP).

Zorgverzekeraars zien 7,5 % overstappers

Ruim 1,2 miljoen Nederlanders zijn eind 2012 overgestapt naar een andere zorgverzekeraar. Dat meldt Zorgverzekeraars Nederland (ZN) op basis van voorlopige cijfers van informatiecentrum Vektis.

Uitgedrukt als percentage heeft 7,5% van de verzekerden gekozen voor een nieuwe zorgverzekering. Vorig jaar lag het percentage nog op 6%. Het hogere overstappercentage past in de trend van de afgelopen jaren. In 2007 en 2008 stapte 3,5% van de verzekerden over, in 2009 4,1%, eind 2010 was het overstappercentage 5,5% en vorig jaar kwam het op 6%. Uitschieter is nog altijd 2006 toen het nieuwe zorgstelsel werd ingevoerd. Destijds verwisselde 19% van de verzekerden van zorgverzekeraar. ZN en Vektis maken in april het definitieve overstappercentage bekend samen met een nadere analyse van de cijfers (7 januari 2013, Skipr).

BIOMET®

One Surgeon. One Patient.

Redactie Judith Rutteman (judith.rutteman@biomet.com),

Dr. Yvonne van Kemenade, Erik Smink

Vormgeving Rob Verhoeven Concept & Illustratie

Lithografie & druk Samplonius & Samplonius BV **Oplage** 1000

Biomet Nederland B.V. • Toermalijnring 600, 3316 LC Dordrecht • Postbus 3060, 3301 DB Dordrecht • The Netherlands

Phone: +31 78 629 29 29 • Fax: +31 78 610 42 65 • e-mail: nl.info@biomet.com • www.biomet.nl

This publication and all content, artwork, photographs, names, logos and marks contained in it are protected by copyright, trademarks and other intellectual property rights owned by or licensed to Biomet or its affiliates. This publication must not be used, copied or reproduced in whole or in part for any purposes other than marketing by Biomet or its authorised representatives. Use for any other purposes is prohibited.