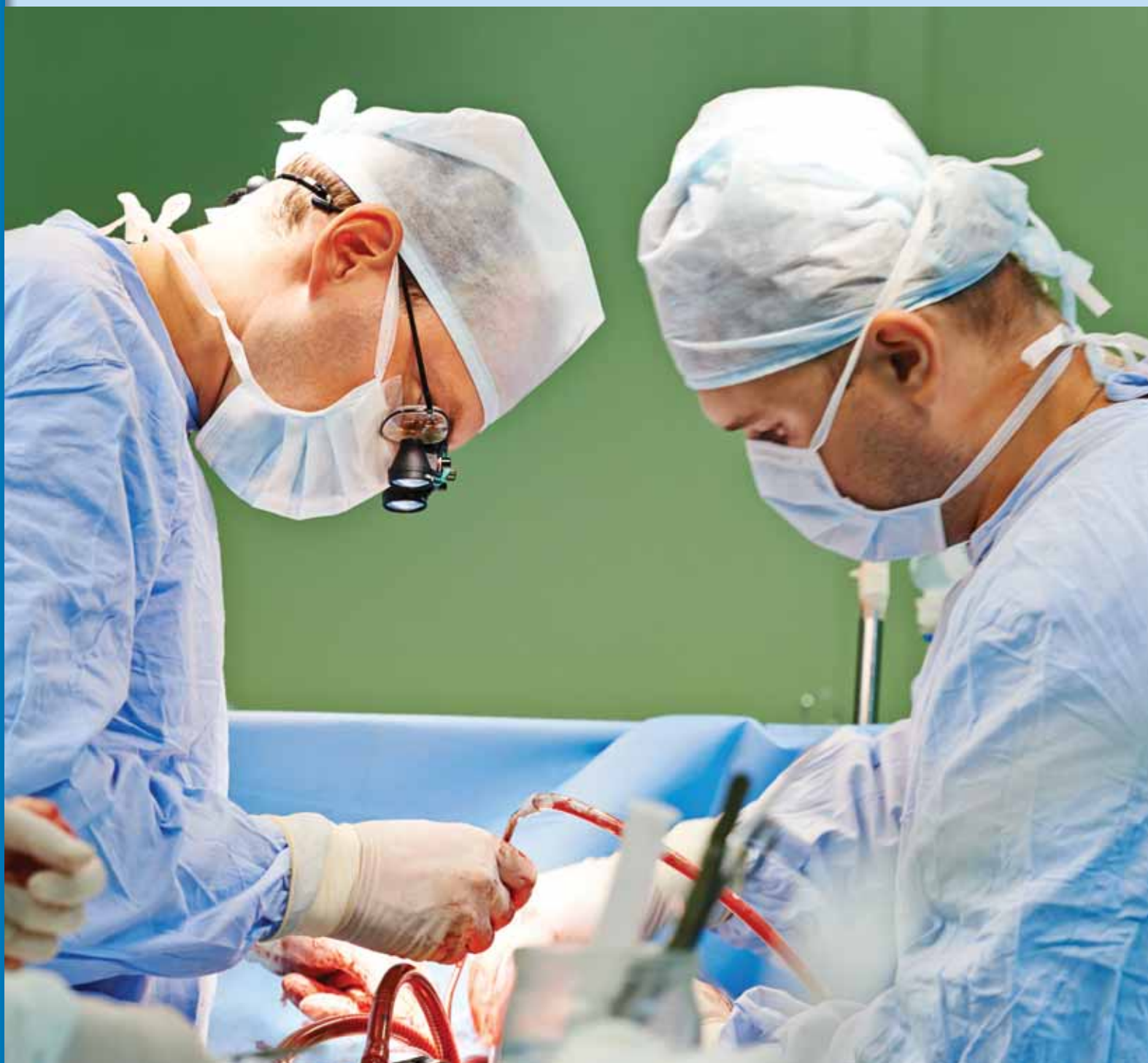


Congres Benchmarking OK:

Concentratie van zorg vergt



ommekeer in de OK

Het klinkt zo eenvoudig: doen waar je goed in bent. Maar de maatschappelijke en politieke wens om de zorg te spreiden en te concentreren leidt tot lastige keuzes en complexe veranderingen in de ziekenhuiszorg. Ziekenhuizen moeten zich verder specialiseren in hun unique sellingpoints en tegelijkertijd andere taakgebieden afstoten. Daarmee zal het operatiepalet en dus ook het werk op een OK-complex ingrijpend veranderen.

Tekst: S.L.W. Schoch, voorzitter stuurgroep Benchmarking OK, directeur Thema Spoed, Peri-operatief en Intensief Erasmus MC Rotterdam; E. van Veen-Berkx, projectleider en onderzoeker Benchmarking OK. Geschreven namens de stuurgroep Benchmarking OK. | Foto: Shutterstock

Het achtste jaarlijkse congres van Benchmarking OK (Utrecht, 22 november) stond geheel in het teken van spreiding en concentratie van ziekenhuiszorg. Terecht: De uitdaging om zorg kwalitatief en kosteneffectief over Nederland te verdelen houdt de ziekenhuiszorgsector volop bezig. Wetenschappelijke beroepsverenigingen hebben volumenor- men opgesteld voor een aantal chirurgische ingrepen. Veel ziekenhuizen gaan regionale samenwerkingsverbanden aan om zichzelf toekomstbestendig te maken. Die samenwerking leidt tot concentratie van zorg: niet langer worden op alle plaatsen dezelfde operaties aangeboden. Wat precies de gevolgen van deze ontwikkeling zullen zijn, is nog niet te overzien. Wel is zeker dat het zorgportfolio van elk ziekenhuis zal veranderen en daarmee ook de werkzaamheden op een OK. Dat roept vragen op die alle aspecten van de zorg raken. Welke keuzes zullen ziekenhuizen (universitair medische centra en algemene) moeten maken over hun zorgaanbod? Wat betekent dat voor hun financiering? Hoe verandert de concentratie van specialismen het werk op de OK, het 'kloppend hart' van elk ziekenhuis? Wat moet er veranderen aan de manier waarop chirurgen, anesthesiologen, operatieassistenten en anesthesie-medewerkers worden opgeleid? En hoe zorg je ervoor dat dit alles leidt tot betere kwaliteit van zorg en lagere kosten? Om met het laatste te beginnen: die twee kunnen hand in hand gaan. Het opzetten van goede kwaliteitsprogramma's kost geld, maar is uiteindelijk kostenbesparend. Het vermijdt

fouten, waardoor ook geen herstelwerkzaamheden hoeven worden verricht, stelt prof.dr. Frank Miedema (vicevoorzitter raad van bestuur, decaan, UMC Utrecht), inleidend spreker op het congres. De acht umc's wisselen al veel gegevens uit om te leren van elkaars prestaties, zoals via Benchmarking OK. Een compliment waard, volgens Miedema. Want goede en betaalbare zorg steunt niet alleen op techniek, maar vooral ook op 'sociale innovatie'. De verschillende beroepsgroepen in het operatiekamercomplex moeten samen een nog hoger kwaliteitsniveau bereiken.

VERANTWOORDING AFLEGGEN

Een belangrijke eerste stap op die weg is gezet met Benchmarking OK. In dit project werken de acht universitair medische centra samen aan het bundelen en analyseren van data over het functioneren van hun OK-complexen (www.benchmarking-ok.nl). De ruim 1,1 miljoen OK-zittingen die inmiddels zijn opgeslagen in de gezamenlijke database bieden een schat aan informatie. Bijvoorbeeld over de benutting van OK's, maar ook over de vermijdbare leegstand hiervan. Om gegevens te kunnen vergelijken is de eerste jaren veel tijd gestoken in het beschrijven van de definities en registratiesystemen van de acht umc's. Alle OK-complexen spreken nu dezelfde taal en kunnen zonder spraakverwarring hun informatie uitwisselen, bijvoorbeeld over OK-benuttingscijfers en OK-planning. Inzicht in dit soort gegevens maakt het mogelijk om de kwa-

liteit van OK-complexen zichtbaar te maken. Dat is een van de uitdagingen waar concentratie van complexe zorg voor staat, stelt prof.dr. Steven Hovius (afdelingshoofd Plastische en Reconstructieve Chirurgie, Erasmus MC Rotterdam), hoofdspreker op het congres. Zorgverzekeraars, het Ministerie van VWS en patiëntenverenigingen willen weten hoe het zit met complicaties, patiënttevredenheid en *outcome*. Begrijpelijk, meent Hovius. De kosten van de zorg, het aantal werkenden in de zorg en de hoeveelheid verleende ziekenhuiszorg groeiden explosief de afgelopen jaren. In 2010 bedroegen de zorgkosten 87 miljard euro, waarvan 22,4 miljard euro voor de ziekenhuiszorg. Dan is het niet zo vreemd dat ziekenhuizen om verantwoording wordt gevraagd.

BEHANDELINGEN LOSLATEN

De umc's zullen hun meerwaarde moeten bewijzen om in aanmerking te blijven komen voor extra financiering. Daarvoor is het onontkoombaar dat ze hun operatieve zorg meer durven te specialiseren. Dat vergt soms moeilijke keuzes. Uit zijn eigen praktijk met de plastische chirurgie noemt Hovius het voorbeeld van een specialistische behandeling die na een multidisciplinaire richtlijnontwikkeling moet worden geconcentreerd van vijf naar twee centra. Twee van de drie overige centra accepteren het stopzetten van die behandeling niet en behandelen door. Een zorgverzekeraar heeft aangegeven dat alleen de behandelingen in de aangewezen centra vergoed zullen worden. Inderdaad zijn deze vraagstukken op te lossen via budgetoverheveling of door de zorgverzekeraar. Stijlvoller zou het zijn als ziekenhuizen onderling keuzes en afspraken zouden maken. Maar hoewel de tijd van links en rechts ellebogen uitsteken voorbij is, blijkt het soms lastig elkaar dingen te gunnen. Tegelijkertijd is het moeilijk om behandelingen los te laten die al jaren op een afdeling worden gedaan. En toch is dat waar umc's naartoe moeten. Concentratie van zorg betekent letterlijk dat de umc's zich moeten concentreren op hun unieke sellingpoints, in de woorden van Hovius. Díe dingen waar ze goed in zijn, waarin een umc zich onderscheidt van zijn collega-umc's en van de algemene en topklinische ziekenhuizen. Wat niet strikt academisch is, kan worden overgeheveld naar anderen. En dat geldt vice versa voor zorg die vanuit de periferie geconcentreerd kan worden in de umc's. Daarbij moet de discussie over de financiële gevolgen van concentratie worden gevoerd met alle partijen die hierin een rol spelen.

ZIEKENHUIS NIEUWE STIJL

De snijdende vakgroepen houden hun zorgpalet tegen het licht en denken na over het stellen van prioriteiten. De OK's zullen als 'partner' proactief mee moeten denken met de snijders om

te voorkomen dat ze te laat reageren wanneer keuzes daadwerkelijk zijn gemaakt. De OK's zullen de snijders ook in de toekomst op de best mogelijke manier moeten faciliteren; met de geavanceerde technologie, de medewerkers en de tijden (planning) die daarbij nodig zijn. Juist op de operatiekamer, waar ongeveer 60 procent van de ziekenhuispatiënten langskomt, heeft het veranderende zorgpalet grote consequenties. In de paneldiscussie tijdens het congres, geleid door prof.dr. Hans Knappe (hoogleraar anesthesiologie, UMC Utrecht), blijkt op welke onderdelen de zorgen breed worden gedeeld. Knappe stelt dat het opleidingsmodel voor medisch specialisten én de niet-medische disciplines op de schop moet. Een langdurige, brede basisopleiding ligt niet langer voor de hand wanneer het werk van chirurgen en OK-personeel verder wordt gespecialiseerd. Tegelijkertijd vereist elke specialisatie een zekere basiskennis en zullen er altijd algemeen chirurgen nodig zijn om spoedeisende, niet-specialistische operaties te kunnen uitvoeren. En is het gevaar van al te veel concentratie op specifieke disciplines niet dat de patiënt als geheel uit het oog wordt verloren? Dan is er straks ook behoefte aan de generalistische ziekenhuisarts met een holistische blik. Kortom: het ziekenhuis nieuwe stijl vraagt om herijking van de gewenste competenties en daarbij behorende opleidingswijze.

Punt van zorg is daarnaast de bezetting op de OK. Het blijkt nu soms al lastig om alle diensten rond te krijgen. Hoe moet dat als straks chirurgen en OK-medewerkers alleen nog in hun eigen, specialistische team kunnen werken? De veronderstelling dat specialisten in samenwerkende ziekenhuizen op meerdere locaties werken, maakt de planning op OK-complexen nog ingewikkelder. Daarbij komt de vraag: als de OK voorbereid is op de nieuwe werkwijze, zijn de andere afdelingen in de operatieve keten – PACU, IC, verpleegafdeling, diagnostiek – dat dan ook? Veel onduidelijkheid is er tot slot over de financiering van de ziekenhuiszorg. Die is nu al razend ingewikkeld voor de umc's. Afrekenen met diagnose-behandelcombinaties (DBC'S/DOT) is niet altijd passend bij relatief eenvoudige diagnoses voor patiënten met een complexe aandoening of voorgeschiedenis. Denk bijvoorbeeld aan een liesbreuk bij een transplantatiepatiënt.

DÉ VRAAG

Het is eenvoudiger vragen te stellen over de toekomst dan deze te beantwoorden. Dat de gezamenlijke umc's met elkaar en andere ziekenhuizen het gesprek aangaan over de toekomst, mag als uniek worden beschouwd. Dat gesprek moet worden gevoerd tot in elke operatiekamer. Daar ligt, wanneer iedereen is uitgepraat over spreiding en concentratie van zorg, het antwoord op de vraag die werkelijk van belang is voor de patiënt: hoe bieden de umc's de beste kwaliteit van zorg? ■