

BETERE ZORG VOOR
HEUPARTROSE PATIËNTEN
DOOR SAMENWERKING

ZORG VOOR
VERBETERING



EDITIE

2018

‘HET VERGELIJKEN
VAN UITKOMSTEN
DIE ECHT VAN
BELANG ZIJN
VOOR ONZE
PATIËNTEN IS
EEN EENVOUDIG
EN OOK HEEL
KRACHTIG IDEE’.

PIETER DE BEY, DIRECTEUR SANTEON

| | |
|----|--|
| 4 | VOORWOORD |
| | HOOFDSTUK 1 |
| 6 | SAMEN DE ZORG VERBETEREN |
| | HOOFDSTUK 2 |
| 8 | SNELLER VERBETEREN IN GESTRUCTUREERDE VERBETERCYCLUS |
| 8 | WERKWIJZE VERBETERCYCLUS MET VERBETERTEAM |
| 9 | SCOREKAART VASTSTELLEN |
| 14 | DATA VERZAMELEN EN BESPREKEN |
| 14 | ERVARINGEN VAN DE PATIËNT AAN TAFEL |
| | HOOFDSTUK 3 |
| 18 | VERBETERINGEN BIJ HEUPARTROSE TOT NU TOE |
| 18 | WEINIG COMPLICATIES TIJDENS DE OPNAME |
| 20 | DALENDE VERBLIJFSDUUR RONDOM OPERATIE (K3) |
| 20 | VERBETERINITIATIEVEN VERBLIJFSDUUR |
| 22 | DALING AANTAL RÖNTGENFOTO'S PER PATIËNT (K5.1.1) |
| 23 | MEER BEWUSTWORDING |
| 23 | MINDER LEEFREGELS VOOR ACTIEVE HEUPPATIËNTEN |
| 23 | NA ONTSLAG SNELLER NAAR HUIS MÉT MEDICATIE |
| 24 | NIEUWE LEERMODULE VOOR MEDICATIEGEBRUIK |
| 24 | VERBETERDE INFORMATIE OVER OPERATIEDATUM |
| 25 | MEER TRANSPARANTIE OVER REVISIES |
| 26 | MEER AANDACHT VOOR PROMS |
| 30 | HOE VERDER |
| | BIJLAGES |
| 32 | BIJLAGE 1 BETROKKEN VERBETERTEAMS |
| 34 | BIJLAGE 2 EXPERTS |
| 34 | COLOFON |

‘Ik ben van mening dat je beter wordt door tijd vrij te maken voor reflectie en niet door te denderen in de tredmolen’.

Onder de naam Santeon werken zeven topklinische ziekenhuizen intensief samen om de zorg te verbeteren. Deze samenwerking is uniek omdat de professionals bij elkaar in de keuken kijken. Ze vergelijken de resultaten van de behandeling en leren van elkaar.

Om het verbeterpotentieel in de uitkomsten tussen de ziekenhuizen beter te benutten is er in 2016 gestart met het opzetten van verbetercycli. In december 2017 zijn de eerste resultaten van borstkankerzorg publiekelijk gedeeld en nu doen we dat voor heupartrosezorg.

Value-Based Health Care (VBHC) is een mooi verlengstuk van Evidence-Based Medicine (EBM). De 'geneeskunde op basis van bewijs' is het expliciet, oordeelkundig en consciëntieus gebruikmaken van het beste beschikbare bewijs bij het maken van een keuze samen met een patiënt voor zijn of haar behandeling. EBM begint en eindigt bij de patiënt en is daardoor vergelijkbaar met VBHC maar het focust zich vooral op gecontroleerde studies en richtlijnen. Het kost doorgaans veel tijd totdat de bevindingen van onderzoek in de praktijk worden gebracht. Wat we in Santeon verband doen lijkt meer op het 'pressure cooker systeem'. Door het traject op te delen in kleinere stukjes maken we het behapbaar. Deze onderwerpen lijken qua grootte misschien minder relevant maar zijn absoluut belangrijk voor de patiënt. Ze maken het verschil omdat de resultaten direct geïmplementeerd worden. We vinden het beter om kleine stapjes te maken die er toe doen waardoor je resultaat ziet, dan wachten op die grote stap die misschien te ambitieus blijkt. Het gaat erom wat belangrijk is voor de patiënt. En dat gaat natuurlijk sneller als we dit ook samen met de patiënt bespreken. Door deze korte loopjes boeken we vlotter resultaat.

Specialisten blijven graag leren en willen steeds kundiger te worden. Dat zorgt voor een stap in het behandelproces van de patiënt en in hun eigen leerproces. Ik ben van mening dat je beter wordt door tijd vrij te maken voor reflectie en niet door te denderen in de tredmolen. Dat voelt soms tegenstrijdig. Die tijd had ook besteed kunnen worden aan een operatie of een spreekuur op de poli. Helaas denken we vaak zo omdat de productie benchmark dat vraagt.

Na de eerste uitkomsten van de resultaten prioriteren we per ziekenhuis analysepunten die we onderzoeken in de praktijk. Dit vind ik een van de mooiste dingen. Hierin komen de eerste verbeteringen al aan bod. Zoals overbodige zaken die tijd schelen. Bijvoorbeeld een röntgenfoto die achterwege gelaten kan worden in het proces. Dat is een handeling voor de patiënt minder, geeft op verschillende afdelingen tijdwinst en zorgt voor een kostenreductie.

Door het ophalen van feedback (via patiënten) en het evalueren van de beschikbare literatuur hebben we de beperkende leefregels tijdens de revalidatie na een totale heup prothese, zoals het moeten slapen op de rug, afgeschaft. Dit is een mooi voorbeeld van hoe EBM sneller in de praktijk gebracht kan worden met VBHC.

Door VBHC-verbetertrajecten te centreren rondom vragen van patiënten en uit te voeren met patiënten vindt EBM zijn weg sneller naar de praktijk en wordt de zorg verbeteren leuker en beter. In deze uitgave delen we de uitkomsten en resultaten van de verbeteringen die gerealiseerd zijn op het gebied van de heupartrosezorg. Ik ben trots dat ik hier intensief aan heb mogen meewerken.

Rudolf Poolman,
Orthopedisch chirurg
OLVG



Samen de zorg verbeteren

Value-Based Health Care (VBHC) richt zich op het optimaliseren van zorguitkomsten voor de patiënt tegen gunstige kosten. Binnen Santeon hebben we een VBHC-model ontwikkeld waarin artsen en behandelteams van de zeven ziekenhuizen structureel samen leren, verbeteren en verbeterpunten implementeren in de eigen ziekenhuizen. De Santeon ziekenhuizen werken hierbij open met elkaar samen om sneller en betere uitkomsten voor patiënten te realiseren. In 2016 is gestart met het opzetten van verbetercycli. In elk ziekenhuis bespreekt een multidisciplinair team rondom een aandoening/patiëntengroep, waar de zorg beter kan. Deze verbeterteams uit de zeven ziekenhuizen bespreken periodiek (elk half jaar) gezamenlijk de resultaten en mogelijke verbeteracties. Dit proces van verbeteren loopt continu door. Inmiddels zijn verbetercycli opgestart voor borstkanker, heupartrose, CVA, prostaatcancer, darmkanker, longkanker, nierschade, geboortezorg en reuma. In 2018 volgen coronair vaatlijden en IBD. Na het doorlopen van drie cycli van elk een half jaar maken we de uitkomsten inzichtelijk door ze openbaar te publiceren. In december 2017 verscheen het eerste rapport met de aanpak en de resultaten van het verbetertraject voor de

behandeling van borstkanker. Nu kunnen we ook openlijk de uitkomsten van de eerste drie verbetercycli van heupartrose delen. In deze publicatie beschrijven we de aanpak en de tot nu toe behaalde resultaten en blijkt dat ook voor heupartrose de Santeon VBHC-werkwijze daadwerkelijk verbetering van zorg oplevert.

Het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis (CWZ) is niet opgenomen in deze publicatie aangezien er onvoldoende data beschikbaar waren. Inmiddels is Canisius Wilhelmina Ziekenhuis wel gestart met cyclus vier van het verbetertraject. Het Maasstad Ziekenhuis is sinds juni 2017 een Santeon ziekenhuis. Aangezien het verbetertraject in 2016 is gestart, zijn voor dit ziekenhuis alleen gegevens over heupartrose uit de derde cyclus beschikbaar.

Santeon werkt samen met een internationale adviesraad die bestaat uit methodologische experts op het gebied van VBHC, validatie en data-analyse. Zij delen vanuit clinical management, public health en decision sciences perspectief hun expertise op het gebied van uitkomstindicatoren en het selectieproces. De raad bespreekt en evalueert kritisch de Santeon werkwijze, data en analyses en geeft op basis daarvan advies.

SAMYRA KEUS, PROJECTLEIDER
BART AMENT, PROJECTLEIDER/ DATA-ANALIST
MARJAN GORT, PROJECTLEIDER



Sneller verbeteren in gestructureerde verbetercyclus

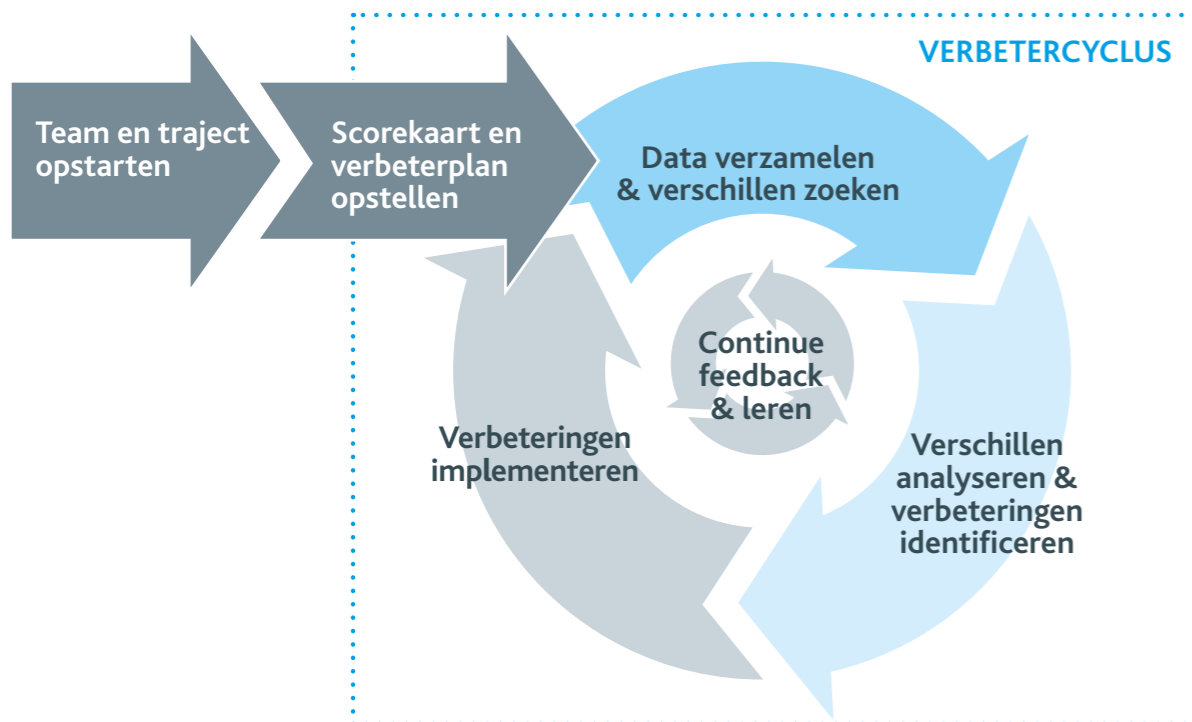
WERKWIJZE VERBETERCYCLUS MET VERBETERTEAM

Elke zes maanden worden Santeon-breed niet alleen uitkomsten, maar ook kosten- en procesdata van patiënten met heupartrose verzameld. In elk ziekenhuis is daartoe een multidisciplinair verbeterteam geformeerd. Een verbeterteam bestaat uit één tot twee patiënten en de professionals die een rol hebben in het zorgproces van de patiënt. Voor heupartrose zijn dit onder andere een orthopedisch chirurg, geriater, anesthesioloog, verpleegkundig specialist, fysiotherapeut en zorgmanagement. Het verbeterteam wordt begeleid door een projectleider en een data analist. De patiënten/ ervaringsdeskundigen zijn volwaardig lid van het verbeterteam en beslissen mee in de keuze van indicatoren, prioritering van

verbeteringen en de ontwikkeling en implementatie van een verbeterplan. Zij denken mee hoe de zorg verbeterd kan worden op basis van eigen ervaring. Hierdoor vormen zij een zeer waardevolle toevoeging aan de verbeterteams.

Het verbeterteam van ieder ziekenhuis komt elke twee maanden bijeen. De teamleden selecteren onderwerpen om te verbeteren, bespreken de data die rondom heupartrose zijn verzameld en geanalyseerd en onderzoeken verwachte oorzaken van verschillen. Op basis hiervan wordt een verbeterplan opgesteld en geïmplementeerd. Elke zes maanden worden opnieuw data verzameld en komen de zeven verbeterteams uit de verschillende ziekenhuizen bij elkaar om ervaringen en werkwijzen uit te wisselen. Dan begint de volgende cyclus

FIGUUR 1 Verbetercyclus Santeon VBHC



van variatie zoeken, oorzaken onderzoeken en verbeteringen doorvoeren (zie verbetercyclus FIGUUR 1).

SCOREKAART VASTSTELLEN

Bij de start van de heupartrose verbetercyclus (zie FIGUUR 2) stellen de verbeterteams gezamenlijk in drie stappen de patiëntgroep, behandelopties en scorekaart vast.

1. Definitie patiëntengroep

In stap 1 is een uniforme patiëntengroep gedefinieerd, zodat in elk ziekenhuis over eenzelfde groep mensen data verzameld wordt en analyses worden gedaan. Zo is bijvoorbeeld gekozen om alleen naar patiënten te kijken die in de eigen ziekenhuizen zijn gediagnosticeerd. Dit heeft als voordeel dat het hele zorgtraject in beeld is, wat lastiger is bij patiënten die zijn doorverwezen. Het overzicht van alle in- en exclusiecriteria staat in TABEL 1.

Voor de heupartrosepatiënten zijn in de periode januari 2015 tot december 2017 (cyclus 1 t/m 3) allerlei mogelijk relevante patiëntkenmerken verzameld. Zoals leeftijd, geslacht, sociaaleco-

nomische status (op basis van postcode via CBS) en Body Mass Index (BMI). In totaal voldeden binnen de Santeon ziekenhuizen 9.082 nieuw gediagnosticeerde heupartrose patiënten aan de in- en exclusiecriteria (TABEL 1). 3.201 patiënten kregen binnen een jaar een primaire totale heupprothese. Patiënten uit het Maasstad Ziekenhuis zijn relatief iets jonger dan de patiëntengroep uit de andere ziekenhuizen. Daarnaast is te zien dat de leeftijd

TABEL 1 Patiëntselectie heupartrose voor het VBHC-programma van Santeon

| INCLUSIECRITERIUM |
|---|
| • Diagnose heupartrose |
| EXCLUSIECRITERIA |
| • Patiënten met eerdere DBC heupartrose afgelopen 3 jaar |
| • Patiënten jonger dan 18 jaar |
| • Patiënten met Totale Heup Prothese (THP) links en rechts |
| • Geopereerde patiënten met een diagnose anders dan artrose in de LROI database |
| • Patiënten met niet-primaire heupvervangings (revisie) |

DBC = diagnose behandeling combinatie

LROI = Landelijke Registratie Orthopedische Implantaten

FIGUUR 2 Drie stappen om tot een scorekaart te komen



van de patiënten uit het Catharina Ziekenhuis naar verhouding wat hoger ligt. (FIGUUR 3). Dit is mogelijk van invloed op de uitkomsten. De verhouding tussen mannen en vrouwen met heupartrose en een primaire totale heupprothese is nagenoeg gelijk in de ziekenhuizen (FIGUUR 4). Bij de verdeling van de sociaaleconomische status is te zien dat dit per ziekenhuis erg verschilt. Patiënten in Medisch Spectrum Twente hebben een relatief laag sociaaleconomische status in vergelijking met patiënten van het St. Antonius ziekenhuis (zie FIGUUR 5).

In FIGUUR 6 is te zien dat patiënten van het Maasstad Ziekenhuis en Medisch Spectrum Twente een hoger BMI hebben dan gemiddeld in de Santeon ziekenhuizen.

2. Behandelopties

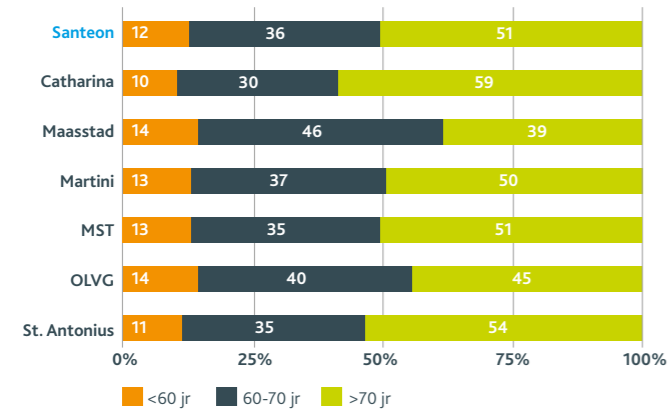
Voor de vastgestelde patiëntengroep zijn de meest voorkomende behandelopties in kaart gebracht vanaf het moment dat de orthopedisch chirurg de diagnose heupartrose stelt (FIGUUR 7). Dit model is gekozen omdat de data van buiten het ziekenhuis ontbreekt, zoals fysiotherapie die buiten het

ziekenhuis is gegeven. Dit betekent dat de data van zowel preoperatieve als postoperatieve fysiotherapie niet is meegenomen, net zoals preoperatieve als postoperatieve geriatrische zorg. Om wel het hele zorgproces in kaart te kunnen brengen – vanaf het melden bij de huisarts tot de nazorg – is het de wens en noodzaak om de scorekaart in de toekomst uit te breiden naar de keten.

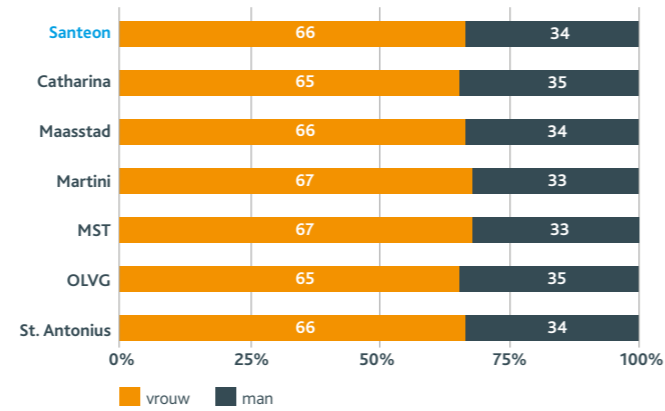
Nadat de diagnose heupartrose vastgesteld is door de orthopedisch chirurg zijn verschillende behandelopties mogelijk. Een conservatief beleid

(fysiotherapie, pijnmedicatie en/of leefstijl adviezen) of een operatieve ingreep. Bij het plaatsen van de prothese kan de orthopedisch chirurg kiezen uit drie verschillende benaderingen van het heupgewricht, namelijk de voorkant (voorste of anterieure benadering), de zijkant (laterale benadering) en de achterkant (achterste of posterolaterale benadering). Er zijn grote verschillen in benaderingen tussen de ziekenhuizen (FIGUUR 8). De voorkeur van de chirurg en patiëntkenmerken spelen hierbij een belangrijke rol. Het Martini Ziekenhuis opereert in vergelijking

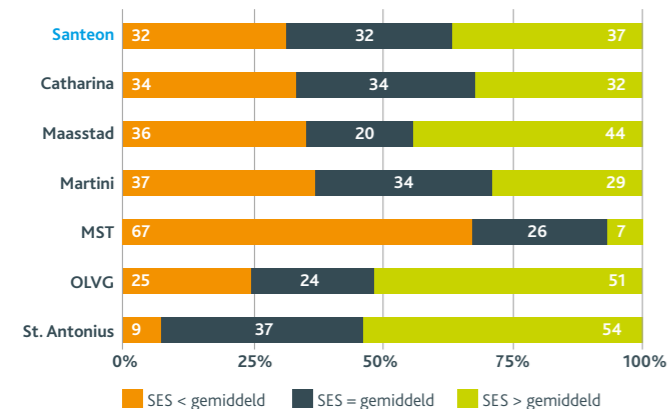
FIGUUR 3 Verdeling van de leeftijd



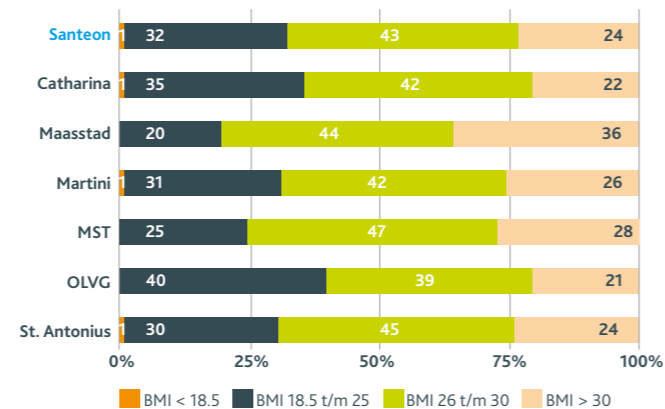
FIGUUR 4 Verdeling mannen en vrouwen



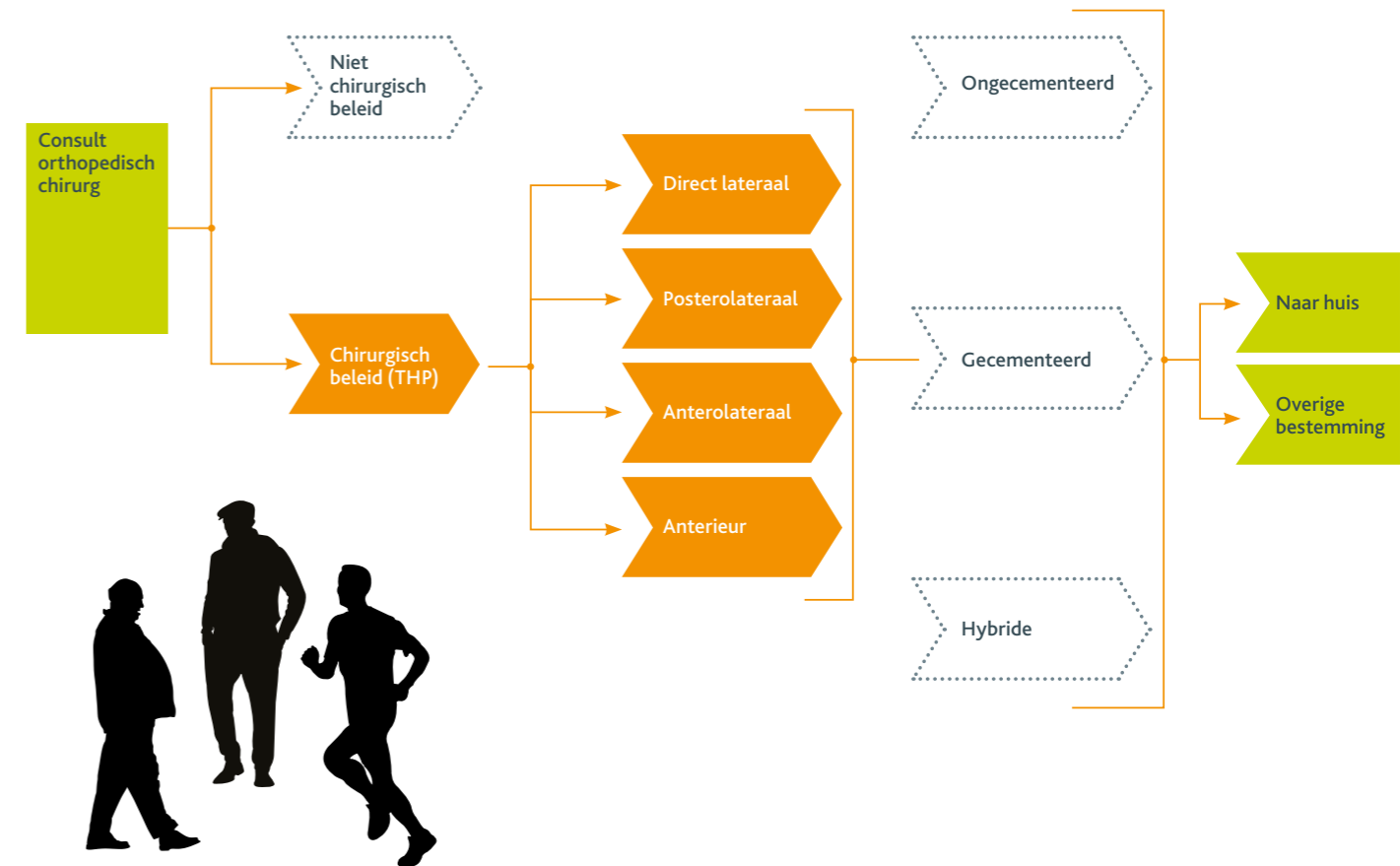
FIGUUR 5 Verdeling van sociaaleconomische status (SES)



FIGUUR 6 Verdeling van BMI preoperatief



FIGUUR 7 Overzicht behandelopties voor patiënten met heupartrose.



Bron: LROI



SACHA DEETMAN, patiënt in OLVG en onderdeel van het heupartrose verbeterteam in dat ziekenhuis.

‘Eigenlijk zou je geen verbeterpunten in de zorg moeten oppakken zonder dat de patiënt daarbij betrokken is.’

met andere ziekenhuizen meer patiënten via de anterieure benadering dan via andere benaderingen. Patiënten hebben soms voorkeur voor de anterieure benadering, als gevolg van positieve verhalen die zij van andere patiënten horen. Zo zouden zij sneller herstellen, en gelden er minder strenge leefregels, zoals bewegingsbeperking, na de operatie.

In het Martini ziekenhuis wordt het effect van de benadering op de uitkomst van een heupvervangende onderzocht. Er is gekeken naar de uitkomst weefsel schade (Polada 1, 2014 – 2016). Hiervan worden de resultaten binnenkort gepubliceerd. Daarnaast wordt op dit moment onderzocht of de kosten en effecten van de anterieure benadering in verhouding staan tot de kosten en effecten van de posterolaterale benadering (Polada 2, 2015 – heden). Grote verschillen tussen de ziekenhuizen zijn zichtbaar in de keuze voor type fixatie van de totale heupprothese (FIGUUR 9). In het St. Antonius ziekenhuis en Medisch Spectrum Twente wordt er voornamelijk gekozen voor gecementeerd, terwijl het Maasstad Ziekenhuis voornamelijk kiest voor ongecementeerd. Eén van de redenen hiervoor is dat de populatie in het Maasstad Ziekenhuis gemiddeld jongere patiënten betreft.

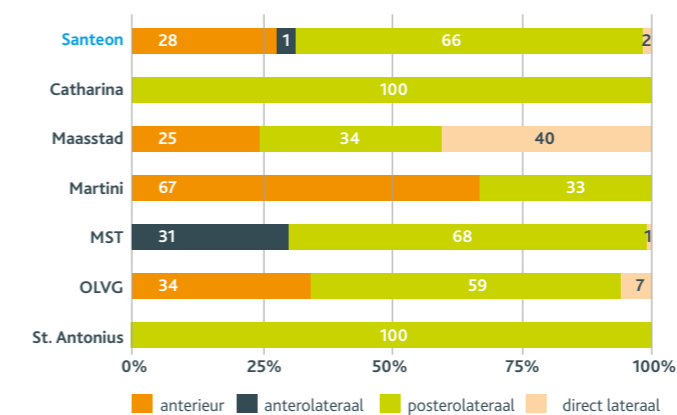
Daarnaast heeft een aantal orthopeden in het Maasstad een sterke voorkeur voor het plaatsen van ongecementeerde prothesen omdat ze daar al vele jaren goede ervaringen mee hebben.

3. Scorekaart

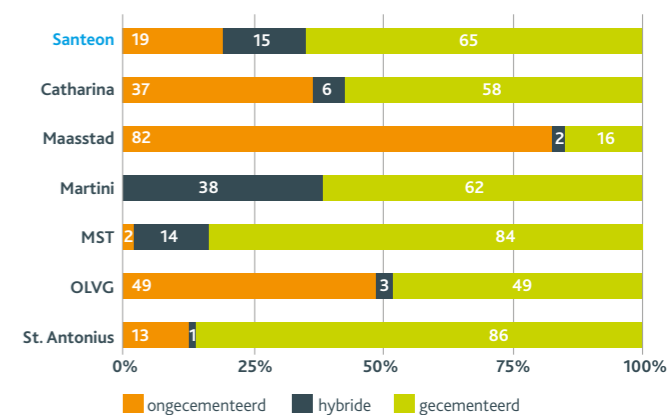
In de derde stap hebben de verbeterteams een gezamenlijke scorekaart vastgesteld met de voor de patiënt belangrijkste uitkomstindicatoren, procesindicatoren en kostenindicatoren (FIGUUR 10). De uitgangspunten voor het verzamelen van data zijn: relevant, praktisch en haalbaar. Zo worden geen nieuwe gegevens verzameld maar wordt gebruik gemaakt van bestaande datasets die automatisch uit de verschillende bronsystemen (bijv. het Elektronisch Patiënten Dossier) gehaald kunnen worden.

De uitkomstindicatoren zijn zoveel mogelijk gebaseerd op bestaande indicatoren zoals die van International Consortium for Outcome Measurement (ICHOM) en Landelijke Registratie Orthopedische Implantaten (LROI), maar ook op patiënt-gerapporteerde uitkomstmaten (PROMs). Voor het bepalen van kostenindicatoren is geanalyseerd waar de meeste kosten worden gemaakt bij de behandeling van heupartrose in het ziekenhuis (bijv. OK, kliniek, diagnostiek).

FIGUUR 8 Benaderrichtingen



FIGUUR 9 Type fixatie



Bron: LROI

Voor de grootste kostencategorieën is vervolgens bepaald wat de belangrijkste veroorzakers van deze kosten zijn (bijvoorbeeld duur operatie, frequentie van operatie, etc.). Deze zijn vervolgens als kostenindicator opgenomen in de scorekaart. Als procesindicator is de wachttijd tot totale heupprothese opgenomen.

DATA VERZAMELEN EN BESPREKEN

Gedurende de verbetercycli zijn nu drie keer data verzameld. Dat gebeurt in alle ziekenhuizen op uniforme wijze en wordt gecoördineerd door de programmamanager, datamanagers en data-analisten vanuit het programmabureau van Santeon. De data worden gevalideerd met de betrokken professionals per ziekenhuis en besproken met de verschillende verbeterteams van de zeven Santeon ziekenhuizen.

In de verbetercyclus is gekeken naar de effecten van de verbetermaatregelen in elk ziekenhuis. De resultaten van de uitkomsten-, kosten- en procesindicatoren worden niet case mix gecorrigeerd. Alle mogelijke patiëntkenmerken die een verklaring zouden kunnen zijn voor variatie (leeftijd, geslacht, BMI, etc.) zijn wel verzameld voor eventuele nadere analyse. De vergeleken data zijn geen resultaten van wetenschappelijk onderzoek of wetenschappelijk

bewijs en kunnen niet gebruikt worden om verantwoording af te leggen. De data zijn geschikt om hypothesen te formuleren voor verbetering en niet om conclusies te trekken over de prestatie van het ziekenhuis. Indien variatie wordt geconstateerd bespreken de verbeterteams of die variatie interessant genoeg is om nader te onderzoeken.

Intern – dat wil zeggen binnen en tussen de Santeon ziekenhuizen – worden de data van de scorekaart in vertrouwen gedeeld en besproken. Om dit vertrouwen met elkaar te borgen worden extern alleen uitkomstenindicatoren gedeeld waarvan de data stabiel genoeg worden geacht (niet alle uitkomstindicatoren zijn eenvoudig en eenduidig te verzamelen en daarmee lastig te vergelijken en te duiden).

ERVARINGEN VAN DE PATIËNT AAN TAFEL

Niet alle voor patiënten belangrijke uitkomsten van zorg, zijn te vatten in cijfers. Daarom worden de patiënten die deelnemen aan de verbeterteams ook gevraagd hun eigen ervaring te delen: wat ging goed en wat kon beter?

In zogenaamde 'spiegelgesprekken' wordt gekeken of deze ervaringen en eventuele verbeterpunten ook voor patiënten van de andere ziekenhuizen gelden.



V.l.n.r.: Jelmer Jager (fysiotherapeut), ervaringsdeskundige Sacha Deetman en Berber Selten (verpleegkundige/ teamleider)

FIGUUR 10 Scorekaart heupartrose (cyclus 3)

| | | |
|----------|---|---|
| UITKOMST | 1 | |
| | 2 | PROMs (kwaliteit van leven, pijn, functionele status) |
| | 3 | |
| | 4 | Complicaties tijdens opname primaire heupoperatie (bloedtransfusie, urineweginfectie, trombose of longontsteking) |
| | 5 | Complicaties na primaire heupoperatie (tijdens en binnen 30/90 dagen na opname) |
| | 6 | Heroperatie zelfde heup binnen 2 jaar post-OK (heroperatie in eigen ziekenhuis)* |
| KOSTEN | 1 | Netto OK-tijd per patiënt |
| | 2 | Gemiddelde inkoopprijs per heup |
| | 3 | Verblijfsduur per patiënt met totale heupoperatie incl. heropnames |
| | 4 | Opname op dag van operatie (geldt alleen voor primaire heupoperaties, niet voor revisies) |
| | 5 | Diagnostische activiteiten per patiënt |
| PROCES | 1 | Wachttijd tot totale heupoperatie per patiënt |

*voor deze uitkomstmaat gold een afwijkende patiëntselectie vanwege de specifieke focus op revisies (diagnose heupartrose + primaire heupvervangings in 2013, 2014, 2015 respectievelijk voor cyclus 1, 2 en 3)

IRINA MEIJERS
VERPLEEGKUNDIG
SPECIALIST OLVG

'Het bijzondere aan VBHC in vergelijking met andere verbeterprojecten is dat je aan tafel zit met de patiënt.'

CARINA
GERRITSMA
ORTHOPEDISCH
CHIRURG, MARTINI
ZIEKENHUIS

'Iedere zorgverlener wil "de beste zorg" voor zijn/haar patiënten. Maar wat is de beste zorg? Cijfers over uitkomsten en kwaliteit alleen zeggen niet zoveel. Het gaat vooral om de patiënten zelf en die zijn allemaal verschillend. Wij vergelijken onze processen en uitkomsten met elkaar, maar we kennen ook de patiënten die wij behandelen. Dat maakt dat we van elkaar kunnen leren en onze processen waar nodig kunnen aanpassen om zo aan iedere patiënt de meest optimale behandeling te kunnen geven.'



REMMELT VEEN
ORTHOPEDISCH CHIRURG
ST. ANTONIUS



RUDOLF POOLMAN
ORTHOPEDISCH CHIRURG
OLVG



ELGUN ZEEGERS
ORTHOPEDISCH CHIRURG
MEDISCH SPECTRUM TWENTE



ANITA TEN HAGE,
ANESTHESIOLOOG
MARTINI ZIEKENHUIS



CARINA
GERRITSMAN
ORTHOPEDISCH
CHIRURG
MARTINI
ZIEKENHUIS



NIEK SCHEPEL
ORTHOPEDISCH
CHIRURG
CATHARINA
ZIEKENHUIS

Verbeteringen bij heupartrose tot nu toe

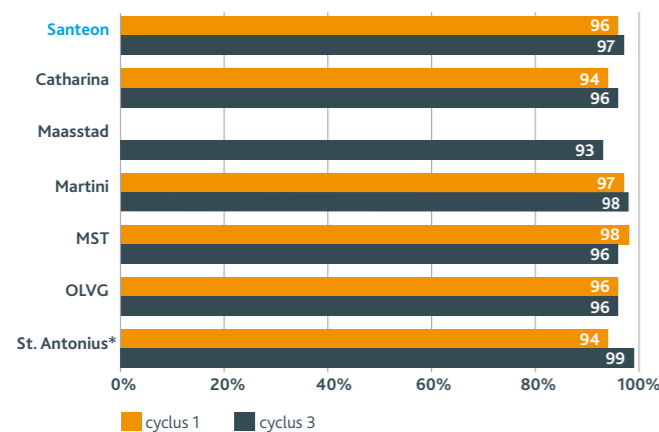
Sinds de start in 2016 hebben de teams de verbetercyclus voor heupartrose drie keer doorlopen. In deze verbetercyclus zijn onderwerpen gekozen door de multidisciplinaire teams waarvan zij verwachtten dat ze daarin konden verbeteren. Hieronder wordt voor een aantal indicatoren beschreven welke variatie is gesignaleerd tijdens de eerste dataverzameling, welke vervolgacties zijn ondernomen en wat in de derde verbetercyclus gemeten is.

WEINIG COMPLICATIES TIJDENS DE OPNAME

Alle Santeon ziekenhuizen laten lage percentages van complicaties zien tijdens de opname vanwege een totale heupprothese (FIGUUR 13). Deze data zijn verzameld via de complicatieregistratie. Het is onderzocht of onderrapportage een verklaring voor het lage percentage in de Santeon ziekenhuizen kon zijn. Om dit te toetsen zijn in OLVG (met de medisch microbioloog) de patiënten door middel van een thoraxfoto en een urinesediment beoordeeld. Bij OLVG en het Catharina Ziekenhuis zijn daarnaast de dossiers gecontroleerd om te kijken of deze patiënten een long- dan wel urineweginfectie hadden. Dit bevestigde, in ieder geval voor OLVG en het Catharina Ziekenhuis, de gevonden lage percentages. Tijdens de bespreking

van deze lage percentages complicaties bleek er wel een verschil te zijn in de infectieprofylaxe bij heupvervangende die in de verschillende ziekenhuizen wordt gehanteerd. Een inventarisatie onder de deelnemende ziekenhuizen liet zien dat de hoeveelheid en frequentie van de perioperatieve antibiotica profylaxe varieert. Daarnaast bleek ook een variatie bij de adviezen die de patiënt krijgt ter voorkoming van wondinfecties met staphylococcus aureus. Zoals bijvoorbeeld het gebruik van profylactische neuszalf en scrubben van het lichaam met desinfecterende zeep. Door deze uitkomsten in het verbeterteam te bespreken (met onder andere de verpleegkundig specialist, de patiënt en de medisch microbioloog) kunnen de adviezen beter worden afgestemd.

FIGUUR 13 Patiënten zonder complicaties tijdens de opname



* gedeelte opnamedata niet beschikbaar vanwege transitie naar nieuw EPD



RUUD STOKVIS
patiënt in OLVG
en roeliefhebber.

‘Interessant, dat vergelijken van alle gegevens rondom heupoperaties tussen ziekenhuizen. Verzamelen van de statistieken is veel werk, maar gezien de resultaten de moeite waard.’

Weinig complicaties 30 en 90 dagen na de eerste totale heupprothese (FIGUUR 14 EN 15)

De percentages complicaties binnen 30 en 90 dagen na de totale heupprothese bleken ook laag in cyclus 1. In de prioritering van de uitkomstindicatoren door patiënten kwam de complicatie 'luxatie' als belangrijk naar voren. 'Alles houdt natuurlijk op als je heup uit de kom schiet', aldus een van de patiënten. Mede om die reden is het percentage luxaties nader onderzocht in alle ziekenhuizen. Bij nader onderzoek van patiënten die zich na ontslag van de heupvervanging, meldden op de spoedeisende hulp (SEH), bleek het percentage luxaties correct laag te zijn.

DALENDE VERBLIJFSDUUR RONDOM OPERATIE (K3)

Voor zowel de kosten als voor de patiënt is het beter om de opnameduur zo kort mogelijk te houden. Een langer dan noodzakelijk verblijf in het ziekenhuis kan leiden tot vermijdbare complicaties zoals delier en algeheel functieverlies. Zelfredzaamheid staat bij ontslag echter voorop. De snelle daling en relatief lagere ligging van de curve behorend bij cyclus 3 in FIGUUR 16 toont dat patiënten eerder werden ontslagen na een totale heupprothese in vergelijking tot cyclus 1. Waar in cyclus 1 nog 57% van alle geopereerde patiënten een verblijfsduur had van vier dagen of langer, is dit in cyclus 3

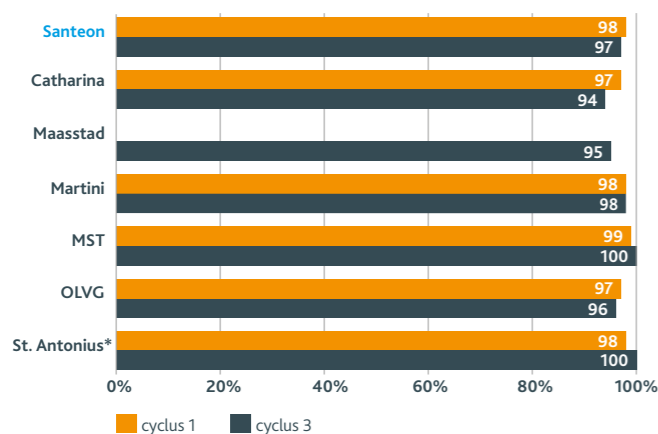
teruggebracht naar slechts 34%. De mediane opnameduur vanwege een primaire heupvervangning binnen de Santeon ziekenhuizen was vier dagen in cyclus 1 (Q25%-Q75%: 3-5). In cyclus 3 is dit teruggebracht naar een mediaan verblijf van drie dagen (Q25%-Q75%: 3-4). We zien in FIGUUR 16 een trend van een dalende opnameduur, deze daling wordt veroorzaakt door de verbeterinitiatieven van vijf ziekenhuizen. In FIGUUR 17 is het percentage patiënten te zien met een relatief lange verblijfsduur van 4 dagen of meer rondom de operatie. Van het Maasstad Ziekenhuis waren alleen data beschikbaar uit cyclus 3. Alle andere Santeon ziekenhuizen laten een verbetering (daling) zien. Variërend van 4% tot 66% tussen cyclus 1 en cyclus 3.

VERBETERINITIATIEVEN VERBLIJFSDUUR

Meer opnames op dag van operatie (K4)

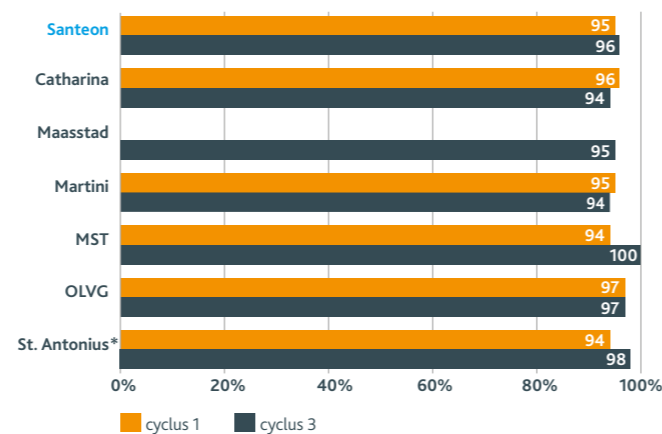
Voor vervanging van een heup kunnen patiënten opgenomen worden op de dag van de operatie zelf. Het voordeel voor de patiënt is dat de kans op een betere nachtrust toeneemt en voor het ziekenhuis draagt dit bij aan het optimaal gebruik maken van de bedden. Toch bleek in cyclus 1 dat in een aantal ziekenhuizen een groot deel van de patiënten al een dag eerder opgenomen wordt (FIGUUR 18). De percentages van patiënten die op de dag van de

FIGUUR 14 Patiënten zonder complicaties binnen 90 dagen na primaire totale heupoperatie



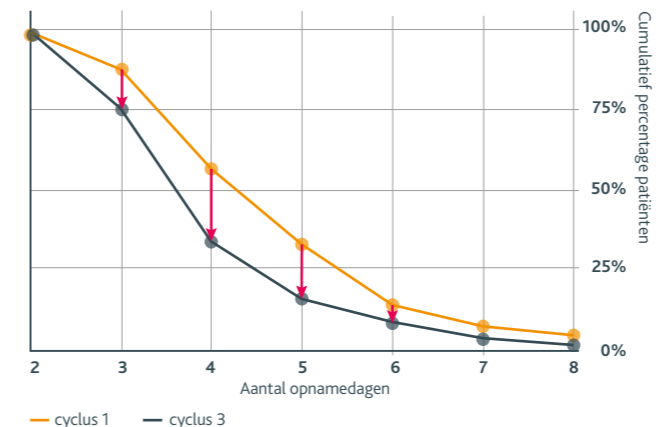
* gedeelte opnamedata niet beschikbaar vanwege transitie naar nieuw EPD

FIGUUR 15 Patiënten zonder complicatie binnen 30 dagen na totale heupoperatie (ong geplande heropname)

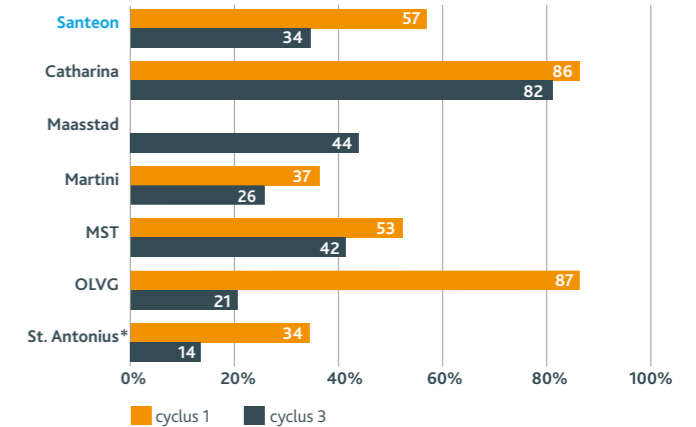


* gedeelte opnamedata niet beschikbaar vanwege transitie naar nieuw EPD

FIGUUR 16 Cumulatief afnemende verblijfsduur binnen Santeon rondom een primaire totale heupoperatie



FIGUUR 17 Percentage patiënten met een verblijfsduur van 4 dagen of langer rondom een primaire totale heupoperatie



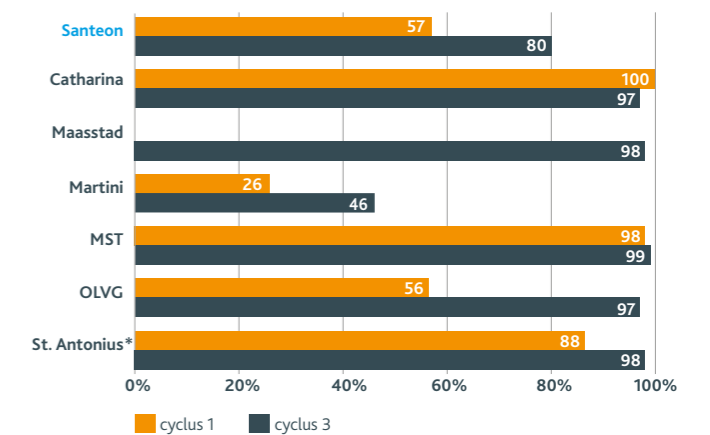
* gedeelte opnamedata niet beschikbaar vanwege transitie naar nieuw EPD

operatie werden opgenomen varieerden van 26% tot 100%. Het Martini Ziekenhuis heeft de inrichting van het zorgproces op de ochtend van operatie vergeleken met het zorgproces in het Medisch Spectrum Twente en het Catharina Ziekenhuis. Zo worden in het Medisch Spectrum Twente alle patiënten indien mogelijk op dag van operatie opgenomen op de holding van de OK. In het Martini Ziekenhuis heeft een soortgelijke verandering in het zorgproces geresulteerd in een verhoging van het percentage patiënten opgenomen op de dag van operatie van 26% (in 2016) naar 46% (in 2017). OLVG heeft gerealiseerd dat alle orthopedie teamleden volgens hetzelfde zorgpad zijn gaan werken. Daarnaast bleek dat voornamelijk de cijfers van voormalig locatie West ervoor zorgden dat het aantal opnames de dag voor operatie hoog waren. Bij het fuseren en de verhuizing van de gehele afdeling orthopedie naar locatie West is de werkwijze van locatie Oost gehanteerd. Er is een opnamepoli gerealiseerd waardoor patiënten de dag van de operatie beter voorbereid op de afdeling komen.

Versneld herstel

Medisch Spectrum Twente is gestart met de implementatie van 'Rapid Recovery', lerend van het Martini Ziekenhuis die al sinds 2012 bezig zijn met het programma. Dit betekent dat een intensief oefenprogramma wordt gevolgd waarbij de patiënt

FIGUUR 18 Opname op de dag van operatie



* gedeelte opnamedata niet beschikbaar vanwege transitie naar nieuw EPD

op de dag van de operatie al uit bed gaat met behulp van fysiotherapeut en verpleegkundigen. De patiënt wordt geïnformeerd via een patiënteninformatie-map die de patiënt al op de polikliniek mee krijgt. Hierin staat stap voor stap het hele proces van voor, tijdens en na de operatie beschreven. Het 'kort verblijf behandelplan' dat in principe drie dagen duurt, heeft als voordeel dat verslapping van spieren rondom de heup voorkomen wordt. Daarnaast neemt de kans op complicaties af. De pijnstilling wordt hierop

aangepast, om misselijkheid te voorkomen. Ongeveer een derde van de patiënten van het Medisch Spectrum Twente revalideert in Bad Boekelo (Energ-IQ), met goede scores op fysieke uitkomsten en patiënttevredenheid. Dit betreft een 9-daags herstelprogramma in een resort hotel met een intensief trainingsprogramma. De patiënt gaat hier op de tweede dag na operatie naar toe. Tijdens de Santeon brede bijeenkomst bleek verschil te zijn in het wel of niet ontslaan van patiënten met een wondlekkage. Meestal blijven patiënten waarbij deze wond nog vochtig is in het ziekenhuis totdat deze volledig droog is. In Medisch Spectrum Twente en het St. Antonius Ziekenhuis is een traject gestart om patiënten met een wondlekkage toch naar huis te laten gaan. Patiënten worden daarbij dagelijks gecontroleerd door de thuiszorgverpleegkundige en blijven onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist. In Medisch Spectrum Twente worden patiënten die met een wondlekkage zijn ontslagen korte tijd na ontslag intensiever gecontroleerd door de verpleegkundige op de speciale wondbehandeling polikliniek/nabehandeling. In het Catharina Ziekenhuis is gestart met het verbeterinitiatief om de opnameduur terug te brengen naar drie dagen. Het verbeterinitiatief werd geïnitieerd door een deelnemende patiënt en fysiotherapeut van het team. Het personeel is op de hoogte gebracht, foldermateriaal is aangepast en de anesthesioloog heeft de pijnbestrijding aangepast zodat de patiënt niet te misselijk is om te herstellen. De patiënten worden indien mogelijk op de dag van de operatie gemobiliseerd. Verder is het Catharina Ziekenhuis in overleg met het Martini Ziekenhuis om van de ervaringen uit dit ziekenhuis te leren op gebied van het Rapid Recovery Programma. Ook in OLVG is gestart met een verbeterinitiatief rondom langdurige opnames (Snel Herstel). Hierbij is op alle facetten van de zorg rondom de heupprothese patiënten gekeken waarom zij nog in het ziekenhuis verblijven. Bij het Snel Herstel project waren afgevaardigden van alle disciplines betrokken bij het zorgpad. De grote winst op locatie West van OLVG is het opzetten van een verpleeghuisafdeling voor geriatrische revalidatie zorg (GRZ) in het ziekenhuis. Hierdoor is er betere doorstroom op de verpleegafdeling orthopedie. Eind 2017 is gestart met een pilot 'Better in Better out' (BiBo). Hier worden patiënten met hoog risico

op complicaties en lange ligduur door getrainde eerstelijns fysiotherapeuten begeleid om de operatie fit in te gaan. Naar verwachting gaat dit leiden tot een sneller herstel en korte verblijfsduur voor deze groep hoog-risicopatiënten.

Effect kortere verblijfsduur op uitkomsten

Zoals met alle kostenindicatoren moet ook de indicator 'verblijfsduur rondom operatie' altijd in relatie tot de uitkomsten gezien worden. De beschikbare uitkomsten toonden geen verschil tussen ziekenhuizen met kortere of langere ligduur. Gezien de evidentie voor verhoogde kans op complicaties en achteruitgang van algeheel functioneren als gevolg van (verlengd) verblijf is de behaalde reductie in verblijfsduur een succes. In het Martini Ziekenhuis spelen de orthopedieconsulenten een grote rol. Zij controleren de wondlekkage zodat de patiënten sneller naar huis kunnen. Verder inzicht in de waarde van zorg proberen de verbeterteams te verkrijgen via de PROMs (lopend verbeterinitiatief) en inzicht in het gebruik van fysiotherapie na ontslag (lopend verbeterinitiatief).

DALING AANTAL RÖNTGENFOTO'S PER PATIËNT (K5.1.1)

De snellere daling en lagere ligging van de curve behorend bij cyclus 3 in **FIGUUR 19** toont dat binnen de Santeon ziekenhuizen minder röntgenfoto's werden gemaakt voor patiënten met een totale heupoperatie in vergelijking tot cyclus 1. Waar in cyclus 1 nog bij 70% van alle geopereerde patiënten 3 of meer röntgenfoto's werden gemaakt, is dit in cyclus 3 teruggebracht naar 52%. In **FIGUUR 20** is het percentage patiënten te zien met 3 of meer röntgenfoto's bij een totale heupoperatie. Van het Maasstad Ziekenhuis waren alleen data beschikbaar uit cyclus 3. Medisch Spectrum Twente laat een duidelijke daling in röntgendiagnostiek zien. Waar in cyclus 1 nog 95% van de patiënten drie of meer röntgenfoto's werden gemaakt, is dit in cyclus 3 gedaald tot 43% van de patiënten. Tijdens de Santeon-brede databespreking in cyclus 1 bleek dat in Medisch Spectrum Twente de patiënten gemiddeld één röntgenfoto meer kregen dan in de andere huizen. Om de radiodiagnostische activiteiten verder te doen dalen is gekeken welke diagnostiek daarnaast werd uitgevoerd en waarom. Het bleek dat er ook een foto werd gemaakt bij doorverwijzing door

de huisarts met vraagstelling heupartrose. Wanneer deze diagnose inderdaad werd gesteld, en de heup vervangen moest worden door een prothese, werd opnieuw een foto gemaakt met een kallibratiekogel om de grootte van de prothese te bepalen. Nu wordt de kallibratiekogel direct mee gefotografeerd bij een verdenking op heupartrose waardoor de tweede foto is komen te vervallen.

MEER BEWUSTWORDING

In het Catharina Ziekenhuis bleek een hoger percentage artrografieën te worden uitgevoerd bij patiënten in vergelijking tot de andere Santeon ziekenhuizen. Er zijn verdiepende analyses gedaan en er is bewustwording gecreëerd op de afdeling orthopedie. Momenteel is het percentage artrografieën al aanzienlijk verminderd bij deze patiëntengroep terwijl de uitkomstindicatoren gelijk bleven.

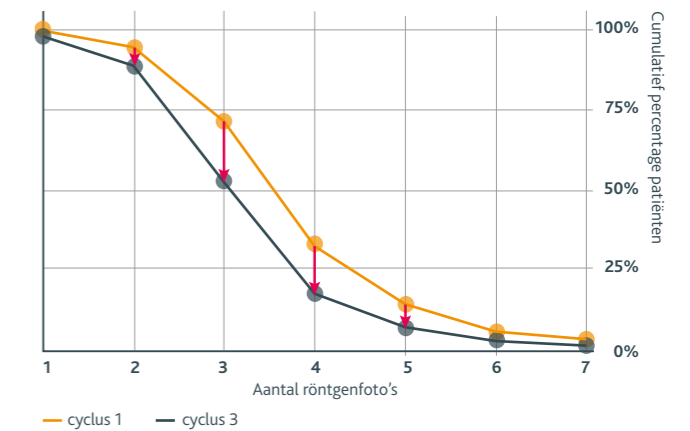
MINDER LEEFREGELS VOOR ACTIEVE HEUPPATIËNTEN

'Als ik me overal aan moet houden dan zit ik de hele dag stil op een stoel', vertelde een patiënt uit het verbeterteam van OLVG. Na inventarisatie bleken er ongeveer 70 mondelinge en schriftelijke leefregels te zijn, waaraan je je moet houden na een totale heupprothese. Deze leefregels worden nu verwijderd wanneer blijkt er geen evidentie of verwachting is voor het nut of comfort (expertise zorgprofessionals en patiënt). De focus is hierbij gelegd op activiteit van de patiënt. In het Catharina Ziekenhuis werd in het verbeterteam ook aangegeven dat de voorlichting rondom fysiotherapie en beperking van anti-luxatieadviezen niet meer up-to-date was. Er is een implementatieteam gestart en een literatuuronderzoek gedaan om zo de meest recente adviezen te implementeren. Het foldermateriaal is aangepast en het personeel is op de hoogte gebracht van de wijziging in de leefregels.

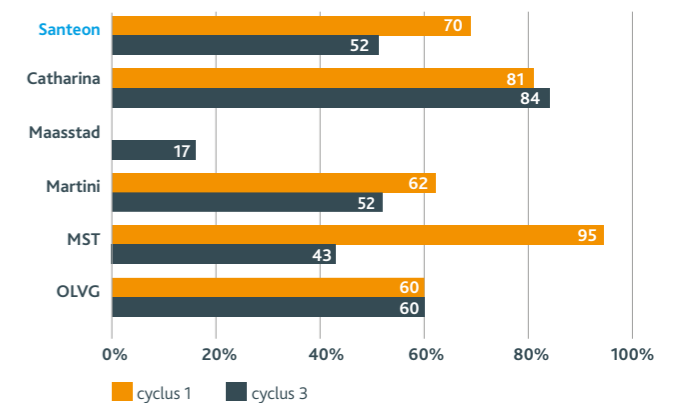
NA ONTSLAG SNELLER NAAR HUIS MÉT MEDICATIE

Eén van de patiënten uit het OLVG-verbeterteam had als belangrijkste verbeterpunt de zorg van medicatieoverdracht na ontslag. Patiënten halen na ontslag (met het recept verkregen op de afdeling) hun medicatie op bij de poli-apotheek.

FIGUUR 19 Cumulatief afnemend aantal röntgenfoto's binnen Santeon bij een primaire totale heupoperatie



FIGUUR 20 Percentage patiënten met 3 of meer röntgenfoto's bij een primaire totale heupoperatie



St. Antonius ontbreekt wegens onvoldoende data (in verband met transitie naar een nieuw EPD)

Deze patiënt gaf aan dat de wachttijd bij de apotheek lang was en dit onprettig aanvoelde. 'Je voelt je toch al niet fit en wilt naar huis'. Deze ervaring werd ook benoemd door andere patiënten tijdens een spiegelgesprek. Het bleek dat patiënten veelal aan het eind van de ochtend met ontslag gaan en zo op het drukste moment van de dag bij de poli-apotheek kwamen. Omdat de medicatie om veel maatwerk vraagt is de 'kniptijd' voor de juiste hoeveelheden circa 20 minuten per patiënt. Dit is opgepakt als verbeterinitiatief waarbij het recept voor de patiënt nu wordt geschreven met aantallen die overeenkomen met die uit de verpakking. Het recept wordt een dag voor het ontslag naar de apotheek gestuurd en ligt klaar als patiënt komt. Op dit moment wordt onderzocht of de medicatie ook op de afdeling zelf overhandigd kan worden. Dit laatste is in het Martini Ziekenhuis al gerealiseerd met 'Medicatieveiligheid bij ontslag'. Daarbij is een nieuwe uniforme werkwijze ingevoerd voor het overdragen van medicatie bij ontslag. Het elektronisch patiëntendossier is aangepast op deze werkwijze, zodat de medicatieverificatie een geautomatiseerd onderdeel is van het werkproces.

NIEUWE LEERMODULE VOOR MEDICATIEGEBRUIK

In het Martini Ziekenhuis is een speciale (verplichte) leermodule ontwikkeld om alle betrokkenen heldere

instructies te geven over de nieuwe werkwijze rondom medicatiegebruik. Hierdoor worden fouten met de medicatie geminimaliseerd. Elke volgende schakel in de keten (huisarts, specialist ouderengeneeskunde, apotheker en trombosedienst) beschikt tijdig over juiste en duidelijke informatie over het medicijngebruik van de patiënt. De patiënt krijgt met deze werkwijze informatie over veilig medicatiegebruik, zodat hij daar zélf ook alert op kan zijn. De apothekersassistent geeft deze informatie op de dag van ontslag. Daarnaast kan elke patiënt gebruik maken van de service dat de thuismedicatie op de afdeling wordt geleverd vóór het tijdstip van ontslag. Alle patiënten krijgen daarnaast ook een afbouwschema voor pijnmedicatie mee. De patiënten worden circa vijf dagen na ontslag door de orthopedieconsulent gebeld. In het begin waren er veel vragen over de pijnmedicatie omdat de mondeling overgedragen informatie niet bleef hangen. Nu is het de patiënten duidelijk hoe om te gaan met pijnmedicatie.

VERBETERDE INFORMATIE OVER OPERATIEDATUM

In het Catharina Ziekenhuis was het aantal annuleringen van operatiedatum hoger dan in de andere Santeon ziekenhuizen. Voor de patiënt is dit erg vervelend. Er is besloten om de datum voor een operatie niet meer geruime tijd van tevoren

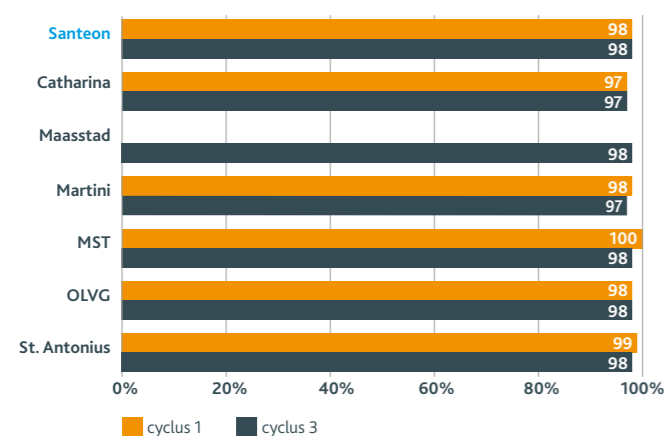
vast te leggen. Naar de patiënt wordt geen datum gecommuniceerd maar de periode waarin de operatie plaats zal vinden. De exacte datum wordt twee weken voor operatie vastgelegd om de kans op annulering te minimaliseren. Het personeel is hiervan op de hoogte gebracht en communiceert dit naar de patiënt.

MEER TRANSPARANTIE OVER REVISIES

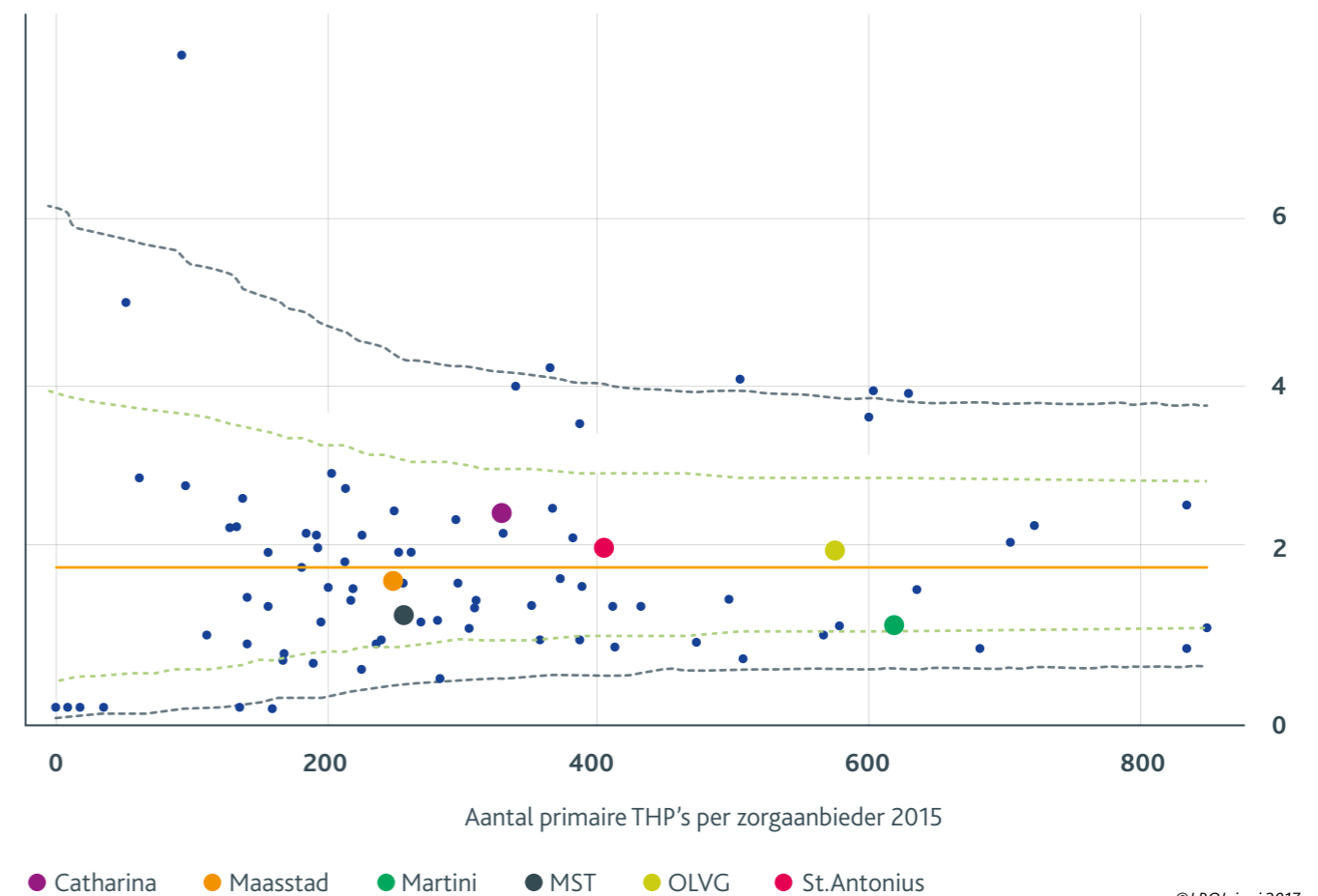
De eerdergenoemde uitspraak van één van de patiënten: "Alles houdt natuurlijk op als je heup uit de kom schiet", geldt zeker ook voor revisies (heroperaties). FIGUUR 21 geeft het percentage patiënten weer zonder een revisie binnen 2 jaar. Van alle patiënten in de Santeon ziekenhuizen heeft 97,9% geen revisie binnen 2 jaar. Voor een

vergelijking tussen de Santeon ziekenhuizen en andere Nederlandse ziekenhuizen is gebruik gemaakt van het LROI-dashboard (zie ook <http://www.lroi-rapportage.nl/>, Landelijke Registratie Orthopedische Implantaten). Hierin is de proportie revisie-ingrepen binnen 1 jaar na een primaire totale heupoperaties in 2015 per ziekenhuis in Nederland weergegeven. Dit is gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, ASA-score, diagnose (artrose versus overige diagnoses), BMI, Charnley score en roken weergegeven. De Santeon ziekenhuizen hebben zichzelf hierin geïdentificeerd (zie FIGUUR 22). Alle Santeon huizen scoren rond het gemiddelde, met uitzondering van het Martini Ziekenhuis. Zij hebben gemiddeld een lager percentage revisies na primaire totale heupprothese en daarnaast ook de laagste revisiepercentages.

FIGUUR 21 Patiënten zonder revisie binnen 2 jaar na primaire totale heupoperatie



FIGUUR 22 Percentage revisie ingrepen binnen 1 jaar. Landelijke vergelijking LROI.



Daaropvolgend hebben ook Medisch Spectrum Twente en Maasstad Ziekenhuis een laag aantal totale heupprothese revisies. Om te kunnen leren van alle Nederlandse ziekenhuizen is identificatie van andere ziekenhuizen in de funnelplot wenselijk. Nog meer transparantie in de volgende LROI publicatie wordt dan ook toegejuicht.

MEER AANDACHT VOOR PROMS

Eén van de belangrijkste uitkomsten - zeker voor de patiënt- is de kwaliteit van leven. Binnen Santeon wordt dit gemeten met de EQ-5D (index score en thermometer). De ervaren symptomen van de gevolgen van artrose worden met de HOOS-PS (een verkorte vragenlijst) en een numerieke schaal voor pijn (in rust en bij activiteit) gemeten. Bij alle patiënten die gediagnostiseerd worden met heupartrose worden Patient Reported Outcome Measures (PROMs) afgenomen. PROMs bieden patiënten en orthopeden de mogelijkheid inzicht te krijgen in de uitkomst van behandeling en eventuele patiëntgerichte nazorg. Momenteel krijgen alleen patiënten die geopereerd worden (totale heupprothese) PROMs voorgelegd; vóór de operatie en drie en twaalf maanden na operatie (zie **FIGUUR 11 EN 12**).

Er is daarmee, via PROMs, geen zicht op het functioneren, de pijn en kwaliteit van leven van de

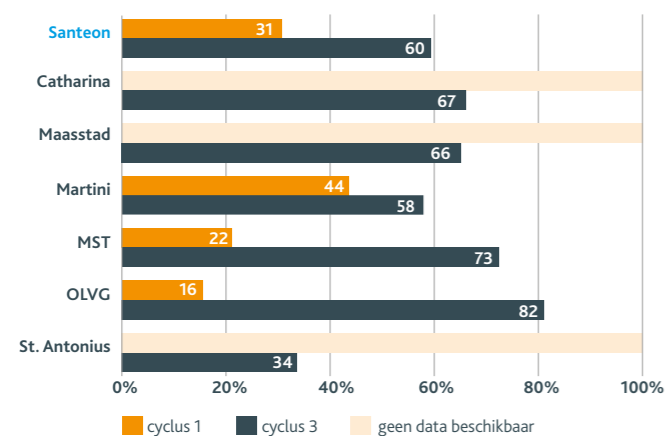
heupartrose patiëntengroep die niet geopereerd is. Zij ontvangen alleen de vragenlijst bij aanvang van de behandeling. Deze informatie zou kunnen helpen bij de besluitvorming rondom de keuze om wel of niet te opereren.

Het responspercentage van PROMs is in alle ziekenhuizen toegenomen in vergelijking met cyclus 1. In Medisch Spectrum Twente is een analyseteam samengesteld bestaande uit een teamhoofd en een secretaresse, die verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van PROMs. De respons wordt gecontroleerd en patiënten krijgen een herinneringsmail of telefoontje als deze uitblijft. Hierdoor is het responspercentage toegenomen. In het Martini Ziekenhuis ontvangen patiënten een digitale vragenlijst als intake om de voorgeschiedenis en relevante omstandigheden van klachten te inventariseren (Digitale Auto Anamnese: DAA) PROMs zijn onderdeel van deze vragenlijst. Patiënten ontvangen de vragenlijst voorafgaand aan het eerste consult. Hierdoor heeft de orthopedisch chirurg een goed beeld van de klacht(en) en de reden van de patiënt om de poli Orthopedie te bezoeken. Daarnaast komen patiënten, door de vragenlijst van tevoren in te vullen, beter voorbereid op het consult. DAA en PROMs stellen de orthopedisch chirurg en patiënt in staat tijdens het consult gerichte vragen aan

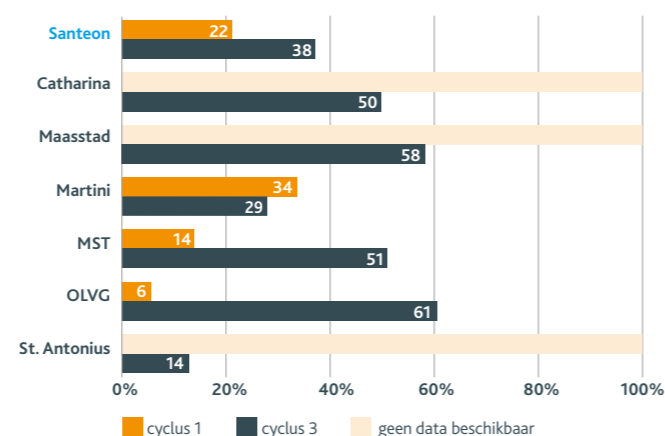


V.l.n.r. Heleen Hoogeveen, data-analist Martini Ziekenhuis, Susanne Tielemans, data-analist Catharina Ziekenhuis, Yvette van der Zande- van Gestel, data-analist Catharina Ziekenhuis, Daisy Pieterse, data-analist Santeon en Harmke Groot, data-analist OLVG

FIGUUR 11 Respons PROMs preoperatief



FIGUUR 12 Respons PROMs 3 maanden postoperatief



elkaar te stellen. Het relatief lage responspercentage op 3 maanden na heupvervangings in 2017 in het Martini Ziekenhuis is een onderschatting. Een deel van de in 2017 geopereerde patiënten heeft namelijk vanwege een orthopedie onderzoek (Polada 2) in deze periode, een andere vragenlijst ingevuld dan de reguliere PROMs. Daarbij blijkt het, door een veelheid aan taken en werkzaamheden, voor de orthopedieconsulten lastig patiënten consequent na te bellen bij het niet invullen van de vragenlijst. Met het aannemen van een onderzoeksmedewerker streeft het Martini Ziekenhuis ernaar op korte termijn een verhoging van de respons evenals een terugkoppeling van PROMs informatie naar orthopeden te realiseren. Ook OLVG is gestart om DAA te implementeren.

Daarbij wordt naast de huidige ziekte-specifieke PROMs de meerwaarde en haalbaarheid van implementatie van een generieke PROM onderzocht. Uit een evaluatie is gebleken dat een werkwijze waarbij specifieke aandacht is voor het uitzetten van de lijsten en het nabellen van patiënten nodig is. Om dit te kunnen realiseren zal een medewerker of verpleegkundige worden aangesteld om zowel de respons van de digitale intake als van de PROMs te verhogen. Met betere analyses en terugkoppeling kunnen de resultaten van de behandeling inzichtelijk gemaakt worden. Ook wordt bekeken in hoeverre de inzichten verkregen uit PROMs beter benut kunnen worden ten behoeve van de individuele patiënt in de zorg na de operatie. Hiervoor is het responspercentage essentieel.



ANNEMIEKE GROENESTIJN
PROJECTLEIDER
MAASSTAD ZIEKENHUIS

ROALD VAN LEEUWEN
PROGRAMMALEIDER
SANTEON

SAMYRA KEUS
PROJECTLEIDER
OLVG

BART AMENT
CANISIUS WILHELMINA
ZIEKENHUIS

MARJAN GORT
PROJECTLEIDER
MARTINI ZIEKENHUIS

Bijlage 1

De verbetererteams



Hoe nu verder?

'Het vergelijken van uitkomsten die echt van belang zijn voor onze patiënten is een eenvoudig en ook heel krachtig idee. Elke keer als ik de kans heb aanwezig te zijn bij een van onze verbetereteambijeenkomsten, dan valt me op hoe gedreven de medisch professionals zijn om de zorg continu beter te maken. De vergelijking biedt regelmatig verrassende inzichten en is alleen mogelijk dankzij de openheid en professionaliteit van onze artsen, verpleegkundigen en VBHC-specialisten. Het feit dat patiënten deelnemen in deze bijeenkomsten zorgt ervoor dat het gesprek over onderwerpen gaat die voor hen van belang zijn. Door dit ook voor kosten te doen, dragen we bij aan onze ambitie om zo goed mogelijke zorg te bieden, en die ook betaalbaar te houden. We hebben ons wel afgevraagd of we onze VBHC methodiek en de cijfers zomaar in een rapport naar buiten moeten brengen.

We doen dat omdat we geloven dat transparantie belangrijk is in de zorg. Door open te zijn kunnen we leren van elkaar, en van anderen. En kunnen anderen hopelijk leren van ons. We hopen dan ook dat anderen dit voorbeeld zullen volgen.

Dit rapport laat ook zien dat we nog stappen te maken hebben. Zo hebben we onze data op Patient Reported Outcome Measures (PROMs) nog niet gedeeld. Onze verwachting is dat we dat de volgende keer wel kunnen doen, als we een grotere groep patiënten hebben die onze vragenlijsten hebben ingevuld. Veel belangrijker is natuurlijk dat we nog verbetermogelijkheden zien die van belang zijn voor onze patiënten: Daar zullen we ons hard op blijven inzetten in Santeon verband.'

Pieter de Bey, Directeur Santeon

BIJLAGE 1 BETROKKEN VERBETERTEAMS

CANISIUS WILHELMINA ZIEKENHUIS

Dit ziekenhuis heeft niet deelgenomen aan de eerste drie cycli waarvan we hier de resultaten delen.

CATHARINA ZIEKENHUIS

| | |
|---------------------------------|------------------------------|
| Niek Schepel | Orthopedisch chirurg |
| Rob Lanfermeijer | Ervaringsdeskundige |
| Judith Wilmer | Klinisch Geriater |
| Kim Bijleveld | Anesthesioloog |
| Marieke van der Steen | Wetenschappelijk onderzoeker |
| Gerard Kiebert | Fysiotherapeut |
| Mariette Stellenboom | Verpleegkundig specialist |
| Ilse-Marita Smeulders | Senior verpleegkundige |
| Kim Hommeles | Senior verpleegkundige |
| José Meulepas | Projectleider |
| Yvette van der Zande-van Gestel | Data-analist |
| Susanne Tielemans | Data-analist |

MAASSTAD ZIEKENHUIS

| | |
|-----------------------|--------------------------------|
| Pieter Bakx | Orthopedisch chirurg |
| Christiaan Verhelst | Regie verpleegkundige |
| Seppie Koopman | Anesthesioloog |
| Robbert Boer | Fysiotherapeut |
| Elise Husaarts | Fysiotherapeut |
| Maxime Frank | Arts-assistent orthopedie |
| Karin Kraaijeveld | Physician assistant orthopedie |
| Ina Molegraaf | Transfer verpleegkundige |
| Hetty ten Oever | Teamleider verpleegafdeling |
| Renee Vis | Teamleider polikliniek |
| Rob de Vogel | Manager orthopedie |
| Martijn Kuijper | Data-analist |
| Gerdine Pols | Data-analist |
| Ellen Parent | Projectleider |
| Annemieke Groenestijn | Projectleider |

MARTINI ZIEKENHUIS

| | |
|--------------------|----------------------|
| Carina Gerritsma | Orthopedisch chirurg |
| Bas ten Have | Orthopedisch chirurg |
| Hieke van der Veen | Unithoofd |
| Sonja Niemeijer | Zorgcoördinator |
| Steven Bijlholt | Recovery APS |
| Anita ten Hage | Anesthesioloog |
| Tjerk Munsterman | Fysiotherapeut |
| Lidy van Lente | Fysiotherapeut |
| Marjan Gort | Projectleider |
| Heleen Hoogeveen | Data-analist |

MEDISCH SPECTRUM TWENTE

| | |
|-----------------------|-------------------------------------|
| Elgun Zeegers | Orthopedisch chirurg |
| Claar Bijleveld | Anesthesioloog |
| Anita Mulder | Verpleegkundig specialist |
| Inge van Keulen | Verpleegkundige |
| Michelle Bisschop | Secretaresse polikliniek orthopedie |
| Melanie Mecking | Fysiotherapeut |
| Sandra Oude Wesselink | Data-analist |
| Elly Huiskes | Projectleider |
| Sylvia de Mey | Ervaringsdeskundige |

OLVG

| | |
|----------------------|-------------------------------------|
| Rudolf Poolman | Orthopedisch chirurg |
| Sacha Deetman | Ervaringsdeskundige |
| Ruud Stokvis | Ervaringsdeskundige |
| Irina Meyers | Verpleegkundig specialist |
| Annabeth Groeneveld | Verpleegkundig specialist |
| Berber Selten | Verpleegkundige/ teamleider |
| Helma Meijer | Verpleegkundig specialist geriatrie |
| Jelmer Jager | Fysiotherapeut |
| Vanessa Scholtes | Beleidsadviseur orthopedie |
| Rogier Jansen | Medisch microbioloog |
| Carolien Vinkesteijn | Operationeel manager |
| Amanda Klaassen | Stafmedewerker orthopedie |
| Rik Nienhuis | ANIOS |
| Doeke Bijlmakers | Data-analist |
| Samyra Keus | Projectleider |

ST. ANTONIUS ZIEKENHUIS

| | |
|-----------------------|------------------------|
| Remmelt Veen | Orthopedisch chirurg |
| Christel Braaksma | ANIOS-orthopedie |
| Gijs Jansen | Fysiotherapeut |
| Saskia Visser | Senior verpleegkundige |
| Sara Bolle | Fysiotherapeut |
| Sjors van de Maat | Afdelingshoofd |
| Trudy Hermans | Poli assistent |
| Wencke Ameling | Teamhoofd |
| Wouter van Maarseveen | Manager |
| Karin de Gooijer | Data-analist |
| Jos Kroon | Projectleider |

SANTEON

| | |
|---------------------|------------------------------------|
| Roald van Leeuwen | Programmableider |
| Coco Levendag | Adviseur |
| Jos Hendriks | Data-analist |
| Hetty Prinsen | Datamanager |
| Daisy Pieterse | Data-analist |
| Lea Dijkman | Adviseur |
| Annemarie Haverhals | Programmableider tot december 2017 |

BIJLAGE 2 EXPERTS

WIJ BEDANKEN DE INTERNATIONALE ACADEMISCHE ADVIESRAAD VOOR INZICHTEN OP DE GEBRUIKTE METHODOLOGIE:

Prof. Fred van Eenennaam, Program Coordinator the Decision Group

Prof. Grant T. Savage, Professor of Management, Co- Director, Series Editor George Washington University

Prof. Søren M. Bentzen, Director of the Biostatistics Shared Service University of Maryland

Prof. dr. Valery Lemmens, Hoofd Onderzoek EMC/IKNL

COLOFON

Tekst en redactie

Lea Dijkman

Coco Levendag

Samyra Keus

Maartje Wielders

Marloes de Wit

Vormgeving

Telvorm grafische vormgeving

Fotografie

Joris Lugtigheid

Hans Moinat

Manja Herreburgh

© Santeon 2018

Publicatie: juni 2018

Alle rechten voorbehouden

Meer informatie

Santeon

Herculesplein 38

3584 AA Utrecht

info@santeon.nl

+31 30 25 24 180

www.santeon.nl

‘WAT WE DOEN
IS DE ZORG
VERBETEREN
SAMEN MET DE
PATIËNT DOOR
HET DELEN
VAN KENNIS EN
INZICHTEN UIT
DE DAGELIJKSE
PRAKTIJK’

ROALD VAN LEEUWEN,
PROGRAMMALEIDER SANTEON



Santeon Herculesplein 38, 3584 AA Utrecht, info@santeon.nl, www.santeon.nl

Canisius Wilhelmina Ziekenhuis Weg door Jonkerbos 100, 6532 SZ Nijmegen

Catharina Ziekenhuis Michelangelolaan 2, 5623 EJ Eindhoven

Maastad Ziekenhuis Maastadweg 21, 3079 DZ Rotterdam

Martini Ziekenhuis Van Swietenplein 1, 9728 NT Groningen

Medisch Spectrum Twente Koningsplein 1, 7512 KZ Enschede

OLVG Oosterpark 9, 1091 AC Amsterdam • Jan Tooropstraat 164, 1061 AE Amsterdam

St. Antonius Ziekenhuis Soestwetering 1, 3543 AZ Utrecht • Koekoekslaan 1, 3425 CM Nieuwegein