



NEDERLANDSE VERENIGING VOOR  
DAGBEHANDELING EN KORT VERBLIJF



# KORTOM

'KORTOM' IS EEN UITGAVE VAN

D E N V D K

## Voorwoord

Het jaar 2011 is al een aantal maanden afgerold. De wereld is op een enorme manier in beweging. Door onvrede met het hiërarchische regiem zijn de dictators van Tunesië en Egypte gedwongen plaats te maken voor nieuwe gekozen leiders. De manier waarop de demonstranten werden gemobiliseerd was voor een groot deel met behulp van de nieuwe sociale media: twitter, facebook, sms, etc. Klaarblijkelijk zijn deze media heel krachtig om een beweging te realiseren. Het is me duidelijk geworden dat informatieoverdracht door nieuwe communicatietechnieken vele malen sneller gaat dan via de traditionele media als kranten, radio en televisie. Het bereiken van medemensen kan dus nog sneller en effectiever. De vraag is natuurlijk hoe we deze technieken in de zorg kunnen toepassen. In de gezondheidszorg zijn door nieuwe computertoepassingen steeds meer geavanceerde behandelmethode ingevoerd. Ingegeven door de ontwikkelingen in de digitale techniek heeft het bestuur besloten om dit jaar als centraal thema voor het NVDK-congres *'De digitale wereld van de dagbehandeling en kortverblijf'* te nemen. Het congres zal wederom in november van dit jaar plaatsvinden. Onderwerpen als de rol van sociale media in de zorg, digitalisering in de operatiekamer, de elektronische registratie, etc. zullen geprogrammeerd staan.

Van 5 tot 8 april werd het international forum on Quality and Safety in Health Care in het congres centrum RAI in Amsterdam gehouden. Het congres is bezocht door meer dan 2700 deelnemers van over de gehele wereld. Zowel artsen, verpleegkundigen als bestuurders namen deel. Zoals de titel van het congres al aangeeft ging het over patiëntveiligheid en kwaliteit. Het was een zeer inspirerende bijeenkomst waar iedere werknemer in zorginstellingen iets aan had. Benadrukt werd dat bewustwording een essentieel onderdeel is om verbeteringen door te voeren. Het gaat hier om individuele competenties maar ook om organisatorische aanpassingen in



*Hans Kerckamp, voorzitter NVDK*

ziekenhuizen zodat teamwerk, procesmatige aanpak, etc. beter worden ingevuld.

Ondanks al deze veranderingen en inzet van kennis zal het ons nooit lukken om de zorg zonder complicaties te verlenen. Ik hoef alleen maar de gevolgen te noemen van de aardbeving in Japan om ons te doen beseffen dat sommige zaken nooit vooraf geregeld kunnen worden. Wel van belang is dat wij onze moed en creativiteit aanwenden om iedere keer weer een verbetering in te voeren. Deze grondhouding zal een bijdrage leveren aan een kwaliteitsverbetering in de zorg.

In mei zullen we onze jaarlijkse ledenvergadering houden waar we u de plannen voor 2011 en 2012 zullen voorleggen. U zult hierover via de mail worden geïnformeerd.

## Het Landelijk EPD gaat als de TomTom: uiteindelijk gaat het door

*ICT verbindt patiënt, arts, ziekenhuis, zorgverzekeraar, overheid en wetenschapper: waar dat nodig is*

*De toenemende mogelijkheden van ICT in de gezondheidszorg betekenen een revolutie in de zorg. Bij revoluties zijn de belangentegenstellingen vaak groot. Maar wat nodig is en wat kan, gebeurt uiteindelijk. Tegenmacht ontwikkelen is dan vechten tegen de bierkaai. De investeringen in tijd, energie en kosten zijn weliswaar groot, maar het gewin ook, voor alle partijen. Eén zaak wordt nu geklaard: onverenigbare systemen worden aan elkaar gekoppeld. Providers die de gezondheidszorg wijs maakten dat alleen hun systeem zorgbreed toepasbaar is, moeten inbinden. Nu nog de privacy van een landelijk EPD garanderen. Nederland is daarvoor de beste proefvijver*

### **Ans Ankoné**

De onlangs gehouden ICT-beurs was een eye opener voor de aarzelaars in de zorgsector. Enige scepsis is wel begrijpelijk. In het verleden is veel geld weggegooid doordat concurrente ICT-leveranciers systemen op de markt brachten die niet op de systemen van concurrenten aansloten. Ziekenhuisdirecteuren wisten niet wat ze moesten kiezen. Zij reisden naar de Verenigde Staten om het nieuwste binnen te halen dat echter een half jaar later al obscuur bleek te zijn of grote tegenstand binnenshuis opwekte. De ICT in de gezondheidszorg is uit de kinderschoenen, maar is nog niet helemaal volwassen. De Eerste Kamer dreigt het wetsvoorstel voor het landelijke EPD (Elektronisch Patiënten Dossier) te torpederen omdat het – na vijftientig jaar ontwikkeling en jaren van pilots – nog niet veilig genoeg zou zijn. Een miljoeneninvestering die net als destijds de TomTom bijna niet doorgaat? Het navigatiesysteem was ontwikkeld voor macrogebruik: infrastructurele en militaire planning, maar daarna kwam het idee op dat dit ook voor de individuele burger nuttig zou zijn. Dus andersom vergeleken met de ICT in de zorg: van macro naar micro. Maar

daar moest de techniek eerst voor worden aangepast. Honderden dure medewerkers moesten de weginformatie dag in dag uit actualiseren zonder dat er inkomsten tegenover stonden. Het bedrijf ging bijna failliet. Wat hadden we dan veel gemist.

### **Wat kan met ICT?**

Zo is het ook met de ICT. De laatste jaren zijn frequent geraffineerde ICT-innovaties doorgevoerd. Onbegrijpelijk dat dit nog niet in alle ziekenhuizen is opgepakt. De organisatie van de patiëntenzorg kan namelijk in detail worden aangegeven op een scherm. Daarop is naam en ligplaats van de patiënt te vinden, medische behoeften, patiëntgerelateerde informatie, behandelplannen, ziekenhuisafspraken en persoonlijke wensen. Maar opdrachten voor dagelijkse zorg, het tijdstip waarop ze moeten worden uitgevoerd en zijn uitgevoerd, kortom alle actuele data zijn hierop voor alle medewerkers zichtbaar. Ook welke bedden moeten worden verschoond, op welke kamer zorgzware patiënten liggen en welke prestatie-indicatoren moeten worden bijgehouden. De taken zijn inzichtelijker en het werk wordt hierdoor efficiënter.

Medische professionals kunnen een smart card in de bedterminal invoeren en via een reader de behandeldata en applicaties aan het bed raadplegen en op een veilige wijze bewerken. De bedside terminal kan worden geïntegreerd in het EPD, het EVS Elektronische Verpleegkundig Dossier), het ZIS (Ziekenhuis Informatie Systeem), het ERP (Enterprise Resource Planning) en andere medische applicaties. Ook kan informatie tussen afdelingen per patiënt worden ingevoerd voor een ziekenhuisbreed Elektronisch Patiëntendossier. Het Ziekenhuisapothek informatiesysteem garandeert betere medicatieveiligheid: een belangrijke oorzaak van medische misers. Het biedt de mogelijkheid van elektronisch voorschrijven, toedieningregistratie, invoering van klinische eisen aan de medicatiebegeleiding en gegevensuitwisseling met de eerste lijn. De klinische

en poliklinische medicatielijsten zijn gescheiden van de thuismedicatie.

Heel belangrijk is ook dat met ICT declarabele zorgproducten kunnen worden voorspeld in termen van DBC's op weg naar Transparantie (DOT). Het is mogelijk verwachte en uiteindelijke zorgproducten – lees medische behandelingen zoals die in DBC's zijn geformuleerd – met elkaar te vergelijken, waardoor registratiefouten zichtbaar worden. Een betere registratie van diagnosegegevens heeft directe invloed op de keuze van het declarabele zorgproduct.

Kortom: ICT is niet alleen nuttig voor de patiëntenzorg, maar ook voor managementinformatie voor de toekomststrategie van het ziekenhuis omdat bovendien integratie met andere systemen als Google Maps en You Tube mogelijk is, maar ook voor het declaratieverkeer – openstaande rekeningen worden zichtbaar.

Maar, er kan ook een portal voor de patiënt worden ingericht zodat die persoonlijk afspraken kan maken, een dagboek kan bijhouden of een vragenlijst invoeren. Met een bedside terminal kan de patiënt tevens via een smart card reader gebruik maken van televisie, radio, internet, telefoonbediening van kamerfuncties, maaltijden bestellen, en de verpleegoproep gebruiken.

### **Communicatie met de buitenwereld**

Het systeem wordt ook gelieerd aan de verwijzers: de huisarts, een ander ziekenhuis of verpleeghuis. Via E-Consult is veilig berichtenverkeer mogelijk tussen huisarts en patiënt, de communicatie automatisch in het patiëntendossier wordt opgenomen. Patiënten kunnen zelfs foto's van blessures, allergische reacties en infecties naar de huisarts sturen.

### **epd**

#### **Maar hoe zit het met de regionale en landelijke communicatie tussen EPD's?**

Kennelijk is dat een probleem apart, niet alleen vanwege de privacyveiligheid maar ook omdat het nog ontbreekt aan harmonisatie van informatiegegevens. Tijdens de ICT-beurs is hierover internationaal ge-

congresseerd door de Integrating Health Care Enterprise, IHE. Het initiatief daartoe komt van radiologen in de Verenigde Staten, later nagevolgd door cardiologen en laboratoria, om samen met ICT-leveranciers te komen tot standaardinformatie. De IHE coördineert en propageert het gebruik van wereldstandaarden voor een effectiever gebruik van medische informatie.

De IHE slaat dus een brug tussen uiteenlopende informatiesystemen, maar is geen product of standaardinstituut. Het is een organisatie die wereldwijd actief is en wordt gesteund door grote ICT-bedrijven als Siemens, IBM en Philips. Dit infrastructurele netwerk is ook actief in Nederland en biedt assistentie en advies bij het integreren van ICT-systemen in zorginstellingen.

### **De werkwijze**

Sinds 2003 heeft de IHE informatie geïntegreerd voor cardiologie, laboratoria, oncologie, oogheelkunde, pathologie, coördinatie van de patiëntenzorg, moeder en kindzorg en recent ook farmacie. Het begint met een casus in detail uitschrijven en uitwerken in gestandaardiseerde zorg. Vervolgens worden de relevante data in software operabel gemaakt. Als de integratie moet geschieden met een link die anders is dan de ISO-norm, dan wordt de casus geanalyseerd op grond van mondiale standaarden. Dat kan leiden tot aanpassing van de nationale standaard. In samenwerking met zorgprofessionals wordt de interoperabiliteit van de gebruikte systemen getest en gedemonstreerd. Pas dan wordt het ICT-product op de markt gebracht. Introductie van dit systeem in de cardiologie in Frankrijk was een succes. Voor verwijzing moesten perifere cardiologen voorheen alle informatie per CD, E-mail of video naar de te consulteren topspecialist sturen. Omdat verwijzing nu gepaard gaat met digitale beelduitwisseling, is de overdracht beter, de verwijzing verloopt sneller en de opname is met een dag gereduceerd, waarbij de verwijzende cardioloog alles regelt vanaf zijn eigen werkstation. Kortom, met het integratieprofiel kunnen standaardproblemen op een standaardmanier met standaarden worden opgelost. Deze consistente

benadering van gestandaardiseerde modulaire definities van klinische gegevens is een revolutie. Het werkt prima in Groot Brittannië en, samen met NICTIZ, ook in Nederland.

### Wereldwijd dezelfde problemen

De Fransman Charles Parisot, lid van de IHE European Steering Committee, vertelt over de vorderingen en obstakels die de IHE tegenkomt bij de uitbreiding van de integratie op regionaal, nationaal en internationaal niveau. Daarbij wordt de kring van gebruikers groter en daarbij ook de voordelen van de schaalgrootte. In de huisartspraktijk kan dit leiden tot gerichtere behandeling en controle van de zes chronische ziekten: diabetes, kanker, hart- en vaatziekten, astma/COPD, en reuma en ouderdomsproblemen. Op regionaal niveau wordt een betere aanpak van preventie mogelijk. Op nationaal niveau kan de overheid het gezondheidszorgsysteem beter aansturen. Internationaal betrouwbare gegevens helpen de wetenschap vooruit. Maar ook bij een groep werknemers of sporters is dan traceerbaar wat de werk- en sportgerelateerde problemen zijn en welke maatregelen hierbij helpen.

“Hoe blijf je fris en raak je niet ontmoedigd in dit vak”, vraagt de vrolijke Fransman. Hij heeft het dan over de complexiteit van de medische wereld en de privacyproblematiek. “Door samen te werken”, is zijn conclusie. “Dan doen wij van de Verenigde Staten tot Japan, Taiwan, China, Turkije, Maleisië en alle Europese landen. Die kampen allemaal met de zelfde problemen. Momenteel zijn wij bezig met oogzorg, endoscopie en tandheelkunde. Maar wij proberen ook een manier te vinden om gegevens van patiënten in het arme zuiden – Afrika – en in dunbevolkte gebieden te verbinden met care managers, kleine lokale kliniekjes en grotere ziekenhuizen. Daarvoor ontwikkelen wij gecodeerde data voor bijvoorbeeld glucosetesten, infuus- en labgegevens.”

Parisot meent dat de privacyproblemen waarover Nederland struikelt op den duur worden opgelost.

Andere Europese landen zijn benieuwd hoe Nederland het EPD zal vormgeven. Daartoe heeft Nederland een veilige toegangssleutel die andere landen nog niet hebben: het burgerservicenummer. Euro-commissaris Neelie Kroes vindt het sociaaleconomisch onverantwoord investeringen als het EPD die een netto toegevoegde monetaire en maatschappelijke waarde hebben, na te laten.

Onlangs zijn echter in de Verenigde Staten de medische gegevens van ruim een miljoen patiënten gehackt. De meerderheid in de Eerste Kamer – VVD, PvdA, SP en D’66 – is dan ook sceptisch over de meerwaarde van een landelijk EPD en is niet onder de indruk van de brief van minister Schippers (VVD) van Volksgezondheid in antwoord op kritische vragen van de Senaatsleden. Momenteel wordt in Twente geëxperimenteerd met uitwisseling van medische gegevens tussen huisartsen, hun waarneemers, apotheken en ziekenhuizen. Schippers meent echter dat regionale uitwisseling onvoldoende is.

Jaarlijks worden ruim honderd miljoen gegevens op niet effectieve, niet gestandaardiseerde en slecht beveiligde wijze uitgewisseld. Onderzoek door het Nivel toont aan dat huisartsen hun gegevens op volstrekt verschillende wijze registreren. Veel medische misser kunnen worden voorkomen indien landelijk gestandaardiseerd zou worden geregistreerd.

### *Minister Edith Schippers krijgt*

### *het EPD weer op haar bureau*

### *Just plumbing in the basement?*

### **Zover is het nog niet, maar zover gaat het als het aan de IHE ligt wel komen.**

Parisot: “Op regionaal en nationaal niveau werken wij aan de terminologie, de provider directory en betere garantie van de privacy door encryptie en audit trail en, door de toestemmingen van de patiënt te verrijken met meer beschermingsmogelijkheden voor de patiënt. Ziekenhuizen vragen ons om advies op het gebied van privacybescherming van patiëntgegevens, ook in geval van inbraak of ongelukken. Dit wordt nu in dertien projecten wereldwijd getest. Het is een complexe materie die veel zorgverleners niet zagen zitten. Wij doen nu alleen

zaken met personen en organisaties die er serieus mee willen werken. We gaan geen fouten herhalen. De coördinatie tussen medische professionals is complex. Daarom hebben wij voor de digitale coördinatie delen van het zorgproces opgesplitst en omgespit. Kernelement is daarbij de vraag: welke diagnosetests en behandeling bent u gewend te doen bij deze kwaal, welke dossiers gebruikt u daarbij en wat is het resultaat? Doel is te komen tot instrumenten voor de aanbieders die in de toekomst hun workflow ondersteunen en richting geven, in feite een wereldwijd toepasbare ‘protocollaire’ benadering.”

---

## Wie moet de kosten van de gezondheidszorg bedwingen?

1. Niet de ziekenhuizen maar de zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor meer efficiëntie in de zorg.
2. Medisch specialisten moeten zelf zorgen dat de zorg betaalbaar blijft.
3. Als de zorgsector winst mag maken en uitkeren, wordt de zorg van zelf efficiënter.
4. Er zijn te veel ziekenhuizen in Nederland.

Vier stellingen die leidden tot een levendige discussie tijdens een radiodebat op BNR Nieuwsradio georganiseerd in het nieuwe gebouw van de VvAA. Met een zorgverzekeraar, een vrije zorgondernemer en de voorzitters van de specialisten en de ziekenhuizen.



Diana Monissen,  
voorzitter Raad van Bestuur  
De Friesland Zorgverzekering

### Ans Ankoné

De ziekenhuizen en de specialisten zijn redelijk tevreden over hun prestaties. Zij vinden zichzelf een zeven waard. De vraag is: voor wat? Diana Monissen, voorzitter van de Raad van Bestuur van De Friesland Zorgverzekeraar: “Ik wil wel weten

wat ik koop en wat daarvoor een reële prijs is.” Product en prijs zijn nog onvoldoende inzichtelijk. En toch staat Nederland bovenaan bij de European Health Consumer Index 2009. Deze index is een meetinstrument waarmee 33 Europese zorgstelsels aan de hand van 38 indicatoren over 6 gebieden worden gemeten: rechten en voorlichting voor de patiënt, e-health, wachttijden, resultaten, aanbod en dekking van zorgdiensten en toegang tot medicatie. Onze zorg lijkt goed, maar zeker weten wij het niet. Wie moet daar iets aan doen?

### Stelling I:

*Niet de ziekenhuizen maar de zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor meer efficiëntie in de zorg*  
Roelf de Boer, voorzitter van de NVZ Vereniging van ziekenhuizen, vindt: “Het kan beter, maar wij worden daarin gefrustreerd doordat de overheid in feite nog steeds vasthoudt aan een macrobudget. Bij overschrijdingen worden wij achteraf gekort. Dan is begroten voor innovatie en efficiëntieverbetering geen eenvoudige zaak. Voor meer efficiëntie moeten ziekenhuizen en verzekeraars ook samen werken. “Monissen is het daar niet alleen mee eens, zij vindt dat de zorgverzekeraars ook heel goed weten waar de efficiëntie kan worden verbeterd. “Wij zijn goed in staat om over de ziekenhuizen heen te kijken. Maar om onze rol goed te kunnen spelen, hebben wij een *level playing field* nodig (gelijke financiële uitgangspositie voor alle zorgverzekeraars) en nu is het wachten tot het DOT-systeem – DBC's Op weg naar Transparantie – in de ziekenhuizen naar behoren werkt. Maar De Friesland kan niet de verantwoordelijkheid nemen voor volume-groei. Als ziekenhuizen zich niet houden aan de volumeafspraken en onvoldoende inzicht in hun productie geven, hebben wij het nakijken. En die informatie is nog niet overal beschikbaar.”

Frank de Grave, voorzitter van de Orde van Specialisten, ex-minister van Defensie en oud-voorzitter van de Nederlandse Mededingingsautoriteit, vindt dat de snel stijgende kosten niet aan de zorgverzekeraars kunnen worden toegerekend. “Het is goed dat de zorgverzekeraars in het nieuwe stelsel een sterke rol hebben gekregen. Ook de specialisten willen niet terug naar het oude systeem. Toen ontbrak het de verzekeraars aan prikkels tot meer efficiëntie doordat zowel verevening vooraf – voor onevenredig risicovolle verzekerden – als achteraf – bij budgetoverschrijdingen – geschiedde. De verzekeraars moeten de juiste instrumenten hebben en de overheid moet het basisbudget goed bewaken. Meer betalen is in principe niet erg. Marktwerving ook niet. Minister Schippers van VWS wil nu 70 procent van het B-segment onderhandelbaar maken. Daar staan wij achter.”

Roelf de Boer: “Dat is ook onze vurige wens. Maar laat de minister het dan in één keer doorvoeren, niet weer stapsgewijs. Bovendien gaan we naar prestatiebekostiging, prima.” Loek Winter, oud radiooloog, eigenaar van de IJsselmeerziekenhuizen en sinds kort bijzonder hoogleraar Zorgondernemen aan de Universiteit van Nyenrode vindt dat niet genoeg. “Wat nog ontbreekt, is de mogelijkheid van winstuitkering en een reorganisatie, ik bedoel afslanking, van de landelijke ziekenhuiscapaciteit.”

### Stelling II:

*Medisch specialisten moeten zelf zorgen dat de zorg betaalbaar blijft, en daar meer voor doen*

De Grave: “De specialisten hebben ‘ja’ gezegd tegen kortingen bij overschrijdingen, tegen doelmatiger voorschrijven en leveren van medicijnen en de Vereniging van Heelkunde heeft kwaliteitsnormen opgesteld onder andere voor het minimaal aantal operaties van bepaalde specialismen dat in een ziekenhuis moet worden gedaan om voldoende kwaliteit te kunnen garanderen.”

Maar u wilde niet de stelling verdedigen dat de specialisten ‘er alles aan zouden doen’, verwijt Harmke Pijpers, presentator van BNR Nieuwsradio, hem ad rem. “Nee, u wilde in de stelling dat ‘de specialisten de grootste bijdrage moesten leveren aan de



Frank de Grave, voorzitter van de Orde van Medisch Specialisten

betaalbaarheid. Daar was ik het niet mee eens. Wij beseffen dat de specialisten draagvlak moeten geven voor de betaalbaarheid. Doordat wij hebben ingestemd met maximaal 2,5 procent jaarlijkse uitgavengroei in ruil voor de afschaf van kortingen achteraf, komt er nu een einde aan jarenlange ellende over overschrijdingen en kortingen. Over de uitvoering van dit akkoord is overigens al weer veel gekrakeel.”

De meerderheid van de specialisten (57%) vindt dat zij op de kosten moeten letten. “De medische staf heeft veel te vertellen”, zegt De Grave. “De Raad van Bestuur ook, zegt De Boer. “Die machtsverhouding geeft veel botsingen. Het gevolg is dat een Raad van Bestuur gemiddeld maar 3 jaar aan blijft. Dat is slecht voor de continuïteit. Het succes van verbetering hangt af van de mensen en van het beleidsmodel in een ziekenhuis.”

Winter ziet in zijn eigen klinieken dat meer ondernemerschap resulteert in groei en lagere kosten. Die scheiding tussen A- en B-segment is administratief zeer complex. Die DOT is daarom hard nodig. Eindelijk minder DBC's en meer transparantie.” Monissen tempert zijn hoopvolle verwachtingen: “We kunnen door die DOT ziekenhuizen en specialisten straks beter vergelijken, goedkoper zorg inkopen en beter inspringen op de ervaringen van patiënten.



Maar, dat duurt nog wel twee jaar als we eerst moeten wachten op die verschuiving van het oude naar het nieuwe DBC-systeem."

**Stelling III:**

*Als er minder regels zijn in de zorgsector en winst(uitkering) wordt toegestaan, wordt de zorg van zelf efficiënter*

Winter: "De zorgsector is toe aan winst. Bovendien, om tot meer bestendigheid en innovatiekracht te kunnen komen, is risico nemen en vrij onderhandelen het recept voor de toekomst. Momenteel is de zorg nog te veel gebureaucratiseerd, er zijn te veel schotten en de kwaliteitscriteria en de DBC's zijn te complex."



Loek Winter, eigenaar IJsselmeerziekenhuizen, privéklinieken en hoogleraar Zorgondernemen

Radiopresentator Pijpers springt daar meteen op in: Maar u eet als vrije ondernemer met vijf centra juist

de krenten uit de pap, als commercieel zorgaanbieder brengt u de betaalbaarheid van de zorg in gevaar. "Dat is een oude discussie", werpt Winter haar tegen. "20 procent van de zorg is misschien inefficiënt, bij voorbeeld omdat het 's nachts moet gebeuren, maar 80 procent kan veel efficiënter worden gedaan. Dat bewijzen wij dagelijks. Wij geven meer zorg en meer service voor minder geld."

De Grave wordt geconfronteerd met het overheidsbeleid. Specialisten zouden zich meer moeten concentreren, ziekenhuizen moeten focussen op hun beste specialismen en niet alles willen doen. "Als dokters daar tegen zijn, dan hebben ze daar hun argumenten voor", is zijn antwoord. "Dit is een beslissing van de politiek. Prima, als de specialisten maar hun autonomie behouden. Sommige artsen vrezen dat wanneer enkele specialismen uit het ziekenhuis vertrekken, dit slecht is voor de zorg. De SEH is een uitzondering omdat die hulp nauwelijks kostendekkend is te doen. Het goede voorbeeld wordt gegeven door de heelkunde, die concrete normen en volumecriteria heeft geformuleerd voor betere zorg. Daar zal de Inspectie nu op toetsen."

"Het moet anders in de ziekenhuizen. Wij beseffen ook dat ziekenhuizen over tien jaar niet alles nog kunnen doen wat ze nu doen", zegt ook De Boer. Monissen voegt toe: "Voor de verzekeraar geeft het een imago probleem als ze ziekenhuizen aanwijzen waarmee ze een bepaalde ingreep niet meer willen contracteren als die ingreep daar niet een minimaal aantal keren wordt verricht. Bij voorbeeld het ziekenhuis in Dokkum: dat kan als algemeen ziekenhuis niet alles doen. Daar moet de Inspectie op letten. Maar dat speerpuntenbeleid komt niet van zelf."

**Stelling IV:****Er zijn te veel ziekenhuizen in Nederland.**

De Boer: “We hebben te maken met een krappe arbeidsmarkt, meer ouderen en veeleisende patiënten. Als we de zorg betaalbaar willen houden, kan niet-ingewikkelde zorg in samenspraak met de huisarts dicht bij de mensen worden geleverd en moet complexe zorg in een kleiner aantal ziekenhuizen worden geconcentreerd, met reële afspraken over de kapitaallasten.”

Dus er zullen ziekenhuizen omvallen?, daagt de presentator herhaaldelijk uit. “Nee”, zegt Monissen, “maar er zijn wel te veel ziekenhuizen.”

“De ziekenhuizen worden ingericht naar behoefte: kleiner en gespecialiseerder als sprake is van een Randstedelijk karakter, en eenvoudiger – een soort aangeklede huisartspraktijk – voor minder complexe zorg”, voorspelt Winter. “Algemene en kleine ziekenhuizen zullen niet omvallen, maar ze mogen niet meer alles doen”, vindt ook De Grave. “Nu hebben we nog 85 ziekenhuizen, we gaan naar 40”, stelt Winter.

Zullen er dan ziekenhuizen door de marktwerking omvallen?, probeert Pijpers nog een keer. De Boer: “De Tweede Kamer lijkt marktwerking weer ter discussie te stellen. Dat is onzin. Marktwerking is niet meer terug te draaien. Er is juist tot marktwerking besloten om de zorg betaalbaar en efficiënt te houden. En het werkt.” Winter is van mening dat de zorgvraag zelfs door de marktwerking heen zal groeien en dat dan nog meer eigen bijdragen nodig zijn om de betaalbaarheid in stand te houden.

Hij vindt het onbegrijpelijk dat de Eerste Kamer zo tegen doorvoering van een landelijk EPD is. “Inzicht is absoluut noodzakelijk om de zorg op betaalbaarheid aan te sturen. We moeten slimmer werken, de capaciteit beter benutten, efficiëntere apparatuur kopen en dit met winst belonen.”

---



Roelf de Boer bij debat VVAA

---

## Handhygiëne in ziekenhuizen goed te verbeteren

*Onderzoek naar oorzaken van slechte handhygiëne*

*Onderzoekers van het Erasmus MC hebben voor het eerst onderzocht wat de oorzaken zijn voor slechte handhygiëne in Nederlandse ziekenhuizen. Deskundigen zijn eensgezind over de aanpak van het probleem. Volgens hen kan de handhygiëne van verpleegkundigen en artsen sterk worden verbeterd*

Dat handhygiëne in Nederland slecht wordt nageleefd heeft onder andere te maken met gebrek aan kennis over de richtlijnen voor handhygiëne en de effectiviteit van handhygiëne. Het naleven van de handhygiëne blijkt nog geen ingesleten gewoonte en is ook afhankelijk van hoe ernstig de artsen de gevolgen van een infectie voor zichzelf schatten. Een panel van 61 deskundigen is eensgezind over de aanpak van dit probleem. Herinneringen in de werkomgeving, het zichtbaar maken van de gevolgen van slechte handhygiëne, de beschikbaarheid van materialen die het naleven van handhygiëne vergemakkelijken en het geven van voorlichting of scholing zijn volgens hen effectief en goed imple-

menteerbaar in de praktijk. Zo overleggen de onderzoekers op dit moment met TU Delft over het ontwikkelen van een automatische handalcoholpomp bij het ziekenhuisbed. Ook wordt gedacht over een elektrisch apparaat dat automatisch herinnert aan handhygiëne bij het naderen of verlaten van een ziekenhuisbed.

Een andere belangrijke oorzaak is hoe de directe omgeving omgaat met handhygiëne. Men spreekt elkaar er niet op aan of degenen die het goede voorbeeld zouden moeten geven doen dit niet. Om dit probleem aan te pakken is volgens de deskundigen een verandering in de sociale cultuur noodzakelijk. Dat zal de moeilijkste verandering zijn om in de praktijk te realiseren.

De onderzoekers bestudeerden de chirurgische verpleegafdelingen en intensive care-afdelingen van 24 ziekenhuizen verspreid over Nederland. Er zijn 4500 momenten geobserveerd waarop volgens de internationale richtlijnen handhygiëne (wassen van handen met zeep en water of gebruik van handalcohol) zou moeten plaatsvinden. In slechts 19,5% van de gevallen werd handhygiëne uitgevoerd. Het onderzoek werd uitgevoerd in opdracht van ZonMW.

## Nieuw jaar, nieuwe Kortom

In navolging op ons succesvolle Lustrumcongres in 2010 hebben we besloten de Kortom- en de NVDK-look en feel te restylen. Aan de hand van ons mooie congresmagazine hebben we een nieuw ontwerp voor de digitale nieuwsbrief gemaakt. Zie hier het resultaat.

De [eind]redactie van Kortom ligt in handen van Ans Ankoné, dus de inhoud zal op hetzelfde niveau blijven. Alleen de vormgeving is aangepast en de functie 'Zoek' via een steekwoord is toegevoegd. Dat maakt het gemakkelijk om ook iets in het archief op te zoeken.

Er wordt bovendien gewerkt aan de ontwikkeling van een nieuwe website voor de NVDK, waar iedereen de nodige informatie kan vinden. Informatie op regionaal gebied maar ook informatie over landelijke congressen en er worden nuttige links naar gerelateerde websites ingevoegd.

Wij streven ernaar om de nieuwe website te lanceren gelijk met de volgende digitale Kortom in 2011. Mocht dit niet lukken dan zal de website in ieder geval operationeel zijn gelijktijdig met de publicatie van de congreseditie van Kortom die – weer in papieren vorm – op 9 oktober bij u in de bus ligt. Dus tijdig vóór het Jaarcongres dat dit jaar wordt gehouden op woensdag 9 november.



## DaySafe project van de IAAS

*Een oproep tot inventarisatie van literatuur en praktijk*

*De voorzitter van de IAAS, Paolo Lemos uit Portugal, heeft de IAAS-leden uitgenodigd deel te nemen aan een enquête over de organisatie van chirurgische dagbehandeling. Zodra de resultaten bekend zijn, zullen deze in Kortom worden gepubliceerd.*

Lemos schrijft:

“Verbetering van de Patiënt Veiligheid in de ziekenhuiszorg door dagchirurgie door middel van het DaySafe Project (DS) is het tweede Europese project op initiatief van de IAAS dat door de Europese Commissie wordt gefinancierd en waarbij vele Europese klinieken zijn betrokken. Het belangrijkste doel van dit project is om essentiële componenten van DS-systemen en DS-eenheden op zowel hun structuren als hun klinische en patiënt management processen te bestuderen, opnieuw te bekijken en bovendien de resultaten te identificeren en te promoten. Bij dit project voorziet zullen tevens instrumenten worden ontwikkeld om te meten in hoeverre patiënten en DS-managers zich houden aan behandelplannen en in hoeverre aanbieders werken met gelijke standaarden en werkprocedures.

Als projectleider van WP4, de werkgroep die de huidige DS-organisatie en – prestaties gaat beoordelen, vraag ik u vriendelijk uw medewerking te verlenen bij het uitvoeren van de volgende taken:

1. Wij voeren een uitgebreide studie uit van de internationale literatuur (van collegae en anoniem) over de DS-organisaties en prestaties. Wilt u mij s.v.p. laten weten of u kennis hebt van literatuur dat hierbij moet worden opgenomen?
2. De condities voor deelname door uw land aan dit onderzoek van de DS-organisaties en prestaties zullen wij u voor 21 maart 2011 toesturen.
3. Gelieve de toegevoegde tabel in te vullen met data van 12 verschillende ziekenhuizen ( 4 academische ziekenhuizen, 4 regionale of provinciale ziekenhuizen en 4 topziekenhuizen en 4 zelfstandige chirurgische dagklinieken (indien beschikbaar) zodat deze in dit overzicht kunnen worden opgenomen, en retourneer dit vóór 28 februari 2011.

Wij zullen u na afronding van deze inventarisatie de resultaten toesturen: die kunnen belangrijk zijn voor uw nationale vereniging.

Getekend, Paolo Lemos

## Verbluffende teamprestaties bariatrische chirurgie in dagbehandeling

*“Wij kunnen ons geen leercurve van honderd patiënten per bariatrisch centrum veroorloven”*

*Soms kom je artsen tegen die precies doen wat andere artsen niet voor mogelijk houden of dwarsbomen. Het is een uitzondering als een arts over zijn eigen werk zegt: “Het kan veel sneller, efficiënter, veiliger en goedkoper”. Als overheden, zorgverzekeraars en managers dat doen ontwikkelen artsen vaak een flinke tegenzin tegen wat die buitenstaanders durven zeggen. Zelfs als dit in internationale vakliteratuur wordt bewezen.*

*Waarom zou een professional zich iets laten opleggen? Waarom niet zelf met een operatieteam samen een ingreep tot in de finesses van perfectie aanslijpen? En dan nog zeggen dat het beter kan.” De arts in kwestie is dr Hjörtur Gislason, bariatrisch chirurg, verbonden aan vijf Scandinavische ziekenhuizen.*

**Ans Ankoné**

Gislason staat tijdens de lunch van een congres over risicovolle chirurgische ingrepen alleen ergens achteraan aan een statafel. Hij is gekleed in een donkerblauwe

trui met een overhemd en steekt daarbij af bij de voornamelijk Nederlandse en Belgische vakgenoten die getailleerde fijne- streppakken dragen en bruine suède oplopende schoenen van smalle snit. Ik vraag: “Mag ik bij u komen staan?” Hij blijkt uit Noorwegen te komen en is gastspreker. Wij stellen ons aan elkaar voor. Hjörtur Gislason is bariatrisch chirurg. Hij vertelt over de werkwijze van zijn team. “Wij doen op werkdagen zes tot zeven bariatrische operaties tussen 8 en 16 uur. De tijd tussen de operaties is 15 tot 25 minuten. Een ervaren chirurg werkt samen met een chirurg in opleiding. Daardoor worden wij niet geremd door de enorme leercurve die een chirurg moet doormaken voordat hij

een bariatrische operatie veilig kan doen. De leercurve varieert per chirurg en per ziekenhuis tussen de honderd en tweehonderd operaties.”

Gislason spreekt over perfectie: gestandaardiseerde laparoscopische chirurgie en anesthesiologie door ervaren specialisten, met een vast team, met uitsluiting van onnodig preoperatief onderzoek: geen gastrische buis, urinekatheter, arteriële canule noch drainage. De patiënt drinkt zodra hij wakker wordt en loopt binnen twee uur.” Ik zeg: “Dat zullen de chirurgen hier niet leuk vinden om te horen.” Gislason is de voorlaatste spreker en zijn vakbroeders en –zusters hebben heel andere geluiden laten horen. “Dat ben ik gewend”, zegt hij, “ook in Noorwegen kijken onze collegae met ongemak en scepsis naar onze resultaten. Bij andere chirurgen in andere ziekenhuizen zijn de complicatie- en mortaliteitpercentages meestal aanzienlijk hoger.”

### Dagchirurgie, ook voor hoogrisicopatiënten

Het team waarmee Gislason opereert bestaat uit acht chirurgen die in vier landen opereren. Zij vliegen naar Reykjavik, Oslo, Aarhus en Kristiansand en opereren daar afhankelijk van de lokale behoefte vier weken per jaar of wekelijks: in totaal jaarlijks 4.300 tot 4.700 bariatrische ingrepen. Alles volgens zelf ontwikkelde protocollen. “Momenteel analyseren wij de perioperatieve data van 20 patiënten die in dagbehandeling zijn geopereerd om ook tot een dagprotocol te komen. Daarvan konden 19 patiënten nog de zelfde dag worden ontslagen, 1 patiënt werd opgenomen omdat de echtgenoot ongerust was en 18 van de 19 patiënten zouden dagbehandeling ook aan anderen aanraden. Dagbehandeling voor patiënten die op niet te grote afstand van een ziekenhuis wonen, is dus mogelijk, mits door een ervaren team in een ervaren ziekenhuissetting.

***“Als een patiënt onvoorzien lang moet worden opgenomen, of op de IC moet blijven, krijgen wij een fikse boete”***

“Wij werken voor strikt volgens ons eigen beproefde protocol. Chirurg, anesthesioloog, verpleegkundige en diëtist informeren en motiveren de patiënt 5 tot 6 weken preoperatief. De patiënt moet absoluut meewerken aan zijn eigen veiligheid door in die voorbereidingstijd 5% af te vallen. De patiënt mag preoperatief 12 uur niet eten, 4 uur niet drinken en moet 2 uur tevoren douchen met een antiseptische scrub. Wij nemen hogere risicopatiënten met een ASA-3 vroeg in de week op, patiënten met een lagere ASA later. Patiënten met een BMI>55, een fysieke handicap, multimorbiditeit, depressiviteit, werkeloosheid, culturele verschillen of eerdere abdominale operaties worden op de maandagen en woensdagen geopereerd. Werkende patiënten met een BMI<55 die mentaal stabiel zijn en zonder ernstige comorbiditeit worden op de dinsdagen geopereerd. Er wordt dus op allerlei manieren rekening gehouden met de persoonlijke toestand en situatie van de patiënt. De afdeling is in de weekeinden gesloten. “

### **Protocol op basis van duizend operaties**

“Elk operatieteam bestaat uit twee OK-, een anesthesie- en een omloop verpleegkundigen, twee chirurgen en een anesthesioloog. Er wordt geen premedicatie gegeven. Alle anesthesiologen volgen de zelfde werkwijze. De anastomosis wordt lineair geniet of handmatig gehecht. Om reden van tijdefficiëntie staan er altijd drie gastrisch bypass –uitrustingen klaar. Op deze gestandaardiseerde manier zijn duizend patiënten geopereerd en bestudeerd. Die ervaring is omgezet in perfecte logistiek en kwaliteit.”

Gislason zegt trots: “Wij doen de laparoscopische Roux-en-Y bypass nu in 40 minuten. Het construeren van de gastric pouch vergt 27% van de 40 minuten, de eerste anastomosis 32%, de tweede 26% en de afsluiting 15%. Van binnenkomst in de OK tot vertrek van de patiënt naar de recovery duurt de ingreep in totaal 60 minuten. Chirurg en anesthesioloog zijn gelijktijdig klaar en de chirurg verlaat de

patiënt niet voordat die in bed ligt. Na 10 minuten voorbereiding komt de volgende patiënt binnen. Pas na de morgensessie drinken wij koffie. Op de recovery mogen de patiënten drinken zodra ze wakker worden en ze moeten binnen twee uur lopen, om pneumonie en trombose te voorkomen. Heropname wordt vooral veroorzaakt door dehydratie. We hebben geen enkele bloeding gehad. Fast Track verbetert het herstel, reduceert kosten en ziekenhuisopname en heeft lage complicatie- en heropnamecijfers. De succesfactoren zijn een korte OK-tijd en snelle mobilisatie.”

Deze efficiëntie is bereikt door te breken met onnodige routines: preoperatieve onderzoeken als röntgenfoto's van de longen, elektrocardiogram en slaapapnoetest worden achterwege gelaten. De OK wordt pas schoongemaakt als het nodig is en het bed van de patiënt wordt meteen in de OK gezet.

“Door de data van duizend patiënten te registreren herkennen wij de eerste complicatiesignalen: de patiënt heeft meer pijn dan verwacht, kan niet binnen twee uur lopen, heeft tachycardie, hypoxie of hypertensie. Hiervoor is de chirurg constant bereikbaar. Snelle behandeling van complicaties is uiterst belangrijk. Meer of minder ernstige chirurgische problemen, van bloeding, wondinfectie, lekkage of darmobstructie tot voedingsstoornissen, kunnen meteen maar ook veel later optreden. Daarom is er de eerste dag postoperatief telefonisch contact met de patiënt. Krijgt de patiënt later problemen, dan volgt direct heropname.”

### **Van opname naar dagbehandeling**

“Wij konden ons niet veroorloven dat ieder baria-trisch centrum weer een leercurve moest opbouwen van 100 tot 200 patiënten. Daarom opereert een ervaren chirurg altijd samen met een chirurg in opleiding totdat deze voldoende operaties heeft gedaan om zelf opleider te worden. Doordat we streng protocollair werken, zijn de prestaties van ons team op de diverse locaties nagenoeg gelijk. De patiënten in Oslo worden opgenomen (2,3 dagen) omdat ze

doorgaans ver moeten reizen. De heropname is daar 3,2%, complicaties <30 dagen 2,7% en de patiëntensatisfactie is met 95% excellent. Bij de Fast Track in Kopenhagen en Kristianstad worden patiënten gemiddeld 1,1 dagen opgenomen, het percentage heropname is daar 4,1 en bij complicaties <30 dagen 2,1. Het meest voorkomende probleem is dehydratie. De resultaten in Aarhus met dagbehandeling zijn veelbelovend. Daar gaan wij nu een apart protocol op zetten.”

Op de vraag van een chirurg: “Hoe krijgt u dat team zo gemotiveerd”? antwoordt Gislason: “De motivatie ontstaat door excellentie, goede werkomstandigheden en tijd om naar congressen te gaan.” En op de vraag: “Hoeveel operaties zijn nodig voor de leercurve?”: “Na 400 tot 500 operaties kan de opgeleide chirurg opleider worden. Wij kunnen ons geen missers veroorloven. Als een patiënt onvoorzien lang moet worden opgenomen, of op de IC moet blijven, krijgen wij een fikse boete.”

---



## Korte berichten

### **LHV, NHG, VHN en KNMP willen LSP behouden**

5 april 2011

LHV, NHG, VHN en KNMP verkennen op dit moment hoe regionale initiatieven voor het elektronisch uitwisselen van medische gegevens verder kunnen worden ontwikkeld. De beroepsorganisaties van huisartsen(posten) en apothekers hebben hierover afspraken gemaakt met minister Schippers van Volksgezondheid.

LHV, NHG, VHN en KNMP zijn voorstander van het elektronisch uitwisselen van patiëntgegevens. Samen met patiëntenorganisaties en andere beroepsorganisaties in de zorg willen huisartsen en apothekers voortgang blijven boeken in het uitwisselen van medische informatie. Waarbij een goede balans moet worden gevonden tussen bruikbaarheid en privacy in combinatie met een realistisch groeiscenario. Daarvoor zijn de in de afgelopen jaren ontwikkelde landelijke standaarden voor veiligheid en uitwisseling van gegevens in de zorg en technieken zoals die van het LSP nodig. (ICTzorg – ICTzorg / Twitter)

ICTzorg magazine

### **Digitalisering nog in kinderschoenen bij meerderheid zorginstellingen**

24 maart 2011

Uit onderzoek onder bezoekers van de beurs Zorg&ICT blijkt dat 46 procent van de ondervraagden aangeeft dat de digitalisering van documenten in hun organisatie nog in de kinderschoenen staat. Een kwart van de ondervraagden antwoordt dat er nog geen sprake is van een papierloze organisatie, maar dat steeds meer documenten digitaal beschikbaar worden gesteld.

Uit de enquête blijkt ook dat 30 procent van de zorginstellingen serieus werk maakt van het digitaliseren van informatie. Deze instellingen verwerken alle binnenkomende papieren documenten binnen enkele dagen tot digitale bestanden. Het onderzoek werd uitgevoerd in opdracht van Ricoh, leverancier van IT- en documentmanagementoplossingen.

### **Milieubelang**

Hoewel bij een groot aantal zorginstellingen digitale documenten nog geen gemeengoed zijn, erkent men wel het milieubelang hiervan. Op de vraag welke aanpassing binnen de organisatie goed zou zijn voor het milieu, kiest 86 procent van de geënquêteerden voor papierloze oplossingen zoals digitaal factureren. De geënquêteerden werd tevens gevraagd naar hun voorkeur voor ICT-producten met een 'groen' predicaat. Als de organisatie een nieuw ICT-product aanschafft, vindt 42 procent van de ondervraagden dat deze een groen label moet hebben. Ruim een derde (34 procent) vindt dit belangrijk, echter alleen bij een min of meer gelijke prijs als die van vergelijkbare producten zonder groen keurmerk. Een kwart van de ondervraagden geeft aan dat 'groene labels' geen bepalende factor moeten zijn in de keuze van ICT-producten.

### **Digitale borden**

Een groeiend aantal zorginstellingen ziet het belang van digitale documentoplossingen en mogelijkheden om zowel specialisten als cliënten beter te informeren. Bij steeds meer ziekenhuizen wordt bijvoorbeeld patiëntregistratie via touch-screen zullen mogelijk of worden patiënten over hun afspraak en wachttijden geïnformeerd via digitale borden, geïnspireerd op de informatieborden op Schiphol. Op de vraag of patiënten gebaat zijn met informatie over hun afspraak en wachttijden via digitale borden, is 84 procent van de respondenten uit het onderzoek op Zorg&ICT van mening dat dit een ideale oplossing zou zijn. Patiënten worden zo direct op de hoogte gesteld van eventuele uitloop van de afspraak. Van de ondervraagden geeft slechts 16 procent aan dat digitale informatieborden geen succes zouden zijn, enkelen geven als reden dat de patiënt hier bijvoorbeeld nerveus van kan worden. (ICTzorg – ICTzorg / Twitter)

## **Handboek NEN 7510 wordt herzien**

17 december 2010

Nu NEN 7510 wordt gereviseerd, wordt ook het handboek NEN 7510 herschreven. Gebruikers worden daarom gevraagd naar hun input en ervaringen om het handboek na herziening nog beter op de wensen te laten aansluiten.

In november 2005 verscheen de eerste versie van het Handboek NEN 7510. Dit handboek is door veel bezoekers van het Steunpunt NEN 7510 gedownload en gebruikt bij de implementatie van NEN 7510. Voor de herziening worden de gebruikers gevraagd op de volgende vragen te antwoorden: Maakt u gebruik van het handboek en de bijlagen? Zijn er onderwerpen in het handboek die aanpassing behoeven? Beschikt u over voorbeelddocumenten (templates) die de bestaande bijlagen van het handboek zouden kunnen vervangen of kunnen aanvullen? En mist u bepaalde voorbeelddocumenten bij het handboek, waaraan u sterke behoefte heeft? (ICTzorg – ICTzorg / Twitter)

---

## **Achmea start selectieve inkoop complexe operaties**

11 maart 2011

De Achmea-onderdelen Zilveren Kruis en Agis gaan vanaf 2012 geen ziekenhuiszorg meer inkopen die niet aan de normen voldoet die de verzekeraar dit jaar heeft laten vaststellen. Het gaat om acht behandelingen.

Op de site van de verzekeraar laat Achmea weten dat uiterlijk per 1 januari 2012 alle ziekenhuizen aan de kwaliteitsnormen moeten voldoen. Als dat niet lukt mogen ziekenhuizen de tekort schietende behandelingen niet langer uitvoeren. Achmea gaat de normen hanteren die in januari 2011 door de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH) voor een achttal operaties zijn opgesteld. De normen omvatten onder andere een minimum aantal operaties dat een ziekenhuis per jaar moet doen. Het gaat om complexe operaties voor onder andere borstkanker, darmkanker, blaaskanker, slokdarmkanker, longkanker, uitzaaingen in de lever en verwijde buikaorta.

## **Monitoren**

“Het is goed dat de beroepsgroep normen vaststelt”, staat op de site te lezen. “Op deze manier kunnen we samen stappen zetten in het continu verbeteren van de zorg. Wij zullen deze normen ook gaan monitoren en zo nodig ziekenhuizen selectief contracteren per 2012.”

### **Concentratie**

Met ziekenhuizen die (nog) niet aan de normen voldoen en de omliggende ziekenhuizen gaat Achmea de komende maanden bespreken welke mogelijkheden er zijn om de zorg te herschikken door samenwerkingsverbanden of het niet meer uitvoeren van deze behandeling. “Daarbij willen we zo veel mogelijk rekening houden met regionale spreiding, zodat onnodig lange reistijden worden voorkomen” aldus Roelof Konterman, voorzitter divisie Zorg van Achmea. (Zorgvisie – Wouter van den Elsen / Twitter)

---

## **Winnaar ‘beste zorgidee 2009’ bekend**

2 november 2009

Renate Rammeloo uit Breskens presenteerde op 29 oktober haar idee om een boodschappenpakket mee te geven aan patiënten die net ontslagen zijn uit het ziekenhuis. ONVZ Zorgverzekeraar riep haar idee uit tot ‘Het Beste Zorgidee’ van 2009.

Het idee van Rammeloo is bedoeld voor oudere en alleenstaande patiënten die na hun ontslag uit het ziekenhuis niet direct weer boodschappen kunnen doen. Ze ontving voor haar idee een cheque ter waarde van 10.000 euro van zorgverzekeraar ONVZ.

---

## **Nominaties beste zorgidee**

Naast Renate Rammeloo werd Hanneke Bosman uit Enschede genomineerd met de ‘Dit ben ik kaart’ voor mensen met een verstandelijke beperking. Op de kaart kan de zorgverlener snel lezen wie de persoon is en waarmee hij rekening moet houden. Welmoed van Boven uit Zeist werd genomineerd met het idee patiënten na een zorgbehandeling een verwenpakket mee te geven met producten en samples van bedrijven en een folder van de vriendenstichting van de zorgorganisatie.

### **Initiatief van zorgverzekeraar**

ONVZ Zorgverzekeraar startte in 2008 de wedstrijd 'Het Beste Zorgidee' om de Nederlandse bevolking mee te laten denken over verbetering van de zorg. Iedereen kan een idee indienen.

---

### **'St. Antonius is meest gezonde topklinische ziekenhuis'**

13 augustus 2009

Het Sint Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein is financieel gezien het meest gezonde topklinische ziekenhuis, blijkt uit onderzoek van AME Research. Het Martini Ziekenhuis in Groningen presteert het slechtst. Het onderzoeksbureau maakt een rangorde aan de hand van de operationele marge, de solvabiliteit en het rendement op het vermogen van de topklinische ziekenhuizen. De tweede plaats voor de financiële prestaties in 2008 gaat volgens deze berekening naar het Medisch Centrum Haaglanden. Het Amphia ziekenhuis in Breda staat op de derde plaats.

### **Martini Ziekenhuis**

Het Martini Ziekenhuis in Groningen staat onderaan de ranking van AME Research. Van de 26 topklinische ziekenhuizen scoort dit ziekenhuis het slechtst. Het is "nauwelijks solvabel", volgens het onderzoeksbureau. Verder heeft het Martini Ziekenhuis een negatief rendement op het totale vermogen. Andere zwakke broeders zijn het Máxima Medisch Centrum en het Albert Schweitzer ziekenhuis in Dordrecht.

### **'Ziekenhuis interessant als investering'**

Een topklinisch ziekenhuis kan een mooi beleggingsobject voor investeerders zijn. De 26 topklinische ziekenhuizen hoeven maar vier procent op hun totale bedrijfskosten te besparen om een bedrijfsresultaat van bijna zeven procent van hun omzet te bereiken. Dit resultaat is marktconform. Zo voegen zij economische waarde toe in een financieel concurrerende omgeving. Volgens het onderzoek is dit een haalbare doelstelling. De topklinische ziekenhuizen moeten dan wel gezamenlijk 247 miljoen euro besparen door "een groter kostenbewustzijn".

---

### **Topklinische ziekenhuizen**

Een topklinisch ziekenhuis dient hooggespecialiseerde zorg te verlenen. Zij moeten ook onderwijs en opleidingsmogelijkheden bieden en in samenwerking met universitair medische centra wetenschappelijk onderzoek toepassen in de praktijk. De ziekenhuizen werken samen vanuit de vereniging Samenwerkende Topklinische opleidingsziekenhuizen. (Zorgvisie – Nico van Wijk)

---

### **Britse patiënten kijken EPD niet in**

11 februari 2011

Slechts 60 patiënten per maand kijken in Groot-Brittannië hun EPD in. De laatste cijfers laten zien dat bijna niemand interesse heeft in de medische gegevens in het EPD. Dat meldt ehealthinsider. Het zogenaamde HealthSpace werd in 2007 gelanceerd door de Labour-regering. In meer dan drie jaar hebben echter slechts 3000 patiënten hun dossier ingezien, zo maakte het Britse ministerie voor Volksgezondheid bekend.

---

### **Systeem**

Het systeem, waarmee artsen en patiënten medische gegevens kunnen inzien, is tot nu toe erg beperkt. Het registratiesysteem zou bovendien te ingewikkeld zijn. Patiënten moeten lijfelijk aanwezig zijn om de registratie te completeren en hebben een login-kaart nodig om het EPD te kunnen gebruiken. De nieuwste aanpassing van HealthSpace wordt een online registratiemogelijkheid en een authenticatieservice. (ICTzorg – ICTzorg / Twitter)

---

### **Brits e-healthproject leidt tot 86 procent minder ziekenhuisbezoeken**

10 februari 2011

Een e-healthproject heeft in Groot-Brittannië geleid tot een daling van het aantal ziekenhuisbezoeken van 86 procent. Dit meldt e-healthinsider. De proef vond plaats in Birmingham. 75 patiënten kregen thuis een monitor. De uitslagen werden doorgestuurd naar een callcenter waar patiënten terecht kunnen met problemen. De patiënten zouden normaliter gezamenlijk 1353 dagen in het ziekenhuis doorbrengen. Na het gebruik van de monitors was dit 291 dagen. Dit levert het ziekenhuis

---

276.000 pond op, ondanks de investering van 1000 pond per apparaat. Tien procent van de gebruikers gaf de apparaten terug, omdat ze er niet mee om konden gaan of omdat ze ze te opdringerig vonden. (ICTzorg – ICTzorg / Twitter)

---

## **IGZ: kwaliteit gaat voor keuzevrijheid**

11 februari 2011

Als het streven naar hogere kwaliteit van ziekenhuiszorg botst met het belang van keuzevrijheid, dan prevaleert kwaliteit als het gaat om operaties waarbij patiënten hoge risico's lopen. Dat verklaart hoofdinspecteur Wim Schellekens van de Inspectie voor de Gezondheidszorg tegenover Zorgvisie.

De Nederlandse Vereniging van Heelkunde (Nvvh) heeft eind januari kwaliteitsvoorwaarden en volumennormen opgesteld voor hoogcomplexere ziekenhuiszorg. Zo moeten ziekenhuizen minimaal vijftig borstkankeroperaties en twintig longkankeroperaties doen om te voldoen aan de volumennormen. Het gaat om operaties waarbij patiënten veel risico lopen. Hoe meer verrichtingen chirurgen en een behandelteam doen, hoe meer ervaring en routine ze opbouwen en hoe minder risico patiënten lopen.

### **Normen**

De IGZ juicht het initiatief van de chirurgen toe en roept andere medisch specialisten op hetzelfde te doen. Ziekenhuizen krijgen een jaar de tijd om te voldoen aan de nieuwe normen. Ze moeten zelf nagaan welke behandelingen ze verantwoord kunnen blijven uitvoeren. In 2012 gaat de IGZ zo nodig handhavend optreden. "Als ziekenhuizen niet voldoen aan de normen, moeten ze stoppen met be-

paalde vormen van zorg of intensiever samenwerken met andere ziekenhuizen", stelt Schellekens. "Ziekenhuizen moeten in regionale beleidsplannen afspreken hoe ze de hoogcomplexere zorg met elkaar gaan regelen in een regio. Concentratie en specialisatie zijn onvermijdelijk om te voldoen aan de kwaliteitsnormen die de wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten opstellen."

### **Keuzevrijheid**

Als ziekenhuizen stoppen met bepaalde verrichtingen, zal de keuzevrijheid van patiënten afnemen. Dat staat op gespannen voet met de Mededingingswet, waar de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) op toeziet. "Dan zegt de inspectie vanuit haar verantwoordelijkheid dat kwaliteit voor keuzevrijheid gaat", stelt Schellekens. "Voor ons telt puur het patiëntenbelang. De hoogcomplexere zorg moet je concentreren om het risico voor patiënten te verminderen. Maar ziekenhuizen mogen niet in het kielzog van afspraken over hoogcomplexere zorg ook de basiszorg verdelen. Bovendien is het belangrijk dat de zorgverzekeraar de afspraken regisseert."

### **Specialisatieafspraken**

Ook NMa-voorman Pieter Kalbfeisch gaf onlangs het groene licht voor specialisatieafspraken. Op een congres op 31 januari verklaarde hij dat ziekenhuizen dan wel moeten kunnen aantonen dat de kwaliteitsvoordelen van hun samenwerking opwegen tegen de nadelen van minder keuzevrijheid voor patiënten. (Zorgvisie – Bart Kiers)

### Privéklinieken hekelen budgettering

Privéklinieken hekelen de budgettering van de medische specialistische zorg. De handel in zorgquota's wijzen zij af. Zorgquota's maken de zorg duurder. Dat schrijft brancheorganisatie Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN) in een brief aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

“Door evenals de melkquota een systeem van zorgquota te introduceren is de kans groot dat de zorg duurder wordt in plaats van goedkoper. Een kliniek die een zorgquotum koopt, moet de aankoopkosten in zijn verkoopprijs verwerken. Die gaat dus omhoog en het is maar afwachten of de verkopende partij de opbrengst ten gunste brengt van zijn verkoopprijzen,” aldus de ZKN.

### Businessplannen onderuit

De ZKN heeft eerder al laten weten bang te zijn dat de budgettering bestaande businessplannen van klinieken onderuit haalt. De sector is de afgelopen jaren met tientallen procenten gegroeid. “Elk jaar komen er dertig à veertig nieuwe klinieken bij. Zij en de financiers hebben recht op transparantie. De onrust onder de initiatiefnemers die op dit moment bezig zijn met de oprichting van een nieuwe kliniek, neemt duidelijk toe”, schrijft de ZKN.

### Nieuwe klinieken

Minister Klink heeft aangekondigd de honoraria van de vrij gevestigde specialisten te gaan budgetteren om grip te krijgen op de specialisteninkomens. Hij wil de budgettering per 1 januari 2011 doorvoeren. De NZa zal de minister binnenkort laten weten of dit haalbaar is. Een van de opties die de marktmeester onderzoekt om de omzetten van de ziekenhuizen en de klinieken nog enigszins flexibel te houden, is de handel in zorgquota.

### Normtijd

De brancheorganisatie stelt voor dat per specialisme opnieuw naar de normtijd wordt gekeken. Dat is volgens de klinieken een betere oplossing dan budgetteren. “Het werkelijke aantal minuten per dbc is onbekend. Door in de ziekenhuizen en klinieken te onderzoeken wat per specialisme de omzet is ge-

weest gedurende een bepaalde periode en wat de aanwezigheid van de specialist was, kan er op specialismeniveau een factor bepaald worden waarmee de minuten per dbc gecorrigeerd moeten worden. (...) Het voordeel is dat er een relatie blijft bestaan tussen het tarief en de inspanning, ofwel het loon-naar-werkenprincipe blijft gehandhaafd.” (Zorgvisie – Eric Bassant)

---

### Inspectie plaatst OK's Winterswijk onder toezicht

11 februari 2011

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft de operatiekamers (OK) van het Streekziekenhuis Koningin Beatrix in Winterswijk onder verscherpt toezicht gesteld. De veiligheid van patiënten was onvoldoende gegarandeerd doordat niet werd voldaan aan veiligheidsnormen en richtlijnen.

Inmiddels heeft de raad van bestuur al verbeteringen doorgevoerd om de veiligheid voor de patiëntenzorg te kunnen garanderen, zoals de 'time out'-procedure, dubbelcheck van medicatie en beleid rond het gebruik van propofol. Door deze maatregelen voldoet de patiëntenzorg nu aan de noodzakelijke veiligheidsvoorwaarden. Daarom heeft de IGZ het uitvoeren van operaties niet hoeven stop te zetten.

### Tekortkomingen

Tijdens een onaangekondigd bezoek aan het operatiekamercomplex van het ziekenhuis constateerde de inspectie ernstige tekortkomingen. De inspectie observeerde tijdens het inspectiebezoek een aantal operaties en inspecteerde de operatiekamers, de voorbereidende ruimte (holding), de uitslaapkamer en controleerde patiëntendossiers en protocollen. Daarbij viel op dat veiligheidschecks ontbraken of niet volledig werden uitgevoerd en het anesthesie-geneesmiddel propofol werd niet volgens de veiligheidsvoorschriften gebruikt. Daarnaast voldeed de overdracht van patiënten van holding naar OK, van OK naar uitslaapkamer en van uitslaapkamer naar de verpleegafdeling niet aan de veiligheidseisen. Tot slot hield het personeel op de OK's zich niet aan de richtlijnen om infecties bij patiënten te voorkomen.

Zo ontbrak het op de OK aan discipline, bijvoorbeeld op het gebied van kledingvoorschriften. Ook was het aantal deurbewegingen tijdens operaties onnodig groot. Er ontbrak een cultuur om elkaar hierop aan te spreken.

### **Verscherpt toezicht**

De inspectie heeft besloten het operatief proces van dit ziekenhuis onder verscherpt toezicht te stellen. Reden daarvoor is dat de raad van bestuur, inclusief het medisch stafbestuur, haar verantwoordelijkheid voor dit risicovolle zorgproces tot voor kort onvoldoende had genomen. De raad van bestuur en het medisch stafbestuur van het ziekenhuis herkennen en erkennen de constatering van de inspectie. Het bestuur heeft inmiddels een plan van aanpak opgesteld om voor 1 maart aan alle normen te voldoen. Deze afspraken ook met alle OK-artsen en medewerkers doorgesproken. (Zorgvisie – Mark van Dorresteyn | Twitter)

---

### **Nederlandse huisartsen lopen voor in ICT-gebruik**

25 februari 2011

Nederland is een van de voorlopers in het gebruik van ICT door huisartsen. Dit blijkt uit het Nederlandse landenrapport dat in het kader van het programma eHealth Strategies van de Europese Unie is gepubliceerd. De Europese Unie wil zo bekijken hoever lidstaten zijn met het gebruik van eHealth en EPD's. Het rapport over Nederland werd goedgekeurd door Nictiz en VWS.

99 procent van de huisartsen gebruikt een computer tijdens consulten en 97 procent van de huisartsenpraktijken heeft een internetverbinding. Ook elektronisch recepten voorschrijven vindt veelvuldig plaats.

### **Verbeteringen**

Ondanks de behaalde resultaten blijven er volgens het rapport mogelijkheden om verder vooruit te gaan met eHealth in Nederland. Zo is het uitstel van eNik, de elektronische ID-kaart voor het nationale EPD, een tegenvaller. Overhaupt is toegang tot het EPD door patiënten een probleem, omdat uitblij-

vende wetgeving de implementatie tegenhoudt. Ook de kwestie van standaarden blijft problematisch. Nederland zou verder komen als wetgeving het gebruik van standaarden verplicht maakt. Volgens het rapport stijgt de vraag naar een volledige implementatie van een eHealth-applicatie, omdat dit de zorg betaalbaar en bereikbaar zou houden.

### **Uitdagingen**

Een uitdaging voor de toekomst is het in een lijn brengen van de nationale, regionale en lokale eHealth-initiatieven. Het wiel moet niet opnieuw uitgevonden worden. Een andere uitdaging is om de onduidelijkheid over veiligheid en verantwoordelijkheid bij eHealth en telegeneeskunde weg te nemen. En wat in heel Europa moet worden ingevoerd, zijn EPD's waarin alle patiënten zijn opgenomen.

Alle landenrapporten zijn te lezen op [ehealth-strategies.eu](http://ehealth-strategies.eu).

---

### **Neelie Kroes wil wereldwijd EPD**

28 februari 2011

Neelie Kroes heeft een akkoord getekend om uitwisseling van medische gegevens tussen de VS en de Europese Unie mogelijk te maken. Dit zou van groot belang zijn voor bedrijven die actief zijn of willen worden in de e-health sector, en ook voor de patiënten. Dat meldt [security.nl](http://security.nl).

“Nothing makes more of a difference to people's lives than good health,” aldus Kroes. Ook de Amerikaanse ministerie van Volksgezondheid, Kathleen Sebelius, ondertekende het akkoord. (ICTzorg – ICTzorg / Twitter)

---

### **Schippers: Nog geen elektronische inzage EPD**

25 februari 2011

Patiënten kunnen nog niet elektronisch hun eigen EPD inkijken. Dat schrijft minister Schippers in een nieuwe Kamerbrief over de ontwikkelingen van het EPD.

Het is de bedoeling dat patiënten via de landelijke infrastructuur hun gegevens kunnen opvragen die decentraal bij de zorgverlener in het systeem aan-

wezig zijn. Maar over het gsm- en sms-verkeer, waarvan het toegangsmiddel EPD-DigiD primair afhankelijk is, en over de elektronische Nederlandse Identiteit Kaart (e-nik) bestaat nog onduidelijkheid, schrijft Schippers. “Om die redenen bekijk ik op dit moment hoe de elektronische toegang van de patiënt tot zijn gegevens het beste kan worden ingevuld. Daarbij zullen zorgvuldigheid en veiligheid voorop staan. Ik ben van mening dat het van het grootste belang is dat de toegang door de patiënt maximaal beveiligd is. Eerst moeten garanties kunnen worden gegeven dat er een adequaat toegangsmiddel voorhanden is dat voldoet aan de hoge normen die het CBP aan de landelijke infrastructuur stelt, voordat de patiënt elektronisch toegang kan krijgen tot zijn gegevens.”

#### Toegang

Verder schrijft Schippers in de Kamerbrief dat het vanaf mei van dit jaar voor burgers mogelijk zal zijn om bijvoorbeeld alleen de eigen huisarts, de huisartsenpost in de regio en de eigen apotheek toegang te geven tot de gegevens indien dat noodzakelijk is. Deze functionaliteit wordt aangeboden via de website van het EPD-kantoorloket. Naast de digitale functionaliteit met gebruik van DigiD zal ook in een papieren mogelijkheid worden voorzien.

#### Sms en e-mail

Schippers heeft besloten om mensen per e-mail of sms te inzicht te geven in het overzicht van zorgverleners die zijn of haar medische gegevens hebben opgevraagd en welke zorgverleners gegevens van hem of haar hebben aangemeld. Zo kunnen mensen automatisch en direct op de hoogte worden gesteld van elke raadpleging van hun gegevens. Bijbehorend zal het kantoorloket EPD zo worden toegerust dat goed ingespeeld kan worden op eventuele vragen of signaleringen. De e-mail-notificatie zal naar verwachting in het vierde kwartaal 2011 klaar zijn. Voor sms-notificatie is dit in verband met de bijkomende hogere kosten nog niet duidelijk.

#### Communicatie

Op dit moment wordt gewerkt aan een communica-

tie-strategie voor het landelijk EPD. Het plan bevat een communicatiestrategie en de organisatie van regionale bijeenkomsten waarin de betrokken koepels en Nictiz gezamenlijk de achterban informeren. De koepels worden toegerust om eventuele knelpunten die zorgprofessionals in de praktijk ervaren te signaleren en met voorstellen voor oplossingen te komen. Ook is een taskforce opgericht met de regionale samenwerkingsverbanden om tot de gewenste stroomlijning tussen de landelijke en regionale communicatie te komen. Hierbij wordt specifiek gekeken naar de genoemde ‘persoonlijke EPD-brief’. (ICTzorg – ICTzorg / Twitter)  
ICTzorg magazine

#### Nederlandse ziekenhuizen actiefst met sociale media

10 januari 2011

Meer dan de helft van de Nederlandse ziekenhuizen is te vinden op LinkedIn. Daarmee zijn de Nederlandse ziekenhuizen het actiefst bezig met sociale media. Dat blijkt uit onderzoek van Lucien Engelen van Radboud REshape & Innovation Center. Het aantal Twitteraccounts van Nederlandse ziekenhuizen is de afgelopen anderhalf jaar gestegen van 4 naar 29. Het aantal accounts op Youtube, Hyves en RSS-feeds zijn in anderhalf jaar tijd verdubbeld. Ter vergelijking: in België zijn 22 ziekenhuizen te vinden op LinkedIn en Facebook. Een van de 91 Belgische ziekenhuizen heeft een Twitteraccount. Groot-Brittannië zit Nederland op de hielen met 21,3 procent die een Twitteraccount heeft en 40 procent met een LinkedIn-account.

Social media gebruik van ziekenhuizen in Nederland. Cijfers De cijfers van alle Europese ziekenhuizen zijn te bekijken op [hospitalseu.wordpress.com](http://hospitalseu.wordpress.com). (ICTzorg – ICTzorg / Twitter)

#### St Antoniusziekenhuis stelt iPads voor patiënten beschikbaar

11 januari 2011

In het St. Antonius Ziekenhuis krijgen patiënten van de verpleegafdeling hematologie/oncologie een iPad ter beschikking. Dat meldt [destadutrecht.nl](http://destadutrecht.nl).

Het gaat om acht tablets die bedoeld zijn voor patiënten die na een stamceltransplantatie of zware chemotherapie een aantal weken geïsoleerd verpleegd moeten worden. WiFi Patiënten krijgen op de iPad toegang tot films, e-books, games en muziek. Op de verpleegafdeling is tevens een beschermd wifi-netwerk aanwezig. Het gaat om een proef die wordt gesponsord door de stichting Vrienden van Antonius. (ICTzorg – ICTzorg / Twitter)

---

### **Technologie eHealth vaak te ingewikkeld**

18 januari 2011

eHealth is, ondanks de grote potentie die het heeft, tot op heden niet op grote schaal doorgebroken. eHealth-onderzoekster Nicol Nijland, werkzaam bij de Universiteit Twente en het zorginnovatiebedrijf Medicinfo, onderzocht waarom veel toepassingen onvoldoende van de grond komen en ontwikkelde een onderzoeks- en ontwerprichtlijn voor betere en snellere verankering van eHealth-toepassingen. Nijland promoveert op vrijdag 21 januari aan de Faculteit Gedragwetenschappen op haar onderzoek. Uit haar onderzoek komt naar voren dat bij veel toepassingen de menselijke maat ontbreekt. “Er wordt vaak te veel vanuit de technologie geredeneerd, waardoor artsen en patiënten niet overweg kunnen of willen met technologie. Het ontwikkelen van hoogwaardige technologie alleen is niet voldoende; je moet zowel rekening houden met de mensen die de technologie moeten gebruiken als met de omgeving waarin de eHealth-toepassing moet functioneren. Het is daarom van belang om bij de ontwikkeling van eHealth-toepassingen de hele zorgketen te betrekken. Dan heb je het onder meer over artsen, patiënten, ontwikkelaars, zorgverzekeraars, onderzoekers en de overheid.”

#### **eHealthwiki**

Om ontwikkelaars van nieuwe eHealth-toepassingen te helpen, ontwikkelde Nijland in samenwerking met het IBR-Center voor eHealth Research een adviesrichtlijn voor het ontwikkelen, evalueren en toepassen van eHealth-technologieën die werken, helpen en duurzaam zijn. Ze vergelijkt de adviesrichtlijn met een kookboek. “Ze bevatten alle ingre-

diënten die nodig zijn om succesvol eHealth-toepassingen te ontwikkelen.” De adviesrichtlijn bestaat uit verschillende methoden en instrumenten en is beschikbaar via [www.ehealthwiki.org](http://www.ehealthwiki.org).

#### **Toekomst**

Ondanks de opstartproblemen is Nijland optimistisch over de toekomst van eHealth. “Ik heb het idee dat eHealth nu echt in een stroomversnelling komt. Ik ben onder de indruk van de technologische mogelijkheden. Er wordt in Nederland hard gewerkt aan zorginnovatie. Voorbeelden van veelbelovende eHealth-toepassingen zijn digitale communicatieplatformen zoals het platform voor preventie van resistente infecties zoals MRSA en social-media-toepassingen zoals het Tweetspreekuur. Ik hoop dat ‘eHealthwiki.org’ kan helpen bij de verdere opmars van dergelijke innovatieve eHealth-toepassingen.” (ICTzorg – ICTzorg / Twitter)

---

### **EPD maakt zorg niet beter en effectiever**

19 januari 2011

Britse onderzoekers hebben nauwelijks bewijs kunnen vinden dat digitale innovaties zoals het EPD de zorg beter en efficiënter maken. Uit 53 publicaties die zij doorspitten bleek dat er alleen zeer zwak bewijs is dat zulke innovaties een nuttig effect hebben, schrijft het Nederlands Dagblad. Ook concludeerden de onderzoekers dat het invoeren van nieuwe technologieën niet zonder risico is. Zo kunnen artsen te veel vertrouwen op hun computersysteem.

#### **Bewijs**

De onderzoekers bekeken publicaties over het EPD, onderzoeken naar computerprogramma's die de arts helpen de juiste geneesmiddelen uit te kiezen en studies naar consulten en behandeling via internet. Bewijs dat de invoering van dit soort systemen geld bespaart, ontbrak. (ICTzorg – ICTzorg / Twitter)

---