

HET CHIRURGISCH DAGCENTRUM

Dr. Luc Van Outryve

Interuniversitair Postgraduaat Heelkunde , Zaterdag 17 april 2010 UZ GENT

SAMENVATTING

Definitie

Historiek

Wetgeving in België

Organisatorische vormen.

Organisatorisch concept.

Operatie- en de anesthesietechnieken .

Survey 2007, Toftgaard IAAS 2009: internationale studie.

Partezis Matrix 2008: studie 48 Vlaamse ziekenhuizen.

Toekomst in België: VIPA studie.

Toekomst internationaal: IAAS congress 2009.

Besluit en referenties.

DEFINITIE

Het chirurgisch dagcentrum is een structuur voor geplande hospitalisatie en uitvoeren van een chirurgische ingreep die traditioneel tijdens een klassieke opname gebeurt maar die even veilig en efficiënt in één dag kan gebeuren.

De verschillende elementen van deze definitie worden nu afzonderlijk bekeken.

In eerste instantie spreken we hier over het **chirurgisch dagcentrum**, dit in tegenstelling tot het -- niet chirurgisch dagcentrum of medisch dagcentrum (waar patiënten worden opgenomen voor verrichten van verschillende onderzoeken);

-- geriatrie dagcentrum (waar geriatrie patiënten worden opgenomen gedurende één dag voor verzorging en observatie en eventueel onderzoeken bv. ook diabetes);

-- medisch pediatrie dagcentrum (voor korte observaties en onderzoeken van kinderen);

-- oncologisch dagcentrum (voor opname voor oncologische behandeling).

In tweede instantie spreken we hierbij over de **structuur**: we spreken hier over een aparte en herkenbare entiteit of afdeling of gang op een afdeling of apart gebouw op een campus of zelfs een apart gebouw buiten een ziekenhuiscampus (freestanding of vrijstaande structuur). Met structuur bedoelt men dus voornamelijk een gebouw of een gedeelte van een gebouw dat specifiek, herkenbaar en enkel en alleen dient voor de chirurgische dagopname.

In derde instantie gaat het hier om **geplande** hospitalisatie. En met gepland wordt bedoeld dat in principe ten allerlaatste de dag voor de ingreep, geweten is welke ingreep op welk uur zal gebeuren. Enkel op die manier kan een goede planning gebeuren en kan voor voldoende en juiste omkadering worden gezorgd (personeel, instrumentarium,.....). Op die manier kunnen ook duidelijke openingstijden en sluitingstijden worden gehanteerd.

Ten vierde spreken we van **hospitalisatie**: in principe gaat het hier om een opname waarbij patiënt in een bed of een ligzetel wordt gelegd en gedurende een zekere tijd (minimum enkele uren) in de structuur verblijft .

Ten vijfde : “ **voor uitvoeren van een chirurgische ingreep**”: het betreft hier dus inderdaad een chirurgisch dagcentrum; observatie, chemotherapeutische behandeling, onderzoeken worden in principe uitgesloten. Wat wel kan zijn coloscopieën, gastroscopieën, bronchoscopieën, ea.... waarbij een vorm van ingreep wordt uitgevoerd op het lichaam. Ook pijnklinikhoort hierbij.

Ten zesde : .. **die traditioneel tijdens een klassieke opname gebeurt....**: deze terminologie blijft voorlopig nog in voege omdat geen betere definitie is gevonden om de ingrepen te catalogeren die in aanmerking komen om specifiek tijden een dagopname te worden uitgevoerd.

De overheid en het RIZIV maken het echter wel reeds duidelijk : er bestaat een lijst waarin die ingrepen worden gecatalogeerd waarbij het ziekenhuis slechts één ligdag aan 100 % wordt uitbetaald; als de patient langer verblijft dan moet daar een geldige reden voor opgegeven worden (oneigenlijke ligdagen).

En om de chirurg te stimuleren bestaat een andere (en kortere) lijst van ingrepen waarbij de chirurg een extra(?) toezichtshonorarium bekommt als de patient maar één dag verblijft. Bij diezelfde ingrepen is ook een coördinatiehonorarium voorzien ; dit honorarium kan enkel geïnd worden door het diensthoofd van het chirurgisch dagcentrum.

Men ziet de laatste jaren een duidelijke verschuiving naar behandeling in dagopname waar vroeger verschillende dagen opname nodig was. De opnames van 8 dagen en meer zijn tegenwoordig enkel nog voor zware gecompliceerde ingrepen.

Bovendien is een verdere verschuiving merkbaar van outpatient treatment in het traditionele ziekenhuis naar behandeling in een freestanding unit op de ziekenhuiscampus; vandaaruit naar outpatient treatment in freestanding centra is maar een kleine stap en teslotte ziet men ook steeds meer office-based surgery. Alhoewel dit laatste ook zeer goed wordt georganiseerd en kan georganiseerd worden in een free standing centrum: zo zien we de laatste tijd verschillende medische centra ontstaan waar dan verschillende disciplines gaan samenzitten: algemene geneeskunde of huisarts met een medische beeldvormingspraktijk en daarbij een chirurgische discipline of orthopedische discipline.

Last but not least : **veiligheid en efficiëntie** zijn en blijven steeds de belangrijkste parameters; hiervoor zijn duidelijke afspraken nodig met anesthesisten, verpleegkundig en administratief personeel. Het is ook door de belangrijke evolutie op gebied van anesthesie dat dagchirurgie mogelijk is.

HISTORIEK

Dagchirurgie is niet nieuw. De Schotse kinderchirurg James Nicoll was werkzaam in Glasgow, Sick Children's Hospital. Glasgow was toen een industriële havenstad met een grote bevolkingsdichtheid maar ook veel armoede. Nicoll had een zeer grote chirurgische praktijk en onvoldoende hospitalisatie mogelijkheden.. Hij vond dat de kinderen na een ingreep beter af waren bij hun moeder en hij stuurde ze dan ook dezelfde dag nog naar huis. Wel liet hij zijn verpleegster in de namiddag langsgaan om te zien of alles in orde was. Hierover publiceerde hij in 1899 en kwam tot de conclusie dat deze dagchirurgische ingrepen eigenlijk toch wel een succes waren. Dit is dus een manier van werken die voornamelijk in de Angelsaksische landen reeds zeer vroeg werd toegepast .

Bij ons bestond en bestaat er meer een traditie van zorgzaamheid waarbij de patiënten eerder nog een dagje langer werden gehouden. Er waren (nu nog altijd) in ons land genoeg en zelfs teveel ziekenhuis bedden en de verzorging (vnl door kloosterlingen) gebeurde 24u / 24u . Ook de manier van financiering van de gezondheidszorg waarbij de ligdagen werden gefinancierd leidde ertoe dat de bedbezetting belangrijker was dan de pathologie die er in lag. Er waren ook zeer veel ziekenhuisbedden dus die werden zo veel mogelijk volgelegd.

De laatste jaren evolueerde deze manier van werken, in de Verenigde Staten, Australië en de andere Angelsaksische landen, tot het ontstaan van kleine free standing hoog performante centra die werden gekoppeld aan een hotel of opvangcentrum (Medimotel, Recovery Inn of Hospital Inn) waar de patiënt met zijn familie kon verblijven. De dag daarop kon hij eventueel bij opening van het centrum terug op raadpleging om dan daarna naar huis te gaan. Dit principe van zorghotel wordt hier en daar ook hier bij ons reeds toegepast.

WETGEVING IN BELGIE

Het voornaamste Koninklijk Besluit betreffende het chirurgisch dagcentrum is het Koninklijk Besluit van 25/11/1997 (Belgisch Staatsblad 05/12/1997).

Dit Koninklijk Besluit kan gebruikt worden als basis voor het inrichten of oprichten van een chirurgisch dagcentrum.

Het beschrijft de **normen** waaraan het centrum dient te voldoen:

- het dient een duidelijk aanwijsbare aparte structuur te zijn.
- het dient een eigen organisatie te hebben waarbij zowel opnamefaciliteiten als verblijfsfaciliteiten eigen zijn aan het chirurgisch dagcentrum.
- een eigen operatiekwartier met eigen recovery wordt voorgesteld.
- tenslotte dient ook de ontslagprocedure in deze aparte structuur te worden georganiseerd.

In een overgangsfase zijn verschillende tussenvormen mogelijk.

Verder bepaalt dit Koninklijk Besluit eveneens hoeveel personeelsleden dienen aanwezig te zijn, zowel verpleegkundig als administratief.

Naast dit ene belangrijke Koninklijk Besluit verscheen op 7/7/2003 een tweede Koninklijk Besluit (KB 07/07/2003; BS 22/07/2003) in verband met de financiering: men wou de chirurgen stimuleren om meer patienten in het chirurgisch dagcentrum te laten opnemen en te behandelen. Er werd toen overgegaan tot het opmaken van een limitatieve lijst van 70 ingrepen bij dewelke een extra honorarium werd voorzien als behandeling in dagopname gebeurde: de termen coördinatiehonorarium en toezichtshonorarium werden toen ingevoerd. Het coördinatiehonorarium wordt geïnd door het diensthoofd van het dagcentrum. Het toezichtshonorarium komt toe aan de behandelende arts.

Samen met de penalisatie van oneigenlijk verblijven brengt dit een verminderde ligdagduur met zich mee en is dit dus voor het RIZIV en de gemeenschap een besparing.

In 2006 (KB 13/7/2006 , BS 16/8/2006), werden op aandringen van de pediaters nog wat aanpassingen gedaan om het verblijf van kinderen in een dagziekenhuis aangenamer te maken.

ORGANISATORISCHE VORMEN

- A. Een eerste vorm bestaat erin dat het chirurgisch dagcentrum volledig is geïntegreerd in de bestaande ziekenhuisstructuur : hierbij moet men zich voorstellen – dat de dagpatiënt gewoon op de afdeling ligt tussen de andere patiënten; - dat hij via de gewone opnamedienst wordt opgenomen; - dat hij in het gewone operatieprogramma wordt ingeschakeld (liefst als eerste); - dat hij dus via de gewone recovery terug naar de afdeling komt - dat hij van daaruit 's avonds wordt ontslagen.

- B. Dit is een vorm waarbij de dagpatiënten in een aparte afdeling of aparte gang verblijven doch - via de centrale opname worden opgenomen; - op het gewone operatiekwartier tussen de andere ingrepen worden behandeld; - via de gemeenschappelijke recovery terug naar de afzonderlijke afdeling komen; - daarna worden ontslagen via de normale procedure.
Dit heeft al het voordeel dat deze afdeling 's avonds kan worden gesloten en ook in de weekends en op feestdagen niet dient te worden geopend waardoor reeds besparing van personeel ontstaat.

- C. Is een vorm waarbij een aparte gang of een aparte afdeling van het ziekenhuis wordt voorzien voor het verblijf van de dagpatiënt. Hierbij wordt hij apart opgenomen; - verblijft op een aparte afdeling ; - wordt op het klassieke operatiekwartier tussen de andere patiënten geopereerd, ook de recovery aldaar; - daarna komt hij terug naar de

afzonderlijke afdeling; - van waaruit hij dan 's avonds wordt ontslagen.
Bij deze vorm kan de afdeling eveneens 's avonds worden afgesloten.

- D. Tenslotte hebben we vorm D waar het chirurgisch dagcentrum volledig afzonderlijk opgevat is. Hierbij hebben we dus hetzij in de ziekenhuisbouw een aparte afdeling of aparte verdieping. Er kan ook op de campus een apart gebouw staan waarin alleen chirurgische dagbehandeling wordt uitgevoerd.: - de patiënt wordt aldaar opgenomen; - de patiënt verblijft in deze afdeling of in dat gebouw of op dat verdiep; - de patiënt wordt geopereerd in één, twee of drie operatiezalen die enkel en alleen gebruikt worden voor het dagchirurgisch centrum; - de patiënt komt van daaruit terug naar de afdeling; - en wordt van daaruit ook ontslagen.
Deze hele afdeling of dit aparte gebouw kan dan 's avonds en in de weekends worden gesloten.

Met deze verschillende vormen krijgen we uiteindelijk naar de toekomst toe in freestanding centres of aparte campusunits 2 mogelijkheden van organisatie:

- ofwel krijg je een systeem waarbij de patiënt wordt opgenomen of in een ligzetel terecht komt en daar verblijft en naar het operatiekwartier wordt gebracht dat centraal gelegen is op hetzelfde plateau, dus weinig afstand te doen; -
- ofwel krijg je een systeem waarbij de patiënt het systeem doorloopt: - hij komt binnen, - wacht in de wachtzaal, - wordt opgeroepen, - gaat zich omkleden, - gaat liggen of zitten op de brancard of ligzetel, - wordt naar het operatiekwartier gevoerd, - komt uit het operatiekwartier naar de recovery, - verblijft daar even, - verblijft even in een ontwaakkamer - en stapt daar terug van zijn bed waarbij hij dan zijn kleren opneemt en terug naar huis gaat. Dit is het racetracksysteem.

ORGANISATORISCH CONCEPT

Het organisatorisch concept bestaat hierin dat men al de ingrepen die gelijkaardig zijn en waarvoor men hetzelfde instrumentarium nodig heeft tracht te groeperen, zodanig dat er een hogere performantie ontstaat in het gebruik van het operatiekwartier.

Bv. er worden 30 liesbreuken geopereerd per maand in een bepaald ziekenhuis.

Men groepeerde al deze ingrepen op de dinsdag. Men kan op die manier elke dinsdag 7 of 8 liesbreuken opereren waarbij dan op voorhand duidelijk is geweten dat vandaag liesbreuken geopereerd worden. Dit is eenvoudig voor de verpleegkundigen, dit is eenvoudig voor de anesthesie, voor het materiaal en instrumentarium en op deze manier kan men zeer performant werken. Men kan op die manier ook een duidelijk klinisch pad opstellen wat door iedereen kan gevolgd worden. In de dienst Heelkunde waar misschien verschillende chirurgen werken kan dit dan door bepaalde chirurgen worden georganiseerd en alzo geoptimaliseerd. Voorbeelden uit de praktijk tonen dat een ziekenhuis waar het behandelen van liesbreuken op zulke manier werd georganiseerd in de loop van de jaren daarop een duidelijke stijging zag van het aantal ingrepen wegens de eenvormigheid van het klinisch pad dat werd gevolgd en de tevredenheid die daardoor ontstond bij de patiënten.

OPERATIE- EN ANESTHESIETECHNIEKEN

In het kader van deze cursus zal niet worden uitgewijd over operatietechnieken. Het is in elk geval zo dat door verbeterde technieken en door minder invasief te gaan werken veel ingrepen mogelijk zijn geworden tijdens een dagopname.

Hetzelfde geldt voor de anesthesie: gebruik van nieuwere kortwerkende anesthetica brengen met zich mee dat de narcose goed wordt afgestemd op de duur van de chirurgische ingreep.

Bovendien zijn allerlei vormen van blocks meer en meer in gebruik waardoor zelfs een sedatie volstaat of zelfs geen verdere narcose meer nodig is.

De selectie van de patiënten blijft echter nog altijd van belang. Een goed preoperatief onderzoek is nodig, zowel door de chirurg en indien mogelijk ook door de anesthesist omdat dagopnames toch nog best worden voorbehouden voor patiënten van ASA-klasse 1 of 2.

Eén punt waaraan ook belangrijke aandacht wordt besteed is het postoperatief nausea en braken (PONV). Hier bestaat veel literatuur over en de aanpak hiervan evolueert nog dagelijks.

INTERNATIONAL SURVEY 2007

Ter illustratie van wat er momenteel in de wereld aan dagchirurgie wordt gedaan, laat ik u hier een samenvatting volgen van de resultaten van een internationale studie die werd voorgesteld in Australia, Brisbane Juli 2009 door Dr. Claus Toftgaard, voorzitter van de IAAS npo (International Association for Ambulatory Surgery).

Het betreft hier een internationale studie waarbij bij een 30-tal landen de cijfers werden opgevraagd over het jaar 2007. Er werd voor een basket van 30 ingrepen gevraagd in welk percentage deze ingrepen in hun land op ambulante basis werden uitgevoerd.

Verklaring van de lijst: de landen die cijfers hebben ingestuurd worden in de linker kolom vermeld. Bovenaan worden de ingrepen vermeld. De cijfers betekenen het % in ambulante setting. Voor België werd tussen haakjes, het cijfer voor 2004 vermeld.

PARTEZIS MATRIX 2008

Dit is een studie betreffende 48 Vlaamse Ziekenhuizen. Deze studie gebruikt de cijfers die door de ziekenhuizen zelf werden aangeleverd over de jaren 2004, 2005, 2006. Ook hier wordt de substitutie naar het chirurgisch dagcentrum of dagziekenhuis bestudeerd: lopend over de jaren 2004, 2005, 2006 zijn de top 20 prestaties:

1. extractie van oog lens,
2. osteotomie rond geretineerde tand,
3. meniscus partieel of totaal,
4. baarmoeder curettage,
5. adenoïdectomie,
6. vrijmaken van het handwortelkanaal,
7. osteotomie rond ingeklemde tand,

8. besnijdenis,
9. paradentale cyste,
10. amygdalectomie,
11. verwijderen van diepe lichamen uit weefsel,
12. wegnemen van diepliggend synthesemateriaal,
13. onderbinden van ductus deferens,
14. implantatie van onderhuids geneesmiddelenreservoir,
15. behandeling van osteochondritis door boring of door schaving,
16. operatieve behandeling van een hernia ongeacht de techniek,
17. behandeling van knipmesvinger,
18. follikelaspiratie,
19. trepanatie van kraakbeen wegens cyste,
20. resectie van de boog van de saphena.

Deze studie toont ook aan dat de top 3 (zijnde cataract, geïncorporeerde tand en meniscus) goed zijn voor 35 % van het totale aantal ingrepen in het dagziekenhuis (24 tot 49 % naargelang het ziekenhuis).

De top 10 dekt reeds 60 % van uw ingrepen in het dagziekenhuis.

Met de top 20 heb je 75 % van alle ingrepen die gebeuren in dagziekenhuis.

De overige 25 % omvatten meer dan 200 verschillende ingrepen.

Deze studie toont ook aan dat er een duidelijke evolutie is van 2004 naar 2006: namelijk steeds meer in daghospitalisatie.

Opmerking: er zijn grote verschillen

- naargelang de ziekenhuizen;
- naargelang de regio;
- tussen de openbare en de private centra; -
- naargelang de ingrepen;
- naargelang de chirurgen en de anesthesisten : er zijn bepaalde chirurgen die echt gewonnen zijn voor het systeem en die dit dan ook georganiseerd doen net zoals er anesthesisten zijn die heel specifiek bedreven en gewonnen zijn voor het toedienen van blocks en zo de behandeling in dagopname stimuleren;
- naargelang de sociale omstandigheden in die zin dat soms patiënten niet naar huis kunnen omwille van het niet hebben van begeleiding en waarvoor dan een overnachting dient te gebeuren.

TOEKOMST

Op het Belgisch Congres voor Ambulante Chirurgie 2009 werd door Prof. Gemmel (UG) de VIPA studie 2008 voorgesteld en besproken. Hij ziet inderdaad op de laatste jaren een groei van de daghospitalisatie in België van 34 % naar 45 %. De mogelijke oorzaken voor hem liggen daarvoor bij het beleid, bij de technische evolutie en bij de kostenbesparing. Er is een duidelijke evolutie naar het oprichten van self contained units op de campus. Er is ook een verschuiving

naar freestanding units buiten de campus en er is duidelijk meer office based surgery. Ook de Vlaamse gezondheidsraad staat achter de idee van de campusunit.

Eveneens op het Belgisch Congres : Dr. R. Ceulemans van het Heilig Hart Ziekenhuis, Mol
Voordracht waarbij het racetracksysteem volledig wordt uitgewerkt voor een nieuw te bouwen dagziekenhuis in Mol. Waarschijnlijk opening eind 2010.

Vanuit de Vlaamse Regering (de Heer Hugo Prims, adviseur van de Vlaamse Minister van Volksgezondheid): in verband met de shift naar de freestanding centra: ... *het is inderdaad zo dat de Vlaamse overheid momenteel verschillende denkpistes volgt en hij zal in zijn gesprekken met de sector dit onderwerp zeker aan bod laten komen....*

Hiermee wordt dus bedoeld dat de overheid deze evolutie zeker niet zal tegenhouden, maar wel zal waken over de veiligheid voor de patiënt.

Toekomst vanuit de wereld met enkele bedenkingen vanop het wereldcongres in Australië 2009, Juli, Kathy Bryant, voorzitter van de ASCAss (Ambulatory Surgery Centres Association) . Dit blijkt steeds nog te evolueren, betere technieken, meer vraag en ook politiek wordt er meer en meer over gesproken.

BESLUIT

Een patiënt voor het chirurgisch dagcentrum is geen zieke patiënt. Behandel hem dan ook als zodanig en liefst in een aparte setting. We spreken dus over een chirurgisch dagcentrum en niet over een chirurgisch dagziekenhuis. Het beste dat je kunt doen is als chirurg uw eigen dagcentrum organiseren alvorens de anderen het gaan organiseren.

Referenties: www.baas.be,
www.ambulatorysurgery.org
www.iaascongress2009.org,
www.iaascongress2011.org.

Day Surgery . Development and Practice. IAAS Ed. 2006