

Goed beter **best** *practices*

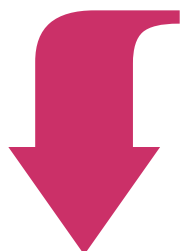
Kracht van Klinieken

Onze klinieken in beeld



171 (kandidaat-)
LEDEN

waarvan 150 met
ZKN-keurmerk



337

LOCATIES



132 leveren
> 50%
39 leveren
< 50%

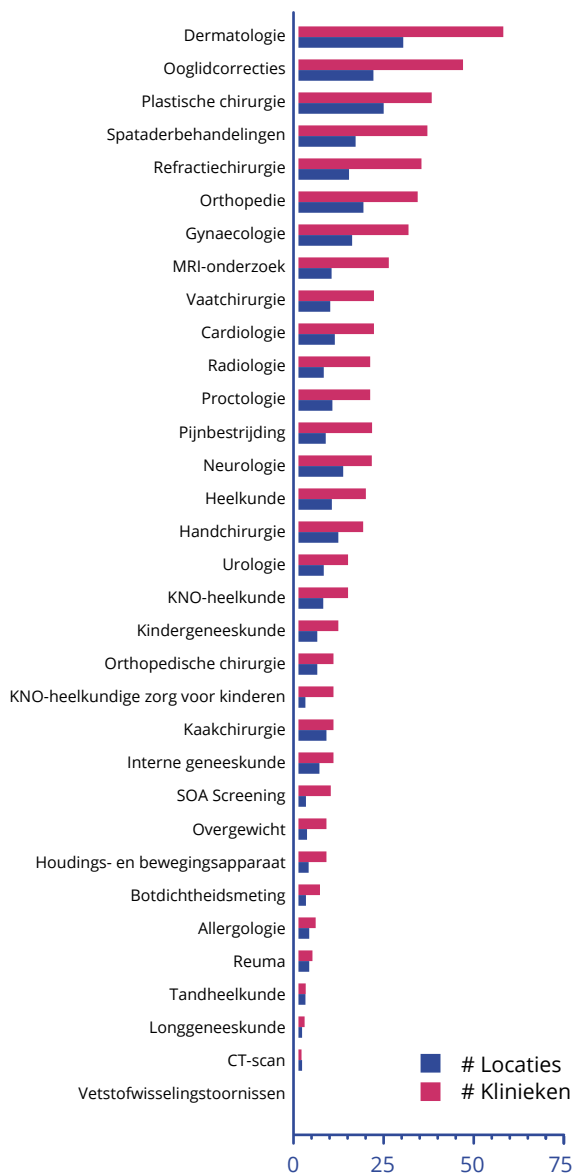
verzekerde
zorg



±5.500
medewerkers

Verdeling klinieken en locaties per specialisme

2014



Bijna 70% van de klinieken focust op 1 specialisme



Landelijke spreiding ZKN-Klinieken



Onze markt in beweging

Groei marktaandeel
Vier specialismen springen er uit

Oogheelkunde

7,3%
in 2008
13%
in 2013

Dermatologie

13%
in 2008
15,7%
in 2013

Plastische chirurgie

3,7%
in 2008
10,4%
in 2013

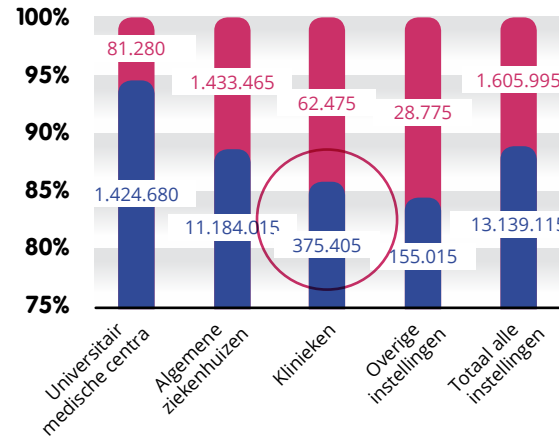
Orthopedie

3,2%
in 2008
6,6%
in 2013

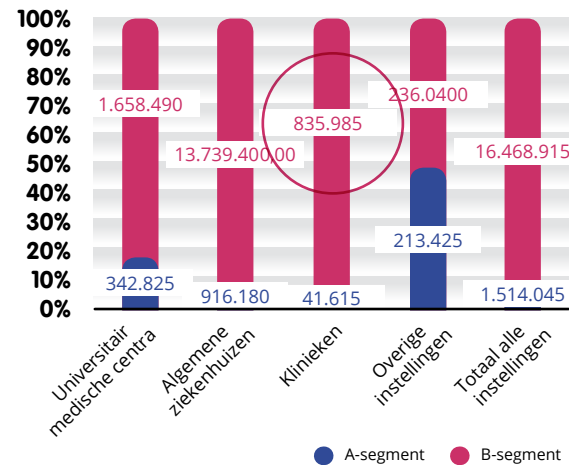
Een verdubbeling van het
aantal DBC's bij klinieken in de
periode 2008-2013

Voornamelijk het B segment

Aantal gesloten DBC's totaal
per segment 2008

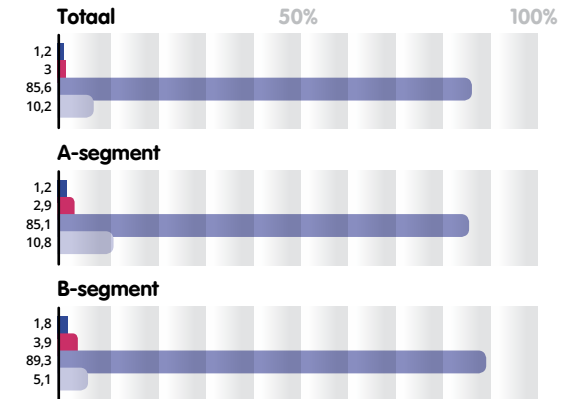


Aantal gesloten DBC's totaal
per segment 2013

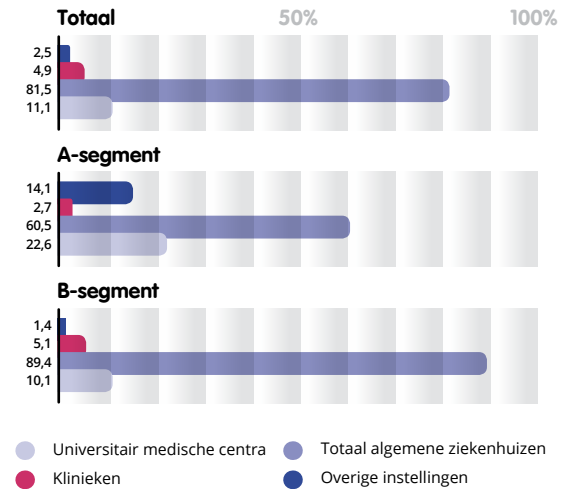


Groei marktaandeel klinieken
van 3% naar bijna 5% in de
periode 2008-2013.

Marktaandeel gesloten DBC's totaal
2008

































Marktaandeel gesloten DBC's totaal
2013



Goed beter best practices

Kracht van Klinieken

	Alexander Monro Borstkankerziekenhuis Alles en iedereen rond de patiënt	8		Cardiologie Centra Nederland (CCN) Alles duidelijk in anderhalf uur	15		DermaZuid Iedereen betrokken	24
	Andros Mannenkliniek Vaarwel, traditionele prostaatkanker- diagnostiek	10		Cavari Clinics Ontschotten is een schot in de roos	16		DiaSana Meer ruimte voor claustrofobie	25
	Centrum Oosterwal Samen verzorgen we wonden beter	18		Dr. Kappel Instituut Een bondgenootschap met de cliënt	27		Andros Mannenkliniek Vaarwel, traditionele prostaatkanker- diagnostiek	10
	Annatommie mc Orthopedie is meer dan opereren	12		DC Klinieken Het specialisme uit het ziekenhuis gehaald	19		GCDA Professioneel en persoonlijk: de patiënte op één!	29
	Bergman Clinics Eerlijk over uitkomsten	14		DeKinderkliniek Beter worden doe je thuis	20		Helder kliniek Helderheid in pijnbeleving	31
				DermaPark Alles mag worden gemeld	23		ICONE De patiënt echt betrokken bij de behandeling	32

	Keizer Kliniek Zorgen voor goede processen	34		Psoriasisdag-behandelingscentrum Psoriasis extra belicht	43		Vitalys De meest effectieve behandeling tegen overgewicht	50
	Medisch Centrum Kinderwens Kinderwens serieus aangepakt	35		Roosevelt kliniek Een nieuwe techniek voor twee expertises	44		De Vrouwenkliniek Zuidoost Een kwestie van vertrouwen	52
	Oogcentrum Eibergen Oog voor de patiënt	37		Rugpoli De ideale combinatie tegen hernia	45		Winnock Zorg De patiënt staat centraal, Maar dan echt	53
	Oogcentrum Noordholland Kijk op cultuur	38		The Hand Clinic Alle zorg in één hand	46		Women's Healthcare Center De winst van directe feedback	54
	Park Kliniek en Park Medisch Centrum Een wereld aan mogelijkheden in 8 millimeter	40		TwenteHof Kliniek Cliënt wordt partner, het belang van de menselijke maat	48		Xpert Clinic Artsen langs de meetlat	56
	Proctos Kliniek Luisteren naar de patiënt leidt tot betere zorg	42		ViaSana Een beter voorbereide patiënt	49		Zeelandcare Een zorghotel is voor iedereen een zorg minder	58



VOORWOORD

34 INSPIRERENDE SUCCESSVERHALEN

Goed, beter, best. De 150 klinieken met ZKN-keurmerk zijn allemaal zorgverbeters in medisch specialistische zorg. Ze zijn innovatief, zitten niet stil en nemen geen genoegen met goed. Zelfs niet met beter. Nee, ze verbeteren continue en gaan voor het beste voor de patiënt, kliniek, medewerkers en maatschappij. Dat laten deze 34 best practices zien. 34 praktijkvoorbeelden van verbetering waarmee ZKN-klinieken gezamenlijk een vuist maken en laten zien waar ze voor staan.



De best practices in dit boek zijn verschillend van aard. Zo zien we verbeteringen op het gebied van transparantie: onze klinieken geven inzicht in kwaliteit van zorg met bijvoorbeeld PROMs. Ook innovatieve behandelmethoden, multidisciplinaire teams en samenwerking met academische centra zien we terug in de praktijkvoorbeelden. Maar ook meer aandacht en tijd voor goede diagnoses en behandelingen en meer ruimte voor nieuwe toetreders door hun spilfunctie in de eerste-, tweede- en derdelijnszorg. Wat de 34 best practices gemeen hebben? De oprichters van de klinieken misten iets in de reguliere zorg. Zo organiseren ze hun zorg niet rond hun specialisatie maar rond de vraag van de patiënt in kleinschalige, gespecialiseerde centra.

Deze best practices worden ondersteunt door de uitkomsten van ons onderzoek naar de verschillen tussen reguliere ziekenhuizen en zelfstandige klinieken. Wij namen de data van het Zorginstituut onder de loep en zagen dat klinieken meer tijd nemen voor de behandeling en betere uitkomsten hebben na operatieve ingrepen. Mooie resultaten, maar geen reden om het bij deze best practices te laten. Onze klinieken blijven vernieuwen, doen meer onderzoek en gaan door met zorg verbeteren.

Ik wens u veel inspiratie en tot de volgende succesverhalen!

Paulette Timmerman
Directeur ZKN

ALLES EN IEDEREEN ROND DE PATIËNT

Welke best practice wilt u delen?

Onze holistische benadering die de basis vormt tijdens de gehele reis die de patiënt doorloopt in het Alexander Monro Borstkankerziekenhuis. Het innovatieve karakter wordt enerzijds weerspiegeld door het centraal stellen van de behoefte en beleving van de patiënt. Anderzijds bewerkstelligt de focus op één ziektebeeld een gedegen multidisciplinaire aanpak van het ziektebeeld, ketenzorg en een hoogwaardig medisch resultaat. De holistische benadering zien we terug in het gedrag van medewerkers, maar ook in onze inrichting. De directe omgeving van de patiënt betrekken we tijdens het gehele zorgproces. Zo mag er altijd een dierbare blijven eten of slapen. Daarnaast wordt de patiënt persoonlijk verwelkomd door één van onze gastvrouwen en dus niet met het scannen van een ponsplaatje. De specialist komt naar de patiënt toe en niet andersom. De tafels in de spreekkamers zijn rond, waardoor de arts of verpleegkundige naast de patiënt zit. In onze spreekkamers gebruiken we laptops. Als we die tijdens het gesprek dichtklappen is er ruimte voor oogcontact. De patiënt is bij ons geen nummer, dus hebben onze kamers namen en afbeeldingen van sterke vrouwen. Twee keer per dag worden alle patiënten door een vast team van deskundige specialisten en verpleegkundigen besproken tijdens het Multidisciplinair overleg (MDO). Bovendien zitten onze specialisten bij elkaar in één ruimte, waardoor continue informatie uitwisseling mogelijk is. Dit zorgt ervoor dat de patiënt snel verlost is van onzekerheid en snel duidelijkheid heeft over de diagnose en het behandelplan.

Wat was de aanleiding?

De praktische uitwerking van het concept is vormgegeven door co-creatie met diverse stakeholders. Een grote groep

patiënten is uitgebreid geïnterviewd om te onderzoeken waar mogelijke verbeterpunten lagen in de bestaande zorg. De uitkomsten zijn het uitgangspunt geweest voor de inrichting van het volledige zorgpad dat de patiënt doorloopt: van functionele tot emotionele aspecten. Resultaten hiervan zijn bijvoorbeeld innovatie door continue verbetering, samenwerking, sneldiagnostiek, shared decision making, behandelplan op maat en een healing environment.

Wat behelst de verbetering?

Persoonlijke aandacht en hoogwaardige medische zorg vanuit het perspectief van de patiënt. Het uitgangspunt bij verbetering is altijd de eenvoudige vraag: "Wat heeft de patiënt hieraan?" Door continue in gesprek te gaan met patiënten, naasten, onze medewerkers en samenwerkingspartners weten wij waar ruimte ligt voor verbetering. De NPS-score die wij uitvragen bij elke patiënt speelt hierin een belangrijke rol. Ook kijken wij goed naar nieuwe innovaties in de zorg zodat wij daar direct op kunnen acteren. Onlangs hebben wij onze samenwerking met de academie, het UMC Utrecht, geïntensiveerd. Dat betekent onder meer dat er, dankzij een live verbinding altijd een specialist van hen tijdens het MDO aanwezig is om mee te denken over het beste behandelplan voor onze patiënt.

“De directe omgeving van de patiënt betrekken we tijdens het gehele zorgproces.”

Over Alexander Monro Borstkankerziekenhuis

Zowel wereldwijd, Europees als nationaal is borstkanker de meest voorkomende vorm van kanker bij vrouwen (Cardoso et al, 2012; WHO). Wereldwijd neemt de prevalentie en de sterfte ten gevolge van borstkanker zelfs wat toe. Ondanks de hoge kwaliteit en goede organisatie van (borstkanker)zorg in Nederland, was een groep experts ervan overtuigd dat er ruimte was voor verbetering van zowel kwaliteit als organisatie van borstkankerzorg. In 2013 in Bilthoven ontstond een compleet nieuw concept vanuit het perspectief van de patiënt, volledig gefocust op één ziektebeeld en gebouwd rondom de keten: het Alexander Monro Borstkankerziekenhuis.

Hoe sluit deze best practice aan op uw visie?

Wij luisteren naar patiënten en hun dierbaren en geloven in gespecialiseerde borstkankerzorg. De genoemde voorbeelden zoals de multidisciplinaire aanpak, intensieve samenwerking sluiten allemaal aan bij het perspectief van de patiënt. Zodat deze de beste zorg krijgt met échte aandacht.

Wie profiteert van deze best practice?

Ten eerste profiteren patiënt en dierbaren. In de resultaten die wij sinds 2013 hebben geboekt, zowel medisch inhoudelijk als wat betreft de ervaringen van onze patiënten, wordt onze aanpak veelal bevestigd. Wij willen met onze

resultaten aantonen dat de zorg daadwerkelijk anders kan, en dragen dit graag uit naar anderen zodat ook zij hiervan kunnen groeien. Iedereen mag van onze best practice leren en wij staan altijd open om onze kennis te delen door bijvoorbeeld een interview of rondleiding. Dat beperkt zich niet alleen tot de zorg. Ook opleidingen, politieke partijen en vele bedrijven in de profit sector maken gebruik van onze kennis. Onze best practice komt terug in colleges, congressen en symposia. Ook participeren wij in diverse wetenschappelijke studies.

“Wij staan altijd open om onze kennis te delen.”

Wie hebben er intern meegewerkt aan deze best practice?

Iedereen draagt bij aan onze best practice. Alle patiënten en naasten die hun ervaringen met ons hebben gedeeld. Al onze medewerkers: van gastvrouwen, catering en backoffice tot medisch specialisten en verpleegkundigen. Zo blijven wij ook continue de ervaringen die patiënten met ons delen intern bespreken. Om zo steeds te leren van hun ervaringen. Door de korte lijnen is de informatie snel beschikbaar voor iedereen.

Welke externe partijen zijn direct betrokken?

Bij onze best practice is iedereen betrokken. Patiënten, dierbaren en andere bezoekers: door het geven van input en feedback en het delen van hun ervaringen. Diverse stichtingen en fondsen hebben geholpen door het beschikbaar stellen van fondsen, middelen en kennis, omdat ze onze missie en ambitie steunen. Huisartsen hebben bijgedragen door het geven van feedback en verwijzen van patiënten. Het is zeer waardevol om goed in contact te komen en blijven met de centrale zorgverlener rondom

de patiënt. Die kent de patiënt immers vaak lang en goed. Onze ambitie is om de samenwerking met de huisartsen nog meer te intensiveren naar een nieuw model samenwerking. Ook het vertrouwen en het stimuleren van innovatie door zorgverzekeraars heeft bijgedragen en onze zorgverlening verbeterd door samenwerking met zorginstellingen en ziekenhuizen. Maar ook andere bedrijven, zoals hotels: door een voorbeeld te zijn voor procesoptimalisatie en klantgerichtheid.

Welke drempels kwam u onderweg tegen en hoe heeft u deze overwonnen?

Het is van groot belang om de juiste mensen op de juiste plaats in te zetten en vanaf het begin meteen een Just Culture te creëren. Cruciaal hiervoor zijn heart-driven mensen, vol passie en empathisch vermogen die zich kunnen inleven in de patiënt. Het moet voelbaar zijn. Al onze medewerkers en samenwerkingspartners worden aan de hand van onze vijf kernwaarden (slagvaardig, hoogwaardig, bevoegen, attent en duidelijk) geselecteerd en beoordeeld. Op deze manier zorgen wij voor een cultuur waarin iedereen werkt in het belang van de patiënt.

Extern merkten wij dat onbekendheid initieel zorgde voor een afwachtende houding. “Al het nieuwe is altijd even wennen”. Diverse partijen geloofden niet in het concept ‘Alexander Monro Borstkankerziekenhuis’. Wederzijds moest er vertrouwen worden gewonnen. Na bijna drie jaar kunnen wij zowel door onze medische resultaten, als uit de ervaringen van onze patiënten laten zien dat we een van de grootste borstkankercentra van Nederland zijn, met toegevoegde waarde.

Wat levert de best practice op?

Door het continu luisteren naar onze patiënten en het actief vragen om hun mening zijn wij in staat dit een continue verbetercyclus te laten zijn. Door dit bespreekbaar te houden leveren wij zichtbare en aantoonbare kwaliteitsverbetering, wat resulteert in patiënttevredenheid, innovatie in de zorg en inzicht in de kwaliteit van borstkankercare.

Hoe worden de resultaten gemeten en vergeleken met de situatie vóór de invoering?

Bij veel ondernemingen en sectoren is de NPS-score negatief. De gemiddelde NPS in de VS rangeert van 5 tot 12 (Thomassen, 2015). Ziekenhuis-specifieke NPS-scores zijn daar in een range van negatieve getallen tot 86, met een mediaan van 55 (National Research Corporation, 2007). Sinds 2013 hebben wij bijna 4.000 patiënten gezien. Hieraan heeft bijna de helft een NPS score aan ons teruggekoppeld. Gemiddeld krijgen wij een 9,29, met een NPS van 78,9. Daarnaast brengen wij de resultaten van de kwaliteit van zorg in kaart door deelname aan diverse registraties zoals Soncos, IKNL en DICA NBCA en DBIR. Wij houden onze eigen cijfers nauwlettend in de gaten en middels benchmarkrapportages kunnen wij deze vergelijken met anderen. Uit deze rapportages blijkt dat wij de Europese volumennorm van 150 nieuwe borstkankerdiagnoses ruim hebben behaald sinds de opening.

Wat heeft u geleerd van de best practice en de weg er naar toe?

Luister altijd naar uw patiënten, hun naasten en uw medewerkers en zorg dat dit door de hele organisatie wordt gedragen. Zorg daarnaast voor kennisdeling om ervaringen te delen en te blijven innoveren.

Waar bent u het meest trots op?

Op onze sterke patiënten, op onze bevoegen medewerkers en op onze trouwe samenwerkingspartners. Hierdoor kunnen wij samen onze unieke, hoogwaardige zorg met een hoge patiënttevredenheid en uitstekende medische resultaten blijven bieden. ▶ www.alexandermonro.nl

Zie voor de referenties pagina 60.

VAARWEL, TRADITIONELE PROSTAATKANKERDIAGNOSTIEK

Welke best practice wilt u delen?

Het Andros Centrum voor Prostaatkankerdiagnostiek, waarin we meerdere innovaties in de diagnostiek van prostaatkanker bij elkaar hebben gebracht. Daarmee bieden we 'precisiediagnostiek': we kunnen zeer gericht en specifiek vaststellen of een man prostaatkanker heeft, en als dat zo is, hoe ernstig de kanker is, of deze behandeld moet worden en hoe.

Wat was de aanleiding?

Eenzijds zien we dat de traditionele vorm van prostaatkankerdiagnostiek zeer rudimentair is. Kortgezegd: de eerste aanleiding om prostaatkanker te verdenken is gebaseerd op een niet-specifieke bloedmeting, samen met het door de arts bevoelen van de prostaat. Om kanker vast te stellen worden dan op random plekken in de prostaat stukjes weefsel afgenomen en onderzocht. Bij 30% van de mannen wordt dan een tumor gevonden (hoewel vaak niet gevaarlijk), maar bij 70% kan er geen uitsluitsel worden gegeven dat er geen tumor zit. Anderzijds is deze methode niet zonder gevaar: er wordt via de endeldarm gebiopteerd. Daarbij komen bacteriën in het lichaam. En steeds vaker zijn die resistent tegen antibiotica. We zagen het aantal infecties bij de traditionele vorm van biopteren in snel tempo toenemen en dat wilden we omkeren.

Wat behelst de verbetering?

Voor precisiediagnostiek hebben we een aantal innovaties bijeengebracht. Dit zijn methoden die in het buitenland al her en der worden toegepast. Op nog niet veel plaatsen wereldwijd zijn echter al deze elementen (en met hoge kwaliteit) samengebracht. Ten eerste maken wij bij een serieuze verdenking altijd

eerst een speciale MRI van de prostaat. Op de MRI kunnen we verdachte plekken identificeren, omdat die goed onderscheid maakt tussen potentieel gevaarlijke en ongevaarlijke tumoren.

Ten tweede: we combineren de MRI-beelden met een gen-markeronderzoek dat ook met hoge specificiteit aantoont of er mogelijk een significante tumor is. Als beide onderzoeken negatief zijn, is vervolgonderzoek (biopteren) niet nodig. Ten derde: als er verdachte plekken zijn, kunnen we bij het biopteren gebruik maken van de MRI-beelden door 'live-fusie'. De MRI-beelden projecteren we, met moderne apparatuur en software, tijdens de procedure op de echobeelden van de prostaat. Zo kunnen we gericht weefsel afnemen uit de verdachte plekken voor pathologisch onderzoek. Dit doen we niet – zoals bij het traditionele biopteren – via de endeldarm, maar via het perineum, de huid tussen balzak en anus. De kans op infectie is daardoor vele malen kleiner, zelfs zó klein dat antibiotica uit voorzorg niet langer nodig zijn. Uniek is ook dat we de procedure onder lokale verdoving poliklinisch uitvoeren. De mannen kunnen dus direct na het onderzoek naar huis.

Wat zijn de referenties geweest?

In de laatste jaren is er veel wetenschappelijk onderzoek geweest naar de waarde van de MRI in prostaatkankerdiagnostiek. Deze staat nu onomstotelijk vast en de MRI is in 2014 ook in de IKNL-richtlijn prostaatkanker opgenomen. De grote uitdaging daarbij is dat nog lang niet alle urologen toegang hebben tot een MRI-apparaat met de juiste kracht en met de specifieke protocollen voor het prostaatonderzoek, en dat er te weinig opgeleide radiologen zijn om de beelden goed te beoordelen. Fu-

sie-biopsie is de logische vervolgstap. De meest vooruitstrevende ziekenhuizen wereldwijd en in Nederland (bijv. Radboudumc en de SANTEON-ziekenhuizen) schaffen hiervoor nu systemen aan. Voor onze aanpak hebben we ons laten inspireren door werkbezoeken bij enkele vooruitstrevende experts in de VS en het Verenigd Koninkrijk. Het is een kwestie van tijd voordat alle urologen onze werkwijze hebben overgenomen. De traditionele, niet-gerichte, aanpak is niet langer houdbaar.

Hoe sluit deze best practice aan op uw visie?

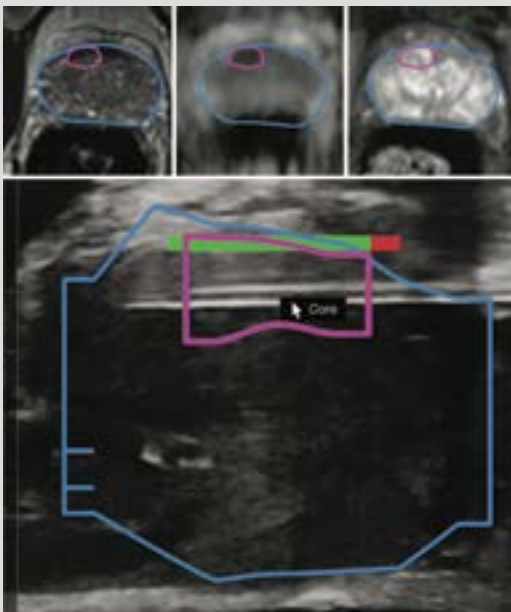
Het grote probleem bij prostaatkanker is dat er veel te veel mannen veel te vroeg invasief worden behandeld. Door de combinatie van MRI en gen-markers voorafgaand aan de biopten kunnen we met grote zekerheid bepalen dat de kans op een significante tumor minimaal is. Die mannen wordt dus ingrijpend biopteren bespaard. Waar de traditionele methode geen uitsluitsel geeft dat er geen tumor is, kunnen wij dat met grotere zekerheid zeggen. Moet er gebiopteerd worden, dan kunnen we door het gerichte onderzoek met meer zekerheid vaststellen of de tumor niet behandeld hoeft te worden of wel gevaarlijk is.

Wie profiteert van deze best practice?

De cliënt profiteert het meeste: we kunnen meer zekerheid bieden, zowel positief ('Nee, u heeft geen tumor', of 'nee, u heeft een tumor maar deze is ongevaarlijk') als negatief ('Ja, u heeft prostaatkanker, maar we weten precies waar deze zit en hoe deze te behandelen'). De maatschappij profiteert ook, want de totaalkosten zijn lager. Door de MRI zijn de diagnostische kosten wel hoger, maar dit wordt meer dan gecompenseerd

Over Andros Mannenkliniek

Andros Mannenkliniek telt vijf locaties (Amsterdam, Arnhem, Baarn, Den Haag en Maastricht) en richt zich op de zorg voor de ouder wordende man, in het bijzonder op de specifieke urogenitale aandoeningen die vanaf het 50ste levensjaar optreden. De cliënt (géén patiënt!) staat centraal: alles is ingericht voor de beste diagnose, advies en behandeling, in een omgeving en met een werkwijze die erop gericht zijn om de klachten (vaak in de taboesfeer) bespreekbaar te maken en op te lossen. Het gaat om de juiste zorg op het juiste moment. Zodat de cliënt niet onnodig met zijn klachten blijft rondlopen, maar ook niet onnodig of te vroeg wordt behandeld of geopereerd.



door minder bipten, de bijbehorende lagere kans op infectie (en dus IC-opname bij sepsis) en bovenal door het voorkomen van onnodige operaties.

Wie hebben er intern meegewerkt aan deze best practice?

Het invoeren van de precisiediagnostiek is een echte team-effort. Onze medisch directeur is de drijvende kracht geweest: hij heeft de puzzelstukjes voor het totale diagnostiek-pad gelegd na congressen en werkbezoeken bij vooruitstrevende klinieken wereldwijd. Daarbij hebben we de juiste artsen gevonden die de ingreep met hoge kwaliteit kunnen uitvoeren en de samenwerking met Radboudumc tot stand gebracht. Radboudumc heeft een groot aandeel in dit succes: zij leveren de beste MRI-beelden van de prostaat. Voor het uitvoeren van de fusie-biopsie hebben we alles zelf moeten leren: hoe te prikken, hoe te verdoven, hoe de kans op infectie op 0% te houden, etc.

Welke externe partijen zijn direct betrokken?

Radboudumc levert de MRI-beelden van de prostaat. Onze cliënten kunnen altijd snel terecht in Radboudumc, hierover hebben we een goede samenwerkingsafspraken. De softwareleverancier (MIM) werkt met ons samen om de fusietechnologie continu verder te ontwikkelen. Andros is ook Europees referentiecentrum voor MIM: nieuwe gebruikers van de technologie uit heel Europa komen bij ons langs om te leren hoe de fusie-biopsieprocedure uitgevoerd moet worden.

Welke drempels kwam u onderweg tegen en hoe heeft u deze overwonnen?

We werken op het punt waar de richtlijnen ophouden: deze ontwikkelingen zijn bewezen maar nog niet standaard beschikbaar voor de meeste reguliere ziekenhuizen. Over de positie van de MRI in prostaatankerdiagnostiek bestaat nog discussie, niet omdat de waarde niet bewezen is maar omdat de technologie nog niet wijd beschikbaar is. Het heeft dus veel overtuigingskracht gekost om belangrijke stakeholders als de zorgverzekeraars mee te krijgen. Gelukkig realiseren ook zij zich dat dit een onvermijdelijk stap naar voren is en dat de traditionele diagnostische aanpak misschien wel wetenschap-

pelijk meer onderzocht is, maar bewezen niet-specifiek en niet-sensitief.

Wat levert de best practice op?

Het belangrijkste effect is een aantoonbare kwaliteitsverbetering: we kunnen met hogere zekerheid vaststellen of er prostaatanker is en of deze behandeld moet worden. De methode van biopteren is daarbij veiliger voor de cliënt, de kans op infectie en (dus) sepsis is nagenoeg verdwenen.

Hoe worden de resultaten gemeten en vergeleken met de situatie vóór de invoering?

We leggen van elke cliënt in detail de uitslagen van elk onderzoek en de beleidskeuzes vast. Het geheel staat in een registry, waarop we samen met onze partners wetenschappelijk onderzoek kunnen doen in de toekomst. Waar bij de traditionele methode de infectiepercentage was opgelopen tot 7%, hebben we tot nu toe nog geen enkele infectie gehad, 0% dus! De medische resultaten zijn spectaculair: bij bijna de helft van de cliënten is een biopsie voorkomen (traditioneel zouden ze allemaal zijn gebiopteerd). Bij biopsies hebben we bij meer dan 90% van de cliënten een tumor kunnen aantonen (30% bij de traditionele methode). Bij de meeste mannen vonden we ook een significante tumor. Deze getallen zijn op basis van de eerste maanden proefdraaien en dus nog niet wetenschappelijk significant, maar ze geven wel aan dat we op de goede weg zijn.

Wat heeft u geleerd van de best practice en de weg er naar toe?

Op een hoger abstractieniveau is het belangrijkste dat we hebben geleerd hoe ontzettend noodzakelijk het is om voorbij de gevestigde traditionele aanpak te denken. Niets van wat wij hebben gedaan is uniek. Alle puzzelstukjes bestonden ergens al, alle technologie was al ontwikkeld. Wij hebben alleen de stukjes bij elkaar gebracht en de stoutmoedigheid gehad om de traditionele werkwijze gedag te zetten. Zo moeilijk was dat eigenlijk niet: het was wel bekend dat de traditionele methode niet erg goed en niet langer houdbaar is. Toch is het voor velen blijkbaar lastig om afscheid te nemen van deze werkwijze. Wij hebben dat naast ons neergelegd. Daar zijn we het meest trots op! www.andros.nl

ORTHOPEDIE IS MEER DAN OPEREREN

Welke best practice wilt u delen?

Door de duidelijke visie op zorg en de daarbij passende opzet en inrichting van onze vestigingen en onze behandelprotocollen, zijn wij in staat meer patiënten te behandelen zonder te opereren. Dat betekent medisch gezien winst, omdat het lichaam beter kan herstellen zonder operatie. Maar ook financieel winst, omdat er minder kosten worden gemaakt.

Wat was de aanleiding?

De oprichting van Annatommie mc was eigenlijk de aanleiding. 15 jaar geleden was orthopedie vooral gericht op het opereren van een patiënt. De patiënt had ook de perceptie dat een operatie de enige oplossing was om een klacht aan het bewegingsapparaat te verhelpen. In het ziekenhuis was ook alles gericht op de operatie en in de bureaucratie van de grote organisatie was er geen ruimte om zorg te bieden die echt past bij de vaak gezonde patiënt met een bewegingsklacht.

Wat behelst de verbetering?

De vernieuwing is zichtbaar doordat de patiënt onze zorg anders ervaart. Onze diagnose is uitgebreid en snel en de keuzes van behandeling worden duidelijk besproken. Pas als samen is vastgesteld dat opereren de enige goede optie is, opereren we op hoog niveau. Maar als er niet geopereerd hoeft te worden, helpen we de patiënt met een behandeling door de fysiotherapeut, met een injectie of andere aanpak. Centraal staat dus niet de operatie, maar snel en duurzaam herstel, zodat de patiënt, onze klant, weer snel en goed kan

bewegen. Deze aanpak is succesvol omdat we ook de mogelijkheden in huis hebben om de zorg zo aan te bieden.

Wat zijn de referenties geweest?

Wij hadden geen specifieke referenties op basis waarvan Annatommie Medisch Centrum is opgericht. De ervaring in het Nederlandse ziekenhuis in vergelijking met de praktijk in het buitenland liet zien dat een andere aanpak effectiever was. Door een behandelcentrum op te richten en orthopedische zorg niet in een ziekenhuis aan te bieden, ontstond er de mogelijkheid om niet alleen aandacht te geven aan de operatieve ingreep, maar alle zorg die nodig is voor diagnose en herstel van bewegingsklachten bij elkaar in één centrum te brengen.

Ook hebben we de afgelopen jaren veel aandacht besteed aan het betrekken van de kennis in de eerste lijn (fysiotherapie) bij de opzet van zorg. Zo hebben wij een intensieve samenwerking met het SOMT, de marktleider in professioneel masteronderwijs op het gebied van bewegingsgerelateerde klachten, die inmiddels de eerste universitaire opleiding voor fysiotherapeuten in Nederland is gestart.

Hoe sluit deze best practice aan op uw visie?

De visie is onze best practice en deze best practice is onze visie.

Wie profiteert van deze best practice?

De patiënt profiteert omdat hij de beste behandeling krijgt. De medewerker profiteert omdat niet de behandelmethode centraal staat, maar de patiënt en de bij hem of haar best

Over Annatommie mc

Annatommie mc is opgericht in 2003 en in de afgelopen 12 jaar gegroeid tot een professioneel orthopedisch centrum met 5 vestigingen in Midden-Nederland. De specialisatie is bewegingsklachten. Het team van ervaren orthopedisch chirurgen heeft aandachtsgebieden, waaronder knie, heup, schouder, enkel/voet en rug, met veel ervaring in diagnoses, het bepalen van de juiste behandeling en het doen van orthopedische ingrepen. Als er aanvullend onderzoek nodig is, kan het team radiologie met eigen MRI, röntgen en echografie snel een goede diagnose stellen. De manueel therapeuten, (sport)fysiotherapeuten, McKenzie-therapeuten en bewegingswetenschappers begeleiden veel patiënten bij het herstel of de preventie van blessures.

passende behandeling. De organisatie profiteert doordat we met deze aanpak een unieke positie creëren die ons bestaansrecht geeft. De patiënt, de verzekeraar en de samenleving profiteren, omdat de zorg goedkoper wordt. Immers, als wij operaties kunnen voorkomen of uitstellen met vergelijkbare of betere behandelresultaten, dalen de kosten van de gezondheidszorg. Meestal is de patiënt ook weer eerder terug in het arbeidsproces waardoor ook de samenleving profiteert van het snelle herstel.

Wie hebben er meegewerkt aan deze best practice?

Onze hele organisatie draagt bij. De verzekeraars kennen onze visie en herkennen onze aanpak in de cijfers die zij verzamelen. Op die basis krijgen wij ook ruimte om te groeien en dat doen we ook.

Welke drempels kwam u onderweg tegen en hoe heeft u deze overwonnen?

De gezondheidszorg in Nederland is in de tweede lijn georganiseerd rondom de operatie en het verblijf (in het zieken-



huis) van patiënten. Ook de financiële verrekening is daarop gericht. Dit betekent dat er een financiële prikkel is voor een aanbieder om (direct) te opereren en het bedrijfseconomisch moeilijk is om je organisatie zo in te richten dat je ook kan bestaan met een bredere aanpak. Wij zijn vanaf de start anders ingericht met onder andere op elke vestiging specifieke diagnostiek (röntgen, echo, MRI) en een gespecialiseerde fysioopraktijk. De verzekeraar, de verwijzer en ook de patiënt moesten daar aan wennen. Dat betekent dat we veel aandacht moeten besteden aan communicatie om te zorgen dat iedereen weet dat er een keuze is, die bewust gemaakt moet worden. En niet alleen maar een keuze van welke operateur goed is, maar ook welke aanpak en behandelproces mogelijk is. Want goede operateurs hebben we ook, want uiteraard moet een deel van de patiënten wel degelijk worden geopereerd.

Wat levert de best practice op?

Betere behandelresultaten door bewustwording van de patiënt en behandelaar van hun rol in het succes van de behandeling en het effect van de behandeling op zijn "leven lang bewegen". Kostenbesparing, doordat procentueel minder operaties nodig zijn en de gekozen behandeling goedkoper is, met vergelijkbare of betere resultaten. De afgelopen jaren is veel wetenschappelijke onderzoek wereldwijd uitgevoerd en vastgesteld dat bepaalde veel voorkomende operaties, zoals kruisband- en meniscus operaties van de knie, hernia operaties van de onderrug en slijmbeurs operaties van de schouder veel minder vaak hoeven te worden gedaan, omdat ze op korte termijn geen verschil geven in klachtenvermindering en funktieverbetering. Op langere termijn is er zelfs meer kans op slijtage van gewrichten. Inmiddels zijn de behandelrichtlijnen van de wetenschappelijke vereniging hierop aangepast, met een beperking van de indicaties om te gaan opereren en is het aantal operaties aanzienlijk verminderd. Annatomie mc werkt al sinds de oprichting, volgens de nu opgestelde richtlijnen.

En dat proces gaat verder. We weten steeds meer, kunnen beter analyseren wat er aan de hand is en wanneer een operatie echt nodig is en wanneer andere aanpak ook of meer succes kan hebben. Die aandacht groeit in de hele sector en juichen wij toe.

Hoe worden de resultaten gemeten en vergeleken met de situatie vóór invoering?

Wij meten doordat alle behandelingen worden vastgelegd en inmiddels in de zorg worden vergeleken met resultaten bij andere ziekenhuizen en klinieken. Dat kan met hulp van alle gegevens die in de zorg worden verzameld en vastgelegd in VEKTIS en door met name verzekeraars worden geanalyseerd. Daarnaast werken we mee aan de invoering van PROM's, waarbij ook de ervaring van de patiënt wordt gemeten. Helaas zijn deze metingen tot nu toe alleen gericht op patiënten die daadwerkelijk een operatie hebben ondergaan. Wij streven ernaar dat er in de toekomst ook resultaten worden vastgelegd van patiënten met vergelijkbare klachten die (voorlopig) niet worden geopereerd.

Wat heeft u geleerd van de best practice en de weg er naar toe?

De gezondheidszorg is traditioneel en behoudend. Andere ideeën of aanpak krijgen weinig ruimte. Niet van de behandelaar, niet van de patiënt noch van de overheid of verzekeraar. Toch is het nodig en het kost dus veel tijd, geld en energie om veranderingen mede mogelijk te maken.

Waar bent u het meest trots op?

Orthopedie in Nederland is in de afgelopen 15 jaar zichtbaar veranderd, op basis van vergelijkbare ideeën. Onze visie op zorg is dus juist. Omdat wij die visie ook hebben omgezet in een andere opzet van organisatie en behandeling, kunnen wij echt een steentje bijdragen aan de noodzakelijke veranderingen, ook in de komende 15 jaar.

► www.annatomiemc.nl

EERLIJK OVER UITKOMSTEN

Welke best practice wilt u delen?

In de divisie Uiterlijk en Huid hebben we een LEAN-programma geïmplementeerd. En vanuit onze divisie Bewegingszorg is project QUOMD ontstaan. Een Bergman-initiatief in samenwerking met CZ en Achmea, waarbij we met een aantal topklinische centra de indicatiestelling bij heupslijtage gaan objectiveren en uniformeren.

Wat was de aanleiding?

Bergman Clinics wil de Waarde (= Kwaliteit/Kosten volgens Porter-model) die we toevoegen aan het Nederlandse zorgsysteem maximaliseren. Daarvoor is het noodzakelijk om kwaliteit te definiëren, te objectiveren en te delen. Kosten worden geminimaliseerd door de verspillingen uit de werkprocessen te halen. We zijn er van overtuigd dat innovatie hierin een cruciale rol speelt.

Wat behelst de verbetering?

LEAN-programma

We hebben de afgelopen anderhalf jaar 14 interne LEAN-coaches opgeleid die aan de slag zijn gegaan met vele kleine en grote verbeterprogramma's. Met resultaten als het voorkomen van gebruik van onnodige (dure) pleister na een knie vervanging tot het optimaliseren van de zorgadministratie, waardoor de werkkapitaalbehoefte met € 1.000.000 werd gereduceerd. Verder hebben we een trainingsmodule ontwikkeld om de medewerkers met de LEAN-filosofie in aanraking te brengen en het continu leren en verbeteren standaard onderdeel te maken van hun dagelijks werk.

Project QUOMD

De introductie van volumeplafonds in 2012 heeft de marktdynamiek in de planbare medisch-specialistische zorg ernstig verstoord. Schaalvergroting via selectieve zorginkoop verloopt

Over Bergman Clinics

Bergman Clinics brengt al meer dan 25 jaar hoogwaardige, gespecialiseerde medische zorg binnen bereik van iedereen. Bergman heeft 23 focusklinieken en is onderverdeeld in vijf divisies: Bewegingszorg, Uiterlijk en Huid, Oogzorg, Inwendige Zorg en Vrouwenzorg.

moeizaam door het gebrek aan (uniformiteit van) van de indicatiestelling en een scherpe definitie van behandeluitkomsten, waardoor praktijkvariatie ontstaat. QUOMD moet hét platform worden dat proces-uniformiteit en transparantie over de kwaliteit en doelmatigheid van behandeluitkomsten van veelvoorkomende electieve medische zorg mogelijk maakt. Het proces om te komen tot een objectieve indicatiestelling bij heupslijtage is gekozen voor een pilot.

Wat zijn de referenties geweest?

Deze trajecten sluiten aan op het gedachtengoed van Professor Michael Porter (redefining health care). Het transparant maken van de behandeluitkomsten past bij een internationale trend en de oproep van de minister om kwaliteitsinformatie beschikbaar te maken.

Hoe sluit deze best practices aan op uw visie?

Het is ons streven om de medische zorg elke dag beter te maken! Niet voor niets zijn dan ook onze merkwaarden: vooruitstrevend, hartelijk, transparant, hoogwaardig en ambitieus.

Wie profiteert van deze best practices?

Iedereen heeft er baat bij. Het transparant maken en objec-

tiveren van kwaliteit en behandeluitkomsten is een proces waar professionals, cliënten en betalers van profiteren.

Wie hebben er intern meegewerkt aan deze best practices? En hoe?

Aan het interne LEAN-programma hebben LEAN-coaches, bestuur en management, betrokken medewerkers (inclusief artsen) meegewerkt. Bij de totstandkoming van Project QUOMD waren specialisten en het behandelteam van het zorgprogramma heupslijtage, bestuur en management en de afdeling kwaliteit betrokken.

Welke externe partijen zijn direct betrokken bij de best practices?

De LEAN-coaches zijn opgeleid door House of Performance uit Utrecht. Aan project QUOMD werken mee: CZ, Achmea, een aantal (top)klinische ziekenhuizen en IQ Healthcare.

“Door klantwaarde centraal te zetten in elk LEAN-programma, worden de werkprocessen optimaal ingericht.”

Welke drempels kwam u onderweg tegen en hoe heeft u deze overwonnen?

Zoals bij alle verandertrajecten (wat verbetertrajecten vaak zijn) is er kans op weerstand, doordat mensen niet

of onjuist zijn geïnformeerd. We hebben dan ook geprobeerd om goed onze plannen en beoogde doelstellingen te communiceren. Verder hebben we gewerkt in multidisciplinaire teams (indien nodig ook met betrokken externen) om alle stakeholders optimaal bij het proces te betrekken. Duidelijk projectmanagement speelt hierbij een cruciale rol.

Wat leveren de best practices op?

Door klantwaarde centraal te zetten in elk LEAN-programma, worden de werkprocessen optimaal ingericht. Dit betekent dat we alleen handelingen verrichten die daadwerkelijk bijdragen aan het creëren van Waarde voor de cliënt. Project QUOMD is een zeer innovatief project dat primair het proces van diagnostiek uniformeert en de indicatiestelling objectieveert. Met als resultaat: transparantie over de indicatiestelling en de behandeluitkomsten voor de patiënt, verwijzer en zorgverzekeraar.

Hoe worden de resultaten gemeten en vergeleken met de situatie vóór invoering?

Met een 0-meting hebben we de startsituatie in kaart gebracht. Door van te voren mijlpalen te definiëren kunnen we door continu meten de voortgang bepalen.

Wat heeft u geleerd van de best practice en de weg er naar toe?

Best practices draaien om continu leren en verbeteren en daar duidelijk over communiceren om andere medewerkers in de organisatie te stimuleren deze best practice over te nemen én verder te verbeteren. Daarvoor is een cultuur nodig die open is en waar successen gevierd worden en waar van mislukkingen maximaal geleerd wordt. Verder is het belangrijk medewerkers te trainen hoe je continu leren en verbeteren op de werkvloer kan vormgeven, ongeacht de rol in de organisatie.

Waar bent u het meest trots op?

We doen er alles aan planbare medische zorg in Nederland beter en betaalbaarder te maken. Dat onze resultaten als voorbeeld dienen voor de sector is iets wat ons zeer trots maakt. www.bergmandclinics.nl

Cardiologie Centra Nederland (CCN)

ALLES DUIDELIJK IN ANDERHALF UUR

Welke best practice wilt u delen?

Het voorspellen van de zorgvraag maakt het mogelijk hoge kwaliteit en efficiëntie te bereiken in de zorg. Aan de hand van de hoofdklacht van de patiënt plannen we een zorgtraject met alle noodzakelijke diagnostiek. In anderhalf uur kan het diagnostisch en behandelproces worden afgerond. Dit leidt tot grote tevredenheid bij patiënt en verwijzer. De continuïteit van zorg wordt geborgd door de patiënt te allen tijde inzicht te bieden in het eigen dossier en er is een cardioloog van CCN 24/7 bereikbaar voor advies.

Wat was de aanleiding?

De oprichtende cardiologen hadden de overtuiging dat de zorg beter georganiseerd kon worden voor de patiënt. Daarnaast is het idee mede gebaseerd op ervaringen en inzichten uit het buitenland. Aernout Somsen heeft gewerkt in Boston en Geneve waar hij het idee van de zorgstraat opdeed.

Wat behelst de verbetering?

Standaardisatie van het zorgproces, maatwerk ICT, flexibiliteit van zorgverleners, aanpassing van aanbod aan de zorgvraag en uitstekende samenwerking in het team maken dit mogelijk. Door samenwerkingsverbanden met ziekenhuizen en goede relaties met huisartsen en zorgverzekeraars komt de patiënt snel op de juiste plek.

Wat was de referentie?

The Creative Destruction of Medicine (Eric Topol).

Hoe sluit deze best practice aan op uw visie?

We stemmen onze poliklinische zorg af op de behoeften van de patiënt en de verwijzer. Die weten snel waar zij aan toe zijn.

Wie profiteert van deze best practice?

Een patiënt met hartklachten is onzeker en ervaart stress en maakt eerder gebruik van dure spoedeisende hulp. Door snel duidelijkheid te bieden neemt deze onzekerheid af, wordt verergering van klachten voorkomen en krijgt de patiënt direct de behandeling die nodig is. De patiënt keert zo snel mogelijk terug in het normale leven. Uitval van werk wordt zoveel mogelijk beperkt. Dus ook de maatschappij wordt er beter van.

Wie hebben er intern meegewerkt aan deze best practice?

Deze werkwijze is het resultaat van uitstekende samenwerking door de hele organisatie: planning, zorg, bedrijfsbureau. Snelheid door flexibiliteit staat ook bij de ondersteuning (HR, finance, ICT) voorop en kwaliteit en veiligheid is wat iedereen bindt.

Welke externe partijen zijn direct betrokken bij de best practice?

CCN werkt nauw samen met ziekenhuizen voor eventuele verdere diagnostiek en/of ingrepen. Goede relaties met huisartsen en zorgverzekeraars zorgen voor een stabiele basis.

Over CCN

Cardiologie Centra Nederland (CCN) is een organisatie van 9 zelfstandige behandelcentra voor hart- en vaatziekten. De kliniek is opgericht in 2006 en viert dit jaar dus haar 10-jarig bestaan. CCN biedt de kwaliteit, persoonlijke aandacht en snelheid van privé zorg, terwijl doorverwijzing naar de centra toch volledig wordt gedekt door alle zorgverzekeraars in Nederland. CCN streeft naar de beste zorg zonder wachttijden, door zich in de services niet alleen te richten op professionaliteit en continue innovatie, maar bovenal door toegankelijk en persoonlijk te blijven.

Welke drempels kwam u onderweg tegen en hoe heeft u deze overwonnen?

Als private zorgonderneming dien je je bestaansrecht in het Nederlandse zorglandschap continu te bewijzen. Je moet je meerwaarde aantonen richting verwijzers, zorgverzekeraars, patiënten, ziekenhuizen door resultaat te laten zien.

Wat levert de best practice op?

Deze manier van werken levert zichtbare en aantoonbare kwaliteitsverbetering, (kosten)effectiviteit, patiënt- en verwijzertevredenheid op.

Hoe worden de resultaten gemeten en vergeleken met de situatie vóór invoering?

Wachttijden van alle zorgaanbieders zijn transparant en kunnen worden vergeleken. Tevens meten we patiënttevredenheid. Op beide indicatoren scoren we hoog.

Wat heeft u geleerd van de best practice en de weg er naar toe?

Volg je hart.

Waar bent u het meest trots op?

Onze zorg klopt! ► www.cardiologiecentra.nl

Cavari Clinics

ONTSCHOTTEN IS EEN SCHOT IN DE ROOS

Welke best practice wilt u delen?

De expertisetak voor het bedrijfsleven (arbocuratief) is vanaf 2012 uitgebreid met psychiatrische expertises en er is een breed medisch specialistisch behandelaanbod voor werknemers ontwikkeld. Cavari verzorgt dit zelf of fungeert als regisseur in samenwerking met andere centra en ziekenhuizen. Zo kan er, ook bij zeer complexe aandoeningen, snel worden gehandeld. Cavari richt zich sinds 2012 ook op patiënten met complexe ziektebeelden en co-morbiditeit die multidisciplinaire tweede- en derdelijns medisch-specialistische zorg nodig hebben. Deze groep patiënten heeft veelal een te complexe zorgvraag voor de reguliere ziekenhuizen. Het herstel blijft, door de standaard monodisciplinaire behandeling, vaak uit of komt pas na lange tijd. Dit resulteert in onnodig lang ziek zijn en arbeidsverzuim. Voor succesvolle multidisciplinaire zorg zijn communicatie en ontschotting (zorg dwars door schotten heen) essentieel.

Wat was de aanleiding?

Er zijn twee ontwikkelingen die in 2012 bij elkaar zijn gekomen. Dr. René van Dijk heeft als cardioloog in het UMCG en Martini Ziekenhuis gewerkt. Hem viel op dat in de reguliere zorg weinig oog was voor preventie. In 2007 besloot hij Cavari Clinics op te zetten om hier verandering in te brengen, onder andere met in eigen beheer ontwikkelde ICT en een andere zorgorganisatie. Gaandeweg werden de diensten uitgebreid met voornamelijk somatisch georiënteerde diagnostiek en behandeling van vooral de werkende mens. In 2011/2012 breidde Cavari verder uit met zorgmodellen voor mensen met de combinatie van somatische en psychiatrische problematiek, die vaak niet goed herkend werd. Vanaf deze periode levert Cavari ook verzekerde zorg. Dr. Dorien Tulner heeft langdurig als ziekenhuispsychiater

in het Medisch Centrum Leeuwarden gewerkt. Ze werkte op de polikliniek, zag als consulent op alle klinische ziekenhuisafdelingen complexe patiënten – waaronder 'draaieurpatiënten' - en draaide mee in multidisciplinaire teams. Het viel haar op dat een bepaalde groep patiënten ondanks alle inspanningen van somatisch specialisten niet verbeterde en bleef terugkomen. Meestal ontbrak een goede volledige diagnose, waardoor effectieve behandeling ook niet mogelijk was. Daarnaast viel op dat patiënten met een werkgerelateerd probleem - ondanks een goede behandeling - niet opknapten, als niet tegelijk ook de werkgerelateerde stress aangepakt kon worden. Bij beide patiëntengroepen verhinderden "de schotten in de zorg" het herstel. Bij de eerste was dat de scheiding tussen somatiek en psychiatrie en bij de tweede tussen de curatieve geneeskunde en de arbozorg. Zij ontwikkelde een model voor 'ontschotote zorg' in de volle breedte met sterkt geïndividualiseerde zorgtrajecten.

"Ontschotote" zorg kan niet in een ziekenhuis, onder andere omdat dit een platte, kleine, slagvaardige organisatie vereist die snel kan reageren en organisatorische innovaties direct kan doorvoeren.

Wat behelst de verbetering?

We vragen alle patiënten hun eigen verhaal te schrijven, screenen op lichamelijke en psychische klachten en vragen alle medische informatie op. Zo is er al bij de start een zeer compleet beeld. Alle verdere diagnostiek wordt bij of onder regie van Cavari gedaan, met aandacht voor medische zaken, maar ook voor de context waarin de patiënt leeft. Het volledige rapport wordt voor verzending met de patiënt besproken, toegelicht en waar nodig aangepast. De behandelingen maken



we op basis van deze volledige diagnostiek op maat. Dit kunnen snelle interventies zijn, de patiënt naar de juiste specialist leiden voor een specifieke somatische ingreep, maar ook langdurige begeleiding met telezorg bij angstige patiënten met bijvoorbeeld een hartritmestoornis. Daarnaast betrekken we de werkgever bij de re-integratie en begeleiden we de patiënten en hun leidinggevenden daarbij samen met interventies 'tot op de werkvloer'. Voorbeeld: we behandelden en begeleidde een leidinggeven- de die cognitieve problemen had opgelopen door langdurig ge- bruik van de hartlongmachine. Hij werkt inmiddels weer volledig en functioneert goed, ondanks zijn blijvende beperkingen.

Hoe sluit deze best practice aan op uw visie?

Wij hebben het voorrecht om onze visie op de gezondheidszorg in de praktijk te brengen en iedere dag te zien dat het werkt.

Wie profiteert van deze best practice?

De cliënt kan door aanschaf van health check aan de slag met het verbeteren van zijn gezondheid. De patiënt ziet zijn gezondheidssituatie verbeteren, waar dat eerder in de regu- liere zorg niet of onvoldoende lukte. Werkgevers profiteren van snelle diagnostiek en duidelijkheid, optimale zorginrich- ting en hulp bij re-integratie. Onze medewerkers werken met plezier en zijn zeer betrokken bij de patiëntenzorg. De

maatschappij heeft baat bij ons model door de zorgkosten- reductie en voor ons als organisatie is het leuk om elke keer weer te zien hoe ons model werkt!

Wie hebben er meegewerkt aan deze best practice?

Ons hele team doet mee, ieder met zijn persoonlijke inbreng vanuit zijn eigen professionaliteit. Er zijn organisaties die vroeg gezien hebben dat de manier waarop we zorg leveren bijzonder is. Dit geldt voor een aantal zorgverzekeraars, arbodiensten en werkgevers in de regio.

Welke drempels kwam u onderweg tegen en hoe heeft u deze overwonnen?

René van Dijk en Dorien Tulner hebben beiden in het ziekenhuis gemerkt dat hun zorginnovatie daar niet mogelijk was en op te veel weerstand stuitte. Ze hebben vanuit hun overtuiging en visie om deze reden een ZBC opgericht. De huidige contractdrempels worden vooral door de grote zorgverzekeraars opgeworpen en dat vermindert de zo

benodigde innovatiekracht. Voor innovatie is naar onze over- tuiging een sterke privaat-gefinancierde gezondheidszorgtak blijvend nodig.

Wat levert de best practice op?

Het is een innovatie die de kwaliteit van zorg verhoogt, kos- ten bespaart omdat de totale zorg trajecten van individuele patiënten in de verschillende ziekenhuizen worden ingekort en sneller naar een bevredigende oplossing toe werkt. Het arbeidsverzuim vermindert.

Hoe worden de resultaten gemeten en vergeleken met de situatie vóór invoering?

Gegevens van hoe de algemene situatie in een ziekenhuis was vóór onze innovatie gericht op multidisciplinaire zorg staan beschreven in een onderzoek van Plexus uit 2009. Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van Medisch Centrum Leeuwarden en de Friesland Zorgverzekeraar.

Bij onze innovatie is vrijwel elke patiënt zijn eigen contro- le, omdat hij vaak al een heel traject heeft afgelegd in de reguliere zorg, voordat hij bij ons komt. Het lukt ons tot nu toe eigenlijk altijd met onze methodiek een oplossing te genereren voor ook zeer complexe gezondheidsproble- men. Bij iedere patiënten worden basis en eindmetingen gedaan. Op basis van tussentijdse metingen wordt het beleid aangepast.

Wat heeft u geleerd van de best practice en de weg er naar toe?

Dat je veel doorzettingsvermogen en uithoudingsvermogen moet hebben. Dat je moet blijven geloven in je eigen idealen en ideeën, naast een gezonde dosis zelfkritiek en flexibiliteit.

Waar bent u het meest trots op?

Dat we onze visie op zorg succesvol hebben vertaald naar de praktijk in het belang van de patiënt. En dat Cavari Clinics ondanks de turbulentie in de markt en alle uitdagingen op eigen benen staat. Daar zijn wij trots op. www.cavari.nl

Zie voor de referenties pagina 60.

Over Cavari Clinics

Cavari Clinics is in 2007 opgericht en richtte zich aanvankelijk op cardiovasculaire preventie en snelle somatische diagnostische expertises voor het bedrijfsleven. Het huidige team bestaat uit een coördinerend specialist/cardioloog, psychiater, neuro- radioloog, revalidatiearts, neurologen, internist, reumatoloog, anesthesioloog en op afroep verschil- lende andere disciplines. Cavari's hoofdlocatie is in Groningen, een nieuwe locatie wordt binnenkort geopend in Friesland. De meeste cliënten wonen in de noordelijke provincies, maar er zijn verwijzingen vanuit het hele land. Verwijzers en opdrachtgevers zijn: werkgevers, bedrijfsartsen, arbodiensten, medisch specialisten, huisartsen, rechtbanken, UWV, arbeidsongeschiktheid- en letselschadeverzekeraars en belangenbehartigers.

SAMEN VERZORGEN WE WONDEN BETER

Welke best practice wilt u delen? En wat was de aanleiding?

We hebben transmurale wondzorg georganiseerd. De aanleiding was het ontbreken van een centrale regiefunctie voor patiënten met chronische en complexe wonden. Dit resulteerde in veelal ondoelmatige zorg en leidde tot onnodig hoge kosten. Diagnostiek van chronische wonden is een belangrijk onderdeel om de oorzaak van de slechte genezing aan te pakken. Het vervolgens behandelen van de oorzaak leidt tot snellere wondgenezing en verlaagt daardoor de kosten.

Wat behelst de verbetering?

Het optimaal organiseren van de wondzorg binnen een keten levert betere en doelmatiger zorg op. Het diagnostisch proces vindt plaats in ons centrum, waar een multidisciplinair team tijdens een "one-stop"-bezoek de diagnose in de meeste gevallen direct kan stellen. Zo nodig kunnen we in ons centrum verder onderzoek verrichten. De chronische wonden waarvoor "standaard wondzorg" nodig is, verwijzen we door naar de thuiszorg. Om de kwaliteit daarvoor te borgen, hebben we contact gezocht met een thuiszorgorganisatie binnen de regio. Om samen de kwaliteit van medewerkers te inventariseren en waar nodig te verbeteren door bijscholing. De behandeling hebben we in een zorgprotocol vastgelegd. Deze thuiszorgorganisatie is daarmee onze "preferred supplier wondzorg". Met een digitaal platform monitoren we het zorgproces. Met een applicatie kan de wondprofessional op tablet of telefoon met beeld en tekst rapporteren aan de regievoerder in ons centrum, ons "real time" informeren en

onze expertise inschakelen. Daarbij kan de wondprofessional in een beveiligde omgeving het specifieke wonddossier raadplegen.

Wat zijn de referenties op basis waarvan u tot toepassing in uw kliniek bent overgegaan?

Een recent gepubliceerd overzichtsartikel (Chronic leg ulcer: does a patient always get a correct diagnosis and adequate treatment? Michael Mooij and Lauren Huisman Phlebology 2016, Vol.31 (IS) 68-73) over de diagnostiek en behandeling van patiënten met beenwonden toont aan dat primaire verwijzing naar een centrum met expertise op het gebied van chronische en complexe wonden een verbetering van kwaliteit van leven kan geven, maar ook kostenbesparend zal werken. Dergelijke initiatieven beginnen nu ook elders in het land te ontstaan. De Nederlandse Richtlijn Veneuze Pathologie 2014 NVDV en NVvH adviseert ook om op basis van een gedegen diagnose de oorzaak te behandelen.

Hoe sluit deze best practice aan op uw visie?

De toegepaste werkwijze leidt tot een betere kwaliteit van leven van patiënten met chronische en complexe wonden. Dit past in onze visie van hoge kwaliteit van zorg waar het patiënten belang voorop staat. De patiënt profiteert door een snellere genezing van zijn wonden, de wondprofessional voelt zich gesteund door experts die geraadpleegd kunnen worden op afstand en de ziektekostenverzekeraars besparen kosten, omdat patiënten niet langdurig zonder correcte diagnose door de thuiszorg worden behandeld.



Over Centrum Oosterwal

Centrum Oosterwal is een door de overheid erkende instelling voor medisch specialistische zorg in organisatorisch verband. Er vinden behandelingen en diagnostiek plaats van afwijkingen en aandoeningen aan de huid, aderen en lymfevaten. Het centrum is opgericht in 1989 en is één van de eerste zelfstandige klinieken in Nederland. Centrum Oosterwal heeft locaties in Alkmaar, Heerhugowaard en Amsterdam. Het motto is: "Behandel mensen zoals je zelf ook behandeld zou willen worden." Het team van ruim tachtig medewerkers bestaat uit ervaren dermatologen, flebologen, (vaat)chirurgen, plastisch chirurgen, huidtherapeuten, bandagisten, pedicures en verpleegkundigen.



Wie profiteert van deze best practice? En hoe?

De thuiszorgorganisatie is zeer enthousiast en ziet hierin natuurlijk een mogelijkheid om in een concurrerende markt een belangrijke positie in te nemen.

Wat levert de best practice op?

Uitvoering van deze transmurale wondzorg zal op termijn kostenbesparend werken. De kwaliteit van de wondzorg wordt geborgd door een centrum met specifieke wondzorg expertise.

Hoe worden de resultaten gemeten en vergeleken met de situatie vóór invoering?

Het is nog te vroeg om resultaten te melden. De financiering van deze werkwijze zal door de zorgverzekeraars moeten worden gefaciliteerd door een nieuwe financieringsmethode en uitkomstparameters zullen dan onderdeel zijn van de ketenzorg.

Wat heeft u geleerd van de best practice en de weg er naar toe?

Het is inspirerend om met verschillende partijen een kwaliteitsslag te maken. Wij streven er naar om in samenwerking met anderen de beste zorg voor patiënten te leveren. Het resultaat van dit project geeft een ieder een zeer bevredigend gevoel.

Waar bent u het meest trots op?

Wij zijn trots op deze innovatie van zorg die naar ons idee landelijke uitrol behoeft. ► www.centrum-oosterwal.nl

DC Klinieken

HET SPECIALISME UIT HET ZIEKENHUIS GEHAALD

Welke best practice wilt u delen?

Wij hebben onder meer een keten van endoscopiecentra. Voor dit specialisme hebben wij in aanvulling op het ZKN-keurmerk als eerste ZBC in Nederland de HKZ-certificering ontvangen, waardoor we ook als eerste werden toegelaten tot het Bevolkingsonderzoek (BVO) Darmkanker in Nederland. Voor ons een erkenning van de kwaliteit die de organisatie dagelijks levert. Door een deel van dit specialisme “uit de ziekenhuizen te halen” wordt aan kwaliteit en efficiëntie dus niets ingeboet, integendeel zelfs. Daarnaast vinden patiënten vaak een bezoek aan een van onze centra prettiger dan ziekenhuizen.

Wat was de aanleiding?

Binnen dit specialisme gelden doorgaans lange toegangstijden. Bovendien ervaren patiënten deze onderzoeken als zeer ingrijpend. In een kleinschalige setting stellen wij onze patiënten op hun gemak, zodat ze minder tegen het onderzoek op zien. Met een duidelijke voorlichting en ervaren MDL-artsen bieden wij zeer hoge kwaliteit van zorg, met korte toegangstijden.



Over DC Klinieken

DC Klinieken is opgericht in 1995 en uitgegroeid tot een landelijke keten met veertien vestigingen door Nederland. Patiënten worden behandeld in kleinschalige centra, die een vriendelijk en toegankelijk karakter hebben. De kliniek is sterk in laagcomplex zorg (diagnostiek en behandelingen in de eerste en tweede lijn). De visie luidt: toonaangevend en vooruitstrevend zijn én blijven binnen elk specialisme, door middel van patiëntvriendelijkheid, kleinschaligheid, snelheid en kwaliteit.

Wat behelst de verbetering?

Alle onze scopie-units zijn volgens dezelfde standaard en hygiëne-eisen ingericht. Hierbij voldoen we volledig aan de eisen die het BVO hiervoor stelt.

Hoe sluit deze best practice aan op uw visie?

Door aan te sluiten bij het BVO, is DC Klinieken een van de ZBC-ketens die vooruitlopen binnen het specialisme endoscopie, op het gebied van kwaliteit en snelheid.

Wie profiteert van deze best practice?

De patiënt profiteert van de korte wachtlijsten, en DC Klinieken profiteert van een nieuwe groep patiënten die anders rechtstreeks in het ziekenhuis worden behan-

deld. DC Klinieken is de perfecte oplossing voor dergelijke bevolkingsonderzoeken.

Wie hebben er meegewerkt aan deze best practice?

De afdeling kwaliteit en veiligheid is leidend geweest bij de verwerving van dit certificaat. Samen met verschillende MDL-maatschappen, onder leiding van dr. Alfons Geraedts, heeft dit geleid tot de toekenning van het BVO. Onze klinieken, BVO en samenwerkende ziekenhuizen hebben gezamenlijk gezorgd voor dit succes.

Welke drempels kwam u onderweg tegen en hoe heeft u deze overwonnen?

Het omvormen van bestaande centra tot geschikte locaties voor het BVO. En de medewerking verkrijgen van alle specialisten en acceptatie door de NVMDL. Deze onderzoeken kunnen buiten het ziekenhuis veilig en verantwoord worden uitgevoerd mits er goede afspraken zijn met samenwerkende ziekenhuizen.

Wat levert de best practice op?

Inzicht in kwaliteit van zorg; alle meetresultaten worden vastgelegd in de landelijke database (ScreenIT). Focus maal volume: wat je veel doet, doe je goed. Onze MDL-artsen doen grote aantallen scopieën op jaarbasis. Deze best practice levert een kostenbesparing op voor de overheid, omdat DC Klinieken op een goedkopere wijze dit onderzoek faciliteert.

Wat heeft u geleerd van de best practice en de weg er naar toe?

Ondanks vele tegenslagen is het eindresultaat fantastisch en naar ieders tevredenheid.

Waar bent u het meest trots op?

We beschikken inmiddels over zeven centra waar endoscopieën worden uitgevoerd. Zowel op aanvraag van de huisarts als voor het bevolkingsonderzoek. Onze patiënten waarderen onze werkwijze. ▶ www.dcklinieken.nl

Zie voor de referenties pagina 60.

BETER WORDEN DOE JE THUIS

Welke best practice wilt u delen?

Het motto 'een kind hoort niet in het ziekenhuis' dat is vertaald naar een organisatie met de best georganiseerde totaalzorg voor kinderen en jongeren. We beschikken over een dagbehandeling waar kinderen gepland en ongepland opgenomen kunnen worden. De zorg vindt, indien noodzakelijk en mogelijk, bij ons plaats. Een belangrijke voorwaarde is dat zieke kinderen zo vroeg mogelijk op de dag worden gepresenteerd. Zo hebben we tijd om kinderen te behandelen en, indien verantwoord, aan het einde van de dag te ontslaan of thuis te laten overnachten en de volgende dag te laten terugkomen. Soms is het niet anders. Dan móet een kind wel worden opgenomen op een kinderafdeling. In zo'n geval moet er meteen plek zijn. En de best mogelijke medicijnen, middelen en kinderartsen. Want hoe eerder kinderen de juiste hulp krijgen in een kindvriendelijke sfeer, hoe sneller zij genezen en weer naar hun huis en school kunnen.

Wat was de aanleiding om tot deze best practices te komen?

Door de snelle groei van Almere en de sterke toename van het geboortecijfer was uitbreiding van de capaciteit van kindergeneeskunde absoluut noodzakelijk. Doorgaan op de oude, vertrouwde voet was een optie, maar Norbert van den Berg en Tim Vreede pakten de unieke kans om plannen te ontwikkelen voor DeKinderkliniek.

Wat behelst de verbetering?

Als een kind zorg nodig heeft, maak dan het bezoek en het verblijf zo aangenaam en kort mogelijk. Bij ons vinden kinderen een vriendelijke omgeving waarin het niet alleen om

hun ziektebeeld gaat, maar om het totale kind of jongere met medische en eventueel psychische en sociale problemen. Een benadering die zijn oorsprong vindt in het holisme dat er onder andere vanuit gaat dat een mens meer is dan de som van al zijn "onderdelen". Bij die visie hoort ook de basishouding om altijd eerlijk te zijn tegen kinderen en jongeren. Dus ook als het om moeilijke mededelingen gaat. Kinderen en jongeren waarderen authenticiteit als geen ander. Een pure persoonlijkheid maakt dat kinderen en jongeren zich veilig en vertrouwd kunnen voelen, waardoor het mogelijk is om beter met hen te communiceren. Voor medewerkers betekent dit heel concreet dat het kind/de jongere zich niet hoeft aan te passen aan DeKinderkliniek, maar dat de medewerkers zich aanpassen aan het kind en diens omgeving. Deze visie is vertaald in de merkwaaarden van DeKinderkliniek: 'puur en persoonlijk'. Deze waarden staan centraal in de communicatie en het gedrag die passen bij de medewerkers én bij wat kinderen uitstralen. De waarden zijn niet alleen kenmerkend voor het contact met kinderen en ouders, maar ook voor het contact tussen medewerkers. Die zijn hierop geselecteerd en hiervoor getraind.

Wie profiteert van deze best practice?

Alle stakeholders hebben profijt van hoe DeKinderkliniek is georganiseerd. De patiënt ontvangt de beste totaalzorg op een goed georganiseerde manier. In DeKinderkliniek is veel aandacht voor job-enrichment van medewerkers, waarbij medewerkers worden opgeleid voor verschillende taken en rollen in de organisatie. Hierdoor zijn mensen flexibel inzetbaar, wat de personele inzet vergroot. De medewerkers krijgen de ruimte om te groeien, hun werkzaamheden zijn divers en ze



worden gestimuleerd verantwoordelijkheid te nemen, wat het werkplezier vergroot. Maatschappelijk gezien is DeKinderkliniek een voorbeeld waarbij de zorg patiëntvriendelijk, efficiënt georganiseerd is zonder dat dit de maatschappij en zorgverzekeraars extra geld kost.

Wie hebben er intern meegewerkt aan deze best practice? En hoe?

DeKinderkliniek staat voor het totaal van alle medewerkers. Van gastvrouw tot kinderarts. Van pedagogisch medewerker tot verpleegkundige. Maar die best georganiseerde complete zorg voor kinderen en jongeren kun je alleen bieden als er geen zwakke schakels in de ketting zitten. Kortom: iedereen moet de beste willen zijn op zijn of haar eigen werkterrein én zich verantwoordelijk voelen voor eigen werk én dat van anderen in de organisatie.

Over DeKinderkliniek

DeKinderkliniek is gevestigd in Almere en biedt poliklinische zorg en dagbehandeling voor kinderen en jongeren van 0 tot 18 jaar. De kliniek komt voort uit het Flevoziekenhuis Almere en uit de ideologie dat zorg voor kinderen anders moet. Sinds de opening in 2009 is het aanbod enorm uitgebreid door samenwerkingsverbanden met verschillende eerste- (verschillende paramedici) en derdelijnszorgprofessionals (academisch medisch specialisten). Door alle zorg onder één dak kunnen verschillende contactmomenten en onderzoeken op één dag gepland en aangeboden worden. Uitgangspunt is: 'Beter worden doe je thuis'. Omdat de kliniek gelooft in de kracht van een veilige en vertrouwde thuisomgeving. Een belangrijke rol is weggelegd voor gespecialiseerd verpleegkundigen voor chronische doelgroepen als astma, diabetes en obesitas. De kliniek biedt ook Geestelijke Gezondheidszorg vanuit DeKinderGGZ.

Welke externe partijen zijn direct betrokken bij de best practice? En hoe?

De huisartsen en Flevoziekenhuis zijn onmisbare schakels in de keten van zorg. Met deze partijen is veelvuldig contact en overleg. DeKinderkliniek vraagt om diensten die verder gaan dan de gebruikelijke zorg. Daarom besteden we ook aandacht aan thema's als sport en overgewicht en kunnen kinderen ook bijvoorbeeld yoga krijgen. Dit vereist open staan voor andere vormen van zorg.

Welke drempels kwam u onderweg tegen en hoe heeft u deze overwonnen?

Onze manier van werken vraagt van medewerkers flexibiliteit, omdat in de zorg niet de medewerker en organisatie centraal staan, maar de patiënt. Dit vereist een selectie van specifieke kenmerken bij aanname van nieuw personeel en ook opleiding op specifieke eigenschappen, zoals hospitality. Bij wijzigingen in de bekostiging van DBC-DOT bleek dat in de nieuwe

tariefstructuur alleen een vergoeding bestond wanneer een kind wordt opgenomen inclusief klinische overnachting en anders een poliklinisch tarief werd gehanteerd. Dit geeft een perverse prikkel om kinderen op te nemen en te laten overnachten, in plaats van dagbehandeling. Terwijl dit niet in het belang van de patiënt, het systeem en de maatschappij is. Deze perverse prikkel bestaat nog steeds, maar voor onze specifieke setting is, in nauwe samenspraak met de Nza, een acceptabele tussenoplossing gevonden in de vorm van een nieuw zorgproduct.

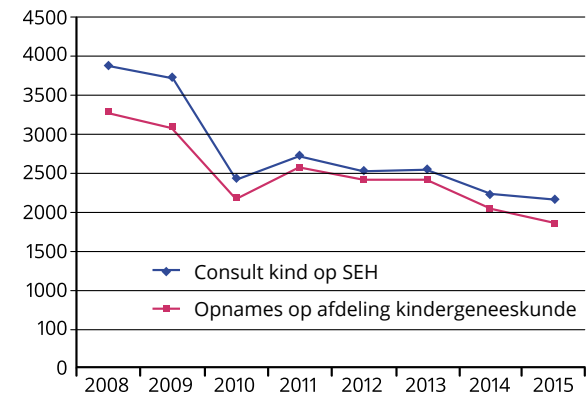
Wat levert de best practice op?

Deze organisatie van zorg heeft effect op het aantal spoedeisende-hulpcontacten en klinische ziekenhuisopnames in het Flevoziekenhuis. Het aantal opnames in het Flevoziekenhuis is op een aantal terreinen waarop DeKinderkliniek actief is, fors gedaald. Als ziekenhuizen hun specialisten, verpleegkundigen, kennis, budgetten en techniek samenbrengen, ontstaat er een uitdagende werkomgeving waarin steeds meer kinderen de beste zorg krijgen. Efficiënter, effectiever en zonder dat het extra geld kost.

Hoe worden de resultaten gemeten en vergeleken met de situatie vóór invoering?

Voor het patiënttevredenheidsonderzoek is gebruik gemaakt van de kernvragenlijst patiënttevredenheid (KPAZ), deze vragenlijst bood de mogelijkheid te benchmarken op 6 thema's van in vergelijking met poliklinieken Kindergeneeskunde van algemene ziekenhuizen. Qua rapportcijfer scoort DeKinderkliniek in 2014 een 8,4 t.o.v. een 7,8 in de spiegelgroep. Op de 6 aspecten (ontvangst, bejegening medewerkers, bejegening artsen, informatie, zelfstandigheid en vertrek & nazorg) krijgt DeKinderkliniek hogere scores dan de ziekenhuizen in de spiegel-groep. Deze hogere score is op de aspecten ontvangst, bejegening door medewerkers, informatie en zelfstandigheid significant. Op de vraag 'zou u DeKinderkliniek' aanbevelen aan kennissen en/of familie (derden)?' geeft 53,4% een score 9-10 (promotors); 5,4% geeft een score 0-6 (detractors). Daarmee komt de NPS score op 48,1 en is net niet excellent te noemen. Op de vraag 'Zou u opnieuw voor een behandeling in DeKinderkliniek kiezen?' geeft 58,5% een

SEH en klinische opname Kindergeneeskunde Flevoziekenhuis



Ontwikkelingen in opname aantallen kindergeneeskunde Flevoziekenhuis na start DeKinderkliniek per mei 2009. Bron: Flevoziekenhuis datawarehouse 22 maart 2016, gegevens t/m 31 december 2015

score 9-10 (promotors); 6,6% geeft een score 0-6 (detractors). De NPS is 51,9 en dus excellent.

Wat heeft u geleerd van de best practice en de weg er naartoe?

Dat andere organisatie van zorg alleen gerealiseerd kan worden als er bevoegdheid en lef bestaat om buiten gebaande paden te treden en te zoeken naar én te selecteren op mensen die deze eigenschappen ook bezitten.

Waar bent u het meest trots op?

Om de ambitieuze doelen van DeKinderkliniek te kunnen realiseren is het voorwaardelijk om een werksfeer te creëren waarin iedereen zich prettig voelt. Waarbij er authenticiteit is in het contact met collega's, kinderen, ouders, huisartsen, leveranciers, bedrijven, gemeenten, enzovoorts. Dat heeft alles met veiligheid te maken. Het jezelf kunnen zijn, waardoor talenten de ruimte krijgen. Dit heeft bijgedragen tot de realisatie van DeKinderkliniek en het feit dat we zijn gegroeid tot de organisatie die we nu zijn! ► www.dekinderkliniek.nl

ALLES MAG WORDEN GEMELD

Over DermaPark

DermaPark is in februari 2009 opgericht voor patiënten in de gemeenten Uden-Oss-Veghel, maar er komen patiënten vanuit het hele land. DermaPark levert dermatologische zorg, met als speerpunten diagnostiek en behandeling van spataders en huidkanker. In toenemende mate is ook de niet-verzekerde zorg onderdeel van het zorgaanbod. De kliniek wil met behulp van kwalitatief hoogwaardige behandelmethoden, de zorg en de daarbij horende organisatorische randvoorwaarden - zoals korte toegangstijden, meer tijd en aandacht voor de individuele patiënt, snellere zorg op maat en voldoende gratis parkeergelegenheid - beter laten aansluiten op de zorgvraag van vandaag en morgen. In een kleine setting en met korte lijnen kan DermaPark pro-actief en sneller inspelen op nieuwe ontwikkelingen. Het streven is om 80% van de behandelingen tijdens het eerste consult te laten plaatsvinden.

Welke best practice wilt u delen?

Het Continue Verbeter Traject (CVT) als belangrijk onderdeel van het invoeren van het kwaliteit- en veiligheidsmanagementsysteem conform de Toetsingscriteria van het ZKN-keurmerk, waarin continu verbeteren centraal staat.

Wat behelst de verbetering?

We hebben een systeem ontwikkeld waarmee alle, maar dan ook echt alle zaken die niet goed gaan, gemeld en maandelijks

besproken worden. Dat varieert van een bestelling die misging tot een verkeerd geplande of uitgevoerde ingreep. We houden de werkwijze bewust heel laagdrempelig en dus op papier. Een overzichtelijk formulier waar wij alles op kwijt kunnen. De meldingen worden bij de receptie (centraal in onze kliniek) in een klapper verzameld, waarin ook alle complicaties worden verzameld. De bespreking van de meldingen en complicaties in het team is een vast onderdeel van het maandelijks teamoverleg. Complicaties worden in eerste instantie door de artsen in het medisch overleg inhoudelijk besproken en bijgehouden. In het maandelijks overleg worden de complicaties vervolgens gemeld en besproken met alle medewerkers.

Hoe sluit deze best practice aan op uw visie?

De invoering van het CVT was in eerste instantie bedoeld als een manier om de kwaliteit van onze zorg te verbeteren. Dit past bij onze missie: het leveren van uitstekende, toegankelijke dermatologische zorg over de volle breedte van het vak. Sinds de invoering, nu ongeveer zes jaar geleden, zien wij ook andere voordelen. Zoals blamefree melden en (daardoor) een grotere betrokkenheid van de leden van het team. Dit heeft geleid tot een opener sfeer in het team. Meldingen worden in gezamenlijkheid besproken, geassocieerd naar impact, ernst en herhalingskans. Het team heeft vanzelfsprekend mandaat voor het vaststellen van verbetermaatregelen. Mocht dit



laatste niet lukken wordt gekozen voor een uitgebreidere retrospectieve risicoanalyse om verder te zoeken naar basisoorzaken alvorens een geschikte en passende verbetermaatregel kan worden doorgevoerd.

Wie profiteert van deze best practice?

Alle bij de zorg betrokken personen. De patiënt, omdat de zorg in een steeds veiliger omgeving gegeven wordt. De medewerkers die zich gehoord voelen en betrokken zijn en de kliniek die daardoor een goede reputatie geniet.

Wie hebben er intern meegewerkt aan deze best practice?

Alle medewerkers, het is een echte team-effort. Door het CVT staan kwaliteit en veiligheid altijd op de agenda.

“Wat voor de ene medewerker een incident kan lijken, wordt een structureel probleem als meerdere medewerkers dit tegenkomen.”

Welke drempels kwam u onderweg tegen en hoe heeft u deze overwonnen?

Eigenlijk geen. Dat heeft mogelijk te maken met de houding van het team dat vrijwel vanaf het begin open stond voor nieuwe ideeën en de directie die het belang hiervan uitdraagt.

Wat levert de best practice op?

Deze best practice draagt bij aan de verbetering van de kwaliteit en veiligheid op alle niveaus, omdat werkelijk alle incidenten van welke orde dan ook gemeld mogen worden. Zo

wordt een veilige omgeving voor de patiënt gewaarborgd en het imago van de zorgverleners en DermaPark beschermd. Wat voor de ene medewerker een incident kan lijken, wordt een structureel probleem als meerdere medewerkers dit tegenkomen. Zo spoor je blinde vlekken op en voorkom je een nonchalante houding van de medewerkers.

Hoe worden de resultaten gemeten en vergeleken met de situatie vóór de invoering?

De besproken meldingen, de conclusies en maatregelen worden gefiatteerd door de voorzitter van de vergadering. De meldingen worden genummerd en halfjaarlijks geïnventariseerd in de MIP-commissie.

Wat heeft u geleerd van de best practice en de weg er naar toe?

Op het gezicht lijkt het systeem overdreven (“alles melden”), maar in de praktijk blijkt dat alle medewerkers zich het kwaliteits- en veiligheidsdenken eigen maken. Bijkomend maar niet te onderschatten voordeel is de invloed die het Continue Verbeter Traject heeft op de sfeer en het ‘wij-gevoel’. “Er wordt naar ons geluisterd en met onze meldingen wordt ook echt iets gedaan”, was een opmerking van een van onze medewerkers.

Waar bent u het meest trots op?

De weg die wij in 2010 hebben afgelegd naar het ZKN-keurmerk heeft veel tijd en energie gekost, maar ons ook veel gebracht. Zeker de moeite waard, dus. Wij zijn trots op wat wij in de afgelopen zeven jaar bereikt hebben en dat is gelukt mede dankzij een toegewijd team van enthousiaste zorgverleners.

► www.dermapark.nl

DermaZuid

IEDEREEN BETROKKEN

Welke best practice wilt u delen?

Om ons zorgsysteem nóg toegankelijker, laagdrempeliger en patiëntvriendelijker te maken, de zorg op termijn betaalbaar te houden en de patiënt meer bij onze praktijkvoering en consult te betrekken, hebben we een aantal zaken aangepakt. We bieden anderhalvelijnszorg aan bij huisartsen uit de regio (het zogenaamde meekijkconsult), geven nascholingen aan huisartsen en huisartsen-in-opleiding. En in april dit jaar zijn we begonnen met het organiseren van patiënten-informatieavonden.

Wat was de aanleiding?

We willen de verwijzingen naar de tweede lijn terugdringen door een betere samenwerking in de keten om zo de zorgkosten op termijn betaalbaar te houden. Mensen met een onduidelijke klacht worden nog onnodig naar een specialist gestuurd, terwijl deze klacht tijdens het meekijkconsult bij de huisarts al opgelost kan worden. Daarbovenop was het onze behoefte om patiëntbetrokkenheid en patiëntvriendelijkheid te vergroten. Daarmee hopen we een kritisch en open therapeutisch klimaat te bevorderen.

Hoe sluit deze best practice aan op uw visie?

We willen van DermaZuid de meest kwalitatief hoogwaardige dermatologische kliniek binnen de regio maken. Om dit te kunnen bewerkstelligen zijn dit soort initiatieven nodig.

Wie profiteert van deze best practice? En hoe?

Alle partijen, door voor iedere patiënt de juiste zorg op de juiste plek te geven. Door de huisarts te ondersteunen in het leveren van kwalitatief goede eerstelijns dermatologische zorg hebben wij meer tijd om in de kliniek specialistische zorg te leveren. Daarnaast worden de zorgkosten op deze manier

in toom gehouden. Medewerkers profiteren omdat er meer specialistische behandelingen in de kliniek nodig zijn, waardoor de uitdaging in hun werk groter wordt. De ideeën van de patiënt tijdens patiënten-informatieavonden geven ons veel inzicht. En ten slotte levert de nascholing kwaliteitsverbetering van de dermatologische kennis op bij huisartsen. Zo worden verschillende dermatologische aandoeningen vroegtijdig opgespoord en in de eerste lijn behandeld, dan wel doorverwezen naar de tweede lijn.

Wie hebben er intern meegewerkt aan deze best practice?

Alle partijen. De artsen hebben deze verbeteringen geïmplementeerd en hierbij het ondersteunend personeel betrokken.

Welke externe partijen zijn direct betrokken bij de best practice?

- Huisartsen met wie de anderhalvelijnszorg is gestart, door in de huisartsenpraktijk deze zorg aan te bieden. De huisartsen houden de regie en verwijzen alleen indien de problematiek niet diagnostisch en/of therapeutisch in de 1e lijn opgelost kan worden.
- De huisartsen die deelnemen aan de nascholingen en zo hun dermatologische kennis verbreden.
- De Universiteit Maastricht in verband met de overdracht van de dermatologische kennis aan hun huisartsen-in-opleiding.
- En het Huis voor de Zorg (een organisatie die zich inzet voor zorgvragers in Limburg) helpt bij de patiënten-informatieavonden.

Welke drempels kwam u onderweg tegen?

Het ontbreken van een contract met de grootste zorgverzekeraar in de regio zorgt ervoor dat patiënten kopschuw worden. De financiële afwikkeling is dikwijls heel onduidelijk en tijdrovend.

Hoe worden de resultaten gemeten en vergeleken met de situatie vóór invoering?

Door het vergelijken van diagnosebehandelcombinaties in financiële overzichten. Na de invoering van de best practices

Over DermaZuid

DermaZuid is opgericht in 2013 en gevestigd in Maastricht. Het maakt onderdeel uit van een zorgboulevard met daarin een huisartsenmaatschap, apotheker, thuiszorgorganisatie, fysiotherapeuten en een logopediste. De kliniek levert medisch-specialistische, dermatologische zorg met een accent op dermato-oncologie en flebologie. DermaZuid beschikt over meer dan 250 m² met drie spreekkamers en zes behandelkamers. Hoofd van de kliniek is drs. I. Beciri. Meer dan 20 jaar geleden heeft hij zijn artsexamen behaald, sinds 1997 is hij dermatoloog en sinds 2004 MSCR-geregistreerd in Nederland.

zou duidelijk moeten worden dat er meer specialistische zorg geleverd wordt binnen de kliniek en minder eenmalige consulten plaatsvinden. Ook vergelijken we de uitkomsten van patiënten-enquêtes. De ervaringen tot nu toe zijn overwegend goed. Zowel de betrokken artsen als de patiënten reageren positief.

Wat heeft u geleerd van de best practice en de weg er naar toe?

Huisartsen herkennen, door nascholing en anderhalvelijnszorg, premaligne en maligne dermatosen in een vroegtijdig stadium. Hierdoor zijn minder grotere ingrepen nodig. Huisartsen blijken meer kennis en vaardigheden te hebben om eenvoudige dermatologische aandoeningen zélf te behandelen. Wij zijn onlangs gestart met het benaderen van patiënten om hen structureel te betrekken bij de praktijkvoering en het consult. Hierbij is ons opgevallen dat zij zich enigszins terughoudend opstellen. Wellicht omdat zij niet gewend zijn om te worden betrokken bij de zorg.

Waar bent u het meest trots op?

We zijn het meest trots op de samenwerking tussen huisarts en specialist op de werkvloer, waardoor kennisoverdracht plaatsvindt en zorg tussen de 1e en 2e lijn beter wordt afgestemd. ► www.dermazuid.nl

DiaSana

MEER RUIMTE VOOR CLAUS- TROFOBIE

Welke best practice wilt u delen?

Geslaagde en kwalitatief goede onderzoeken voor de claustrofobische cliënten. Dit doen wij door extra tijd voor deze cliënt in te plannen, zodat we rustig met hem of haar kunnen communiceren. Met een extra laborant kunnen wij de cliënt gedurende het gehele proces begeleiden. De laborant gaat mee in de MRI-ruimte en kan bijvoorbeeld de cliënt geruststellen of de hand vasthouden.

Wat was de aanleiding?

In 2005 had een groep radiologen de behoefte om angstige cliënten te kunnen scannen in een open MRI-scan. Dit is patiëntvriendelijker en er zijn minder zinloze of mislukte onderzoeken in ziekenhuizen, waardoor reguliere cliënten een kortere wachttijd hebben. Inmiddels zijn we al tien jaar de zorgaanbieder voor de claustrofobische en zwaarlijvige cliënten.

Wat behelst de verbetering?

Deze best practice is een verbetering van het zorgproces van de cliënt. Als de cliënt niet durft, dient hij in het ziekenhuis een MRI-onderzoek te ondergaan onder sedatie (een roesje). Dit brengt de nodige risico's voor de cliënt en kosten voor ziekenhuis/zorgverzekeraar met zich mee.

Hoe sluit deze best practice aan op uw visie?

Service, kwaliteit en veiligheid staan bij ons hoog in het vaandel. Wij bieden de cliënt extra service, namelijk meer

“Wij zijn er trots op dat wij claustrofobische cliënten kunnen helpen.”

begeleiding, korte wachttijd en korte communicatielijnen. Doordat de cliënt minder onrustig is, ligt hij beter in de MRI, waardoor de beelden beter van kwaliteit zijn. Ook geven we de cliënten een veilig gevoel, door intense begeleiding en de juiste voorbereiding.

Wie profiteert van deze best practice?

De cliënt heeft er baat bij, omdat het onderzoek slaagt, ondanks de angst. Hij hoeft niet in het ziekenhuis onder sedatie een MRI-onderzoek te ondergaan. Het grote slagingspercentage draagt bij aan onze naamsbekendheid

(dit ervaren wij). Verwijzers sturen claustrofobische cliënten vaker door. Als een ziekenhuis de cliënt verwijst voor de open MRI, zijn de kosten lager dan in het eigen ziekenhuis. De verwijzer en de behandelende arts hebben te maken met tevreden cliënten, omdat het onderzoek is gelukt. Op korte termijn, gevolgd door passende zorg.

Wie hebben er meegewerkt aan deze best practice?

De laboranten voeren de best practise als het ware uit en het management heeft het beleid opgesteld, waarin deze werkwijze past.

Welke drempels kwam u onderweg tegen en hoe heeft u deze overwonnen?

De grootste drempel is wie het MRI-onderzoek gaat vergoeden. Er is vaak discussie: moet deze door het aanvragend ziekenhuis vergoed worden of door de zorgverzekeraar? De zorgverzekeraar is van mening dat deze vergoeding in de DOT van het ziekenhuis valt, die mening

ondersteunen wij uiteraard. Met circa 70 ziekenhuizen en klinieken in Nederland zijn hier concrete afspraken over gemaakt. Bij ziekenhuizen waarmee geen afspraken zijn gemaakt, verloopt het overleg over de vergoedingen moeizaam, omdat die geen extra kosten voor het externe MRI-onderzoek willen betalen. De kostprijs van een MRI in een ziekenhuis ligt lager dan het NZA-tarief dat wij hantieren, dit komt mede doordat een ziekenhuis de overhead kosten niet opnemen in de MRI kostprijs. Uiteraard wegen de kosten van de MRI bij DiaSana niet op tegen een MRI onder sedatie en/of het mislukken van onderzoeken.

Een cliënt kan op meerdere manieren bij DiaSana komen: op eigen initiatief of via een doorverwijzing van een specialist of huisarts. Omdat wij afspraken hebben met verschillende ziekenhuizen, wordt een onderzoek van een cliënt die via een specialist is doorverwezen, vergoed. Komt de cliënt op eigen initiatief of via de huisarts, wordt de rekening vaak minimaal vergoed.

Over DiaSana

DiaSana, opgericht in 2006, is een diagnostisch centrum voor MRI- en röntgenonderzoeken. Uniek is de open MRI-scan. Bij dit apparaat zijn de zijkanalen open. Er is geen tunnel aanwezig, waardoor de patiënt meer ruimte heeft. Ideaal voor claustrofobische en zwaarlijvige cliënten. Zij kunnen nu vaak wel een onderzoek ondergaan. Wat hier ook aan bijdraagt is de intensieve begeleiding en de 'Philips Ambient Experience', een projectie op de muur met ontspannende verlichting en beelden. De kliniek beschikt ook over een röntgenkamer en de zogenaamde Philips Ingenia. Dit is een tunnel MRI-scan, waarvan de diameter van de tunnel tien centimeter groter is dan een reguliere scan.



EEN BONDGENOOTSCHAP MET DE CLIËNT

Wat levert de best practice op?

De kwaliteit van onze dienstverlening stijgt, omdat er meer onderzoeken slagen. De best practise draagt ook bij aan het veiligheidsgevoel van de claustrofobische cliënt. Omdat de onderzoeken bij deze doelgroep met 98% slagen, wordt er meer doorverwezen en groeit bij ons het aantal cliënten. Deze groei neemt mede toe, doordat het ziekenhuis deze zorg niet kan en wil faciliteren. Hierdoor nemen de MRI-onderzoeken onder sedatie af. Dit betekent dan ook een kosten verlaging voor het ziekenhuis.

Hoe worden de resultaten gemeten en vergeleken met de situatie vóór invoering?

De tevredenheid van de cliënt meten we met een online cliënttevredenheidsonderzoek, DiaSana scoort hierbij een 8.8. Daarnaast maakt de laborant verslagen als een onderzoek niet is geslaagd. Deze onderzoeken worden gebundeld in een overzicht. Maandelijks wordt er een slagingspercentage vastgesteld om de medewerkers te motiveren. Het uitgangspunt is om een slagingspercentage van 98% te behalen. Deze nemen we als indicator op in ons managementsysteem.

Wat heeft u geleerd van de best practice en de weg er naar toe?

De les die wij hebben geleerd is dat de ambiance, unieke apparatuur en een persoonlijke benadering en begeleiding van de cliënten erg belangrijk zijn. Door wat meer tijd en aandacht aan hen te besteden, stijgt het slagingspercentage tot van onze diensten.

Waar bent u het meest trots op?

Wij zijn er trots op dat wij claustrofobische cliënten kunnen helpen. Daarnaast hebben wij veel afspraken met verschillende ziekenhuizen door het hele land. Wij krijgen dus veel cliënten vanuit heel Nederland. Dit draagt bij aan onze naamsbekendheid. Maar waar wij misschien wel het meest trots op zijn, is dat de cliënten erg tevreden en dankbaar zijn. Dit blijkt uit ons tevredenheidsonderzoek. www.diasana.nl

Welke best practice wilt u delen?

We gaan een bondgenootschap met de patiënt aan, om samen diverse oplossingen voor het uitvoeren van een gewenste behandeling uit te diepen. Een goede samenwerking met de patiënt is niet te realiseren in een consulttijd van 10 minuten, zoals normaal elders gebruikelijk is. In het Dr. Kappel Instituut loopt de consulttijd voor het siliconenvraagstuk op tot 60 minuten en voor cosmetische ingrepen tot gemiddeld 30 tot 45 minuten.

“De keuzevrijheid van de patiënt wordt gerespecteerd.”

Wat was de aanleiding?

Er was geen speciale aanleiding, deze werkwijze heeft er van meet af aan ingezet. Het is een resultaat van de ervaringen van dr. Kappel, die gewerkt heeft in een groot perifeer ziekenhuis, in een privékliniek en in het academische ziekenhuis. Zij had een plan dat zij omstreeks 1998 aan minister Els Borst heeft voorgelegd. Dit heeft zij onderbouwd met dossiers en brieven waarin patiënten met eigen woorden uitlegden hoe de werkwijze van het bondgenootschap werd vormgegeven, wat het voor hen betekende en hoe zeer zij het waardeerden.

De voorgestelde nieuwe aanpak was dat er voor planbare electieve, niet-complexe zorg een innige samenwerking moest ontstaan tussen de patiënt als zorgvrager, de arts als zorgaanbieder en de zorgverzekeraar. Belangrijk was ook dat er tussen deze 3 groepen een wisselwerking moest zijn. De rest is historie.

Wat behelst de verbetering?

Door het werken in de constructie van een ZBC, konden we door de kwalitatief betere maar ook langere gesprekken met de patiënt eerder vernieuwingen doorvoeren. Dankzij de operatieve behandelingen ontworpen door het Dr. Kappel Instituut en dankzij het wetenschappelijk onderzoek om dit werk te ondersteunen, is “Silicone Implant Incompatibility Syndrome” (SIIS) gedefinieerd en kwamen wij met een heldere oplossing voor dit vraagstuk. Dat probleemonderkenning op basis van gesprekken met patiënten en de ontwikkelde oplossing ervoor op elkaar zijn afgestemd, blijkt uit de hoge beoordeling die ons instituut van patiënten krijgt, gemiddeld 9 (2012 t/m 2014).

Hoe sluit deze best practice aan op uw visie?

Het bondgenootschap en de ontwikkelde behandeling zoals SIIS staan in wisselwerking met elkaar. Door het aangaan van het bondgenootschap met patiënten heeft dr. Kappel geleerd wat de echte problemen en vragen van haar patiënten waren. Daar zijn vervolgens in de loop der jaren betere oplossingen, zoals SIIS voor bedacht.

Wie profiteert van deze best practice?

De patiënt profiteert hiervan, omdat die gehoord wordt en de mogelijkheid heeft mee te denken en te beslissen. De keuzevrijheid van de patiënt wordt gerespecteerd. Doordat die te horen krijgt wat de voor- en nadelen zijn van een bepaalde behandelmethode, en dus pas dan een echte “informed consent” kan geven. De medewerker wordt hierbij betrokken en kan ook zien hoe de inbreng tot het succes heeft geleid. De organisatie profiteert, omdat de visie en de missie worden gerealiseerd. En de maatschappij, omdat er een oplossing is gevonden voor een netelig en maatschappelijk probleem. Patiënten met SIIS gaan bij diverse medische disciplines door de molen en dat brengt hoge kosten met zich mee. Dit soort onderzoeken levert doorgaans niets op, omdat men niet weet waar exact naar gezocht moet worden.

Wie hebben er intern meegewerkt aan deze best practice?

Het voltallige personeel door haar inzet, de kwaliteitsmedewerker voor kwaliteit en veiligheidsmanagementsysteem, de zakelijk/juridisch adviseur met bedrijfsadvisering en de cliëntenraad van patiënten die participeert in het IFMS en adviseert over eventuele verbeterprocessen.

“Wederzijds vertrouwen. Daar kan geen regelgeving tegenop.”

Welke externe partijen zijn direct betrokken bij de best practice?

Annatommie MC, tevens lid van ZKN, is de kliniek waarvan wij de operatiefaciliteiten van huren. Zij leveren uitstekende voorzieningen.

Welke drempels kwam u onderweg tegen en hoe heeft u deze overwonnen?

Het probleem van SIIS als chronische slijtageziekte die vrou-

Over Dr. Kappel Instituut

De kliniek bestaat als zelfstandig behandelcentrum sinds 2007 en is gespecialiseerd in plastische en reconstructieve chirurgie, met als aandachtsgebied borstchirurgie. De kliniek is gevestigd in Zwolle, en valt voor operatieve ingrepen terug op een ander Zelfstandig Behandel Centrum in Utrecht. Dat is zo georganiseerd dat de veiligheid van de patiënt en het personeel gewaarborgd is. Dr. Kappel Instituut is toonaangevend op het gebied van de borstchirurgie en is ervoor verantwoordelijk dat het “Siliconen Borstprothesen Vraagstuk” in Nederland op de agenda is komen te staan.

wen met siliconen borstprothesen kunnen krijgen wordt niet breed genoeg erkend. Wij zijn van mening dat dit risico een onderdeel zou moeten zijn van de informed consent procedure. Verder werpen de zorgverzekeraars contractdrempels op. Dit gaat ten koste van innovatie in de zorg en beperkt de ruimte voor nieuwe toetreders. Daarmee kan de zorgmarkt dus niet echt werken. De organisatie lean en wendbaar maken en blijven voldoen aan de steeds hogere eisen die gesteld worden, is bijna onmogelijk. Zo is het voor een medisch specialist die niet in het ziekenhuis werkt vrijwel onmogelijk goede afspraken te maken met de raden van bestuur omtrent calamiteitenopvang, omdat ZBC's als concurrent worden beschouwd. Verder kan in onze visie de patiënt alleen optimaal behandeld worden met goede verstandhouding tussen arts en patiënt en wederzijds vertrouwen. Daar kan geen regelgeving tegenop.

Wat levert de best practice op?

We kunnen in een prettige sfeer de patiënt nieuwe oplossingen bieden, vanwege ons innoverend werk gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek. Daarbij komen er oplossingen die tot op heden elders vrijwel onmogelijk zijn. Het effect is zichtbaar en meetbaar. Maar bovenal bestaat

er in Nederland, maar ook daarbuiten, grote behoefte aan de speciale, door het Dr. Kappel Instituut geboden specifieke zorg.

Hoe worden de resultaten gemeten en vergeleken met de situatie vóór de invoering?

We meten met een patiënttevredenheidsenquête, waarin de patiënt uitvoerig kan beschrijven hoe die de behandeling heeft ervaren en wat suggesties zijn voor verdere verbetering. Vanaf medio 2016 voeren we ook PROM's uit, dat was immers ook het uitgangspunt in de wisselwerking van de eerder genoemde tripartiete samenwerking.

Wat heeft u geleerd van de best practice en de weg er naar toe?

Dat een goede samenwerking met de patiënt/cliënt essentieel is. En dat je niet moet terugdeinzen voor een probleem omdat dat moeilijk, groot en complex is. Dan moet je juist werken aan “bewustwording” van patiënt/cliënt maar vooral ook van de maatschappij dat dit probleem bestaat en dat er eenvoudige oplossingen zijn, hoewel gedaan wordt alsof deze niet zouden bestaan. Tot slot averij als gevolg van je “afwijkende” opvattingen weten te hanteren en pareren.

Waar bent u het meest trots op?

Dat het dankzij onze inzichten en werkwijzen duidelijk is geworden dat er zoiets bestaat als “Silicone Implant Incompatibility Syndrome” en dat dankzij internationale peer-reviewed wetenschappelijke publicaties dit ook buiten de grenzen van Nederland duidelijk zal worden. Bovendien zijn er door ons ook tegelijkertijd oplossingen hiervoor gecreëerd die steeds meer gemeengoed worden. De volgende fase is een nieuwe en spectaculaire techniek voor borstconstructie na borstamputatie, die veel minder belastend is voor het lichaam dan de huidige methoden, fysiologisch verantwoord is en esthetisch fraai. ▶ www.drkappel.nl

Zie voor de referenties pagina 60.

PROFESSIONEEL EN PERSOONLIJK: DE PATIËNTE OP ÉÉN!

Over GCDA

Gynaecologisch Centrum Dermout & Albicher (GCDA) is sinds 2011 een ZBC met sinds 2013 een eigen WTZI-erkenning. Het GCDA biedt niet-complexe gynaecologische zorg, zowel in poliklinische als operatieve setting. Meer dan 95% van de werkzaamheden bestaat op dit moment uit verzekerde zorg, op verwijzing van de huisarts. Het GCDA probeert zo spoedig mogelijk een behandeltraject te beginnen en te eindigen. Patiënten worden niet langer onder controle gehouden dan medisch noodzakelijk, waarna terugverwijzing naar de huisarts volgt.

Welke best practice wilt u delen?

De gehele filosofie en bedrijfsvoering is "patiënt centered" en iedere medewerker is zich daar ten volle van bewust. De dokter, het personeel en de pecunia zijn belangrijk, maar allemaal secundair aan de patiëntenzorg. We proberen zo consequent mogelijk alle binnenkomende aanvragen zo snel mogelijk te plaatsen (flexibele polikliniek tijden) en zo snel mogelijk af te sluiten met een passend behandelplan.

Wat was de aanleiding?

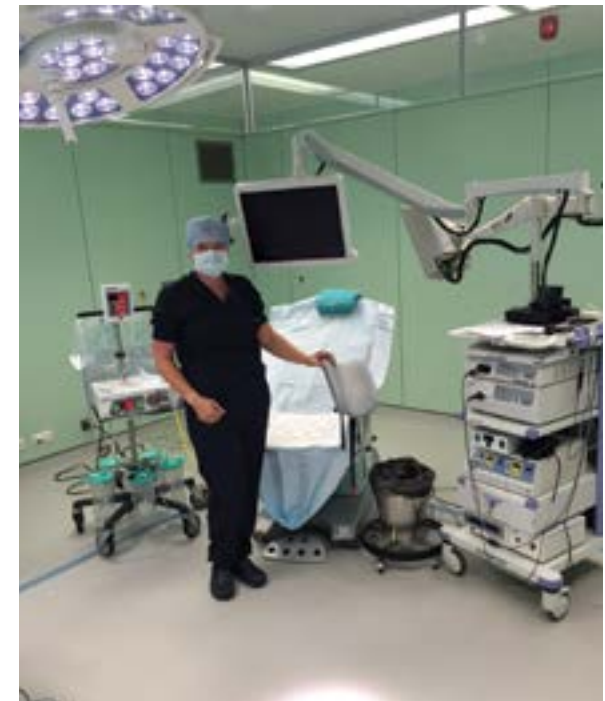
Grondleggers van het centrum Sylvia Dermout en Chantal Albicher kwamen tijdens hun werk in het ziekenhuis tot de conclusie dat voor zowel de patiënte als de behandelaar een onbevredigende situatie was ontstaan. Door schaal-

vergroting binnen de ziekenhuiswereld en de toenemende productiedruk vanuit de zorgverzekeraars. De patiënte kwam steeds minder aan bod en voor specialisten was er een verminderde werkappreciatie. Het echte arts-zijn ging verloren. Initiatiefnemer Dermout heeft zelf een uitgebreide oncologische achtergrond en heeft het ziekenhuiswezen als gynaecoloog, als directeur én als patiënte ruimschoots mogen ervaren: zeven oncologische operaties met ziekenhuisopname, verspreid over dertig jaar. Dit heeft haar niet lamgeslagen maar juist ertoe aangezet om woorden in daden om te zetten.

Dermout & Albicher ondervonden dat veel geld in de gezondheidszorg verloren ging door tussenlagen, slechte communicatie, niet in eenmaal afhandelen van een probleem en veel administratieve rompslomp. Veel overbodige keren waarop de patiënt moet terugkomen (consult, echo, laboratoriumonderzoek, consult, OK). Zo werd het idee geboren om een ZBC op te zetten waar deze factoren minder beslag op de behandelrelatie zou leggen.

Wat behelst de verbetering?

Er wordt een half uur voor de patiënte gereserveerd. In die tijd is er een uitgebreid consult met anamnese, onderzoek, echo, eventueel kleine poliklinische ingreep, verslaglegging aan de huisarts per Edifact (digitaal) en codering van het DBC/DOT-zorgproduct met ICD10-code door de gynaecoloog. Dit duurt vaak twee keer zo lang als in een ziekenhuis. Onze omzet is daardoor navenant minder, dat is het gevolg van de patiënt centered bedrijfsfilosofie.



De zorgverzekeraar honoreert onze consulten als ware het 15 minuten consulten. Een deel van deze extra tijd wordt echter terugverdiend door hogere efficiency door het direct maken van een echo en het verrichten van kleine ingrepen. Dit verkort de doorlooptijd van de behandeling sterk ten opzichte

van de werkwijze in sommige ziekenhuizen. Wij laten kwaliteit en efficiency prevaleren ten voordele van de patiënten, maar dat kost ons centrum dus nog veel geld. Wij hopen op een cultuuromslag bij de autoriteiten en verzekeraars en dat we over onze ziens- en werkwijze in gesprek kunnen geraken met verzekeraars.

Wat zijn de referenties geweest?

Langdurige eigen professionele en persoonlijke ervaring van de oprichtsters hebben de doorslag gegeven. Daarnaast de onvrede bij patiënten over de persoonlijke aandacht van de arts en de algemene tendens dat over de jaren afbreuk gedaan werd aan de positie van de medisch behandelaar.



Hoe sluit deze best practice aan op uw visie?

De missie van het GCDA is het bieden van uitstekende patiëntenzorg, zowel inhoudelijk als qua bejegening. Het draait om de patiënte. Een financieel gezonde bedrijfsvoering, waarin alle medewerkers het naar hun zin hebben en zich 100% willen inzetten voor dit doel, moet dit doel verwezenlijken. Wij hebben een cultuur waarin gastvrijheid, patiëntgerichtheid, professionaliteit, medische kwaliteit en verantwoordelijkheid voorop staat. Het is normaal elkaar aan te spreken op prestaties, om afspraken te maken en deze na te komen. De patiënte moet blindelings kunnen vertrouwen op de samenwerking

tussen verschillende personen en disciplines. Dit moet leiden tot maximale tevredenheid bij patiënten, huisartsen, andere verwijzers en niet onbelangrijk onze medewerkers.

Wat levert deze best practice op?

Voor de patiënten: meer aandacht, snellere behandelresultaten, kortere wachttijd, minder poli-bezoeken per zorgvraag, gevoel dat er echt geluisterd wordt. Voor de medewerkers: meer tevredenheid, korte lijnen, klein team. Iedereen is belangrijk en voelt zich verantwoordelijk. De organisatie is lean, met een gerichte doelstelling binnen een vast omlijnde bandbreedte. De maatschappij profiteert: betere zorg, minder uitval in het gezin en in het arbeidsproces. En de verzekeraars: korter behandeltraject, betere zorg, meer transparantie. En lagere zorgkosten. Een duidelijke win-win situatie voor alle partijen.

Wie hebben er intern meegewerkt?

In eerste instantie zijn het de grondleggers die met hun visie, moed om uit een gevestigd systeem te stappen en ook om hun persoonlijke resources in de waagschaal te leggen, degenen die de eerste steen hebben gelegd. Voor de verdere ontwikkeling en uitvoering is iedereen binnen het kleine team elke dag weer van onmisbaar belang. Die inzet en energie vertaalt zich op lange termijn naar de verwezenlijking van de visie.

Welke externe partijen zijn direct betrokken?

Een belangrijke schakel zijn de verwijzers, met name de huisartsen. Deze zijn eigenlijk de bepalende factor voor het succes. De wens van de huisarts is als vanouds: een vertrouwd aanspreekpunt binnen de regio waar het probleem van zijn patiënte in weinig sessies kan worden opgelost. Dit speelt een belangrijke rol in de reden tot doorverwijzen naar een kleinschalige ZBC met de best practices als de onze. De feedback van de patiënten speelt daarbij een belangrijke rol. Er is de eerste vier jaar geen reclame gemaakt, het centrum is gegroeid door mond-tot-mondreclame. De communicatie via moderne middelen, denk hierbij vooral aan het internet, helpen bij de nieuwe beeldvorming van de patiënte. Vergelijking sites als Independer en Zorgkaart spelen daarbij een belangrijke rol.

Welke drempels kwam u onderweg tegen?

Oude patronen zijn zonder nieuwe ervaring moeilijk te doorbreken, maar als een patiënte eenmaal gemerkt heeft welke voordelen ons centrum boven een klassieke benadering heeft, wil ze nooit meer anders. De onbekendheid met het nieuwe fenomeen lean clinic levert vooral nog weerstand op bij de stakeholders. De markt is er klaar voor alleen de regelgever en de financiers nog niet voldoende. Zij proberen de kanteling nog af te remmen en op het oude plaatje van schaalvergroting te blijven zitten. Als ZBC worden wij geconfronteerd met weerstand met betrekking tot onze werkwijze waardoor de contractering tegen acceptabele reële prijzen nog niet soepel verloopt. Bodemprijzen leiden niet tot goede zorg. Kwaliteit en efficiency worden hierdoor vooralsnog niet beloond. Er is nog een weg te gaan.

Wat heeft u geleerd van de best practice en de weg er naar toe?

Het aloude adagium "alle begin is moeilijk" zijn we zeker een aantal keren tegengekomen. Klein beginnen en blijven binnen een wereld van Goliaths is niet eenvoudig. De spelregels zijn nog niet ingericht op onze tak van sport. Volhouden, dat hebben we ervan geleerd. Ook als het de tergende bureaucratie is van alle verantwoordingen die moeten worden afgelegd en veel resources in beslag nemen van een klein bedrijf, welke beter aan patiëntenzorg kunnen worden besteed. Overmatige regelgeving, controlelijst op controlelijst die alleen maar laten zien dat we het goed doen. We moeten lijden vanwege excessen elders, die gevolgd worden door weer een nieuwe controlelijst. Er komt geen einde aan. Soms worden we door het gevoel overvallen dat we door de grote spelers uit de markt worden gedrukt, maar de klantwaarderingen en instroom van nieuwe patiënten en steeds verwijzingen van nieuwe huisartsen bevestigen ons bestaansrecht.

Waar bent u het meest trots op?

Dat we eerst overleefden en nu fors groeien in een tijd van crisis, onzekerheid, bezuinigingen en geopolitieke onrust. En dat we daarmee keihard aantonen dat onze visie nog niet zo'n gek idee is. www.gcda.nl

HELDERHEID IN PIJNBELEVING

Welke best practice wilt u delen?

De best practice heet "extreme waarde detectie". Na de operatieve ingreep vragen wij patiënten om een vragenlijst in te vullen. Ze ontvangen een mail met een linkje dat verwijst naar een vragenlijst. Zo vragen we onder andere naar de pijnbeleving (VAS score) na de ingreep. Patiënten ontvangen op dag 1, 3, 5 en 10 na de operatie, het verzoek om hun pijnbeleving in te vullen. Indien patiënten een pijnwaarde van 7 of hoger invullen, ontvangt de dienstdoende verpleegkundige

automatisch een bericht en neemt contact op. De pijnklachten worden besproken en er wordt actie ondernomen: andere pijnmedicatie of een extra controleafspraak bij de arts. Zo voorkomen we dat patiënten onnodig met pijn rondlopen.

Wat was de aanleiding?

Na een operatieve ingreep komen patiënten na 10 tot 14 dagen op controle bij de verpleegkundige. In sommige gevallen gaven patiënten aan de eerste dagen na de ingreep veel pijn

te hebben gehad. Maar, om welke reden dan ook, hadden ze niet het noodnummer gebeld. Omdat dit pas tijdens de controle werd gemeld was tijdig ingrijpen niet mogelijk en liepen we achter de feiten aan.

Wat behelst de verbetering?

In Pulse, ons uitkomstenregistratiesysteem, wordt een signaleringssysteem in werking gesteld door een maximumwaarde te koppelen aan de vragen over pijn en tevredenheid. Zodra de patiënt een waarde ingeeft hoger of gelijk aan het door ons gestelde maximum, stuurt Pulse een e-mailbericht naar de diensttelefoon van de verpleegkundige.

Wat zijn de referenties geweest?

In overleg met de medisch specialisten hebben we de volgende grenswaarden ingesteld: VAS pijn: 1-3-5-10 dagen na de operatie, score hoger dan 7 op een schaal van 0-10. Deze grenswaarde is bepaald naar aanleiding van klinische consensus bij onze medisch specialisten en is gebaseerd op onze ervaringen.

Hoe sluit deze best practice aan op uw visie?

De extreme waarde detectie sluit aan op de manier waarop we zorg leveren: met aandacht en oog voor de wensen van de patiënt.

Wie profiteert van deze best practice?

De patiënt profiteert, er wordt indien nodig direct gereageerd op de door hem ingevulde vragenlijst.

Wie hebben er intern meegewerkt aan deze best practice? En hoe?

Onze medisch specialisten hebben de grenswaarden voor de extreme waarde detectie bepaald. Onze afdeling ICT heeft de



Over Helder kliniek

Helder kliniek is opgericht in 2011, als zusterbedrijf van Velthuis kliniek en Xpert Clinic. De kliniek focust zich vanuit heelkunde op behandelingen op het gebied van spataderen, proctologie en liesbreuken en vanuit het vakgebied dermatologie op huidoncologie. Spreekuren zijn ingericht volgens het one-stop-shopprincipe om de belasting voor de patiënt zo klein mogelijk te houden. Door uitgebreide informatie voorafgaand aan het consult komt de patiënt eigenlijk nooit voor verrassingen te staan en neemt hij actief deel aan het zorgproces. Patiënt-convenience is het sleutelwoord. Consult en operatie op de dag en het tijdstip dat de patiënt uitkomt. Helder kliniek heeft 6 vestigingen en is van plan in 2016 nog 2 vestigingen te openen.

extreme waarde detectie ontwikkeld en geïmplementeerd. De dienstdoende verpleegkundige handelt de meldingen af.

Welke drempels kwam u onderweg tegen en hoe heeft u deze overwonnen?

Het geeft een beetje een "big brother is watching you"-gevoel om te reageren op basis van een extreme waarde. Zo schrokken sommige patiënten van het telefoontje van de verpleegkundige, gewoon omdat ze het niet verwacht hadden. We melden nu bij de betreffende vraag dat patiënten gebeld kunnen worden. De service wordt erg gewaardeerd door patiënten. Ook de afhandeling van meldingen moet goed belegd worden. Een track-and-trace-systeem van de meldingen (vervolgacties en reacties van de patiënten) laat patiënten maximaal profiteren.

Wat levert de best practice op?

Het geeft ons inzicht in de pijnbeleving van de patiënt en de factoren die bepalend zijn voor de tevredenheid over het resultaat van de behandeling. Bovendien kunnen we direct actie ondernemen als het herstel afwijkt van de norm.

Hoe worden de resultaten gemeten en vergeleken met de situatie vóór invoering?

Door het invullen van verschillende vragenlijsten helpen patiënten ons om aanpassingen in onze behandelingen te analyseren en monitoren. Alle patiënten vullen de VAS pijn- en tevredenheidsresultaatvragenlijst in. Zo analyseren we of het percentage mensen met een score boven de grenswaarde na verloop van tijd afneemt. Voor ons een indicatie dat we steeds beter weten hoe we weinig pijn en hoge tevredenheid bij onze behandelingen weten te bewerkstelligen.

"We gaan voor lage pijn en hoge tevredenheid.."

Wat heeft u geleerd van de best practice en de weg er naar toe?

Doordat we de resultaten van onze zorgprocessen en behandelingen continu meten, zien we of veranderingen die we aanbrenge ook daadwerkelijk een verbetering voor de patiënt zijn. Met inzicht in de uitkomsten van zorg is het ook steeds beter mogelijk de verantwoordelijkheid te dragen voor deze uitkomsten.

Waar bent u het meest trots op?

De specificiteit en gerichtheid van deze service: het overgrote deel van onze behandelingen heeft een goed resultaat en gaat gepaard met weinig pijn. Deze extreme waarde detectie richt zich op een kleine groep die uitzonderlijk is en waarvoor we het verschil kunnen maken. Dit geeft ons extra mogelijkheden te leren van onze patiënten. ► www.helderkliniek.nl

ICONE

DE PATIËNT ECHT BETROK- KEN BIJ DE BEHANDELING

Welke best practice wilt u delen?

Met onze Dynamische High Resolution (HR) echografie werken we aan meer kosteneffectiviteit en diagnostische efficiency.

Wat behelst de verbetering?

Dynamische High Resolution echografie geeft de mogelijkheid om tijdens het bewegen van een gewricht de klachten te kunnen beoordelen. Veel patiënten komen bij ons terecht omdat zij alleen bij bepaalde bewegingen in de schouder, heup, knie of enkel last hebben van de klachten. Bij dynamische High Resolution echografie kan precies worden gevolgd waar het probleem is ontstaan. Met deze vorm van echografie kunnen we de diagnose direct verifiëren en de behandeling beter controleren. Het is mogelijk om tijdens de dynamische echografie injecties uit te voeren, zoals een diagnostische injectie. Als de patiënt na een diagnostische injectie aangeeft dat de pijn is verdwenen dan is meteen duidelijk dat de juiste plaats van de klachten is gediagnosticeerd. Zo maakt ICONE de patiënt deelgenoot van de diagnostiek. Voor de patiënt zelf wordt hiermee duidelijk dat na verdoving de klachten, indien verminderd, ook

op de juiste wijze zijn gediagnosticeerd. Tevens kan onze arts-echograaf een therapeutische injectie, verdoving met een ontstekingsremmer toedienen, om de klachten direct te behandelen.

Hoe sluit deze best practice aan op uw visie?

Met deze interactieve manier van patiënt diagnostiek brengen we zorg dicht bij de patiënten. Niet qua locatie, maar we betrekken ze echt bij de zorg. Het is een interactieve behandelwijze. Doordat de patiënt echt deelneemt, groeit zijn vertrouwen in de behandeling.

Wie profiteert van deze best practice? En hoe?

De patiënt profiteert door de verbeterde doorlooptijd, de organisatie profiteert door de verminderde kosten. De maatschappij gaat erop vooruit door de vermindering van de kosten van diagnostiek, en door verkorte doorlooptijd

Over ICONE

ICONE (Innovatieve Chirurgische Orthopedie in Nederland) is een Zelfstandig Behandelcentrum voor orthopedische zorg in de regio Noord-Brabant. In 2007 is dr. T.V.S. Klos dit regionale behandelcentrum gestart vanuit de overtuiging dat medische zorg en aandacht voor patiënten beter moet en kan. ICONE maakt zich sterk om patiënten een kwalitatief hoogstaand zorgproduct dicht bij huis te leveren. Zodat zij met een hoge mate van tevredenheid terugkeren op hun (sportieve) niveau. Een hoogopgeleid medisch team biedt een snelle en veilige behandeling van orthopedische aandoeningen en sportletsels. Specialisaties zijn onder meer: kijkoperaties/arthroscopie, computerondersteunde voorste kruisband-reconstructies en diagnostiek en behandeling via dynamische echografie.

Voordelen/nadelen Dynamische High Resolution (HR) echografie - MRI

	Dyn HR echografie	MRI
Kosten	Goedkoop	Duur
Leercurve	Steil	Niet van toepassing
Dynamische beeldvorming	++	Alleen gespecialiseerde centra
Claustrofobie	Niet van toepassing	5 %
Interactie met patiënt	++	Niet van toepassing
Therapeutische interventie	+ Mogelijk	Zelden

Timotijevic S, Vukasinovic Z, Bascarevic Z (2014) Correlation of clinical examination, ultrasound sonography, and magnetic resonance imaging findings with arthroscopic findings in relation to acute and chronic lateral meniscus injuries. J Orthop Sci 19(1):71-6. doi: 10.1007/s00776-013-0480-4
Wareluk P, Szopinski KT (2012) Value of modern sonography in the assessment of meniscal lesions. Eur J Radiol 81(9):2366-9. doi: 10.1016/j.ejrad.2011.09.013.

is het ziekteverzuim duidelijk sterk verminderd. Er is veel onderzoek gedaan in de orthopedie waaruit blijkt dat juist electieve orthopedie bij jonge mensen midden in het arbeidsproces een grote economische impact kan hebben. Wij menen dat in de toekomst in ons vakgebied 80% van de MRI-indicaties kan worden vervangen door dynamische echografie.

Wie hebben er intern en extern meegewerkt aan deze best practice?

Met de echograaf en het gehele team hebben we afspraken gemaakt. Onze externe partners zijn de medewerkende universitaire contacten op het gebied van bewegingswetenschappen, zoals de Universiteit van Florida, Stockholm en Maastricht.

Welke drempels kwam u onderweg tegen?

De grootste drempel ligt bij de radiologen die aangeven geen vertrouwen te hebben in nieuwe technieken, deels ook omdat zij betrokken zijn bij de ontwikkeling van MRI-onderzoek. Het

is niet ons doel om onze werkwijze aan anderen op te leggen, maar er zijn kritisch positieve en negatieve commentaren, zoals te verwachten bij nieuwe ontwikkelingen.

Hoe worden de resultaten gemeten en vergeleken met de situatie vóór invoering?

Sinds de invoering van Dynamische High Resolution (HR) echografie verrichten wij significant minder MRI's. In onderstaande tabel wordt Dynamische High Resolution (HR) echografie vergeleken met MRI. www.icone.nl

Zie voor de referenties pagina 60.

ZORGEN VOOR GOEDE PROCESSEN

Welke best practice wilt u delen en wat was de aanleiding?

De complexiteit bij bijvoorbeeld bekkenbodempatiënten maakt de expertise van verschillende specialismen noodzakelijk om tot een geïntegreerd diagnose- en behandelplan te komen. In de bekkenbodempatiëntzorg is vaak de discipline-overstijgende samenwerking van de GE-chirurg met de uroloog, gynaecoloog en de MDL-arts nodig om een behandeling op maat te kunnen realiseren. Ons antwoord is een proces gestuurd Patiëntmanagementsysteem voor (multidisciplinaire) zorg.

Wat behelst de verbetering?

De verbetering die we hebben doorgevoerd bestaat uit zorgpaden en een multidisciplinaire samenwerking in een procesgestuurd patiëntmanagementsysteem. Samen met het Leids Universitair Medisch Centrum hebben we multidisciplinaire zorgpaden opgesteld waarin we exact aangeven hoe de zorg wordt ingericht. Bijzonder is dat dit begint met een gevalideerde intake op basis waarvan we een analyse maken bij welke specialist(en) de patiënt op consult moet komen. Dit verkort de doorlooptijd voor de patiënt met maanden. Vervolgens is er zo nodig een multidisciplinair consult waardoor we de patiënt vanuit de klacht effectiever analyseren. De zorgpaden worden echter niet alleen gemaakt door de specialisten, ook experts op het gebied van logistiek, ICT en operations en kwaliteitszorg kijken naar de aanpak, waardoor er vernieuwde inzichten ontstaan. De samenhang van de aanpak van de betrokken medisch specialisten is cruciaal en vastgelegd in onze zorgpaden. Vervolgens moet het echter ook zo worden uitgevoerd. Het zorgpad is de basis voor het zelf ontwikkelde patiëntmanagementsysteem (een tailormade softwaretoepassing

Over Keizer Kliniek

Keizer Kliniek richt zich op verzekerde zorg en biedt thematische en multidisciplinaire zorg, rondom vaat-, bekkenbodempatiënt-, wond- en liesbreukproblematiek. De kliniek bestaat ruim 10 jaar en heeft vestigingen in Den Haag, Voorschoten en Assen. Dankzij een multidisciplinaire benadering bij diagnose, behandeling en herstel van patiënten met complexe klachtenpatronen, weet Keizer Kliniek tussen de 85 en 95 procent van de medisch specialistische zorg zélf uit te voeren.

voor de ondersteuning van een zorgpad). Het systeem neemt de verpleegkundige en de artsen exact mee in de te nemen stappen. Afwijken is natuurlijk mogelijk, echter alleen in uitzonderingen en dient te worden beargumenteerd. Het is dus niet mogelijk om onderdelen over te slaan of te vergeten. Een kwaliteitsslag zowel op het gebied van de dossiervorming als op het volgen van tevoren vastgelegde analyse- en behandelprotocollen. Het zorgt er ook voor dat de specialisten elkaars bevindingen realtime kunnen inzien waardoor ze altijd over alle informatie beschikken. Daarbij faciliteert het systeem ook multidisciplinaire consulten: twee specialisten kunnen tegelijk in het systeem werken.

Wat zijn de referenties geweest?

De ervaringen met multidisciplinaire samenwerking waren (in 2005 bij oprichting van onze kliniek) wereldwijd bijzonder beperkt. Het LUMC was op dat moment als een van

de eerste bekkenbodempatiëntcentra van Nederland al enige tijd actief en de eerste ervaringen waren op het niveau van de patiëntenanalyse en behandeling positief. Echter bleek met name de organisatie binnen de divisies, afdelingen en specialismen de grote bottleneck voor het realiseren van een succesvolle multidisciplinaire samenwerking. Daarnaast was (en is) de onderlinge informatieoverdracht door een niet adequaat toegesneden dossiervorming en dossiertoegankelijkheid onvoldoende en daarmee het protocollair werken beperkt.

Hoe sluit deze best practice aan op uw visie?

Onze visie is dat een belangrijk deel van de kwaliteit en effectiviteit van medisch-specialistische zorg wordt gerealiseerd door de adequate organisatie van het gehele zorgtraject van een patiënt. Dit begint al bij het eerste telefonische contact en eindigt pas na de definitieve rapportage aan huisarts en patiënt na diens ontslag. Om als ZBC een rol te kunnen (mogen) spelen in het zorglandschap waarbinnen patiënten zich bewegen is het perfectioneren van deze organisatie en van noodzakelijke informatie overdracht naar alle betrokken partijen een must. Alleen dan is het mogelijk om hoogwaardige medisch-specialistische zorg dicht bij de patiënt aan te bieden. Hiermee wordt zowel de kwaliteit als de (kosten)effectiviteit van de geboden zorg geoptimaliseerd.

Wie profiteert van deze best practice?

Patiënt, maatschappij, arts, zorgverzekeraar, VWS (maakt het gewenste concentratiemodel mogelijk), ziekenhuizen en onze zelf. Door efficiënte bedrijfsvoering worden wij in staat gesteld om ons concurrentievoordeel te behouden en om innovatie te bekostigen.

Welke drempels kwam u onderweg tegen?

Onwennigheid bij alle medische medewerkers die vanuit een ziekenhuisachtergrond niet gewend waren aan een dergelijke aanpak. Daarnaast het volledig nieuw opbouwen van de softwaretoepassing, die nergens te koop was en derhalve vanuit een eigen ICT-afdeling moest worden gerealiseerd. Extern hadden we te maken met DBC-problematiek: niet gericht op multidisciplinaire zorg waarbij meerdere specialisten zijn betrokken. Veel onbegrip bij zorgverzekeraars met angst voor dubbele declaraties en toename verrichtingen door multidisciplinaire aanpak.

Wat levert de best practice op?

Het levert op een groot aantal gebieden zichtbare winst op. Denk hierbij aan de tijdswinst (inclusief vermindering van poli-, onderzoeks- behandelbelasting) en kwaliteitsverbetering voor de patiënt. Door deze manier van samenwerken wordt voorkomen dat een patiënt onnodig wordt belast met dubbel onderzoek. Voor de medisch specialist is er de vereenvoudigde samenwerking, verbeterde informatievoorziening, het toegespitste patiëntmanagementsysteem wat zowel de dossiervorming als protocolbewaking optimaliseert. De zorgverzekeraar ziet op de lange termijn de zorgconsumptie sterk afnemen. Maatschappelijk is het tevens



een winst dat deze best practice sterk bijdraagt aan het mogelijk maken van het concentratie zorgmodel, waarvoor inmiddels de keuze wel lijkt te zijn gemaakt.

Hoe worden de resultaten gemeten en vergeleken met de situatie vóór invoering?

Het patiëntmanagementsysteem meet de resultaten. Wij zien een versnelling van de doorlooptijden ten opzichte van de reguliere zorg. Casuïstiek toont aan dat bijvoorbeeld de MDL-arts, normaliter, pas aan het einde van de keten bij een bekkenbodempatiënt wordt betrokken. Indien er (uiteindelijk) darmkanker wordt geconstateerd, is een patiënt al lang onderweg; van uroloog, naar gynaecoloog, naar MDL-arts en tussendoor vaak ook nog terug naar de huisarts. Een patiënt wordt volgtijdelijk verwezen wat veel tijd kost. Patiënten worden bij de Keizer kliniek veel sneller naar de juiste specialist gestuurd als hoogcomplexere zorg noodzakelijk is. In het geval van een bekkenbodempatiënt ziet de MDL-arts deze bij een eerste consult en doordat bij de start gebruik wordt gemaakt van de eerdergenoemde gevalideerde intake lijst. Belangrijk resultaat hiervan is dat door de multidisciplinaire aanpak en korte doorlooptijd darmkanker vaak maanden eerder wordt gediagnosticeerd.

Wat heeft u geleerd van de best practice en de weg er naar toe?

Zo'n soort grootse verandering in de manier van werken (en denken) gaat nooit zonder slag of stoot en de nodige investeringen.

Waar bent u het meest trots op?

Ondanks het feit dat de medisch specialistische zorg uitblinkt in het toepassen van state of the art technologie, is er in circa 130 jaar heel weinig veranderd in de organisatie van deze zorg en de onderlinge afstemming tussen medisch specialisten. Deze best practice laat zien dat het optimaliseren van deze processen zowel kwaliteit als kosteneffectiviteit uiterst positief beïnvloedt. Meer patiënten kunnen beter geholpen worden. Dit zijn belangrijke factoren om garant te kunnen staan voor adequate zorg in de nabije en verder toekomst. www.keizerkliniek.nl

KINDERWENS SERIEUS AANGEPAKT

Welke best practice wilt u delen?

Een toegewijde, op de cliënt gerichte en multidisciplinaire benadering van vrouwen en hun eventuele partner, met kinderwens. Dus ook voor vrouwen alleen of vrouwen in een vrouw-vrouwrelatie. Dit betekent uitgaan van de behoefte en niet vanuit een aanbod. Dit betekent beschikbaarheid van een breed behandelspectrum met de daarbij behorende middelen, zoals een semenbank, eicelbank en een embryobank. De kliniek is ook zo ingericht dat alle benodigde functies voorhanden zijn. En dat in een warme omgeving.

Wat was de aanleiding?

De aanhoudende geluiden van ongenoegen en ontevredenheid vanuit de cliëntengroep. Zij voelen zich niet thuis in een ziekenhuis waar zij mogen plaatsnemen in dezelfde wachtruimte als zwangere vrouwen. Of waarbij behandelingen niet beschikbaar zijn in weekenden en vakanties. Of wanneer het materiaal wat bij een behandeling hoort niet aanwezig is (donorbanken). Of wanneer er sprake is van wachlijsten. Of wanneer ze zo weer buiten staan met een plan zonder keuzeopties. Of... een van die vele kleinere of grotere ergernissen die je in een focuskliniek nu eenmaal beter kunt aanpakken.

Wat behelst de verbetering?

De essentie van de verbetering is teamwerk en focus. Het team bestaat uit professionals die allemaal weten hoe belangrijk het is om goede zorg en aandacht te geven en die zich allen betrokken voelen om het beste resultaat te realiseren. Soms om net die ene stap meer te zetten of meer tijd te nemen, om te improviseren om lastige logistieke uitdagingen tot een goed einde te brengen of het onderste uit de kan te halen als het om kansen op zwangerschap gaat. Maar ook te investeren in de beste laboratoriumapparatuur en geen concessies doen op het gebied van kwaliteit. Alles draait om de cliënt en haar kinderwens: zwanger en/of tevreden!

Wat zijn de referenties geweest?

Dit zijn de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, de richtlijnen van de Klinisch Embryologen, maatstaven van de patiëntenvereniging Freya en relevante internationale richtlijnen voor fertiliteitszorg.

Over Medisch Centrum Kinderwens

Medisch Centrum Kinderwens is ontstaan vanuit de bezieling om betere zorg voor vrouwen en paren met kinderwens te realiseren dan de traditionele “ziekenhuis”-benadering. De cliënt gaat bij voorkeur zwanger de deur uit, maar in ieder geval tevreden over de ontvangen zorg en aandacht. De kliniek is ontstaan in 2006 met een klein enthousiast team van 15 medewerkers en ondertussen gegroeid tot een kliniek met 42 professionals. Het centrum heeft een uitzonderlijke positie in Nederland, omdat het als enige drie verschillende donorbanken beheert. Cliënten kunnen gebruik maken van semen, eicellen maar ook van gedoneerde embryo's. Alleen Medisch Centrum Kinderwens beschikt in Nederland over een embryobank, die in samenspraak met IGZ is opgericht.

Wie profiteert van deze best practice?

Eigenlijk iedereen: Het gaat om de cliënt en onze medewerkers in eerste instantie, maar de doelmatigheid van het proces komt ook verzekeraars en de maatschappij ten goede. Niet alleen financieel. Ook door zorg waar anderen hun deuren gesloten houden als het gaat om kinderwens bij alleenstaanden, lesbische vrouwen of uitzonderlijke behandelingen als een eicelbank en een embryobank. Wie hebben er meegewerkt aan deze best practice? Alle medewerkers werken mee in een “patient journey” om vanuit het gezichtspunt van de cliënt jaarlijks alle processen in een tijdslijn te doorlopen, met een kritische evaluatie van iedere processtap. Daarnaast is er een cliëntenraad die periodiek geconsulteerd wordt over actuele zaken en voor-nemens. Sporadisch vinden we verzekeraars bereid om mee te denken in verbeterplannen en lukt het ook samen met hen tot verbeteringen te komen.

Welke drempels kwam u onderweg tegen en hoe heeft u deze overwonnen?

De beroepsgroep was in eerste instantie sceptisch. Dit was de eerste drempel die overwonnen moest worden. Om de best practice te kunnen (blijven) leveren moeten voortdurend, zowel intern als extern, mensen overtuigd en gemotiveerd worden. Indien echter de bezieling om betere zorg voorop blijft staan, blijkt dit voldoende om voortdurend te blijven motiveren.

Wat levert de best practice op?

In ieder geval een grotere kans op een tevreden cliënt en betere resultaten. Afhankelijk van het type proces zorgt het voor kostenbesparing op korte dan wel langere termijn.

Hoe worden de resultaten gemeten en vergeleken met de situatie vóór invoering?

Een aantal gevolgen van de invoering van de best practice is meetbaar in cliënttevredenheid en zwangerschapsperscentage. Dit kan echter paradoxale gegevens in een benchmark met bestaande reguliere klinieken opleveren. Immers, de formule is aantrekkelijk voor cliënten die reeds elders teleurgesteld zijn geraakt door tegenvallende

behandelingsresultaten of juist daar op een ‘wachtlijst’ zijn geplaatst wegens slechte prognose. Een goede onderlinge vergelijking is dus pas echt mogelijk indien er een goed omschreven referentiegroep zou bestaan waar allen over rapporteren, bijvoorbeeld: hoe zijn de zwangerschapsresultaten na een IVF-behandeling bij vrouwen tussen 30-35 jaar wegens problemen met de eileiders. De verbetering van bijv. cliënttevredenheid is vooral te meten in de stijgende waardering, toekenning Freya Pluim (kwaliteitskeurmerk patiëntenvereniging) en feedback uit dagelijkse en jaarlijkse metingen.

“...het onderste uit de kan halen als het om kansen op zwangerschap gaat.”

Wat heeft u geleerd van de best practice en de weg er naar toe?

Het kan altijd beter.

Waar bent u het meest trots op?

Als een cliënt, waarvan de kinderwens helaas niet in vervulling is gegaan, tevreden is en het gehele team bedankt voor de goede zorgen en de persoonlijke aandacht.

► www.medischcentrumkinderwens.nl

OOG VOOR DE PATIËNT



Welke best practice wilt u delen?

De floater-vitreolysis behandeling. In ons centrum wordt sinds enige tijd deze innovatieve behandeling uitgevoerd om storende glasvochtvertroebelingen op te heffen, dan wel sterk te verminderen. In ons centrum hebben wij inmiddels twee internationale congressen (jan '15 en jan '16) over deze behandeling georganiseerd.

Wat was de aanleiding?

Aan een verminderde levenskwaliteit door het storende effect van glasvochtvertroebelingen is tot nu toe, gezien het "onschuldige" karakter van deze aandoening, door veel oogartsen voorbij gegaan. Veel patiënten worden in het dagelijks leven gehinderd door deze klachten. Voor hen is er in ons centrum de mogelijkheid om een stuk levenskwaliteit terug te krijgen.

Wat zijn de referenties geweest?

De milde floater-vitreolysis behandeling met een geavanceerde YAG laser specifiek voor de behandeling van glasvochtvertroebeling, i.p.v. een ingrijpende chirurgische pars plana vitrectomie, bestaat nog maar enkele jaren. Oogarts Karl Brasse van Oogcentrum Eibergen heeft zich op dit gebied internationaal geprofileerd. Kennis wordt opgedaan en uitgebreid tijdens bezoeken aan internationale congressen en het uitwisselen van ervaringen met vakbekwame collega's. Eenduidige patiëntenvoorlichting en consequent uitgevoerde nacontroles zijn eveneens een belangrijk item.

Hoe sluit deze best practice aan op uw visie?

In ons centrum staat de patiënt centraal. Daarom is er onze artsen en medewerkers alles aan gelegen om over recente medische ontwikkelingen op de hoogte te blijven, dan wel

Over Oogcentrum Eibergen

In Oogcentrum Eibergen ontvangen patiënten hoogwaardige oogheelkundige zorg en patiëntgerichte service. Het oogcentrum is onderdeel van een groot netwerk van Duitse oogklinieken en oogcentra en maakt gebruik van hoogwaardige diagnostische apparatuur en ultra moderne operatieruimtes. Hier kan met terecht met onder meer netvliesaan- en -afwijkingen, cataract, glaucoom, leeftijdsafhankelijke maculadegeneratie (LMD), verziendheid, bijziendheid en hoornvliesverkramping. Ook kan het centrum met een geavanceerde YAG-laser storende glasvochtvertroebelingen verhelpen en daarnaast medische en cosmetische ooglidchirurgie uitvoeren. Het centrum heeft met de meeste grotere zorgverzekeraars zorgcontracten voor uiteenlopende behandelingen afgesloten. Bij een niet-gecontracteerde zorgverzekeraar kunnen de kosten (grotendeels) worden vergoed met een cessieformulier. Uitgangspunt is een voor alle partijen faire prijs-kwaliteitverhouding. Een eventuele behandeling wordt pas uitgevoerd na een gedegen onderzoek, waarbij standaard het hele oog - ook het netvlies - uitvoerig wordt bekeken.

anderen op de hoogte te houden. Dit bereiken wij door zelf wetenschappelijke bijdragen te leveren en congressen te organiseren. Voor de regio de Achterhoek willen wij voor patiënten, hun huisartsen en optiekbedrijven een laagdrempelige vraagbaak voor allerlei oogheelkundige vragen en problemen zijn.

Wie profiteert van deze best practice? En hoe?

In de eerste plaats dienen onze patiënten ervan te profiteren. De feedback die wij van behandelde vitreolysis patiënten krijgen is uitermate positief. Dit betreft veelal patiënten, die daarvoor te horen kregen, dat zij maar moesten leren ermee te leven, omdat een chirurgische ingreep te veel risico's zou bevatten.

Wie hebben er intern meegewerkt aan deze best practice? En hoe?

Directie en medewerkers waren vanaf het begin op één lijn door zich in de totale behandeling te specialiseren en door te investeren in onderzoeks- en behandelapparatuur.

Welke externe partijen zijn direct betrokken bij de best practice? En hoe?

De Ellex YAG laser, die bij een floater-vitreolysis behandeling wordt gebruikt, wordt door de firma Ellex in samenwerking met ons verder ontwikkeld.

Welke drempels kwam u onderweg tegen en hoe heeft u deze overwonnen?

Artsen en medewerkers van ons centrum hebben veel tijd gestoken in het opzetten van de procedure van de behandeling (vooronderzoeken, behandeling, nacontroles), de patiëntenvoorlichting en de documentatie van diagnostiek en resultaten. Hoge investeringskosten voor dure apparatuur was in eerste instantie zeker een drempel.

Wat levert de best practice op?

Tot voor kort was het enige alternatief de al eerder genoemde pars plana vitrectomie. Dit is een uitgebreide chirurgische en relatief dure operatie. Bovendien ontstaat na vitrectomie vaak

secundair cataract en na floater vitreolysis vrijwel bijna nooit. Onze YAG lasermethode valt helaas (nog) niet onder verzekerde zorg. Publicatie van resultaten en risico's volgt binnen kort. Vooralsnog bestaat de indruk dat de resultaten goed zijn bij een laag risicoprofiel. Oogarts Karl Brasse heeft inmiddels ruim 1.000 behandelingen uitgevoerd en draagt met lezingen bij aan voortschrijdend kennis op dit gebied.

Inzake kosten-effectiviteit: een deel van de patiënten die anders voor vitrectomie in aanmerking komt, kan (tegen lagere kosten) behandeld worden met laser-vitreolysis. Anderzijds: laser-vitreolysis kan ook leiden tot verbreding van het behandelgebied. In deze bestaat geen betrouwbare literatuur.

Hoe worden de resultaten gemeten en vergeleken met de situatie vóór de invoering?

De subjectieve en objectieve resultaten inclusief beeldvorming (optos) worden in het EPD gedocumenteerd. Prospectieve follow-up van patiënt tevredenheid voor en na vitreolysis is niet systematisch onderzocht. Retrospectieve via EDP is mogelijk.

Wat heeft u geleerd van de best practice en de weg er naar toe?

Er kan een win-win-situatie ontstaan door goed naar patiënten te luisteren, hun problemen serieus te nemen en eerlijk te communiceren over de behandeloptie en de daarmee gepaarde gaan kosten. Dit gaat gepaard met "oog" hebben voor wetenschappelijke ontwikkelingen, zodat op het juiste moment de juiste combinaties kunnen worden gemaakt. Dit bracht ons op het idee de floater-vitreolysis behandeling aan te bieden aan onze patiënten. Publicatie van resultaten en risico's volgt binnen kort. Vooralsnog bestaat de indruk dat onze resultaten goed zijn bij een laag risicoprofiel.

Waar bent u het meest trots op?

Wij zijn er trots op, dat wij patiënten met deze aandoening met een milde laserbehandeling een alternatief kunnen bieden en niet, zoals in het verleden vaak het geval was, hen het advies moeten geven er maar mee te leven. De laser-vitreolysisbehandeling is op dit moment de meest innovatieve behandeling die wij patiënten op dit gebied kunnen aanbieden.

► www.oogcentrumeibergen.nl

Oogcentrum Noordholland

KIJK OP CULTUUR

Welke best practice wilt u delen?

De Onze best practice wordt door de buitenwereld omschreven als ons "concept". Wij noemen het onze manier van werken. Hoe dan ook, wij geloven dat het gaat om het neerzetten van een cultuur. Wij hebben veel geïnvesteerd (en dat blijven we doen) in een kwaliteits- en veiligheidscultuur. Wij functioneren op niveau "vooruitstrevend", volgens de cultuurladder van Parker en Hudson. Ons motto is hier: 'We doen het veilig, of we doen het niet'. We richten onze energie daarbij op onze patiënten en onze medewerkers: 'Je kunt niet goed voor patiënten zorgen als je niet goed voor je medewerkers zorgt'.

Wat was de aanleiding?

Onze filosofie is dat oogzorg anders kan en anders moet. Dit gaat sterk over aspecten als bereikbaarheid, bejegening professionaliteit. De bodem hieronder is kwaliteit en veiligheid. Dat is onze "license to operate". Onze organisatie is plat qua structuur en hard gegroeid. Iedereen moet langs dezelfde normen werken. Dat lukt niet met protocollen. Daarvoor moet je investeren in de cultuur.

Wat behelst de verbetering?

Wij hebben geïnvesteerd in een open cultuur die steunt op een systeem van meten, analyseren, bespreken en bijsturen (PDCA). Dat systeem staat en groeit. Wij hebben slechts één hiërarchische laag. Besluitvorming is voor iedereen volstrekt transparant. Iedereen kan bijdragen en wordt hiervoor uitgenodigd. In deze cultuur is iedereen continu met veiligheid en kwaliteit bezig. Ook op plaatsen waar geen arts of management aanwezig is, maken professionals eigen afwegingen langs de doelstellingen ('veilig of niet'). Het zorgt er ook voor dat we veel praktijksituaties melden waar een verbetermogelijkheid is of een (mogelijke) fout

zich voordoet. Door de volledige en zorgvuldige terugkoppeling doen alle medewerkers actief mee en leren ze van elkaar. Hierdoor implementeren we verbeteringen, voorkomen we fouten of maken we ze maar één keer.

Wat zijn de referenties geweest?

Binnen de zorg, en binnen ZKN in het bijzonder, ligt veel nadruk op het bestaan van een Veiligheids Management Systeem. Het risico van abstracte systemen is dat zij niet

Over Oogcentrum Noordholland

Oogcentrum Noordholland is een oogheelkundige kliniek in Heerhugowaard. Op 1 februari 2010 opende de kliniek haar deuren. Een gedegen voorbereiding van 2 jaar was noodzakelijk om de doelstelling vanaf het begin zichtbaar te maken voor de patiënt en de medewerkers. De kliniek richt zich op alle aspecten rondom oogzorg en is uitermate goed voorzien van de benodigde apparatuur om het vooruitstrevende kwaliteitsniveau te kunnen hanteren. De meeste patiënten bezoeken de kliniek vanwege staar en macula degeneratie. Bij staaroperaties biedt de kliniek specialistische lenzen, zoals multifocale en torische lenzen, waardoor patiënten zo mogelijk zonder (lees)bril kunnen. Verder is het oogcentrum gespecialiseerd in glaucoom en ooglidcorrecties. Het centrum werkt nauw samen met omliggende ziekenhuizen o.a. voor hoog risico patiënten die zorg nodig hebben die ZBC's niet mogen leveren.

leven en slechts op papier bestaan. Om deze reden hebben wij sterk ingezet op “gedrag”. Om het gewenste gedrag te bereiken besteden we veel tijd aan training en feedback. Wij hebben ingezien dat leiderschap en vooral voorbeeldgedrag voorwaardelijk zijn om hier stappen te zetten. Hier zetten we op in.

Hoe sluit deze best practice aan op uw visie?

De best practice is onze visie. Ons missie statement luidt: ‘Wij geloven in aandacht voor onze patiënten én medewerkers’. Dit is onze invulling van ‘andere oogzorg’. Oogzorg in Nederland staat op een hoog niveau. Ook Oogcentrum Noordholland levert professionele, deskundige en veilige zorg. Wij zijn van mening dat aspecten als ‘persoonlijke aandacht’ en ‘zorg op maat’ het verschil maken. Ogen zijn immers uniek en verdienen de allerbeste zorg. Om dit te realiseren zoeken wij continu naar vernieuwingen, investeren wij in onze medewerkers en zijn wij in gesprek met onze klanten.

Wie profiteert van deze best practice?

Uiteindelijk profiteert iedereen er van. De patiënt krijgt betere, veiligere oogzorg. De medewerker is in staat om deze zorg te leveren (dat is uiteindelijk toch het doel van de professional). Het werken in deze cultuur leidt tot grote tevredenheid, gezien ook onze hoge tevredenheidscijfers. De organisatie bereikt haar doelen (tevreden klanten en medewerkers). Ook de maatschappij en verzekeraars zijn beter af. Focus op kwaliteit leidt tot betere output. Soms tegen hogere initiële kosten, vaak niet eens. Maar zeker voorkomt het nazorg en herstel. Patiënten waarderen dit.

Wie hebben er meegewerkt aan deze best practice?

Het is echt een teamprestatie. Het begint bij een filosofie. Daarvoor waren de oprichters en het management verantwoordelijk. Deze is vervolgens in de praktijk vormgegeven door alle medewerkers. De best practice is integraal onderdeel van onze zorg. In die zin zijn alle stakeholders betrokken. Door het gesprek hierover met patiënten begrijpen ze maatregelen beter, waarderen ze deze hoger en zijn sommigen bereid om hierin mee te denken.



Welke drempels kwam u onderweg tegen en hoe heeft u deze overwonnen?

Het komen tot een open cultuur is een proces dat zich laat vergelijken met de processie van Echternach (twee stappen vooruit, een achteruit). Veel medewerkers komen uit een andere cultuur en zijn argwanend of ze echt wel een verbetermaatregel over zichzelf of een andere moeten melden zonder rechtspositionele consequenties. Alleen goed voorbeeldgedrag kan medewerkers daarin over de streep trekken. De open cultuur en het zelf en vrijwillig melden van verbetermogelijkheden en fouten is geen vrijbrief voor het niet nemen van rechtspositionele maatregelen. Het vinden van de balans daartussen is een uitdaging. Sommige fouten mag je niet maken. Als je ze wel maakt, maar zelf meldt is de sanctie nog steeds daar. Dat kan druk zetten op het systeem.

Hoe worden de resultaten gemeten en vergeleken met de situatie vóór invoering?

Door onderzoek van eerdere jaren over deze onderwerpen te vergelijken. Tegelijkertijd is dat niet één-op-één mogelijk, omdat wetgeving ook verandert.

Wat heeft u geleerd van de best practice en de weg er naar toe?

Het hebben van een visie is een voorwaarde om ergens te komen. Vervolgens is goed leiderschap en een lange adem noodzakelijk.

“Ogen zijn uniek en verdienen de allerbeste zorg.”

Waar bent u het meest trots op?

Dat we op dit niveau opereren, dat dat herkend wordt door onze omgeving (“ons concept”) en dat dat zichtbaar leidt tot betere prestaties. www.oogcentrumnoordholland.nl

EEN WERELD AAN MOGELIJKHEDEN IN 8 MILLIMETER



Welke best practice wilt u delen?

PTED (Percutane Transforaminale Endoscopische Dissectomie) als nieuwe operatietechniek voor rughernia's.

Wat was de aanleiding?

Met de PTED-techniek bieden we een alternatief voor de klassieke hernia-operaties. Bij een PTED-operatie is géén overnachting in het ziekenhuis nodig en ontstaat minder schade aan de rug door deze minimaal invasieve benaderwijze. Na een hernia-operatie via PTED zijn patiënten sneller weer mobiel en is de operatiewond veel kleiner, namelijk altijd 8 mm.

Wat behelst de verbetering?

Een techniek om een hernia te behandelen met een endoscopische (kijk)operatie waarvoor slechts een minuscule opening nodig is. Bij PTED wordt de hernia vanaf de zijkant van de rug benaderd waarlangs een smalle buis naar de locatie van de hernia wordt gebracht. De chirurg kan tegelijkertijd op een beeldscherm zien waar de hernia zich exact bevindt. Door de buis schuiven we instrumenten om de hernia te verwijderen. De ingreep vindt plaats onder lokale verdoving.

Hoe sluit deze best practice aan op uw visie?

We stellen te allen tijde het belang van de patiënten voorop en streven ernaar patiënten op het hoogste niveau zo snel mogelijk te helpen. Niet alleen met korte wachttijden maar ook met innovatieve behandeltechnieken waarbij de herstelperiode zo kort mogelijk is en eventuele nevenschade

tot een minimum beperkt wordt. Met toepassing van de PTED-techniek boeken we met betrekking tot de twee laatste punten grote vooruitgang.

Wie profiteert van deze best practice? En hoe?

Het zijn in eerste instantie de (hernia-)patiënten die het meeste profiteren van de PTED-techniek. Met name door de korte herstelperiode en de snelle wondgenezing. Daarnaast is er maatschappelijke winst doordat patiënten eerder aan het arbeidsproces kunnen deelnemen. Verder is er voor patiënten die de PTED-techniek ondergaan geen overnachting noodzakelijk, wat het wellicht een kosten-effectievere ingreep maakt.

“...maatschappelijke winst doordat patiënten eerder aan het arbeidsproces kunnen deelnemen.”

Welke drempels kwam u onderweg tegen en hoe heeft u deze overwonnen?

Tot 1 januari 2016 werden PTED-operaties niet vergoed vanuit het basispakket. De kosten waren voor rekening van de patiënt zelf. Waardoor deze techniek niet voor iedereen toegankelijk was. In september 2015 heeft Minister Edith Schippers (Volksgezondheid) besloten om PTED als nieuwe operatietechniek voor hernia's vanaf 1 januari 2016, voor de duur van 4 jaar, voorwaardelijk toe te laten tot het basispakket. In die periode vindt een gerandomiseerd, multicenteronderzoek plaats, waarbij voor de eerste keer in Nederland de klassieke hernia-operatie (de “open methode”), op wetenschappelijke basis vergeleken wordt met de PTED als nieuwe operatietechniek. Het PTED onderzoek wordt gefinancierd door Zorginstituut Nederland met een bijdrage van Park Medisch Centrum. Met trots melden wij dat onze neurospecialist dr. B.S. Harhangi bij het

Over Parkkliniek en Park Medisch Centrum

Parkkliniek en Park Medisch Centrum zijn opgericht in 1996. Ze zijn samen onder één dak gevestigd in een stijlvol, modern pand aan de rand van Rotterdam. Park Medisch Centrum biedt verzekerde zorg op het gebied van neurochirurgie, orthopedie en plastische chirurgie. Parkkliniek is er voor onverzekerde, cosmetische plastische chirurgie. In de klinieken werkt een team van zeer ervaren medisch specialisten en anesthesiologen. Veel van de specialisten zijn ook werkzaam in het Erasmus MC te Rotterdam en het IJsselland Ziekenhuis in Capelle aan den IJssel. Kwalitatief hoogwaardige (academische) opleidingsziekenhuizen, waar de klinieken nauwe samenwerkingsbanden mee hebben.

PTED onderzoek een uitvoerende en coördinerende hoofdrol speelt. Verbonden aan en in samenwerking met zowel Park MC als het Erasmus MC, heeft Harhangi met PTED-operaties de afgelopen jaren veel waardevolle kennis en ervaring opgedaan. Het onderzoek is op 1 januari 2016 van start gegaan in Park Medisch Centrum. In de eerste fase van het onderzoek zal dr. Harhangi in Park MC collega-neurochirurgen uit andere klinieken opleiden in de PTED-techniek, waarna het onderzoek zich zal uitbreiden naar het Rijnstate Ziekenhuis (Arnhem), het Alrijne Ziekenhuis (Leiderdorp) en het Elisabeth Tweesteden Ziekenhuis (Tilburg).

Wie hebben er intern meegewerkt aan deze best practice?

Binnen Park Medisch Centrum hebben Dr B.S. Harhangi, MSc student Pravesh Gadhradj (promovendus PTED-studie in Park MC), de medisch ethische commissie, het bestuur en medewerkers op het gebied OK-assistentie, verpleging, anesthesie, receptie, financiën en marketing, in verschillende fases en via diverse overlegstructuren, multidisciplinair nauw met elkaar samengewerkt.

Welke externe partijen zijn direct betrokken bij de best practice?

Externe partijen betrokken bij het PTED-onderzoek zijn prof. dr. M.W. van Tulder (promotor, VU Amsterdam), prof. dr. W.C. Peul (promotor, LUMC), dr. S.M. Rubinstein (co-promotor VU Amsterdam), A. Seiger MSc (promovendus), neurochirurgen van het Albert Schweitzer Ziekenhuis, het Alrijne Ziekenhuis, het Rijnstate Ziekenhuis, het Sint Franciscus Gasthuis en het Sint Elisabeth Ziekenhuis, de Vrije Universiteit van Amsterdam en het Erasmus MC.

Hoe worden de resultaten gemeten en vergeleken met de situatie vóór invoering?

De eerder genoemde PTED-studie zal de komende vier jaar de resultaten van PTED-operaties op wetenschappelijke basis vergelijken met die van de klassieke hernia-operaties. Hierbij wordt specifiek onderzoek gedaan naar de effectiviteit op beenpijn, rugpijn, herstelperiode, complicaties, tijd-tot-hervatten van werkzaamheden, esthetiek en veiligheid van de PTED-techniek. Ook wordt de kosteneffectiviteit onderzocht.

Wat heeft u geleerd van de best practice en de weg er naar toe?

Dat het voor de implementatie en acceptatie van een, met name voor Nederland, betrekkelijk nieuwe operatietechniek, van groot belang is om een breed, medisch en maatschappelijk draagvlak te creëren.

Waar bent u het meest trots op?

Het meest trots zijn wij op het feit dat Park Medisch Centrum door de kennis en ervaring die hier is opgedaan met PTED-operaties, geselecteerd is om een toonaangevende rol te spelen in het wetenschappelijke, vierjarige, landelijke PTED-onderzoek. En dat wij daarmee bijdragen aan innovatie en kwaliteitsverbetering van het Nederlandse zorgstelsel en meer keuzevrijheid voor de patiënt.

► www.parkmedischcentrum.nl

Zie voor de referenties pagina 60.

LUISTEREN NAAR DE PATIËNT LEIDT TOT BETERE ZORG

Welke best practice wilt u delen?

De “omgekeerde zorgpiramide”. Het eerste consult inclusief lichamelijk onderzoek, het stellen van de diagnose en het geven van uitleg over de behandeling, wordt volledig gedaan door een ervaren chirurg. Als het nodig is schakelt zij pas daarna andere hulpverleners in. De chirurg blijft tot het eind van de behandeling de casemanager van de patiënt.

Wat was de aanleiding?

Het is een antwoord op het grote aantal patiënten dat ontevreden is over de uitkomst van hun behandeling van proctologische aandoeningen. De aanleiding is de ervaring van de oprichter dat weinig tijd voor luisteren leidt tot minder goede zorg.

Wat behelst de verbetering?

Proctologische klachten kunnen vele oorzaken hebben. Het is dus heel belangrijk om de juiste oorzaak vanaf het begin van het zorgproces te weten. Daarom start iedere patiënt met een uitgebreid consult (oplopend tot een uur) met de chirurg. Patiënt én chirurg hebben alle tijd voor informatie, vragen en toelichting. Zo wordt duidelijk wat de medische oorzaak is, wat die klacht voor de patiënt betekent en wat de patiënt met het consult wil bereiken. Tijdens dit gesprek doet de chirurg zelf direct de diagnostiek (lichamelijk onderzoek en eventueel aanvullend onderzoek zoals een proctoscopie en/of een echografie). Aansluitend bespreekt de chirurg de diagnose en behandelopties. Patiënten hebben niet altijd behoefte aan een behandeling: soms is wegnemen van zorgen of het krijgen van adviezen om met hun klachten of aandoening om te gaan voldoende.

Hoe sluit deze best practice aan op uw visie?

Optimale communicatie leidt tot betere zorg.

Wie profiteert van deze best practice? En hoe?

Patiënten voelen zich vertrouwd om alle informatie over dit taboeonderwerp te geven. Ze voelen dat er naar ze geluisterd wordt en dat hun klachten serieus worden genomen,

Over Proctos Kliniek

De Proctos Kliniek is gespecialiseerd in de behandeling van proctologische aandoeningen. Proctologie is de kennis van aandoeningen van anus, endeldarm en bekkenbodemp. De kliniek is in 2010 opgericht door chirurg Charlotte Deen-Molenaar. Zij vond het belangrijk om meer aandacht te geven aan patiënten met deze invaliderende aandoeningen en de behandelingen ervan te verbeteren. De kliniek werkt intensief samen met (uro)gynaecologen, maag-darm-leverartsen, pijnspecialisten, bekkenfysiotherapeuten en psychologen omdat deze aandoeningen vaak een multidisciplinaire aanpak vereisen. Zowel eenvoudige als complexe klachten, zoals incontinentie voor ontlasting en fistels, worden behandeld. De meerderheid van de behandelingen vindt zonder operatie plaats. Klachten worden veelal opgelost met leefstijladviezen of bekkenfysiotherapie.

omdat er voldoende tijd is ingepland voor het consult. Ze kunnen actief meebeslissen over de vervolgstappen. Deze werkwijze leidt sneller tot de juiste diagnose en in de regel tot minder contactmomenten of behandelingen. Van start tot ontslag heeft de patiënt steeds contact met dezelfde chirurg. De maatschappij profiteert van lagere kosten door efficiëntere zorg (geen onnodige onderzoeken en behandelingen, minder contactmomenten, hogere tevredenheid waardoor minder shopping) en van een lager ziekteverzuim doordat de patiënt uitgebreid wordt geïnformeerd over de effecten van de behandeling, waardoor die hier bij het inplannen ervan zoveel mogelijk rekening mee kan houden. Onnodige zorgen van de patiënt worden besproken en weggenomen: de patiënt kan zich weer beter concentreren en, het belangrijkste, de klachten worden verholpen.

De chirurg heeft meer uitdaging om het proces te verbeteren: zij is veel directer en één-op-één bij de patiënt betrokken. Zo is het beeld van de patiënt en diens ziekte completer en heeft de chirurg een beter inzicht in het effect van haar behandeling. De tevredenheid over het eigen werk wordt hoger. De kans op het verlies aan interesse en empathie voor de patiënt is dus kleiner.

Wie hebben er meegewerkt aan deze best practice?

De hele organisatie werkt hier aan mee, al van het begin af aan doen we het zo. Het grootste beroep wordt gedaan op de chirurgen omdat de werkwijze significant anders is dan in het ziekenhuis. Zij hebben zich moeten bekwamen in gesprekstechnieken en kennis moeten verkrijgen van andere vakgebieden.

Welke drempels kwam u onderweg tegen en hoe heeft u deze overwonnen?

Onze manier van werken staat lijnrecht tegenover de gangbare tendens in het ziekenhuis, waar het zorgtraject wordt opgeknipt over verschillende zorgverleners. Ons eerste traject is in vergelijking met het ziekenhuis “duur” maar leidt uiteindelijk tot minder vervolgbehandelingen en minder invasieve behandelingen. In de prijsonderhandeling met de zorgverzekeraars vergt dit veel overtuigingskracht.

PSORIASIS EXTRA BELICHT

Hoe worden de resultaten gemeten en vergeleken met de situatie vóór invoering?

We kennen dus geen andere werkwijze, omdat we vanaf de start zo werken. Uit onze Patiënt Related Outcome Measurement (PROM) blijkt dat 90% van onze patiënten vindt dat ze na behandeling beter zijn en 95% de kwaliteit van leven na hun behandeling als acceptabel omschrijft. Bijna 100% zou ons aanbevelen aan en familieleden of kennis. De voor ons door een extern bureau en Zorgkaart Nederland gemeten patiënttevredenheid is ruim boven de negen.

“De chirurg heeft meer uitdagingen om het proces te verbeteren.”

Wat heeft u geleerd van de best practice en de weg er naar toe?

Dat je de visie die je hebt niet onder druk (toename patiëntenaanbod, logistieke problemen, etc.) uit het oog moet verliezen. Het is belangrijk om deze basisvoorwaarden goed te formuleren en regelmatig te evalueren of je daar nog wel aan voldoet (de non-negotiables). Een voorbeeld hiervan is het vasthouden aan de arts-patiëntrelatie: de patiënt wordt altijd door dezelfde dokter behandeld. Dit levert logistieke uitdagingen op, maar is tegelijkertijd zo belangrijk dat je daar aan moet blijven voldoen.

Waar bent u het meest trots op?

De overtuiging dat het belangrijk is om goed naar patiënten te luisteren bleek waar te zijn. We slagen er met onze behandeling in om patiënten in de meeste gevallen van de klachten af te helpen. Of in ieder geval de kwaliteit van leven te verbeteren, door zorgen weg te nemen, ze serieus te nemen en adviezen te geven hoe ze ermee om kunnen gaan.

► www.proctoskliniek.nl

Welke best practice wilt u delen?

De lichttherapie die wij geven kan gecombineerd worden met extra belichtingen op de aangetaste hoofdhuid of op plekken in de lichaamsplooiën. Tevens passen we kortcontacttherapie met dithranolcrème toe, wat zorgt voor snellere verbetering van de psoriasis en toename van de remissieduur. Door naast de belichting in de lichtcabine ook extra belichtingen te geven op plekken waar de psoriasis tussen haren of plooiën verborgen zit, zien wij ook op deze plaatsen de psoriasis verbeteren. Deze arbeidsintensieve extra belichtingen met op maat gemaakte apparatuur zijn meestal niet mogelijk in de gewone ziekenhuizen. Het gebruik van afwasbare dithranolcrème is eigenlijk alleen mogelijk in een gespecialiseerd dagbehandelingscentrum, want het veroorzaakt immers onuitwisbare bruin-paarse vlekken in kleding, beddengoed en badkamer.

Wat was de aanleiding?

Psoriasis zit vaak ook op de hoofdhuid. Doordat de haren het licht van de cabine en de zon tegenhouden, zie je op de hoofdhuid meestal geen verbetering met gewone lichttherapie. Terwijl de psoriasis hier wel voor veel klachten (jeuk en schilfers) zorgt. Psoriasisplekken in de lichaamsplooiën verbeteren ook niet tijdens reguliere lichttherapie. Bovendien zijn deze plekken erg vatbaar voor pijnlijke maceratie, overgroei door gisten en bacteriën (stank!) en huidatrofie door lokale corticosteroiden. De specifieke deelbelichtingen hiervan hebben dus een duidelijke meerwaarde. De aanvullende toepassing van dithranolcrème zorgt er bovendien voor dat de plekken langer wegblijven.

Hoe sluit deze best practice aan op uw visie?

Wij willen de psoriasispatiënt verbetering van zijn welbevinden en huid geven, zonder dat hij dagelijks veel tijd kwijt is met smeren of mogelijk risicovolle medicatie hoeft te slikken.

Over Psoriasisdagbehandelingscentrum

Het Psoriasisdagbehandelingscentrum is opgericht in 1988 en gevestigd in Ede. De kliniek geeft hier psoriasispatiënten uit een groot deel van het land dagbehandeling in een ongedwongen, huiselijke setting. Destijds werden psoriasispatiënten regelmatig in het ziekenhuis opgenomen voor een intensieve behandeling van hun huidaandoening. In het centrum is met dagbehandeling uitgebreide psoriasis te behandelen, zonder opname. Heel uitgebreide vormen van psoriasis kunnen inmiddels worden behandeld met immuunmodulerende therapieën, maar lichttherapie is volgens de wetenschappelijke richtlijnen nog steeds eerste keus. Lichttherapie wordt in het centrum altijd voorafgegaan door een bad, waardoor de effectiviteit toeneemt. Bij UVB-licht wordt er een zoutbad gegeven, bij UVA-belichting worden er psoralenen in het badwater opgelost.

Wie profiteert van deze best practice?

De psoriasispatiënt raakt langdurig verlost van zijn stigmata: continu schilfers op schouders, bureau en bank (impact op sociale leven) en onwelriekende plekken in plooiën (impact op (seksuele) relatie).

Welke drempels kwam u onderweg tegen en hoe heeft u deze overwonnen?

Het was en is nog steeds moeilijk om aan de specifieke apparatuur en crèmes voor deze bijzondere indicatie te komen.

EEN NIEUWE TECHNIEK VOOR TWEE EXPERTISES

Wat levert de best practice op?

Deze best practice heeft ervoor gezorgd dat wij inmiddels meer dan 25 jaar aan een door psoriasispatiënten gevoelde behoefte voldoen.

Hoe worden de resultaten gemeten en vergeleken met de situatie vóór invoering?

In de berekening van de PASI-score vóór en na de kuur worden ook de plekken op de behaarde hoofdhuid en in de lichaamsplooiën meegenomen. De PASI-score aan het begin van de therapie ligt meestal ergens tussen de 8,0 en 12,0 en aan het eind tussen de 0,0 en 1,5.

Wat heeft u geleerd van de best practice en de weg er naar toe?

Als je als zorgprofessional op de werkvloer goed luistert naar de behoefte van jouw patiënt en er vervolgens gehoor aan probeert te geven, moeten er nog eerst vele obstakels worden overwonnen. Zo was de toenmalige Raad van Bestuur in 1988 tegen de oprichting van een Psoriasis Dagbehandelingscentrum door de destijds werkzame dermatologen. En moesten de eerste patiënten letterlijk en figuurlijk eerst door de medisch adviseur van de zorgverzekeraar gekeurd (!) worden om na te gaan of hun psoriasis daadwerkelijk wel erg genoeg was. Sommige oudere patiënten hebben het nog steeds over de vernederingen die ze toen moesten ondergaan...

Waar bent u het meest trots op?

De waardering en goede samenwerking met de Psoriasispatiënten Vereniging Nederland. www.psoriasis-ede.nl

Zie voor de referenties pagina 60.

Welke best practice wilt u delen?

De introductie van de MonaLisa Touch, een gefractioneerde CO2-laser.

Wat was de aanleiding?

Wij kijken regelmatig naar innovatieve mogelijkheden om de zorg te verbeteren. Op internationale congressen werd deze nieuwe laser geïntroduceerd en ontstond onze interesse. De laser kan zowel in de gynaecologie als in de dermatologie worden gebruikt. In de dermatologie wordt de gefractioneerde CO2-laser al lang gebruikt om de huid te verbeteren, zoals behandeling van littekens en rimpels. De toepassing bij behandeling van vaginale atrofie in de gynaecologie is nieuw.

Wat behelst de verbetering?

De MonaLisa Touch laser is een revolutionaire doorbraak in de niet-hormonale behandeling van vaginale klachten na de overgang. Meestal worden vaginale klachten behandeld met oestrogenen. Dit mag echter niet bij vrouwen die eerder een hormoongevoelige tumor hebben gehad, denk aan borstkanker of baarmoederkanker. Een deel van deze vrouwen komen door chemotherapie of bestraling eerder in de overgang, waardoor ze op relatief jonge leeftijd vaginale klachten krijgen, de vagina kan middels de laser bij deze vrouwen worden behandeld. De gefractioneerde CO2-laser kan ook in de dermatologie worden gebruikt. Er lopen nog interessante studies. Als die positief uitpakken, kunnen we de laser ook bij een aantal huidziekten gaan gebruiken.

Hoe sluit deze best practice aan op uw visie?

Wij willen empathische medische zorg leveren. Er zijn een aantal expertisegebieden waarop we het hoogst haalbare niveau willen bereiken. Met de MonaLisa Touch bieden we een behandeling die in Nederland nog niet bestaat en waar wel veel patiënten baat bij hebben.

“Wij kijken regelmatig naar innovatieve mogelijkheden om de zorg te verbeteren.”

Wie hebben er meegewerkt aan deze best practice?

Naast de medische specialisten, hebben ook de dokters-assistenten meegewerkt om protocollen te maken en risico-analyse te verrichten. We hebben patiëntenverenigingen gevraagd of zij deze innovatie een aanwinst vinden voor hun leden. Hier waren ze positief over. We hebben daarna de laser een paar keer op proef kunnen gebruiken en een aantal vrijwilligers behandeld, die ook positief en enthousiast waren over de behandeling en het resultaat.

Welke drempels kwam u onderweg tegen en hoe heeft u deze overwonnen?

We introduceerden een techniek die in Nederland nog niet werd gebruikt. Met een stappenplan: ‘Zorgvuldige introductie

“De invoering van een nieuwe techniek is meer dan de factuur van de innovatieve apparatuur betalen.”

innovaties in de klinische praktijk'. Zo word je gewezen op de risico's van een introductie van een innovatie. Het bleek moeilijk om de doelgroep te bereiken. Uitgebreide persberichten versturen leverde weinig respons op. We hebben veel informatie op onze website geplaatst die nu door Google goed wordt opgepikt. Uiteindelijk heeft ook de pers aandacht besteed aan deze innovatie.

Wat levert de best practice op?

We hebben een veilige behandeling geïntroduceerd voor een aandoening bij een patiëntengroep waarvoor tot op heden geen goede behandeling mogelijk was. Hiermee wordt de kwaliteit van leven voor deze vrouwen verbeterd.



Hoe worden de resultaten gemeten en vergeleken met de situatie vóór invoering?

Eindelijk kunnen vaginale klachten van oestrogeentekort effectief worden behandeld, zonder oestrogenen toe te

Over Roosevelt kliniek

De Roosevelt kliniek biedt sinds mei 2012 verzekerde en onverzekerde op gebied van gynaecologie en dermatologie. De afdeling gynaecologie is een expertisecentrum voor vulva- en vaginaproblematiek en afwijkende uitstrijkjes. De afdeling dermatologie heeft als tegenhanger van de vulvapoli een genitale huidpoli voor mannen. Voor huidafwijkingen, overmatig zweten, maar ook voor cosmetische verfraaiing van de huid kan men hier terecht. Onderdeel van de kliniek is soaCare.nl, waar mensen anoniem soa-testen kunnen bestellen. De kliniek heeft vestigingen in Leiden, Spijkenisse en Hoogvliet en overweegt op dit moment nieuwe vestigingen.

dienen. Voor evaluatie gebruiken we vóór en na behandeling vragenlijsten en foto's. Voor het inzetten van deze methode met de laser was er voor de doelgroep geen adequate therapie.

Wat heeft u geleerd van de best practice en de weg er naar toe?

De invoering van een nieuwe techniek is meer dan de factuur van de innovatieve apparatuur betalen. Door toepassen van een stappenplan voor een nieuwe interventie worden alle risico's van een nieuwe techniek belicht. Informeren bij de patiëntengroep en risicoanalyse van de nieuwe techniek is belangrijk, als ook de doelgroep erop wijzen dat dit een veilige nieuwe techniek is voor behandeling van klachten die vaak voorkomen.

Waar bent u het meest trots op?

We willen innovatief zijn. Met de MonaLisa Touch hebben we een innovatieve behandeling in Nederland geïntroduceerd!

► www.rooseveltkliniek.nl

Zie voor de referenties pagina 60.

Rugpoli

DE IDEALE COMBINATIE TEGEN HERNIA

Welke best practice (-s) wilt u delen?

De combinatie van zorg bij herniapatiënten: therapie tussen anesthesist en McKenzie-therapeut. De resultaten van onze zorg hebben wij gedeeltelijk wetenschappelijk geëvalueerd, een proces dat we voortzetten met PROM's. Uit de tot nu toe door ons gegenereerde data blijkt dat de combinatie van onze zorg de pijn significant laat afnemen, de functionaliteit van patiënten significant laat toenemen en bovendien het aantal HNP* (hernia nuclei pulposi, kortweg hernia)-operaties lijkt te verminderen.

Wat was de aanleiding?

Uit analyse van de gebruikelijke anesthesiologische zorg voor herniapatiënten concludeerden wij dat de huidige benadering van de hernia onvoldoende resultaat oplevert. Waarschijnlijk omdat er zowel een irritatie-component (chemisch) als een mechanische component ten grondslag ligt aan de zenuwpijn door een HNP. We hoopten op een beter resultaat met het aanpakken van beide componenten.

Wat behelst de verbetering?

We zijn HNP-patiënten die op een operatiewachttijd stonden gaan onderzoeken en behandelen middels een

* Hernia Nuclei Pulposi

prospectieve cohort studie, door de McKenzie/Mechanische Diagnostische Therapie methode (MDT) te combineren met anesthesiologische pijninterventies. Met de McKenzie methode, een specialisatie binnen de fysiotherapie, kunnen we screenen of HNP-patiënten te behandelen zijn met specifieke oefentherapie volgens McKenzie/MDT of moeten verwezen naar de anesthesist. Van de in totaal 80 HNP-patiënten op de wachtlijst voor een hernia operatie (OK geïndiceerd conform de richtlijnen) is door deze screening en vervolgbehandeling middels McKenzie/MDT, anesthesie of de combinatie tussen die 2, 85% NIET geopereerd.

Hoe sluit deze best practice aan op uw visie?

Onze visie om patiënten doelmatige zorg te geven die zo weinig mogelijk invasief is, met maximaal resultaat, wordt door deze combinatie van technieken aantoonbaar behaald.

Wie profiteert van deze best practice?

De patiënt krijgt doelmatige zorg: maximale verbetering van de klacht met minimaal mogelijke invasieve benadering. De maatschappij krijgt een snel herstel van patiënten, met minimale kosten. Indien in de Randomised Controlled Trial studie, die samen met het VUMC en een aantal neurochirurgische centra is opgezet, de behaalde resultaten uit de cohortstudie worden geëvenaard, levert dit tientallen miljoenen euro's besparing op.

Wie hebben er meegewerkt aan deze best practice?

Alle behandelaars hebben gezorgd voor patiënt detectie en dataverzameling. Neurochirurgische centra hebben ons in staat gesteld de wachtlijst patiënten voor herniaoperatie te behandelen. Het EMGO-instituut van de VU in Amsterdam heeft kritisch meegekeken of er op wetenschappelijke wijze (voldoende objectief) data werden verzameld en heeft meegeschreven aan de gepubliceerde artikelen.

Wat levert de best practice op?

Als het aantal hernia-operaties flink kan worden teruggedrongen, levert dat voor patiënten een beter resultaat met minder schade aan het lichaam op, terwijl tegelijkertijd de kosten aanzienlijk worden verminderd.

Over Rugpoli

De Rugpoli is een zelfstandig behandelcentrum en erkende pijnkliniek, opgericht in 2003. De kliniek is gespecialiseerd in behandeling van rug- en nekklachten, restklachten na operatie, uitstralende klachten in arm of been, werkgerelateerde klachten, posttraumatische klachten (na ongeluk of val), osteoporotische inzakkingsfracturen, overige klachten van het bewegingsapparaat en hoofdpijn. De behandeling is erop gericht de patiënt met een snelle interventie zelf in staat te stellen goed om te gaan met zijn klachten. De wachttijd voor een bezoek is maximaal twee weken. Binnen de Rugpoli werken artsen vanuit neurologie, reumatologie, anesthesie, musculoskeletale (MSK) geneeskunde en mechanisch consulenten. De diagnostiek wordt gecompleteerd door beeldvorming met MRI.

Wat heeft u geleerd van de best practice en de weg er naar toe?

Kwaliteit en de beste zorg voor de patiënt leveren voor iedereen op de langere termijn het meeste op.

Waar bent u het meest trots op?

Het enthousiasme en vasthoudendheid van de behandelaars om voor goede zorgresultaten te blijven gaan.

Wat heeft u geleerd van de best practice en de weg er naar toe?

Kwaliteit en de beste zorg voor de patiënt leveren voor iedereen op de langere termijn het meeste op.

Waar bent u het meest trots op?

Het enthousiasme en vasthoudendheid van de behandelaars om voor goede zorgresultaten te blijven gaan.

► www.rugpoli.nl

The Hand Clinic

ALLE ZORG IN ÉÉN HAND

Welke best practice wilt u delen?

Wij hebben ons georganiseerd als centraal loket voor alle hand- en polsklachten. Zowel patiënten als verwijzers kunnen er op vertrouwen dat ons team van experts de verantwoordelijkheid neemt voor de behandeling: eerstelijns therapie als het kan, tweede- of derdelijnschirurgie als het moet. Wij leveren integrale zorg en houden de regie over de zorg in de volle breedte, van de eerste tot de derde lijn. Deze integrale aanpak levert optimale zorg en service voor de patiënt op en een kosteneffectieve totaaloplossing.

Wat was de aanleiding?

Toen wij in 2006 startten met het uitwerken van het idee voor een zelfstandige focuskliniek voor hand- en polschirurgie in combinatie met handtherapie, bestond dit nog niet in Nederland. De manier waarop bijvoorbeeld in de VS en in Frankrijk destijds al private handklinieken intern georganiseerd waren en samenwerkten met academische centra inspireerden ons. Een van de twee oprichters van onze kliniek is de enige hoogleraar handchirurgie in Nederland. Hij voelde het als een soort morele plicht om op zijn vakgebied het onderste uit de kan te halen en de voorbeelden uit het buitenland in Nederland te evenaren. Bovendien waren de wachttijden in ziekenhuizen tijdens onze oprichting (2007) nog zeer lang. Dit moest verbeteren.

Hoe sluit deze best practice aan op uw visie?

The Hand Clinic staat voor Value Based Healthcare, optimale zorg tegen de laagste kosten. De geïntegreerde focus zorgt voor een hoge kwaliteit, terwijl de kleinschalige omgeving en platte organisatie zorgen voor een uitstekende service voor de patiënt. Optimale zorg betekent ook dat niet in alle gevallen

een operatie volgt op een eerste consult. Minder dan de helft van onze nieuwe patiënten ondergaat een operatie.

Wie profiteert van deze best practice?

Eigenlijk profiteren alle partijen. De patiënt heeft het vertrouwen dat hij de beste zorg ontvangt. Hij heeft een duidelijke toegang en gespecialiseerde behandelaars met de juiste zorg op de juiste plek. De verzekeraar profiteert, omdat deze methode uitermate kosteneffectief is. De maatschappij heeft er baat bij, omdat patiënten weer snel kunnen werken en hun sociale rol kunnen oppakken. En de professionals gaan erop vooruit, zij kunnen vooral met hun vak bezig zijn. Ze worden niet belast met de rompslomp van een grote organisatie.

Wie hebben er intern meegewerkt aan deze best practice?

Prof. dr. Ritt heeft zijn medisch inhoudelijke kennis en zijn jarenlange ervaringen uit de dagelijkse praktijk ingebracht. En Dr. Ritt-Fischer haar uitgebreide expertise en jarenlange ervaring in de bedrijfsvoering, als kwaliteitsmanager en bestuurder. Naast deze oprichters werken alle medewerkers, van medisch-administratief tot chirurg mee aan korte lijnen, veilig werken en hoge kwaliteitservaring voor patiënt.

Welke externe partijen zijn direct betrokken?

Huisartsen en andere medisch specialisten moeten vertrouwen hebben in een kliniek om hun patiënten door te verwijzen: het is voor sommigen toch wennen om een patiënt niet naar "een echt ziekenhuis" te sturen. Wij leveren alleen maar verzekerde zorg, dus is een goede samenwerking met zorgverzekeraars nodig om tot realistische prijzen en voldoende budget te komen. Verder werken we samen met universitaire centra en kunnen dankzij de EPD-leverancier volledig papierloos en vlekkeloos werken met een geïntegreerd elektronisch patiëntendossier. En last but not least de patiënt zelf, die een geïnformeerde keuze maakt voor onze focuskliniek.

Welke drempels kwam u onderweg tegen?

Omdat nog nooit eerder een kliniek zich helemaal gespecialiseerd had in het kleine gebied van de hand en pols, geloofden veel externe partijen bij de start niet dat dit een levensvatbare

onderneming zou zijn. Daarnaast maakt de steeds wisselende wet- en regelgeving het voeren van een uiterst gespecialiseerde focuskliniek niet makkelijker. Ook willen we graag een nog verdere integratie met de UMC's. Voor deze partijen, die weer met heel andere uitdagingen geconfronteerd worden, is het echter moeilijk met de nieuwe en snelle ontwikkelingen van marktwerking om te gaan. Maar door stug de ingeslagen weg te blijven volgen, halen we het maximale eruit!

Wat heeft u geleerd van de best practice?

Blijf in jezelf geloven, richt je op het ultieme doel. Een echte professional die met beide benen in de praktijk staat weet hoe het moet. En hoe het niet moet. De aanhouder wint. Laat je niet te veel afleiden door je concurrenten, daar moet je je pas op de laatste plaats mee bezig houden.

Waar bent u het meest trots op?

Onze Value Based Healthcare avant la lettre, omdat we sinds onze oprichting een zeer hoge patiënttevredenheid en Net Promotor Score behalen. Deze weten we zelfs nog langzaam maar zeker te verbeteren. Dat is toch waar we het voor doen!

► www.thehandclinic.nl

Zie voor de referenties pagina 60.

Over The Hand Clinic

Focuskliniek The Hand Clinic richt zich uitsluitend op de behandeling van klachten en aandoeningen van de hand en pols. De kliniek is gevestigd in Amsterdam-Zuidoost en bij de oprichting in 2007 de eerste in zijn soort. Eén geïntegreerd team van 10 gespecialiseerde hand- en polschirurgen en handtherapeuten ziet per jaar 3300 nieuwe patiënten vanuit heel Nederland op één locatie. De kliniek heeft niet alleen met huisartsen maar ook met VUmc en UMCU een goede samenwerking. Dankzij die samenwerking blijft de patiënt altijd onder behandeling van dezelfde arts, ook als de operatie plaatsvindt in een universitair centrum.



CLIËNT WORDT PARTNER, HET BELANG VAN DE MENSELIJKE MAAT

Over TwenteHof Kliniek

De TwenteHof Kliniek is in Hengelo in 2015 opgericht door ervaren en regionaal bekende specialisten als gespecialiseerde kliniek voor aandoeningen op het gebied van de flebologie (spataderen), proctologie (anale klachten) en dermatologie. De kliniek focust zich op gezondheid in plaats van op ziekte. En verkiest een partnerschap met de klant boven de klassieke arts-patiëntrelatie.

Welke best practice wilt u delen?

Wij hebben een andere kijk op gezondheid, partnerschap en ondersteuning in het beter worden.

Wat was de aanleiding om tot deze best practices te komen?

In het huidige zorgstelsel staan zorginstellingen en zorgverleners centraal, in plaats van de zorgconsument waar het allemaal om moet gaan. Gezondheid is niet het domein van de "zieken"huizen maar het onvervreemdbaar eigendom van de cliënt zelf, die hierover zelf dient te kunnen beslissen. Wij willen gezondheid democratiseren, teruggeven aan de persoon bij wie het ook echt thuishoort.

Wat behelst de verbetering?

Een andere attitude met betrekking tot partnerschap: uitgaan van wat voor hen belangrijk is in het zo snel mogelijk herstellen van een verstoorde balans in gezondheid.

Wat zijn de referenties geweest?

Aan de basis staan studies met betrekking tot Value Based Medicine (Porter), zorginstellingen en initiatieven die kiezen voor dezelfde uitgangspunten, zoals Healthways, Kaiser Permanente, Henry Ford West Bloomfield Hospital in Michigan.

Wie profiteert van deze best practice? En hoe?

De cliënt profiteert zichtbaar van onze cultuur en werkwijze. Voor de medewerkers is het een stimulerende omgeving en de maatschappij kan profiteren door op deze andere manier naar gezondheid te kijken.

Wie hebben er meegewerkt aan deze best practice?

Het gehele team heeft meegewerkt door de overtuiging te hebben dat een respectvolle, menselijke omgang met onze klanten – als partners - leidt tot een betere zorg en tevredenheid. Op dit moment helpen enkele collega-zorgverleners mee als strategische partners, zoals de Zipper kliniek voor plastische chirurgie, een gynaecoloog en een pijnspecialist.

Welke drempels kwam u onderweg tegen en hoe heeft u deze overwonnen?

We hebben onze eigen organisatie opgericht en deze werkwijze ingebouwd in onze fundamenten. Externe partijen hanteren zeer hardnekkig het verouderde beeld van ziektegerichte zorg en een paternalistische benadering van de cliënt. Het vereist de nodige communicatiekracht om deze andere benadering duidelijk te maken.

Wat levert de best practice op?

Zichtbare kwaliteitsverbetering in de perceptie van de cliënt:

het kunnen voeren van de eigen regie in het beter worden. Uit door ons uitgevoerd tevredenheidsonderzoek blijkt dat onze cliënten deze werkwijze bijzonder waarderen en ons belonen met een 9,5!

Wat heeft u geleerd van de best practice en de weg er naar toe?

Dat deze werkwijze veel meer aansluit op de menselijke maat!

“Wij willen gezondheid teruggeven aan de persoon bij wie het ook echt thuishoort.”

Waar bent u het meest trots op?

De gedrevenheid om het oude ziektegerichte paradigma te willen doorbreken, omdat het niet meer past in deze tijd van de zelfbewuste, goed geïnformeerde zorgconsument. Een consument die zich actief opstelt met betrekking tot zijn eigen gezondheid, zich laat adviseren, meedenkt in onderzoek en behandeling en zijn eigen verantwoordelijkheid neemt. We staan aan de vooravond van een ingrijpende verandering: 'disruption' van de gezondheidszorg. Bij uitstek een aspect waarin juist de ZKN-klinieken, die het vermogen hebben om snel te kunnen schakelen, een voorlopersrol kunnen vervullen. www.twentehofkliniek.nl

EEN BETER VOORBEREIDE PATIËNT

Welke best practice wilt u delen?

Behandelpad is een app waarmee we onze patiënten op een efficiënte en eigentijdse wijze voorlichten over de behandeling. Het biedt informatie, gedoseerd én op het moment dat het voor de patiënt relevant is. Met een persoonlijke tijdslijn en handige pushnotificaties. De huidige papieren folders zijn heel eenvoudig en duidelijk geschreven. Maar het medium is achterhaald: de kans dat mensen de juiste informatie op het juiste tijdstip lezen, is kleiner.

Wat was de aanleiding om tot deze best practices te komen?

Uit ons klanttevredenheidsonderzoek bleek dat patiënten na een operatie niet altijd wisten wanneer ze welke activiteiten weer mochten uitvoeren. Terwijl alles wel in de folders

Over ViaSana

ViaSana is gespecialiseerd in verzekerde, orthopedische zorg. Met adviezen en operaties wordt een grote groep patiënten, jaarlijks ruim 4.000, behandeld aan gewrichtsklachten. De kliniek is in 2005 opgericht en in korte tijd zeer sterk gegroeid. Op haar locatie in Mill zien de 139 medewerkers van ViaSana jaarlijks zo'n 13.000 nieuwe patiënten.

omschreven stond. Nu hebben ze alles bij de hand. In de app kunnen we bovendien veel meer informatie kwijt: video's met oefeningen, foto's en hyperlinks.

Wat levert de verbetering op?

Patiënten zijn beter voorgelicht over de operatie. Op de vraag 'geef uw rapportcijfer voor de voorlichting' antwoorden app-gebruikers een 9,1 en niet app-gebruikers een 8,8. Onze medewerkers krijgen minder vragen en onze organisatie gebruikt minder papier.

Hoe sluit deze best practice aan op uw visie?

Onze app draagt bij aan waar wij voor staan: betere en doelmatigere zorg.

Wie hebben er meegewerkt aan deze best practice?

Intern heeft een medewerker Marketing & communicatie de app bedacht en meegeholpen bij de inrichting en totstandkoming van het eindproduct. De software achter de app is ontwikkeld door Interactive studios.

Hoe worden de resultaten gemeten en vergeleken met de situatie vóór invoering?

In ons klanttevredenheidsonderzoek vragen we of men de app gebruikt en wat men van de voorlichting vindt.

Wat heeft u geleerd van de best practice en de weg er naar toe?

Dat een app laten bouwen niet duur hoeft te zijn. En dat een app beter werkt dan papieren folders.

Waar bent u het meest trots op?

Dat we de DIA wonnen voor meest interactieve werk (van de 247 inzendingen gewonnen in de finale van Shell, Eneco, GGD Amsterdam en de Nationale Politiebond) en dat de door ons bedachte app al door meer dan 20 ziekenhuizen wordt gebruikt. Zeer veel patiënten worden dus beter geholpen dankzij onze app. Er zijn al meer dan 20.000 downloads en er is heel veel interesse vanuit het buitenland. Er bestaat wereldwijd nog geen vergelijkbaar product. ► www.viasana.nl



DE MEEST EFFECTIEVE BEHANDELING TEGEN OVERGEWICHT

Welke best practice wilt u delen?

Bariatrische chirurgie is de operatieve behandeling van patiënten met zeer ernstig overgewicht. De eerste jaren deden we dat alleen met maagbanden, naderhand zijn hier ook de andere bariatrische ingrepen (gastric bypass, gastric sleeve, redo, scopinano, duodenal switch, sadi, banded bypass) bij gekomen. Tot nu tot blijkt bariatrische chirurgie de meest effectieve en de enige bewezen behandeling tegen overgewicht op de lange termijn.

Wat was de aanleiding?

Ernstig overgewicht en (morbide) obesitas zijn een snelgroeiend, wereldwijd probleem. Ernstig overgewicht kan leiden tot ernstige klachten, zoals hart- en vaatziekten, en bepaalde vormen van kanker. Daarnaast reduceert morbide obesitas de individuele productiviteit en is een grote last voor de gezondheidszorg en de economie. Door de patiëntengroep een passende oplossing te bieden is een groot deel van de gevolgen van morbide obesitas te reduceren of weg te nemen.

Wat behelst de verbetering?

Zowel het operatieve proces als het zorgproces zijn constant aan verbetering onderhevig. De bariatrische afdeling van topklinisch ziekenhuis Rijnstate in Arnhem is volledig ingericht voor de obese patiënt. Denk aan bedden en meubilair, maar ook aan een volledig aangepaste badkamer.



Ook zijn er speciale OK-stoelen ontwikkeld, die zowel voor patiënt als medisch personeel meer comfort bieden tijdens de operatie dan de reguliere operatietafel. Daarnaast hebben we onze OK-methode aangepast met als doel het operatieproces te verbeteren: verkorting van de operatieduur, vermindering van pijn, voorkomen van overbodige handelingen en verkorting van opnameduur.

Wat zijn de referenties geweest?

We besteden veel tijd en aandacht aan wetenschappelijk onderzoek. Uit deze onderzoeken en promoties van onze onderzoekers komen ook innovaties voort op het gebied van processen, technieken, materialen, supplementen, enzovoorts. Daarnaast zijn we ook altijd op zoek naar 'best practices' in andere klinieken en zo zijn we terecht gekomen in Oslo. Daar hebben we veel geleerd over verbeteringen in proces en logistiek. Bij alles vragen we ons af: welke waarde voegt dit toe voor onze patiënten?

Over Vitalys

Vitalys, opgericht in 2005, is een kliniek tegen overgewicht. Door excellente zorg in de 1e en 2e lijn rondom de obese patiënt te verbinden, staat deze kliniek garant voor een totaalconcept op het gebied van bariatric. Jaarlijks worden er zo'n 1.200 patiënten geopereerd. Vitalys biedt hen een volledig multidisciplinair zorgtraject, waarbij ook nevenspecialismen ingezet worden, zoals internisten, psychologen, psychiaters, diëtisten, fysiotherapeuten en gespecialiseerde verpleegkundigen. Binnen Vitalys is een belangrijke plaats ingeruimd voor wetenschappelijk onderzoek (jaarlijks promoveert een aantal arts-onderzoekers, werkzaam bij Vitalys, op een bariatrisch gerelateerd onderwerp) en opleiding op internationaal niveau.

Hoe sluit deze best practice aan op uw visie?

Door de zorg aan de obese patiënt steeds naar een hoger niveau te tillen, is de patiënt verzekerd van de best mogelijke bariatrische zorg gedurende het volledige traject.

Wie profiteert van deze best practice?

Behalve de patiënt ervaren ook de medewerkers de positieve effecten van de continue innovatie en verbetering van de zorg. Door aanpassingen in voorzieningen en outillage wordt het beduidend minder (lichamelijk) belastend voor de zorgverleners. Daarnaast betekenen de verbeteringen een aanzienlijke kostenbesparing voor zowel de organisatie (minder ligdagen, meer ingrepen mogelijk) als de maatschappij (minder kosten per verzekerde).

Wie hebben er intern meegewerkt aan deze best practice?

De chirurgen F.J.(Frits) Berends en I.M.C.(Ignace) Janssen zijn de oprichters van Vitalys in 2005. Zij zijn gestart met het plaatsen van maagbanden. Inmiddels worden alle bariatrische ingrepen uitgevoerd door Vitalys en is het aantal ingrepen per jaar gestegen naar 1.200. Om dit mogelijk te maken is een dedicated bariatrisch team, waarin alle specialismen vertegenwoordigd zijn, aanwezig.

Welke externe partijen zijn direct betrokken bij de best practice?

Voor het voor- en natraject waarmee we een verandering in leefstijl realiseren, werken we samen met de Nederlandse Obesitas Kliniek (ook lid van ZKN). De operaties worden, zoals gezegd, uitgevoerd in Rijnstate Arnhem.

Welke drempels kwam u onderweg tegen en hoe heeft u deze overwonnen?

Zoals bij iedere verandering en aanpassing hebben die ook bij ons geleid tot weerstand. Vitalys is een focuskliniek met 100% aandacht voor patiënten met ernstig tot zeer ernstig overgewicht. Wat heel erg goed werkt is dat je opinie-leider en marktleider wordt in wat je doet. Het team binnen Vitalys is gegroeid en wordt nog steeds beter. De geweldige impact die onze zorg op het leven van obesitas-patiënten

heeft is hartverwarmend. Mensen werken daar graag aan mee. Met commitment, betrokkenheid en leiderschap zijn de grootste drempels te overwinnen.

Hoe worden de resultaten gemeten en vergeleken met de situatie vóór invoering?

Bewezen is dat bij morbide obesitas conventionele behandelingen, zoals diëten en bewegen, niet effectief zijn op de lange termijn. De resultaten van de bariatrische behandeling worden op meerdere manieren in beeld gebracht. We meten ze tijdens het natraject en vergeleken ze met de uitkomsten van voor de operatie. Het gaat hierbij zowel om medische gegevens (gewichtsafname, verbeteren gezondheid en conditie en afname comorbiditeiten) als om de ervaringen van de patiënt (kwaliteit van leven, lichamelijke activiteit, psychische en lichamelijke klachten). Daarnaast gebruiken we een uitgebreid patiënttevredenheidsonderzoek.

“Met commitment, betrokkenheid en leiderschap zijn de grootste drempels te overwinnen.”

Wat heeft u geleerd van de best practice en de weg er naar toe?

“Niets is onmogelijk, en zelfs dat niet”. Focus op de juiste dingen.

Waar bent u het meest trots op?

In de ruim tien jaar van ons bestaan zijn we uitgegroeid tot een toonaangevend kenniscentrum voor overgewicht in Nederland en daarbuiten. Dat heeft ons inmiddels een aantal kwaliteitskeurmerken opgeleverd. Daar zijn we maar wat trots op! www.vitalys.nl

EEN KWESTIE VAN VERTROUWEN



Welke best practice wilt u delen?

Voor ons zijn autonomie en vertrouwen de twee belangrijkste kernwaarden van de zorg. Autonomie van de patiënt gaat over: zelfbeschikking, respect voor de eigen integriteit, keuzevrijheid, eigen regie over de gezondheid van de patiënt. Maar het gaat ook over de autonomie van de zorgaanbieder (huisartsen, ketenpartners). Vertrouwen is de basis van de zorgrelatie tussen patiënte en zorgverlener: het vertrouwen van de patiënt in ons doordat we transparant zijn, ons gelijkwaardig opstellen, respect tonen, persoonlijke aandacht geven, een holistisch mensbeeld hanteren en vakkundig werken. Vertrouwen gaat ook over samenwerking tussen zorgverleners onderling en het vertrouwen in elkaars deskundigheid.

Wat was de aanleiding?

Wij hebben steeds in algemene ziekenhuizen gewerkt. Wij hadden te vaak de indruk dat de patiënt zich moet aanpassen aan de organisatie in plaats van andersom. Wij wilden nog meer zorg geven vanuit de wensen en de behoefte van de vrouw.

Wat behelst de verbetering?

Geen toegangstijd, snellere doorlooptijd, dus maximale toegankelijkheid voor de verwijzers (eerste lijn). Altijd direct telefonisch overleg mogelijk, waarmee we vertrouwen scheppen in de zorgaanbieder. Respecteren van de autonomie van de patiënt door maximale voorlichting en transparantie. We laten de patiënt leidend zijn in de besluitvorming.

Wie profiteert van deze best practice?

De patiënt heeft een persoonlijke, vertrouwde relatie met de zorgverlener, de regie over het eigen zorgproces en een snelle behandeling. De verwijzer kan rekenen op een snel verwijstraject en goede afstemming van de zorg. Wij hebben meer werkplezier en krijgen veel erkenning en complimenten. En de maatschappij profiteert van zinnige en zuinige zorg.

Wie hebben er intern meegewerkt aan deze best practice?

We hebben veel input gehad (en krijgen dit nog steeds) van de leden van de raad van toezicht. Daarnaast zijn gesprekken met de leden van het team én patiënten over het inrichten van de zorg van groot belang. De stem van de patiënt vinden wij steeds belangrijker en zal een steeds grotere plaats krijgen in de verdere ontwikkeling van de zorg.

En wie extern?

Belangrijke stakeholders zijn de patiënten, huisartsen en zorgverzekeraars. De behoefte van de patiënten wordt voortdurend tijdens de consulten en ook in de jaarlijkse enquête onder patiënten onderzocht. Met de huisartsen is er continu intensief overleg, over de individuele patiënt maar ook over de inrichting van de zorg. Wij steken veel energie in een goede relatie met de zorginkopers. Wij vinden het belangrijk dat bij het inkopen van de zorg en het afsluiten van de contracten in goed naar elkaars belang wordt geluisterd. Ten slotte levert een comité van aanbeveling, bestaande uit zorgprofessionals met dezelfde visie, erg veel input.

Over Vrouwenkliniek Zuidoost

De Vrouwenkliniek Zuidoost biedt gynaecologische specialistische zorg: poliklinische consulten en ambulante ingrepen onder plaatselijke verdoving. De kliniek is gevestigd in Amsterdam Zuidoost en in 2008 opgericht door gynaecologen Eva Robertson en Emmy van Woerden. 70% van de patiënten is afkomstig uit Suriname, de Nederlandse Antillen, Afrika (in het bijzonder Ghana), India, Pakistan en Zuid-Amerika. De kliniek staat voor kwalitatief hoogwaardige en toegankelijke zorg, ongeacht geloof, cultuur of sociale klassen. Er is dan ook veel aandacht voor taal en sociaal-culturele achtergrond.

DE PATIËNT STAAT CENTRAAL, MAAR DAN ECHT

Welke drempels kwam u onderweg tegen en hoe heeft u deze overwonnen?

In de eigen organisatie was het lastig bekendheid te krijgen bij de verwijzers. Dit hebben we opgelost door persoonlijke contacten te leggen en te onderhouden. Wat ook niet meewerkt zijn de onvoorspelbare marktontwikkelingen in de zorg, vooral bezuinigingen.

Hoe worden de resultaten gemeten en vergeleken met de situatie vóór invoering?

Met onze patiëntentevredenheidsenquête en beoordelingen op Zorgkaart Nederland.

“Vertrouwen is de basis van de zorgrelatie tussen patiënte en zorgverlener.”

Wat heeft u geleerd van de best practice en de weg er naar toe?

Dat zorggeven op deze manier geweldig is om te doen, voor patiënt en zorgverlener.

Waar bent u het meest trots op?

We zijn het meest trots op de enorme waardering van de patiënten, op de goede samenwerking met de huisartsen en op ons zeer betrokken en hardwerkende team. De Vrouwenkliniek Zuidoost is in 8 jaar dé vertrouwde plek geworden voor patiënten en verwijzers voor goede, persoonlijke en doelmatige vrouwenzorg.

► www.vrouwenklinikzuidoost.nl

Welke best practice wilt u delen?

Onze behandelaanpak is in de eerste fase zeer intensief. Waar andere zorginstellingen over het algemeen de behandeling uitspreiden over de tijd, met wekelijks beperkte “revalidatie behandeluren”, krijgt de patiënt bij ons in de eerste behandelweken dagelijks poliklinische behandeling. Vanaf het begin werken we met een aanpak die de patiënt stimuleert klachtenonafhankelijk en tijdcontingent het functioneren op te bouwen. Met een sneller en duurzamer herstelproces als gevolg. Na de eerste intensieve weken volgt een nazorgfase waarin afbouwend in intensiteit behandelingen plaatsvinden. De patiënt verblijft gedurende de intensieve fase in een andere omgeving, zodat hij zijn eigen manier van omgaan met de klachten sneller en effectiever verandert. De gehele filosofie is gebaseerd op werken vanuit eigen verantwoordelijk en het vergroten van zelfredzaamheid en zelfstandigheid. De patiënt staat daadwerkelijk centraal.

Wat was de aanleiding?

In de jaren '90 (dus ver voor onze oprichting) constateerden een medisch specialist en een psycholoog dat de klassieke zorgaanpak bij vele chronische complexe gezondheidsklachtenbeelden ineffectief is. Patiënten gaan van specialist naar specialist en van onderzoek naar onderzoek. In het “klassieke” zorgproces staat de aandoening en de organisatie die de zorg aanbiedt centraal. Zij formuleerden een aanpak die uitging van holistische mensvisie, biopsychosociaal model (wat in de revalidatiezorg nu ook met ICFS-model gehanteerd wordt), de doelen van de patiënt en die patiënt zelf centraal stelt en de

omgeving betreft bij de behandeling. Zij baseerden zich op de eerste onderzoeken uit de VS waarin een meer cognitief gedragsmatige aanpak effectief was. En op onderzoek waaruit bleek dat multifactoriële behandeling van chronische specifieke klachten wezenlijk is voor het succes ervan. Omdat patiënten en verwijzers vroegen waarom deze behandelaanpak die door BIG-zorgverleners geboden werd niet vanuit de zorgverzekering geboden werd is Winnock Zorg opgericht.

Wat behelst de verbetering?

De belangrijkste verbetering is het daadwerkelijk en intensief multidisciplinair behandelen, waarin dagelijks informatie-uitwisseling en afstemming tussen de verschillende behandel disciplines plaatsvindt. Er wordt niet gewacht tot de formele patiëntbespreking. Dit maakt de behandeling effectiever en leidt tot sneller bestendigen van het behandelresultaat.

Wie profiteert van deze best practice? En hoe?

Primair profiteert de patiënt van deze aanpak. Die heeft weer grip op zijn leven (patiënten zeggen zelf “ik heb mijn leven weer terug”). En kan weer maatschappelijk én persoonlijk optimaal functioneren. Zijn omgeving ziet ook direct effect van de behandeling en verwoordt dat met: “Ik heb mijn partner weer terug zoals ik die van voor de ziekte kende”. De aanpak heeft een duurzaam effect. De maatschappij profiteert doordat een proces van voortdurende op klachten gerichte zorgconsumptie doorbroken wordt en hernieuwde behandelingen niet meer nodig zijn. Maar ook doordat patiënten weer actief kunnen deelnemen.

“Innovatieve aanpak vraagt samenwerking tussen diverse disciplines. Samenwerking zonder hiërarchie.”

Wie hebben er meegewerkt aan deze best practice?

Deze methode is in eerste instantie bedacht door de medisch specialist en de gz-psycholoog. Verder hebben de fysio- en ergotherapeuten bijgedragen aan het vormgeven ervan. Het doorontwikkelen is een samenwerking van de disciplines: revalidatiearts, orthopeed, neuroloog, ergotherapeut, fysiotherapeut en (gz)-psycholoog. Extern zijn verwijzers, zorg-, inkomens- en letschadeverzekeraars en werkgevers direct bij de aanpak betrokken.

Welke drempels kwam u onderweg tegen en hoe heeft u deze overwonnen?

In de interne organisatie was er voldoende draagvlak. Extern bestaat nog wel een vorm van drempel. Wij vinden het belangrijk om werk als onderdeel van de gezondheid bij de behandeling te betrekken. Binnen de zorggeving is dit nog niet mogelijk. Daarom is dat deel van de aanpak nu buiten de zorg gefinancierd (werkgever of inkomensverzekeraar nemen dat voor hun rekening) en is het in de behandeling zo geregeld dat we de interventie op de factor werk parallel aan het zorgbehandeltraject uitvoeren.

Wat levert de best practice op?

De aanpak heeft effect op meerdere terreinen. Gezondheidswinst voor de patiënt (gemeten met SF36), herstel dan wel optimaliseren van het functioneren van patiënt. Dat levert weer forse kostenbesparingen voor maatschappij en voor werkgevers. Indirect is het effect op de kwaliteit van leven van de patiënt.

Over Winnock Zorg

Winnock Zorg is opgericht in 2009 en biedt poliklinische medisch-specialistische revalidatiezorg voor patiënten met langdurige (complexe) gezondheidsklachten. Met name pijnklachten, klachten van bewegingsapparaat, chronische vermoeidheid en diverse chronische SOLK-klachten. De behandelingen zijn intensief en integraal multidisciplinair (door een team van medisch specialist revalidatiearts, fysiotherapeut, ergotherapeut, psycholoog en/of gedragstherapeut). De kliniek hanteert de principes van stepped care en doelmatige zorg. De voortgang en het resultaat van behandelingen worden systematisch geëvalueerd, tijdig bijgesteld en vastgesteld in cliëntevaluaties. Patiënt en directe omgeving worden actief betrokken in het behandelproces. De kliniek stimuleert de patiënt zelf doelen te stellen. De fysieke belastbaarheid van de patiënt wordt met een opbouwprogramma (graded activity) verhoogd. Psychologische interventies vergroten de cognitieve en mentale belastbaarheid.

Wat heeft u geleerd van de best practice en de weg er naar toe?

Innovatieve aanpak vraagt samenwerking tussen diverse disciplines. Samenwerking zonder hiërarchie.

Waar bent u het meest trots op?

Onze aanpak is nog steeds onderscheidend, nog steeds staat de patiënt in de zorg bij de meeste ziekenhuizen niet echt centraal in de behandeling. Tegelijk zouden we graag zien dat in de gehele zorg de aanpak meer uitgaat van de gehele mens en niet focust op de aandoening of klacht alleen. Dat dus ook het belang van werk voor gezondheid wordt onderkend en de nu bestaande schotten voor integreren van die factor in de behandelaanpak verdwijnen. ▶ www.winnockzorg.nl

Women's Healthcare Center

DE WINST VAN DIRECTE FEEDBACK

Welke best practice wilt u delen?

Directe Patiënten Feedback middels een verbeterapp waarbij dialoog en (patiënt)relatie zijn geïntegreerd.

Wat was de aanleiding?

WHC heeft als doel voor de toekomst het behoud en verbeteren van de hoogwaardige zorg. Dit kan slechts worden bewerkstelligd door een transparante werkwijze naar de patiënt en de relatie met partners (zorgverzekeraars, ziekenhuizen in de omgeving) te optimaliseren, op basis van wederzijds respect. De veranderde omstandigheden waarin de gezondheidszorg verkeert, dwingt de zorgverzekeraars en zorgaanbieders een goede en werkbare basis te leggen voor afspraken voor de toekomst, alles in het kader van kwaliteit van zorg voor de patiënt.

“Het doel: **nóg persoonlijker, specialistischere toegankelijke zorg leveren!**”

Wat behelst de verbetering?

Met de volgende punten werken we aan een open en transparante veiligheidscultuur (real time!):

- 'Actionable' maken van feedback (e-mail/alerts/dashboard/rapportages, etc.);
- een communicatieloop: patiënten weten wat er met de feedback en suggesties is gedaan;
- borgen van ervaringen, suggesties en vooral alle verbeteringen op één plek (geen versnippering);
- een eigen verbeterinstrument waarbij ieder team of specialist zijn eigen vragen kan stellen en beheren, met behoud van bedrijfsbrede benchmarks;
- intern inzicht in elkaars verbeteringen en oplossingen, waardoor medewerkers en teams van elkaar kunnen leren;
- medisch specialisten conformeren zich aan de gedragscodes van de beroepsvereniging ;
- een open deur van de medewerkers en directie en korte lijnen in onze structuur;
- met de directie en elkaar vertrouwelijk kunnen praten;
- bespreken van de verbeterregistraties en de uitkomsten hiervan in overleg (tenzij dit niet mogelijk is vanwege de privacy van patiënt en/of medewerker).

Hoe sluit deze best practice aan op uw visie?

Een snellere patiëntgerichte interne cultuur, hogere patiënttevredenheid en betere online en offline reputatie.

Wie profiteert van deze best practice?

Patiënt: De patiënt is betrokken bij de organisatie. Eén-op-één waarden door de patiënt. Feedback-loop. Er wordt daadwerkelijk wat gedaan met mijn input! **Medewerker:** leer te luisteren, real time feedback ontvangen. Ik kan er persoonlijk voor zorgen dat er wat verandert! **Organisatie:** het vergroot elke dag het inzicht in de wensen en behoeften van de patiënten. Wij verzamelen de meest waardevolle patiëntenfeedback, suggesties en verbeterpunten. Hierdoor kunnen wij pro-actief inspelen op de continu veranderende wensen en behoeften. Dit leidt tot een grotere patiënttevredenheid.

Wie hebben er intern meegewerkt aan deze best practice? En hoe?

Aan het doel om alle medewerkers mee te laten denken is voldaan. Dit is bewerkstelligd door het maken van kaders, training en coaching. Het doel: nóg persoonlijker, specialistischere toegankelijke zorg leveren! We hebben de Directe Patiënten Feedback op dagelijkse basis geborgd binnen onze organisatie. Zo geven we persoonlijke reactie op responses (positief en negatief), doen we iets met aangereikte verbeteringen, nemen we de Patiënten Ervaringen mee in de dagstart en werken we met een verbeterbord en complimentenbord.

Over Women's Healthcare Center

Women's Healthcare Center Amsterdam (WHC), opgericht in 1979, is een zelfstandig behandelcentrum voor vrouwenzorg met verschillende specialisten op het gebied van gynaecologie, verloskunde, seksuologie, urologie en echoscopie. Ook kunnen er vrouwen terecht voor de subspecialismen urogynaecologie en gynaecardiologie. Uitgangspunt van de kliniek is het realiseren van verantwoorde zorg van hoogwaardige kwaliteit (multidisciplinaire aanpak indien nodig en snel-diagnostiek) voor vrouwen van alle leeftijden. Dat doen de specialisten in een rustige en vriendelijke ambiance, buiten de ziekenhuissfeer. In de praktijk betekent dit een balans vinden tussen medisch inhoudelijke kwaliteit, klantbeleving en zorgkosten. Dit wordt bereikt door de 6 punten van zorginnovatie wat o.a. moet leiden tot een maatschappelijk gewenste zorgkostenreductie. Schematisch weergegeven in 6 focus zorgingen (zie afbeelding 1). Deze 6 focusringen zijn verbonden met verschillende onderscheidende zorgonderdelen specifiek voor het Women's Healthcare Center.

Welke externe partijen zijn direct betrokken bij de best practice? En hoe?

De eisen van de branchevereniging NVOG, de inkoop-specificaties van de zorgverzekeraars en de kwaliteits- en veiligheidseisen van het ZKN-keurmerk, om te zorgen voor een goed werkend en onderbouwd patiënttevredensysteem.

Welke drempels kwam u onderweg tegen en hoe heeft u deze overwonnen?

Na een markt oriëntatie gingen we in zee met een aanbieder die een digitale oplossing kon ondersteunen. Helaas



bleek die applicatie in de praktijk niet plezierig in het gebruik en daarom kwam er ook maar weinig feedback van patiënten. Het leverde in feite niets op. De medewerker was niet enthousiast en daardoor de patiënt ook niet. Het is belangrijk dat iedere werknemer betrokken is bij de invoering van dit systeem. Een drempel was om een ieder te bewegen om helder en inzichtelijk te maken hoe wij feedback kunnen gaan verzamelen, hoe om te gaan met feedback en het teamproces. Dankzij aandacht voor begeleiding en training was er ook het vertrouwen dat dit project niet net als het vorige zou vastlopen. Dit kwam uit op de volgende afspraak: twee patiëntervaringen per dag, één verbeterinitiatief per maand.

Wat levert de best practice op?

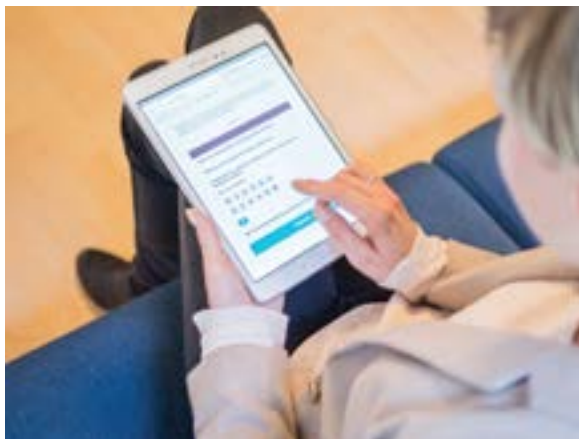
Het is voor ons van belang om de kwaliteit en zorgbeleving van patiënten te verhogen. Dit doen we enerzijds door een innovatieve weboplossing (verbeterapp), waarbij dialoog en (patiënt)relatie zijn geïntegreerd door bijvoorbeeld tevredenheidsonderzoeken ter verbetering van de kwaliteit en (patiënt)veiligheid. Er wordt gewerkt om echt te ACTeren, waardoor het wij de gehele cirkel van Deming (Plan, Do, Check, Act) succesvol doorlopen.

Hoe worden de resultaten gemeten en vergeleken met de situatie vóór invoering?

Door de Net Promoter Score, de tevredenheidcijfers, verbeterpunten en feedback te verzamelen, door maandelijkse managementoverzichten worden de scores van voorgaande jaren vergeleken. Al geven de scores van voorgaande jaren niet een goed beeld, aangezien deze een moment opname weergeven in plaats van real time scores.

Wat heeft u geleerd van de best practice en de weg er naar toe?

Door gericht verbeteringen te noteren en te bespreken en deze ook op te volgen zijn er vele organisatorische veranderingen doorgevoerd. Hiervoor is een eigen gebruik ontstaan met een goede meldingscultuur en eigen initiatief. De verruiming van het zorgaanbod, aantrekking van extra specialisten, aanpassingen in routing, protocolver-



scherping en privacy-verbetering zijn zeer goed verlopen. Doordat de efficiëntie omhoog is gegaan, zijn de veranderingen door personeel en specialisten, maar zeker ook door patiënten, als plezierig ervaren. Verbeteringen worden direct aangepakt met het stellen van nieuwe doelen.

Waar bent u het meest trots op?

In alle vormen van communicatie met patiënten wijzen we op de mogelijkheid om patiëntervaringen te delen, desgewenst anoniem. In een periode van anderhalve maand heeft dat al tot zeventig reacties geleid. Dat lijkt misschien niet zo heel veel, maar het zijn er wel net iets meer dan de beoogde twee per dag. We hebben de ambitie om op basis van de feedback elke maand een concreet verbeterpunt te realiseren. En dat is steeds gelukt. De verbeterapp helpt ons om betere en onderscheidende zorg te leveren. Wij willen persoonlijke, specialistische en toegankelijke zorg aanbieden en voortdurend monitoren of wij aan onze hoge standaarden voldoen. Laat de patiënt het maar bepalen. Het kan bijna niet anders of de zorg wordt daar op termijn beter van.

► www.womenshealthcarecenter.nl

Zie voor de referenties pagina 60.

Xpert Clinic

ARTSEN LANGS DE MEETLAT

Welke best practice wilt u delen?

De best practice kunnen we samenvatten als "benchmarken van artsen op basis van medische uitkomsten". In Pulse worden uitkomsten geregistreerd van zowel vragenlijsten van patiënten (PROM's) als meetwaarden ingevuld door therapeuten (TROM's). Aan de hand van de nulmeting voor de interventie en de vervolgmetingen tijdens het behandeltraject meten we of de functionaliteit van de hand/pols voor de patiënt verbeterd is. Daarnaast clusteren we de data per type ingreep en per arts en kunnen we de resultaten van de verschillende artsen vergelijken. Voorwaarde is natuurlijk wel dat een arts voldoende data heeft om een representatieve uitkomst te genereren.

Wat was de aanleiding?

Medisch specialisten hebben vaak een eigen werkwijze ontwikkeld, door hun opleiding en ervaring. Het kunnen kleine verschillen zijn, zoals de locatie en lengte van de incisie. Maar ook grote verschillen, zoals het gebruik van een totaal andere operatietechniek voor dezelfde aandoening. Denk aan de Weilby sling-techniek (peestransplantaat ter behandeling van duimbasisartrose zonder boorgat) versus de Burton-techniek (met boorgat). Iedere specialist is ervan overtuigd dat hij optimale zorg levert voor de patiënt maar kon dat niet met cijfers onderbouwen. Door de meetresultaten per arts te vergelijken geven wij specialisten inzicht in de resultaten. Door de resultaten onderling te vergelijken kunnen specialisten veel van elkaar leren.

Over Xpert Clinic

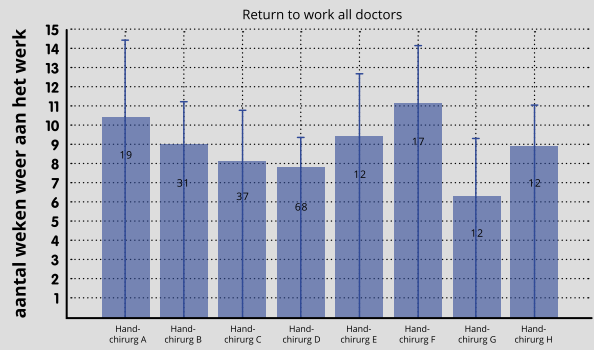
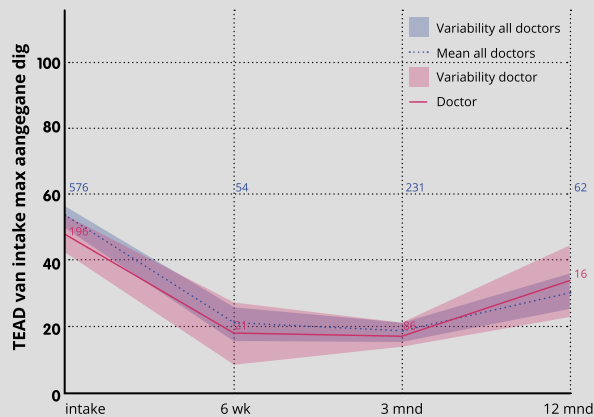
Drs. Reinier Feitz en dr. Thybout Moojen hebben Xpert Clinic opgericht in oktober 2008. Een super specialistisch centrum voor hand- en polschirurgie. Voor zowel relatief eenvoudige primaire behandelingen als ingewikkelde hersteloperaties. Het hele proces draait om een snelle terugkeer van de patiënt naar zijn dagelijkse bezigheden. Dit bereikt de kliniek door de inzet van super gespecialiseerde artsen en handtherapeuten. Om gedoe voor de patiënt met vervolgspraken te voorkomen beschikken de artsen over de mogelijkheid om tijdens het eerste consult direct een röntgenfoto of EMG te maken, zonder extra kosten voor de zorgverzekeraar. Xpert Clinic heeft 12 vestigingen en is van plan in 2016 nog 4 vestigingen te openen.

Wat behelst de verbetering?

Op basis van de benchmark ontstaan er constructieve discussies over de medische protocollen en worden de operatietechnieken vergeleken. De medisch specialisten krijgen een goed inzicht in de daadwerkelijke uitkomsten, waarbij niet alleen de mening van de patiënt maar ook objectieve metingen van bijvoorbeeld de knijpkrachtverbetering na de ingreep worden meegenomen in de evaluatie. Ook worden naar aanleiding van de meetgegevens de protocollen aangepast, evidence based. Enkele voorbeelden hiervan zijn: In de behandeling van duimbasisartrose gebruikten we een peestransplantaattechniek, maar ook in sommige gevallen een artrodesetechniek (vastzetten van het gewricht). Uit onderzoek bleek dat bij het vastzetten van het gewricht meer complicaties optraden met daardoor een lagere patiënttevredenheid. Op basis van deze analyse zijn we gestopt met het vastzetten van het gewricht en gebruiken we nu alleen nog peestransplantatie technieken. Op dit moment analyseren we welke peestransplantatie techniek beter is (Weilby sling-techniek of Burton). Op deze manier blijven we de zorg optimaliseren. Naast chirurgische technieken analyseren we ook nabehandlingsprotocollen in samenwerking met handtherapeuten.

Wat zijn de referenties geweest?

De medisch specialisten houden zich aan de geldende (inter)nationale richtlijnen voor de behandeling van hand- en polsaandoeningen. Echter, binnen deze richtlijnen is er veel variatie mogelijk, zowel in de keuze van een type behandeling bij een specifieke patiënt als de wijze waarop de procedure wordt uitgevoerd. Juist het feit dat deze variatie tussen artsen bestaat, maakt het mogelijk om uit te zoeken welke strategieën en keuzes het beste werken.



Hoe sluit deze best practice aan op uw visie?

Wij beloven onze patiënten het beste resultaat, de beste dokter, minder tijdsbeslag, meer begeleiding en meer aandacht. Door de resultaten inzichtelijk te maken kunnen onze artsen verbeteren en nog betere zorg leveren.

Wie profiteert van deze best practice?

Allereerst natuurlijk de patiënt, hij krijgt zorg van bewezen effectiviteit, niet alleen op basis van wetenschappelijke literatuur maar op basis van onze eigen uitkomsten. Daarnaast biedt de benchmark de arts de mogelijkheid om zich verder te ontwikkelen in zijn vak. Continu verbeteren op basis van je eigen resultaten en ook kunnen monitoren of aanpassingen het gewenste resultaat hebben, is uniek in de medische wereld.

Wie hebben er meegewerkt aan deze best practice?

Het team medisch specialisten heeft zelf bepaald per ingreep op welke parameters ze vergeleken willen worden. Daarna is er door onze datascientist gekeken of deze parameters significante data opleveren ter verbetering van de zorg. Vervolgens zijn de scripts geschreven om de data presentabel te maken voor de artsen. Patiënten en therapeuten werken mee door het invullen van de vragenlijsten.

Welke drempels kwam u onderweg tegen en hoe heeft u deze overwonnen?

Voor medisch specialisten is het nieuw om op deze manier zich zelf te vergelijken met collega's. Dit vraagt van de specialist dat hij zich open en kwetsbaar opstelt. Natuurlijk hoopt iedereen erop het beste jongetje/meisje van de klas te zijn, maar dat gaat niet. Het vraagt incasseringsvermogen van de arts en de wil om zich te verbeteren en ontwikkelen. Tevens moeten de data betrouwbaar zijn. Er moeten dus voldoende gegevens zijn per arts en de gegevens moeten volledig zijn.

Wat levert de best practice op?

Betere zorg voor de patiënt op basis van bewezen technieken. Bij het aantrekken van nieuwe artsen levert het mensen met de juiste mindset op. Mensen met de drive zich te willen verbeteren en die opstaan voor constructieve kritiek.

Hoe worden de resultaten gemeten en vergeleken met de situatie vóór invoering?

Door het vergelijken van de data zijn er al enkele protocollen aangepast. Geleidelijk worden de resultaten van alle artsen beter. Door continue vergelijkingen te doen tussen artsen en/of verschillende behandeltechnieken of behandelprotocollen kunnen we op basis van eigen verzamelde evidentie kiezen voor die technieken die leiden tot betere uitkomsten. De uitkomst van een verbetertraject (de gemaakte keuze) is hiermee de start van een nieuw traject waarin deze keuze wordt vergeleken met een mogelijk nog betere optie.



Wat heeft u geleerd van de best practice en de weg er naar toe?

Stapsgewijs implementeren, early adopters eerst. Transparante communicatie met artsen over wat we met de data doen, wie waar inzage in heeft en op welke wijze de uitkomsten meegewogen worden in de beoordeling. Ook is het belangrijk artsen mee te nemen in de keuze van de parameters, welke (case mix) correcties meegenomen moeten worden en welke N voldoende is om conclusies te verbinden aan de uitkomsten.

Waar bent u het meest trots op?

Dat we terugkoppeling kunnen geven waar artsen daadwerkelijk iets aan hebben en dat we verbetering zien in de uitkomsten. www.xperclinic.nl

Zeelandcare

EEN ZORGHOTEL IS VOOR IEDEREEN EEN ZORG MINDER

Welke best practice wilt u delen?

Op onze locatie in Zierikzee, de Victoriakliniek, werken wij samen met Buurtzorgpension Nederland voor de opname van onze patiënten. Het Buurtzorgpension bevindt zich op een verdieping direct boven de Victoriakliniek. Onze patiënten verblijven in prettige kamers met voldoende privacy en verpleging die 24 uur aanwezig is. De patiënt meldt zich vóór de operatie in het Buurtzorgpension en wordt vanuit daar naar het OK-complex gebracht. Na de operatie herstelt de patiënt weer in het Buurtzorgpension.

Wat was de aanleiding?

Toen wij in 2012 met de Victoriakliniek startten, onderzochten we de mogelijkheden voor opnamen en verpleging van patiënten. Het Buurtzorgpension biedt zorgvoorziening dichtbij. Voor patiënten die na een ziekenhuisopname nog onvoldoende hersteld zijn om weer zelfstandig thuis te wonen, patiënten die zorgbehoevend zijn en liever niet alleen thuis blijven en patiënten die hun mantelzorger willen ontlasten. Daarnaast is er ruimte voor patiënten die na een ingreep in de Victoriakliniek verpleging nodig hebben.

Wat behelst de verbetering?

De samenwerking is ontstaan vanuit de vraag hoe wij ons zorgproces efficiënt en effectief kunnen inrichten. De Vic-

toriakliniek heeft een operatiecomplex met twee klasse-1 operatiekamers, maar onvoldoende capaciteit voor een verpleegafdeling. Door de samenwerking gaan we efficiënt om met mensen en materialen, de zorg wordt als het ware bij elkaar "ingehuurd".

Wat zijn de referenties geweest?

Buurtzorgpension is geïnspireerd door Buurtzorg Nederland, een thuiszorgorganisatie die met kleine teams, bestaande uit (wijk)verpleegkundigen en wijkzakenverzorgenden zorg thuis levert. Het gaat hierbij om verpleging, persoonlijke verzorging en individuele begeleiding. Buurtzorg had laten zien dat thuiszorg van goede kwaliteit kan zijn en dat medewerkers weer met volle overtuiging en passie in de zorg kunnen werken. Veel werkwijzen van Buurtzorgpension zijn dan ook hetzelfde als bij Buurtzorg: betrokkenheid bij de buurt, uitblinken in samenwerken en samendoen, uitstralen van passie voor zorg en gastvrijheid, regie ligt bij de patiënt en "terug naar huis".

Hoe sluit deze best practice aan op uw visie?

De visie van het Buurtzorgpension past naadloos op de visie van de Victoriakliniek: patiëntenzorg in een professionele en klantvriendelijke omgeving, waar echte aandacht voor de patiënt heel belangrijk is.



Over Zeelandcare

Eind 2011 is tussen het regionale Admiraal De Ruyter Ziekenhuis en Zorg Invest Zeeland een overeenkomst gesloten, met als doel de zorg in Zeeland te verbeteren. Door het combineren van een bedrijfsmatige organisatie met medische kennis, is een maatschappelijke zorgonderneming ontstaan: Zeelandcare. Anno 2016 is Zeelandcare een keten van zelfstandige behandelcentra voor medisch specialistische zorg in Zeeland en Brabant. Patiënten kunnen er terecht voor planbare zorg op het gebied van algemene chirurgie, dialyse, kaakchirurgie, KNO-heelkunde, oogheelkunde, orthopedie, pijnbehandeling, plastische chirurgie en urologie. De locaties liggen verspreid over de Zeeuwse eilanden in Goes, Kamperland, Vlissingen, Zierikzee en in West-Brabant. Zeelandcare beschikt over een operatiecomplex met twee klasse-1 operatiekamers.

Wie profiteert van deze best practice?

Door deze samenwerkingen bieden wij onze patiënten een optimaal behandeltraject, maar wel in een financieel haalbaar model. Het Buurtzorgpension heeft een garantie van een patiëntenaanbod en de Victoriakliniek heeft de mogelijkheid een gedeelte van de zorg uit te besteden.

Wie hebben er intern meegewerkt aan deze best practice? En hoe?

De directie en management van Zeelandcare en Buurtzorg Nederland. Nadat de zakelijke kant was geregeld, hebben de locatiemanagers samen met het team verder inhoud aan de samenwerking gegeven. De Victoriakliniek is eindverantwoordelijk voor het bieden van verantwoorde zorg en heeft hiervoor een systeem van protocollen, richtlijnen en werkinstructies opgesteld. Het Buurtzorgpension volgt dit systeem.

Welke drempels kwam u onderweg tegen en hoe heeft u deze overwonnen?

De samenwerking verliep vanaf het begin soepel. Een gedeelde visie is hierbij belangrijk. Daarbij spelen zowel Zeelandcare als Buurtzorg een pionierende rol en weet iedereen wat er bij ondernemerschap komt kijken.

Wat levert de best practice op?

De optelsom van efficiëntie en kostenbesparing in het zorgproces plus de grote tevredenheid van de patiënt die in een huiselijke, maar professionele omgeving de beste zorg krijgt.

Hoe worden de resultaten gemeten en vergeleken met de situatie vóór invoering?

Er bestond geen "voor". Vergelijkbaar zou zijn een verpleegafdeling in een ziekenhuis en dan zijn zowel de patiënttevreden-

heid – meer huiselijkheid en privacy – en de kostenbesparing een duidelijk resultaat.

Wat heeft u geleerd van de best practice en de weg er naar toe?

Outside the box denken en durven ondernemen.

Waar bent u het meest trots op?

Beoordelingen als deze: 'We zijn heel gastvrij ontvangen in het buurtzorghotel. De medewerkers waren vriendelijk en professioneel. Je voelt je hier gelijk op je gemak. Ook voelt het niet echt dat je in een ziekenhuis bent. Waardoor je je kan ontspannen.' (Beoordeling: 9.8) ► www.zeelandcare.nl

REFERENTIES

ALEXANDER MONRO BORSTKANKERZIEKENHUIS

Cardoso, F., Costa, A., Norton, L., Cameron, D., Cufer, T., Fallowfield, L., ... & Pagani, O. (2012). 1st International consensus guidelines for advanced breast cancer (ABC 1). *The Breast*, 21(3), 242-252.

Chang JH, Vines E, Bertsch H et al. The impact of a multidisciplinary breast cancer center on recommendations for patient management: the University of Pennsylvania experience. *Cancer* 2001; 91(7): 1231-1237.

Gabel M, Hilton NE, Nathanson SD. Multidisciplinary breast cancer clinics. Do they work? *Cancer* 1997; 79(12): 2380-2384.

IKNL, L. N. (2015). *Koersboek 2015/2020 Oncologische netwerkvorming*. Amsterdam: Terramelon.

National Research Corporation. *Healthcare Market Guide*. Available at: www.nationalresearch.com. Accessed December 13, 2006.

Wilking NKF. *A Review of Breast Cancer Care and Outcomes in 18 Countries in Europe, Asia, and Latin America*. Stockholm, Sweden: Karolinska Institutet 2009; www.comparatorreports.se/A_review_of_breast_cancer_care_and_outcomes_26Oct2009.pdf (26 December 2010, date last accessed).

Sainsbury R, Haward B, Rider L et al. Influence of clinician workload and patterns of treatment on survival from breast cancer. *Lancet* 1995; 345(8960): 1265-1270.

Thomassen, JP. *De Customer Delight Strategie - Enthousiaste klanten en promoters door excelleren in klantgerichtheid*. Vakmedianet 2015

Vinod SK, Sidhom MA, Delaney GP. Do multidisciplinary meetings follow guideline-based care? *J Oncol Pract* 2010; 6(6): 276-281.

Reichheld F. *The Ultimate Question: Driving Good Profits and True Growth*. Watertown, Mass: Harvard Business School Press; 2006.

CAVARI CLINICS

Kathol, R, diverse werken. www.cartesiansolutions.com

Kaiser Permanente, een Amerikaans non-profit consortium in de gezondheidszorg

Zorgkostenonderzoek Medisch Centrum Leeuwarden/De Friesland zorgverzekeraar, Plexus (2009).

DC KLINIEKEN

Adviesrapport Gezondheidsraad, november 2009

Toelating en auditing colonoscopie, VWS

DR. KAPPEL INSTITUUT

Wetenschappelijke publicaties van dr. Kappel in samenwerking met andere onderzoekers:

The monobloc hydrogel breast implant, experiences and ideas (Springerlink.com), Kappel Rita M. & Pruijn Ger J.M., 2011.

Silicone implant incompatibility syndrome (SIIS): A frequent cause of ASIA (Immunologic Research), Cohen Tervaert J.W. & Kappel Rita M., 2013.

Autoimmune/inflammatory syndrome induced by adjuvants (ASIA) due to silicone implant incompatibility syndrome in three sisters (Clinical and Experimental Rheumatology), Kappel Rita M., Cohen Tervaert J.W. & Pruijn Ger J.M., 2014.

Silicon chemistry and silicone breast implants (European Journal Plastic Surgery), Kappel Rita M., Klunder Antonius J. H. & Pruijn Ger J. M., 2014.

Gel Bleed and Rupture of Silicone Breast Implants Investigated by Light-, Electron Microscopy and Energy Dispersive X-ray Analysis of Internal Organs and Nervous Tissue (Clinical Medical Reviews and Case Reports), Kappel Rita M., Boer L.L. and Dijkman, H., 2016.

ICONE

Mogelijkheden voor dynamische echografie zijn uitgewerkt in een artikel dat binnenkort gepubliceerd wordt in het boek *The Meniscus* van dr. Hulet en wordt gepubliceerd voor de ESSKA.

Klos TVS, Konijnenberg SEM. *Meniscus Ultrasound*. Surgery of the Meniscus. 2016: 147-161.

Klos TVS, Konijnenberg SEM, Scholtes M. High Incidence of ALL /Segond avulsion in Ultrasound Imaging. Abstract EFOS Torino. 2016; nov.

Klos TVS, Konijnenberg SEM. *The Meniscus Preserve the future!*, ICONE, Meniscus Ultrasound, 3rd International meeting Porto, 4-6 feb 2016.

PARKKLINIEK EN PARK MEDISCH CENTRUM

Het Park Medisch Centrum participeert aan de grootste herniatrial die ooit in de wereld heeft plaatsgevonden en heeft hier een leidende rol in. Door middel van deze trial, gefinancierd door Zorginstituut Nederland, wordt de kosteneffectiviteit van PTED ten opzichte van de klassieke ingreep aangetoond. Een selectie van de huidige literatuur:

Telfeian AE, Veeravagu A, Oyelese AA, Gokaslan ZL. A brief

history of endoscopic spine surgery. *Neurosurg Focus*. Feb 2016;40(2):E2.

Jacobs WC, Arts MP, van Tulder MW, et al. Surgical techniques for sciatica due to herniated disc, a systematic review. *Eur Spine J*. Nov 2012;21(11):2232-2251.

Gadjradj PS, Harhangi BS. Percutaneous Transforaminal Endoscopic Discectomy for Lumbar Disk Herniation. *Clin Spine Surg*. Mar 3 2016.

Kamper SJ, Ostelo RW, Rubinstein SM, et al. Minimally invasive surgery for lumbar disc herniation: a systematic review and meta-analysis. *Eur Spine J*. May 2014;23(5):1021-1043.

Gadjradj PS, van Tulder MW, Dirven CM, Peul WC, Sanjay Harhangi B. Clinical outcomes after percutaneous transforaminal endoscopic discectomy for lumbar disc herniation: a prospective case series. *Neurosurg Focus*. Feb 2016;40(2):E3.

PSORIASISDAGBEHANDELINGSCENTRUM

Koo J, Lebowitz M. Duration of remission of psoriasis therapies. *J Am Acad Dermatol* 1999; 41(1): 51-9.

ROOSEVELT KLINIEK

De eerste kennismaking met de MonaLisa touch was op een internationaal menopausecongres. Hier werden de resultaten gepresenteerd van een Italiaanse studie die was uitgevoerd bij vrouwen met atrofische vaginitis. Hierna werd literatuur onderzoek verricht, met goede resultaten. In veel landen (Italië, USA, Australië, etc.) waren er positieve reacties van zowel artsen als patiënten.

Wetenschappelijke publicaties MonaLisa touch:

The use of pulsed CO2 lasers for the treatment of vulvovaginal atrophy.

Stefano S, Stavros A, Massimo C. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2015 Dec;27(6):504-8.

Histological study on the effects of microablative fractional CO2 laser on atrophic vaginal tissue: an ex vivo study.

Salvatore S, Leone Roberti Maggiore U, Athanasiou S, Origoni M, Candiani M, Calligaro A, Zerbini N. *Menopause*. 2015 Aug;22(8):845-9.

3Vulvo-vaginal atrophy: a new treatment modality using thermo-ablative fractional CO2 laser.

Perino A, Calligaro A, Forlani F, Tiberio C, Cucinella G,

Svelato A, Saitta S, Calagna G. *Maturitas*. 2015 Mar;80(3):296-301.

Microscopic and ultrastructural modifications of post-menopausal atrophic vaginal mucosa after fractional carbon dioxide laser treatment.

Zerbini N, Serati M, Origoni M, Candiani M, Iannitti T, Salvatore S, Marotta F, Calligaro A. *Lasers Med Sci*. 2015 Jan;30(1):429-36.

Sexual function after fractional microablative CO2 laser in women with vulvovaginal atrophy.

Salvatore S, Nappi RE, Parma M, Chionna R, Lagona F, Zerbini N, Ferrero S, Origoni M, Candiani M, Leone Roberti Maggiore U. *Climacteric*. 2015 Apr;18(2):219-25.

A 12-week treatment with fractional CO2 laser for vulvovaginal atrophy: a pilot study.

Salvatore S, Nappi RE, Zerbini N, Calligaro A, Ferrero S, Origoni M, Candiani M, Leone Roberti Maggiore U. *Climacteric*. 2014 Aug;17(4):363-9.

THE HAND CLINIC

Mahdavian Delavary B, Cremers JEL, Ritt MJPF. *Hand and wrist malpractice claims in the Netherlands: 1993-2008*. *J Hand Surg*, 35E, 5, 2010: 381-385.

Lifelong Learning for the Hand Surgeon.

Adkinson JM, Chung KC. *J Hand Surg Am*. 2015 Sep;40(9):1915-8.

WOMEN'S HEALTHCARE CENTER

White paper kort cyclus verbeteren, uitgevoerd door Care-Rate, Inge Proost. Uitgave Catharina ziekenhuis Sint maartenskliniek implementeert verbetercultuur

Mobiles for Good Challenge: Inge Proost over CareRate