

SYMPOSIUM 12 APRIL
DOELMATIGHEID
VAN ZORG 2017

DOELMATIG EN KOSTENBEWUST LEREN DENKEN EN WERKEN



PROJECTENBOEK
DOELMATIGHEIDSPRIJS 2017



PROJECTENBOEK DOELMATIGHEIDSPRIJS 2017

Introductie













Doelmatigheid, jouw kwaliteit? Met deze vraag opende eind 2016 de inschrijving voor de Doelmatigheidsprijs 2017. Aios konden vervolgens tot 31 december 2016 een project indienen dat bijdraagt aan doelmatig leren denken en handelen. In totaal gaven 30 aios gehoor aan de oproep. De jury, bestaande uit een aios, een medisch specialist, een doelmatigheidsexpert en een manager, verbonden aan de medische vervolgoedingen OOR ZON, nomineerde er twaalf.

Waarom een prijs?

Doelmatig leren denken en handelen is cruciaal: we willen allemaal de best mogelijke kwaliteit van zorg tegen verantwoorde kosten. Ook in de opleiding tot specialist komt steeds meer aandacht voor dit maatschappelijk relevante thema. Met de Doelmatigheidsprijs, een initiatief van OOR ZON, willen we aios stimuleren om met een kritische blik te kijken naar de praktijk van alledag en te zien waar verbeteringen mogelijk zijn om zo de zorg te optimaliseren.

In dit projectenboek vindt u de ingezonden projecten*, waaronder de twaalf genomineerden. Laatstgenoemden presenteren hun project op het symposium, waarna de winnaar bekend wordt gemaakt.

De genomineerden zijn (in willekeurige volgorde):

Kostenbewustzijn	Choosing wisely	Risicomanagement & ethiek
<p> SMS-herinneringen op de polikliniek ziekenhuis-psychiatrie – een prospectief onderzoek op kostenaspecten Ingediend door: Boris Klingenberg • MUMC+</p>	<p> Samen beslissen in de dagelijkse praktijk Ingediend door: Michiel Hageman • AMC</p>	<p> Aap – Noot – Nier Ingediend door: Florine Schlatmann • Rijnstate Arnhem</p>
<p> Kostenbewustzijnsproject Ingediend door: Evelien Peeters • UMCU</p>	<p> De diagnostische meerwaarde van open access gastroduodenoscopieën Ingediend door: Femke Crouwel • Noordwest Ziekenhuisgroep</p>	<p> One-stop poli voor recidiverende urineweginfecties Ingediend door: Fleur van den Heijkant • MUMC+</p>
<p> ECG-geleid plaatsen PICcatheter Ingediend door: Arthur Bloemen • VieCuri MC</p>	<p> Price wise Ingediend door: Iris de Ridder • Huisartspraktijk Huisman & Veenstra</p>	<p> Online courses over organisatie, financiën en leiderschap in de zorg Ingediend door: Gerrie Prins • Erasmus MC</p>
<p> Doelmatigheid van tijd en financiën bij de cervix brachytherapie Ingediend door: Maaïke Beugeling • Erasmus MC</p>	<p> Luchtverwijders via vernevelaar of via inhalator Ingediend door: Wouter van Geffen • MC Leeuwarden</p>	<p> Voorkomen van infecties door het aanpassen van antibioticaprofylaxe voor prostaatbiopten Ingediend door: Karlijn van Herpen • Catharina Ziekenhuis</p>

* Dit projectenboek vindt u ook op www.bewustzijnsproject.nl. De projectteksten zijn aangeleverd door de aios.

Inhoud

1. SBAR kaart psychiatrie.....	5
2. Gewrichtsdistractie als behandeling voor duimbasisartrose.....	6
3. ECG-geleid plaatsen PICcatheter.....	7
4. Verwondering en verbetering door de a(n)ios.....	8
5. Doelmatigheid van tijd en financiën bij de cervix brachytherapie.....	10
6. De Patient-Journey App, optimaliseren van informatievoorziening.....	11
7. Longchirurgie: sneller van diagnose naar therapie.....	13
8. SMS-herinneringen op de polikliniek ziekenhuis-psychiatrie – een prospectief onderzoek op kostenaspecten.....	15
9. Patiënt met taalbarrière.....	16
10. PROM na Robot Prostatectomie.....	18
11. Thromboseprofylaxe GE-Oncologie: Update naar landelijke richtlijn.....	19
12. Follow up na (poli)klinische revalidatie bij CVA en dwarslaesie patiënten.....	20
13. De diagnostische meerwaarde van open access gastroduodenoscopieën.....	21
14. One-stop poli voor recidiverende urineweginfecties.....	23
15. Aap-Noot-Nier.....	25
16. Online courses over organisatie, financiën en leiderschap in de zorg.....	28
17. Price wise.....	30
18. Expectation modification in knee arthroplasty.....	31
19. Voorkomen van infecties door het aanpassen van antibioticaprofylaxe voor prostaatbiopten.....	33
20. ROUTiNE-studie.....	35
21. Gericht behandelen van osteoporotische wervelinzakkingsfracturen.....	36
22. Structured Reporting in Radiology and beyond.....	37
23. Samen beslissen in de dagelijkse praktijk.....	39
24. de PORTRET-tool.....	41
25. Kostenbewustzijnsproject.....	43
26. Evidence-based en patiëntgerichte beslissingsondersteuning met	
27. Optimalisatie organisatie poliklinische zorg systemische auto-immuunziekten.....	48
28. MUMC+ Esthetisch Centrum; niet vergoede en state-of-the-art cosmetische zorg op Academisch niveau.....	49
29. Luchtverwijders via vernevelaar of via inhalator.....	51
30. INVOLVED - Innovatieve Visuele Educatie.....	52

1 SBAR kaart psychiatrie

Auteur: Abdulhaq Compier
 Instelling en specialisme: GGNet, psychiatrie
 Datum start: 05-01-2016

Probleemstelling

Er is geen instrument beschikbaar voor een efficiënte en volledige medische overdracht binnen de psychiatrie. Als gevolg hiervan zijn de overdrachten binnen de psychiatrie onvoorspelbaar, vaak onnodig lang en onvolledig.

Doelstelling

Ontwikkelen van een instrument voor medische overdracht binnen de psychiatrie. En efficiënte medische overdracht in de psychiatrie.

Plan van Aanpak

Er werd gezocht naar voorbeelden in de literatuur. Voor de psychiatrie werden geen precedentes gevonden. Voor de somatische geneeskunde ontwikkelde het Amerikaanse leger de SBAR (situation-background-assessment-recommendation) methode. Deze methode is inmiddels veelvuldig en met succes in gebruik in somatische ziekenhuizen. Voor het psychiatrische instrument werd de SBAR-methode aangepast voor de psychiatrie.

Behaalde resultaten

Het eerste psychiatrische SBAR-instrument werd ontwikkeld door Abdulhaq Compier en gepubliceerd door Afiya gezondheidszorg te Almere.

TALK TO ME IN SBAR! PSYCHIATRY

S SITUATION
Ik ben ... op afdeling ... | op een huisbezoek.
Ik bel over [NAAM] [GEB. DAT.]. Ik wil overleggen over: medicatie | suicidaliteit | agressie | ...

B BACKGROUND
Het gaat om een [LEEFTIJD] jarige [GEB. DAT.] in behandeling bij [AMBULANT BEHANDELAAR] voor [DIAGNOSE]. Er is vaker | nooit sprake geweest van [HUIDIG PROBLEEM]. [Toen werd besloten tot ... met als resultaat ...] Onze huidige beoordeling was in het kader van: een verzoek van de huisarts | specialist ... | opname op onze afdeling sinds ...

A ASSESSMENT
Wij zagen een man die een [sombere | verwarde | oninvoelbare | ...] indruk maakt. Hij zegt niet te kunnen slapen | zichzelf iets aan te willen doen | ...
Verder zijn de volgende feiten van belang: [HETEROANAMNESE OF OMSTANDIGHEDEN].
Wij denken dat er sprake is van [PROBLEEM] in het kader van [DIAGNOSE]. [Of: Wij weten niet wat het probleem is maar wij vertrouwen het niet].

R RECOMMENDATION
Wij stellen voor: medicatie | opname op gesloten afdeling | ... [Of: Wij willen dat u langs komt.]

Helpt deze lijst je bij het beschrijven van je indrukken?

Sombere	Verward	Zonderling	Eerterug
Angstig	Getweld	Theatraal	Bewegelijk
Boos	Oninvoelbaar	Hulpeloos	Zwekbegaafd
Overspannen	Achterdochtig	Slagend	Gedrammerd
Wanhopig	Ontremt	Zelfingenomen	Regressief
Vermoeid	Eufor	Afhankelijk	
Geagiteerd	Dysfoor	Geremd	Adequat
Geedeerd	Dreigend	Dwangmatig	

Helpt deze lijst je bij het nadenken over omstandigheden?

- Er is in de voorgeschiedenis sprake geweest van gevaar
- Patiënt gebruikt drugs of alcohol of is recent gestopt
- Er zijn kinderen of ouderen in huis
- Het steunstelsel is overbelast | er is geen steunstelsel
- De versieging is angstig (boos) | heeft de rug niet meer
- Er zijn omstandigheden die het begrijpelijk maken dat patiënt boos, angstig of somber is
- Patiënt heeft onaangename gedachten maar wil ze niet denken
- Patiënt heert koorts, pijn of andere tekenen van somatisch ziek zijn
- Patiënt ondergaat momenteel somatische behandeling
- Patiënt is recent met medicatie gestart | neemt de volgende medicatie die invloed zouden kunnen hebben op zijn toestand/beeld:

The Dutch Psychiatry SBAR tool 1.0

De "SBAR" kaart is ontwikkeld in het kader van de VS en werd aangepast voor de gezondheidszorg door M. Lammert et al. (2014). Deze versie van de psychiatrie werd ontwikkeld door Abdulhaq Compier © 2015. Opmerkingen ter verbetering zijn van harte welkom. Bestellen is gratis op: afiya@afiyazorg.nl of via de website: www.afiyazorg.nl

Evaluatie / borging

Het instrument is inmiddels bij verschillende artsen en psychiaters in gebruik, die positief reageren op de methode. In de loop van 2017 zullen onderzoeksprojecten worden opgezet om de doelmatigheid van het instrument in kaart te brengen.

2 Gewrichtsdistractie als behandeling voor duimbasisartrose

Auteur: Anne Spaans
Instelling en specialisme: UMC Utrecht, orthopedie
Datum start: 01-01-2014

Probleemstelling

Duimbasisartrose is een vaak voorkomende aandoening, die bij 36% van de Nederlanders boven de 55 jaar voorkomt, vaker bij vrouwen. Mensen ervaren vaak pijn aan de basis van de duim, waardoor ze hun handen slechter kunnen gebruiken wat problemen kan geven zowel tijdens werk-activiteiten als tijdens algemeen dagelijkse handelingen. Huidige behandelingsopties hebben allen hun voor- en nadelen, maar niet één behandeling geeft tot op heden geheel bevredigende resultaten.

Verschillende studiegroepen wereldwijd hebben eindstadium artrose van enkel en knie behandeld middels distractietherapie met uitstekende resultaten. In deze studies is ook herstel van gewrichtskraakbeen aangetoond. Deze uitstekende resultaten kunnen mogelijk ook van toepassing zijn op bij patiënten met artrose van het duimbasisgewricht.

Doelstelling

Het verminderen van pijn en verbeteren van handfunctie bij patiënten met symptomatische duimbasisartrose.

Plan van Aanpak

In eerste instantie is een pilotstudie uitgevoerd bij 5 patiënten met symptomatische duimbasisartrose. Tijdens een operatie is een uitwendig frame over het duimbasisgewricht geplaatst, dit is met 4 kleine metalen pennen in de botten aan weerszijden van het duimbasisgewricht vastgezet. Het frame is 8 weken later verwijderd en nadien is gestart met opbouwen van beweging en belasting van het duimbasisgewricht. Patiënten werden zowel voor als op bepaalde tijdstippen na de operatie gezien en er werden metingen uitgevoerd en vragenlijsten ingevuld.

Behaalde resultaten

Er werden 5 vrouwelijke patiënten geïnccludeerd met een leeftijd tussen 41 en 61 jaar. Twee jaar na de operatie ervaren de patiënten minder pijn en een betere functie van de hand. De kracht nam ook toe. Er waren geen technische problemen met de distractor. Eén patiënt had een lokale pingsang infectie die succesvol kon worden behandeld met orale antibiotica.

Evaluatie / borging

De patiënten zullen minimaal tot 5 jaar na de operatie worden gevolgd. Daarnaast willen we, vanwege de goede resultaten in deze studie, verdergaan met het uitvoeren van deze behandelingsoptie voor patiënten met symptomatische duimbasisartrose.



ECG geleid plaatsen PICcatheter

Auteur: Arthur Bloemen
 Instelling en specialisme: VieCurie Medisch Centrum, algemene chirurgie
 Datum: 01-01-2016

Probleemstelling

Elke week plaatst de afdeling chirurgie in het Viecuri MC 5 tot 10 Peripherally Inserted Central Catheters (PICcatheters) bij patiënten om parenterale voeding, medicatie of vocht toe te dienen. Deze centrale lijnen werden ingebracht onder röntgendoorlichting op de operatiekamer, op de acute operatielijst. Deze werkwijze vormde een belasting voor patiënt (wachtijden), behandelaar (blootstelling aan röntgenstraling) en operatiecomplex (bezetting operatiekamer en -personeel, ook buiten kantooruren).

Doelstelling

Belasting verlagen voor patiënt, behandelaar en operatiecomplex

Plan van Aanpak

1. inventarisatie huidige praktijk; steekproef december 2015 - januari 2016
2. (literatuur)onderzoek naar alternatieve inbrengtechnieken en -locaties
3. proefperiode nieuwe ECG-geleide techniek op alternatieve locatie; recovery
4. Evaluatie en intervisie met alle betrokkenen
5. Implementatie aangepaste procedure in dagelijkse praktijk

Behaalde resultaten

- PICcatheters worden nu vrijwel altijd op de dag van aanvraag geplaatst
- Geen wachttijd voor patiënt op holding OK
- Werknemers worden niet meer blootgesteld aan röntgenstraling
- Operatiekamer en -personeel is beschikbaar voor andere taken, op recovery geen extra personeel nodig.
- Ondanks hogere materiaalkosten leidt bovenstaande al tot een netto kostenbesparing na het eerste jaar van ingebruikname.

Evaluatie / borging

intervisie met betrokkenen vond plaats in derde kwartaal 2016. Evaluatie na 6 maanden nieuwe praktijk zal plaatsvinden in 2017.

4 Verwondering en verbetering door de a(n)ios

Auteur: Ashley De Bie Dekker
 Instelling en specialisme: Catharina Ziekenhuis, interne geneeskunde
 Datum: 01-01-2015

Probleemstelling

Bij het wisselen van stageplekken binnen de interne geneeskunde verwonderen de A(N)IOS zich over de logistiek en klinische problemen die op de loer liggen op de nieuwe stageplek. Met hun frisse blik kunnen ze deze problemen bloot leggen en aanpakken gedurende hun stage.

Doelstelling

Lokale implementatie van een "verwonder en verbeter project"; Het verbeteren van klinische en logistieke organisatie op de Internistische ziekenhuisafdelingen. In combinatie met de ontwikkeling van bepaalde CANMEDS, maatschappelijk handelen en organiseren, van de A(N)IOS.

Plan van Aanpak

1. Observatie en detectie van logistieke problemen op de klinische afdelingen.

De assistenten doorlopen stages van 4 maanden op de volgende afdelingen:

- Interne Geneeskunde (V15)
- Dialyse en MDL (V14)
- Oncologie (MDO 5W)
- SEH
- Consulten
- Polikliniek Interne Geneeskunde/MDL/MDO.

Na 2 weken, sinds aanvang van de stage, ontvangt iedere assistent een mail van het "Verwonder & Verbeter"-team en antwoordt de assistent met het grootste probleem waar de assistent tot dan toe op de afdeling is aangelopen.

2. Benoemen van de grootste problemen.

Het "Verwonder & Verbeter"-team selecteert per afdeling een top 3 van de problemen op de afdelingen. Enkele dagen voor de complicatiebespreking wordt deze top 3 per afdeling over de e-mail, ter voorbereiding, verzonden.

3. Delegeren van het aanpakken voor de problemen.

Tijdens de complicatiebespreking worden de top 3 per afdeling besproken en kan per afdeling iedere assistent een probleem op zich nemen om daarvoor een oplossing te vinden.

4. Aanpakken van het probleem.

De assistent zoekt uit hoe en met wie hij het probleem kan aanpakken. Tijdens het tussentijdse evaluatiegesprek bespreekt de assistent het plan van aanpak met de supervisor van de afdeling.

5. Terugkoppeling en beoordeling.

De assistent koppelt in het eindgesprek aan de supervisor en tijdens de eerstvolgende complicatiebespreking het behaalde resultaat terug. Door de supervisor kan de assistent voor zijn aanpak van het probleem worden beoordeeld met een KKB.

Behaalde resultaten

Drie voorbeelden:

1. Verwondering:

Tromboflebitis bij 3-4 patiënten (Complicatiebespreking)

Onduidelijkheid startdatum mandrin

Verbetering:

AIOS neemt dit op zich:

- gesprek: Verpleging, afdelingsmanager & ICT
- opties verbeteringen: Invasief hulpmiddel documenteren in het elektronische patiëntendossier.

2. Verwondering: Complicatiebespreking: verhoogd aantal valincidenten (ook VMS kwaliteitsindicator).

Verbetering: AIOS neemt deze verwondering op zich:

- Gesprek: aandachtsvelden verpleging + fysiotherapeut
- Conclusie: meer aandacht valrisico, dagelijks.
- Plan van aanpak (AIOS i.c.m. alle partijen):
 - nieuwe opname: valscreening door verpleegkundigen.
 - verhoogd risico dagelijks bespreken bij ochtendvisite.

3. Verwondering: Langdradige eenzijdig ochtendoverdracht.

Verbetering: AIOS + Internist:

- plan van aanpak a.d.h.v. "verbetering dienstoverdracht" (NIV1).
- implementatie en uitvoering
- enquête ter evaluatie door AIOS: 100% eens met het feit dat de dienstoverdracht is verbeterd met de nieuw stijl.

Evaluatie / borging

Het is een cyclisch fenomeen dat iedere 4 maanden in de complicatiebespreking wordt besproken met behaalde resultaten en nieuwe verwonderingen. Door het te koppelen aan een korte klinische beoordeling (KKB) is er ook nog erkenning voor de desbetreffende A(N)IOS.



Doelmatigheid van tijd en financiën bij de cervix brachytherapie

Auteur: Maaïke Beugeling
 Instelling en specialisme: Erasmus MC, radiotherapie
 Datum start: 01-09-2016

Probleemstelling

Cervix brachytherapy (inwendige bestraling) is voor zowel de patiënt als de afdeling een ingrijpende, tijdrovende behandeling. In bestralingsinstituten wordt de logistiek van cervix brachytherapie verschillend geregeld. Hierdoor zijn er verschillen in de tijdsinvestering (van patiënte en personeel) en financiële investering. Per 2015 kan er niet meer voor elke losse brachytherapie behandeling gedeclareerd worden, maar alleen eenmaal een totaalprijs. Afdelingen weten niet wat hun behandeling kost en of ze winst of verlies maken hierop.

Wie doet de implantatie? Wie maakt de dosisplanning? Maak je een MRI-scan in eigen beheer of heb je een vast tijdslot gekocht? Ligt de patiënte op een verpleegafdeling of een dagopname? Wordt er bestraald in een operatiekamer met voldoende lood afdekking of in een omgebouwde bestralingsbunker? Dit zijn zomaar wat vragen die overal anders beantwoord worden. Wat kunnen we leren van elkaar en kan het meer gestroomlijnd worden?

Doelstelling

Cervix brachytherapie kwalitatief van hetzelfde niveau, maar een geoptimaliseerde behandeling, die voor de patiënte minder tijd kost en voor de afdeling minder kosten heeft.

Plan van Aanpak

1. Met een vragenlijst de diverse pattern of care vaststellen bij de instituten.
2. Bij een aantal instituten timen hoe lang elke groep (patiënte, arts, laborant, klinisch fysicus) bezig is.
3. Gesprekken met financiële medewerkers over de diverse geldstromen. Welke DBC wordt ingediend, wat is de marge erop etc.
4. Vaststellen wat de cervix brachytherapie per afdeling eigenlijk kost.
5. Contact met de IKNL en RIVM over de te verwachten aantal patiënten in de toekomst.
6. De uitkomsten bundelen en presenteren op het Landelijke Platform Radiotherapie Gynaecologische Tumoren, zodat andere instituten hun eigen aanpak kunnen veranderen.

Behaalde resultaten

Er zijn al grote stappen gemaakt. De vragenlijst is klaar, gesprekken met financiële medewerkers vinden plaats. De cursus "Inleiding ziekenhuisfinanciën" is gevolgd. Contact met de IKNL en RIVM heeft plaats gevonden. De afspraken zijn gemaakt om mee te kijken bij andere instituten.

In april loopt het project ten einde en verwacht ik de uitkomsten te kunnen presenteren.

Evaluatie / borging

Door de uitkomsten te bundelen en te presenteren op het Landelijk Platform Radiotherapie Gynaecologische Tumoren verwacht ik dat er draagkracht is om veranderingen in de bedrijfsvoering te bewerkstelligen.

6 De Patient-Journey App, optimaliseren van informatievoorziening

Auteur: Bert Boonen
 Instelling en specialisme: MUMC+, orthopedie
 Datum start: 11-10-2016

Probleemstelling

Op de afdeling orthopedie van het MUMC+ ondergaan veel patiënten een totale heupprothese of totale knieprothese. Het gaat in de overgrote meerderheid van de gevallen om gepland operatief ingrijpen. De preoperatieve processen, verloop van de opname en postoperatieve zorg voor deze patiënten lenen zich uitstekend voor protocollering. Dat heeft als consequentie dat patiënten voor aanvang van het traject een grote hoeveelheid informatie aangereikt krijgen om hen zo goed mogelijk doorheen dat hele traject te leiden en te begeleiden. Informatievoorziening verloopt in de meeste gevallen via een informatieklaapper. Hierin wordt alle informatie opgenomen van het totale traject. Gezien de veelheid aan informatie heeft dit als nadeel dat het overzicht verloren kan raken, waardoor de informatievoorziening op specifieke momenten in het proces alsnog suboptimaal is. Gebrekkige informatievoorziening zorgt voor stress en een onjuist verwachtingspatroon bij patiënten en familie, hetgeen de tevredenheid niet ten goede komt.

Doelstelling

Doel van het initiatief is om patiënten met behulp van een applicatie op mobiele telefoon of tablet van alle nodige informatie omtrent hun op handen staande operatie te voorzien. Voordeel hiervan is dat patiënten middels pushnotificaties, altijd direct en op het relevante moment op de hoogte kunnen worden gebracht van de belangrijkste zaken omtrent hun behandeling. De informatie komt op het juiste moment naar de patiënt toe, in plaats van dat de patiënt deze zelf moet gaan opzoeken/ophalen.

Plan van Aanpak

Het bedrijf Interactive Studio's heeft een applicatie voor mobiele telefoon en tablet ontwikkeld die eenvoudige, maar wel volledige informatievoorziening mogelijk maakt: de Patiënt Journey App. Voordeel van deze app is dat de inhoud steeds kan worden aangepast aan de lokale situatie in het ziekenhuis. Dit heeft als voordeel dat de informatie steeds up-to-date is, wat bij een papieren versie (bijna) niet te realiseren is. Verder worden de drukkosten van een papieren klapper vermeden, wat een besparing inhoudt voor het afdelingsbudget en de belasting op het milieu reduceert.

Omdat de app werkt met pushnotificaties worden patiënten tijdig op essentiële afspraken in het traject geattendeerd, bijvoorbeeld voor het stoppen van bloedverdunners pre-operatief. Met andere woorden, de informatie komt op het juiste moment naar de patiënt toe, in plaats van dat de patiënt deze zelf moet gaan opzoeken/ophalen.

Verder kan de app ook gedownload worden door familieleden van de patiënt, zodat zij over dezelfde informatie beschikken. Dit zorgt voor een grotere betrokkenheid van mantelzorgers bij het proces en de verwachting is dat het de patiënttevredenheid ten goede komt. Iedereen krijgt dan ook dezelfde informatie op hetzelfde moment – vanuit dezelfde bron.

Er is momenteel echter nog geen objectief onderzoek beschikbaar dat de toegevoegde waarde van de app precies kwantificeert. Dat zal dan ook een belangrijk doel zijn bij introductie van de app in het MUMC+.

De implementatie van de app zal over een aantal fasen verlopen.

1. Aanschaf van de software en samen met Interactive Studios exacte 'inhoud' van de app vastleggen o.b.v. bestaande protocollen. In eerste instantie voor 1 doelgroep: patiënten die een totale knie prothese zullen ondergaan.
2. Pilot draaien met app bij 20 patiënten. In deze groep wordt de app dan additioneel gebruikt t.o.v. de bestaande informatievoorziening. Op basis hiervan patiënttevredenheid met app in kaart brengen en optimaliseren inhoud/gebruikersgemak app voor implementatie op grotere schaal.
3. Indien ervaring pilot positief is: implementeren voor totale heup en totale knieprothesepatiënten.
4. Gerandomiseerd onderzoek waarbij naar volgende parameters gekeken zal worden: gebruiksgemak, daadwerkelijk toename patiënttevredenheid, valkuilen, reductie van aantal aanpassingen in tijdschema, toename betrokkenheid van familieleden/mantelzorgers bij proces.

Behaalde resultaten

De app is momenteel nog niet in gebruik in het MUMC. Er zijn derhalve nog geen resultaten beschikbaar. Wel wordt de app momenteel al in 26 andere ziekenhuizen gebruikt. Gebruikerservaringen zouden positief zijn, maar gedegen wetenschappelijk onderzoek ontbreekt: zie verderop.

Evaluatie / borging

De kosten voor het gebruik van de app bedragen 4800 euro per jaar. Voor dit bedrag wordt de licentie afgenomen, worden gewenste veranderingen m.b.t. de inhoud van de app doorgevoerd en wordt gezorgd voor technische ondersteuning zodat de app steeds op elke mobiele telefoon of tablet gebruikt kan worden (geen compatibiliteitsproblemen). Daarnaast zal een eenmalige investering van 1000 euro noodzakelijk zijn voor volgende zaken: styling app conform verzoek MUMC, behandelingen invoeren, app in stores zetten en uitleg op locatie.

Op dit moment wordt de app nog niet actief gebruikt in het MUMC, maar wel reeds op proef in een aantal andere ziekenhuizen. De ervaringen zijn over het algemeen vrij positief, echter ontbreekt goed wetenschappelijk onderzoek. Op moment dat de app in MUMC in gebruik genomen wordt, zal dat gekoppeld worden met wetenschappelijk onderzoek om de effectiviteit te evalueren. Dit zal, zoals eerder beschreven, inhouden:

1. Pilot draaien met app bij 20 patiënten. In deze groep wordt de app dan additioneel gebruikt t.o.v. de bestaande informatievoorziening. Op basis hiervan patiënttevredenheid met app in kaart brengen en optimaliseren inhoud/gebruikersgemak app voor implementatie op grotere schaal.
2. Gerandomiseerd onderzoek waarbij naar volgende parameters gekeken zal worden: gebruiksgemak, daadwerkelijk toename patiënttevredenheid, valkuilen, reductie van aantal aanpassingen in tijdschema, toename betrokkenheid van familieleden/mantelzorgers bij proces.

7 Longchirurgie: sneller van diagnose naar therapie

Auteur:	Linda Boonstra
Instelling en specialisme:	Erasmus MC / Albert Schweitzer Ziekenhuis, anesthesiologie
Datum start:	1-5-2016

Probleemstelling

Wanneer er een vermoeden bestaat dat een patiënt een ruimte-innemend proces in de long heeft, wordt de patiënt door de longarts verwezen naar de longchirurg. Deze zorgt voor het aanvragen van de benodigde extra aanvullende onderzoeken die nog niet eerder verricht waren en plaatst de patiënt op de lijst voor het multidisciplinair overleg (MDO). Indien de kans op een operatie groot geacht wordt, komt de patiënt vaak nog dezelfde dag bij de anesthesioloog, waarbij bemerkt wordt dat de patiënt weinig informatie met betrekking tot het bezoek aan de longchirurg en anesthesioloog kan reproduceren. Tot slot vindt de operatie plaats. De knelpunten in dit proces zitten hem in de variabele tijd tussen het stellen van de diagnose en het instellen van de therapie, de invulling van het MDO en het gebrek aan een specifiek tijdsplan voor de vervolgafspraken bij de diverse specialisten na het stellen van de diagnose.

Doelstelling

1. Verkorten van de tijd tussen het stellen van de diagnose en het starten van de behandeling, door het structureren van het tijdsplan tussen diagnose en therapie.
2. Het multidisciplinaire karakter van het zorgpad longchirurgie meer benutten.

Plan van Aanpak

Om bovenstaande doelstellingen te bereiken, zijn een aantal aanpassingen doorgevoerd in het proces:

- Allereerst is er een tijdspanne vastgesteld waarbinnen de diagnostiek en therapie verricht dient te worden. Het streven is om iedere patiënt binnen 3 weken het volledige traject te laten doorlopen. Deze tijdlijn start op het moment dat de patiënt besproken is tijdens het MDO.
- Om het tijdsplan meer te structureren, zijn er vaste dagen waarop de patiënt een afspraak krijgt bij de longchirurg, verpleegkundig specialist, fysiotherapeut en de anesthesioloog.
- Om de tijd tussen diagnose en therapie ook daadwerkelijk te kunnen verkorten, dienen de processen niet alleen meer gestructureerd te worden, maar dienen bepaalde processen ook naar voren gehaald te worden.

Behaalde resultaten

- Met betrekking tot het MDO zijn er een aantal punten veranderd. Dit MDO vindt nu wekelijks plaats op dinsdagmiddag. In aanvulling op de oude invulling van het MDO, zijn niet alleen de longarts, verpleegkundig specialist, longchirurg, radioloog, nucleair geneeskundige en patholoog aanwezig, maar zijn ook de anesthesioloog en een AIOS anesthesiologie aanwezig tijdens het MDO. Het doel is om gezamenlijk de operabiliteit van de patiënt in te schatten. Tevens wordt hiermee een leermoment voor de AIOS gecreëerd.
- Wat betreft het stroomlijnen van de polibezoeken vinden de drie afspraken bij de longchirurg, verpleegkundig specialist en fysiotherapeut plaats op de donderdag na het MDO. Op de vrijdag na het MDO zal de patiënt gezien worden door de anesthesioloog. In de planning voor de poli-afspraken zullen hiervoor wekelijks een tweetal plaatsen beschikbaar gesteld worden. Het bijkomende voordeel is dat de patiënt niet meer gezien wordt op de dag van het slechtnieuwsgesprek.

- Met betrekking tot het naar voren halen van bepaalde processen is onder andere de focus gelegd op het consult bij de cardioloog en het aanvragen van de aanvullende onderzoeken. Zo hebben veel patiënten die longchirurgie ondergaan een indicatie voor een consult bij de cardioloog. Deze poli's zijn vaak druk en het is lastig om een plek te reserveren. Door al op een eerder moment de indicatie voor het consult te stellen, kan er eerder een afspraak ingepland worden. Hiervoor is in overleg met de cardiologen een stroomschema opgesteld als leidraad voor de longarts en longchirurg. Tevens zullen ook de aanvullende onderzoeken die de anesthesioloog normaliter verricht, al eerder aangevraagd worden, zodat deze al bekend zijn op de dag van het bezoek aan de anesthesioloog. Het voordeel is dat de anesthesioloog dan het volledige beeld heeft van de patiënt en direct een goed oordeel kan vellen over de gezondheidstoestand van de patiënt.
- Tot slot zijn er zowel op het gebied van de longchirurgie, anesthesiologie als intensive care inhoudelijke richtlijnen opgesteld met betrekking tot het te voeren beleid rondom de longchirurgische ingreep.

Evaluatie / borging

Door middel van het verkorten van de tijd tussen het stellen van de diagnose longcarcinoom en het starten van de therapie, kunnen patiënten eerder behandeld worden. Belangrijk hierbij is om oog te houden voor de kwaliteit van zorg. Door de processen meer te structureren, meer gebruik te maken van de expertise van de verschillende betrokkenen en bepaalde processen ook naar voren te halen, kan de kwaliteit gewaarborgd blijven en mogelijk zelfs verbeteren.



SMS-herinneringen op de polikliniek ziekenhuis-psychiatrie – een prospectief onderzoek op kostenaspecten

Auteur:	Boris Klingenberg, Roger Konings, Maddy Duijzings, Linda Visser, Jacqueline Strik, Carsten Leue.
Instelling en specialisme:	MUMC+, psychiatrie
Datum start:	9-1-2016

Probleemstelling

Achtergrond: Het College Geneeskundige Specialismen (CGS) bevordert samen met de Opleidings- en Onderwijs Regio's (OOR) doelmatig denken en werken als onderdeel van de opleiding tot medisch specialist. "No shows" van patiënten in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) zijn aan de orde van de dag en hebben als effect dat de mogelijkheid om zorg te leveren niet optimaal benut wordt.

Doelstelling

Doel: Het reduceren van het aantal "no shows" op een polikliniek ziekenhuis-psychiatrie middels het versturen van "short message service" (SMS) herinneringsberichten.

Plan van Aanpak

Methode: Prospectief cohort-onderzoek op een polikliniek ziekenhuis-psychiatrie in 2016, waarbij 101 patiënten werden gerekruteerd. Uiteindelijk ontvingen 50 patiënten een SMS ter herinnering van de intake afspraak en 46 ontvingen deze niet. Middels een Chi2 test werden groepsverschillen getoetst. De effectgrootte werd uitgedrukt in een "Number Needed to Cash" (NNC), vergelijkbaar met de "Number Needed to Treat" (NNT). Ziekenhuis-data werden gebruikt om de misgelopen inkomsten op jaarbasis te schatten.

Behaalde resultaten

Resultaten: Er was een toename van 74% naar 92% polikliniek bezoeken ($p=0.018$) met een NNC van 5.53, dit komt neer op 6 Sms-berichten om één patiënt extra te laten verschijnen voor intake. Er werd geschat dat er € 53.078,41 / jaar / polikliniek aan gemiste inkomsten waren, gebaseerd op data uit 2016.

Conclusie: Het versturen van herinneringsberichten via SMS is effectief bij het reduceren van het aantal "no shows" op een polikliniek voor ziekenhuis-psychiatrie

Evaluatie / borging

Ten tijde van dit schrijven is het MUMC+ bezig de mogelijkheden van SMS-herinneringsberichten op bestuurlijk niveau te evalueren.

9 Patiënt met taalbarrière

Auteur: Boutaina Emrani en Loes Manschot
 Instelling en specialisme: MUMC+, anesthesiologie
 Datum start: 01-01-2015

Probleemstelling

In het MUMC+ komen we steeds vaker patiënten met een taalbarrière tegen- van polikliniek tot aan operatiecomplex- hetgeen adequate zorgverlening in de weg kan staan. Voor zowel patiënten als zorgverleners is een taalbarrière problematisch. De patiënt is door een taalbarrière vaak onvoldoende in staat zijn/haar problemen kenbaar te maken en de zorgverlener is niet in te staat de patiënt volledig te informeren conform zijn/haar wettelijke verplichtingen (Wet BIG, WGBO, Kwaliteitswet zorginstellingen). Het inschakelen van een tolkdienst blijkt dan vaak nodig.

Zoals in de meeste zorginstellingen is er ook in het MUMC+ een mogelijkheid de tolkentelefoon hiervoor in te schakelen. Ervaringen leren echter dat voor acute gevallen en/of niet-planbare zorg-activiteiten dit hulpmiddel in de praktijk niet goed geschikt is. Daarnaast spelen financiën voor veel zorginstellingen een beperkende factor sinds in 2012 de vergoedingen van tolk- en vertaaldiensten voor de zorg door het ministerie van VWS zijn afgeschaft. Betere alternatieven om adequate zorgverlening voor deze specifieke patiëntengroep te waarborgen waren er op de meeste afdelingen in het MUMC+ niet.

Doelstelling

Adequate zorgverlening aan patiënten met een taalbarrière waarborgen door meer hulpmiddelen naast de bestaande tolkentelefoon aan ziekenhuisafdelingen in het MUMC+ (poliklinieken, klinische afdelingen, spoedeisende hulp, operatiecomplex) beschikbaar te stellen.

Te ontwikkelen en implementeren hulpmiddelen:

1. Pictogrammenklapper waarin veelgebruikte medische termen vertaald worden in een eenvoudig te begrijpen pictogram c.q. foto met een vertaling in de meest voorkomende vreemde talen in Nederland.
2. Informele tolkenlijst met een overzicht van meertalige medewerkers van het MUMC+ die- in het geval een tolkentelefoon geen uitkomst kan bieden- ingeschakeld kunnen worden voor een tolkdienst (binnen wettelijke kaders).
3. Ziekenhuisprotocollen ontwikkelen waarin voor zorgverleners duidelijk wordt welke hulpmiddelen beschikbaar zijn in het MUMC+ bij patiënten met een taalbarrière.
4. Promotiefilm om bewustwording van het probleem en de beschikbare (nieuwe) hulpmiddelen onder zorgverleners te vergroten.

Plan van Aanpak

1. Start ontwerp project in het kader van doelmatigheid door 2 AIOS Anesthesiologie
2. Literatuurstudie, gesprekken met deskundigen (o.a. afdeling Communicatie, afdeling Kwaliteit en Veiligheid, afdeling Patiëntenzorg, hoogleraar gezondheidsrecht, TVcN, diverse vertaalbureaus, grafisch ontwerper)
3. Projectplan opstellen in de vorm van pilot voor de polikliniek Anesthesiologie
4. Voorleggen projectplan aan opleiders en afdelingshoofd ter inzage en goedkeuring
5. Akkoord voor project en budget
6. Inschakelen grafisch ontwerper en opstellen eerste versie pictogrammenklapper
7. Opstellen informele tolkenlijst i.o.m. hoogleraar gezondheidsrecht t.a.v. wettelijke kaders
8. Opstellen protocol 'omgaan met taalbarrière'
9. Aanmaken e-mailadres project en digitale werkomgeving

10. Feedback verzameld van zorgverleners op pilot (nog niet geïmplementeerd) en tegelijkertijd gesprekken met ziekenhuis voor ziekenhuisbrede implementatie
11. Start samenwerking met afdeling Kwaliteit en Veiligheid voor uitbreiden project ziekenhuisbreed en samenvoegen andere (startende) initiatieven op gebied van taalbarrière binnen MUMC+
12. Promotiefilmpje ontwikkelen
13. Werven meertalige zorgverleners; finetunen en afdrucken pictogrammenklapper; protocollen uploaden intranet; kwaliteitsportaal ontwerpen; opties EPD toevoegen
14. Bekendmaking project op betreffende afdelingen
15. Waarborging project binnen geschikte ziekenhuisafdeling

Behaalde resultaten

Zie plan van aanpak; t.t.v. schrijven aangekomen bij uitvoering punt 12.
Verwachting 'online' gaan project in maart 2017.

Evaluatie / borging

Momenteel overleg over mogelijkheid tot beheer van project door afdeling Kwaliteit en Veiligheid, dan wel ander instelling-overkoepelend orgaan.

Benodigde borging:

- centraal aanspreekpunt voor zorgverleners MUMC+;
- beheer mailbox;
- beheer en updates protocollen intranet;
- extra afdrucken pictogrammenklappers indien nodig;
- update beschikbaarheid medewerkers op informele tolkenlijst (jaarlijks);
- archivering projectdocumenten

10 PROM na Robot Prostatectomie

Auteur:	Eelco Collette
Instelling en specialisme:	Maasstad Ziekenhuis Rotterdam, urologie
Datum start:	11-11-2011

Probleemstelling

Er is geen kennis over de uitkomsten na robot prostatectomie in Nederland terwijl er bij de medisch specialisten, ziekenhuizen, collaboraties, patiëntverenigingen, zorgverzekeraars en overheid veel om te doen is.

Doelstelling

Lange termijn PROM-uitkomsten na robot prostatectomie inzichtelijk maken en waar mogelijk een landelijk meetsysteem implementeren

Plan van Aanpak

Literatuuronderzoek, database opzetten, internationale vragenlijsten tot eigen vragenset omvormen, project starten, patiënten maandelijks vragenset opsturen, maandelijks data-analyse, maandelijks verbeteringsanalyse. Met toename datastroom een databasemanager aangenomen.

Toekomst: integratie lokaal patiënt dossier en landelijke kankerdatabase. Verre toekomst: integratie d.m.v. website en apps.

We use patient reported outcome measurements to improve quality and transparency of care for Dutch patients with localized and advanced prostate cancer. This "care tracking system" consist of Patient Reported Outcome Measurements incorporated into a website and iPhone/Android App where patients answer questions about cancer control, urinary continence, erection function and quality of life. The questions are extracted from internationally validated questionnaires. The parameters are defined in accordance to international literature; external validity to participate in international studies or comparison to other hospitals is standard. The data is automatically placed in the electronic patient record, research database and the Dutch national cancer registry.

Behaalde resultaten

1900 patiënten met 80 variabelen tot 7 jaar follow-up in een centrale database.

Evaluatie / borging

Maandelijks controle en analyse en output d.m.v. posters, abstracts, presentaties en artikelen.

11 Thromboseprofylaxe GE-Oncologie: Update naar landelijke richtlijn

Auteur:	Dennis Japink
Instelling en specialisme:	MUMC+, algemene chirurgie
Datum start:	8-1-2016

Probleemstelling

De thromboseprofylaxe van GE-Oncologische chirurgie was niet conform de laatste richtlijn.

Doelstelling

Aanpassen lokale protocollen en werkwijze t.a.v. thromboseprofylaxe bij GE-Oncologische chirurgie

Plan van Aanpak

1. Inventarisatie nieuwe landelijke richtlijn met lokale thrombosecommissie
2. Verwerking adviezen en opstellen voorstel t.a.v. nieuwe richtlijn
3. Lokale betrokkenen en stafleden mobiliseren en inlichten over de nieuw te volgen werkwijze
4. Afstemming met Apotheek, Thrombosecommissie, Thrombosevigilantiemedewerker, Transferpunt, Afdelingshoofd en Unitleiders verpleegafdelingen, Afdelingshoofd Chirurgie t.a.v. startdatum, benodigde aanpassingen voor aanvang en borging van het nieuwe beleid.
5. Startpresentatie voor betrokken artsen en verpleging i.s.m. Unitleiders verpleging, waarbij de nieuwe werkwijze zowel op zakkaart (papier/digitaal voor op smartphone) als in het elektronisch voorschrijfsysteem is getoond.
6. Plan voor evaluatie op 3, 6 en 12 maanden voorbereid i.s.m. betrokkenen.

Behaalde resultaten

Per 7/9/16 is het nieuwe profylaxe-beleid geëffectueerd.

Evaluatie / borging

Evaluatie met voorschrijvende artsen en apotheek: De eerste effectmetingen staan gepland voor 7/12/2016 en zullen opnieuw in een algemene sessie besproken worden.

12 Follow up na (poli)klinische revalidatie bij CVA en dwarslaesie patiënten

Auteurs: Eline van der Kooi en Leonie de Ruijter
 Instelling en specialisme: AMC, revalidatiegeneeskunde
 Datum start: 21-11-2016

Probleemstelling

Binnen de revalidatiegeneeskunde zijn CVA en dwarslaesie grote patiëntenpopulaties. Wij hebben het idee dat het beleid ten aanzien van de nazorg per revalidatieinstelling kan verschillen en zijn benieuwd welke afspraken er zijn ten aanzien van de frequentie van nazorg en waar deze nazorg het beste kan plaatsvinden.

Doelstelling

Onderzoeksvragen:

1. Wat zijn de huidige afspraken betreffende de frequentie van nazorg en waar deze dient plaats te vinden bij de dwarslaesie populatie & CVA-populatie na (poli)klinische revalidatie?
2. Hoe kan de nazorg bij patiënten met status na een CVA of dwarslaesie, die (poli)klinisch gerevalideerd hebben, zo doelmatig mogelijk ingericht worden?

Plan van Aanpak

Follow up na revalidatie bij CVA:

- Inventariseren clinical practice collegae
- Richtlijnen doornemen
- Critically Appraised Topic(CAT)

Behaalde resultaten

Zowel de richtlijn, clinical practice van collegae als een gerichte systematische search in de literatuur (CAT) zijn niet eenduidig t.a.v. frequentie van nazorg en wie deze rol op zich moet nemen. Het is onduidelijk hoe de nazorg zo doelmatig mogelijk ingericht kan worden.

Evaluatie / borging

Wij zullen onze bevindingen terugkoppelen aan onze collega's zodat zij op de hoogte zijn van de huidige verschillen.



De diagnostische meerwaarde van open access gastroduodenoscopieën

Auteur: Femke Crouwel
 Instelling en specialisme: Noordwest Ziekenhuisgroep, MDL
 Datum start: 1-9-2016

Probleemstelling:

Open access gastroduodenoscopie (GDS) zorgt ervoor dat de huisarts een GDS kan aanvragen zonder dat de patiënt eerst poliklinisch door een Maag-Darm-Leverarts wordt gezien. Dit concept is ingevoerd om de wachttijd voor patiënten die snel een endoscopie nodig hebben te verkorten en ervoor te zorgen dat de MDL-arts minder werkdruk heeft op de polikliniek. Uit onderzoek blijkt echter dat sinds de invoering van het open access systeem het aantal uitgevoerde scopieën toeneemt terwijl er een duidelijke afname is van de klinische relevante bevindingen. Deze toename van scopieën leidt daarmee tot een langere wachttijd voor patiënten met alarmsymptomen. Om ervoor te zorgen dat er optimaal gebruik wordt gemaakt van de beperkte GDS-plekken bestaat er de NHG-standaard Maagklachten om huisartsen te ondersteunen bij de besluitvorming om een GDS aan te vragen. Maar desondanks blijft er onder MDL-artsen in Nederland de tendens dat de open access GDS een lage diagnostische opbrengst heeft. Vandaar dat dit probleem recent is opgepakt door het NFU-programma 'Doen of laten', waarbij getracht wordt onnodige zorg terug te dringen.

Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is de diagnostische meerwaarde van de open access GDS in de regio Noord-Holland Noord te bepalen. Tevens is bepaald in welke mate de huisarts patiënten verwijst voor GDS conform de richtlijn Maagklachten. Er is getracht een subgroep van patiënten te beschrijven bij wie een GDS juist wel geïndiceerd is. Hiermee kan er bepaald worden of het huidige systeem van open access GDS volstaat of dat een aanpassing noodzakelijk is teneinde doelmatige en kosten-effectieve zorg te leveren.

Plan van aanpak

Er is een retrospectief dossieronderzoek uitgevoerd waarin gekeken is naar alle open access gastroduodenoscopieën tussen oktober 2012 en oktober 2016 in de Noordwest Ziekenhuisgroep, locatie Alkmaar. De diagnoses gevonden bij scopie zijn ingedeeld in drie categorieën: maligne, benigne met klinische relevantie en benigne zonder klinische relevantie. Een uitkomst wordt klinisch relevant geacht als deze een verandering brengt in het beleid, de prognose of de follow-up. Vervolgens zijn er statistische analyses uitgevoerd om de diagnostische meerwaarde van de open access GDS te beoordelen. Nadat alle resultaten bekend zijn worden deze gedeeld met huisartsen in de regio. Op deze manier hopen wij dat huisartsen bewuster gaan doorverwijzen waardoor onnodige scopieën worden voorkomen. Tevens worden de resultaten besproken in de MDL-vakgroep waarbij er een besluit wordt genomen over hoe om te gaan met de open access verwijzingen. Eén en ander in overleg met de huisartsen uit de regio. Moet er misschien een screening gaan plaats vinden in plaats van bij elke verwijzing een scopie te geven? Of moet er misschien een nieuwe regionale richtlijn worden uitgebracht?

Behaalde resultaten

Tijdens de studieperiode zijn er 2054 patiënten geïncludeerd. 60.5% van de patiënten had een verwijzing volgens de NHG-richtlijn. Een maligniteit in de bovenste tractus digestivus werd gevonden bij 104 patiënten (5.1%). Een niet klinische relevante bevinding of een normale bevinding werd gevonden

in respectievelijk 38.8% en 35.2% van de uitgevoerde onderzoeken. De diagnostische opbrengst was significant hoger bij patiënten met een verwijfsindicatie volgens de richtlijn. Een multivariate logistische regressieanalyse werd uitgevoerd waaruit bleek dat het hebben van alarmsymptomen, een oudere leeftijd of het mannelijk geslacht een significant onafhankelijke voorspeller is voor het vinden van een maligniteit.

Evaluatie / Borging

In maart 2017 worden de resultaten besproken binnen de vakgroep MDL in de Noordwest ziekenhuisgroep. In die periode wordt er ook in gesprek gegaan met de huisartsen uit de regio. Op deze manier kan er een eenduidig beleid worden gevoerd om onnodig onderzoek te voorkomen. Hierbij moet in ogenschouw worden genomen dat screening voorafgaand aan een GDS kan leiden tot meer polibezoeken en hierdoor een toename van de wachttijd. Tevens denken wij dat dit onderzoek een belangrijke, eerste bijdrage kan leveren aan het landelijke NFU-programma 'Doen of laten'.



One-stop poli voor recidiverende urineweginfecties

Auteur: Fleur van den Heijkant
 Instelling en specialisme: MUMC+, urologie
 Datum start: 11-1-2016

Probleemstelling

Op de polikliniek urologie zien we vaak vrouwen die door de huisarts zijn verwezen in verband met recidiverende urineweginfecties. We doen dan analyse om onderliggende oorzaken van de infecties uit te sluiten. In veel gevallen is er echter geen duidelijk aanwijsbare oorzaak voor het ontstaan van deze infecties. Behandeling is met name gericht op symptoombestrijding en antibiotica (in onderhoudsdosering). In de huidige praktijk zien we dat veel vrouwen met dit relatief "simpele" probleem, toch veelvuldig terugkomen op de polikliniek, terwijl dit vaak contacten zijn die ook goed door de huisarts gedaan zouden kunnen worden.

In het MUMC zijn we per jaar gemiddeld 610 vrouwen (1920 patiëntencontacten) met recidiverende urineweginfecties. Dit hebben we retrospectief vastgesteld over de jaren 2015 en 2016. Gemiddeld bracht een patiënte met de diagnose recidiverende urineweginfecties 3,15 keer per jaar een bezoek aan de polikliniek urologie. Doordat het om grote patiënten aantallen gaat, wordt hierdoor veel spreekuurtijd in beslag genomen. Wij denken dat dit doelmatiger kan door de "symptoombestrijding" die nodig is zo snel mogelijk weer uit te laten voeren door de huisarts. Dit is namelijk geen zorg die in een academisch centrum hoeft plaats te vinden. In de NHG-standaard staat dat patiënten eigenlijk pas verwezen dienen te worden naar de tweede lijn, nadat zij langdurige behandeling hebben gehad met onderhoudsdosering antibiotica. Uit de praktijk blijkt dat patiënten vaak al voor deze behandeling (onnodig) naar het ziekenhuis worden verwezen.

Wij denken dat het a priori aantal verwijzingen door de huisarts omlaag gebracht kan worden. Ook denken we dat zodra een patiënte wel verwezen is en, er na uitgebreid onderzoek geen onderliggende urologische pathologie voor de recidiverende urineweginfecties gevonden wordt, de zorg weer terug kan worden overgenomen door de huisarts. Voorwaarde hierbij is dat zowel huisarts als patiënten hiervoor goed worden voorgelicht.

Doelstelling

Het doel is om op de dag van het eerste contact de gehele diagnostiek te doen en direct een behandelplan op te stellen waarmee de patiënte en de huisarts verder kunnen. Na een uitgebreide anamnese door de gespecialiseerd verpleegkundige wordt patiënte door de arts gezien voor lichamelijk onderzoek en de benodigde aanvullende diagnostiek. Allemaal op dezelfde dag. Hiervoor hebben we op basis van de huidige richtlijn urineweginfecties van de Nederlandse Vereniging van de Urologie (NVU) de anamnese gestandaardiseerd als een "bouwsteen" in het elektronisch patiëntendossier.

Wanneer alle informatie verzameld is krijgt zowel patiënte als de huisarts gepersonaliseerde schriftelijke informatie mee over de bevindingen en een stappenplan voor de verdere behandeling. Niet bij iedere patiënte zal dit gelijk zijn. Ook hiervoor hebben we "bouwstenen" in het EPD opgesteld, zodat de informatie altijd uitgebreid genoeg is. In de uitleg voor patiënte staat met welke symptomen zij contact moet opnemen met de huisarts. De huisarts krijgt een stappenplan wat hij in het vervolgtraject aan patiënte kan aanbieden. Deze behandelingen zijn op basis van de NVU-richtlijn opgesteld.

Het grote verschil is dus dat patiënten in een "one-stop-zorgpad" in één dag weten waar ze aan toe zijn en met duidelijk informatie weer naar huis gaan. Er wordt geen standaard tweede controle poli-afspraak meer gepland en bij verdenking op een nieuwe urineweginfectie wordt de urine bij de huisarts ingeleverd. Dit leidt tot doelmatiger inzetten van academische zorg.

Onze doelstellingen zijn:

- Een reductie van het aantal verwijzingen van vrouwen met recidiverende urineweginfecties in 2017
- Een reductie van het gemiddeld aantal polibezoeken van patiënten met recidiverende urineweginfecties
- Het doelmatiger inzetten van aanvullende diagnostiek, op basis de van huidige richtlijnen
- Patiënt houdt zorg dicht bij huis, minder bezoeken aan ziekenhuis
- De urologische zorg in het MUMC wordt meer "ROBIJN" door ons bewustzijnsproject. Door tijdsbesparing op basiszorg, zal er meer tijd, budget en aandacht zijn voor academische zorg. Dit alles past in het gezondheidszorgbeleid van het huidige kabinet en minister Schippers.
- Een positieve bijkomstigheid is dat door vermindering van het aanbod aan recidiverende urine-weginfecties op de polikliniek er meer tijd kan worden besteed aan uitdagendere pathologie door de arts-assistent. Aangezien de patiënten met recidiverende urineweginfecties meestal gezien worden door een arts-assistent. Zij zullen dan dus meer academische pathologie te zien krijgen, waardoor er verdieping van de opleiding tot uroloog zal zijn.

Plan van aanpak

- opstellen gestandaardiseerde anamnese als onderdeel van het EPD
- opstellen informatie voor zowel huisarts als patiënt die op basis van de input van het polibezoek gepersonaliseerd kan worden (als onderdeel van het EPD)
- educatie arts-assistenten: eenmalig polibezoek, in principe zonder vervolgafspraken
- educatie huisartsen met betrekking tot stappenplan
- educatie patiënten; gepersonaliseerde voorlichting mee direct op dag van bezoek

Behaalde resultaten

Aangezien het project nog loopt, hebben we over een aantal maanden pas de eerste meetbare resultaten. De bouwstenen voor in het EPD zijn reeds gemaakt en alle arts-assistenten zijn op de hoogte van dit lopende project.

Evaluatie / borging

- Eind 2017 zullen we het gemiddeld aantal poli contacten per patiënt met recidiverende urineweginfecties opnieuw meten
- Tevens zullen we onder een steekproef van patiënten een vragenlijst verspreiden over de tevredenheid van dit zorgpad.



Aap-Noot-Nier

Auteur: **Florine Schatmann**
 Instelling en specialisme: **Rijnstate Arnhem, urologie**
 Datum start: **6-11-2015**

Probleemstelling

1,3 Miljoen Nederlanders tussen 16 en 65 jaar zijn laaggeletterd. Als ook de mensen boven de 65 worden meegerekend, zijn dit er zelfs 2,5 miljoen. Van deze groep is 2/3 autochtoon. Deze mensen kunnen wel een beetje lezen en schrijven (tot B1-niveau), maar ze hebben moeite met alledaagse zaken zoals het invullen van formulieren, e-mails lezen, maar ook een recept begrijpen of bustijden opzoeken. Veel laaggeletterden missen ook reken- en computervaardigheden.

In de zorg waarin juist steeds meer wordt verwezen naar schriftelijke informatie over ziekte, onderzoeken en behandeling, maar ook steeds vaker wordt gevraagd om vragenlijsten of keuzehulpen in te vullen, blijft dit uiteraard niet zonder gevolgen.

Laaggeletterden zijn in vergelijking met normaal geletterden vaker ziek, hebben een slechtere stadiëring ten tijde van diagnose, hebben vaker complicaties en een slechtere overleving. Dat is een persoonlijk drama, maar ook voor de gezondheidszorg een groot probleem. De extra kosten die laaggeletterdheid in de zorg met zich meebrengt zijn circa 127 miljoen euro per jaar in Nederland. Deze komen onder andere voort uit frequentere poli- en SEH-bezoeken, slechtere therapietrouw en uitvallen van operaties (niet nuchter, niet staken van anticoagulantia).

Doelstelling

De huidige ontwikkelingen in de zorg zijn gericht op het verleggen van grenzen van kennis en kunde. We kijken graag vooruit. Maar wanneer we achteromkijken, zien we dat de 15% Nederlanders die laaggeletterd zijn achterblijft: zij kunnen niet mee in de snelheid waarin patiëntcontacten verlopen en voorlichting in steeds grotere mate wordt afgeschoven op foldermateriaal. Daarom hebben wij als doel om de voorlichting voor laaggeletterden zo aan te bieden dat wie laaggeletterd is net zo goed geïnformeerd is na bestudering hiervan als normaal geletterden. Hierdoor zal de huidige zorg doelmatiger worden, omdat deze efficiënter kan worden gebuikt door alle groepen uit Nederland. Tevens zal hierdoor (zoals wetenschappelijk onderzoek heeft aangetoond) minder contactmomenten in het ziekenhuis nodig zijn en een betere therapietrouw teweeg brengen. Daarnaast blijkt uit de onderwijskunde dat informatie die op verschillende manieren wordt aangeboden (tekstueel, figuratief, auditief) leidt tot een betere kennisverwerving, waardoor ook normaal geletterden baat hebben bij voorlichting in andere vormen dan alleen de huidige tekstuele variant.

Plan van Aanpak

'Aap-Noot-Nier' is een project waarbij, geïnspireerd op de veiligheidskaarten in de vliegtuigstoelen (veel beeld, weinig tekst), medische informatie over ziektes, onderzoeken en behandelingen die nu nog via tekstfolders worden geleverd, aangeboden wordt middels figuratieve (dus: beeld-) folders en ingesproken animaties.

Aan de hand van bestaande tekstfolders wordt door artsen de informatie gedestilleerd die voor alle ziekenhuizen in Nederland gelden. Hierdoor is het materiaal nationaal inzetbaar. Aan de hand hiervan maakt de illustratrice schetsen die na enkele commentaar rondes tot illustraties worden verwerkt. De bijbehorende korte tekstonderdelen worden door een taalkundige nagekeken en aangepast op B1-niveau.

Om zeker te zijn dat de aangeboden (vorm van) informatie ook passend is voor de doelgroep en het beoogde doel ook echt bereikt wordt, worden de beeldfolders door laaggeletterden beoordeeld. Dit

gebeurt in samenwerking met panels van Stichting Lezen & Schrijven. Het verkregen commentaar wordt verwerkt tot de definitieve beeldfolder, die daarna verspreid kan worden. Voorbeeld van een folder ziet u onder het kopje 'Behaalde resultaten'. Alle beeldfolders zijn ter grootte van een dubbelzijdig bedrukt A4-formaat die dubbelgevouwen kan worden.

Met wetenschappelijk onderzoek is aangetoond dat gesproken animatiefilmpjes eveneens zorgen voor een informatieoverdracht die laaggeletterden liftten tot het niveau van normaal geletterden. Daarom wordt van elk onderwerp waar een beeldfolder van wordt gemaakt ook een gesproken animatie vervaardigd. Een voorbeeld van zo'n animatie ziet u ook onder het kopje 'Behaalde resultaten'.

We hebben nagestreefd de beeldfolders en animaties modulair op te bouwen. Dat wil zeggen dat ze daar waar mogelijk uit illustratie-tekst blokjes bestaan die in andere folders hergebruikt kunnen worden. Bijvoorbeeld: nuchter blijven voor een ingreep of wachten op pathologisch onderzoek kunnen in diverse beeldfolders over een ingreep (her)gebruikt worden. Daarnaast worden de beeldfolders 'in lagen' getekend. Daardoor kunnen de tekeningen van de beeldfolders worden gebruikt voor de animaties. Door deze stappen in de materiaalontwikkeling ontstaat uniformiteit en herkenbaarheid, maar worden tevens de productiekosten gedrukt.

Voor organisaties zijn de beeldfolders en animaties gratis verkrijgbaar. De beeldfolders worden digitaal (PDF) aangeleverd; alleen de drukkosten komen ten laste van de verspreidende instantie. Wij adviseren de beeldfolder als dubbelgevouwen A4 aan de eigen tekstfolder toe te voegen en als duo aan iedere patiënt uit te reiken, gezien patiënten doorgaans slecht aangeven dat zij laaggeletterd zijn. Verspreiding van de animaties gebeurt digitaal en levert geen kosten op.

Behaalde resultaten

Momenteel is er budget gecreëerd voor het ontwikkelen van 10 beeldfolders en animaties over urologisch-oncologische onderwerpen. Hiervan zijn reeds 3 folders en 1 animatie afgerond. De Nederlandse Vereniging voor Urologie heeft het project omarmd, waardoor de beeldfolders en animaties voor alle klinieken in Nederland beschikbaar zijn en worden verspreid. Tevens is het project benaderd door andere specialismen om ook daar de informatievoorziening te helpen verbeteren.

Een voorbeeld van de beeldfolder over het onderwerp 'Blaastumor' ziet u hier: <https://www.nvu.nl/Portals/0/Downloads/Kwaliteit/TurPBlaastumorNVU.pdf> en de bijbehorende animatie ziet u hier: <https://youtu.be/v5IWuQnJxgk>

Daarnaast is 'Aap-Noot-Nier' recent vanuit de Tweede kamer aangewezen als 1 van de 6 projecten die worden gewaardeerd omtrent verbetering van informatie-uitwisseling met patiënten. Daarom is het project vanuit Den Haag in een stroomversneller gezet.

Evaluatie / borging

Van het effect van het specifiek door 'Aap-Noot-Nier' vervaardigde materiaal kan gezien de korte looptijd nu nog niets worden gezegd. We hebben onszelf verplicht door middel van enkele wetenschappelijke studies de resultaten nader te evalueren. Gezien het reeds wetenschappelijk is aangetoond dat met beeldfolders en ingesproken animaties patiënten tot een informatieniveau van een normaal geletterde kan worden gelift, is het zeer aannemelijk dat 'Aap-Noot-Nier' ervoor zorgt dat de huidige zorg doelmatiger wordt voor de 15% Nederlanders die laaggeletterd zijn en de zorg efficiënter wordt: minder ziekenhuiscontacten zullen nodig zijn, de therapietrouw zal verbeteren en er zal minder uitval van operaties plaatsvinden; efficiëntie die de zorgkosten fors zal doen dalen.

Een prijs zou om drie redenen fantastisch zijn. Allereerst zou het awareness meebrengen voor het grote probleem van laaggeletterdheid in Nederland en de ermee gepaard gaande lage gezondheidsvaardigheden en -consequenties van dien. Een probleem dat groot is door het hoge aantal patiënten dat laaggeletterd is, het feit dat velen er niet voor uit durven te komen, zorgverleners het onvoldoende herkennen en de verwijzing naar tekstuele bronnen alleen maar toeneemt.

Daarnaast zou de prijs een waardering zijn voor de vorm van het project, dat niet alleen door de zorgvuldige opzet zorgdraagt voor verantwoorde kosten, maar ook nadrukkelijk de samenwerking heeft gezocht met de doelgroep en –instanties om niet in de valkuil te stappen van ‘goedbedoelde initiatieven die helaas de plank toch mislaan’. De vorm garandeert bovendien de overgang van papier (figuratieve folders) naar de toekomst van steeds meer bewegend beeld (gesproken animaties) en zorgt ervoor dat ook wie digitaal nog niet zo goed mee kan komen niet vergeten wordt.

Tenslotte zou de prijs ervoor kunnen zorgen dat het project een urologisch initiatief ontstijgt en ook binnen andere vakgebieden een weg vindt. Het zou niet alleen zorgen voor goede informatie voor wie laaggeletterd is: ook wie normaal-geletterd is vindt beeldmateriaal prettig en goed te begrijpen.



Online courses over organisatie, financiën en leiderschap in de zorg

Auteur: Gerrie Prins
 Instelling en specialisme: Erasmus MC, interne geneeskunde
 Datum start: 21-4-2016

Probleemstelling

Er is een groeiende motivatie van jonge artsen om een rol te spelen in de organisatie van de zorg. Uit onderzoek van zowel Michiel Westerman als Lizanne Berkenbosch blijkt dat jonge artsen zich onvoldoende opgeleid voelen voor niet-medisch inhoudelijk vraagstukken zoals kwaliteit, veiligheid en leiderschap. Deze onderwerpen komen in het huidige geneeskunde curriculum en de medisch specialistische vervolgopleidingen beperkt aan bod. Om hier meer aandacht aan te besteden is enkele jaren geleden de stichting Medical Business opgericht: een non-profit organisatie gerund door co-assistenten en jonge artsen. De commissie Medical Business Education is hier onderdeel van en organiseert verschillende vormen van onderwijs over de bestuurlijke, financiële en organisatorische kant van de zorg. Van deze commissie ben ik sinds oprichting tot en met oktober 2016 actief lid geweest en nu nog adviserend lid.

Doelstelling

(aanstaande) Artsen kennis bijbrengen over niet-medisch inhoudelijke vraagstukken zoals kwaliteit, veiligheid, leiderschap, financiering en organisatie van de zorg. Zodat artsen een stevige basis hebben om leiderschap te tonen en vraagstukken op het gebied van kwaliteit, patiëntveiligheid en organisatie het hoofd te kunnen bieden. Subdoelen in dit project zijn (1) studenten, universiteiten en medische professionals te verenigen om onderwijs te ontwikkelen dat aansluit op zowel de behoefte van de student als op de klinische praktijk en (2) het ontwikkelen en implementeren van een innovatieve vorm van kennisoverdracht in het bestaande onderwijs vanuit het 'flipping the classroom'-concept

Plan van Aanpak

In eerste instantie is er gesproken met studenten/AIOS over wat zij belangrijke onderwerpen vonden en is er gewerkt aan een pitch waarmee een eerste subsidie van 10.000 euro is binnengehaald. Hiermee konden de eerste drie online courses worden geproduceerd en zijn we op zoek gegaan naar een geschikte productiepartner. We zijn bij Public Cinema terecht gekomen, een jong en creatief mediaproductiebedrijf gericht op inspireren en leren. Ze werken voornamelijk met opdrachtgevers vanuit de publieke sector. Door te werken vanuit een combinatie van creativiteit en inhoudelijke kennis over maatschappelijke onderwerpen, kunnen ze een goede vertaalslag maken van inhoud naar vorm. Tevens hadden ze reeds ervaring met het inrichten en opnemen van online courses, dus ze konden ook daadwerkelijk een goede sparringpartner zijn voor een project waar we zelf nog geen ervaring in hadden.

Voor de onderwijskundige opbouw is contact geweest met Marco Varkevisser directeur/professor iBMG, die tevens docent is van de eerste online course. Uiteindelijk zijn de eerste drie online courses (Marktwerking in de zorg, Betaalbaarheid van de zorg en Medisch Leiderschap) op 21 april 2016 vrij toegankelijk online gekomen voor alle artsen in Nederland. De online courses zijn gepromoot via mailings naar AAV's, co-raden, eigen adressenbestand (2000+ AIOS/co-assistenten), artikel op de website van de KNMG. Inmiddels zijn de eerste online courses al bijna 3000 keer bekeken.

Begin 2016 is er een samenwerkingsverband met het UMCU aangegaan en een subsidie van 30.000 euro verkregen van het ministerie van OCW vanuit de SURF stimuleringsregeling open en online onderwijs.

Hiermee worden in 2017 drie nieuwe online courses ontwikkeld die een vaste plek krijgen in het mastercurriculum. De courses worden onderdeel van de leerlijn kwaliteit, patiëntveiligheid en medisch leiderschap. De courses worden verdeeld over jaar 2 en 3. Uiteraard zullen ook deze courses vrij beschikbaar zijn voor alle andere artsen in Nederland.

Er zijn diverse initiatieven lopende om de online courses ook onderdeel te laten worden van verplichte leerstof voor discipline overstijgend onderwijs voor AIOS. Hierover wordt in de loop van 2017 meer bekend.

Behaalde resultaten

- 2015: Verkregen subsidie van 10.000 euro en samenwerkingsverband met Public Cinema opgestart
- Februari 2016: binnenhalen subsidie 30.000 euro OCW-stimuleringsregeling (wordt gematched met 30.000 euro aan tijd door leden MBE)
- 21 april 2016: lancering eerste online courses, welke bijna 3000 keer volledig zijn bekeken
- April 2016 – heden: ontwikkelen viertal andere online courses (3 met UMCU en 1 met Deloitte)

Evaluatie / borging

Door middel van evaluatie na elke semester bij studenten Universiteit Utrecht (is ook noodzakelijk voor subsidieregeling); versturen vragenlijsten naar andere doelgroepen (coassistenten, arts-assistenten) en verwerken commentaar als input voor nieuwe online courses.



Price wise

Auteur:	Iris de Ridder
Instelling en specialisme:	huisartspraktijk Huisman & Veenstra in Uitgeest, Huisartsgeneeskunde
Datum start:	25-11-2016

Probleemstelling

Veel artsen zijn zich totaal niet bewust van het prijskaartje dat aan bepaalde onderzoeken en behandelingen hangt. Uiteraard moet er altijd de beste behandeling voor de patiënt gekozen worden, en niet de goedkoopste, maar heel vaak is de keuze uit ongeveer gelijkwaardige medicijnen willekeurig en veel onderzoek wordt aangevraagd ter geruststelling.

In de huisartsenpraktijk wordt bij vage klachten, makkelijk 'wat' oriënterend labonderzoek gedaan. Hele lijsten wordt aangevraagd. Niet wetende dat kreatinine 0,5 cent kost, maar een vitamine D bepaling soms 46 euro. Ik ben ervan overtuigd dat als artsen en ook patiënten zich daar meer van bewust zijn, er veel gericht, nuttiger en goedkoper wordt aangevraagd en voorgeschreven.

Bovendien zijn er soms grote verschillen in kosten tussen de diverse zorgaanbieders. Verder zijn bijvoorbeeld vitamine D tabletjes 40 x duurder bij onze apotheek dan bij bijvoorbeeld het Kruidvat. Met het eigen risico zullen ook de patiënten, in met name de huisartspraktijk, in deze informatie geïnteresseerd zijn.

Doelstelling

De zorgkosten verminderen door meer 'price wise'-heid bij artsen en patiënten.

Plan van Aanpak

Mijn voorstel is om bij alles wat we aanvragen direct de prijs te laten zien. Dus op elk lab formulier achter elke aanvraag moet in de toekomst de prijs worden vermeld. Hetzelfde geldt voor ander aanvullend onderzoek. En aangezien medicatie voorschrijven nu overal via de computer gaat, kan er als toevoeging bij de verschillende EPD systemen direct de prijs van het medicijn dat is voorgeschreven, vermeld worden. Liefst met de eventuele alternatieven en hun prijzen.

Ik ben ervan overtuigd dat artsen zo veel bewuster met hun behandelingen en aanvragen om zullen gaan en de zorg een stuk goedkoper kan worden.

Dit moet uiteraard uiteindelijk landelijk geregeld worden.

Zorgaanbieders van laboratorium en aanvullend onderzoek moeten verplicht worden hun kosten op aanvraag formulieren te vermelden. En HIS systemen moeten worden aangepast. Dus dit is een advies aan beleidsmakers in de zorg.

Maar tot die tijd kunnen met name huisartspraktijken maar ook afdelingen in het ziekenhuis dit deels zelf regelen. Door prijslijsten op te hangen in de spreekkamers van lab kosten, aanvullend onderzoekskosten en verwijzingskosten.

Behaalde resultaten

In de eigen praktijk heb ik prijzenlijsten opgehangen. Het is dus nog geen gestart project, maar een voorstel.

Evaluatie / borging

Bij een pilot in huisartsen praktijken kan men de zorg kosten tav aanvullend onderzoek en medicatie voor en na deze implementatie onderzoeken en evalueren.

18 Expectation modification in knee arthroplasty

Auteur: Jaap Tolk
 Instelling en specialisme: Máxima Medisch Centrum, orthopedie
 Datum start: 1-7-2016

Probleemstelling

Behandeling van gonartrose met een totale knieprothese is een van de meest succesvolle orthopedische operaties, met over het algemeen goede resultaten op het gebied van pijnvermindering en winst in functie. Toch is 1 op de 5 patiënten niet (helemaal) tevreden met het behaalde resultaat. Dure aanpassingen in operatietechniek, protheses en revalidatiestrategie hebben hier maar geringe verbetering in kunnen aanbrengen. De belangrijkste voorspeller voor deze postoperatieve ontevredenheid zijn niet uitgekomen pre-operatieve verwachtingen.

Goede voorlichting bij chirurgische ingrepen is van groot belang, niet alleen in het kader van informed consent maar dus ook ter optimalisatie van het effect van de ingreep. Hiervoor is in de huidige praktijk vaak nog te weinig aandacht. Bovendien is goed wetenschappelijk onderzoek op dit gebied schaars. Onzes inziens is dit essentieel om de meest efficiënte en doelmatige communicatiemethode te ontwikkelen. Hierin onderscheid dit project zich duidelijk van anderen.

Doelstelling

Doel van het project is door het creëren van een realistischer pre-operatief verwachtingspatroon, een hogere postoperatieve patiënttevredenheid te bereiken. Immers realistischer verwachtingen pre-operatief, resulteert in minder niet uitgekomen verwachtingen postoperatief.

Plan van Aanpak

In de reguliere voorlichtingsmodule voor totale knieprothese patiënten, zoals deze in het Máxima Medisch Centrum werd toegepast was met name aandacht voor aspecten van de operatie, perioperatieve zorg en revalidatie. Deze situatie is in omringende ziekenhuizen vergelijkbaar, en deze methode zou in de toekomst ook breder toegepast kunnen worden.

Op basis van patiënt- en literatuuronderzoek werd een aanvullende module met specifieke voorlichting over het functionele herstel op lange termijn. De module bestaat uit een voorlichtingsbijeenkomst en aanvullend foldermateriaal. Kosten en tijdsinvestering door zorgprofessionals zijn overzichtelijk (30-60 minuten per sessie voor groepen van 10 tot 20 patiënten).

Behaalde resultaten

De aanvullende informatie wordt door patiënten als nuttig ervaren. De uitgebreidere informatie draagt daarnaast bij aan een verbetering van de informed consent procedure, de patiënt krijgt immers een beter beeld van het te verwachten effect van de ingreep.

Het uiteindelijke doel; verhoging van de patiënttevredenheid wordt momenteel geëvalueerd in een RCT; de EKSPECT study.

Evaluatie / borging

Het effect van de interventie wordt dus geëvalueerd door middel van een RCT; de EKSPECT study.

Conclusie

Een efficiënte en doelmatige communicatie interventie om het resultaat van een chirurgische ingreep te verbeteren, gekoppeld aan goed wetenschappelijk onderzoek.



Voorkomen van infecties door het aanpassen van antibioticaprofylaxe voor prostaatbipten

Auteur: Karlijn van Herpen
 Instelling en specialisme: Catharina Ziekenhuis Eindhoven, urologie
 Datum start: 1-4-2016

Probleemstelling

In de jaren 2012 t/m 2016 werden in het Catharina Ziekenhuis Eindhoven 1559 prostaatbipten genomen in het kader van diagnostiek van prostaatacarcinoom. Een bekend probleem is toename van bacteriële resistentie tegen Ciproxin; op dit moment het middel van eerste keus als profylaxe voor het nemen van de prostaatbipten. In deze periode werden er 37 patiënten met een urosepsis/positieve bloedkweek opgenomen na het nemen van prostaatbipten; 19 patiënten hadden alleen een positieve urinekweek na bipten en zijn poliklinisch behandeld.

Doelstelling

Verminderen van infectieuze complicaties na het nemen van prostaatbipten.

Plan van Aanpak

1. Analyse van daadwerkelijke aantal infectieuze complicaties na nemen van prostaatbipten:
 In het Catharina Ziekenhuis in Eindhoven werden in de jaren 2012 t/m 2016 325 prostaatbipten per jaar verricht. In deze 3 jaar zijn er 37 patiënten opgenomen na bipten met een positieve bloedkweek; 19 patiënten hadden alleen een positieve urinekweek na bipten en zijn poliklinisch behandeld.
2. Overleg met medisch microbioloog ten aanzien van bekende resistentiepatronen binnen de regio en overleg met medisch microbioloog wat de beste alternatieven voor profylaxe zijn
3. Communiceren van de wissel van profylaxe binnen de vakgroep Urologie, Medische Microbiologie en ziekenhuisapotheker:
 Dit door middel van een uitgebreide mailing naar de medische microbiologie, waarbij de verantwoordelijke microbioloog ook een mondelinge toelichting gegeven heeft binnen haar eigen vakgroep. Idem voor de vakgroep Urologie (stafleden, ANIOS, AIOS, secretaresses en baliemedewerksters): een mailing (met daarin de aanpassing van de profylaxe en een mondelinge toelichting tijdens een overdracht door mijzelf.
4. Evaluatie van aantal infectieuze complicaties na aanpassing van profylaxe.
 4 maanden na wijziging van de antibiotische profylaxe blijkt dat er 60 patiënten zijn die onder de nieuwe profylaxe gebiopteerd zijn; bij hen zijn geen infecties opgetreden. Van de 10 patiënten bij wie al eerder herbipten met oude profylaxe was afgesproken, hebben er 3 een infectie ontwikkeld.

Wij zullen 3-maandelijks evalueren hoe de stand van zaken is.

Behaalde resultaten

- De antibioticaprofylaxe is inmiddels aangepast naar Ciproxin i.c.m. Fosfomycine
- Beoordeling van het aantal complicaties binnen onze regio heeft ertoe geleid dat er inmiddels een samenwerkingsverband is ontstaan met het Radboud UMC. Inmiddels is er een aanvraag voor ZonMW ingediend om de profylaxe nog meer 'tailor made' te kunnen maken.
- In de grotere studie zal op basis van een rectal swab voorafgaand aan bipten een tailor made profylaxe bedacht gaan worden. Stand van zaken: In totaal zijn 29 projectideeën (met een

gezamenlijke omvang van ongeveer 13 miljoen euro) uitgenodigd voor de tweede fase. Er is 4,6 miljoen euro beschikbaar. De commissie verwacht dat dit betekent dat er 9 tot 10 projecten gehonoreerd kunnen worden. Dit project behoort tot één van de 29 kanshebbers.

Evaluatie / borging

Evaluatie van daadwerkelijke reductie van complicaties vindt plaats door 3-maandelijks, na ingang van de wissel van profylaxe, het aantal complicaties na prostaatbiopten te scoren. Na 1 jaar follow up kan dan een goed vergelijkbare evaluatie gedaan worden met de controlegroep zoals hiervoor vermeld.

Borging vindt plaats door de volledige vakgroep en alle andere betrokkenen (microbiologie en apotheek) in te lichten. Een eerste afspraak voor evaluatie na 3 maanden is gemaakt. De totale duur van het project is één jaar. Afhankelijk van de beschikbaarheid van de ZonMW financiering wordt óf doorgedaan met de huidige profylaxe-aanpassing indien dit inderdaad minder complicaties geeft; óf zal dit project vervangen worden door het wetenschappelijk onderzoek i.s.m. Radboud UMC en ZonMW. De verwachting is wel dat het zeker nog een jaar kan duren alvorens implementatie.

20 ROUTINE-studie

Auteur: **Marc Schluep**
 Instelling en specialisme: **Erasmus MC Rotterdam, anesthesiologie**
 Datum start: **01-12-2015**

Probleemstelling

In-Hospital Cardiac Arrest (IHCA) is een gebeurtenis die een zware impact heeft. Niet alleen is het ingrijpend voor patiënt, familie en personeel, maar het levert ook een zware belasting voor de gezondheidszorg. De reanimatiezorg vereist veel organisatie en is kostbaar. De incidentie en prognose van dit event is nog nooit beschreven voor de Nederlandse gezondheidszorg en ook buitenlandse literatuur is schaars. Kortom, er is weinig zicht op patiëntveiligheid en kosteneffectiviteit van de reanimatiezorg.

Doelstelling

Met de Resuscitation Outcomes in the Netherlands - studie, willen we de éénjaarsoverleving en kwaliteit van leven beschrijven van patiënten na een In-Hospital Cardiac Arrest (IHCA). Nevendoelen hierbij zijn het vaststellen van de incidentie en het beschrijven van een risicomodel. Hiermee hopen we IHCA te kunnen voorkomen en daarmee de doelmatigheid en efficiëntie van de zorg te verbeteren.

Plan van Aanpak

1. Tot op heden zijn alle voorbereidingen getroffen voor het starten van een multicenter onderzoek met 15 centra.
2. Vanaf januari 2017 zullen één jaar alle patiënten worden geïncludeerd die in de betrokken ziekenhuizen gereanimeerd worden. Deze worden dan gevolgd in het komende jaar. De overlevenden krijgen thuis vragenlijsten om te zien hoe het hen vergaat.
3. Aan het einde van het jaar weten welke karakteristieken deze patiënten hadden, en welke patiënten de grootste kans hadden om te overleven op korte termijn. Deze informatie kunnen we gebruiken voor een vervolgonderzoek naar implementatie van maatregelen om de doelmatigheid van de reanimatiezorg te verbeteren. Hierbij moet worden gedacht aan; betere afspraken om wel/niet te reanimeren, betere herkenning van vitaal bedreigde patiënten en het verhogen van de kwaliteit van de reanimatiescholing.
4. In het volgende jaar zullen we de langetermijnoverleving en kwaliteit van leven in kaart brengen.

Behaalde resultaten

Vooralsnog geen, maar we zijn trots dat er een prospectief observationeel multicenter onderzoek van start gaat, waarin 15 ziekenhuizen bereid zijn om hun data aan te leveren.

Evaluatie / borging

- Er zal een informatieavond worden georganiseerd waar alle resultaten worden gepresenteerd.
- Alle data zal worden gebruikt voor interne scholing in de betrokken centra.
- Deze studie is geregistreerd bij de METC van het ErasmusMC, de data zullen worden gepubliceerd in vakbladen.

21 Gericht behandelen van osteoporotische wervelinzakkingsfracturen

Auteur: Martijn Dietvorst
Instelling en specialisme: Maxima Medisch Centrum, orthopedie
Datum start: 1-11-2016

Probleemstelling

Patiënten met een osteoporotische wervelinzakkingsfractuur worden vaak niet adequaat behandeld voor het onderliggende osteoporotische proces, waardoor de kans groot is dat deze patiënten binnen een jaar weer een fractuur oplopen.

Doelstelling

Bij opname gerichte diagnostiek en behandeling van osteoporose om toekomstige fracturen te voorkomen.

Plan van Aanpak

Bij opname wordt een laboratoriumonderzoek ingezet naar osteoporose en wordt de verpleegkundig specialist osteoporose (interne geneeskunde) in consult gevraagd voor diagnostische/therapeutische adviezen, waarna gestart wordt met medicamenteuze behandeling. Verdere vervolging kan in de eerste lijn plaatsvinden.

Behaalde resultaten

Op dit moment wordt het project nog opgezet in het ziekenhuis.

Evaluatie / borging

Door protocollair vast te leggen dat bij opname het laboratoriumonderzoek verricht wordt en de verpleegkundig specialist osteoporose (interne geneeskunde) in consult wordt gevraagd. Tevens zal de verpleegkundig specialist deel gaan nemen aan het wekelijks multidisciplinair overleg om de kwaliteit van zorg te waarborgen.

22 Structured Reporting in Radiology and beyond

Auteur:	Martijn Nobel
Instelling en specialisme:	MUMC+, radiologie
Datum start:	1-3-2015

Probleemstelling

Zowel binnen als buiten de radiologie leeft al langer de wens om onze verslaglegging te veranderen zodat deze meer consistent is en meer aansluit op bijvoorbeeld de wens vanuit de kliniek. Een nieuwe methode om dit te doen is structured reporting, waarover met name de laatste jaren veel gepubliceerd wordt. Door structured reporting in te voeren zou verslaglegging versneld kunnen worden, medische inhoud gestroomlijnd en meer toegespitst op de aanvrager of zelfs gericht op de patiënt. Mochten we onze verslaglegging op een gestructureerde manier gaan doen dan zijn daar ook voordelen aan verbonden zoals data mining voor bijvoorbeeld onderwijs, wetenschap en kwaliteitsgerichte doeleinden. Daarnaast geeft het ons de mogelijkheid om arts-assistenten op te leiden hoe zij verslag moeten leggen.

Doelstelling

Het doel van dit doelmatigheidsinitiatief was om te kijken:

1. Wat de evidence achter structured reporting is en
2. hoe we dit kunnen gaan implementeren op onze afdeling zodat we hierdoor onze workflow op de afdeling en onze faciliterende rol in de kliniek kunnen verbeteren.

Plan van Aanpak

Het plan van aanpak bestond initieel uit een literatuursearch om te kijken wat de evidence is voor structured reporting in de radiologie. Daarna wilden we kijken hoe we deze evidence konden gebruiken bij het verbeteren van onze verslaglegging in samenspraak met de kliniek omtrent voorkeuren in verslagstijlen dan wel inhoud. Vervolgens zouden wij dat kunnen gaan implementeren in onze dagelijkse routine met of zonder het gebruik van structured reporting.

Beoogde resultaten:

1. Het beoogde resultaat was dat we evidence zouden vinden voor een bepaalde manier van structured reporting en dat we deze uiteindelijk in zouden invoeren om zo onze workflow te versnellen.
2. Daarnaast konden we op deze manier onze verslaglegging stroomlijnen en onze inhoud standaardiseren. Op deze manier kunnen aanvragers ook profijt hebben van onze nieuwe manier van verslaglegging, aangezien deze overzichtelijker zou moeten zijn. Doelen waren dus zowel financieel voor de afdeling en de verbeterde verslaglegging zou effect kunnen hebben op het hele ziekenhuis.
3. Dit zou met name in uitdrukking moeten komen ten tijde van een MDO, als een aanvrager (snel) uitslagen wil inzien, of in de spreekkamer als patiënten graag hun beeldvorming willen inzien.

Behaalde resultaten

De behaalde resultaten gaan verder dan het initiële doelmatigheidsinitiatief zoals hierboven beschreven.

1. Het bleek namelijk dat er wel veel onderzoek naar structured reporting gedaan was, maar dat er maar weinig evidence voorhanden was omtrent structured reporting uit bijvoorbeeld goede trials. Dit was natuurlijk jammer, aangezien we nu niet veel verder konden. Omdat we al zo ver waren met het doornemen van de literatuur zijn we in overleg gegaan met het onderwijsinstituut van de

Universiteit Maastricht en onze PACS-leverancier hoe we deze zoektocht zouden kunnen continueren.

2. Aangezien er grote (internationale) belangstelling is voor dit onderwerp zijn we een samenwerking aangegaan om te kijken hoe we onze verslaglegging kunnen verbeteren met of zonder het gebruik van structured reporting.
3. Daarnaast willen we gaan onderzoeken hoe we data mining kunnen toepassen op onze data om te zien hoe we dit binnen de gezondheidszorg kunnen toepassen.
4. Behaalde resultaten zijn op dit moment naast bovengenoemde samenwerking een white paper gesubmit hebben naar Insights into Imaging en een achtergrondartikel gepubliceerd hebben in Imago (nascholingsblad voor beeldvormers).

Evaluatie / borging

De evaluatie van het initiële doelmatigheidsinitiatief is reeds afgerond en gaf weinig richting. Derhalve heeft dit geleid tot vervolgstappen in de vorm van een promotietraject om zelf te onderzoeken wat de mogelijkheden zijn van onder andere structured reporting in de radiologie. Evaluatie van het promotietraject zal geschieden met de verschillende partijen en op basis van behaalde (onderzoeks) resultaten.

Borging: Dit doelmatigheidsinitiatief wordt gewaarborgd door financiële input vanuit de afdeling radiologie alsook vanuit Agfa, waarbij prof. dr. Robben mijn promotor is. Gezien de internationale aandacht zal dit onderwerp voorlopig nog op de radiologische agenda blijven staan.



23 Samen beslissen in de dagelijkse praktijk

Auteur: Michiel Hageman
 Instelling en specialisme: AMC, orthopedie
 Datum start: 1-1-2016

Probleemstelling

Samen Beslissen is op dit moment één van de belangrijkste thema's binnen de Nederlandse gezondheidszorg. Samen beslissen is het proces waarbij de zorgverlener de patiënt voorziet van relevante en objectieve informatie, de waarde en voorkeuren van de patiënt uitdiept en samen met hem of haar beslist over de voor hem of haar meest optimale behandeling. Keuzehulpen zijn bewezen effectief in het ondersteunen van dit proces, doordat ze de kennis over diagnostische en therapeutische mogelijkheden verbeteren, een goede afweging van de voor- en nadelen bevorderen en zicht geven op de gezondheidswaarden van de patiënt. (Stalmeier 2009; van Peperstraten, 2009). Bekend is dat als patiënten goed worden geïnformeerd over de voor- en nadelen van een behandeling, zij zich meer betrokken en doorgaans een weloverwogen en medisch gezien verstandige keuze maken. Naast de verhoogde kwaliteit van zorg leidt Samen Beslissen over het algemeen ook tot minder zorgconsumptie. Patiënten kiezen namelijk, vaker dan hun dokters, voor een minder invasieve behandeling. Dit kan leiden tot een zorgkostenbesparing van 10%-20%, zo blijkt uit verschillende (internationale) onderzoeken. (o.a. Stacey 2014).

Uit een rapportage van ZONMW blijkt echter dat ondanks de veel belovende resultaten structurele implementatie van Samen Beslissen in de dagelijkse praktijk achter is gebleven. Meerdere factoren spelen hierbij een rol. Zo komt de benodigde gedragsverandering bij artsen nog maar langzaam op gang, zijn de meeste zorgpaden niet ingericht voor de toepassing van Samen Beslissen en is de afwezigheid van keuzehulpen een belangrijk obstakel.

Doelstelling:

1. Aantoonbare kwaliteitsverhoging: Meer betrokken en beter geïnformeerde patiënten, minder spijt van de keuze achteraf en behandeling sluit beter aan bij wens van de patiënt.
2. Significante kostenbesparing: Patiënten kiezen vaker voor conservatieve behandeling.

Plan van Aanpak

In samenwerking met een netwerk van arts-assistenten, specialisten en patiënten zijn 22 keuzehulpen ontwikkeld op het gebied van de orthopedie, oncologie, gynaecologie, chirurgie, interne geneeskunde, plastische chirurgie en neurologie. De keuzehulpen zijn toegankelijk via het platform www.keuzehulp.info. De keuzehulpen zijn samengesteld op basis van de Internationale Patiënten Keuzehulp Standaard (IPDAS). Per onderwerp stelden we de behoefte aan informatie en ondersteuning vast met specialisten en patiënten. Voor de inhoud hanteerden wij de Nederlandse richtlijnen en de meest recente wetenschappelijke literatuur. De keuzehulpen zijn in samenwerking met Stichting Makkelijk Lezen "laag-geletterd" gemaakt.

In een paar stappen informeert de keuzehulp de patiënt over de diagnose, de verschillende behandelopties en de mogelijke voor- en nadelen per behandeling. De patiënt kan vervolgens zelf met de schuifknoppen aangeven wat hij of zij belangrijk vindt. De keuzehulp is digitaal en op papier beschikbaar. Door de keuzehulp in te vullen krijgt de patiënt direct inzicht in de voor- en nadelen van iedere behandeling. Tijdens het consult bespreken arts en patiënt de uitkomst van de keuzehulp en maken samen een beslissing. De keuzehulpen zijn met grote zorg ontwikkeld.

Om breed inzicht en kennis te verwerven in de implementatie en effectiviteit van de verschillende keuzehulpen zijn de keuzehulpen bij meerdere specialismen geïmplementeerd en getoetst. Voor de implementatie bij de verschillende ziekenhuizen werd gebruik gemaakt van het implementatiemodel, welke bestond uit 9 stappen: 1) Exploreren, 2) Draagvlak binnen het ziekenhuis creëren, 3) Projectvoorbereiding, 4) Inspiratiesessie, 5) Instructieworkshop, 6) Opstarten (kick-off), 7) Communicatie, 8) Evaluatie en 9) Effectuering.

De verschillende keuzehulpen zijn geïmplementeerd en getoetst in het Slotervaart ziekenhuis, OLVG, AMC, Tergooi, MUMC, RadboudMC, AVL en Bernhoven bij o.a. de orthopedie, gynaecologie, oncologie en chirurgie.

Als uitkomsten werden de mate van keuzestress, angst, tevredenheid, fysieke functie en zorgconsumptie in kaart gebracht.

Behaalde resultaten

Door een keuzehulp kon de patiënt de behandelopties beter begrijpen, meebeslissen en een weloverwogen keuze maken. Mede hierdoor kozen patiënten minder vaak voor de meest invasieve behandeling. Verder toonde onderzoek (onder andere) aan dat het gebruik van de keuzehulp bijdroeg aan het verminderen van keuzestress en angst en waren patiënten die de keuzehulp gebruikten vaker tevreden over de geleverde zorg.

Voor artsen resulteerde het gebruik van de keuzehulp in meer inzicht in de persoonlijke situatie en voorkeuren van de patiënt. Daarnaast zorgde de keuzehulp voor een effectief en kwalitatief consult.

Evaluatie / borging

In het AMC, OLVG, Tergooi, MUMC, RadboudMC, AVL en Berhoven wordt de toepassing van Samen Beslissen met behulp van keuzehulpen gecontinueerd. In samenwerking met verschillende verzekeraars wordt bekeken op welke manier dit op duurzame wijze kan worden gefinancierd.

24 de PORTRET-tool

Auteur:	Nienke de Glas
Instelling en specialisme:	Tergooi Ziekenhuis, interne geneeskunde
Datum start:	1-8-2016

Probleemstelling

Het aantal oudere patiënten met borstkanker neemt toe door de vergrijzing van de Nederlandse samenleving. Oudere patiënten hebben een groter risico om te sterven aan borstkanker dan jongere patiënten. Bovendien hebben oudere patiënten een verhoogd risico op ernstige bijwerkingen en achteruitgang in fysiek functioneren en kwaliteit van leven door de behandeling. Er zijn grote verschillen tussen oudere patiënten, waaronder verschillen in bijkomende ziekten (comorbiditeit) en fitheid. Daarom moet de behandeling van borstkanker goed afgestemd worden op de fysieke conditie van de individuele patiënt. In Nederland bestaan grote verschillen tussen ziekenhuizen in behandelstrategieën voor oudere patiënten. Ook is bekend dat er verschillen tussen landen zijn en dat oudere patiënten in Nederland veel minder chemotherapie en hormoontherapie krijgen dan in omliggende landen.

Om de behandeling te individualiseren en daardoor zowel over- als onderbehandeling te voorkomen, kunnen voorspelmodellen een belangrijke rol spelen. Met behulp van een voorspelmodel kunnen patiënten goed geïnformeerd worden over de risico's van behandeling, de kans op succes en de effecten op de kwaliteit van leven. Daarmee kan de patiënt samen met de arts een betere beslissing nemen over de juiste behandeling. We hebben echter in eerder onderzoek aangetoond dat huidige voorspelmodellen zoals Adjuvant! Online en PREDICT niet betrouwbaar zijn voor oudere patiënten. Bovendien richten deze modellen zich alleen op overlevingsuitkomsten, en niet op kwaliteit van leven, fysiek functioneren en bijwerkingen van de behandeling, terwijl deze uitkomsten juist bij ouderen minstens zo belangrijk zijn als overleving. Eerdere studies hebben aangetoond dat de hoogste kosten van behandeling gemaakt worden in de laatste levensjaren. Door doelmatiger om te gaan met de keuze voor een bepaalde behandeling kunnen onnodige kosten bespaard worden.

Doelstelling

Het bouwen van een E-health applicatie die borstkankersterfte, bijwerkingen van behandeling en kwaliteit van leven voorspelt bij oudere patiënten met borstkanker (65 jaar en ouder).

Plan van Aanpak

Het projectvoorstel ligt momenteel ter beoordeling voor subsidie bij KWF-kankerbestrijding. Het project bestaat uit drie onderdelen. In het eerste deel zullen wij focusgroepen van oudere patiënten met borstkanker voorleggen wat voor hen de belangrijkste uitkomsten van ziekte zijn (naar verwachting overleving, kwaliteit van leven, fysiek functioneren en bijwerkingen van behandeling). Bovendien zullen we de focusgroepen vragen hoe zij dit vormgegeven willen zien in een mobiele (of online) applicatie. Deze vragen zullen wij tevens via (digitale) vragenlijsten aan oncologen en huisartsen voorleggen.

Afhankelijk van de uitkomsten van de focusgroepen en vragenlijsten zullen wij vervolgens in deel 2 data van voorgaande studies gebruiken om de applicatie te ontwikkelen die de gekozen uitkomsten kan voorspellen. Hiervoor zal gebruik gemaakt worden van data van onze eerdere studies, zoals het FOCUS-cohort, de Climb Every Mountain-studie en de TEAM-trial. Elk voorspelmodel zal extern gevalideerd worden. Vervolgens zal de applicatie ontwikkeld worden in samenwerking met een extern ICT-bedrijf. De applicatie zal zowel via het internet als op mobiele telefoon en tablet beschikbaar gemaakt worden, voor zowel de arts als de patiënt. Gedurende dit hele proces zullen patiënten betrokken worden om te zorgen dat hun wensen meegenomen worden in de ontwikkeling van de tool. Patiënten kunnen alleen hun eigen gegevens inzien en zullen dit op een duidelijke, grafisch weerge-

geven manier thuis kunnen inzien, zodat ze dit samen met familie kunnen bekijken om een weloverwogen beslissing voor een behandeling te kunnen nemen.

In het derde deel zullen we de applicatie toetsen in de dagelijkse praktijk. We zullen stapsgewijs de tool invoeren in 10-15 ziekenhuizen om te onderzoeken of de applicatie invloed heeft op de voorgeschreven behandeling. We verwachten dat door de applicatie patiënten met kleine, "laag-risico" tumoren 10% minder behandeling zullen krijgen, terwijl patiënten met agressieve tumoren 10% vaker chemotherapie en hormoontherapie zullen krijgen, resulterend in een beter op de individuele patiënt afgestemde behandeling en betere overleving en kwaliteit van leven. Daarnaast evalueren we de patiënt- en artstevredenheid.

Behaalde resultaten

Dit project zal naar verwachting leiden tot een gevalideerde en werkzame applicatie die overleving, terugkeer van ziekte, bijwerkingen en kwaliteit van leven/fysiek functioneren van de behandeling van oudere patiënten met borstkanker kan voorspellen, om zo gezamenlijke besluitvorming en geïndividualiseerde behandeling te bewerkstelligen, de uitkomsten van borstkankerbehandeling te verbeteren en doelmatigheid/kosteneffectiviteit van behandeling te verbeteren.

Evaluatie / borging

De tool zal na ontwikkeling elk jaar geüpdatet worden met geregistreerde data van patiënten waarbij de tool gebruikt wordt, om zo de meest accurate data te garanderen. Na afronding van deze eerste fase zal een grote fase III studie opgezet worden waarin we de effecten van de tool op overleving, toxiciteit, kwaliteit van leven en kosteneffectiviteit zullen evalueren.



Kostenbewustzijnsproject

Auteur: Evelien Peeters
 Instelling en specialisme: UMC Utrecht, interne geneeskunde
 Datum start: 11-1-2015

Probleemstelling

Het bewustzijn wat betreft kosten en bewezen nut van alle daagse zorg is te laag bij AIOS en specialisten. Projecten kunnen dit inzicht vergroten en automatismen doorbreken.

Doelstelling

Het inzicht bij AIOS en specialisten vergroten wat betreft de werkelijke kosten van geleverde zorg en daarnaast kritisch nadenken over het nut van deze geleverde zorg.

Plan van Aanpak

Om voor ons ziekenhuis specifieke punten te identificeren waarop wellicht kostenbesparingen en efficiëntie van zorg zouden kunnen worden doorgevoerd en die breed gedragen zouden worden door de vakgroep, hebben we een project opgezet opgebouwd uit vijf fases. In fase 1 hebben we met een 'open webbased survey' gevraagd één tot vijf handelingen in te brengen die regelmatig worden uitgevoerd, maar mogelijk niet kosteneffectief zijn of achterhaald zijn. In fase 2 is, opnieuw in een enquête, de relevantie van de onderwerpen getoetst en het draagvlak voor de veranderingen gemeten. In fase 3 zijn de tien meest relevante stellingen verdeeld onder a(n)iossen, steeds gekoppeld aan een specialist, die de stellingen onderworpen aan gestructureerd literatuuronderzoek volgens de CAT-structuur (critical appraised topic) en dit vervolgens presenteerden aan de vakgroep. Vanuit de conclusies van deze CAT's is een selectie van minst kosteneffectieve / achterhaalde zorg punten gemaakt (fase 4). De vijfde fase betreft implementatie van deze inzichten en follow-up naar het effect daarvan.

Behaalde resultaten

Onze grootste leerpunten zijn gelegen in de implementatie fase waarbij wij inzicht kregen in het verschil tussen de werkelijke en de gecommuniceerde prijzen (de zogenaamde '0-lijn'), waardoor een verandering aan de voorkant soms helemaal niet tot afname van kosten leidt. Bovendien kunnen de historie van een behandeling of lokale afspraken maken dat nieuwe richtlijnen niet geïmplementeerd worden. Ook bleek van groot belang dat je voor het bereiken van verandering, vooraf alle partijen mee moet krijgen, omdat bijvoorbeeld financiële prikkels hardnekkig vernieuwingen in de weg kunnen staan.

- Drs. E. Peeters, dr. H. Schouten, dr. A. Muller. Zuinig en zinnig valt nog niet mee. Medisch contact, 1 oktober 2015/ 1882-1884
- Presentatie NIV dagen april 2015 binnen de workshop Choosing wisely.
- Presentatie op 'Choosing wisely' symposium UMCU, mei 2016

Evaluatie / borging

Voor de implementatie werd voor elk topic een werkgroep van arts-assistenten en specialisten aangesteld. Een aantal punten bleken al adequaat uitgevoerd te worden, een aantal werden direct ingevoerd (bijvoorbeeld verandering van lab pakketten) en een aantal bleken op interne weerstand te stuiten die lastig op te vangen was.

26 Evidence-based en patiëntgerichte beslissingsondersteuning met Evidencio

Auteur: Rick Pleijhuis
 Instelling en specialisme: Medisch Spectrum Twente - interne geneeskunde
 Datum start: 1-11-2015

Probleemstelling

Het aanbod aan wetenschappelijke artikelen neemt exponentieel toe en daarmee de bewijslast voor nieuwe diagnostische methodieken en behandelwijzen. Desondanks dringen de resultaten van dit wetenschappelijk onderzoek slechts in beperkte mate door in de kliniek. Één van de verklaringen hiervoor is dat klinische studies vaak een gemiddeld behandel-effect rapporteren, zoals geobserveerd in een groot patiëntcohort. Deze generalistische benadering bemoeilijkt de interpretatie van wetenschappelijk onderzoek voor de individuele patiënt in de spreekkamer of op de afdeling. De gemiddelde patiënt bestaat immers niet. Patiënten geïnccludeerd in klinische studies zijn bovendien vaak geen representatieve weergave van de dagelijkse praktijk door toepassing van strenge inclusie- en exclusiecriteria.

Het gebruik van voorspellende modellen (predictiemodellen) maakt het mogelijk om wetenschappelijke inzichten en patronen in (big) data te vertalen naar geïndividualiseerde prognoses/kansen/risico's voor de patiënt. Hierdoor wordt stratificatie van patiënten in verschillende risicocategorieën mogelijk. Het individuele risicoprofiel van de patiënt vormt op zijn beurt een belangrijk uitgangspunt om te beslissen voor welke diagnostiek en/of therapie de patiënt in aanmerking komt en wat de kans is op bijwerkingen/complicaties/het aanslaan van behandeling.

Hoewel de toegevoegde waarde van predictiemodellen inmiddels breed wordt onderschreven, ontbreekt het nog aan een platform waarmee medische predictiemodellen centraal kunnen worden aangeboden, beheerd en geïntegreerd in het dagelijkse werkproces. Brede klinische implementatie van predictiemodellen blijft daarnaast nog altijd achter door een gebrek aan externe model validaties (<40%), gebrek aan transparantie/uniformiteit en beperkte integratiemogelijkheden van modellen met digitale richtlijnen, externe applicaties en het EPD. Deze uitdagingen waren reden voor de ontwikkeling van het online predictieplatform Evidencio.

Doelstelling

Evidencio beoogt de patiëntenzorg te verbeteren door de resultaten van wetenschappelijk onderzoek te vertalen naar de medische praktijk. Resultaten van klinische studies en verbanden in (big) data worden hiertoe op efficiënte wijze omgezet naar voorspellingen over prognoses/kansen/risico's voor de individuele patiënt. Daarmee wordt een belangrijke bijdrage geleverd aan evidence-based, patiëntgerichte en doelmatige zorg. Dezelfde predictiemodellen voorzien arts en patiënt bovendien van objectieve en patiënt-specifieke input als solide basis voor informed consent en gedeelde medische besluitvorming. Belangrijke doelstellingen van Evidencio zijn om reeds in de literatuur beschikbare predictiemodellen te identificeren, te valideren en vervolgens te integreren in de medische praktijk. Hierdoor kan optimaal gebruik worden gemaakt van de kennis die al beschikbaar is (doelmatig) en worden eventuele hiaten in deze kennis blootgelegd. Door gebruik te maken van de ingebouwde validatie module van Evidencio, wordt het proces van externe model validatie aanzienlijk vereenvoudigd. Artsen, onderzoekers en kennisinstellingen kunnen de prestaties van een model eenvoudig testen op hun eigen patiëntpopulatie, waarna de resultaten desgewenst kunnen worden gedeeld met de rest van de wereld. De kwaliteit en generaliseerbaarheid van ieder individueel predictiemodel kan daarmee snel worden geëvalueerd. Resultaten van de model validatie kunnen op hun beurt worden ingezet om de best presterende modellen per discipline te selecteren. Deze kunnen vervolgens

(eveneens via Evidencio) rechtstreeks kunnen worden opgenomen in digitale richtlijnen/keuzehulpen/het EPD ter ondersteuning van medische besluitvorming. Evidencio beoogt daarmee te komen tot een meer coherent gebruik van richtlijnen, een afname van defensief medisch handelen en betere verdeling van schaarse middelen in de zorg.

Plan van Aanpak

Evidencio richt zich primair op zorgprofessionals en onderzoekers. Patiënten worden indirect betrokken doordat Evidencio informatie levert over individuele prognoses/kansen/risico's als uitgangsbasis voor informed consent en gedeelde medische besluitvorming. Het platform wordt opgebouwd als een bibliotheek waarin een ongelimiteerd aantal predictiemodellen kan worden opgenomen. Deze modellen zijn laagdrempelig toegankelijk en kunnen worden gevalideerd, geüpdatet en gedeeld met vakgenoten wereldwijd.

Om het exponentieel stijgende aanbod aan medische predictiemodellen te kunnen verwerken, is een schaalbare oplossing nodig. Het Evidencio platform bevat daarom een module waarmee medici/onderzoekers/wetenschappelijke verenigingen zélf predictiemodellen kunnen creëren en beheren op het platform. Dit kan zowel op basis van bestaande publicaties (PubMed) als op basis van eigen onderzoeksresultaten. Kwaliteitscontrole vindt op verscheidene manieren plaats, waaronder een peer-review proces, geautomatiseerde kwaliteitsranking en externe modelvalidatie door onafhankelijke onderzoekers.

De predictiemodellen in Evidencio kunnen worden ingezet om patiënten te selecteren die voor een bepaalde test of behandeling in aanmerking komen of waarbij hiervan juist kan worden afgezien. Hierdoor wordt een betere verdeling mogelijk van de schaarse middelen. Daarnaast zal naar verwachting de neiging tot defensief handelen afnemen wanneer de medicus zich kan beroepen op gevalideerde predictiemodellen. Dit alles komt ten goede aan de doelmatigheid van zorg. Gebruik van het Evidencio platform door zorgprofessionals en onderzoekers is bovendien kosteloos.

De ambitie van Evidencio is om uit te groeien tot een mondiale bibliotheek, waarin de resultaten van wetenschappelijk onderzoek worden vertaald naar een groot aantal concreet toepasbare calculators voor de dagelijkse medische praktijk. De vervolgstappen die het komende jaar zullen worden gezet zijn de volgende:

1. Doorontwikkeling van het Evidencio platform:

Het komende jaar zullen er nieuwe functionaliteiten aan het platform worden toegevoegd, waaronder een module waarmee multiple modellen kunnen worden samengevoegd tot één overkoepelend model (composiet model).

2. Vergroten van gebruikersaantallen:

Het afgelopen jaar heeft Evidencio 'onder de radar' gefunctioneerd en werd er nauwelijks ruchtbaarheid gegeven aan dit initiatief. Inmiddels zijn wij klaar om de volgende stap te maken en willen we het bestaan van het platform graag kenbaar maken onder A(N)IOS, medisch specialisten en onderzoekers. Hiertoe zullen vakgroepen actief worden benaderd en zal er aandacht worden besteed aan Evidencio in artikelen en congressen.

3. Opstarten onderzoeksprojecten:

Beoogd wordt binnen verscheidene disciplines een onderzoeksproject op te starten voor co-assistenten/arts-assistenten, bestaande uit literatuurstudie naar reeds gepubliceerde predictiemodellen. Na identificatie van deze modellen en toevoeging hiervan aan het Evidencio platform, kan externe validatie worden verricht aan de hand van eigen ziekenhuisdata of beschikbare datasets van instanties als IKNL, DIKA en NICE.

4. Betrekken kennisinstellingen en wetenschappelijke commissies:

Graag zouden wij onze samenwerking met kennisinstellingen en wetenschappelijke commissies volgend jaar verder uitbreiden. Insteek hiervan zal zijn om de modellen op Evidencio in te zetten als

evidence-based keuzeondersteuning bij beslismomenten in de richtlijn. Middels de Evidencio 'application programming interface' (API) kunnen publieke modellen eenvoudig worden geïntegreerd met digitale richtlijnen en keuzehulpen.

Behaalde resultaten

Het idee achter het Evidencio platform komt initieel van een arts-assistent interne geneeskunde, die tijdens zijn promotieonderzoek een kloof ervoer tussen wetenschappelijk onderzoek en de klinische praktijk. Na het formuleren van de belangrijkste pijnpunten die implementatie van wetenschap in de weg stonden, werd Evidencio ontwikkeld als potentiële oplossing voor de vastgestelde uitdagingen. Met het aanhaken van een softwareontwikkelaar in 2015 kon het Evidencio platform daadwerkelijk worden gerealiseerd.

Begin 2016 is het Evidencio platform (<http://www.evidencio.org>) online beschikbaar gekomen voor algemeen gebruik. Een groeiend aantal medici en onderzoekers maakt reeds gebruik van de functionaliteiten van Evidencio door nieuwe modellen toe te voegen, bestaande modellen te valideren of modellen toe te passen in de kliniek.

Eerdere studies toonden aan dat consequent gebruik van predictiemodellen resulteerde in minder complicaties, een kortere ligduur, lagere kosten en een betere verdeling van schaarse middelen in de zorg. Deze gunstige effecten namen toe naarmate de predictiemodellen beter geïntegreerd waren in het dagelijkse zorgproces. Met het aanbieden van een platform voor creatie, validatie en integratie van medische predictiemodellen, draagt Evidencio bij aan een versnelde implementatie van wetenschappelijke onderzoek en een toegenomen doelmatigheid van de gezondheidszorg. Het Evidencio platform zelf is bovendien kosteloos toegankelijk voor medici en onderzoekers.

Via een zogeheten Application Programming Interface (API) kan het Evidencio platform communiceren met externe applicaties. Hiermee kunnen predictiemodellen nu ook worden ingezet ter verrijking van digitale richtlijnen, online keuzehulpen of het EPD. Groot voordeel is hierbij dat alle modellen zijn geconcentreerd op één locatie. Applicaties die gebruik maken van de Evidencio API beschikken daarmee altijd en overal over kwalitatief hoogwaardige, gevalideerde en up-to-date predictiemodellen.

Het Integrale Kankercentrum Nederland (IKNL) zal het Evidencio platform als eerste partij in Nederland gaan inzetten als evidence-based beslissingsondersteuning bij keuzemomenten in haar nieuwe digitale richtlijn ('Oncoguide app'). Deze app zal zorgprofessionals en patiënten gaan informeren over patiënt-specifieke prognoses/kansen/risico's en doet een voorstel voor een individueel behandeltraject op grond van ingegeven patiëntkarakteristieken.

Gesprekken met wetenschappelijke commissies zijn lopende om Evidencio in te zetten ter personalisatie van hun digitale richtlijnen. Een eerste grote kennisinstelling is gestart met het valideren van de modellen op Evidencio aan de hand van grote datasets die zij tot hun beschikking hebben. Tot slot levert Evidencio gebruiksvriendelijke predictiemodellen voor diverse websites (bijvoorbeeld: www.pancreascalculator.com) en wordt toegewerkt naar integratie met het elektronisch patiëntendossier.

Evaluatie / borging

Evidencio beoogt zorgprofessionals te stimuleren om evidence-based, patiëntgerichte en controleerbare zorg toe te passen in de dagelijkse praktijk. Binnen de Evidencio gemeenschap beheren onderzoekers en zorgprofessionals met elkaar de kwaliteit van de modelbibliotheek.

Transparantie van modellen wordt bereikt door het tonen van de onderliggende wetenschappelijke literatuur, de karakteristieken van de onderliggende studiepopulatie, en de modelformule. Tevens wordt aanvullende informatie getoond over de prestaties van het model op grond van interne en/of externe validatie. Kwaliteitscontrole vindt plaats middels peer-review, het geautomatiseerd toekennen van kwaliteitspunten op basis van vooraf gestelde criteria, en het faciliteren van externe modelvalidatie.

Externe model validatie is noodzakelijk voordat een nieuw model veilig kan worden toegepast in de kliniek. In minder dan 40% van de gepubliceerde predictiemodellen is echter een externe validatie beschikbaar. Daardoor is vaak onduidelijk hoe een bepaald model presteert binnen de populatie waarin het model zal worden toegepast. Teneinde externe validatie van predictiemodellen door lokale ziekenhuizen te stimuleren, bevat Evidencio een separate validatiemodule. Met deze module kan in enkele simpele stappen een validatie van bestaande modellen worden verricht op basis van eigen patiëntdata.

Evidencio heeft een onafhankelijke wetenschappelijke adviesraad samengesteld, bestaande uit inhoudsdeskundige professionals die gevraagd en ongevraagd advies geven ten aanzien van de verdere ontwikkeling van Evidencio. De wetenschappelijke adviesraad bestaat uit prof. dr. S. Siesling (UT/IKNL), prof. dr. van der Palen (UT/MST), dr. H. Koffijberg (UT), dr. ir. X. Verbeek (IKNL) en prof. dr. Steyerberg (Erasmus universiteit).

27 Optimalisatie organisatie poliklinische zorg systemische auto-immuunziekten

Auteur: Julia Spierings
 Instelling en specialisme: MUMC+, reumatologie
 Datum start: 21-9-2016

Probleemstelling

Poliklinische zorg voor complexe auto-immuunaandoeningen (zoals SLE, sclerodermie, vasculitis en m. Sjogren) vereist zorg geleverd door ervaren zorgprofessionals, vraagt een multidisciplinaire benadering, duidelijke informatievoorziening naar de patiënt en gestructureerde opbouw van een consult. In Maastricht is de poliklinische zorg voor de overige reumatische aandoeningen in themapoli's georganiseerd, maar deze groep patiënten valt nu buiten de boot. De samenwerking met andere betrokken specialisten kan optimaler en samenwerking met perifere ziekenhuizen blijft uit. De kwaliteit van de zorg voor deze patiënten kan worden verbeterd.

Doelstelling

Opzetten van een themapoli systeemziekten, MDO en samenwerking in zorg voor patiënten in de hele regio zuid Limburg

Plan van Aanpak:

1. Inventarisatie patiënten MUMC met een systemische auto-immuunaandoening
2. Overleg vakgroep reumatologie, indeling en tijdsplanning poliklinische patiënten. Het plan is om patiëntengroepen te clusteren, zodat ze ook gemakkelijker de mogelijkheid hebben om met elkaar in contact te komen. Deze aandoeningen zijn zeldzaam en onderling ervaringen uitwisselen kan zinvol zijn. Tevens wordt een multidisciplinaire benadering daardoor gemakkelijker. (Bijvoorbeeld samenwerking met dermatoloog en longarts bij patiënten met sclerodermie).
3. Benadering andere specialisten in MUMC (longarts, dermatoloog, cardioloog, immunoloog), over samenwerkingsmogelijkheden en overlegmomenten MDO, jaarlijkse screening etc.
4. Informatiebrief naar patiënten, informatie over opzet poli en zorg
5. Opstarten systeemziekten poli in MUMC
6. Samenwerking Zuyderland MC

Behaalde resultaten

In het MUMC zijn er iets meer dan 200 patiënten met een (chronische) systemische auto-immuunziekte. De poli indeling wordt gemaakt, het overleg over samenwerking met andere specialisten is gestart. De poli gaat starten als de indeling klaar is.

Evaluatie / borging

Wij zullen zowel van patiënten als van de zorgverleners terug horen wat hun ervaring en tevredenheid is met de verandering in opzet van zorg. Op de lange termijn kunnen we meten en beoordelen of ook de kwaliteit van zorg op andere vlakken verbeterd is.

28 MUMC+ Esthetisch Centrum; niet vergoede en state-of- the-art cosmetische zorg op Academisch niveau

Auteur:	Tjinta Brinkhuizen
Instelling en specialisme:	MUMC+, dermatologie
Datum start:	9-1-2015

Probleemstelling

Er verdwijnen steeds meer cosmetisch behandelingen uit het zorgverzekeringspakket met het argument dat ze medisch niet-noodzakelijk zijn. Toch willen veel patiënten met dergelijke aandoeningen geholpen worden. Het liefst in een gedegen behandelcentrum en met de beste technieken. Eerder waren er in het MUMC+ geen behandelmogelijkheden voor deze patiënten maar door bundeling van expertise en moesten we patiënten verwijzen naar privéklinieken. Door gerichte opleiding en training kunnen we dat nu volgens de hoogste standaarden wel bieden in het MUMC+ Esthetisch Centrum. Het grote voordeel hiervan is de integratie met andere medische behandelingen, de vele en moderne beschikbare voorzieningen en de 24/7 follow-up mogelijkheden. Zo is er altijd een arts beschikbaar voor nazorg in de avond-nacht- of weekenduren.

Doelstelling

Topzorg op het gebied van niet vergoede en cosmetische behandelingen in een academische setting, goede patiëntvoorlichting, snelle toegangstijden, patiëntvriendelijkheid en bovenal wetenschappelijk onderbouwde behandelingen.

Plan van Aanpak

Puntsgewijs volgt er een overzicht met wat er onder andere gedaan is:

- opstellen business plan
- regelen van alle juridische zaken zoals verzekeringen, maar ook de toestemming van de raad van bestuur.
- scholing betrokken artsen door Dr. Velthuis van de Velthuiskliniek.
- overzicht met welke behandelingen we doen, bijbehorende prijzen, behandelovereenkomsten, pinautomaat
- bestellingen benodigde producten
- patiënteninformatie brochures van alle behandelingen
- algemene informatiefolder
- website en Facebookpagina
- ontwerp huisstijl
- taakverdeling ondersteunend personeel zoals balie-medewerksters en verpleegkundigen
- flow-chart voor route aanmelden patiënten op vervolgen oproepen van hen
- flow-chart met route van patiënt tijdens spreekuur (aanmelden, ontvangen folder en behandelovereenkomst, intake, foto, behandeling, betaling)

Behaalde resultaten

Momenteel hebben we eenmaal per 2 weken, 2 volle spreekuren van 16.00-20.00.

Evaluatie / borging

Op basis van de 2 volle spreekuren per 2 weken concluderen wij dat het MUMC+ Esthetisch Centrum nu al een succes is. Dit terwijl er nog geen reclame gemaakt is. Op 17 november 2016 volgt de officiële opening, waaraan ook publiciteit gekoppeld is. Op termijn willen we het scala aan behandelingen uitbreiden, patiënttevredenheid gaan meten met behulp van vragenlijsten en zullen we wetenschappelijk onderzoek gaan koppelen aan het Esthetisch Centrum.



Luchtverwijders via vernevelaar of via inhalator

Auteur:	Wouter van Geffen
Instelling en specialisme:	Medisch Centrum Leeuwarden, longziekten
Datum start:	19-8-2015

Probleemstelling

When someone is suffering from a lung attack due to chronic obstructive pulmonary disease (COPD), are inhalers with a spacer as good as nebulisers?

Doelstelling

Onderzoeken of een gewone inhalator net zo goed is als een dure vernevelaar bij een exacerbatie van COPD.

Plan van Aanpak

We hebben dit onderzocht door middel van een systematische review en meta-analyse volgens de Cochrane methode.

Behaalde resultaten

We vonden geen verschil in kwaliteit tussen de vernevelaar en de inhalator voor patiënten met een exacerbatie van COPD. Dit suggereert dat een behandelend arts de inhalatie methode kan kiezen op basis van prijs en doelmatigheid.

Evaluatie / borging

De resultaten zijn gepubliceerd als Cochrane Review en in te zien op <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD011826.pub2/abstract>. In beide ziekenhuizen die mee werkten aan de review zijn de resultaten gebruikt om de nieuwe behandelprotocollen aan te passen en zo kosten te besparen. Het is de verwachting dat dit onderzoek ook effect zal hebben op de eerstvolgende update van de landelijke richtlijn.

30 INVOLVED - Innovatieve Visuele Educatie

Auteur: Ronald van Rheenen
Instelling en specialisme: UMCG, nucleaire geneeskunde
Datum start: 9-1-2016

Probleemstelling

Kennis overbrengen aan kinderen en laaggeletterde volwassenen.

Doelstelling

Kennis op een visuele en begrijpbare manier presenteren. Patiënt deelgenoot maken van onze medische kennis.

Plan van aanpak

Helder krijgen van de over te dragen kennis, vertalen in begrijpelijke context, bijpassend visueel materiaal ontwikkelen, testen, materiaal publiceren, promotie.

Behaalde resultaten

Zie: <http://tinyurl.com/INVOLVED-NL>

Evaluatie / borging

Continue cq. realtime feedback bik gebruikers d.m.v. o.a. PPP-zorg

Het Bewustzijnsproject

Aios doelmatig leren denken en werken



De beste zorg voor de patiënt en verantwoord omgaan met de beschikbare middelen. Dat is de kern van doelmatige zorg. Artsen kunnen onnodige kosten van zorg laten afnemen als ze dat al in de opleiding tot specialist leren (Colla et al.). Straks is dat verplicht: per 1 juli 2018 treedt regelgeving van het College Geneeskundige Specialismen in werking (zie het projectplan). Aios moeten dan aantoonbaar leren om bewuste keuzes te maken. Het Bewustzijnsproject kan opleiders en aios daarbij helpen.

Samen met de OOR's

Het Bewustzijnsproject werkt intensief met de Opleidings- en OnderwijsRegio's (OOR's) samen om alles over opleiden tot bewuste artsen direct te brengen daar waar het nodig is: in het veld. Daarom zijn de OOR's zelf aan de slag om het doelmatigheidsbewustzijn in de opleiding te vergroten.



In opdracht van

Het Bewustzijnsproject wordt in opdracht van het College Geneeskundige Specialismen uitgevoerd door Maastricht University.



www.bewustzijnsproject.nl



www.bewustzijnsproject.nl