



PAGINA 2
VAN DMEK NAAR DMET:
VERDWIJNT HET
CONCEPT 'HOORNVLIES-
TRANSPLANTATIE'?

PAGINA 3
FOTO-IMPRESSIE
2012 EEBA MEETING
IN ROTTERDAM

PAGINA 4
"BACK TO BUSINESS"



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 II

Economische prikkel tot omzetgroei jaagt kosten gezondheidszorg op

De gezondheidszorg kost te veel geld en daarom zet politiek Den Haag in op efficiëntieverbetering. Maar helpt dit? De medische sector is namelijk afhankelijk van omzetgroei die op langere termijn alleen kan worden gerealiseerd door een toename in medische behandelingen.

Jaarlijks stijgen de kosten van de Nederlandse gezondheidszorg ondanks alle reeds genomen maatregelen. De Haagse politiek probeert de kosten te beteugelen met restrictieve regelgeving in de vorm van budgetten, terugbetaalregelingen, uurtarieven, etc., door artsen, paramedici en ziekenhuizen doorgaans ervaren als strafmaatregelen. Steeds gaat het om reactief beleid, dat zou moeten leiden tot een zelfregulerend systeem van kostenbeperking. Maar in de praktijk blijkt het onvoldoende effectief.

Hoe komt dit? Uit de berichtgeving in de media blijkt dat opeenvolgende ministers van VWS streven naar een verlaging van de kosten over de volle breedte van de gezondheidszorg, met als ultieme wens een beheersing van het totale 'zorgbudget'. Het idee leeft dat de omzet kan worden begrensd indien de zorgverleners efficiënter gaan werken, er wordt ingezet op ziektepreventie en zorgverzekeraars 'gunstig inkopen'.

Dit klinkt logisch want als we meer voor minder krijgen dan nemen de kosten af voor een identiek product. Tegelijkertijd kan kostenbeheersing niet oneindig worden doorgezet. De lopende band kan wat sneller draaien en het dode hout gesnoeid, maar als dit doorslaat in uitholling leidt overbelasting tot uitval en fouten. Ook het effect van preventieve maatregelen is eindig zonet discutabel omdat 'gezonder' mensen langer leven en per saldo vaker een beroep zullen doen op de zorgfaciliteiten. Al met al kan de zorgverzekeraar dus 'gunstig inkopen' tot het systeem een zekere bodem heeft bereikt. Maar zelfs als een ideaal niveau van efficiëntie langdurig kan worden gehandhaafd, geeft dit geen verdere kostenbeperking. Kortom, het huidige beleid faalt als lange termijnstrategie.

Maar bovenstaande verklaart nog niet de voortdurende stijging van de kosten in de zorg. Blijkbaar kent het systeem een sterke prikkel die haaks staat op de politieke wens tot verlaging van de kosten. Boeiend, want zulke onverwachte reacties ziet men ook in de medische (!) wetenschap. Dit noemen we dan 'een bijwerking' of, als we er nóg minder van begrijpen, 'een complicatie'. Niet zelden wordt hierbij over het hoofd gezien dat in het waargenomen paradoxale effect een waardevolle aanwijzing kan schuilen. In feite hét bewijs dat het lichaam een sterkere prikkel herbergt die de behandeling opgelegde therapie botst met een

De kosten van de zorg variëren met de omzet, die wordt opgejaagd door het economische principe dat de medische sector streeft naar groei, zelfs een zorgverzekeraar 'zonder winstoogmerk'

het systeem. Met

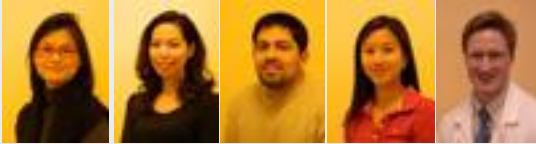
overleven.
Met deze gedachte in het achterhoofd kijkend naar de Nederlandse

gezondheidszorg zou er dus een sterke prikkel moeten bestaan waardoor het systeem als geheel betere overlevingskansen heeft bij hogere kosten. Om welke variabele gaat het? En door welk orgaan wordt deze gereguleerd? Daar kan weinig onduidelijkheid over bestaan. Kosten, budget, premies en financiële maatregelen kunnen worden teruggevoerd op 'geld'. De beheersing van het budget heeft VWS gedelegeerd naar de zorgverzekeraar, er van uitgaande dat deze partij er direct belang bij heeft om de kosten zo laag mogelijk te houden.

Maar klopt dit met de praktijk? Presteert het systeem beter bij een omzetsdaling? Met geld als variabele gelden voor de medische bedrijfstak dezelfde economische principes als voor iedere andere branche. Als het op overleven aankomt dan vormt het realiseren van groei een eerste doelstelling. Aan het eind van het jaar willen de aandeelhouders rendement zien en door de hele organisatie worden de managers

Vervolg op pagina 4

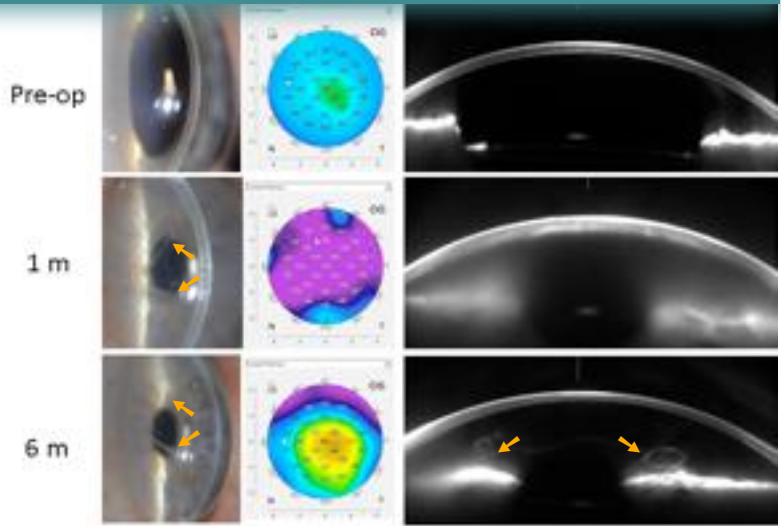
Cornea & Research fellows 2011/2012



V.I.n.r. Ru-Yin Yeh, België; Ruth Quilendrina, Filipijnen; Fayyaz Musa, UK; Maya Tong, Canada; en Jack Parker, VS

NIOS wetenschappelijke artikelen 2011/2012

- Dieleman M, Wefers Bettink-Reijmer J, Jansen J, Hoppenreijns VPT, van der Pol R, Baarsma S, van Dijk K, de Waard-van der Spek FB, van Wijk RG, Zijlmans BLM. High incidence of adverse reactions to locoregional anaesthesia containing hyaluronidase after uneventful ophthalmic surgery. Acta Ophthalmol. In press.
- Parker J, Dirisamer M, Naveiras M, Tse WHW, van Dijk K, Frank LE, Ham L, Melles GRJ. Outcome of Descemet membrane endothelial keratoplasty in phakic eyes. J Cataract Refract Surg. In press.
- 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, van Dijk K, Melles GRJ. Descemet membrane endothelial transfer (DMET): 'Free floating' donor Descemet implantation as a potential alternative to 'keratoplasty'. Cornea 2012;31:194-7.
- 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 2011;129:1435-43.
- Dapena I, Ham L, Droustas K, van Dijk K, Moutsouris K, Melles GRJ. Learning curve in Descemet's membrane endothelial keratoplasty. First series of 135 consecutive cases. Ophthalmology. 2011;118:2147-54.
- 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;151:1107-1107.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 Cataract Refract 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 2011;30:1341-5.
- 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 2011;30:1369-75.
- 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;30:828-31.
- 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 2011;86:395-401.
- Droustas K, Dapena I, Melles GRJ, Sekundo W. One corneal graft for two recipients: Preliminary results of Descemet Membrane Endothelial Keratoplasty (DMEK) at the Marburg University Eye Clinic. Greek Ann Ophthalmol 2011;21:17-21.
- van Dijk K, Dapena I, Moutsouris K, Ham L, Nieuwendal 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). 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.



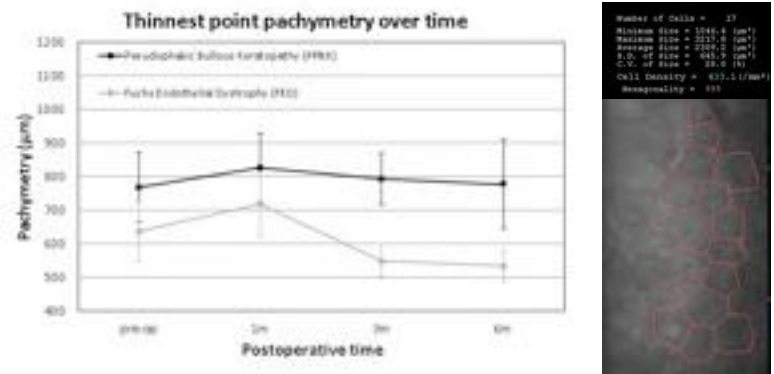
Spleetlampfoto's, pachymetrie-maps en Scheimpflug-afbeeldingen voorafgaand en één en zes maanden na 'Descemet membrane endothelial transferral' (DMET). Met een donor Descemet membraan (pijlen) vrij georiënteerd in de voorste oogkamer wordt 3-6 maanden na de operatie een volledige opheldering van het ontvangerhoornvlies bereikt, met herstel van normale pachymetrie-waarden.

'Descemet membrane endothelial transferral' (DMET) eerste vorm van behandeling cornea-endotheelaandoeningen zonder 'keratoplastiek'
Van DMEK naar DMET:
verdwijnt het concept
'hoornvliestransplantatie'?

Hoewel er met hoornvliestransplantaties ruim een eeuw ervaring bestaat, werd het fenomeen voor het eerst waargenomen en gedocumenteerd op het NIOS in Rotterdam: een ziek hoornvlies kan ophelderen zonder een vorm van 'keratoplastiek', d.w.z. zonder een zo goed mogelijk chirurgisch herstel van de normale anatomie van de cornea, zoals nu wereldwijd wordt nagestreefd. En daarmee staat eigenlijk alle medische literatuur hierover op losse schroeven want volgens de huidige inzichten kán dat helemaal niet. Hoornvliesendotheel herstelt niet uit zichzelf en daarom werden oogbanken opgezet, operatietechnieken ontwikkeld, oogartsen opgeleid en een oneindig aantal wetenschappelijke artikelen over het onderwerp geschreven.

Wat gaat de toekomst brengen? Tot nu toe gold 'Descemet membrane endothelial keratoplasty' (DMEK) als de meest geavanceerde keratoplastiek-procedure, waarbij de Descemet membraan van de ontvanger selectief werd vervangen door donorweefsel. Bij de nieuwe procedure, 'Descemet membrane endothelial transferral' (DMET), wordt de donor alleen in de voorste oogkamer van de ontvanger geïnjecteerd zonder verdere chirurgische manipulatie of positionering. Een succesvolle DMET vraagt wel om verdere specialisatie van weefselpreparatietechnieken en kweekmethodes, zodat naar verwachting niet alleen de rol van de oogarts maar ook die van de oogbank gaat veranderen.

'Specular microscopy' van een hoornvlies zes maanden na DMET (rechts) laat een re-endothelialisatie zien van de ontvanger-cornea. Opvallend is het verschil in effect van DMET tussen ogen met een Fuchse endotheeldystrofie en bulleuze keratopathie.





Amnitrans Eye Bank organiseerde XXIVe meeting European Eye Bank Association
Fotoimpressie 2012 EEBA meeting in Rotterdam

Een kleine driehonderd oogbankmedewerkers en oogartsen bezochten in de laatste week van januari 2012 het EEBA congres in het World Trade Center in Rotterdam. Het congres werd georganiseerd rondom de 'lamellaire hoornvlieschirurgie', een thema dat voor beide disciplines veranderingen meebrengt. In het laatste decennium kwamen verschillende operatietechnieken beschikbaar (DALK, DLEK, DSEK/DSAEK, DMEK, DMET) die betere klinische resultaten en minder complicaties geven dan de conventionele 'penetrerende keratoplastiek'. Het gebruikte donorweefsel wordt bij voorkeur geprepareerd in een oogbank om kwaliteitscontrole van het uiteindelijke transplantaat te garanderen. Dit vereist de nodige aanpassingen in het logistiek en medisch handelen, omdat een deel van de operatie a.h.w. verschuift naar de oogbank.

Met de komst van nieuwe procedures gaat naar verwachting ook de vraag naar het aantal transplantaten veranderen. Na UV-crosslinking komen patiënten met keratoconus wellicht niet meer toe aan een transplantatie en indien DMET succesvol blijkt, verandert ook de vraag naar weefsel ter behandeling van Fuchs endotheeldystrofie. Deze twee aandoeningen zijn goed voor het merendeel van de hoornvliestransplantaties in Europa en bepalen de huidige vraag naar weefsel.





Mr. Pereira da Silva

Een patiënt aan het woord...

“Back to business!”

Mr. Pereira da Silva, 47-years old, is chief executive director of Renova, a paper company based in Portugal. A few years ago, he was diagnosed with Fuchs endothelial dystrophy.

What was your life like before the operation? How did you manage?

“Fortunately, I have the ability to adapt myself to difficult situations. I actually did not realize how bad my eyes were, although I was using a big computer screen and could not read signs outdoors, or in the airport to check the flight times. I always travel with lots of people and I have my private driver, so I was able to compensate for my handicap. It was, however, a problem that I, as a managing director, could not read the presentation slides at meetings, and just had to guess what was being presented.”

Why did you choose a treatment at Melles Corneaclinic in Rotterdam?

“For my company in Portugal, I travel back and forth to the US on a regular basis. While surfing the internet, I read about the interest taken in Fuchs endothelial dystrophy by one famous American university. So I visited that eye clinic to have my eyes examined. They diagnosed me with Fuchs, which did not come as a surprise since my aunt and my father both have been suffering from Fuchs as well. In the US and in Portugal, the doctors wanted to wait on a corneal transplant, probably because the results after penetrating keratoplasty were unpredictable and sometimes disappointing. But I just could not permit myself to be visually disabled in my work, with all responsibilities that come with it. While participating in an interest group for Fuchs patients on the internet, bit by bit I learned a lot about the old transplantation technique and its recovery process. I thought to myself, “there must be something better.” So I vigorously searched the internet and eventually found myself reading every paper I could find written by Dr. Melles and his team about this new method of his. I was the first person from the entire internet group to choose for a DMEK in Rotterdam.”

How was the operation?

Before the operation, I was really stressed. But I came well prepared after reading everything there was to know about corneal transplantation. The atmosphere was rather relaxed and I felt comfortable. I had some pain after the procedure, but that was to be expected, and I had my painkillers standing by.

How was the postoperative course and your recovery?

After only 4 days, I saw better than ever before: It was only at this time that I realized how bad my eyesight had been before. It has been phenomenal. Three months after my first operation, I was operated on my second eye.

What is your general impression of Melles Corneaclinic Rotterdam?

I am recommending the clinic to everyone. That says it all! On the internet, I am very actively informing the patient interest groups and promoting the clinic and all of its procedures!

Vervolg van pagina 1

afgerekend op behaalde targets die de geplande omzetgroei moeten waarmaken. De hele sector heeft dus belang bij omzetverhoging, in casu méér of uitgebreidere medische behandelingen.

In dit verhaal neemt de zorgverzekeraar een bijzondere plaats in. Een individuele zorgverzekeraar kan zijn omzet vergroten door verzekeren weg te snoepen bij de andere verzekeraars. Maar de markt is begrensd en min of meer verzadigd want iedere Nederlandse staatsburger is verplicht verzekerd. Links en rechts stapte een patiënt over van verzekeraar maar dit heeft geen effect op de totale omzet want per saldo blijft de vijver even groot. Als het systeem al een aanvaardbare efficiëntie heeft bereikt en de markt verzadigd is, dan rest ook de zorgverzekeraar nog slechts één mogelijkheid tot groei: méér behandelingen.

Zo komen we tot de frappante conclusie dat de gezondheidszorg (het organisme) simpelweg niet kan overleven zonder groei als stuwende kracht binnen het regulerende orgaan (de zorgverzekeraar) en de rest van het lichaam (de medische bedrijfstak). Groei en daarmee omzetverhoging door meer

productie, in casu meer medische behandelingen, is een ‘conditio sine qua non’. De stijging van de kosten is inherent aan het systeem omdat de hele medische sector afhankelijk is van groei als overlevingsmechanisme.

Weliswaar claimen sommige zorgverzekeraars ‘zonder winstoogmerk’ te opereren. Maar in hoeverre is dit relevant? Winst is slechts een deel van de omzet en een paar witte raven hebben waarschijnlijk weinig invloed op het totaal aan krachten binnen het gehele systeem. Niet alleen banken hebben belangen in ziekenhuizen, zorgverzekeraars en andere medische bedrijven; eigenlijk heeft iedere partij een aandeel in het belang van de ander. Een mooi economisch perspectief maar die saamhorigheid pakt minder handig uit voor het bereiken van een lagere omzet in de zorg.

Met de herkenning en erkenning van de onderliggende economische prikkel als sturend mechanisme ligt vervolgens de vraag voor of enige politieke (straf)maatregel dan ooit effectief kan zijn ter begrenzing van de kosten van de gezondheidszorg. Kan enig restrictief beleid succes hebben met de economie als tegenstander?