



NEDERLANDSE VERENIGING VOOR  
DAGBEHANDELING EN KORT VERBLIJF



# KORTOM

'KORTOM' IS EEN UITGAVE VAN

D E N V D K

## Voorwoord

Het is weer Kortom-tijd! En dat vlak voor de zomer. De afgelopen tijd stond in het teken van wisselingen binnen het bestuur en stil staan bij een vervolg op het beleid voor de NVDK en haar leden.

Een van de aandachtspunten is dat we meer artsen als leden willen binnen halen in onze mooie vereniging. Het is heel belangrijk en goed dat we momenteel veel verpleegkundigen als lid hebben. Geen zorg zonder verpleegkundigen, dit is een open deur! Maar het evenwicht is een beetje zoek. Wat trekt artsen dan in de NVDK? Dagbehandeling en kortverblijf bestaan immers al vele jaren en heeft een forse groei doorgemaakt in de afgelopen twee decennia. In het begin was het nieuw en onwennig. Nu zijn wij, de professionals, en de patiënten er aan gewend. Echter de inhoud en vorm van de zorg verschuiven. Steeds meer zorg in dagbehandeling en kortverblijf, zwaardere patiënten in dagbehandeling en kortverblijf, andere zorg in dagbehandeling en kortverblijf. Maar er worden ook andere eisen gesteld aan patiënten en hun familie. Zij zullen zelf meer medeverantwoordelijkheid moeten nemen, zij moeten zelf meer mee opletten. Hiermee verandert er ook een en ander voor de thuis- en eerstelijnszorg. Als een patiënt een nabloeding heeft of ernstige pijn krijgt die niet reageert op medicatie, belt deze dan direct naar het ziekenhuis of toch naar de huisarts? Vragen over medicatie en wondverzorging: bij wie kan de patiënt terecht als deze drie uur na de operatie weer thuis is? Is dat voor uw patiënten duidelijk? Hoe heeft u dat voor uw patiënt en voor uw organisatie geregeld? Want de zorg gaat verder dan tot de voor- en achterdeur, ook voor dagbehandeling en kortverblijf.

Momenteel zijn de voorbereidingen voor het 17de NVDK congres in volle gang. De eerste aankondiging is de deur uit. "Ziekenhuis of ZBC? What's new?" zal de titel luiden. Tijdens dit congres worden onder meer artsen, medisch specialisten en paramedische professionals in het spotlight gezet om



*André Wolff, voorzitter*

hun eigen verhaal te vertellen over hun ervaringen in ZBC's of particuliere instellingen. Wat is daar anders, wat trekt hen? Wat betekent dat voor de patiënt en voor dagbehandeling en kortverblijf? Maar ook willen wij weten hoe het gesteld is met de patiëntveiligheid. Wat is er zo anders aan een ZBC of dagbehandeling als het over veiligheid gaat? Gebruiken we daar kortere of andere procedures? Zijn daar andere risico's of zijn de verschillen toch niet zo groot? En last but not least, wat zijn nieuwe ontwikkelingen in dagbehandeling en kortverblijf? Deze thema's zijn voor veel van ons interessant en we hopen daar artsen nog meer mee aan te spreken. We hopen dat u allen in groten getale zult komen op 14 november. Noteer het vast in uw agenda. Zegt het voort!

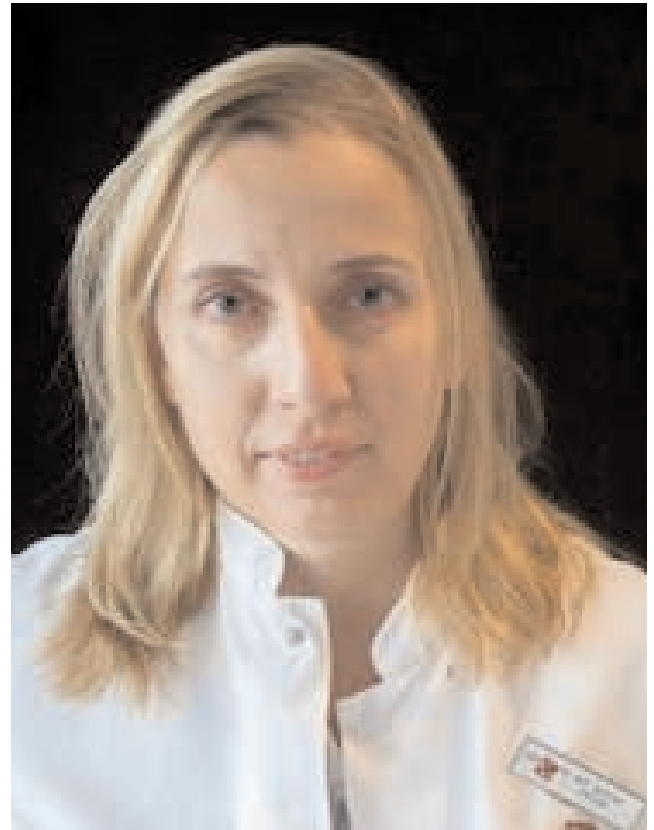
Dr André Wolff, anesthesioloog en voorzitter

## NVDK Marlies P. Schijven, MD, PhD, MHSc, surgeon De vicevoorzitter van de NVDK over reflux operaties, Simulation and Serious Gaming

*“Het is noodzakelijk om te leren van de fouten van anderen. Je leeft meestal niet lang genoeg om ze allemaal zelf te maken.” Dit is een stelling van Marlies Schijven die zij dagelijks in praktijk brengt zowel in de algemene chirurgie als in haar specialiteiten: anti-reflux- en achalasiëchirurgie en het ontwerpen van multidisciplinaire simulaties voor laparoscopische operaties en spelprogramma's voor het oefenen van operaties op een tablet. Haar specialiteiten zijn van grote waarde voor de NVDK. Zo heeft zij onlangs een LinkedIn account voor de vereniging opgezet, een professioneel netwerk waarop de NVDK-leden onderling en met het bestuur contact kunnen onderhouden en informatie uitwisselen*

### **Ans Ankoné**

Marlies Schijven is druk. Net terug van een bezoek aan München benut zij in haar kantoortje in het AMC elke minuut om haar E-mails te beantwoorden. Maar dat is niets vergeleken met de omvang van haar dagelijkse bezigheden, haar bestuurlijke activiteiten als voorzitter van de Dutch Society for Simulation in Healthcare (DSSH), de grootste vereniging in haar soort in Europa, haar lidmaatschap van tal van chirurgische verenigingen en haar activiteit als accreditatie reviewer van de Amerikaanse Society for Simulation in Healthcare. Zij is bovendien auteur van een lange lijst van wetenschappelijke publicaties in hoog geïndiceerde tijdschriften en een gerenommeerd wetenschapper en internationaal (co)promotor van promovendi op het gebied van Simulation en Serious Gaming. Marlies Schijven is gehuwd met een architect en heeft een hond, een Cairn Terrier, die haar vanaf een boekenplank vrolijk aankijkt.



Marlies Schijven

### **Opzet Mobiliteitsteam in het AMC**

Schijven is cum laude afgestudeerd in gezondheidswetenschap; studeerde daarna geneeskunde en – binnengehaald door Ivo Broeders, hoogleraar Robotica en Niet-invasieve interventie – promoveerde zij op het gebied van virtual reality trainingen in de laparoscopie. Na haar specialisatie tot chirurg startte zij in het UMCU en participeerde in een multidisciplinaire groep van specialisten die zich bezig hield met gastro-intestinale afwijkingen. Ook was zij daar actief als hoofd klinisch vaardigheidsonderwijs. Toen het UMCU dit gebied echter niet langer als speerpunt koos, verlegde zij haar bakens naar het Amsterdamse. Marlies ging naar het AMC en zette daar samen met dr André Smout, hoogleraar Maag-, Darm- en Leverziekten, het MOT-CHIR spreekuur op. Dit is een multidisciplinair spreekuur voor mensen met motiliteitsstoornissen van slokdarm en

maag, waarvoor soms een operatie geïndiceerd is. Het MOT-CHIR motiliteitsteam richt zich vooral op vraagstellingen rondom antirefluxoperatie. Dit is een operatie om de terugstroom van voedsel en maagzuur vanuit de maag in de slokdarm te verhelpen wanneer leefregels en medicijnen falen. Deze laparoscopische antirefluxoperatie, de Toupet Fundoplicatie, waarbij het bovenste deel van de maag rond het onderste deel van de slokdarm wordt gedrapeerd, is een van Schijvens specifieke aandachtsgebieden.

### Perfectie nastreven op MDL-gebied

“Bij de Toupet-Fundoplicatie is elders doorgaans opname geboden, maar in het AMC leent deze techniek zich in bepaalde gevallen ook voor dagbehandelingchirurgie. Daarnaast behandelen wij hier veel patiënten met achalasia. Dit is een zeldzame ziekte van de slokdarm, waarbij de normale peristaltiek van de slokdarm verloren is gegaan. Hiervoor kan een operatie, een Hellerse myotomie, een goede behandelingsoptie zijn. Meestal worden deze patiënten hierna wel een dag opgenomen. Wij hebben een eigen poli en ik heb een website gemaakt – <http://www.refluxziekte.nl/> met voorlichting over de chirurgische procedures waarmee ik me bezig houd. Maar ik doe ook de gebruikelijke chirurgische ingrepen in dagbehandeling zoals de galblaaschirurgie, en andere chirurgische ingrepen. De druk op de kliniek in het AMC is hoog, zodat operaties die zich daarvoor lenen steeds meer in dagbehandeling wordt gedaan.

“Wekelijks krijg ik 4 à 5 nieuwe patiënten voor de antirefluxoperaties aangeboden, plus de controlepatiënten. Bij ongeveer de helft van deze patiënten is een operatie uiteindelijk een goede keuze. Sommige patiënten die komen zijn ergens anders geopereerd maar nog niet klachtvrij, en anderen komen voor een second opinion. Anders dan bij patiënten met bijvoorbeeld een maligne tumor, hebben wij bij deze categorie patiënten vaak de keuze tussen een medicamenteuze behandeling, een endoluminale

behandeling door de MDL artsen en een operatie door de chirurg. Dit vereist expertise, en de selectie wat voor welke patiënt nu de beste behandeling is, gebeurt dan ook multidisciplinair: door MDL-artsen samen met chirurgen, specialisten in nucleaire geneeskunde en in beeldvorming en deskundigen van het Mobiliteitslaboratorium. Het is een team van deskundigen die een optimale behandelingsstrategie nastreeft in alle facetten van dit gebied: in de opleiding, de patiëntenzorg en de wetenschap.”

### Simulatie en Serious Gaming

Wie chirurgen een ingreep ziet doen met een laparoscopie verbaast zich over de handigheid waarmee zij hun instrumenten manoeuvreren in een niet-natuurlijke situatie: hun ogen kijken niet naar wat hun handen doen, maar naar het resultaat ervan op een beeldscherm (zie ook artikel Dagbehandeling in het AMC). Bovendien is een beweging naar rechts met de laparoscopie een beweging naar links in de buik. Deze niet-invasieve techniek vergt dus ervaring, maar waar en op wie wordt die ervaring opgebouwd zonder dat er brokken vallen? De oplossing is gezocht naar het voorbeeld van de luchtvaart waar met simulatoren wordt getraind om moeilijke en onverwachte omstandigheden het hoofd te leren bieden. Alles voor de vliegveiligheid.

Marlies Schijven is al vanaf het begin van haar opleiding geïnteresseerd in training en innovatie in onderwijs, wat zij als Hoofd klinisch vaardigheidsonderwijs in het UMCU in praktijk heeft geconcretiseerd en verbreed. Het was in de tijd van het NIVEL-EMGO onderzoek waarbij was geconstateerd dat 1735 patiënten in 2004 door vermijdbare fouten waren overleden. Tijdens een interview over fouten in de operatiekamer zei zij: “De meeste fouten zijn niet technisch van aard, maar zitten in de communicatie” en “Dat artsen elkaars fouten toedekken is een generatieprobleem.”

Zij heeft naar eigentijdse oplossingen gezocht en acht jaar geleden gevonden in Simulatie en Serious

Gaming waarbij laparoscopische vaardigheid met oog-handcoördinatie op een simulator worden geoefend voordat de assistent in opleiding een patiënt mag opereren. Schijven is projectleider van het Serious Gaming-project in het AMC. Als voorzitter van de DSSH organiseert zij (inter)nationale congressen, zoals ook het lustrumcongres dat op 20 maart 2013 in het AMC zal worden gehouden.

“Het oefenen op de simulator Simendo (SIMulator for ENDOScopy) en afronding met het Simendo-diploma is in het AMC nu verplicht voordat een chirurg de OK in mag gaan. De beoordeling in de Simendo – de resultaten worden rechtstreeks naar Schijvens mailbox gestuurd- is gebaseerd op het gemiddelde van een groot aantal expertchirurgen zodat je er op kunt vertrouwen dat een geslaagde arts-assistent even ‘psychomotor vaardig’ is als een gemiddelde chirurg.” Als het aan Schijven ligt, moeten de artsen jaarlijks, net als in de luchtvaart, zelfs een herexamen doen.

### **Waarom de NVDK?**

Het lijkt geen twijfel dat Marlies Schijven als vicevoorzitter samen met voorzitter André Wolff een innovatief en inspirerend bestuursduo voor de NVDK vormt. Haar aantreden in de NVDK is mede te danken aan voormalig NVDK-bestuurslid anesthesioloog dr. Jan Eshuis, die haar kwaliteiten in het AMC van dichtbij zag en ziet en haar daarom voor de NVDK heeft weten te enthousiasmeren.

Schijven weet uit ervaring hoe belangrijk een innovatieve digitale omgeving is voor een vereniging.

“Daarom heb ik een LinkedIn-account voor de NVDK opgezet waarmee bestuur en de leden en de leden onderling ervaringen en informatie kunnen uitwisselen. Een andere activiteit waarvoor wij ons willen inzetten is samenwerking zoeken met de zelfstandige behandelcentra (ZBC). Daar vindt immers ook veel verzekerde zorg in dagbehandeling plaats door specialisten en verpleegkundigen die ook in de ziekenhuizen werken. Het ligt dus voor de hand dat wij inhoudelijk samenwerken. Momenteel missen chirurgen en andere specialisten niet veel als zij niet naar een NVDK-congres gaan omdat zij hun accreditatie ook in hun eigen beroepsverenigingen kunnen verdienen, hoewel dat niet specifiek voor dagbehandeling is. Dat moet anders, want dagbehandelingchirurgie is bij uitstek een omgeving waar innovatie heel goed tot haar recht komt. Immers, alles rondom de patiënt moet optimaal op elkaar aansluiten zodat de patiënt goed geopereerd, veilig en tevreden dezelfde dag nog naar huis kan. Met steeds meer ingrepen die, juist door deze optimalisatie, in dagbehandeling kunnen plaatsvinden, en de financiële prikkel om dat ook te doen vanuit ziekenhuizen, is het voor medisch specialisten vitaal om te weten wat er gebeurt in de dagbehandelingszorg. Samenwerking met de specialisten en zorgmedewerkers vanuit de ZBC's is essentieel, en hier gaat de NVDK dan ook sterk op inzetten. Onder meer door actief te gaan werven voor het komende NVDK-congres; door onderlinge samenwerking te bevorderen en ook te ondersteunen door interessante onderwerpen op onze NVDK-congressen te brengen. En deelname daaraan te accrediteren. Daar wil ik mij wel voor inzetten.”

# Dagbehandeling in het AMC

## Waar state of the art wordt behandeld

*Dagbehandeling in een universitair ziekenhuis als het AMC is een complexe bezigheid vanwege de combinatie opleiding, specialisaties en een divers patiëntenaanbod. Met een geroutineerde regelmaat worden de patiënten tussen half acht 's ochtends en acht uur 's avonds binnengereiden, geholpen en ontslagen; kinderen vanaf een half jaar tot grijsaards, gevangenen en topsporters. Het is een genoeg de operatieteams bezig te zien*

### **Ans Ankoné**

Natuurlijk wordt er ook in het AMC meer in dagbehandeling gedaan dan alleen chirurgische ingrepen. Het bezoek vindt echter op een vrijdagmiddag plaats, als er vooral chirurgie wordt gedaan. In het Dagcentrum van het AMC worden jaarlijks 9000 ingrepen in 7000 zittingen gedaan. De grootste gebruiker is de oogchirurgie met 1200 tot 1400 zittingen, de orthopedie telt een kleine 1000 zittingen en de algemene chirurgie 870. Anesthesioloog Dr Jan Eshuis, voormalig lid van het NVDK-bestuur, nu lid van het IAAS-bestuur: "Tegenwoordig doen wij iets minder in dagbehandeling sinds onze affiliatiepartner het Flevoziekenhuis in Almere een aantal ingrepen heeft overgenomen omdat het AMC uit budgettaire overwegingen slechts een bepaald aantal verrichtingen mag doen. Dat impliceert dat wij nu meer zwaardere en grotere ingrepen doen en daarmee aan de grenzen van de dagbehandeling knabbelen. Dat is interessant, ook voor wetenschappelijk onderzoek."

Kitty Rijk, verpleegkundige, leidt rond. Zij is de verantwoordelijke verpleegkundige van de dag. Het

dagcentrum is in een vierkant gebouwd met de OK's in het midden.

"Wij hebben 36 bedden en 6 OK's. Voor elk OK-programma is één verpleegkundige verantwoordelijk. Wij hebben een vroege, een late en een tussendienst en werken vanaf half acht 's ochtends tot acht uur 's avonds. Wij doen hier naast de gewone ingrepen enkele meer specialistische ingrepen zoals pijnbestrijding in de pijnpoli, wekelijks twee dagen elektroconvulsie therapie vooral bij medicatieresistente psychiatrisch depressieve patiënten en elektrocardioversie onder een roesje bij patiënten met boezemfibrillatie. Eén van de uitgebreidere operatie is de laparoscopische cholecystectomie. Die ingreep duurt ongeveer anderhalf, soms twee uren en wordt daarom 's ochtends vroeg gepland om de patiënt voldoende verkoevertijd te gunnen. Het zetten van een maagbandje volgens de Nissen Fundoplicatie, een anti-refluxoperatie, is eveneens een ingrijpende operatie waarbij patiënten vanwege de napijn soms een nacht moeten worden opgenomen. Het verrichten van een voorste kniebandplastiek is een grotere knieoperatie die in algemene ziekenhuizen vaak meer tijd en een opname vergen, maar hier door de ervaring met een groot patiëntenaanbod, in het bijzonder bekende voetballers, in dagbehandeling kan worden gedaan.



*Dagbehandeling AMC*

“Het AMC is eveneens gespecialiseerd in dagbehandeling voor kinderen. MRI's worden bij kinderen onder narcose gedaan, omdat zij doorgaans niet een half uur kunnen stilliggen. Ook cystoscopie waarbij vanwege de nauwe urinewegen bij kinderen de scoop via een incisie moet worden ingebracht, geschiedt onder een roesje, evenals het laseren van wijnvlekken en andere naevus en het inbrengen van buisjes in de oren.

“De maandagen en dinsdagen zijn met dagelijks 36 of meer patiënten het drukst. De bedden op de vier uitslaapzalen zijn dan vaak meerder keren bezet. Boven alle verkoeverbedden hangt een – gratis – Tv. Staaroperaties zijn een dagelijkse bezigheid. Al om half acht staan twee patiënten ingepland: zodat de als tweede ingeplande patiënt direct aan de beurt is als de eerste door, bij voorbeeld het verkeer, te laat is. Afhankelijk van de patiënt – bijvoorbeeld omdat de patiënt door een taalbarrière de uitleg niet begrijpt en daardoor onrustig is – geschieden deze soms onder volledige anesthesie; meestal echter onder plaatselijke anesthesie. Er is vanwege de efficiëntie een speciale einde-middag-uitslaapkamer voor de laatste patiënten van de dag. Wij beschikken verder over twee kleine eenpersoonskamers waarin gedetineerden, VIP's of onrustige patiënten kunnen uitslapen.”

### **Surpass checklist**

Alles is ingericht op goede coördinatie en veiligheid.

Jan Eshuis: “Met de Surpass checklist wordt het hele operatieve proces, vanaf het preoperatieve traject tot en met de nazorg, op de afdeling, de OK en postoperatief door operateur, anesthesioloog en verpleegkundige bewaakt met specifieke checks op dwingende stopmomenten en benoeming van verantwoordelijkheden. Zonder hun goedkeuring gaat de operatie niet door. “

Met deze zelf ontwikkelde checklisten heeft het AMC vorig jaar de IGZ ZorgVeiligPrijs gewonnen. De veiligheid rond de operaties is hierdoor sterk verhoogd.

“Bij binnenkomst worden zaken gecheckt als: is dit de juiste patiënt en de juiste interventie, de verpleegkundige anamnese, de actuele toestand van de patiënt in verband met de anesthesiologie, zijn gebitsprothesen, piercing etc., verwijderd, zijn de armbandjes voorzien van patiëntgerichte barcodes aan beide armen aangebracht (mocht één armbandje voor de operatie moeten worden verwijderd). Dit wordt in het Elektronisch Patiënten Dossier ingevoerd”, aldus Kitty. “De intakegesprekken worden gehouden in aanwezigheid van de begeleider van de patiënt, waarbij nogmaals uitvoerig naar patiëntgegevens, nuchterheid, allergieën etc. wordt gevraagd en het plan van de dag wordt besproken. Na de ingreep wordt de patiënt alleen ontslagen als alle twaalf vragen van het ontslagprotocol waaronder het infuusbeleid, pijnmedicatie, eventuele extra medicijnen en oxygenatie naar behoren zijn afgehandeld en door chirurg en anesthesioloog met hun persoonlijke wachtwoord zijn ondertekend. Op het ‘Schipholbord’, een computerprogramma voor de planning, kan nauwgezet de routing van de patiënt worden gevolgd.

Jan Eshuis: “Ondanks de wat zwaardere ingrepen hebben wij hierdoor relatief weinig complicaties en niet meer dan 2 en 2.5% ongeplande opnames, bij voorbeeld na een conversie naar een open cholecystectomie bij een geplande laparoscopische benadering.”

### **De sfeer in de OK**

Keurig gestript van juwelen, worden mij OK-kleding en klompen aangereikt.



*De patiënt wordt overgeschoven*

Jan Eshuis neemt mij mee van OK naar OK. Wat meteen opvalt, is het grote aantal artsen en verpleegkundigen dat daar aanwezig is, vooral bij de knieoperaties. Meteen als de patiënt binnenkomt, komt iedereen in beweging. Als op een pitstop bij de autoraces, verricht iedereen ervaren en snel zijn aandeel in de voorbereiding van de operatie. Het grote aantal hangt uiteraard samen met de opleidingsfunctie van het AMC. De patiënt wordt geroutineerd van het bed overgeheveld naar de OK-tafel, de OK-lakens worden geordend, eventueel een kussen onder het hoofd van de patiënt geschoven, de oxymeter op een vinger geklemd, zodanig gecoördineerd dat iedereen op het zelfde tijdstip klaar is en de patiënt klaar is voor de anesthesie. Eerst vraagt de anesthesioloog: “Hoe heet u en waarvoor bent u hier?” Alle antwoorden van de patiënt moeten kloppen voordat de anesthesioloog begint met de anesthesie. Opvallend is hoe aardig patiënt na patiënt wordt ingelicht over wat er gaat gebeuren. “Rustig ademen, nog een beetje dieper inademen, bedenkt u vast waarover u wilt dromen, als u wakker wordt, is alles achter de rug en u slaapt vannacht lekker in uw eigen bed.”

De volledige anesthesie geschiedt meestal intraveneus, de patiënt wordt op de kap beademd, soms gevolgd door intubatie, maar meestal met een larynxmasker.

Eshuis legt een co-assistent uit hoe de hoeveelheid anestheticum wordt berekend, namelijk onder andere op basis van het gewicht van de patiënt. Bij de beademing wijst hij op de compliance: het luchtvolume per drukeenheid dat de longen van de patiënt kunnen absorberen, wat afhangt van patiëntgebonden omstandigheden als ouderdom en pulmonaire factoren als emfyseem.



*Een laparoscopische meniscusoperatie*

In korte tijd verricht een jonge orthopedisch chirurg drie artroscopieën. Als de narcose ingetreden is, wordt de steun onder het onderbeen van de patiënt weggeklapt en wordt het been van knie tot enkel geïsoleerd. Daarna brengt de operateur via twee incisies in de knie de artroscoop en de knip- en schraapinstrumenten in. Het is fascinerend om te zien hoe handig de orthopedisch chirurg via de scoop op het beeldscherm de artrose verwijdert of een meniscus afknijpt en bijslijpt. Een van de patiënten is geïncludeerd in het PAKA-trial (Perioperative Analgesia for Knee Arthroplasty) waarbij het anestheticum wordt ingespoten in de ‘portals’, de insteekopeningen. Het doel hiervan is de postoperatieve pijnbestrijding te verbeteren. Inussen zijn 8 patiënten met knieartrose op deze wijze geholpen. Tijdens de operaties wordt voortdurend de anesthesie bewaakt en bijgesteld. Hoewel het een kleine ingreep lijkt, moeten patiënten toch rekenen op zes weken lopen met krukken.





In de andere OK wordt een neusseptum rechtgezet door het onderaan te incideren, in te korten en weer netjes recht in de neus te plaatsen. De operateur werkt met een sterk geconcentreerd operatie-

licht op een band rond zijn hoofd en wordt geassisteerd door een vrouwelijke KNO-arts.

Hortense, de Surinaamse opleider van de OK-assistenten, geeft intussen instructies en registreert de gang van zaken met een assistente. Eshuis laat steeds zien hoe hij het verslag over zijn deel van de operaties in de EPD's zet.

“Wij hebben dit team zelf opgezet”, zegt Eshuis. Dat is te merken. De sfeer is ontspannen en vriendelijk, gezellig en saamhorig. “Iedereen vult elkaar aan en vangt elkaar op, ook tussen de operaties door.”

Het moet zeer bevredigend zijn om in die omstandigheden goed werk af te leveren.

# Kom naar Budapest in 2013!

*Cecile Verhagen,  
namens bestuur NVDK lid van  
de General Assembly IAAS*

Het 10-de IAAS congres, het tweejaarlijkse congres van de International Association of Ambulant Surgery, vindt plaats in Budapest van 5 tot 8 mei 2013. Zie voor actuele informatie over het congres programma: [www.iaas2013congress.com](http://www.iaas2013congress.com)

## Vergadering van de General Assembly

Afgelopen 12 mei 2012 bezocht ik samen met Jan Eshuis, namens de NVDK, de vergadering van de General Assembly, de ledenvergadering van de IAAS in Portugal.

Nieuwe leden uit India, Polen en Servië werden daarbij welkom geheten.

Veel initiatieven vanuit de leden van de IAAS krijgen steeds meer vorm. Zo loopt, met Europese subsidie, vanuit Italië een patiëntveiligheidsstraject voor ambulante zorg. Omdat de medische ingrepen op uiteenlopende manier worden gecodeerd, komt dit de vergelijkbaarheid jammer genoeg nog onvoldoende ten goede.

Dit najaar start in Hongarije een 'Teach the Teacher' project. Leden van de Exco (Executive committee, het dagelijks bestuur van IAAS) gaan onderwijs geven over ambulante chirurgie (dagbehandeling) aan een anesthesioloog, een chirurg en een verpleegkundige van een ziekenhuis in Hongarije. Dit



gebeurt in de Engelse taal en zal ter plekke worden vertaald.

De voorbereiding voor het 10-de IAAS congres dat in 2013 in Budapest plaatsvindt, is in volle gang. Het onderwerp voor 2013 is de verdere ontwikkeling en uitbreiding de ambulante chirurgie. De toegang voor verpleegkundigen bij vroege aanmelding (voor 3 maart 2013) is slechts € 150, – ! Bij dezen doe ik een oproep aan alle verpleegkundige leden van de NVDK om onderwerpen aan te dragen over dagbehandeling/kortverblijf in Nederland die interessant zijn om te presenteren in Budapest. Wat zijn specifieke vernieuwingen die op jouw werkplek plaatsvinden? Je kunt je zelf aanmelden via de congreswebsite voor een 'free paper'. Je kunt natuurlijk je voorstel ook melden bij het bestuur van de NVDK.

Vanuit de lokale congresorganisatie van Budapest is een congresfolder beschikbaar gesteld. Deze zit als bijlage bij dit artikel en is te vinden via de NVDK website.

Het 11-de IAAS congres vindt plaats in 2015, in Barcelona.

Stress houdt Nederlander uit slaap

04-04-12

Acht op de tien Nederlanders (80 procent) ligt 's nachts wel eens wakker, voornamelijk door stress. Vier op de tien Nederlanders hebben altijd of regelmatig slaapproblemen. eHealth is een goed hulpmiddel om slapeloosheid tegen te gaan, maar mag zich nog niet verheugen op een grote bekendheid in Nederland. Driekwart van de Nederlanders weet niet dat er online hulpmiddelen bestaan tegen slaapproblemen. Dit blijkt uit onderzoek van de Nationale Zorgbarometer, uitgevoerd door Blauw Research in opdracht van zorgverzekeraar Coöperatie VGZ.

Vier op de tien Nederlanders hebben structurele slaapproblemen. Bijna een kwart van de Nederlanders voelt zich doorgaans vermoeid, en nog eens 11 procent voelt zich zelfs erg vermoeid. Daar staat tegenover dat bijna de helft (45 procent) van alle Nederlanders zich meestal (erg) uitgeslagen voelt. Vrouwen voelen zich vaker dan mannen (erg) vermoeid (43 procent). Jongeren voelen zich vaker dan gemiddeld (erg) vermoeid (52 procent), terwijl vijftigplussers zich juist minder vaak (erg) vermoeid voelen (25 procent).

Online zelfhulp

Ilse te Walvaart, manager zorgvernieuwing van Coöperatie VGZ: "Hoe ingeburgerd internet ook mag zijn in Nederland, van online zelfhulptools voor slaapproblemen blijkt 77 procent van de Nederlanders nog nooit gehoord te hebben. Tegelijkertijd denkt 36 procent wel positief over de mogelijke werking van dergelijke hulpmiddelen. Wij hebben de online slaaphulp Slaap Lekker ontwikkeld die voor iedereen beschikbaar is, of je nu bij ons verzekerd bent of niet."

De Nationale Zorgbarometer

De Nationale Zorgbarometer is een initiatief van zorgverzekeraar Coöperatie VGZ en laat zien hoe Nederlanders denken over de zorg in Nederland. De

Nationale Zorgbarometer meet het oordeel van de Nederlanders over de zorg en zorgverleners op basis van een aantal vaste thema's. Ieder kwartaal brengt de Nationale Zorgbarometer een themaonderzoek naar buiten.

Bron: Coöperatie VGZ

'Boete voor bedrijven die medische gegevens lekken'

20 april 2012

De PvdA en GroenLinks willen dat bedrijven die laks omgaan met gevoelige informatie, hoge boetes kunnen krijgen van het College Bescherming Persoonsgegevens.

Dat stellen de partijen nadat bekend werd dat medische en persoonlijke gegevens van meer dan 300.000 mensen maandenlang op straat hadden gelegen door een beveiligingslek in Humannet van IT-bedrijf VCD.

Waarde van privacy

Kamerlid Attje Kuiken van de PvdA noemt de manier waarop overheid en bedrijven soms met persoonlijke gegevens omgaan schandelijk en pleit via Twitter voor het uitdelen van boetes. Ook Arjan El Fassed van GroenLinks is voorstander van een fikse prent voor overtreders. 'De waarde van privacy moet echt snel omhoog', vindt hij.

Verantwoordelijkheid

Het CDA wil opheldering over de kwestie en vraagt een brief van minister Edith Schippers van VWS. Kamerlid Pieter Omtzigt wil vooral graag weten wie er verantwoordelijk en aansprakelijk is voor het datalek bij VCD. Dezelfde vraag stelt hij over het elektronische patiëntendossier, dat in de maak is om zorgverleners medische dossiers van patiënten in te kunnen laten zien. (ICTzorg – Foto: ANP)

# Berichten

## Zorgmedewerkers veroorzaken infecties

24 april 2012

Door hun handen veel te weinig te wassen, verspreiden zorgmedewerkers onnodig veel bacteriën. Dat blijkt uit het promotieonderzoek van Vicki Erasmus. Slechts in 20 procent van de situaties, waarbij handen grondig gewassen moeten worden, gebeurt dat ook.

Dat blijkt uit een onderzoek van het Rotterdamse Erasmus Medisch Centrum. Volgens onderzoekster Vicki Erasmus kan het slechte handen wassen van zorgmedewerkers ertoe leiden dat infecties worden overgedragen op patiënten.

### *Voorschriften*

De promovendus onderzocht in 24 ziekenhuizen in Nederland of de voorschriften worden nageleefd op het gebied van handhygiëne. In vier van de vijf situaties bleek dat niet zo te zijn. “Vaak wassen of desinfecteren de medewerkers hun handen helemaal niet.”

### *Sociale druk*

Volgens Erasmus nemen medewerkers het niet zo nauw met de hygiënevoorschriften doordat collega's ook niet de gewoonte hebben na elke handeling hun handen te wassen. Volgens de onderzoekster kan ook de drukte op de werkvloer meespelen, “Maar dat wij hebben niet gezien in ons onderzoek, terwijl we daar wel naar hebben gekeken. Het blijkt dat vooral de sociale druk hier een rol in speelt”, zei Erasmus, die woensdag op het onderzoek promoveert. (Zorgvisie – foto ANP )

## Rob Dillmann Zorgmanager van 2012

12 april 2012

Rob Dillmann, bestuursvoorzitter van het Zaans Medisch Centrum in Zaandam is gekozen tot Zorgmanager van het Jaar 2012. Hij volgt bestuursvoorzitter Greet Prins van de Stichting Philadelphia Zorg op.

De uitslag is donderdag bekendgemaakt door juryvoorzitter Martin van Rijn tijdens een congres van vaktitel Zorgvisie in Breukelen. Dillmann heeft de bij de prijs behorende ING Excellence Trofee in ontvangst genomen.

### *Bijl en Van der Meer*

De andere kandidaten voor de prijs waren Linda Bijl, directeur en oprichter van de Opvoedpoli uit Amsterdam en Andrea van der Meer, algemeen directeur van ggz-instelling Altrecht Cura. “De drie genomineerden hebben een sterke drive om de zorg te verbeteren. Waar dat kan, willen ze de bakens verzetten om cliënten en patiënten sneller en beter te helpen”, aldus de juryvoorzitter over de drie zorgmanagers.

### *Kwaliteit en veiligheid*

Dillmann ontvangt de prijs omdat hij vanuit een meerjarenvisie een groot aantal projecten in gang heeft gezet om de kwaliteit en de veiligheid binnen het ziekenhuis op een hoger niveau te krijgen. “Hij heeft vanuit een meerjarenvisie gestaag gebouwd aan sterke relaties met de belangrijkste stakeholders van de organisatie. Tevens heeft hij zich op een bijzondere manier verbonden aan het realiseren van meetbare zorgprestaties”, aldus juryvoorzitter Van Rijn (bestuursvoorzitter van PGGM).

## Schippers: Stel patiënt en zorgverlener centraal binnen e-health

27 april 2012

De verbetering van e-health in de zorg slaagt alleen als de patiënt en professional centraal gesteld worden bij de ontwikkeling. Dat zegt minister Schippers in antwoorden op Kamervragen van CDA'er Margreet Smilde.

Smilde stelde de vragen naar aanleiding van het KPMG-onderzoek waaruit naar voren komt dat e-health in Nederland nog te versnipperd is in vergelijking tot andere landen.

### *Hoger niveau*

Om e-health naar een hoger niveau te tillen is het belangrijk dat overheid en veldpartijen gezamenlijk optrekken bij het realiseren van de ambities. 'Alle partijen hebben hun eigen verantwoordelijkheid als het gaat om de ontwikkeling, gebruik, inkoop en de systeeminpassing van e-health in de gezondheidszorg. Daarbij vind ik het van belang dat er wordt gehandeld vanuit het perspectief van de gebruiker van de toepassing: de patiënt en de professional. Alleen dan heeft e-health een kans een wezenlijk onderdeel van de zorg te worden.'

### *Op grote schaal*

In de antwoorden erkent Schippers dat er inderdaad onvoldoende op grote schaal wordt ingezet op het gebied van e-health. 'Er zijn veel goede initiatieven aan te wijzen, maar die beperken zich vaak nog tot een kleine, regionale schaal. Om te komen tot zorgbrede implementatie van goed e-health toepassingen is er inderdaad behoefte aan gezamenlijke inspanning van verschillende partijen. Hiertoe ben ik dan ook in gesprek met een initiatief van zorgverzekeraars, zorgprofessionals en zorggebruikers die samen aan een e-health agenda werken. Ik zal de kamer voor het zomerreces van dit jaar informeren over dit initiatief en over de activiteiten van de overheid om hieraan bij te dragen.'

## *Hoog niveau in Nederland*

De digitale infrastructuur in Nederland is al op een hoog niveau, laat de minister weten. 'Ook in vergelijking met andere landen. Deze infrastructuur zegt iets over de 'hardware', maar zeker ook over de digitale vaardigheden en wensen van de Nederlanders. Ik constateer dat de Nederlandse burger behoefte heeft om ook in de zorg meer gebruik te maken van de mogelijkheden die ICT biedt. E-health kan patiënten helpen hun rol in het zorgproces te vergroten en verbeteren. Daarbij komt dat e-health een bijdrage kan leveren aan arbeidsbesparing en meer doelmatigheid in de zorg.'

(Zorgvisie – Mark van Dorresteijn | Twitter | Foto: ANP)

## **Amsterdam pakt medicijnveiligheid grootstedelijk aan**

1 mei 2012

Alle grote thuiszorgaanbieders, apothekers en huisartsenposten gaan in Amsterdam verregaand samenwerken op het gebied van veilige geneesmiddelenzorg. De partijen tekenen hierover vandaag een verdrag.

De nieuwe aanpak moet de ketenzorg in de hoofdstad verbeteren. In 2011 constateerde de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) nog dat er betere samenwerking nodig is tussen voorschrijvers, apothekers en thuiszorgteams.

### *Keten*

De afspraken voorzien er in een notendop in dat de huisarts een verzoek tot hulp bij medicijngebruik bij een thuiszorgorganisatie kan doen. Dit gebeurt als de patiënt niet in staat is om de eigen regie te voeren bij het nemen van medicijnen. De huisarts zal de mutaties via recepten aan de apotheker doorgeven. Deze zal op zijn beurt een actueel overzicht van de voorgeschreven medicijnen doorgeven aan de thuiszorg. Aan dit schema is een aftekenlijst ge-

koppeld, als basis voor de registratie voor de thuiszorg. De thuiszorgmedewerkers kan op basis van het schema bepalen of hulp nodig is bij het klaarzetten, aanreiken en toedienen van de verschillende medicijnen van de klant.

### **Partijen**

De stedelijke aanpak is onder regie van Cordaan Thuiszorg tot stand gekomen en er is betrokkenheid van Agis-zorgkantoren en zorgverzekeraar Achmea. In de thuiszorg doen Amsta, Buurtzorg Nederland, Evean Zorg Amsterdam, Osiragroep en Zonnehuisgroep Amstelland mee. Van de apothekers doen MediQ en FBA mee. Amsterdamse Huisartsenkoepel HKA heeft ook een handtekening gezet. (Zorgvisie – Wouter van den Elsen / Twitter/ Beeld © ANP Koen Suyk)

## **Haags-Rotterdamse ziekenhuiscoöperatie opgericht**

2 mei 2012

Het HagaZiekenhuis in Den Haag, de Reinier de Graaf Groep in Delft, het Sint Franciscus Gasthuis in Rotterdam en het Vlietland Ziekenhuis in Schiedam hebben gezamenlijk een coöperatie opgericht. Ze heten nu 'De Ziekenhuispartners XL'.

Bestuursvoorzitter Chiel Huffmeijer van het HagaZiekenhuis: 'Het gebruik van de term XL is om uitdrukking te geven aan het feit dat andere ziekenhuizen kunnen aanhaken.'

### **Zelfstandigheid behouden**

De vier ziekenhuizen behouden hun zelfstandigheid. Huffmeijer: 'Allevier de ziekenhuizen zijn lid van de cooperatie, we laten geen andere leden toe. Op deze manier denken we het best ons voordeel te kunnen behalen.' Een concreet voorbeeld is de uitbreiding van de bestaande inkooporganisatie Zorgservice XL. Hierin nemen het HagaZiekenhuis, het Sint Franciscus Gasthuis en de Reinier de Graaf

Groep al deel. Het Vlietland Ziekenhuis sluit zich hierbij dit jaar aan. De ziekenhuizen richten een gemeenschappelijke vacaturebank op. Naast een gezamenlijk arbeidsmarktbeleid, werken de ziekenhuizen samen aan opleidingen en ict.

### **Topklinische zorg**

De coöperatie maakt het mogelijk voor het HagaZiekenhuis, de Reinier de Graaf Groep en het Sint Franciscus Gasthuis om hun topklinische posities uit te breiden. Huffmeijer: 'We willen op tijd voor-sorteren op de ontwikkelingen. De eisen aan topklinische zorg worden steeds nadrukkelijker gesteld. Misschien besluiten we later om de zorg over de ziekenhuizen te verdelen.' Het Vlietland Ziekenhuis kan door de samenwerking met de topklinische ziekenhuizen zijn positie als basisziekenhuis versterken. De vier ziekenhuizen zeggen hun patiënten volledige keuzevrijheid te bieden. Het feit dat het Sint Franciscus Gasthuis en het Vlietland Ziekenhuis de NMA toestemming hebben gevraagd te fuseren, maakt voor de samenwerking niet uit, zegt Huffmeijer. (Zorgvisie-Carina van Aartsen)

## **'Gezondheidswinst' moet centraal staan in zorgbeleid**

30-05-12

"Zorgverzekeraars hebben de afgelopen jaren hun verantwoordelijkheid genomen en als inkopers van zorg forse besparingen gerealiseerd. Nu zijn we toe aan een volgende fase, waarin we de stap maken van prijs en volume naar gezondheidswinst. Daarvoor zijn twee dingen nodig: echt inzicht in kwaliteit en ruimte voor een meer integrale aanpak door middel van ontschotting". Dat zei algemeen directeur Pieter Hasekamp van ZN tijdens een debat over de gezondheidszorg op 29 mei in Huizen. Ook andere sprekers, onder wie SER-voorzitter Rinnooy Kan pleitten ervoor het criterium 'gezondheidswinst' bepalend te maken bij de toekomstige inrichting van de zorg.

Volgens Hasekamp is er een redelijke mate van overeenstemming tussen betrokken partijen over de toekomstige inrichting van het zorglandschap. Zorgverzekeraars willen samen met die partijen – met name de patiënten – hun verantwoordelijkheid nemen door bij de zorginkoop bijvoorbeeld in te zetten op spreiding en concentratie van functies waar dat uit oogpunt van kwaliteit en doelmatigheid gewenst is. “Het hoofdlijnenakkoord ziekenhuizen zie ik als een trendbreuk in de kostenbeheersing, laten we nu ook gezamenlijk die bredere verantwoordelijkheid nemen”, aldus Hasekamp.

Rinnooy Kan schetste in zijn bijdrage de hoofdlijnen van het SER-advies. Zijn vertrekpunt daarbij: “We hebben in Nederland een redelijk effectief stelsel, maar niet erg efficiënt. Met het oog op de houdbaarheid zal de balans beter moeten”. In de ‘cure’ is daarvoor geen stelselbesluit gewenst, maar in de ‘care’ zijn wel ingrijpende wijzigingen nodig. “De vraag is niet alleen of we het in de toekomst allemaal kunnen betalen, maar ook of we het willen betalen. Bijvoorbeeld als het om leefstijlen gaat, moeten we kijken naar de grenzen van de solidariteit. We moeten mensen aanspreken op hun eigen verantwoordelijkheid, de discussie aangaan over de grenzen van de behandelingsvrijheid van artsen en over criteria voor de afbakening van het pakket”, aldus Rinnooy Kan.

Wilna Wind (NPCF) onderstreepte de verantwoordelijkheid van de patiënt (“shared decision making”) en de noodzaak van meer transparantie op het gebied van kwaliteit. Tijdens de discussie onder leiding van Elsevier-redacteur Syp Wynia werd van verschillende kanten nog eens onderstreept dat we in het beleid de stap moeten zetten van volume naar gezondheidswinst: ‘wat word ik er beter van?’.

## Van Boxtel: “Zorg komt te laat in actie”

29 mei 2012

De herijking van het zorgstelsel verloopt te traag. Het telkens uitstellen van fundamentele keuzes ten aanzien van de financiering brengt de houdbaarheid in gevaar en is daarmee “onverantwoord”. Dit stelt bestuursvoorzitter Roger van Boxtel van zorgverzekeraar Menzis in het juninummer van Skipr magazine. Volgens Van Boxtel “hebben we prachtige arrangementen bedacht waarmee we onszelf voor de gek hebben gehouden”.

“Intussen groeit de langdurige zorg explosief: we leven langer, maar ook langer ongezond”, aldus Van Boxtel in Skipr magazine. “Het aantal diabetici en chronisch zieken stijgt. De AWBZ-premies worden straks door steeds minder mensen betaald die niet weten of ze er zelf ooit van zullen profiteren. Dat is onverantwoord”

### **Zorgsparen**

Ondanks de alarmerende ontwikkelingen mist Van Boxtel een gevoel van urgentie. “Ik trek al een paar jaar aan de bel omdat we in de zorg te laat in actie komen”, vat van Boxtel zijn ongenoegen samen. “De financiering van de langdurige zorg moet op de helling. Anders houden we de solidariteit niet overeind. We moeten andere concepten ontwikkelen. Daarom hebben we bij Menzis zorgsparen ingevoerd. Want pensioen is niet alleen geld. Het kan evengoed voor zorg worden gebruikt.”

### **Rekening**

Naast “kapitaaldekking op individuele basis” pleit Van Boxtel voor hogere eigen bijdragen, meer e-health en meer preventie. “Iedereen doet meer voor de eigen gezondheid”, stelt Van Boxtel. “Sporten, bewegen, gezond eten, gezond leven. Doe er wat aan, anders betaal je straks zelf de rekening.”

### **Opruimen**

Ook in de curatieve zorg zijn volgens Van Boxtel duidelijke keuzes nodig. Volgens Van Boxtel hebben

ziekenhuizen te lang in weelde kunnen leven, zonder keuzes in het behandelaanbod te maken. Als zorgverzekeraar probeert Menzis de ziekenhuizen nu tot zulke keuzes te dwingen. “We vragen meer aandacht voor preventie en we dwingen zorginstellingen echte keuzes te maken”, zegt Van Boxtel. “Wilt u iets nieuws? Dan moet u het oude opruimen.”

*Wim van der Meeren: ‘Artsen opereren te snel’*

*Sommige artsen opereren te snel. Er is veel onnodige zorg.*

Dit zegt Wim van der Meeren, directeur CZ Zorgverzekeringen, in het NRC van zaterdag. De krant komt met een overzicht van de meest invloedrijke zorgbestuurders in Nederland “In de ene regio krijg je zes keer zo snel een knie- of galbaasoperatie als in de andere. Ik zeg altijd ‘baat ‘t niet, dan schaadt ‘t altijd.’”

### ***Onzinnige apparaten***

Het stoort hem dat ziekenhuizen het moeilijk vinden om ‘nee’ te zeggen tegen artsen. “Ze kopen soms onzinnige apparaten en dat moeten wij vergoeden.”

Vijf tips om een goede manager te worden  
Iedereen kent hem wel: ‘die manager die er niks van begrijpt.’ Veel managers staan te ver van de werkvloer en handelen alleen uit eigen belang. Zorg ervoor dat jij niet zo’n manager wordt en lees de 5 tips.

### ***1. Heb begrip voor je werknemers***

Als manager is het jouw taak beslissingen te nemen. Soms kunnen deze beslissingen ongunstig zijn voor je werknemers. Dit is 1 van de lastigste taken van een manager. Hoe breng je het slechte nieuws? Vertel eerst waarom er is gekozen voor deze beslissing en zorg ervoor dat je duidelijk maakt dat erachter staat (ook al is dit niet zo). Kom nooit met: ‘ik-ben-

het-er-ook-niet-mee-eens-argument’. Hierdoor lijkt het namelijk alsof je een speelbal van de organisatie bent die niks voor zijn personeel kan doen. Leg de voordelen uit van deze keuze en toon daarnaast begrip voor de tegenargumenten van je personeel. Hierbij is het belangrijk dat je alvast nagedacht hebt over de voor- en tegenargumenten zodat je alles goed kunt pareren. Toon vooral begrip voor de tegenargumenten en wuif deze vooral niet weg!

### ***2. Realiseer een goede werksfeer***

Een hogere productiviteit en commitment van je personeel. Een goede werksfeer is erg belangrijk, juist wanneer het wat minder gaat met het bedrijf. Kleine dingen kunnen al helpen om de werksfeer goed te houden: blijf zelf positief en bespreek bijvoorbeeld tijdens een gezellige lunch oplossingen voor zaken die niet goed lopen. Alleen aangeven wat er niet goed gaat, geeft onnodige negativiteit. Daarom is een positieve oplossing aandragen hierbij essentieel.

### ***3. Kom op voor je mensen***

Niemand houdt van slappe managers die alleen maar jaknikken naar de directie. Speel geen politieke spelletjes om er zelf beter van te worden. Niemand ontkomt aan politiek in het bedrijfsleven (helaas), maar zorg ervoor dat je personeel hier niet de dupe van wordt. Geef je personeel het gevoel dat je achter ze staat, ook al zullen er soms impopulaire zaken zijn die van bovenaf verwacht worden. Communiceer goed dat je strijd hebt geleverd en dat je hebt gewonnen (of verloren).

### ***4. Delegeer niet alleen, pak ook zelf zaken op***

De manager die vanuit zijn dichte kantoortje via de e-mail zaken delegeert, kan rekenen op weinig sympathie en waardering van zijn personeel. Mensen zullen niet gauw vragen om hulp wanneer ze dit nodig hebben. Het is jouw taak dit op te pikken en werkverlichting te leveren tijdens drukke en stressvolle periodes.



## 5. Toon waardering en communiceer

Laat niet alleen je gezicht zien wanneer zaken slecht gaan, maar laat het vooral weten wanneer zaken goed gaan. Wees niet zuinig met complimenten. Het idee dat iedereen 'gewoon' betaald wordt voor zijn werk is niet genoeg. Mensen zullen harder voor je werken als ze weten dat hun inspanningen niet als vanzelfsprekend worden gezien.

### **Brabantse ziekenhuizen slepen ICT-bedrijf Alert voor de rechter**

11 juni 2012

Het Jeroen Bosch Ziekenhuis, het TweeSteden Ziekenhuis en Ziekenhuis Bernhoven willen miljoenen euro's schadevergoeding van het Portugese ICT-bedrijf Alert. Dat meldt het Brabants Dagblad.

Het Jeroen Bosch Ziekenhuis eist zo'n 9,2 miljoen euro van alert, meldt het dagblad. Het is niet bekend hoeveel de andere ziekenhuizen eisen. Omdat de zaak voor de rechter is, willen de drie ziekenhuizen niet inhoudelijk reageren. Alert onthoudt zich ook van commentaar.

#### ***Jeroen Bosch Ziekenhuis***

Het Jeroen Bosch Ziekenhuis (JBZ) koos in 2008 voor het epd van Alert vanwege de ambitie om papievrij te werken. De afgelopen jaren werd besteed aan het uitbreiden en aanpassen van het systeem zodat het zou voldoen aan de werkwijze binnen de Nederlandse ziekenhuizen en aan de Nederlandse wet- en regelgeving. Een groot deel zou klaar moeten zijn voordat het JBZ zou verhuizen naar het nieuwe pand. Dit bleek niet haalbaar. Het product bleek nog niet voldoende geschikt voor implementatie. Pogingen om het project vlot te trekken bleven zonder resultaat. Het vertrouwen was volgens het ziekenhuis zodanig geschonden dat zij besloten om niet langer samen te werken met Alert. Voorlopig blijft het JBZ werken met de bestaande informatiesystemen. Voor de knelpunten worden

noodoplossingen bedacht, dit speelt met name bij de poliklinische processen. Het stoppen met Alert heeft geen invloed op de huidige systemen waar huisartsen gebruik van maken. Het ziekenhuis be-raadt zich nog hoe het in de toekomst door moet gaan met de verdere ontwikkeling van het epd en een zorglogistiek systeem.

#### ***TweeSteden***

Het TweeSteden in Tilburg koos eind 2009 voor Alert. Vier leveranciers leverden initieel een offerte aan, hierbij vielen McKesson, Chipsoft en Siemens af. Alert bleek de enige partij die een positieve businesscase kon leveren. Het TweeSteden wilde graag dat het andere Tilburgse ziekenhuis, het St. Elisabeth, ook mee zou doen met de implementatie van Alert. Zou zouden zij beter samen kunnen werken. Het Elisabeth zag daar vanaf vanwege teveel risico's.

#### ***Bernhoven***

Ziekenhuis Bernhoven startte als eerste ziekenhuis in Nederland gestart met Alert. Begin april 2010 werd al duidelijk dat er sprake was van vertraging bij de invoering van het EPD. Een woordvoerder van het ziekenhuis stelde dat het ging om een Portugees systeem en de vertaling daarvan veel tijd in beslag neemt.

#### ***Atrium***

Atrium MC in Heerlen stopte halverwege 2011 ook met Alert. Ook hier werd de samenwerking met Alert getekend door vertraging en niet gehaalde deadlines. 'De regels in de Nederlandse zorg blijken toch dermate anders en ingewikkeld om een goed en veilig functionerend EPD neer te zetten', stelt woordvoerder Marie-José Jamin. 'Jammer, want het product als zodanig is prachtig, maar je kunt nog zo'n mooie auto voor de deur hebben staan, als de motor niet werkt houdt het op.' De woordvoerder legt uit dat het stoppen met Alert geen financiële consequenties voor het ziekenhuis heeft gehad. (Zorgvisie/ICT – Mark van Dorresteyn | Twitter | Foto: ANP)

## **Minder heropnames door acute opnameafdeling**

12 juni 2012

Patiënten op een acute opnameafdeling krijgen sneller de juiste behandeling en ze kunnen eerder naar huis. Ook vermindert het aantal heropnames. Dat zijn de bevindingen van twaalf ziekenhuizen die zo'n afdeling hebben.

De spoedeisende zorg vormt vooral buiten kantoor-tijden een probleem voor ziekenhuizen. Patiënten kunnen dikwijls niet terecht op de juiste verpleegafdeling, waardoor ze worden 'geparkeerd' op afdeling waar toevallig een bed vrij is. Daar is niet altijd de juiste deskundigheid aanwezig, waardoor patiënten het risico lopen niet de zorg te krijgen die ze nodig hebben.

### ***Snelle diagnose en behandeling***

Speciale acute zorgafdelingen (AOAs) vormen hiervoor een oplossing. Op een AOA worden alle acute patiënten de eerste 48 uur opgenomen. De inzet van het medisch personeel is erop gericht om snel een diagnose te stellen en de behandeling te starten. Er zijn permanent speciaal opgeleide verpleegkundigen aanwezig.

### ***Sneller huis en minder sterfte***

De nieuwe werkwijze is veelbelovend, volgens twaalf ziekenhuizen die de afgelopen jaren ervaring hebben opgedaan met AOAs. Het aantal patiënten dat na 48 uur weer naar huis kan en geen nieuwe opname nodig is gestegen met tien procent. Ook is er één ziekenhuis dat kan aantonen dat de sterfte na acute opname is gedaald.

### ***Minder bedden, minder kosten***

Er is ook een betere benutting van het totale aantal ziekenhuisbedden. In plaats van kleine buffers per afdeling vormt de AOA één grote reservecapaciteit. Dat levert een kostenreductie op. (Zorgvisie – Bart Kiers)

## **Bouw private kankerkliniek in Boxmeer start dit jaar**

24 mei 2012

Hansa Oncology Clinics verwacht in het derde kwartaal van dit jaar toch van start te gaan met de bouw van een gespecialiseerd kankerziekenhuis in Boxmeer. Dat blijkt uit een brief van Hansa-directeur Lex de Lange aan het ministerie van Volksgezondheid, die in handen is van Medisch Contact.

In de brief zegt De Lange dat het traject vanwege de bouw- en economische crisis opgeschort is. De directeur zegt dat de vergunningen zo goed als rond zijn. Slechts de vergunningen voor de entree en parkeergarage moeten nog rondkomen. De Lange heeft ook de vergunningen verkregen om het private ziekenhuis te starten.

### ***Uitstel bouw***

De komst van het private ziekenhuis werd in 2007 met veel bombarie aangekondigd. In eerste instantie zou het project in Amsterdam komen, maar al snel werd Boxmeer als nieuwe locatie gekozen. Eind 2009 zou de eerste paal de grond in gaan, maar dat werd uitgesteld door de crisis.

### ***Bouw ziekenhuis***

Met de bouw en inrichting van het oncologisch ziekenhuis is een bedrag gemoeid van circa 200 miljoen euro. Hansa Oncology Clinics telt 200 bedden en krijgt de beschikking over zes radiotherapie ruimten. Eén van de investeerders is de Zernicke Group van ondernemer Lex de Lange. Zernicke zal een substantieel deel van de 200 miljoen bijdragen. Volgens Hansa-bestuursvoorzitter Hans van Holten 'genoeg om te kunnen beginnen'.

(Zorgvisie/ICT – Mark van Dorresteyn | Twitter |

## Chirurgen definitief weg bij Maasziekenhuis

1 juni 2012

Twee chirurgen van het Maasziekenhuis in Boxmeer die in conflict zijn geraakt met collega's, vertrekken definitief. Het ziekenhuis en de chirurgen hebben besloten dat ze per direct uit elkaar gaan, zo staat vrijdag in een gezamenlijke verklaring.

Vandaag zou een nieuw kort geding dienen maar dat is niet meer doorgegaan, laat een ziekenhuiswoordvoerder weten. Over een eventuele financiële vergoeding aan de chirurgen doen de partijen geen mededelingen. Het ziekenhuis neemt contact op met de patiënten die tot voor kort onder behandeling stonden bij de twee specialisten en wil snel weer een vast team chirurgen hebben, aldus de verklaring.

### *Schorsing*

Twee maanden geleden werden de chirurgen geschorst omdat er een probleem in de samenwerking ontstond. Het duo dwong terugkeer af met een rechtszaak, maar werd vrijwel direct opnieuw geschorst.

## Schippers: 'Bespreek zorgkosten aan de keukentafel'

12 juni 2012

Minister Schippers van VWS wil dat mensen thuis aan de keukentafel gaan praten over het prijskaartje van de gezondheidszorg. Doordat de kosten steeds verder oplopen moeten in de toekomst ingrijpende keuzes worden gemaakt. 'Daar moeten we het niet alleen in de politiek over hebben, maar ook thuis', zo vindt de minister.

'We hebben het te weinig over het geld', stelt Schippers. 'Een doorsnee gezin geeft nu al 25 procent van het inkomen uit aan zorg. Waar stopt dat?' Mensen

betalen niet alleen mee aan de zorg door eigen bijdragen en een verzekering, maar ook via bijvoorbeeld premies en belastingen.

### *Zelf nadenken*

Als de kosten blijven stijgen, geeft een gemiddeld gezin in 2040 zelfs 40 procent van het inkomen uit aan zorg. 'Maar dat kan de economie niet dragen. We moeten eerder besluiten hoe we de kosten willen dempen.' Dat kan bijvoorbeeld door mensen zelf meer zorg te laten betalen, minder zorg op te nemen in de verzekering, efficiënter te werken en minder te verspillen. 'Over al die oplossingen moeten mensen goed nadenken', vindt de minister. Zelf denkt ze dat er niet één oplossing is om de kosten in de zorg wat te temperen. 'Het is én én.'

### *Aanzwengelen discussie*

Door de discussie nu aan te zwengelen hoopt Schippers te voorkomen dat mensen de problematiek te laat op het netvlies hebben, zoals dat volgens haar bij de pensioenen gebeurde. Ze heeft een stuk naar de Tweede Kamer gestuurd waarin het probleem wordt uitgelegd en de eventuele oplossingen op een rijtje staan.

(Zorgvisie/ICT – Mark van Dorresteyn | Twitter)

## Top-10: Padua, Sint Franciscus Gasthuis en Emergis meest gastvrij

12 juni 2012

Zorgcentrum Padua in Tilburg, het Sint Franciscus Gasthuis in Rotterdam (foto) en Emergis in Kloetinge hebben in verschillende categorieën de Gastvrijheidszorg Award 2012 gewonnen tijdens het Nationaal Congres Gastvrijheidszorg in Ede.

225 zorgaanbieders deden mee aan Gastvrijheidszorg met Sterren. De deelnemers zijn beoordeeld op gastvrijheid en afhankelijk van hun score hebben ze sterren toebedeeld gekregen. Tot vorig jaar was vier

sterren het maximum; dit jaar is het voor het eerst mogelijk een vijfde ster in de wacht te slepen. Behalve Padua en het Sint Franciscus Gasthuis kregen ook het Elkerliek ziekenhuis in Helmond, Ziekenhuis Rivierenland in Tiel en zorgcentrum De Miente in Gorredijk vijf sterren. De jury heeft besloten deze instellingen een extra ster toe te kennen, omdat zij niet alleen gastvrij zijn, maar er ook blijk van hebben gegeven dat zij gastvrijheid weten te borgen.

### **Verpleging & Verzorging**

- 1 Padua (De Wever), Tilburg
- 2 De Miente (ZuidOostZorg), Gorredijk
- 3 Ielânen (Zorggroep Plantein), Sneek
- 4 De Wiken (ZuidOostZorg), Drachten
- 5 Waerthove (Rivas Zorggroep), Sliedrecht
- 6 Bloemhof (Zorggroep Groningen), Ten Boer
- 7 Brugchelencamp (De Friese Wouden), De Westereen
- 8 De Hofwijck (Palet), Leeuwarden
- 9 Malderburch, Malden
- 10 Sinselhof (De Zorggroep), Venlo

### **Ziekenhuizen**

- 1 Sint Franciscus Gasthuis, Rotterdam
- 2 Elkerliek ziekenhuis, Helmond
- 3 Ziekenhuis Rivierenland, Tiel
- 4 Maasziekenhuis Pantein, Boxmeer
- 5 Ziekenhuis St Jansdal, Harderwijk
- 6 Amphia Ziekenhuis locatie Langendijk, Breda
- 7 Slingeland Ziekenhuis, Doetinchem
- 8 Westfriesgasthuis, Hoorn
- 9 Wilhelmina Ziekenhuis Assen, Assen
- 10 Albert Schweitzer ziekenhuis locatie Dordwijk, Dordrecht

### **GGZ**

- 1 Emergis, Kloetinge
- 2 Landgoed De Grote Beek (GGzE), Eindhoven
- 3 Dimence locatie Brinkgreven, Deventer
- 4 De Wieken (GGNet), Groenlo
- 5 De Linde (GGNet), Apeldoorn

### **Kleinschalig Wonen**

- 1 Judith Leysterhof (Rivas Zorggroep), Hardinxveld-Giessendam
- 2 Voltawerk (ZuidOostZorg), Gorredijk
- 3 Het Gasthuis (Rivas Zorggroep), Gorinchem
- 4 Ielânen (Zorggroep Plantein), Sneek
- 5 De Geinsche Hof (Zorgspectrum), Nieuwegein

### **Waarderingsstelsel**

Gastvrijheidszorg met Sterren is een waarderingssysteem voor de kwaliteit van de gastvrijheidszorg in zorginstellingen. Het doel is de kwaliteit van leven van cliënten en patiënten te verbeteren door het stimuleren van goede gastvrijheidszorg. Vandaag is informatie over de deelnemers aan Gastvrijheidszorg met Sterren 2012 én 2011 toegevoegd aan [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl), Nederlands grootste website op het gebied van informatie voor consumenten op het gebied van de gezondheidszorg.

### **Nieuwe afdeling Dagbehandeling in het Wilhelmina Kinderziekenhuis**

Een ziek kind... in de eerste plaats kind! Er komt een nieuwe, superleuke afdeling: 'Kameleon'. Ouders komen in de eerste plaats naar het WKZ voor medische behandeling en verpleegkundige zorg van hun kind. Maar een kind dat ziek is en dat voor onderzoek en/of behandeling naar het ziekenhuis komt, blijft in de eerste plaats natuurlijk kind. Het kind moet centraal staan, niet zijn of haar ziekte. Wat inhoudt dat je rekening houdt met leeftijd, ontwikkelingsniveau, belevingswereld van het kind. Maar ook met zijn of haar mogelijkheden en beperkingen als gevolg van ziekte of handicap. Spelen is een primaire behoefte voor kinderen. Ze hebben het nodig ter ontspanning, afleiding en verwerking van wat ze meemaken. Ook, of misschien beter gezegd juist in een ziekenhuissetting moet dus ruimte en mogelijkheid worden geboden om te spelen. Daarbij is het goed om rekening te houden met verschillende spelinteresses en niveaus van kinderen. En er voor te zorgen dat kinderen zich veilig kunnen voelen om te spelen. De ruimte moet enerzijds ont-

spanning en afleiding bieden aan kinderen. Anderzijds moet er rekening worden gehouden met de mogelijkheid om je even terug te kunnen trekken, privacy te kunnen hebben en rust te kunnen pakken. Het is belangrijk om de soort en hoeveelheid prikkels in de ruimte beperkt te houden en weloverwogen aan te bieden.

De meer traditionele ziekenhuisbeleving van “beddenzaaltjes” vervangen we door een verblijf in een omgeving waar kinderen meer mee vertrouwd zijn. Die hen meer aanspreekt op hun kind zijn in plaats van op het patiënt zijn. En waar de ouder een natuurlijker en actiever rol kan innemen dan in de “wachtstand” naast het bed van zijn of haar zoon of dochter.

Vanuit het verbouwingsbudget worden alleen de vaste elementen gefinancierd. Extra budget is nodig om de afdeling in te richten volgens bovenstaande visie ‘aansluiten bij de sfeer en beleving thuis’. Kinderen krijgen dan ook alleen een bed toegewezen als dat nodig is en kunnen tot de behandeling spelen in de speelhoek, zich vermaken in de gamehoek of aan de leestafel. Ongeveer 5.000 patientjes per jaar gaan gebruik maken van afdeling Kameleon.

---