



**PAGINA 2**  
**VEEL AANDACHT VOOR**  
**OUD-FELLOWS NIIOS OP**  
**ESCRS CONGRES IN**  
**WENEN**

**PAGINA 3**  
**2012 EEBA MEETING IN**  
**ROTTERDAM**

**PAGINA 3**  
**ARABISCHE LENTE**  
**BREEKT AAN NA LEZING**  
**NIIOS**

**PAGINA 4**  
**"IK WAS BANG, HEEL ERG**  
**BANG!"**



**VERWIJZINGEN NAAR**  
**MELLES**  
**HOORNVLIESKLINIEK**  
**ROTTERDAM**

Verwijzen naar Melles Hoornvlieskliniek Rotterdam kan per e-mail en fax. Als bijlage bij deze nieuwsbrief vindt u een **verwijsfax voor cornea-patiënten**. Indien gefaxt naar nummer **010 297 4440** wordt de patiënt door één van onze medewerkers opgeroepen.

**Systeemfouten in de Nederlandse gezondheidszorg - Deel I**

## Beter presteren wordt bestraft

*De gezondheidszorg kost te veel geld dus wil politiek Den Haag een efficiëntieverbetering en daarmee een kostenbeperking van de medische sector. Maar de oplossing ligt misschien niet zo makkelijk voor het oprapen omdat efficiëntie en besparing niet in elkaars verlengde liggen.*

De kosten van de gezondheidszorg blijven stijgen en ondanks alle reeds genomen maatregelen gaat de zorgpremie elk jaar weer wat omhoog. Politiek Den Haag reageert doorgaans op dezelfde manier met het steeds verder uitbesteden van de medische verantwoordelijkheid aan de zorgverzekeraar. Op het eerste gezicht logisch, want iedere willekeurige verzekering is in essentie een statistisch rekenmodel: alle deelnemers brengen een pot met geld bijeen die het individuele risico afdekken, en meestal wordt daarbij een prettige winstmarge voor het verzekeringsbedrijf niet vergeten. Maak de pot dus kleiner en de kosten nemen af. Maar de praktijk blijkt weerbarstig.

Op kliniekniveau wordt de Hoornvlieskliniek Rotterdam ook met een toename aan kosten geconfronteerd ondanks een efficiënt ingerichte organisatie waarin iedere vorm van verspilling lijkt geminimaliseerd. Medewerkers functioneren uitstekend, alles loopt als een trein, en zelfs de patiënten helpen en denken mee. Sterker nog, op een gegeven moment kan men zich niet aan de indruk onttrekken dat juist *dóór* de efficiëntieverbeteringen de kosten stijgen. Een interessante gedachte, maar kan dat eigenlijk wel? En zo ja, welk mechanisme schuilt achter deze paradox? Belangrijk, want zo gooien we onze eigen glazen in!

Het voert te ver om de gehele financiële analyse hier in één artikel te bespreken dus laten we ons beperken tot een eerste opzienbarend inzicht: het onverwachte kosteneffect van de preventie van operatiecomplicaties. In de Hoornvlieskliniek Rotterdam worden patiënten zowel vóór als na een operatie in kaart gebracht, op een veel uitgebreidere manier dan tot nog toe gebruikelijk was in de oogheelkundige wereld. Hierdoor kan niet alleen de conditie van een individueel transplantaat nauwgezet worden vervolgd, maar komen ook logistieke, chirurgische of patiëntgebonden factoren gerelateerd aan 'transplantaatfailure' boven tafel. Op deze manier kan bij een individuele patiënt vroeg worden ingegrepen, nog voordat zich een serieuze complicatie heeft kunnen ontwikkelen, en kunnen systematische fouten worden herkend en waar mogelijk geëlimineerd.

Dit proces is zo effectief gebleken dat de visusresultaten wereldwijd in geen enkele kliniek worden geëvenaard terwijl de incidentie van complicaties zeer gunstig afsteekt bij de complicatie-incidentie gerapporteerd in de medische literatuur. Bij endotheliale keratoplastiek ten behoeve van Fuchs endotheldystrofie bereikt ongeveer 80% van de

**Efficiëntieverbetering vraagt om investeringskosten binnen de zorg die niet worden verrekend omdat de baten ten goede komen aan verbeteringen buiten de zorg**

*Vervolg op pagina 4*



Foto van een krantinterview met minister Schippers  
NRC 8 oktober 2011

Cornea & Research fellows 2011



V.I.n.r. Vasilis Liarakos, Ru-Yin Yeh en Maya Tong

NIOS wetenschappelijke artikelen 2011

- ♦ Naveiras M, Dirisamer M, Parker J, Ham L, van Dijk K, Dapena I, Melles GRJ. Causes of glaucoma after Descemet membrane endothelial keratoplasty (DMEK). *Am J Ophthalmol*. In press.
- ♦ Dirisamer M, van Dijk K, Dapena I, Ham L, Oganesyan O, Frank LE, Melles GRJ. Prevention and management of graft detachment in Descemet membrane endothelial keratoplasty. *Arch Ophthalmol*. In press.
- ♦ van Luijk CM, Bruinsma M, van der Wees J, Lie JT, Ham L, Melles GRJ. Combined chlorhexidine and PVP-I decontamination of human donor eyes prior to corneal preservation. *Cell and Tissue Banking*. In press.
- ♦ Dirisamer M, Ham L, Dapena I, Moutsouris K, Droustas K, van Dijk K, Frank L, Oellerich S, Melles GRJ. Efficacy of Descemet membrane endothelial keratoplasty (DMEK): Clinical outcome of 200 consecutive cases after a 'learning curve' of 25 cases. *Arch Ophthalmol*. In press.
- ♦ Dapena I, Ham L, Droustas K, van Dijk K, Moutsouris K, Melles GRJ. Learning curve in Descemet membrane endothelial keratoplasty. First series of 135 consecutive cases. *Ophthalmology*. In press.
- ♦ Dirisamer M, Ham L, Dapena I, van Dijk K, Melles GRJ. Descemet membrane endothelial transfer (DMET): 'Free floating' donor Descemet implantation as a potential alternative to 'keratoplasty'. *Cornea*. In press.
- ♦ Dirisamer M, Dapena I, Ham L, van Dijk K, Oganesyan O, Frank LE, van der Wees, Melles GRJ. Patterns of corneal endothelialization and corneal clearance after Descemet membrane endothelial keratoplasty for Fuchs endothelial dystrophy. *Am J Ophthalmol* 2011;152:543-55.
- ♦ Parker JS, Dirisamer M, Naveiras M, Ham L, van der Wees J, Melles GRJ. Endothelial cell density after Descemet membrane endothelial keratoplasty: 1-4 year follow-up. *Am J Ophthalmol*. 2011;151(6):1107-1107.e2.
- ♦ Ham L, Dapena I, Moutsouris K, Balachandran C, Frank LE, van Dijk K, Melles GRJ. Refractive change and stability after Descemet membrane endothelial keratoplasty (DMEK): Corneal dehydration induces hyperopic shift not affecting lens power calculation. *J. Refract. Cat. Surg* 2011;37:1455-64.
- ♦ Dapena I, Ham L, Netuková M, van der Wees J, Melles GRJ. Incidence of early allograft rejection following Descemet membrane endothelial keratoplasty (DMEK). *Cornea*. Accepted.
- ♦ Moutsouris K, Dapena I, Ham L, Balachandran C, Oellerich S, Melles GRJ. Optical coherence tomography, Scheimpflug imaging and slit-lamp biomicroscopy in the early detection of graft detachment after Descemet membrane endothelial keratoplasty (DMEK). *Cornea*. Accepted.
- ♦ Dirisamer M, Acis G, Dapena I, Ham L, Versteeg FFH, Melles GRJ. Secondary 'Thin DSEK' after long term graft failure in DLEK: A double transplanted cornea. *Cornea* 2011;30(7): 828-31.
- ♦ Dapena I, Dapena L, Dirisamer M, Ham L, Melles GRJ. Agudeza visual y densidad de células endoteliales tras queratoplastia endotelial de membrana de Descemet (DMEK). Visual acuity and endothelial cell density following Descemet Membrane Endothelial Keratoplasty (DMEK). *Arch Soc Esp Oftalmol*. Accepted.
- ♦ Droustas K, Dapena I, Melles GRJ, Sekundo W. One corneal graft for two recipients: First results of Descemet Membrane Endothelial Keratoplasty (DMEK) at the Marburg University Eye Clinic. *Greek Ann Ophthalmol* 2011;21(1):17-21.
- ♦ van Dijk K, Dapena I, Moutsouris K, Ham L, Nieuwendaal CP, Melles GRJ. First DLEK series: 10-year follow-up. *Ophthalmology* 2011;118:424-424e3.
- ♦ Dapena I, Moutsouris K, Droustas K, Ham L, van Dijk K, Melles GRJ. Standardized 'no touch' technique for Descemet's membrane endothelial keratoplasty (DMEK): Controlled donor tissue implantation, orientation, unrolling, centering, appositioning and fixation. *Arch Ophthalmol* 2011;129:88-94.
- ♦ Ham L, Dapena L, Moutsouris K, Melles GRJ. Persistent corneal edema after descemetorhexis without corneal graft implantation in a case of Fuchs endothelial dystrophy. *Cornea* 2011;30:248-9.



Gerrit Melles tijdens een presentatie over 'no-touch' DMEK op het ESCRS congres



Groepsfoto op het ESCRS congres 2011 in Wenen van enkele voormalige NIOS-fellows en collegae na de presentatie van het NIOS-onderzoek. V.I.n.r. Konstantinos Droustas, Jack Parker, Korine van Dijk, Miguel Naveiras, John Parker, Marianne Price, Francis Price, en Martin Dirisamer

Cornea-sessies gedomineerd door endotheliale keratoplastiek  
**Veel aandacht voor oud-fellows**  
**NIOS op ESCRS congres in Wenen**

Op twee na waren ze er allemaal bij op het oogheelkundige congres van de European Society of Cataract and Refractive Surgeons, de artsen en onderzoekers die in de afgelopen jaren hun cornea-fellowship deden aan het NIOS. En allemaal met een presentatie over de 'Descemet membrane endothelial keratoplasty' (DMEK), naar verwachting de volgende NIOS-techniek voor hoornvliestransplantatie die wereldwijd navolging krijgt.

Vonden de vorige operatietechnieken (DLEK en DSEK/DSAEK) vooral hun plaats in de V.S., DMEK slaat sneller aan in de Duits sprekende Europese landen en Spanje. Wellicht door de Wet op de Remmende Voorsprong: in de V.S. heeft men met DSEK/DSAEK net de sprong vooruit gemaakt met alle medische en logistieke consequenties die een nieuwe operatietechniek met zich meebrengt. Opnieuw veranderen is dan uitdagender en wellicht dat de verfijning van de operatie, het precisiewerk bij DMEK, de Duitsers beter ligt.



Medisch biologe Lisanne Ham en oogarts Isabel Dapena op de trappen van het kunsthistorisch museum in Wenen, het glas heffend op hun ophanden zijnde wetenschappelijke promoties (PhD)



Amnitrans Eyebank Rotterdam organiseert XXIVe meeting European Eyebank Association  
**2012 EEBA meeting in Rotterdam**

De introductie van verschillende technieken voor (lamellaire) hoornvliestransplantatie door het NIIOS heeft dit oogheelkundige gebied de afgelopen jaren ingrijpend veranderd. In de Verenigde Staten werd in 2009 inmiddels zo'n 80% van de transplantaties voor cornea-endotheelafwijkingen verricht met één van de door het NIIOS ontwikkelde technieken. Wereldwijd gaat het al met al om zo'n veertigduizend operaties per jaar. Zeg dat een gemiddelde corneachirurg jaarlijks ongeveer 50 transplantaties kan doen, dan betekent dit dat naar verwachting tenminste 2000 oogartsen de technieken willen leren. Tevens moet rekening worden gehouden met het natuurlijke verloop en een breder wordend indicatiegebied (grotere aantallen operaties), zodat het werkelijke aantal op te leiden collega's mogelijk nog hoger zal zijn.

Voor de oogbanken betekent het eveneens een verandering omdat de operateurs bij voorkeur werken met in de oogbank vóórgeprepareerd weefsel. Alleen in Europa bevinden zich al 81 oogbanken, dus ook hier gaat het om een relatief grote groep die in aanmerking komt voor het NIIOS onderwijs.

Achter de schermen vraagt de introductie van de nieuwe transplantatietechnieken dus om grootschalige nascholing van buitenlandse oogartsen en oogbankmedewerkers. Sinds 2000 organiseert het NIIOS reeds wetlabcursussen waarin deelnemers kunnen meekijken bij transplantaties en de chirurgische technieken zelf kunnen leren op oefenmateriaal. Deze NIIOS-wetlabs hebben echter een capaciteit van ongeveer 50 cursisten per jaar. Nu het NIIOS werd verkozen om het EEBA-congres in Rotterdam te organiseren, geeft dit de mogelijkheid om in één keer een veelvoud aan oogartsen te bereiken.

Het World Trade Center gebouw in Rotterdam, waarin het EEBA congres dit jaar wordt georganiseerd



Nieuwe technieken voor hoornvliestransplantatie inspireren tot revolutie in Midden-Oosten

**Arabische lente breekt aan na lezing NIIOS**

In januari bestond in Egypte, op het 'Cairo Middle East Anterior Segment and Refractive Surgery Symposium', een warme belangstelling voor de ontwikkelingen op het gebied van de hoornvliestransplantatie, met name de endotheliale keratoplastiek. Warm omdat het klimaat in Egypte zelfs in de wintermaanden zeer aangenaam bleek en de temperatuur in de zaal nog verder toenam doordat één van de gastheer-oogartsen zich in de toch al verhitte discussie liet ontvallen dat 'revolutionair gedachtegoed de ruimte moest krijgen'. Een ongetwijfeld goed bedoelde opmerking vol wetenschappelijk

*Impressie van de Egyptische pyramides vanuit een iets wisselend perspectief. De laatste nog bestaande wereldwonderen laten zich met enige moeite fotograferen als toch raadselachtige objecten in een mysterieuze zandvlakte waarbij de nietige toeschouwer zich gemakkelijk kan identificeren met Indiana Jones en zijn gevaarlijke opdracht 'het grote geheim' te ontrafelen. Doet men een paar stappen terug, dan worden deze avontuurlijke gevoelens minder sterk en beperken de acute dreigingen zich tot de stroom verkopers van souvenirs en dampende toeristenbussen.*



enthousiasme die in de context betrekking leek te hebben op de Descemet membraan endotheliale keratoplastiek (DMEK). Maar wellicht niet zonder gevolgen. Achteraf kan immers niet worden uitgesloten dat de oproep veel breder werd geïnterpreteerd of ten minste in een wat ruimer kader tot uitdrukking is gebracht.

Op de terugweg naar het vliegveld, langs het eindeloze paleis van de toenmalige president Mubarak, viel reeds op dat de wachtlopende soldaten met hun gezicht naar de muur van het paleis stonden gekeerd. Opmerkelijk omdat je als soldaat toch in principe richting de vijand kijkt. Een teken aan de wand van de ophanden zijnde gebeurtenissen?

Of het oogheelkundige congres en het DMEK-verhaal in het bijzonder doorslaggevend zijn geweest bij het uitbreken van de Arabische lente zullen we nooit weten. Maar het is een prettige gedachte dat het NIIOS geen gelegenheid onbenut laat om tot inspiratie te dienen.

Een patiënte aan het woord...

## “Ik was bang, heel erg bang!”

Mw. Bolsius, voorheen doktersassistente en tegenwoordig schrijfster, was 58 jaar oud bij haar eerste bezoek aan Melles Hoornvlieskliniek. Diagnose: Fuchs endotheeldystrofie.

### Hoe zag uw wereld er uit voorafgaand aan de operatie?

“Fuchs dystrofie zit bij ons in de familie dus ik weet wat het is. Zelf jarenlang gewacht en toen ik uiteindelijk naar de oogarts ging, verwees hij mij naar een ziekenhuis, maar daar beviel het me niet. Daarna heeft hij mij doorverwezen naar Melles Hoornvlieskliniek. Ik heb twee jaar gewacht om bij jullie een afspraak te maken. Inmiddels kon ik geen auto meer rijden; ik zag wel een boom maar niet de bladeren; opmaken lukte niet meer en mijn dochter merkte dan ook regelmatig op: ‘Mam, je make-up zit er naast’.

Ik schrijf boeken maar door het slechte zicht kreeg ik nekklachten en kon ik mijn ideeën niet langer op papier krijgen. Die bleven dus in mijn hoofd rondspoken. Het onvermogen om iets op papier te zetten: daar werd ik nou letterlijk chagrijnig van.”

### Hoe zorgde u ervoor dat u toch kon functioneren?

“Ik was bang, heel erg bang! Ik heb net zo lang gewacht tot het gewoon echt niet meer ging. Zag mijzelf al helemaal met een blindengeleidehond en een stok. Echt, patiënten die de behandeling ook steeds maar uitstellen moeten maar contact met mij opnemen want er is niemand zo bang geweest als ik. Tja, achteraf...”

### Waarom hebt u gekozen voor een behandeling bij de Hoornvlieskliniek Rotterdam?

“Dr. Melles straalt zoveel vertrouwen en rust uit. Kijk, je wordt hier als patiënt gehoord en dat schept vertrouwen. Ze hadden mij bij het ziekenhuis gezegd dat ik na de operatie nog 6 uur moest blijven liggen en dat spookbeeld werd bij jullie gelukkig weggenomen.”

### Hoe is de operatie verlopen?

“Laat die patiënten echt bellen hoor want het viel zo mee. Ik heb geen pijn gehad en ik heb ook heerlijk kunnen slapen. De arts belde ‘s avonds ook nog even, echt heel attent. Twee dagen later zag ik de bladeren van de boom gewoon afzonderlijk van elkaar, geweldig!”

### Hoe verliep de eerste week na de operatie?

“De visus werd al direct beter. Mijn oog was rood maar na één telefoontje kon ik meteen langskomen. Die eerste weken moet je gewoon veel heen en weer reizen naar de kliniek voor controles maar dat geeft niets.”

### Wat zijn de verbeteringen na de hoornvliestransplantatie?

“Daar heb ik geen woorden voor, behalve dan dat ik geen bril meer nodig heb, weer TV kan kijken en weer kan

Mw. A.M.C.E. Bolsius



lezen. Bovendien kan ik eindelijk de ideeën weer in boekvorm gieten en de nekklachten verdwijnen ook zo langzamerhand.

Weet u wat ik nou zo jammer vind, dat de verwondering niet zo lang blijft. Jarenlang loop je tegen allerlei problemen aan vanwege slecht zicht. Dan krijg je 80% zicht terug, wat geweldig is, maar je went er zo snel aan dat je alles weer kunt zien!”

### 9) Wat is uw algemene indruk van de Hoornvlieskliniek Rotterdam?

“Als ik jonger was geweest had ik er best willen werken. Jullie komen heel collegiaal over. Het hele team is attent en straalt een zeker enthousiasme uit.”

patiënten een visus van 0.8 of beter na zes maanden, en 85% bereikt 0.5 binnen één maand. Tot voor enkele

jaren geleden ondenkbaar! Tegelijkertijd is bijvoorbeeld het percentage afstotingen gedaald tot minder dan 1% (literatuurpercentages liggen rond de 10-15%), terwijl irregulair astigmatisme, hechtinggerelateerde problemen en late wonddehiscentie niet meer (kunnen) voorkomen.

Omdat de invoering van nieuwe operatietechnieken en gestandaardiseerde screening ter preventie van complicaties zo effectief is gebleken, werd sluipenderwijs steeds meer mankracht hiertoe ingezet. Meer dan de helft van het medisch personeel in de Hoornvlieskliniek Rotterdam werkt inmiddels ‘preventief’ om complicaties te voorkomen.

Maar juist daarin zit nu ook het probleem. Het financiële systeem is erop ingericht medische problemen te vergoeden, die volgens een coderingssysteem worden aangeleverd bij de zorgverzekeraar. Maar de hierboven geschetste operatieresultaten en preventieve maatregelen geven per definitie *minder* problemen. En niet optredende complicaties kunnen niet worden gecodeerd en komen dus ook niet voor vergoeding in aanmerking. Met andere woorden, het zorgverzekeringssysteem prikkelt eigenlijk tweeledig in de verkeerde richting: géén ontwikkeling en géén preventie vragen immers geen investeringskosten, terwijl hersteloperaties wél kunnen worden gedeclareerd. En vice versa. Kortom, medische efficiëntieverbetering wordt in financiële zin niet gehonoreerd maar dubbel afgestraft.

Natuurlijk kan men hier tegenin brengen dat een sneller en beter visusherstel en minder complicaties tot betere patiënttevredenheid en minder secundaire kosten leiden, zoals

*Vervolg van pagina 1*

heroperaties, hulpmiddelen, langdurigere nabehandeling en arbeidsongeschiktheid. Maar deze criteria laten zich lastig meten of de vergoedingen hiervoor komen uit een ander potje. Gezond boerenverstand staat dan al snel tegenover bureaucratische mantra’s waardoor de discussie hierover niets oplevert.

Voor de Hoornvlieskliniek Rotterdam speelt natuurlijk wel de vraag hoe nu het kostenvraagstuk aan te pakken? Het behandelingsniveau terugschroeven en complicaties laten toenemen om beter kostendekkend te worden is geen optie, en medisch-ethisch onaanvaardbaar. De eerste verantwoordelijkheid van een arts is naar beste kunnen te behandelen en bij gebleken resultaat zit daar verder weinig speelruimte. Indien de zorgverzekeringen niet kostendekkend willen of kunnen vergoeden, en patiënten bijvoorbeeld worden geconfronteerd met een steeds hogere ‘eigen bijdrage’, ligt de keuze uiteindelijk bij de patiënt.

Maar frappant blijft toch hoe ‘het systeem’ in feite zijn eigen primaire doelstelling tegenwerkt: efficiëntieverbetering wordt bestraft. Kan een systeem dan ooit levensvatbaar zijn zonder dat dit soort fundamentele fouten eerst wordt geëlimineerd? Voor iedere vorm van bedrijfsvoering geldt immers dat als kosten wél en de baten niet in de begroting worden opgenomen, de efficiëntie van een activiteit in financiële zin niet valt te beoordelen. Indien de kosten desondanks tot beoordelingscriterium worden genomen zijn louter negatieve conclusies te verwachten. Ten onrechte, want hoewel efficiëntieverbetering hogere kosten genereert, geeft het een maatschappelijke winst die de drijfveer vormt voor de blijvende ontwikkeling van de gezondheidszorg.

