

Opbouw na faillissement

Hoe in drie maanden tijd
de ziekenhuiszorg in Lelystad
opnieuw is ingericht



Opbouw na faillissement

Hoe in drie maanden tijd
de ziekenhuiszorg in Lelystad
opnieuw is ingericht

Maart 2020

Inhoudsopgave

Voorwoord	4
Deel 1: Het faillissement	10
1.1 Wat als ...? Voorbereiding van een doemscenario	12
1.2 Zorgen voor patiënten nadat de rechtbank het faillissement uitspreekt	16
1.3 Bieden op een failliet ziekenhuis	18
1.4 Onderhandelen met de curatoren	19
Deel 2: De transitieperiode	22
2.1 Hoe krijgen we dit ooit voor elkaar?	24
2.2 Personeel aannemen	26
2.3 Een ziekenhuis inrichten	31
2.4 Zorgen dat duizenden behandelingen straks 'gewoon' doorlopen	33
2.5 De bewaarplicht voor een half miljoen dossiers	38
Deel 3: Ziekenhuis St Jansdal, locatie Lelystad	42
3.1 De sleuteloverdracht	44
3.2 De opening	58
3.3 De eerste weken	64
3.4 Kort verblijf, een uitbreiding op het oorspronkelijke plan	65
Onze reflectie	68
1. Neem de tijd om periodiek na te denken over 'wat als'-scenario's	72
2. Organiseer een landelijke oplossing voor medische dossiers van failliete organisaties	73
3. Kies voor een zorgprofiel én randvoorwaarden die passen bij de organisatie	76
4. Onderschat de grootschalige overdracht van patiëntenzorg niet	78
Colofon	80
Over de auteurs	82
Over ziekenhuis St Jansdal	84
Over Gupta Strategists	85

Voorwoord

In het voorjaar van 2018 krijgen we de eerste signalen binnen dat het niet goed gaat met onze burens MC IJsselmeerziekenhuizen.

Dit is voor ons het moment om na te denken over wat dat zou kunnen betekenen voor St Jansdal. Een paar maanden later komen de ontwikkelingen in een stroomversnelling terecht.

In dit boek beschrijven we onze ervaringen en de lessen die wij daaruit trekken. Wat maakt dat St Jansdal de zorg in Lelystad kan overnemen, terwijl we tot de vijftientig kleinste ziekenhuizen van Nederland behoorden? Onze timing is bijna perfect. Intern zijn we het eens. We weten precies van elkaar wat we wel en niet kunnen. We wijken niet van het plan af en werken van grof naar fijn. Zo lukt het ons om op 1 maart 2019 de deuren in Lelystad te openen. Het gezamenlijke doel, het besef dat we bijdragen aan het oplossen van een acuut en groot maatschappelijk probleem en de tijdsdruk geven ons vleugels; we zitten in een 'flow'.

Als we terugkijken op wat we in het afgelopen jaar voor elkaar hebben gekregen, dan kunnen we soms zelf nauwelijks geloven dat het gelukt is. Binnen enkele maanden nemen we meer dan vierhonderd mensen aan. We zorgen wereldwijd voor de snelste implementatie ooit van elektronisch patiëntendossier Epic. We richten een ziekenhuisgebouw in met apparatuur en communicatiemiddelen. En dat terwijl we in Harderwijk meer patiënten zien dan ooit tevoren.

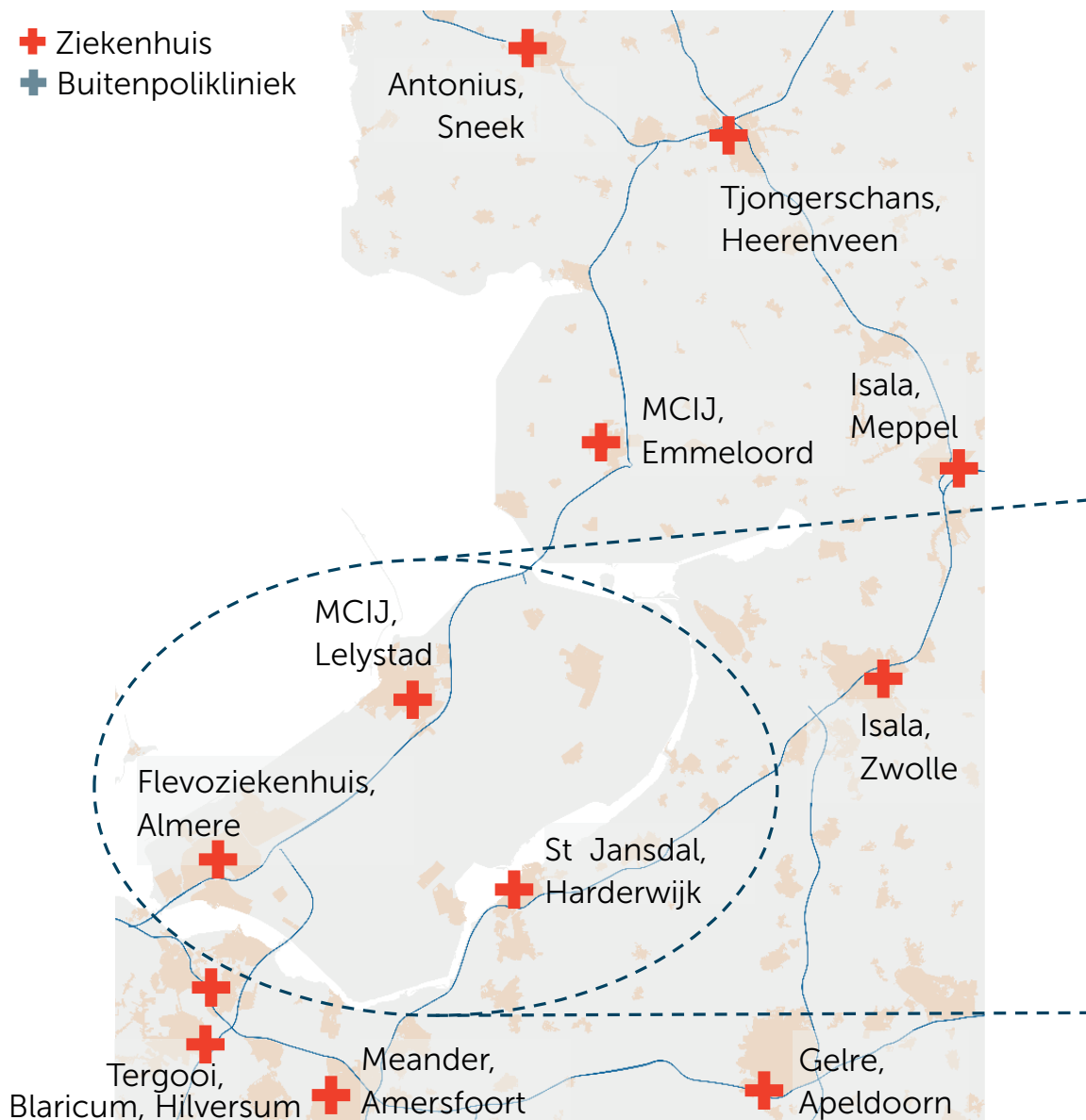
Buiten St Jansdal is het gevoel heel anders. Door het faillissement verliest Lelystad zijn ziekenhuis, de plek voor acute zorg of om te bevallen. Hoe moet het verder met al die patiënten die midden in een behandeltraject zitten? Kunnen zij bij 'hun' dokter blijven? Honderden mensen krijgen plots ontslag en komen financieel in de knoop. Medisch specialisten verliezen hun baan én hun praktijk. Huisartsen en verloskundigen staan er van de ene op de andere dag alleen voor. Met wie kunnen zij nu complexe casuïstiek bespreken? En hoe kunnen zij hun patiënten geruststellen als ze zelf niet eens weten wat er gaat gebeuren? De ambulancediensten moeten zich maar zien te redden. Met de onverwachte sluiting van de SEH in Lelystad neemt de ritduur onverwachts flink toe. Waar halen zij zo snel extra ambulances en personeel vandaan? De Inspectie ligt onder vuur over vermeende calamiteiten, net als de politiek. Er zijn zorgen over hoe het verder moet. Het ziekenhuis kan toch niet zomaar sluiten?

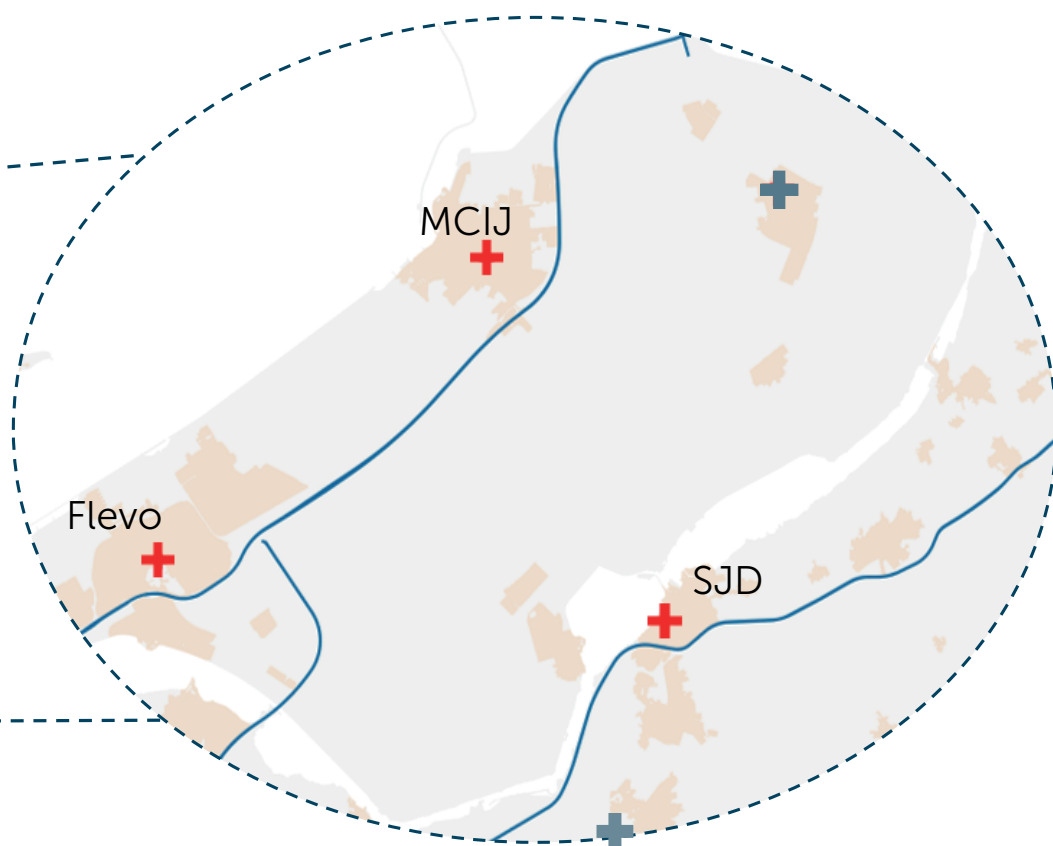
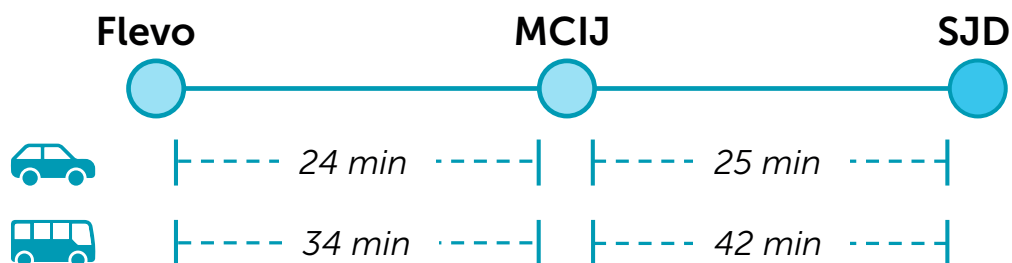
Wij voelden de boosheid en het verdriet in Flevoland. En nog steeds merken we dat medewerkers en patiënten hiermee worstelen. Dat begrijpen we. Het faillissement van 'jouw ziekenhuis' is een ongelooflijk ingrijpende gebeurtenis. Dat maakt veel los.

Een dagziekenhuis is onze oplossing om continuïteit van zorg in de Flevopolder te bieden. Veel mensen vinden dit onvoldoende. Toch houden we vast aan ons plan, ook als dat resulteert in moeilijke gesprekken met belanghebbenden en negatieve pers. Het is voor ons de enige manier om waar te maken wat we beloven. Meer krijgen we, op dat moment, niet voor elkaar. We zijn blij dat we onze beloftes inmiddels hebben kunnen overtreffen. Eind september 2019 opent de afdeling kort verblijf in Lelystad. Patiënten kunnen bijna een jaar na het faillissement weer overnachten in het ziekenhuis. Wij spannen ons tot het uiterste in om zoveel mogelijk zorg dicht bij huis te bieden aan patiënten in de Flevopolder. Als het veilig en verantwoord kan, breiden wij ons zorgaanbod verder uit.

In dit boek delen we onze ervaringen, zodat beleidsmakers en anderen in een vergelijkbare situatie hiervan kennis kunnen nemen. Wij geloven dat dit bijdraagt aan het verbeteren van de zorg in Nederland. Het beschrijft de gebeurtenissen vanuit ons eigen perspectief. Het is daarmee per definitie subjectief. ●

Ziekenhuislandschap in (de omgeving van) Flevoland





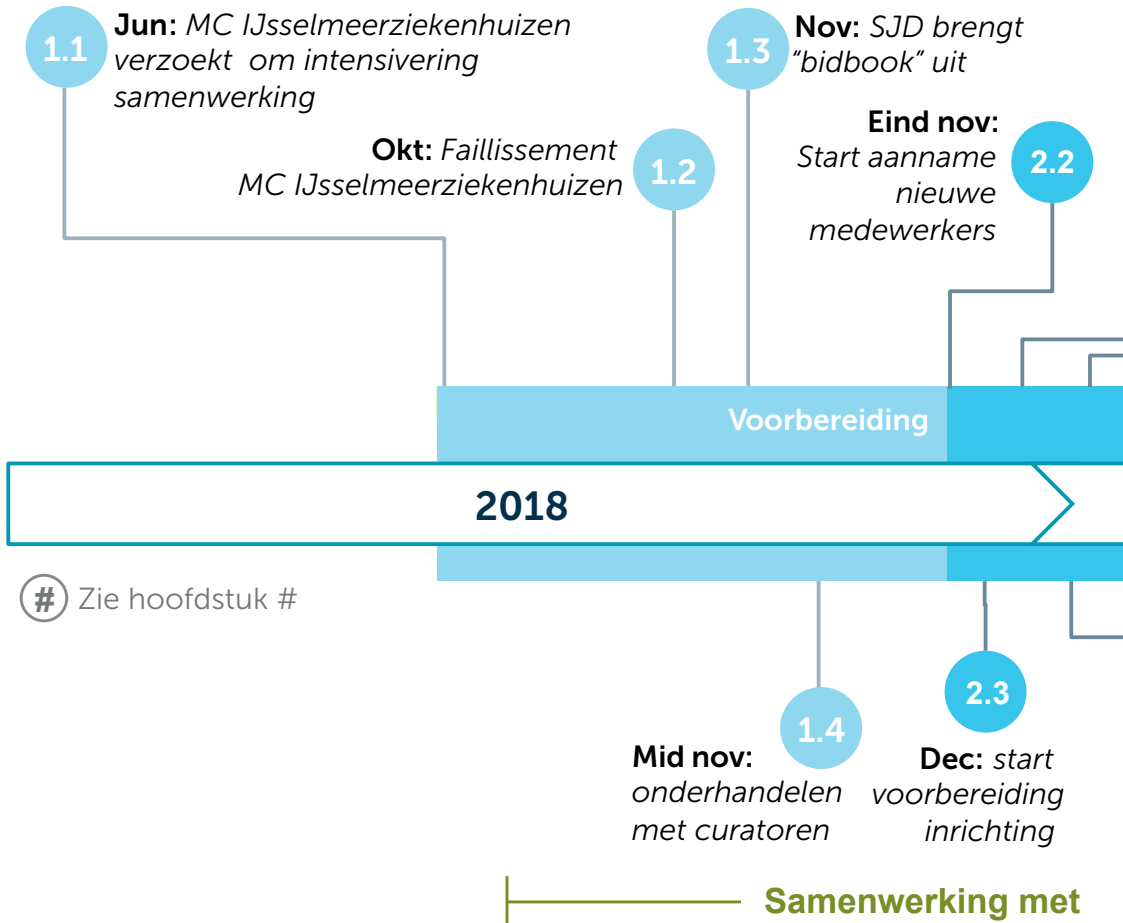
Situatie voor het faillissement van de MC IJsselmeerziekenhuizen:

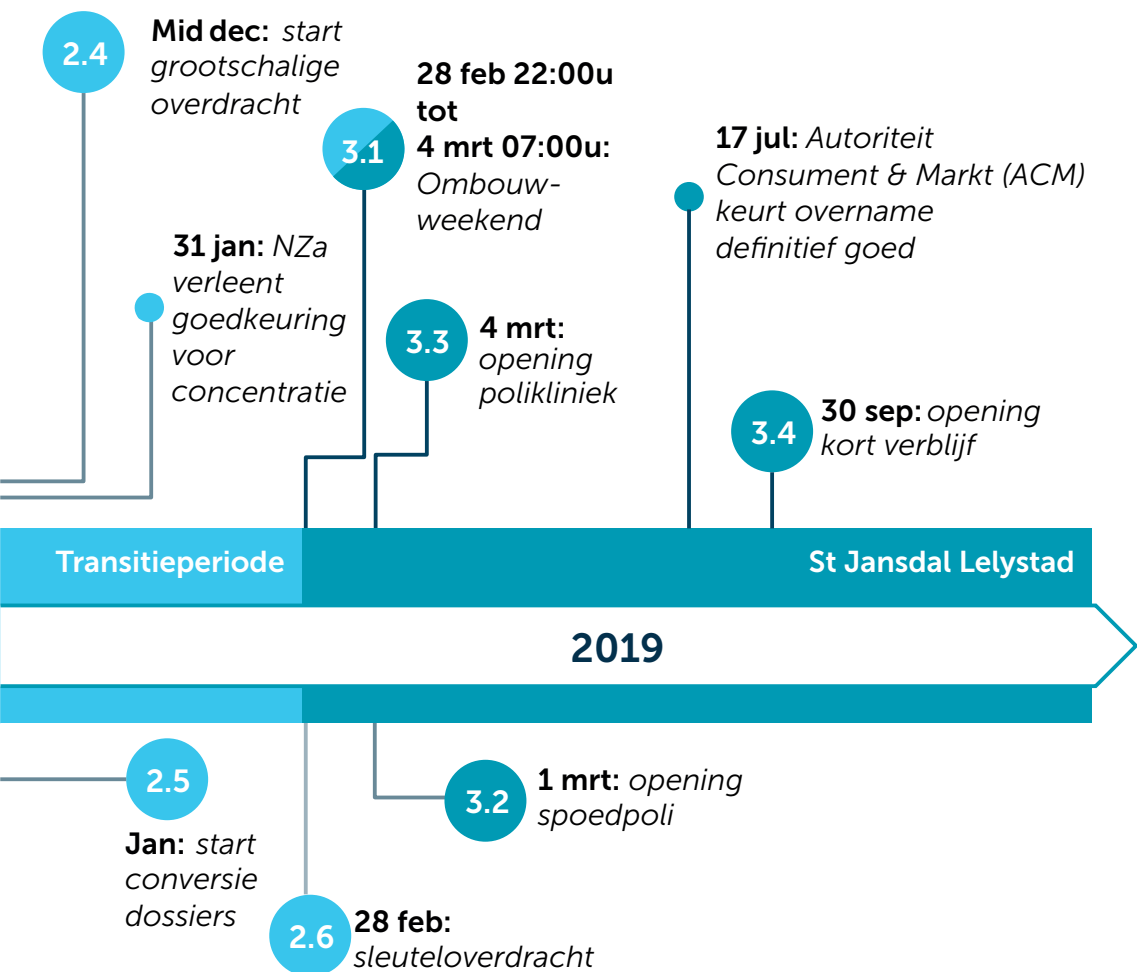
MCIJ = MC IJsselmeerziekenhuizen (Lelystad),

Flevo = Flevoziekenhuis (Almere),

SJD = St Jansdal (Harderwijk)

Tijdljn





Gupta Strategists —————|

Deel 1

Het faillissement

Snel duidelijkheid
overnamekandidaat
Zuiderzee

Faillissement ziekenhuizen



MC Zuiderzee in Lelystad (© Fotostudio Wierd)

MC IJsselmeerziekenhuizen zijn failliet

Update: 25 oktober 2018 10:55 ... 12:18

Lelystad - De rechtbank Midden-Nederland heeft de

/rijdag 26 oktober 2018

NRC HANDELSBLAD



ALGEMEEN HANDELSBLAD (1828) EN NIEUWE ROTTERDAMSE COURANT (1844)

Enquête
Sportclubs worstelen nog
met nieuwe privacywet
In het nieuws 6

James Baldwin
Waarom zijn werk
pijnlijk actueel is
Boeken 4-5

Door Christiaan Pauwe en
Erik van der Walje

AMSTERDAM. Misschien waren ze bij het ziekenhuis MC Slotervaart wel naïef geworden, zegt verpleegkundige Sander Dijkstra. „We hadden het al te vaak meegemaakt, altijd was er die dreiging van sluiting.“
Maar deze week gebeurde het echt. Dinsdag kregen het MC Slotervaart in Amsterdam en de IJsselmeerziekenhuizen in Flevoland uitsel van betaling. De zorginstellingen van zorgondernemers Loek Winter en Willem de dordag, failliet. Daarmee werd 25 oktober 2018 voor ruim tweehonderd ziekenhuiswerknemers en zo'n driehonderd patiënten een zwarte dag.
Het is uniek dat binnen een paar uur twee ziekenhuizen failliet gaan. Gevolg is onder meer dat 180.000 mensen in Flevoland geen ziekenhuis meer hebben. En dat patiënten in Amsterdam op stel en sprong naar andere

FAILLISSEMENT ZIEKENHUIZEN

Zwarte dag voor gezondheidszorg

Het is uniek dat binnen een paar uur twee ziekenhuizen failliet gaan. Het onvermijdelijke gevolg van marktwerking in de zorg?



MC Zuiderzee

Faillissement MC

IJsselmeerziekenhuizen komt ha aan bij personeel

Medewerkers van de MC Groep reageren emotioneel op het faillissement van ziekenhuizen. Dat zegt Esther Hiemstra, voorzitter van de medische staf. „Wij hebben keihard gewerkt om de kwaliteit van de zorg hoog te houden. Dit is rampzalig, ook voor de patiënten.“

van Weerhuizen deed mee, „maar dat was gewoon voor de samenhang. Ik werk hier al ruim 28 jaar en meegemaakt.“

De financiële situatie bij de ziekenhuizen verslechterde de afgelopen jaren snel. Dat kwam volgens de instellingen vooral doordat het duurder werd om personeel in te huren, het gevolg van de krappe arbeidsmarkt. Zorgverzekeraar Zilveren Kruis, de belangrijkste geldschieter van beide ziekenhuizen, stelde deze zomer extra geld beschikbaar. Maar begin deze maand weigerde de Achmea-dochter een noodkrediet te verstrekken.
„Schandalig“, noemt de 72-jarige mevrouw Vonk de sluiting van het MC Slotervaart. Ze woont in de buurt en rookt een sigaretje bij de ingang van het ziekenhuis. Ze komt er al sinds de opening in 1976. Vonk heeft net een

Mevrouw Vonk deed een bloedtest. Waar moet ze nu de uitslag ophalen?

bloedtest gedaan en weet niet waar ze straks de uitslag kan ophalen.

De vraag die nu snel moet worden beantwoord, is hoe de ziekenhuizen met zo min mogelijk problemen gesloten kunnen worden. De ongeveer tweehonderd patiënten die nu in één van de IJsselmeerziekenhuizen in Flevoland liggen, kunnen daar voorfinanciering de zorgverzekeraars blijven. De zorgverzekeraars bouwen van de „gecontroleerde“ afgeven van de rechtbank de komende twee maanden geen...

IJsselmeerziekenhuizen failliet verklaard, maar ‘praten over doorstart’

HOME

Redactie – 10:58, 25 oktober 2018

Op woensdag 24 oktober 2018 krijgen we berichten binnen dat het personeel van MC IJsselmeerziekenhuizen die middag om 12:00 uur in het personeelsrestaurant wordt verwacht. Dat kan nooit veel goeds betekenen.

"We hoorden dat het slecht ging en amper 48 uur later waren we met z'n allen ontslagen", vertelt nazorgconsulente Lynn Ossendorp, die inmiddels in St Jansdal werkt. "Het ging zo onverwachts. Buiten je eigen schuld om sta je ineens op straat, het was echt dramatisch." Leidinggevende Nancy Giacomini is tijdens het faillissement werkzaam in het Lelystadse ziekenhuis. "Er was zoveel verdriet en onzekerheid", geeft ze aan. "Mensen kregen in oktober geen salaris uitbetaald. Niemand wist of hij zijn baan zou houden. Alles bij elkaar leverde dat veel stress op. In een grote appgroep met meer dan driehonderd man hield iedereen elkaar op de hoogte."

1.1 Wat als ...? Voorbereiding van een doemscenario

"Zwarte dag voor gezondheidszorg" kopt het NRC Handelsblad op de voorpagina op vrijdag 26 oktober. Het is uniek in Nederland dat binnen enkele uren twee ziekenhuizen failliet gaan: MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen. Voor velen komt het nieuws als een donderslag bij heldere hemel, maar niet voor St Jansdal. Hoe komt dat zo?

“Zwarte dag voor gezondheidszorg” kopt het NRC Handelsblad op de voorpagina van vrijdag 26 oktober.

De eerste signalen komen in het voorjaar van 2018 bij ons binnen. Al jaren werken St Jansdal en MC IJsselmeerziekenhuizen samen, onder andere in de zorg voor patiënten

met long- en darmkanker. Medewerkers vangen op dat 'het niet zo goed gaat in Lelystad'. En dan, in het voorjaar van 2018, wil de raad van bestuur van MC IJsselmeerziekenhuizen op de koffie komen in Harderwijk. Dat is niet ongebruikelijk. Hun verzoek om de samenwerking tussen beide ziekenhuizen te intensiveren geeft echter wel aan dat er meer aan de hand is. "Na die vraag wist ik direct dat dit niet zomaar een kopje koffie was", vertelt Relinde Weil, voorzitter raad van bestuur St Jansdal. "Ik besepte dat er, links- of rechtsom, iets groots ging gebeuren." Ze spreekt af om het verzoek in overweging te nemen en aan het einde van de zomer met een antwoord te komen.

De raad van bestuur besluit tot voorbereiding van het 'wat als'-scenario. Wat zal er gebeuren als St Jansdal instemt met dit verzoek en wat als het dit juist weigert? Een klein projectteam gaat samen met adviesbureau Gupta Strategists aan de slag met het maken van een analyse en het uitdenken van scenario's. Het projectteam werkt grondig en 'van grof naar fijn'. De eerste voorbereiding bestaat uit het onderzoek wat het wel of niet overnemen van (delen van) de zorg voor patiënten uit de Flevopolder zou betekenen voor St Jansdal. Welke zorgvoorziening zal nodig zijn om Lelystadse patiënten goede zorg dichtbij te

bieden en wat zou dat kosten? In deze fase verkennen we diverse scenario's: van niets doen, tot fuseren, tot starten in Lelystad na een faillissement. Ook onderzoeken we de mogelijkheden van verschillende zorgvoorzieningen: van een volledig ziekenhuis met spoedeisende hulp en intensive care tot een uitgebreide polikliniek. Daaruit blijkt al dat handelen gewenst is; de analyses bevestigen dat St Jansdal veel te verliezen heeft als een andere partij de zorg overneemt en de samenwerking verbreekt. 'Niks doen' is daarmee geen optie meer. Tegelijkertijd blijkt St Jansdal niet over voldoende middelen te beschikken om de investeringen te dragen die voor een fusie nodig zijn; de schuldenlast van MC IJsselmeerziekenhuizen is daarvoor eenvoudigweg te hoog.

De tweede stap in onze voorbereiding is het verkennen van de positie van andere belanghebbenden. Wie zou mogelijk geïnteresseerd zijn in een overname? Zijn er kansen om samen op te trekken? We maken een analyse van de mogelijke overnamekandidaten op basis van openbare financiële gegevens en de strategische expertise van Gupta. Daaruit volgt de conclusie dat wij van alle zes ziekenhuizen met belangen in de Flevopolder waarschijnlijk het meest te verliezen hebben. Het lijkt ons onwaarschijnlijk dat een private partij zal besluiten tot een 'warme overname', waarbij alle verplichtingen aan personeel en schuldeisers in stand blijven. Daarmee ligt een gezamenlijke warme overname, met een ander ziekenhuis of een private partij, niet voor de hand.

Het projectteam opereert op dat moment nog grotendeels 'onder de radar' om geen onrust in het ziekenhuis te veroorzaken. De consultants van Gupta werken nauw samen met de bestuurssecretaris en het hoofd planning en control. Toch spreken we al wel met een aantal belanghebbenden, zoals het managementteam. De raad van bestuur bespreekt de resultaten en conclusies van het onderzoek in een reeks telefonische vergaderingen met de raad van toezicht. Ook het bestuur van de vereniging medische staf (VMS) denkt mee vanaf de start. Als de eerste conclusies van het onderzoek beschikbaar komen, delen zij het onderzoek met de kernstaf, bestaande uit de voorzitters van alle vakgroepen.

Het is inmiddels september en Relinde Weil gaat samen met financieel directeur Arend Jan Poelarends langs in Lelystad. Ze vertelt: "We hebben toen zorgvuldig nee gezegd. Wel gaven we aan graag betrokken te willen blijven en te helpen waar mogelijk."

St Jansdal besluit tot het maken van noodplannen als volgende stap in de voorbereiding. Vanuit de medische staf komt er een projectleider Lelystad. Deze plannen beschrijven hoe St Jansdal per direct zorg kan overnemen als het ziekenhuis in Lelystad failliet zou gaan. De noodplannen bestaan uit drie delen: onderzoeken, uitwerken en uitvoeren. We beginnen bij het eerste deel en stellen vast bij welke signalen we overgaan naar het volgende deel.

Allereerst onderzoeken we wat we moeten regelen in Harderwijk in geval van een faillissement. Uit welke onderdelen zou een eventueel bod van onze kant moeten bestaan en wie



moeten we daarbij betrekken? We bekijken welke onderdelen we willen overnemen en besluiten alleen te bieden op de zorg in Lelystad, als de kans zich voordoet. Dus niet op de zorg in Emmeloord. Dat zou een te grote opgave zijn. Niet alleen qua uitvoering, maar ook financieel. We berekenen hoeveel extra medewerkers nodig zijn in de verschillende scenario's voor invulling van de zorgvoorziening. Ook besluiten we om bij voorkeur het gebouw niet over te nemen, vanwege de verwachte slechte staat van de installaties. Daarnaast stellen we vast wat we in geval van een faillissement moeten bespreken met zorgverzekeraars, omliggende ziekenhuizen, het regionaal overleg acute zorg (ROAZ) en huisartsen. Ten slotte maken we een prognose wanneer we een faillissement kunnen verwachten.

Het uitgedachte noodplan voor locatie Lelystad werken we uit tot een globaal plan. Hierin staan duidelijke kaders die betrekking hebben op het zorgprofiel, de interne processen en productiviteitseisen. Het zorgprofiel van de locatie vormt het eerste kader. Uit uitgebreide analyses en na overleg met de vakgroepvoorzitters blijkt dat het een poliklinisch ziekenhuis moet worden met uitgebreide diagnostische faciliteiten, de moge-



De trieste aftocht van het logo van MC Zuiderzee

lijkheid tot operaties in dagopname en infuustherapie. Met een spoedpoli voor eenvoudige acute zorg overdag en 's avonds, maar zonder spoedeisende hulp. Bevalingen kunnen er niet plaatsvinden en ook komt er geen kliniek: 's nachts is het ziekenhuis dicht. Dit is een harde voorwaarde van de medisch specialisten om in te stemmen met de plannen. Zij vinden de reistijd van ongeveer vijftientwintig autominuten tussen Harderwijk en Lelystad te lang om in geval van nood 'even' naar de andere locatie te gaan. Een kliniek in Lelystad betekent voor hen dus een verdubbeling van de dienstendruk. Dat zien ze als een groot risico voor de kwaliteit van zorg op beide locaties.

Het tweede kader is de keuze om de werkwijze op locatie Harderwijk zoveel mogelijk te kopiëren naar Lelystad. De nieuwe patiëntenstromen gaan we invoegen in de huidige processen. De inrichting van het elektronisch patiëntendossier Epic is daarbij leidend. De uitbreiding van het ziekenhuis met een extra locatie is al ingrijpend genoeg, ook zonder herinrichting van het poliproces. Laat staan dat we straks meerdere varianten van hetzelfde proces moeten ondersteunen.

Het derde kader beschrijft het besluit om de afdelingen geen productiviteitsdoelstelling mee te geven. In Harderwijk bleek uit eerdere onderzoeken, nog voor het faillissement, dat er ruimte was om efficiënter te werken. Toch besluit de raad van bestuur deze mogelijkheid niet te koppelen aan deze nieuwe opdracht. Het lijkt al moeilijk genoeg voor alle afdelingen om in zo'n korte tijd een 'zusterafdeling' te openen in Lelystad. Afdelingen in Lelystad krijgen daarom dezelfde personele bezetting ten opzichte van de productie als in Harderwijk.

Begin oktober vinden we onze voorbereiding goed genoeg. We besluiten ons voorwerk in een la te stoppen en hopen het nooit nodig te hebben.

1.2 Zorgen voor patiënten nadat de rechtbank het faillissement uitspreekt

Op 26 oktober 2018 spreekt de rechtbank Midden-Nederland het faillissement van MC IJsselmeerziekenhuizen uit, na beëindiging van de surseance van betaling op 25 oktober. Het is voorbij. Duizenden patiënten zoeken hun heil bij omliggende ziekenhuizen. Ook St Jansdal krijgt, als dichtstbijzijnde ziekenhuis, van de ene op de andere dag te maken met een grote toestroom. Het omvallen van het ziekenhuis heeft dus niet alleen effect op de patiënten uit Lelystad; ook die van de Veluwe krijgen er door de drukte in Harderwijk volop mee te maken. Wat gebeurt er in de eerste dagen na het faillissement?

De curatoren besluiten om de intensive care, de kliniek en de verloskamers in Lelystad per direct te sluiten. Patiënten die in Lelystad zijn opgenomen en nog niet naar huis kunnen, worden verdeeld over de omliggende ziekenhuizen. Niemand heeft zoveel lege bedden tegelijk beschikbaar. De curatoren vragen ons ook om patiënten die midden in een chemokuur zitten over te nemen, zodat zij hun behandeling in Harderwijk kunnen voortzetten. "Het begin was hectisch", vertelt zorgmanager Frits van der Velde. "De eerste beslissingen moesten we ad hoc nemen." Veel medewerkers zijn ondertussen verbijsterd over wat er allemaal gebeurt in Lelystad. "Ik stond er echt van te kijken hoe dat gaat met curatoren die iedereen per direct ontslaan", aldus bestuursvoorzitter Relinde Weil. "Het ging zo hard en snel, dat maakte indruk. Ook de ontredde van alle partijen en de zorgverzekeraars in de eerste dagen na het faillissement vond ik heftig. Er was veel verwarring over wat er moest gebeuren." Leidinggevende Ineke Spanjer, toen nog werkzaam in Lelystad, maakt van dichtbij mee wat het betekent als er opeens nauwelijks meer patiënten in het ziekenhuis zijn. "Het was bizar", zegt ze. "Het voelde als een ontzield ziekenhuis met al die lege wachtkamers. Zo was ik het helemaal niet gewend, het was er altijd druk."

Spoedzorg is op dat moment in Lelystad nog mogelijk, maar toch neemt de drukte op de spoedeisende hulp in Harderwijk toe. Die kampt al lange tijd met personeelstekorten. Door alle extra patiënten wordt het probleem nog groter. In één klap is het aantal SEH-bezoeken dertig procent hoger dan voorheen. Wachttijden lopen op en verpleegkundigen lopen zich de benen uit het lijf om iedereen in de gaten te houden. Er is weinig informatie. Niemand weet precies wat er gaat gebeuren in Lelystad. Dat zorgt voor onduidelijkheid op de werkvloer. “We wisten niet wanneer de SEH in Lelystad zou sluiten”, vertelt SEH-arts Vicky de Wilde. “We konden in het begin niet altijd beschikken over dossiers van patiënten. Bij acute nood volgen ziekenhuizen normaliter een procedure om dossiers op te vragen bij een ander ziekenhuis. Maar het ziekenhuis was failliet en er was nog niemand die het beheer van de dossiers had overgenomen. Dat maakte het ingewikkeld. We kwamen soms op het nippertje aan de broodnodige informatie.” Op 5 november verandert de SEH in Lelystad in een spoedpoli. Van ’s morgens vroeg tot ’s avonds laat kunnen patiënten er terecht met acute problemen. Iemand met spoed opnemen, bijvoorbeeld voor een blindedarmoperatie, kan niet meer.

Binnen no time komen er na een kleine verbouwing vier behandelkamers bij op de SEH in Harderwijk. Maar zelfs zeventien kamers zijn niet genoeg. Door drukte moeten de deuren soms korte tijd sluiten en blijft de slagboom voor ambulances dicht. Deze time-outs zijn nodig om de veiligheid van patiënten en medewerkers te garanderen. “Iedere stop voelde als persoonlijk falen”, aldus SEH-arts Vicky de Wilde. “Maar het kon soms niet anders. We hebben gewoon meer artsen, verpleegkundigen én kamers nodig. We merken dat het begrip snel opraakte bij de Veluwe huisartsen; zij wilden weer terug naar de situatie zoals die was. Verrassend genoeg toonden patiënten begrip, ook als ze bijvoorbeeld naar een ander ziekenhuis moesten voor een opname. Dat had ik niet gedacht.”

Ook op de poliklinieken neemt de drukte toe. De toegangstijden exploderen doordat patiënten uit Lelystad met een nieuwe zorgvraag in Harderwijk aankloppen. Zij begrijpen niet altijd waarom ze zo lang moeten wachten voordat ze een arts kunnen

zien. Ze zijn boos, verdrietig en weten niet waar ze aan toe zijn nu ‘hun’ ziekenhuis failliet is. De polikliniek in Dronten blijkt een uitkomst, zeker voor patiënten uit de polder. In Harderwijk was geen spreekkamer meer vrij, terwijl Dronten ruimte genoeg heeft. St Jansdal en MC IJsselmeerziekenhuizen bieden daar al jaren samen poliklinische zorg. Na het faillissement blijft St Jansdal er alleen over. “Wij hebben het aantal spreekuren in Dronten snel verdubbeld. Het is een bloeiende en drukke poli geworden”, zegt zorgmanager Frits van der Velde. “Veel patiënten konden we daar kwijt, het had echt een overloopfunctie.” Zilveren Kruis betaalt voor al deze zorg. Ons financieringsplafond geldt niet voor behandeling van patiënten uit de Flevopolder.

“ Wij hebben het aantal spreekuren in Dronten snel verdubbeld. Het is een bloeiende en drukke poli geworden. ”



De cover van het bidbook dat St Jansdal indient bij de curatoren

1.3 Bieden op een failliet ziekenhuis

Enkele dagen na het faillissement, op woensdag 31 oktober, kondigen de curatoren aan dat geïnteresseerde partijen een bod kunnen uitbrengen. De deadline voor het inleveren van een *bidbook* ligt 53,5 uur later, op vrijdagmiddag half vijf. Als wij het ziekenhuis willen overnemen, dan moeten we nu spijkers met koppen slaan. Dankzij de voorbereiding liggen grote delen van ons bod op hoofdlijnen al klaar. Het lukt om in korte tijd een goed bod te doen. Hoe pakken we dat aan?

Adviesbureau Gupta Strategists zorgt voor een stramien van een bidbook dat St Jansdal kan gebruiken. Het is een race tegen de klok om op tijd een goed onderbouwd document in te leveren. Vele afdelingen binnen St Jansdal gaan met man en macht aan het werk. Bestuursvoorzitter Relinde Weil is de saamhorigheid in deze periode bijgebleven. "We hebben met elkaar keihard gewerkt. Op een gegeven moment werkten tientallen mensen tegelijkertijd aan het bidbook, heel bijzonder. We deden het echt samen, alle kennis zat bij elkaar." Uiteindelijk levert het een tweeënveertig pagina's tellend boekwerk op.

Het bidbook is uitgebreid; we willen ermee laten zien dat we een serieuze partij zijn. Het beschrijft de visie van St Jansdal op patiëntenzorg, medewerkers, welke zorg St Jansdal waar zal aanbieden en hoe de samenwerking met andere partijen eruit zal zien. Daarnaast geeft het een financiële onderbouwing van het geheel. Financieel directeur Arend Jan Poelarends vertelt: "Voor de prijs van een ziekenhuis bestaan helaas geen vuistregels en diverse opties gingen door ons hoofd. We wilden natuurlijk niet te veel betalen. Twee zaken waren van belang: een geschikte locatie en contracten met grote zorgverzeke-

raars. Daarnaast hadden we natuurlijk apparatuur en inventaris nodig. Deze namen we over tegen taxatiewaarde. We deden ook onderzoek naar de waarde van het gebouw. Vanuit onze businesscase bepaalden we uiteindelijk of de totale overnamesom duurzaam te financieren was." St Jansdal heeft veel randvoorwaarden in het stuk opgenomen. "Dat was een goede keuze", aldus Samuel Smits van Gupta Strategists. "Het was namelijk helemaal niet bekend waar precies op geboden werd; de beschikbare informatie in de 'data room' was summier. Later kwamen we ook diverse onverwachte dingen tegen, waaronder de slechte staat van de installaties."

Het doel is om het ziekenhuis in Lelystad over te nemen om daarmee een passend zorgaanbod in de regio te behouden. Maar niet tegen elke prijs. Het moet haalbaar én toekomstbestendig zijn. In de voorfase bleek al dat de omliggende ziekenhuizen waarschijnlijk geen bod zouden doen. Op basis van scenariodenken verkent St Jansdal de voor- en nadelen van een overname door andere logische kandidaten. Het is alleen volstrekt onduidelijk wat de private partijen gaan doen. "We hadden een bod van één euro kunnen doen", zegt Relinde Weil. "De vraag was of er serieuze andere kandidaten waren. Maar dan hadden we chaos gecreëerd aangezien de curator daarmee gedupeerde partijen niet tegemoet kon komen. We wilden geen chaos, we wilden het goed doen voor de patiënten."

Dankzij alle voorbereiding kan St Jansdal in die korte tijd een financieel gedegen en inhoudelijk sterk bod samenstellen, met daarin een duidelijk plan hoe wij patiënten in Lelystad continuïteit van zorg kunnen bieden. Het winnende bod blijkt later.

Maar vooral een bod dat de risico's voor St Jansdal beperkt, dat aansluit bij onze strategie en waar intern draagvlak voor is. Het winnende bod, althans dat denken we, omdat we het beste weten wat we wel en niet willen en wat we daarvoor over hebben.

“ Dankzij alle voorbereiding kan St Jansdal in korte tijd een financieel gedegen en inhoudelijk sterk bod samenstellen. ”

1.4 Onderhandelen met de curatoren

Het *bidbook* is overtuigend genoeg: de curatoren nodigen ons op zondag 11 november uit op hun Utrechtse kantoor om het te bespreken. Er zijn dan nog meerdere partijen in de race. St Jansdal blijft uiteindelijk als enige kandidaat over. De steun van zorgverzekeraars is van belang in deze fase en die krijgen wij vanwege het duidelijke plan voor de inrichting van de zorg in Lelystad. Hoe verlopen de onderhandelingen?

"Het *bidbook* was uitgebreid en helder", zegt Samuel Smits van Gupta Strategists. "Met dit bod wilde St Jansdal opvallen, bovenop de stapel terechtkomen. Het eerste bod was te hoog; gelukkig waren veel voorwaarden in het stuk opgenomen. Uiteindelijk is voor de boedel een prima bedrag neergelegd; hierin heeft St Jansdal zich echt soepel opgesteld. Om goodwill ging het niet echt. Goodwill van een ziekenhuis dat slecht draait, is namelijk nihil."

In korte tijd vinden op de meest vreemde momenten onderhandelingen plaats. “In de avond, op zaterdag en op zondag waren we druk in overleg met alle partijen”, aldus bestuursvoorzitter Relinde Weil. “De curatoren, de Inspectie, de NZa, zorgverzekeraars, het ministerie, de lokale politiek; iedereen had een mening. Belangrijk was de steun van de zorgverzekeraars. Zij zagen dat ons plan goed doordacht was en gesteund werd door de medische staf. Inhoudelijk hadden we alles goed onderbouwd. Daarmee konden we de gesprekken open en in alle redelijkheid voeren.”

De onderhandelingen duren weken. “Het voelde alsof St Jansdal altijd goed voorbereid aan tafel zat”, legt Samuel Smits van Gupta uit. “Hierdoor bleven we niet hangen in details, maar was er focus op wat echt belangrijk was.” Financieel directeur Arend Jan Poelarends is het hiermee eens: “Het lukte om in korte tijd de juiste mensen om ons heen te verzamelen, zowel intern als extern. Veel partijen dachten met ons mee en vonden het een interessante casus. Mensen waren ongelooflijk gemotiveerd en gedisciplineerd. Iedereen wilde gaan voor dat ene doel, dat hielp enorm.”

“ Het voelde alsof St Jansdal altijd goed voorbereid aan tafel zat. ”

Tijdens de onderhandelingen gaat het nauwelijks over de zorg die St Jansdal wil gaan bieden in Lelystad. De curatoren worden afgerekend op het succes waarmee zij de belangen van de schuldeisers vertegenwoordigen. Zij hebben geld nodig om schulden af te lossen. Veel discussie gaat over de waarde van het vastgoed. Bij een ziekenhuis is dat geen prijs-per-vierkante-meter-formule. De staat van de installaties is veel belangrijker; hoe lang houden die het nog uit en is het mogelijk om op een veilige manier zorg te leveren? “Juist hierover ontbrak goede informatie”, legt financieel directeur Arend Jan Poelarends uit. “De risico’s die erbij hoorden, schatten we hoog in. We wilden ook niet speculeren op een eventuele winst na herontwikkeling. Dat paste niet bij ons ziekenhuis. We wilden het vastgoed dus het liefst door een ander laten kopen. Als dat door de tijdsdruk niet zou lukken, wilden we het zó doen dat we zo min mogelijk risico liepen. Uiteindelijk kozen we voor een gezamenlijke herontwikkeling van de ziekenhuislocatie Lelystad. Zo hielden onze stakeholders ook perspectief richting de toekomst.”

Niet alles is onderhandelbaar. De ICT moet op orde zijn om veilig zorg te leveren. De afdeling die daarvoor verantwoordelijk is, denkt minstens drie maanden nodig te hebben om elektronisch patiëntendossier Epic draaiende te krijgen in Lelystad. In het systeem moet de nieuwe locatie komen te staan, inclusief poliroosters en bijbehorende dokters. Ook komen de nieuwe magazijnvoorraden erin en moet alle apparatuur op de nieuwe locatie aan Epic gekoppeld worden. Deze drie maanden is het absolute minimum, nog nooit is een Epic-uitrol in een ziekenhuis zo snel gerealiseerd. “De curatoren wilden dat we het ziekenhuis al vanaf 1 december 2018 over zouden nemen”, vertelt

Arend Jan Poelarends. "Wij wilden per se pas starten vanaf 1 maart 2019. Uiteindelijk voelde het ook niet echt als onderhandelen, maar meer als het uitwisselen van standpunten. De verschillende inzichten leverden moeilijke momenten aan tafel op."

Vanuit de politiek is de druk groot om toezeggingen te doen rondom de acute zorg. De minister schuift aan bij de onderhandelingen met de curatoren, terwijl hij formeel geen partij is. Hij verzoekt ons herhaaldelijk om de spoedeisende hulp en de kliniek in Lelystad open te houden en biedt aan een deel van de kosten te dragen. St Jansdal blijft bij de uitkomsten van alle analyses uit de zomerperiode. De kosten van een volledig ziekenhuis in Lelystad zijn simpelweg te hoog. "We zijn bij de basis gebleven", knikt Relinde Weil. "Het was van het begin af aan duidelijk: dit is ons recept, hier geloven we in en dit willen we in Lelystad gaan doen. Als we toezeggingen hadden gedaan, hadden we het draagvlak bij onze artsen verloren. Dat vertrouwen hadden we dan echt op het spel gezet. Het was soms lastig voor de buitenwereld. Maar wij leveren zorg, we bedrijven geen politiek." •

Deel 2

De transitie- periode





In de loop van november beginnen we te geloven dat ziekenhuis St Jansdal Lelystad er gaat komen. Financieel directeur Arend Jan Poelarends: “Op hoofdlijnen hadden we een akkoord. Tussen de deal en de uiteindelijke handtekening eind december is nog veel gesoebat over de details.

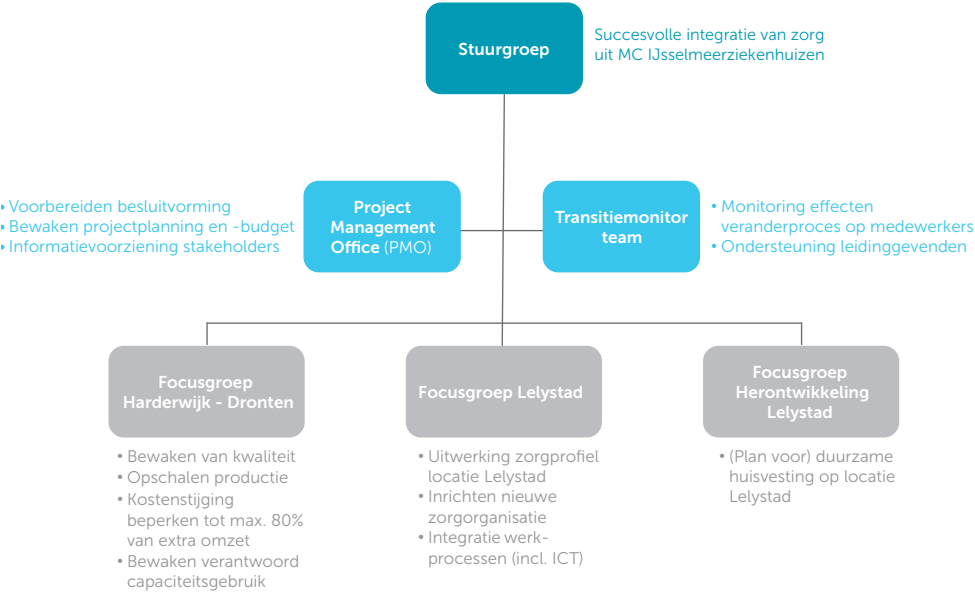
Het ging om ICT, dossiers, inventaris en apparatuur. Rondom het zorgprofiel hebben we ons rechtlijnig opgesteld, daarover viel niet te onderhandelen. Rondom het financiële gedeelte waren we flexibeler.” Hoewel eind november geen andere partijen meer in de race zijn, is het beslist niet vanzelfsprekend dat we, zoals beloofd aan de curatoren, drie maanden later op 1 maart de deuren van ziekenhuis St Jansdal Lelystad kunnen openen.

2.1 Hoe krijgen we dit ooit voor elkaar?

Er moet zoveel gebeuren in zo’n korte tijd, dat het onvermijdelijk is om zaken gelijktijdig uit te voeren. Dat vraagt om coördinatie en veel meer onderlinge afstemming dan ‘normaal’, zodat acties niet dubbel of juist helemaal niet worden uitgevoerd. De unieke aard van het project maakt dat iedereen dingen moet doen die hij nooit eerder deed. Er is een reële kans op fouten. Wat te doen om die kans zo klein mogelijk te maken?

Er komt een stevige projectorganisatie. Gezien de tijdelijke aard, complexiteit en hoge tijdsdruk van de opdracht om een nieuwe locatie te openen, ligt het voor de hand om een projectorganisatie in te richten. Die bestaat uit drie focusgroepen met daarboven een grote stuurgroep, gesteund door een programmabureau, zie *figuur 3*. De eerste focusgroep richt zich op het voorbereiden van de opening van locatie Lelystad. De tweede focusgroep concentreert zich op het opschalen van de zorg in Harderwijk en de derde op het voorbereiden van de herontwikkeling van het vastgoed in Lelystad. Alle opdrachten moeten immers slagen om een duurzaam gezonde ziekenhuisorganisatie te behouden. Daarvoor is het nodig om besluiten op het ene onderwerp te nemen met kennis van de andere onderwerpen. Het programmabureau bewaakt de voortgang, signaleert waar plannen vanuit de verschillende focusgroepen elkaar raken en zorgt voor de voorbereiding van besluitvorming. Die vindt plaats in de stuurgroep, bestaande uit: de raad van bestuur, het managementteam, de projectleiders van de focusgroepen, de voorzitters van de ondernemingsraad, de verpleegkundige adviesraad, de medische staf

en het medisch specialistisch bedrijf. De grote stuurgroep blijkt cruciaal om alle interne belanghebbenden direct mee te nemen in de besluitvorming. Zij zien de context van gevraagde besluiten, de uitdagingen in de uitvoering daarvan en kunnen meedenken over oplossingen voor allerhande problemen. De stuurgroep vergadert zeer frequent: wekelijks in december, twee keer per week vanaf half januari en dagelijks direct na de opening van locatie Lelystad. Besluitvorming is op deze manier geen vertragende factor in de uitvoering van de opdracht. Bij twijfel kunnen medewerkers snel een besluit vragen en daarna weer door met de uitvoering van hun taak.



Figuur 3 Organogram van de projectorganisatie

Er ontstaat een sterke teamgeest: we doen het echt samen. Die teamgeest ontstaat niet zomaar, maar komt onder meer voort uit gedeelde principes. Op aanraden van de raad van toezicht formuleren we een ‘principle charter’, zie *figuur 4*. Een lijst met gedeelde principes, zoals ‘we denken in kansen en vinden oplossingen om volwaardige zorg te bieden aan onze patiënten’ en ‘zorgvuldigheid gaat boven snelheid’. Die principes zijn bedoeld om medewerkers te helpen bij het vinden van oplossingen voor de dilemma’s die op ze afkomen. Medewerkers krijgen veel vrijheid bij de invulling van hun opdracht. Het doel is helder: de nieuwe locatie moet op 1 maart 2019 haar deuren openen. Wat daarvoor nodig is, moeten medewerkers zelf bepalen. Veel van hen vinden het prachtig, want ‘dit maak je maar één keer mee’. Coassistenten vertellen dat iedereen in hun opleidingsgroep jaloers op ze is. Zij zitten toevallig in St Jansdal en krijgen nu de kans om zo’n unieke situatie van dichtbij mee te maken.

De principes zijn geen pasklare oplossingen voor de dilemma's die op ons afkomen. Principes zijn richtinggevend en dragen bij aan een cultuur waarbinnen we dilemma's herkennen, bespreken en samen oplossen.	
 Werknemers	1. Medewerkers zijn het belangrijkste kapitaal van St Jansdal; alles naar draagkracht 2. Uitbreiden van personeel op basis van een gecalculeerd risico 3. Tijdelijk externe inhuur is mogelijk als personeel St Jansdal dat nodig acht om planning te halen
 Samenwerken	4. Vele schouders maken licht werk; wat is jullie team-effort? 5. Wij zijn een goede buur, geen verre vriend 6. Welwillend, constructief en begripvol richting de eerste lijn
 Kwaliteit	7. Zorgvuldigheid gaat boven snelheid 8. Wij denken in kansen en vinden oplossingen die volwaardige zorg bieden aan onze patiënten 9. Wij zijn transparant in onze keuzes en open over onze vragen 10. Extra toestroom patiënten mag tijdelijk drukken op serviceniveau, niet op de kwaliteit van zorg
 Doelgericht	11. Acuut gaat voor electief 12. We accepteren alle polissen en regelen het desnoods achteraf met de verzekeraar 13. Processen blijven gelijk, nieuwe patiëntenstromen voegen we toe in onze werkstromen 14. We zorgen voor continuïteit en stabiliteit in polikliniek Dronten

Figuur 4 'Principle Charter' van het project

In de loop van de tijd ontstaat een sterk gevoel van verbinding tussen mensen, gebaseerd op saamhorigheid en onderling vertrouwen. De inrichting van een plek om samen te werken draagt daaraan bij. Veel speelt zich af op de derde verdieping van het ziekenhuis in Harderwijk. Raad van bestuur, projectleiders, artsen, externen, we zitten allemaal dicht bij elkaar en werken aan hetzelfde doel. Dat maakt de lijnen letterlijk kort en het gevoel dat we samen aan de slag zijn groot. Die gedrevenheid slaat over op leveranciers. Huisbank Rabobank heeft er vertrouwen in en doet meer dan gevraagd. Softwareleverancier Epic heeft nog nooit meegemaakt dat in zo'n korte tijd een nieuwe locatie aangesloten moet worden, maar vindt het prachtig dat een klein ziekenhuis zichzelf deze ambitie stelt. In de Verenigde Staten gebeurt het vaker dat een Epic-ziekenhuis een nieuwe locatie opent, maar daarvoor is altijd (ten minste) een jaar voorbereidings-tijd beschikbaar. Alle vaste partners voor timmer-, schilder-, en installatiewerk zijn bereid om in het eerste weekend van maart te komen werken. Dat is niet vanzelfsprekend: een bouwbedrijf uit de Betuwe had al het personeel vrijgegeven vanwege carnaval. Toch zorgen zij ervoor dat vakmensen uit hun netwerk het hele weekend met ons doorwerken. En dat zijn maar enkele voorbeelden.

2.2 Personeel aannemen

Het overnemen van het ziekenhuis in Lelystad heeft veel consequenties op het gebied van personeelszaken. Duidelijk is dat we ruim vierhonderd mensen aan of over moeten nemen. Wat betekent dat juridisch? En hoe zorgen we ervoor dat personeel behouden blijft voor de regio?

"Allereerst zochten we uit hoe het met de wet- en regelgeving zat. Dat bleek een complex juridisch verhaal," zegt HR-business partner Henriëtte Jacobs. "Ondertussen keken we naar de schaarste van de verschillende functies die we nodig zouden hebben en maakten we een gedetailleerd plan. Hierdoor kregen de HR-collega's en de ondernemingsraad inzicht in wat op personeelsgebied op ons afkwam." Henriëtte Jacobs en haar collega Linda den Otter overleggen intensief met de curatoren om zoveel mogelijk medewerkers uit Lelystad een baan te kunnen bieden. "Het personeel kreeg direct na het faillissement ontslag", legt Linda den Otter uit. "Daarmee begonnen de opzegtermijnen te lopen. Na vier tot zes weken hoefden zij niet meer te komen. Een leegloop dreigde. Voor ons was het van belang goed in beeld te krijgen wie we nodig zouden hebben. Die mensen wilden we zo snel mogelijk een baan aanbieden, zodat ze niet elders zouden solliciteren. Op basis van de verwachte zorgvraag en ons zorgaanbod per locatie maakten we samen met de afdeling planning & control een lijst met functies en het aantal fte (fulltime banen) dat daarbij hoorde, uitgesplitst naar Harderwijk en Lelystad."

St Jansdal neemt in november de eerste zeventig medewerkers aan, voornamelijk verpleegkundigen vanuit Lelystad. In Harderwijk zijn meteen na het faillissement veel nieuwe medewerkers nodig, omdat een grote groep patiënten uit de Flevopolder naar Harderwijk komt. "We moesten flink opschalen", vertelt Henriëtte Jacobs. "De druk op de ketel was enorm. Lelystadse verpleegkundigen trokken door alle onzekerheid al weg naar andere ziekenhuizen. Hiermee verdwenen goede mensen uit beeld." St Jansdal krijgt uiteindelijk, net voor het aflopen van de opzegtermijn van medewerkers van MC IJsselmeerziekenhuizen, een week de tijd van de curatoren om een selectie te maken. Die mensen kunnen we persoonlijk een contract aanbieden voordat hun opzegtermijn afloopt. In overleg met de stuurgroep kiest HR voor speeddates. Helaas ontbreekt de tijd om met iedereen 'normale' sollicitatiegesprekken te houden. De achthonderd medewerkers van MC IJsselmeerziekenhuizen kunnen aangeven of ze interesse hebben in een baan bij St Jansdal. Uit privacyoverwegingen zijn hun gegevens alleen niet bij ons bekend. Al die mensen moeten dus zelf via mail hun belangstelling kenbaar maken. In vier werkdagen vinden er bijna zevenhonderd gesprekjes van een kwartier plaats. In zo'n speeddate kun je aangeven wat je huidige functie is, wat voor soort functie je zoekt en op welke afdeling van het ziekenhuis je wilt werken. "Mensen gingen al naar andere werkgevers", aldus Linda. "Het moest dus snel. We hebben na de speeddates nog eens 235 mensen een aanbod gedaan om bij ons te komen werken. Velen waren ongelooflijk blij. Soms zaten ze te huilen van blijdschap en opluchting aan de andere kant van de lijn."

Veel verpleegkundigen moeten tegelijk worden ingewerkt en dat levert soms moeilijke situaties op. In Harderwijk openen de 120- en 330-gang¹ de deuren en de afdeling kort verblijf gaat ook in het weekend open. Dit levert vijftig extra bedden op. De teams bestaan uit verpleegkundigen van het St Jansdal én van MC IJsselmeerziekenhuizen.

1 Er komen onder andere een algemene opname-afdeling en extra bedden voor longgeneeskunde bij.



Verstrekking van honderden personeelspassen tijdens de introductiedag op 1 maart 2019

"Zij kenden de processen en de afspraken op de afdeling nog niet", zegt VAR-lid² Corlien van den Berg. "Op één gang ging een compleet nieuw team aan het werk. Zij hadden geen bekende structuur waar ze op terug konden vallen. Oudgedienden van St Jansdal hebben toen heel wat ballen hoog moeten houden om de nieuwelingen wegwijs te maken." Zorgmanager Frits van der Velde knikt: "We vroegen zo veel van onze mensen, dat wil je helemaal niet. Maar we zaten op een trein die doordenderde. Soms bleek ook dat er meer werk nodig was dan we van tevoren hadden geschat. De ziekenhuisapotheek kwam er bijvoorbeeld achter dat patiënten uit Lelystad gemiddeld meer medicatie gebruikten dan Veluwe patiënten. Zij dachten de nieuwe bedden er wel bij te doen, maar moesten toch extra medewerkers aantrekken voor de medicijndistributie."

Bij medisch specialisten verloopt het proces anders. Bijzonder is het feit dat MC IJsselmeerziekenhuizen een van de weinige niet-academische ziekenhuizen in Nederland is waar alle medisch specialisten in loondienst zijn. Dat maakt dat bij hen, net als bij het overige personeel, sprake is van opvolgend werkgeverschap als zij hun praktijk bij St Jansdal voortzetten. Volgens onze berekeningen hebben we ruim veertig fte extra nodig voor de opening van een dagziekenhuis. Op dat moment werken er bijna honderd artsen in Lelystad. Tijdens een bijeenkomst worden de Lelystadse dokters bijgepraat over de plannen. "Het was een confronterend verhaal", legt longarts Cas Colder uit.

² VAR = verpleegkundige adviesraad



Boardingpass introductiedag St Jansdal

FIRST CLASS

Van harte welkom als nieuwe collega binnen ziekenhuis St Jansdal!

Graag nodigen we je uit voor de introductiedag.

Een introductie als nooit tevoren, op een locatie als nooit tevoren. Omdat we zoveel nieuwe collega's mogen ontvangen! Met deze dag wordt voor velen van jullie een roerige periode afgesloten en maken we een gezamenlijke nieuwe en vliegende start als één ziekenhuis.

Welkom aan boord

Deze dag geven we je belangrijke informatie waardoor jij goed van start kan gaan in je nieuwe baan.

De Raad van Bestuur opent het ochtendprogramma waarna sprekers uit de organisatie ingaan op belangrijke kernwaarden van het St Jansdal, onder begeleiding van het improvisatiecabaret duo MIER.

Vliegensvlug met EPIC

Tijdens het middagprogramma wonen medewerkers die gaan werken met ons elektronisch patiëntendossier (EPD) een geïntegreerde demo en deelsessies bij. Ook als je niet met het EPD gaat werken ben je welkom om de demo bij te wonen. Voor elke functiegroep is een apart reisschema opgesteld die je vindt in de bijlage.

Daarnaast is er voldoende tijd om elkaar te ontmoeten tijdens:

- De ontvangst.
- De lunch die wij jullie aanbieden.
- Het Meet en Greet café, waar je in gesprek kan gaan met collega's uit de organisatie.

Tijdens deze dag krijg je ook je badge uitgereikt en ontvang je allerlei praktische informatie.

Deze dag is een verplicht onderdeel van je introductieprogramma en wordt aangemerkt als werkdag. Indien je ingeroosterd bent om te werken op 1 maart of indien je toch verhinderd bent, horen we dit graag uiterlijk 21 februari: stjansdal.academie@stjansdal.nl. Je zult dan uitgenodigd worden voor een reguliere centrale introductiebijeenkomst.

Inchecken

Datum:
Vrijdag 1 maart.

Ontvangst:
08.00 uur – 08.45 uur.

Programma:
08.45 uur – max. 17.00 uur.

Locatie:
**Luchtvaart themapark
Aviodrome, Pelikaanweg 50,
Lelystad.**



**Ziekenhuis
St Jansdal**
1 maart 2019

Uitnodiging voor de introductiedag voor al het nieuwe personeel op 1 maart

"Wij vertelden ze dat St Jansdal 'in the lead' was en dat we niet alle artsen gingen overnemen, omdat we een dagziekenhuis gingen neerzetten. Daarvoor zijn minder artsen nodig. Bovendien moesten wij artsen, door het opvolgend werkgeverschap, direct een contract voor onbepaalde tijd aanbieden. We wilden alleen geen gedwongen huwelijk, daar zaten te veel risico's aan. Natuurlijk reageerde de zaal vol emoties. Het ging over hun baan, hun ziekenhuis en hun patiënten." Sommige artsen stappen direct over naar andere ziekenhuizen, anderen wachten af. Later belt Cas Colder met een aantal medisch specialisten om te vertellen dat er geen plek voor ze is in het St Jansdal. "Ik vond het moeilijk om te moeten kiezen tussen collega's met wie ik jaren had samengewerkt", zegt hij. "Een paar weken voor het faillissement hadden ze nog een geruststellend praatje gehoord. Maar toch stonden ze ineens op straat, afschuwelijk. Het leverde zoveel stress op. Mensen met wie we verder wilden, hielden van vreugde. Maar er was ook een groep waar we niet verder mee gingen. Zij waren verdrietig en boos. Dat is heel begrijpelijk."

Begin februari zijn ruim driehonderd mensen uit Lelystad aangenomen; rond de honderd komen elders vandaan. St Jansdal moet wel om zich heen kijken, aangezien een gedeelte van de medewerkers uit Lelystad al is overgestapt naar de ziekenhuizen in Amersfoort en Almere. Ook start St Jansdal met nieuwe specialisaties die nog niet eerder in Lelystad waren. "Wij zijn blij dat we zoveel mensen uit Lelystad een baan hebben kunnen bieden", vertelt Linda den Otter. "Er werkten in Lelystad heel veel gemotiveerde en goed opgelei-



Ben jij?
onze nieuwe
recovery
verpleegkundige

WERKENBIJSTJANSDAL.NL

Ziekenhuis
St JANS DAL 

de mensen met passie voor de zorg.” Vooraf formuleert HR een aantal gezamenlijke uitgangspunten: zorgvuldig, transparant en duidelijk. De dames erkennen dat het proces niet geheel vlekkeloos is verlopen. “We kregen allebei honderdvijftig mails per dag”, aldus Henriëtte Jacobs. “De hoeveelheid geeltjes op het bureau was ontelbaar. Het duurde lang voor er duidelijkheid kwam rondom het wel of niet voortzetten van de zorgactiviteiten in Lelystad door de curatoren tijdens de transitieperiode. Dat was lastig. Daarna moest er gewoonweg veel gebeuren in een te kort tijdsbestek.”

2.3 Een ziekenhuis inrichten

Met de aanschaf van een nieuwe OK-inrichting en de inrichting van poliklinieken heeft St Jansdal ervaring. Het inrichten van een compleet ziekenhuis blijkt andere koek. Er is te weinig tijd en niet genoeg geld om alles nieuw te bestellen, maar spullen uit Lelystad kunnen ook niet zomaar overgenomen worden. Werken met andere apparatuur dan gebruikelijk in Harderwijk kan tot fouten leiden als medewerkers gaan rouleren tussen de locaties. Ook kost de technische ondersteuning van vergelijkbare systemen naast elkaar onnodig veel geld. Uit financiële overwegingen volgt de opdracht om zo min mogelijk vierkante meters in het pand te gebruiken. Hoe zorgen we ervoor dat artsen en verpleegkundigen straks hun werk op de ‘St Jansdal’-manier kunnen doen?

In november beginnen we met het inventariseren van de spullen die nodig zijn voor de nieuwe locatie. Er moet een volledige inventaris komen, van bureaustoelen tot medische apparatuur, en dat kost geld. Met hulp van plattegronden is het mogelijk om alvast een indeling van de ruimtes per specialisme te maken. “We gebruikten het OK-ruimtehandboek van de laatste verbouwing”, vertelt Gerwin Vos, hoofd medische techniek. “En we gingen alle poliklinieken langs om te kijken wat de dokters nodig hadden. Zo konden we de ruimtes voor Lelystad puntsgewijs aflopen. Maar dat was natuurlijk niet compleet.” Als we een begroting maken voor de inventaris, blijkt al snel dat het veel te duur is om alles nieuw aan te schaffen. De volgende stap is dan ook om te kijken wat over te nemen valt; in Lelystad is immers van alles aanwezig. “Op basis van de inventarislijsten van de curatoren selecteerden we wat we over wilden nemen”, zegt Robbert Dijkhuizen, manager ICT & medische technologie. “Dat ging in een paar dagen tijd. Hier hadden we qua budget gierend uit de bocht kunnen vliegen. Achteraf bleek het een goede keuze. Binnen de planning hadden we het nooit gehaald om eerst alles af te voeren en dan opnieuw aan te schaffen.” Vlak voor de sleuteloverdracht blijkt alleen dat de inventarislijsten niet compleet zijn. Een veilinghuis haalt in opdracht van de curatoren zo’n honderd vrachtwagens aan spullen weg uit het gebouw. Daar zit veel bij wat St Jansdal prima had kunnen gebruiken, zoals prullenbakken en zeepdispensers. “Ik was verbijsterd”, schudt Annemarie van der Salm van het facilitair bedrijf haar hoofd. “We namen aan dat we dat soort artikelen gewoon over hadden genomen. Mensen belden me in paniek op, zeiden dat het helemaal verkeerd liep. En ik maar zeggen dat het goed zou komen.”



Mobile MRI-scanner

Het is belangrijk voor St Jansdal dat straks in Lelystad met dezelfde apparatuur gewerkt wordt als in Harderwijk. Als de werkwijze op alle locaties hetzelfde is, verkleint dit de kans op fouten. Het principe is simpel: als apparatuur hetzelfde is als in Harderwijk, dan nemen we het over en kopiëren we het Harderwijks protocol. Zo niet, dan volgt de afweging of de werkwijze drastisch anders is dan met ons eigen apparaat. Als hier substantiële risico's door ontstaan, is een nieuw apparaat nodig. "Het voordeel ten opzichte van een fusie was dat we een duidelijke lijn hadden dat alles volgens de St Jansdal werkwijze zou gaan", zegt Gerwin Vos. "Onze leveranciers begrepen de noodzaak, dachten goed en snel mee. Daardoor was het mogelijk in een paar weken tijd iets te regelen dat normaal maanden in beslag neemt."

De MRI- en CT-scan neemt St Jansdal niet over. De MRI is namelijk verouderd en de CT is van een ander merk dan die in Harderwijk. Nieuwe scanners zijn alleen niet op tijd leverbaar. Dit levert een praktisch probleem op; op 1 maart moeten de MRI- en CT-scan al draaien, omdat onze spoedpoli dan opent. Uiteindelijk lukt het Siemens om tijdelijke units uit Duitsland en Engeland over te laten komen. Die zijn in Nederland namelijk nauwelijks beschikbaar. Eenmaal in Lelystad is het aansluiten van de scanners op de parkeerplaats achter de radiologie-afdeling niet eenvoudig. "Het heeft veel regelwerk gekost om ervoor te zorgen dat deze noodvoorzieningen konden draaien", zegt Klaas Pees van huisvesting. "We hadden met spoed een krachtstroomvergunning nodig van de gemeente. Ook moest een dikke voedingskabel naar buiten lopen voor de elektriciteit. De curatoren wilden alleen niet dat we gingen boren in 'hun' gebouw." De aanleg van de noodstroomvoorziening moet al voor de sleuteloverdracht gebeuren, omdat we daarna maar één nacht de tijd hebben om de scanners aan te sluiten. Voor de curatoren is dat ingewikkeld, want wat als we schade veroorzaken aan het pand, terwijl we nog geen eigenaar zijn? Uiteindelijk krijgen we toestemming om de werkzaamheden 's nachts uit te voeren.

Een paar weken later is de situatie omgedraaid. St Jansdal is nu eigenaar van het pand als de curatoren de oude MRI-scanner, die we niet hebben overgenomen, nog moeten laten verwijderen. Dit is een ingewikkelde operatie die alleen via het dak kan. De curatoren hebben alleen geen hijsplan en dat is risicovol. "Toen ben ik me even strikt aan mijn regels gaan houden", lacht Klaas Pees. "De eerste poging hebben we stopgezet toen bleek



Het verwijderen van de MRI-scanner van MC IJssmeerziekenhuizen

dat het niet veilig was. Ze hadden geen hijsplan. Bij de tweede poging was dat er wel. Alleen kwam de regen toen met bakken uit de lucht zetten. Toen die scanner eruit was, konden we beginnen met dweilen.”

Het ziekenhuisgebouw in Lelystad ziet er aan de buitenkant mooi uit. Een eerste schouw met gespecialiseerde deskundigen laat helaas zien dat er binnen van alles aan schort. Zo blijkt de kooi van Faraday, in de kamer waar de MRI staat, zo lek als een mandje. Deze constructie van koper en ijzer moet ervoor zorgen dat er geen straling van buitenaf de kamer in kan, en vice versa. Dat is nodig om te zorgen dat de MRI zo zuiver mogelijke beelden van de patiënt kan maken, maar ook om buiten de ruimte geen last te hebben van de straling van de scanner. Metingen wijzen echter uit dat de meeste straling weglekt. Team huisvesting ziet zich genoodzaakt om de hele kamer te strippen om de gaten zo goed mogelijk te kunnen dichteten. “Uiteindelijk lukte het ons na een verbouwing om voldoende straling tegen te houden om veilig te werken”, zegt Gerwin Vos. “De kooi zit nu gelukkig binnen de gestelde norm.”

1 maart is een harde deadline. In de periode ervoor maken de teams huisvesting, facilitair en ICT werkwerken van zestig tot zeventig uur om alles af te krijgen. “Alles moest hiervoor wijken”, zegt Robbert Dijkhuizen. “Toch gaf het onze mensen energie. Mensen waren bereid om mee te denken, planningen om te gooien en het samen tot een succes te maken. De sfeer was positief en iedereen hielp elkaar. Eén ding was gewoon duidelijk: met elkaar gingen we deze klus klaren.”

“De sfeer was positief en iedereen hielp elkaar. Eén ding was gewoon duidelijk; met elkaar gingen we deze klus klaren.”

2.4 Zorgen dat duizenden behandelingen straks ‘gewoon’ doorlopen

In de transitieperiode besteden we veel aandacht aan de overdracht van de patiëntenzorg. Dit is een omvangrijke klus, cruciaal voor de continuïteit en veiligheid van de zorg voor patiënten uit de Flevopolder. Hoe pakken we dat aan: wat regelen medisch specialisten van het failliete ziekenhuis en wat hoort bij ons?

Bij de start van de transitieperiode in november begint MC IJsselmeerziekenhuizen met het voorbereiden van de overdracht van duizenden patiënten tegelijk. Het is een diverse groep; van mensen die veelvuldig in het ziekenhuis komen tot mensen die alleen een jaarlijkse controle ondergaan. Medewerkers van de afdeling zorglogistiek starten met het maken van lijsten van patiënten die de artsen moeten overdragen. Ze brengen ook in kaart wanneer de patiënt weer gezien moet worden door een medisch specialist. Dat luistert soms heel nauw, bijvoorbeeld bij patiënten die periodiek medicijnen toegediend krijgen in het ziekenhuis. In Harderwijk starten we de voorbereidingen om alle overgedragen patiënten te ontvangen. Vier vragen staan daarbij centraal: Om hoeveel patiënten gaat het? Willen zij hun zorg wel voortzetten bij St Jansdal? Hoe zorgen we dat de medische overdracht soepel verloopt? En hoe zorgen we ervoor dat zij op het juiste moment een nieuwe afspraak krijgen?

Wat er komt kijken bij de overdracht van patiëntenzorg

Het overdragen van de zorg voor een patiënt van de ene medisch specialist naar een andere gebeurt veelvuldig in elk ziekenhuis. Op grond van de Wet BIG hebben zorgprofessionals de plicht om nazorg te leveren. Dit betekent dat zij verantwoordelijk zijn tot het moment dat ze de zorg hebben overgedragen aan een ander. Als artsen langere tijd afwezig zijn, met pensioen gaan of vertrekken naar een ander ziekenhuis, dragen zij de zorg over aan hun collega's binnen de vakgroep. Regelmatig is er aanleiding om een patiënt over te dragen aan een medisch specialist van een ander ziekenhuis. Bijvoorbeeld omdat die over de kennis en ervaring beschikt om een patiënt nog beter te helpen, of omdat de patiënt verhuist naar een andere stad. Dit verloopt meestal volgens een paar vaste stappen. De arts bespreekt de overdracht met de patiënt, legt uit waarom het nodig is en vraagt toestemming voor de overdracht van het medische dossier. Daarna stuurt hij een ontslagbrief om zijn collega te informeren over de patiënt en zijn behandeling(en). Als daar aanleiding toe is, bijvoorbeeld omdat de patiënt kwetsbaar is of de behandeling complex, vindt vaak een mondelinge ('warme') overdracht plaats. Vervolgens neemt de polikliniek of de afdeling zorglogistiek van het ontvangende ziekenhuis contact op met de patiënt om een afspraak in te plannen. De patiënt weet waar hij aan toe is en de nieuwe arts beschikt over alle informatie die nodig is om de zorg goed en veilig voort te zetten.

Begin januari gaan we uit van de overdracht van zeventuizend patiënten. Een maand later blijken dat er achttienduizend te zijn. Uit allerlei systemen van MC IJsselmeer-ziekenhuizen komen nog lijsten met nieuwe patiënten, soms zonder patiëntnummer, erbij. "Die waren moeilijk te koppelen en er ontstonden verschillende lijsten", vertelt Peter Sohl van Gupta Strategists. "Mensen stonden daar dubbel op of ontbraken helemaal. Het was veel zoekwerk om te controleren of patiënten op meerdere lijsten stonden voor verschillende zorgvragen. Veel patiënten waren immers bekend bij meerdere specialismen. En alle zorg moest overgedragen worden." De angst is groot om patiënten te missen. "We moesten er niet aan denken dat kwetsbare patiënten tussen wal en schip zouden belanden", zegt bestuurslid Leonie Boven. "Voor de zekerheid plaatsten we advertenties in huis-aan-huisbladen. Ook vroegen we huisartsen om extra aandacht te hebben voor kwetsbare groepen en bij twijfel contact op te nemen via een speciaal telefoonnummer."

Niet alle achttienduizend patiënten zullen overgaan naar St Jansdal. Ze hebben vrije zorgkeuze, oftewel het recht om hun behandelaar te kiezen. Dit betekent dat alle patiënten op de lijst bevestigd moeten worden. Deels gebeurt dat vanuit MC IJsselmeerziekenhuizen, waar medewerkers starten met het bellen van patiënten. Ook op de polikliniek vragen zij patiënten in welk ziekenhuis ze hun zorg willen vervolgen. Maar de klus is enorm. In de

**Aan alle inwoners van Lelystad,
Dronten, Swifterbant en Biddinghuizen**

Niet het belangen van de NIO (Nieuwsmiddeleeuwen) is er een andere tijd aangebroken voor medewerkers en patiënten. Steedsheid is eind november vorig jaar duidelijk geworden dat ziektehuis in jarenlang gestreekt werd om een doortocht van de ziekte belangenvereniging in Lelystad te realiseren. Wie kan welken wij met een en met NIO. Alleen al het in dienst nemen van handvinden medewerkers is een gigantische operatie. Volgens op deze pagina kunt u Nieuwsmiddeleeuwen

Wij realiseren ons dat u vragenlijstjes veel behoeftes heeft! Aan concrete informatie, wij vragen uw begrip voor het feit dat wij deze het vele werk dat er nu ons afwachten nog niet eerder gefinancierde informatie konden geven.

Helaas is het ook nu nog niet mogelijk om op alle vragen antwoorden te geven. Maar vanaf deze week publiceren we wellicht ook een pagina in de Elanpost. Op die manier proberen we de bewaking zoveel mogelijk op de hoogte te stellen van de actuele stand van zaken. Om daar is een zoveel mogelijk planning van in Lijstposten van de

hielden. In 2 reacties konnen patiënten voor circa 30% van de symptomen en diagnosticatie van een ziektebacteriële reuking in de hersenen in het ziekenhuis in Lelystad. Op deze pagina vindt u een overzicht van alle huidige specialisaties die een acute zorg zijn toegevoegd aan de reuking.

Deze reuking is 'Mentale reuking' en kan patiënten de beste zorg verspreiden in een behandelingsomgeving: de werke en het zelf kan dit ook te doen.

beelden in te lijf. Het belangrijke handtekening van *It's possible* is gestertheid. Gestertheid kan een wereld van verschil maken: rijtjes aan *onfähig* is het zelfverloren. Daarom is het een positieve beleving om de positieve lijn te trekken aan deze belevings. Het is mogelijk dat we op een andere manier denken is over de mensen die

Poliklinieken

- » Anesthesiologie
- » Cardiology
- » Chirurgie
- » Dermatologie
- » Diätetik
- » Geriatrie
- » Gynäkologie & Obstetrie
- » Innere Wissenschaften
- » Kinderchirurgie
- » KNO
- » Kinderneurologie
- » Langengewebe
- » Menschliche Ernährung
- » Medizinische Psychologie
- » Neurologie
- » Orthopädie
- » Pathologie
- » Urologie

Open dag

in het kader van de week van zorg en welzijn van 12 januari op zaterdag tussen 14.00 uur en 16.00 uur. Deze dag is een moment om zorg en dienstverlening te herdenken. Bovendien krijgen op de dag alle werkeenheden de gelegenheid om te reflecteren op hun activiteiten en de kwaliteit van hun werk.

Militaire operatie

Op donderdagavond 15 februari om 22.00 uur ontvingen wij de afvalstof van het zandwijnhuis in Colofort. Vanaf dat moment start een milieutechnische, en soms wettelijk bijtettende, proces van het behandelen van de afvalstof. Het proces duurt ongeveer twee maanden. Het proces wordt uitgevoerd door de afdeling Afvalstoffen van de gemeente Colofort. Het proces wordt uitgevoerd door de afdeling Afvalstoffen van de gemeente Colofort. Het proces wordt uitgevoerd door de afdeling Afvalstoffen van de gemeente Colofort.

Op vrijdag 5 maart zijn er geen sportdagen op de polo's. De sportpauze en de volgende zijn zaterdag 6 maart en zondag 7 maart. De laatste sportdag, voor de nieuwe tijd en CT-uren, komt al eerder op het terrein te staan in postbussen.

Stand van zaken medewerkers Lelystad

Het 10-jariged duurt voor de opschaling in Nederland en voor de komst van 10-jariged Lelystad in totaal vijf belangrijke momenten nodig te hebben. Omvat een moment in de huidige werkeisen, dat is een moment meer zijn. Het heeft bijvoorbeeld kan dan de medewerkers van Lelystad hun interesse wekken maken. Aan de hand hiervan zijn van de 10-jariged opschaling van een meer deze manier de ervaring van het 10-jariged de medewerkers is bespreken.



Grote bijeenkomst Aviodrome

Op vrijdag 4 maart organiseert St. Jansdijk een grote centrale introductie van de werkers en medisch specialisten van de voormalige WZ, gevolgd door plaatselijke introducties in het ziekenhuis in Lelystad.

De laatste twee uren vóór de start van de marathon werden de deelnemers van de laatste kilometer van de marathon afgeleid. De laatste kilometer van de marathon werd afgeleid door de deelnemers van de laatste kilometer van de marathon af te leiden.

De laatste heeft sinds 1 december 2002 20 medewerkers geteld en een baanmarkt gelaten. Hierbij zijn alle functiegroepen betrokken, medisch, verplegend en ondersteunend personeel. Inmiddels hebben 20 medewerkers het leen- en bijbehoudende inbaatsysteem van de HZC kwantiteitsriethermen overgenomen bij.

De meeste uitgangspunten van De laatste hebben in voor gelezen om nieuwe uitgangspunten van een reguliere activiteiten productie na te nemen. En deel van deze productie is algemeen, een nieuw productiviteitsniveau.

De kliniek van Dr. Janssen/maand
Gevoert wordt op eenmaal per
a. maand. Op dit moment is bekend
dat een medisch specialisten
van Leijde van Dr. Janssen een
aankondiging hebben gegeven.

toekomst) tekens van harte uitgesproken om te solliciteren op vacatures, met behalve van LinkedIn is dat bij gelijke geschiktheid een voordeel om een voorbeeld van een wijf te koppelen met betrekking tot behalen en verpleegkundigen. Op dit moment werken er al zo'n vijftig verpleegkundigen uit Lefjod.

werkenbij.stjansdal.nl

Tekstbureau U Jaansel | www.ujaansel.nl | Tel. 0354-45.2011 | Blijf op de hoogte van het laatste nieuws over U Jaansel via social media

[f](#)
[o](#)
[t](#)
[v](#)
[i](#)

**Wij zoeken collega's!
Kom jij bij ons werken?**

Ziekenhuis St Jansdal is een algemeen ziekenhuis dat zich richt op inwoners in het verzorgingsgebied van de regio Noordwest-Veluze en een deel van de provincie Friesland. Meeste werken graag in het St Jansdal omdat het laagdrempelig is en een informele sfeer heerst. St Jansdal heeft locaties in Harderwijk, Oranjestad, Wijk bij Duurstede, Putten en vanaf 2014 ook in Lelystad.

nij zijn een middelegende pathologie niet, betekent dat, maar dat deze niet noodzakelijk teken van medisch specialisme en betrekken medische kennis, vakkundig gesproken op het gebied van biochemie van zorg. Standaard is incoherent, merkt men het tekenende EPO Ery is onbetrouwbaar over de medische	diagnostische en behandeltechnieken. Per se wordt het gaten zijn belangrijke instrumenten voor en patiënten. De activiteiten in St. Jansdal staan niet te de. Organische is verleg in beweging. Door de start van de patiëntenveroorzaking in luidert hebben	nij op dit moment niet medische, maar in St. Jansdal wordt een nieuw en veranderende patiëntenbehandling van onze betrekking medische kennis. Ery is het ook met uitdaging aan in een grote dynamische omgeving in België? Het zal onze medische ap. www.merckbelgium.be/jansdal/
--	--	--

**HAFIMKE TE BRAKE,
ENDOSCOPIELABORANT**

Ook al werk ik hier nog maar zeventien jaar, het voelt alsof ik het hele laboratorium ken. De afdeling voelt als thuis, en zij zijn een groep collega's die veel voor elkaar over hebben. En is veel aandacht voor de menselijke kant. Ook werk bij H. Laborenco, een klein bedrijf. Het is heel behoudend, dat past bij de patiënten

St. Jansdal heeft op dit moment veel vacatures!

Kijk op www.werkenbijstjansdal.nl



Nazorgconsulente Lynn Ossendorp:

Het voor jezelf zorgen heb ik in St Jansdal geleerd

Nu consumenten tegen de overheid werken of vanaf 's ocht in het niet verdwijnen, met een paar tweede huis of andere zaken in handen en had het er ongelooflijk naar aan. Het achter verlijzen in twee dagen tijd behandelde ze in een verschrikkelijk onmenselijke situatie.

[illegible][illegible]

Langzaam maar zeker slide het gevoel weg en kan ik meer genieten van het feit dat ik weer een het werk was."

**GERIEKS VAN DER WIL,
KINDERENVERPLEEGKUNDIGE**
<http://stede.werf.nl/> is een kinderzorgverpleegkundige die ze
 veelal behelst met haar 12-jarige dochter. Dit kind
 is verschillend van het meeste kind dat ze ooit heeft
 gezien. Ze werkt voor de Kinderen van de Werf, een
 organisatie die kinderen met een verstandelijke beperking
 helpt om hun leven te verbeteren. Ze werkt voor de
 Kinderen van de Werf, een organisatie die kinderen met
 een verstandelijke beperking helpt om hun leven te
 verbeteren.



RUI VAN DEEK,

MEDISCHASSISTENTE POLY PUNBESTRUIJING
 Het mijns leers leuk maakt! Het contact met de patiënten, college's en artsen. Daarbij is het hand werken maar is dat niet veel verandering mijn werk. Binnen het 12 maanden tijd is veel mogelijkheden, het is een werkgever die naar je luistert en met je meeweekt. Er is altijd plek en tijd voor overleg.

Page 10 of 10

Met hulp van paginagrote advertenties in lokale kranten informeren we de inwoners.

loop van februari starten ook wij met het bellen van Lelystadse patiënten om te vragen of ze hun zorg bij ons willen continueren. Bij de afdeling zorglogistiek komt een speciaal transitieteam dat het planningsproces voor deze groep patiënten coördineert. Het lijkt simpele telefoontjes, maar de praktijk is weerbarstiger. De gesprekken duren langer dan gedacht. Patiënten willen hun verhaal kwijt én onze medewerkers zijn jarenlang getraind om zo gastvrij mogelijk te zijn. "De patiënten wilden praten over het verlies van hun ziekenhuis en hun arts", zegt Monique Nieuwhof, coördinator van het transitieteam. "Ze hadden duizend-en-een vragen en waren heel emotioneel."

Voor de medische overdracht van grote aantallen patiënten tegelijk bestaan geen richtlijnen. "Vertegenwoordigers van alle vakgroepen van St Jansdal en MC IJsselmeerziekenhuizen maakten samen een plan van aanpak", aldus Jaap Driest, voorzitter bestuur medische staf. "Van sommige vakgroepen gingen relatief veel artsen over naar St Jansdal. Die hadden het iets makkelijker dan de vakgroepen waarvan geen arts over zou gaan. We bespraken met elkaar waar de knelpunten zaten. Artsen van MC IJsselmeerziekenhuizen schreven duizenden ontslagbrieven. We organiseerden warme overdrachten voor kwetsbare groepen waarin we individuele patiënten bespraken. Het was een enorme klus." Het schrijven van ontslagbrieven wordt bemoeilijkt door het feit dat de poliklinische zorg in Lelystad doorloopt tot 1 maart. De artsen van MC IJsselmeerziekenhuizen



Honderden extra telefoons krijgen een nieuwe aansluiting

behandelen nog maandenlang patiënten. Daarmee genereren ze nieuwe informatie die overgedragen moet worden, terwijl ze tegelijkertijd al bezig zijn met de overdracht zelf.

Een logistieke uitdaging wacht om ervoor te zorgen dat alle patiënten op het juiste moment een afspraak bij St Jansdal krijgen. Om afspraken te plannen zijn poliroosters in Epic nodig. Dat blijkt een complexe puzzel voor bedrijfsleiders en medisch managers. We moeten weten wanneer welke dokter spreekuur houdt in Lelystad. Maar hoeveel uur spreekuurtijd per specialisme hebben we eigenlijk nodig? Het rooster van MC IJsselmeerziekenhuizen is niet te kopiëren, want een dagziekenhuis is een ander soort voorziening. Voor schema-bouw in Epic is het nodig om precies te weten welke arts welk spreekuur draait, terwijl de sollicitatieprocedures op dat moment nog lopen. Zomaar een Harderwijker inroosteren voor Lelystad gaat ook niet, want wat moet er dan gebeuren met de spreekuren en OK-sessies van diezelfde arts in Harderwijk? Er is geen tijd om te wachten. In de loop van januari starten de technici met de schemabouw in Epic. Daardoor zijn voortdurend wijzigingen nodig in de weken die volgen. Bij veel specialismen wordt in eerste instantie standaard een uur per dag geblokkeerd voor supervisietaken op de SEH, terwijl in Lelystad alleen een spoedpoli komt. En we realiseren ons dat in de eerste maanden aanpassingen nodig zijn in de standaardverhouding tussen de afspraaktijd die gereserveerd wordt voor nieuwe patiënten en de tijd die gereserveerd wordt voor herhaalbezoeken.

TOESTEMMINGSFORMULIER OVERDRACHT BEHANDELING EN MEDISCHE GEGEVENS

Uw behandeling wordt voortgezet door het Ziekenhuis St Jansdal. Om veilige patiëntenzorg te verlenen hebben wij daarvoor uw (medische) gegevens nodig en is hiervoor uw toestemming noodzakelijk voor de overdracht van uw behandeling en medische gegevens van het MC Zuiderzee naar het Ziekenhuis St Jansdal (vanaf 1 maart 2019 op de locaties Harderwijk, Lelystad, Dronten, Putten en Nijkerk). Door middel van dit formulier geeft u toestemming voor deze overdracht van medische gegevens en zullen deze worden overgeheveld naar het Ziekenhuis St Jansdal. Alleen uw behandelend arts en de zorgverleners die direct bij uw onderzoek of behandeling zijn betrokken, krijgen inzage in uw medisch dossier.

Wanneer u **geen** toestemming verleent voor de overdracht van uw medische gegevens wordt uw medisch dossier door het MC Zuiderzee niet overgedragen aan het Ziekenhuis St Jansdal. Het Ziekenhuis St Jansdal heeft dan geen inzage in uw dossier van het MC Zuiderzee. Door inzage te verlenen zorgt u ervoor dat de benodigde informatie beschikbaar is en worden fouten voorkomen.

Uw gegevens

Achternaam: _____ Voorletter(s): _____ Roepnaam: _____

Adres: _____

Postcode: _____ Woonplaats: _____

Geboortedatum: _____ Geslacht: _____

BSN-nummer: _____ Patiëntnummer(indien bekend): _____

Telefoonnummer: _____

Huisarts: _____ Verzekering: _____

Bij kinderen tot 12 jaar dient één van de ouders/wettelijke vertegenwoordigers toestemming te geven namens het kind. Voor kinderen van 12 t/m 15 jaar dient zowel één van de ouders/wettelijk vertegenwoordigers als het kind zelf (door middel van een paraaf) toestemming te verlenen namens de patiënt. Kinderen van 16 jaar en ouder mogen zelf toestemming verlenen. Bij meerderjarige wilsonbekwame patiënten dient één van de ouders/wettelijk vertegenwoordigers toestemming te verlenen namens de patiënt.

Hierbij geef ik toestemming voor overdracht van mijn behandeling en mijn medische gegevens naar het Ziekenhuis St Jansdal.

Plaats

Datum

Naam en handtekening

Relatie tot de patiënt

Deze kunt u per post versturen naar Ziekenhuis St Jansdal, Postbus 138, 3840 AC Harderwijk of inleveren bij de inschrijfbalie van Harderwijk, Lelystad of Dronten.

Toestemmingsformulier overdracht behandeling en medische gegevens, feb '19, v1.2

Alle nieuwe patiënten moeten schriftelijk toestemming geven voor de overdracht van hun medische gegevens.

Veel regelwerk is nodig om te zorgen dat we inzage krijgen in de medische dossiers van de patiënten. Pas dan weten we welke afspraak nodig is en welke voorbereiding daarbij hoort. Net als andere ziekenhuizen werkt St Jansdal met een groot aantal afspraaktypes; van een eenvoudig consult tot combinatieafspraken waarbij de patiënt op dezelfde dag meerdere zorgverleners ziet. Schriftelijke toestemming van de patiënt is nodig voordat we het dossier kunnen inzien. Dus iedereen die heeft aangegeven de zorg in St Jansdal voort te zetten, moet eerst een verklaring ondertekenen. Boodschappen-tassen vol verklaringen komen naar Harderwijk. Elk formulier verwerken we handmatig, waarna we het dossier kunnen opvragen in Lelystad. Pas daarna kunnen we patiënten bellen om daadwerkelijk een afspraak te plannen. Zij begrijpen niet waarom het allemaal zo omslachtig gaat, maar het is de enige manier om te voldoen aan de eisen die de gloednieuwe privacywetgeving (AVG) stelt. Het transitieteam begint met het inplan-nen van afspraken voor kwetsbare groepen. Bijvoorbeeld mensen die infuustherapie krijgen, of die op een wachtlijst staan voor een operatie of scopie. Er wordt met ziel en zaligheid gewerkt, medewerkers zijn gemotiveerd om het voor patiënten zo goed mogelijk te regelen. Steeds meer mensen komen meehelpen; het transitieteam groeit en ook vanaf de poliklinieken starten ze met het bellen van patiënten. Er zijn zelfs pizza-avonden, om mensen in de avond te kunnen bellen.

2.5 De bewaarplicht voor een half miljoen dossiers

Een onderdeel van de overdracht van patiëntenzorg, maar groot genoeg om een eigen hoofdstuk te rechtvaardigen, is de overdracht van medische dossiers. Tijdens de transitieperiode hebben we met de curatoren veel gesprekken gevoerd over de vraag wat er moet gebeuren met de dossiers van MC IJsselmeerziekenhuizen. St Jansdal heeft maar een klein deel van de dossiers nodig en wordt uiteindelijk toch beheerder van het hele medisch archief van het failliete ziekenhuis. Hoe komt dat zo en wat betekent dat eigenlijk?

St Jansdal neemt de zorg over en heeft daarom medische dossiers nodig van de patiënten die nog in een behandeltraject zitten. Gezien de lange bewaartermijn van dossiers betreft dit slechts een klein deel van het totale archief van de MC IJsselmeerziekenhuizen. Het niet of pas laat kunnen beschikken over die dossiers zou grote risico's met zich meebrengen voor de veiligheid en kwaliteit van onze patiëntenzorg. De curatoren willen graag dat St Jansdal de bewaarplicht voor het hele archief overneemt. Het feit dat wij dit ook daadwerkelijk kunnen, is voor hen een aantrekkelijk onderdeel van ons bod op het ziekenhuis. Daarmee zijn de veiligheidsrisico's rondom het niet tijdig kunnen beschikken over medische dossiers afgedicht. Er komen wel nieuwe risico's bij, want waar nemen we precies vijftien jaar lang verantwoordelijkheid voor en kunnen we dat wel waar-

maken? We worden beheerder van een archief waar we pas in mogen kijken als de patiënt daar expliciet toestemming voor geeft of als er sprake is van 'nood'.

Er moet een kluisstelsel komen om de MC IJsselmeerziekenhuizen-dossiers te bewaren, dat alleen te openen is nadat een patiënt daarvoor toestemming geeft. Het is de eerste keer in Nederland dat een dergelijk stelsel wordt ingericht na de invoering van de AVG in mei 2018. Doordat de exacte implicaties voor niemand duidelijk zijn en het om duizenden dossiers gaat, is iedereen huiverig: 'mag dit wel zo van de AVG?'. Duidelijk is dat als de patiënt uitdrukkelijk toestemming geeft er nooit een probleem zal zijn. In geval van nood is toegang tot een dossier ook toegestaan, maar 'nood' is een breed begrip en er is weinig jurisprudentie om het te duiden.

Het overzetten van de dossiers van de systemen van MC IJsselmeerziekenhuizen naar de digitale kluis, 'de conversie', is een moeilijke klus. MC IJsselmeerziekenhuizen werkt met veel verschillende systemen waarin patiëntgegevens worden verwerkt en bewaard. Flink meer dan bij een gemiddeld ziekenhuis. Bovendien hebben de curatoren geen zicht op de kwaliteit en compleetheid van het digitaal medisch archief, mede doordat een deel van het ICT-personeel van MC IJsselmeerziekenhuizen er in de transitieperiode al niet meer werkt. De curatoren weten dus niet of het archief en het overzicht van de systemen in het ziekenhuis bij de start van de conversie compleet is. Is dit alle informatie, of zou er nog meer bijkomen? Ook kunnen onze technici maar lastig controleren of het overzetten van het ene naar het andere systeem goed is verlopen. De mogelijkheden zijn beperkt om na te gaan of een dossier precies zo in de kluis terecht is gekomen, zoals het eruitzag in de systemen van MC IJsselmeerziekenhuizen. Dat alles onder hoge tijdsdruk moet gebeuren door hetzelfde ICT-team dat bezig is met de voorbereiding van de opening van locatie Lelystad, helpt niet mee. De zorg loopt immers door en de dossiers moeten per 1 maart snel en goed toegankelijk zijn voor onze medisch specialisten. •

Wat er komt kijken bij het bewaren van medische dossiers

Zorgverleners zijn wettelijk verplicht een dossier bij te houden waarin ze gegevens vastleggen over de behandeling van de patiënt, voor zover dit voor goede hulpverlening noodzakelijk is³. Nog niet eens zo lang geleden deden ze dat op papier. In de kelder van het ziekenhuis stonden honderden archiefkasten met papierwerk en beeldmaterialen zoals röntgenfoto's. Dossiers lagen letterlijk te wachten tot een medewerker ze kwam halen, zodra de patiënt weer in het ziekenhuis was. Wettelijk gezien lagen ze daar ten minste vijftien jaar of zoveel langer als voor goede zorg noodzakelijk is. Tegenwoordig werken de meeste zorgorganisaties met elektronische patiëntdossiers, die zijn opgeslagen op eigen servers of in de cloud. In vergelijking tot andere zorgorganisaties zijn de digitale dossiers van ziekenhuizen complex, omdat er veel verschillende soorten gegevens in zitten. Naast de notities van zorgverleners en laboratoriumuitslagen gaat het immers ook om allerlei soorten beeldmaterialen en meetgegevens uit de vele apparatuur die aan de patiënt gekoppeld wordt. Ziekenhuizen hebben daardoor vaak een combinatie van digitale systemen voor het plannen van afspraken, verslaglegging en specialistische systemen voor bijvoorbeeld radiologie- en laboratoriumuitslagen.

Als een zorgorganisatie failliet gaat, is het belangrijk dat de medische dossiers toegankelijk blijven. Andere zorgverleners hebben deze informatie nodig om de zorg voor patiënten over te nemen. Om goede en veilige zorg te bieden, moeten zij bijvoorbeeld weten welke behandelingen precies zijn ingezet en wat daar het effect van was. Maar ook of een patiënt een allergische reactie kreeg op een bepaald geneesmiddel. Dat geldt niet alleen voor de patiënten die in zorg zijn op het moment van het faillissement, maar ook voor patiënten die eerder in zorg waren. Mogelijk krijgen zij in de toekomst opnieuw klachten en dan kan het oude dossier relevante informatie bevatten voor de nieuwe zorgverlener. ➔

3 Burgerlijk Wetboek Boek 7, Afdeling 5, Artikel 454, lid 1.

Het is niet zo duidelijk wie na een faillissement verantwoordelijk is voor het bewaren van de medische dossiers. Dat maakt het ingewikkeld. De wettelijke verplichting tot het bijhouden en gedurende vijftien jaar bewaren van het dossier is niet gekoppeld aan behoud van de status van een zorgverlener. De bewaarplicht eindigt dus niet met het faillissement van de zorginstelling. Het is de verantwoordelijkheid van de zorgverlener om de dossiers in zo'n geval zorgvuldig over te dragen. Als dat niet kan, dan speelt de curator een rol, die bij het faillissement door de rechter wordt aangewezen om de belangen van de schuldeisers te behartigen. De curator is verantwoordelijk voor afhandeling van het faillissement. Naast de belangen van de schuldeisers dient hij ook de verschillende maatschappelijke belangen in aanmerking te nemen bij de uitvoering van zijn taak⁴. Hij wordt daarin beperkt door het feit dat hij de dossiers niet mag inzien vanwege het medisch beroepsgeheim, en door het feit dat het toegankelijk houden van de digitale systemen waarin de dossiers zijn opgeslagen tijd en geld kost. Dossiers moeten dus ergens naar toe en daar moeten de failliete zorgorganisatie en de curatoren voor zorgen. Maar waarheen dan? Minister Bruins stelt in antwoord op Kamervragen dat 'diegene die de zorg voor de patiënten overneemt, in beginsel ook de bewaarplicht zal overnemen'.⁵ Dat klinkt logisch. Die zorgverlener heeft de informatie het hardst nodig en heeft er last van als de informatie niet beschikbaar is. Maar vaak is helemaal niet direct duidelijk wie de zorg voor patiënten overneemt. Failliete zorgaanbieders worden niet altijd overgenomen en zelfs als dat wel het geval is, gaan niet alle patiënten mee naar de overnemende aanbieder. En hoe zit het met de patiënten die de afgelopen jaren in behandeling waren, maar die dat nu niet meer zijn? Wie zorgt er dat hun dossiers beschikbaar blijven, voor het geval ze in de toekomst weer nodig zijn? Daar voorziet de wet niet in.

⁴ Hoge Raad 24 februari 1995, NJ 1996/472, m.nt. WMK (Gerritse q.q./Ontvanger; Sigmacon II).

⁵ <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/ah-tk-20182019-993.html#ID-993-d37e100>

Deel 3

Ziekenhuis St Jansdal, locatie Lelystad





Vanaf vrijdag 1 maart 2019 is St Jansdal verantwoordelijk voor de ziekenhuiszorg in Lelystad. Die ochtend opent de spoedpoli de deuren. De maandag erop starten de poliklinieken en twee weken later beginnen we met opereren in Lelystad. Vanaf eind september, bijna een jaar na het faillissement, kunnen patiënten ook weer overnachten in Lelystad op de afdeling kort verblijf. Wat gebeurt er in die eerste periode?

3.1 De sleuteloverdracht

Op donderdag 28 februari om 22:00 uur is de sleuteloverdracht van het pand. Vanaf dat moment hebben medewerkers van St Jansdal geen toestemming van de curatoren meer nodig om het pand te betreden. Tijd om rustig te verhuizen is er niet: de volgende ochtend om 8:00 uur moet de spoedpoli, en daarvoor ook de radiologie en het laboratorium, 'gewoon' open. En op maandagochtend starten alle poliklinieken weer.

De eerste verwachting is dat de sleuteloverdracht enige tijd voor 1 maart plaats zal vinden, zodat we tijd hebben voor de verhuizing. Maar dat betekent dat de zorg stil komt te liggen en dat is nou net niet de bedoeling. Patiënten die in een behandeltraject zitten, moeten dan alsnog tijdelijk naar een ander ziekenhuis. Dit is onwenselijk vanuit het oogpunt van kwaliteit en de toegankelijkheid van zorg. Bovendien kost het geld, omdat de medewerkers, op tijdelijke contracten, tot 1 maart in dienst zijn bij de curatoren. Uiteindelijk blijkt er dus maar weinig tijd te zijn voor de ombouw en verhuizing. "We wisten dat er een berg werk aankwam", knikt Marijke Scheppink van ICT. "Deze berg groeide en groeide maar, eindeloos door. Mensen kregen het benauwd, er moest zoveel gebeuren in die paar dagen."

De sleuteloverdracht is uiteindelijk pas op 28 februari om 22:00 uur 's avonds, direct na het sluiten van de spoedpoli. Pas als er geen zorg meer wordt geleverd, vinden de curatoren het verantwoord om het pand en de spullen over te dragen. Hier komt nog best wat bij kijken, vertelt Lissy van de Laar van Gupta Strategists. "Als je een huis koopt, loop je een rondje om te zien of alles in goede staat verkeert en of alle spullen die je hebt overgenomen aanwezig zijn. Je noteert samen de meterstanden en zet je handtekening. Maar hoe doe je dat in een ziekenhuis met honderden ruimtes, waar tienduizenden dingen in staan die je gekocht hebt?" We besluiten om met een klein groepje om 20:00 uur 's avonds te beginnen aan een ronde door het pand. St Jansdal-medewerkers controleren slechts een steekproef: de aanwezigheid van de grootste en duurste apparaten

*Plaatsing van het
St Jansdal logo op het dak
van het ziekenhuis in Lelystad*





- 1 Omroep Flevoland bericht over de opening van de St Jansdal Spoedpoli op vrijdag 1 maart
- 2 De NOS bericht over de opening
- 3 Plaatsing van de digitale aanmeldzuilen in de centrale hal in Lelystad



die we overgenomen hebben. Ook kijken zij of de dingen aanwezig zijn die we mogelijk de volgende dag al nodig hebben, zoals reserveonderdelen. Ze controleren de 'moedersleutels', de lopers die veel deuren openen. Het uitzoeken van de emmers vol sleutels die medewerkers inleverden, gaat nog weken duren. Alle sloten aan de buitenring van het pand moeten we vervangen om zeker te weten dat onbevoegden geen misbruik maken van de situatie.

St Jansdal heeft slechts één weekend de tijd om een ziekenhuis om te bouwen. Hoe pak je zoiets aan? In het begin zijn diverse afdelingen zoals ICT, huisvesting en bouw zoekende; zoiets deden ze niet eerder.

“ St Jansdal heeft slechts één weekend de tijd om een ziekenhuis om te bouwen. ”

Een gestructureerd plan ontbreekt en dat levert frustraties op. Dan krijgt een team van drie de opdracht om het ombouwweekend te coördineren: Annemarie van der Salm (huisvesting), Marijke Scheppink (ICT) en Gea Rozenberg (bouw). Het trio begint met het maken van een ruimte- en draaiboek. St Jansdal wil zo min mogelijk vierkante meters van het gebouw in gebruik nemen om kosten te besparen. Ondanks de zuinige aanpak staan uiteindelijk vijfhonderd ruimtes op de planning die in het weekend omgebouwd moeten worden. “We gingen in gesprek met ICT, huisvesting en inkoop”, legt Gea Rozenberg uit. “Dit ging een militaire operatie worden die we heel precies moesten aanliegen. We maakten een mega Excel-sheet met alle taken en attributen erop, gerangschikt naar ruimtes. Hiervan maakten we weer een A4'tje per ruimte. Deze konden we tijdens het ombouwweekend op de deuren hangen.” Veel taken moeten in een bepaalde volgorde gebeuren. Het draaiboek omvat een commandostructuur om dat te coördineren. Een hoofdcoördinator stuurt verschillende coördinatoren aan en die geven weer taken door aan mensen onder zich. De A4'tjes op de deuren en de activiteiten in het draaiboek zijn leidend. De uitruim- en schoonmaakploeg begint als eerste. Daarna komen medische techniek, huisvesting en ICT, in willekeurige volgorde. Als laatste is weer een schoonmaakploeg aan de beurt en in specifieke ruimtes infectiepreventie, die de ruimtes moet vrijgeven voor gebruik.

De medewerkers werken in ploegendiensten. Van donderdag op vrijdag vierentwintig uur door en op zaterdag en zondag twaalf-uursdiensten. Uiteindelijk werkt de ICT-ploeg ook de zaterdagnacht door. Gea Rozenberg ervaart de nacht van donderdag op vrijdag als hectisch: “Het stond zo vol met spullen, alsof er een bom was afgegaan. We moesten alles opstarten. Die eerste nacht zijn zo'n zestig medewerkers van ICT, medische techniek, SEH, logistiek en huisvesting aan het werk. Hier zat tijdsdruk op; de spoedpoli, radiologie en het laboratorium moesten de volgende dag weer open. Het was bijzonder hoe iedereen paraat stond. Mensen waren alert en wisten dat dit belangrijk was. Ze liepen en handelden. We bleken samen tot veel in staat.” De dagen daarna is het druk in het gebouw. Naast de eigen medewerkers zijn ook allerlei leveranciers aan het werk; van schilders en installatietechnici tot de Amerikaanse ICT-specialisten van Epic. Zelfs medewerkers van andere ziekenhuizen, Epic-specialisten én medisch technici, komen helpen om apparatuur aan te sluiten. De hele afdeling financiën helpt met schoonmaken.

Zij zijn niet bezig met de inhoudelijke voorbereiding van de opening op maandag, maar dragen zo wel een steentje bij. "We hebben veel aandacht besteed aan het geven van instructies", zegt Annemarie van der Salm. "Mensen moesten de to-do-lijst continu goed afvinken. Ook wilden we het direct weten als iemand tegen een probleem aanliep, want dan konden we dat meteen oppakken. We hadden gewoon geen tijd om dingen te laten liggen voor later."

Vrijdagochtend is de officiële start van de zorgverlening door St Jansdal in Lelystad. De spoedpoli opent de deuren, een moment dat veel media-aandacht trekt. De letters MC Zuiderzee gaan van het dak en worden vervangen door die van St Jansdal. Dat is een emotioneel moment voor velen. Langzaam maar zeker krijgt het gebouw een blauw-oranje-jasje, zeker als de bestickering is gedaan. Alle ruimtes krijgen een basale aankleding zodat ze maandag gebruiksklaar zijn. "We noemden het glamping", lacht Marijke Scheppink. "We legden uit dat we er dit weekend geen luxehotel van zouden maken. Wel hadden we op een gegeven moment tijd om voor iedere kamer stoelen in dezelfde kleur bij elkaar te zoeken; dat was onze missie. We gingen het hele ziekenhuis door om de poli's mooier te maken." De grootste hobbel in het weekend blijkt de ICT te zijn. Maar weinig mensen kennen het pand en het is veelal onbekend waar kabels lopen. Daarnaast is het aansluiten van de apparatuur superspecialistisch werk dat maar een paar mensen kunnen. "We hadden dat weekend vele honderden meters kabel extra nodig en moesten ter plekke bekijken hoe alles liep", geeft Robbert Dijkhuizen aan. "De verbinding in de technische ruimtes was vaak nog niet geregeld met de computers op de afdelingen. Mensen konden dan niet verder. In de nacht van zaterdag op zondag zijn we dan ook heel wat uurtjes doorgegaan."

“Overal en nergens haalden we spullen vandaan.”

In de loop van de zondag is het duidelijk dat we de deadline van maandagochtend gaan halen. Alle bedrijfsleiders van de poliklinieken komen 's middags langs om hun afdelingen te controleren. De belangrijkste vraag is of medewerkers op maandag veilig kunnen werken.

Apparaten moeten gekoppeld zijn aan Epic en de computers moeten het goed doen. "Deze check ervaarde ik als onrustig", vertelt Annemarie van der Salm. "Sommige bedrijfsleiders waren nog nooit eerder op de afdeling geweest en hadden allerlei vragen. Ze wilden bijvoorbeeld wisselen van werkplek of processen anders inrichten. We hebben toen een schifting gemaakt: wat is noodzakelijk en wat kan nog even wachten? Dit ging op basis van het risico op calamiteiten." Bij de controles blijken relevante spullen te ontbreken. Zo missen er instrumenten op de poliklinieken dermatologie en urologie. Medewerkers rijden naar de locaties Harderwijk en Dronten om daar het meest noodzakelijke op te halen. "Overal en nergens haalden we spullen vandaan", zegt Gea Rozenberg. "Het was bijzonder, iedereen wilde helpen. De mensen van logistiek waren zo goed voorbereid. Zij vulden alle kasten en legden de juiste spullen op de goede plek. Ongelooflijk wat zij voor elkaar kregen." Op zondagavond blijkt dat het allemaal gelukt is. De afdeling infectiepreventie geeft de functieafdeling vrij, net als de ziekenhuisapotheker het medisch gassenleidingnet. Het voelt als een slotakkoord van een bijzonder weekend.



↑ Medewerkers van het endoscopisch centrum richten de scopiekamers in

Bloeddrukmeters staan klaar om aangesloten te worden in het endoscopisch centrum ↓









*Het vullen van de kasten
met scopiematerialen*



1 Aanvoer van nieuwe PC's voor het OK-complex

2 In het commandocentrum werken ICT-deskundigen van St Jansdal en Epic samen om het elektronisch patientendossier op alle apparatuur draaiende te krijgen

3 ICT-medewerkers testen de aansluiting van nieuwe apparatuur







*ICT-medewerkers maken
het netwerk geschikt
voor het aansluiten van
St Jansdal-werkplekken*



*De eerste wachtenden
op de radiologie-afdeling*



↑ *Het testen van de aansluiting van de radiologie-apparatuur*

Het bestickeren van een extra inschrijfbalie voor in de centrale hal ↓



3.2 De opening

Op vrijdag 1 maart is de officiële start van St Jansdal locatie Lelystad, zij het op beperkte schaal. De spoedpoli gaat die dag open. Op maandag 4 maart starten ook de poliklinieken. Iedereen moet wennen, zowel medewerkers als patiënten.

Maandag 4 maart is een bijzondere dag. Veel polimedewerkers uit Harderwijk hebben nog nooit een stap in het Lelystadse ziekenhuis gezet. Ze hebben geen idee wie hun collega's zijn. Die zijn namelijk pas op 1 maart in dienst gekomen en hebben op die dag elders een inwerkprogramma doorlopen. Vanaf zeven uur start een gezamenlijk ontbijt. Zo kan iedereen in relatieve rust met elkaar kennismaken en zijn werkplek bekijken. Om negen uur komen de eerste patiënten. Ook voor hen is het wennen. Zij moeten eerst een St Jansdal patiëntenpas halen. In het begin is het vooral druk in de centrale hal en juist rustig op de poli's. Ondanks de digitale zuilen, extra vrijwilligers en extra inschrijfbalies stroomt de hal vol. "Mensen wilden lid worden van het St Jansdal", knikt Joke de Vries-Nap, hoofd zorglogistiek. "Ze wilden allemaal een patiëntenpas zodat ze weer zorg konden krijgen en stonden daar lang voor in de rij."

“ Voor oud-medewerkers van het MC Zuiderzee is het ingewikkeld: zij werken in hetzelfde ziekenhuis maar alles is veranderd. ”

Veel medewerkers uit Lelystad werken tot 28 februari voor het failliete ziekenhuis en starten per 1 maart bij St Jansdal. "We waren al maanden non-stop voor de curatoren aan het werk, ook vaak tot 's avonds laat", geeft bedrijfsleider Nancy Giacomini aan. "Op 1 maart begonnen we bij St Jansdal met een feestelijke welkomebijeen-

komst in het Aviodrome. Dat was een behoorlijke overgang na een onzekere periode. Wekenlang was ik het aanspreekpunt voor de medewerkers van het MC Zuiderzee en zij zagen mij nog steeds zo. Ik kende alleen de nieuwe situatie bij het St Jansdal zelf nog niet en kon daardoor niet alle vragen beantwoorden."

De eerste dagen na de opening moeten her en der de puntjes op de i komen. De aankleding van het gebouw is nog niet af. Veel medewerkers hebben nog geen eigen sleutels. De beveiliging loopt daarom rondes door het gebouw om deuren te openen en te sluiten. Hetzelfde geldt voor de slagbomen op de parkeerplaats; nog niet iedereen heeft de juiste autorisaties op de medewerkerspas staan. Medewerkers krijgen een zakboekje met plattegronden en handige tips. Voor een deel van hen is het gebouw in Lelystad immers nieuw.



↑ Alle poli's zijn voor de start voorzien van verse bloemen

Ook in de centrale hal is overal de St Jansdal-aankleding zichtbaar ↓





Heeft u of wilt u een afspraak in het St Jansdal?

Dan zien wij u graag om de volgende vier zaken te regelen:



- Vraag een patiëntenpas aan / schrijf u in als patiënt
- Geef toestemming, zodat het St Jansdal uw dossier kan opvragen
- Geef uw apotheek/apotheken toestemming om uw medicatiegegevens te delen met ons
- Activeer uw account voor MijnStJansdal

**U KUNT DIT REGELEN IN
HARDERWIJK, LELYSTAD,
DRONTEN OF IN NIJKERK**

Een compleet dossier. Veilige zorg.

De teams krijgen allemaal een andere samenstelling met veel nieuwe mensen erbij. Voor de groep oud-medewerkers van het MC Zuiderzee is het ingewikkeld: zij werken in hetzelfde ziekenhuis maar alles is veranderd. "Er was veel verdriet", knikt teamleider Ineke Spanjer. "Mensen kwamen bij me uithuilen. Nog steeds merk ik bij veel mensen uit Lelystad dat ze het moeilijk hebben. Ze hebben geen ruimte in hun hoofd om nieuwe dingen op te pakken. Wij hebben binnen het team veel gerouleerd, iedereen moest elkaar leren kennen. Bij sommige teams liep dat meteen goed, anderen hadden meer begeleiding nodig."

Ook patiënten moeten wennen. Ze zijn onzeker en hebben veel vragen. We werken de veelgestelde vragen op de website veelvuldig bij om patiënten zo goed mogelijk te informeren. Toch ontploft in maart het telefoonverkeer naar het ziekenhuis. "We hebben het aantal telefonistes opgehoogd en zijn een tweede telefooncentrale gestart in Lelystad", vertelt Monique Nieuwhof, coördinator van het transitieteam. "In maart kregen we vijfduizend telefoontjes per dag in plaats van de gebruikelijke vijftienhonderd. We konden het gewoon niet aan. Mensen vroegen ons welke artsen bleven en hoe de planning eruitzag. Maar we wisten het zelf soms ook gewoon niet."

Jonge bezoeker
van de open dag
op 16 maart 2019





Drukte tijdens de open dag op 16 maart 2019, twee weken na de opening

3.3 De eerste weken

In het begin zitten alle medewerkers nog in de rush van 'het nieuwe', ook al is er veel onduidelijk. Het is keihard werken, maar mensen doen het voor en met elkaar. "Bij medewerkers in de zorg gaat hoe dan ook alles door voor de patiënt", knikt team-leider Pricella Schouten. "Iedereen zette de schouders eronder, de patiënt stond voorop. Dat was mooi om te zien. Ze wilden het ook goed doen voor de mensen uit Lelystad, die hadden al zoveel te verduren gehad."

De werkdruk is hoog op sommige afdelingen. In april 2019 is St Jansdal nog steeds aan het opschalen en staan veel vacatures open. Hierdoor heeft een groep medewerkers het gevoel in een rat race te zitten. Het transitie-monitorteam kijkt waar knelpunten zitten en probeert hier oplossingen voor te zoeken. "We zijn hard aan het werk om van alles te verbeteren", aldus Nanno Kruizinga, manager snijdend algemeen. "Op dit moment hebben de medewerkers het zwaarder dan in het begin, iedereen is moe en het blijft druk. We wachten op een stabielere fase, maar weten niet wanneer die komt. De landelijke personeelsschaarste is hierbij een extra handicap."

“ Bij de koffie vroegen we ons af wat nu het ergste was wat er fout kon gaan. ”

Medisch specialisten van MC IJsselmeerziekenhuizen vragen tot hun laatste werkdag voor de curatoren diagnostisch onderzoek aan. Voor enkele honderden patiënten wordt de uitslag pas na 1 maart verwacht, als MC IJsselmeerziekenhuizen geen zorg meer levert. We moeten er niet aan denken dat belangrijke uitslagen ('kritieke bevindingen') kwijtraken in de wirwar van systemen en zo diagnoses worden gemist. "Het was op zo'n donkere middag in januari", vertelt Lissy van de Laar van Gupta Strategists. "Bij de koffie vroegen we ons af wat nu het ergste was wat er fout kon gaan. Allerlei dingen kwamen langs, toen iemand opeens begon over gemiste diagnoses. Wat als laboratoriumuitslagen kwijt zouden raken bij de overgang van systemen?" We besluiten tot een noodprocedure. De leveranciers die diagnostisch onderzoek voor MC IJsselmeerziekenhuizen uitvoeren, moeten de uitslagen die pas na 1 maart bekend worden naar ons toesturen. Wij beoordelen de uitslagen en bespreken die indien nodig met de patiënt. AVG-technisch is dat wel complex. Het omleiden van de uitslagen kan alleen voor de hele groep tegelijk, terwijl daarin ook mensen zitten die ons nog geen toestemming hebben gegeven om hun gegevens in te zien. Uiteindelijk komen we tot een proces waarin het patiëntenbelang (nadeel van gemiste diagnose) opweegt tegen het nadeel van ongeautoriseerde inzage in persoonsgegevens. In die eerste weken beoordelen St Jansdal-medewerkers enkele honderden laboratoriumuitslagen van Lelystad patiënten en handelen ze de kritieke bevindingen die daartussen zitten zorgvuldig af.

Ondertussen is team huisvesting volop bezig met onderhoud. Zij lopen tegen allerlei gebreken aan. "Er was zoveel te doen", zegt Ronald Buisman, manager facilitair. "Op de allereerste dag hadden we een grote lekkage. Het halve riool kwam bij de polikliniek gynaecologie naar beneden." Dat blijkt pas het begin. In de kelder staan nog gas-gestookte ketels die helemaal niet meer mogen vanwege nieuwe emissienormen. De koelmachines moeten we vervangen en de brandwerende deuren passen we aan. Ook moeten we groot onderhoud aan de liften uitvoeren. Het team zet zich daarnaast in voor onderhoud met een grote symbolische waarde. Zo krijgt het personeelsrestaurant een nieuwe vloer en andere meubels, tot grote tevredenheid van de medewerkers. "Het zag er weer mooi uit", zegt Klaas Pees van huisvesting. "Van alle kastdeurtjes hebben we scharnieren vervangen, veel schroefjes ontbraken. Het zijn misschien details, maar die hangen nu weer strak in de sponningen."

3.4 Kort verblijf, een uitbreiding op het oorspronkelijke plan

Sinds maandag 30 september 2019 is het weer mogelijk om in het Lelystadse ziekenhuis te overnachten op de nieuwe afdeling kort verblijf. Een belangrijke stap voor de inwoners van Lelystad. Ook Pieter Immerzeel, hoofd kliniek, is er blij mee: "Hiermee boden we de patiënten in Flevoland meer zorg dicht bij huis. Dat scheelde aanzienlijk in reistijd, ook voor het bezoek."

Niet iedereen kan kiezen voor een opname in Lelystad. Het gaat alleen om relatief gezonde patiënten die een geplande operatie ondergaan met een korte verwachte opnameduur. Zeven specialismen starten met opereren: chirurgie, plastische chirurgie, orthopedie, urologie, gynaecologie, kaakchirurgie en KNO. De OK-capaciteit in Lelystad is hiervoor uitgebreid. In beginsel opereren ze op maandag, dinsdag en woensdag in twee operatiekamers tegelijk. "Doordat mensen konden blijven, hadden we meer mogelijkheden qua operaties", aldus Martijn Hoogstraten, hoofd OK. "De ruggenprik gingen we vanaf dat moment ook in Lelystad geven. Dat kon niet op de dagopname, omdat we de uitwerking van een ruggenprik niet goed kunnen voorspellen. Je moet kunnen plassen om naar huis te mogen. Bij sommigen duurt dat tot uren na de ingreep. Nu iemand kon blijven overnachten, was dat geen probleem meer."

De afdeling kort verblijf werkt nauw samen met de dagopname. Samen beschikken ze over zeventwintig bedden en twaalf stoelen. De electieve opnameafdeling (acht bedden) helpt om de afdelingsbedden efficiënt te benutten. Doordeweeks kunnen er maximaal twintig patiënten overnachten. De kliniek is in het weekend gesloten. Mocht een patiënt op vrijdagmiddag onverwachts nog niet naar huis kunnen, dan volgt een overplaatsing naar locatie Harderwijk.

De afdeling kort verblijf is een uitbreiding op het oorspronkelijke plan. Uit de analyses in de voorbereidende fase blijkt dat het voor St Jansdal niet haalbaar is om een volledige kliniek te openen in Lelystad. Na de opening ontstaat ruimte in de hoofden en agenda's om mogelijkheden voor tenminste kort verblijf te verkennen. De opening van een maandag-tot-en-met-vrijdag-ziekenhuis verbetert de toegang tot zorg voor Lelystadse patiënten. Daarnaast ontlast het de drukbezette operatiekamers van locatie Harderwijk. Dit zorgconcept brengt echter ook risico's met zich mee op het gebied van patiëntveiligheid. Hoe gaan we om met instabiele patiënten of patiënten die plotseling sterk verslechteren? Zorgvuldige analyses en gesprekken met ervaringsdeskundigen zijn nodig om de risico's goed in kaart te brengen en tegenmaatregelen uit te werken. Dat kost maanden. "We hebben goed gekeken naar hoe ze het in Spijkenisse hebben geregeld"¹, vertelt Pieter Immerzeel. "Net als in Harderwijk is er 24 uur per dag een spoed interventie team (SIT) beschikbaar dat kan ingrijpen als dat nodig is. Hierin zitten een arts en verpleegkundige die daarin geschoold zijn. Daarnaast hebben we ook afspraken met de ambulancedienst; we beoordelen al vroeg of er complicaties te verwachten zijn. Hierdoor kunnen we preventief reageren en situaties voor zijn." In de loop van 2019 ligt een concreet plan voor een kleine kliniek waar patiënten met een laag risico doordeeweeks kunnen verblijven. De medische staf staat erachter en ook de ondernemingsraad gaat akkoord. Belangrijke onderdelen van dit plan zijn de zorgvuldige risicoselectie van patiënten en de uitwerking van de verantwoordelijkheden tijdens de opname. Het feit dat de opening van locatie Lelystad volgens plan verliep, geeft onze mensen het vertrouwen om deze uitbreiding alsnog aan te durven.

We blijven zoeken naar verdere uitbreidingsmogelijkheden. Dat doen we in ons eigen tempo en op onze eigen voorwaarden. Alleen zo kunnen we de patiënten uit de Flevo-polder goede en veilige zorg garanderen. "We overwegen om de mogelijkheden voor infuustherapie uit te breiden", vertelt Pieter Immerzeel. "Langzaam maar zeker groeit het zorgaanbod in Lelystad en daar zijn we heel blij mee." •



De gratis pendelbus die van maandag tot en met vrijdag tussen de ziekenhuislocaties Harderwijk en Lelystad rijdt. Voor veel patiënten uit Lelystad die voor zorg of het bezoeken van familieleden naar het ziekenhuis in Harderwijk moeten, is het vervoer een probleem. Het kost St Jansdal maanden om een oplossing te vinden. We hebben te maken met twee gemeentes, twee provincies én de regionale vervoerders. Als St Jansdal uiteindelijk besluit om dan maar zelf een pendeldienst te starten, moeten we hiervoor ontheffing aanvragen, omdat het als concurrerend vervoer wordt gezien.

¹ Spijkenisse Medisch Centrum heeft ook een kliniek die maandag t/m vrijdag geopend is.



↑ Bestuursvoorzitter Relinde Weil en voorzitter van de medische staf Jaap Driest snijden de taart aan bij de feestelijke opening van de afdeling kort verblijf op maandag 30 september 2019



↑ Een warm welkom voor patiënten bij de opening van de afdeling kort verblijf



Onze reflectie





Aan het faillissement van MC IJsselmeerziekenhuizen hebben we dubbele gevoelens overgehouden. Het heeft veel leed veroorzaakt bij patiënten en medewerkers. Tegelijkertijd heeft het de noodzaak gecreëerd om ingrijpend te reorganiseren. De laatste twintig jaar waren er bijna onafgebroken financiële en kwalitatieve problemen bij het Lelystadse ziekenhuis.

Zorg is van ons allemaal. Het is een onderwerp dat veel mensen persoonlijk raakt en waar iedereen een mening over heeft. In de maanden tussen het biedingsproces en de opening van onze tweede ziekenhuislocatie hebben we dit aan den lijve ondervonden. We staan midden in de schijnwerpers en krijgen te maken met veel partijen die zich zorgen maken. Van toezichthouders tot Tweede Kamerleden en van de Stichting Behoud Ziekenhuis Lelystad tot de landelijke pers, we ontvangen honderden vragen die allemaal beantwoord moeten worden. We krijgen te maken met onverwachte controlemechanismen. Zo spreekt de minister van VWS ons herhaaldelijk aan op de inhoud van onze bieding. Tijdens de zeer krappe transitieperiode van drie maanden moeten wij en de curatoren frequent verantwoording afleggen aan allerlei partijen. Veel intensiever dan voor het faillissement, terwijl de situatie toen minstens zo nijpend was. De NZa en de Autoriteit Consument en Markt (ACM) blijven aanvullende vragen stellen. De ACM wijst ons verzoek om een spoedprocedure af, waardoor we investeringen moeten doen terwijl het op dat moment nog onzeker is of de overname überhaupt door mag gaan.

We zien de waarde van toezicht, maar vragen ons af of het systeem niet omslaat in een spel paniekvoetbal op basis van wantrouwen. 'We moeten ervoor zorgen dat zorgprofessionals weer trots kunnen zijn op hun werk'. Het wordt vaak gezegd, maar blijkt lastig in de praktijk te brengen. Het vertrouwen in professionals lijkt eerder af te nemen, uitgaande van de toename in controlemechanismen.

De recente oproep dat een 'ongecontroleerd faillissement' nooit meer voor mag komen in de zorg klinkt aantrekkelijk, maar lijkt ons in de praktijk moeilijk haalbaar. 'Ongecontroleerd' lijkt met name te gaan over de snelheid. Dus in het vervolg zullen organisaties met financiële problemen langduriger te maken hebben met onzekerheid over hun toekomst. Medewerkers wachten niet af in tijden van personele schaarste en gaan op zoek naar een stabiele plek. Wij zagen dat tijdens de transitieperiode ook gebeuren. Een deel van medewerkers van MC IJsselmeerziekenhuizen stapte direct over naar omliggende ziekenhuizen, nog voordat wij ze een aanbieding konden doen. Dat is een bedreiging voor de continuïteit van zorg en liquiditeitssteun vormt daar geen oplossing voor. Geld levert immers geen zorg. Daarom achten wij het niet ondenkbaar dat andere aanbieders uiteindelijk in min of meer vergelijkbare situaties terechtkomen als wij.

Voor hen hebben wij vier tips:

- 1 Neem de tijd om periodiek na te denken over 'wat als'-scenario's, ook als een faillissement ver weg lijkt.
- 2 Organiseer een landelijke oplossing voor medische dossiers van failliete organisaties.
- 3 Kies voor een zorgprofiel én randvoorwaarden die passen bij de organisatie.
- 4 Onderschat de grootschalige overdracht van patiëntenzorg niet.

Wees voorbereid

Neem de tijd periodiek na te denken over 'wat als'-scenario's

Organiseer een landelijke oplossing voor dossiers van failliete zorgorganisaties

- Toegankelijkheid is nu onvoldoende geborgd
- Landelijke oplossing komt kwaliteit ten goede (niet zelf het wiel uitvinden)
- Landelijke oplossing is goedkoper door schaalvoordelen

Overheidsniveau

Kies een zorgprofiel én randvoorwaarden die passen bij de organisatie

- Zorg dat feiten duidelijk zijn voor alle belanghebbenden
- Analyseer twijfels en zorgen zorgvuldig en pas plannen hierop aan
- Begin klein en bouw evt. uit i.p.v. terug te moeten komen op beloftes

Bestuurlijk niveau

Onderschat de grootschalige overdracht van patiëntenzorg niet

- Betrek ICT-specialisten bij inventariseren van over te dragen patiënten
- Richt een call center in en investeer in mensen, training en hulpmiddelen
- Ondersteun vakgroepen bij het maken van een plan van aanpak

Operationeel niveau

Samenvatting van ons advies

① Neem de tijd om periodiek na te denken over 'wat als'-scenario's, ook als een faillissement ver weg lijkt.

Elke bestuurder kent het dilemma: hoe maak je tijd om belangrijke zaken uit te zoeken, terwijl ze op dat moment nog niet urgent zijn? Deze casus heeft ons geleerd hoe belangrijk het is om af en toe de tijd te nemen om te fantaseren over 'wat als'-scenario's. Wat kan er gebeuren in je omgeving, al lijkt het nog zo onwaarschijnlijk? En wat heeft dat voor effect op jou? Wij geloven dat twee elementen bepalend waren voor de kwaliteit van onze voorbereiding: een goede radar en een breed perspectief op onze mogelijkheden.

Een goede radar betekent opvangen én beoordelen van signalen, zodat het duidelijk is als er iets moet gebeuren. In de omgeving van een ziekenhuis speelt zich zoveel af dat het ondoenlijk is om alles in de gaten te houden. Om te weten wanneer je moet handelen naar aanleiding van een signaal, is het belangrijk om te weten waar je zelf staat en waar je naar toe wilt. Alleen dan kun je duiden of sprake is van een kans of een bedreiging. In die zin was het een geluk dat de raad van bestuur van MC IJsselmeerziekenhuizen langskwam: hun vraag was een niet te missen signaal. Maar wat maakte dat we zo uitgebreid onderzoek deden voordat we hun vraag beantwoordden, waar een ander wellicht had volstaan met een eenvoudig 'nee, dank je'?

Intern is er die zomer van 2018 een sterk gevoel van urgentie. We bouwen voort op de geschiedenis, het klopt met onze strategie én onze belangen zijn duidelijk. Ten eerste is het idee om meer zorg te bieden aan patiënten in de Flevopolder zo gek nog niet voor betrokkenen. Al in 2008 deed St Jansdal een bod op het noodlijdende ziekenhuis in Lelystad. Dat werd afgewezen, maar men was het niet vergeten. Ten tweede past de overname van zorgactiviteiten van een ander ziekenhuis binnen de strategie van St Jansdal: onze strategie is gericht op het verzorgen van een zo compleet mogelijk zorgaanbod binnen binnen de regio als zelfstandig ziekenhuis. Landelijk gezien wordt het steeds duidelijker dat kleine ziekenhuizen kwetsbaar zijn en de mogelijkheden voor autonome groei zijn beperkt. Het overnemen van zorg van anderen is de manier om te groeien. Dankzij die groei zou St Jansdal haar positie in de regio versterken, haar aantrekkelijkheid voor personeel vergroten en nieuwe investeringsmogelijkheden krijgen. Ten derde is snel duidelijk dat we ook iets te verliezen hebben. Als het dusdanig slecht gaat in Lelystad dat een andere partij de zorg daar zou overnemen, dan is dat risicovol voor St Jansdal. De zorginhoudelijke samenwerking met Lelystad is nodig om door bundeling van volumes samen deskundigheid beschikbaar te houden voor de inwoners van de Flevopolder én de Veluwe. Als een andere, grotere partij zorg zou gaan leveren in Lelystad, is het aannemelijk dat die samenwerking zou eindigen.

In dit soort situaties heb je vaak maar één kans om het goed te doen. Wij werken in dit project grondig, maar wel volgens het 'van grof naar fijn'-principe. De gedachte hierachter is dat het altijd loont om te zorgen dat je eerst alle opties in kaart brengt, voordat je onderdelen in detail gaat uitwerken. Je maakt een betere afweging, omdat je vanuit een breed perspectief besluit en het detailniveau van de uitwerking kunt afstemmen op de fase waarin je verkeert. Wij geloven dat het nooit gelukt was als we niet zo hadden gewerkt.

② Organiseer een landelijke oplossing voor medische dossiers van failliete organisaties.

Wij geloven dat een landelijke oplossing nodig is om medische dossiers na het faillissement van een zorgorganisatie toegankelijk te houden. Dit is van groot belang voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg voor (oud-)patiënten van die organisatie, terwijl dit binnen het huidige systeem onvoldoende geborgd is. Patiënten zijn vooralsnog afhankelijk van afspraken die curatoren maken en de oplossingen die overnemende partijen, als die er al zijn, bedenken. Dit terwijl curatoren primair een ander belang dienen, namelijk dat van de schuldeisers. Overnemende partijen beschikken niet automatisch over de benodigde expertise om dossiers te verwerken. Dit is een zorgbreed probleem. Van jeugdhulp tot langdurige zorg: overal wordt gewerkt met elektronische dossiers.

De overheid erkent dit probleem en ziet ook de noodzaak om er iets aan te doen. Minister Bruins schrijft in maart 2019 aan de Tweede Kamer: 'In zeer specifieke gevallen van aantoonbare overmacht waarin bijvoorbeeld geen doorstart plaatsvindt, zal de rijksoverheid zorgen voor een 'last resort' functie, zodat altijd voorkomen wordt dat medische dossiers tussen wal en schip raken. VWS zal daarom in dit specifieke geval de kosten van het bewaren en toegankelijk houden van de dossiers voor zijn rekening nemen. In overleg met de curatoren en verzekeraars zal VWS zoeken naar de beste praktische en juridische vorm hiervoor.'¹ Volgens het vierde faillissementsverslag van de curatoren van MC Slotervaart heeft het ministerie van VWS in het najaar van 2019 toegezegd om de kosten te vergoeden die zij moeten maken om de medische dossiers van MC Slotervaart over te dragen aan een andere zorginstelling. Die andere zorginstelling zorgt er vervolgens voor dat de gegevens bewaard worden en toegankelijk blijven gedurende de wettelijke termijn.² Daarmee dreigt een systeem van willekeur te ontstaan: de ene keer betaalt een overnemende aanbieder, de andere keer de overheid. De zorg voor oud-patiënten van MC Slotervaart is immers gelukkig 'gewoon' overgenomen door de andere Amsterdamse ziekenhuizen.

¹ <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-31016-213.html>

² <https://cms.law.nl/content/download/403199>

Zij hoeven echter niet, zoals St Jansdal, de kosten te dragen voor het beheren van oude dossiers van patiënten die helemaal niet overstappen³.

“ Wij zien veel voordelen van een landelijke oplossing voor bewaarplicht van medische dossiers na een faillissement ”

Wij zien veel voordelen van een landelijke oplossing voor de bewaarplicht van medische dossiers na een faillissement. Ten eerste zijn wij ervan overtuigd dat dit de kwaliteit van de oplossing ten goede komt. Zorgorganisaties en curatoren hoeven dan in voorkomende gevallen niet meer zelf een plan van aanpak te maken, maar kunnen een oplossing die door experts is bedacht en die periodiek kritisch wordt doorgelicht gebruiken. Nu moesten wij zelf het proces rondom de digitale kluis invullen. De verschillende partijen die ons systeem geaudit hebben, waren het niet met elkaar eens over de vraag ‘of dit nu zo kon’. Ten tweede zien we duidelijke schaalvoordelen bij een landelijke oplossing. Er zijn drie processen nodig, die elk goedkoper worden naarmate je dit voor meer gegevens tegelijk regelt. Het betreft: (a) het inlezen van de gegevens van een failliete zorgaanbieder, (b) het beheer van de gegevens gedurende ten minste vijftien jaar en (c) het continu op verzoek uitleveren van de gegevens aan zorgverleners en patiënten, al dan niet via hun persoonlijke gezondheidsomgeving. Op basis van onze ervaringen denken wij dat deze processen bij elk faillissement nagenoeg gelijk zijn, al zal proces (a) mede afhankelijk zijn van de manier waarop de gegevens bij de failliete aanbieder werden opgeslagen.

³ Het inrichten en beheren van de digitale kluis met medische dossiers van MC IJsselmeerziekenhuizen kost ons ongeveer één miljoen euro. De helft daarvan was nodig om de kluis in te richten, de data over te zetten en vervolgens te controleren. Het resterende bedrag is nodig om het systeem nog ten minste vijftien jaar in de lucht te houden en gegevens uit te leveren als zorgverleners of patiënten daarom vragen.

Een landelijke oplossing voor dossiers van failliete zorgorganisaties kan er zo uitzien

Ervaringen uit andere sectoren lijken ons bruikbaar bij het formuleren van een structurele oplossing voor dit probleem. Een voorbeeld is de reisbranche, die met SGR al sinds de jaren tachtig beschikt over een non-profitorganisatie. Deze organisatie zorgt ervoor dat reizigers hun geld terugkrijgen of dat zij toch op vakantie kunnen als hun reisorganisatie failliet gaat. Reizigers betalen daar indirect voor via de reissom. Het is een verzekering waar reisorganisaties zich bij aansluiten en waarvan het aannemelijk is dat ze de kosten verrekenen in hun tarieven. De Nationale Hypotheekgarantie is een ander voorbeeld, waarbij de overheid onder voorwaarden ervoor zorgt dat burgers niet achterblijven met een hypotheekschuld als zij gedwongen worden hun huis te verkopen terwijl de marktwaarde lager is dan de hypotheekwaarde. In beide gevallen is sprake van een (bijna) landelijke oplossing voor een probleem dat in principe iedereen kan raken.

Wij suggereren dat het ministerie van VWS een plan van aanpak (of draaiboek) laat maken, dat in werking treedt bij het eerstvolgende faillissement van een (grote) zorgaanbieder. Nu al starten met het uitvoeren van dit plan is niet efficiënt. Daarentegen vergt het maken van een plan van aanpak een beperkte investering waarmee snel stappen te zetten zijn zodra dat nodig is. Dit plan zou tenminste de volgende drie onderwerpen moeten adresseren:

- 1) Technische aspecten van de oplossing: Wat is technisch nodig om een digitale kluis in te richten en afdoende te beveiligen? Welk soort systeem? Welke databasestructuur? Welke beveiligingseisen?
- 2) Juridische aspecten van de oplossing: Wat is de beste juridische organisatiestructuur? Hoe moeten de processen worden ingericht om te voldoen aan alle wettelijke vereisten (onder andere AVG)? Welke overeenkomsten zijn nodig met leveranciers?
- 3) Personele aspecten van de oplossing: Wat voor soort mensen heb je nodig om dit te kunnen doen? Welke kennis en competenties? Hoe kom je per direct aan het juiste personeel op het moment dat het plan van aanpak in werking treedt? Welke personele bezetting is structureel nodig om gegevens te beheren en op verzoek uit te leveren?



Als het plan van aanpak in werking zou treden, dan verwachten wij dat een klein team deze taak op zich kan nemen. Het inrichten van een goede digitale kluis en een standaard proces voor het inlezen van gegevens van failliete organisaties is een specialistische klus. Dit is gelukkig incidenteel. Daarom is het van belang niet vooraf al koppelingen te bouwen tussen alle mogelijke elektronische patiëntendossiers en de digitale kluis, maar specifiek te bouwen voor de systemen van de betreffende failliete aanbieder. Er zijn immers tientallen, zo niet honderden systemen in gebruik op de Nederlandse markt. Als de gegevens van de failliete aanbieder eenmaal zijn overgebracht naar de digitale kluis, zijn enkele ICT-specialisten continu nodig voor het beheer. Daarnaast zijn enkele administratieve medewerkers nodig voor het uitleveren van de gegevens, voor zoverre dat niet geautomatiseerd kan worden. In geval van een faillissement is er sprake van piekbelasting.

De ICT-expertise kan dan tijdelijk worden opgeschaald om gegevens snel in te laden. Ten minste na elk faillissement zal het draaiboek aangepast moeten worden. Beter is nog de oplossing periodiek te toetsen en waar nodig bij te stellen. Technische mogelijkheden en wettelijke eisen veranderen immers door de tijd heen.

Structurele financiering voor een landelijke oplossing kan op verschillende manieren. Bijvoorbeeld rechtstreeks door de overheid of via zorgverzekeraars, zoals zij nu ook de premies voor de uitloopekking van de medische aansprakelijkheidsverzekeringen van failliete ziekenhuizen betalen.

③ Kies voor een zorgprofiel én randvoorwaarden die passen bij de organisatie.

We waren ervan overtuigd dat overname van het Lelystadse ziekenhuis een goede zet zou zijn, maar niet tegen elke prijs. Grootse plannen zijn vaak gebaseerd op een visie, terwijl we hier steeds direct de slag maakten naar wat dit dan concreet zou betekenen. Kunnen we de kwaliteit van zorg borgen? Kan het financieel uit? Steeds als een intern betrokkene zorgen uitte, analyseerden we die snel, om vanuit de feiten samen naar een oplossing te zoeken. Zo ontstond een plan waarvan iedereen zag dat het paste bij de mogelijkheden van onze organisatie. Ook nu, geruime tijd na de opening, horen we niemand verzuchten 'waren we er maar nooit aan begonnen'.

Er was geen sprake van een klassiek hiërarchisch besluit: 'dit gaan we doen'. Veel feiten liggen al vroeg op tafel in de zomer van 2018. Vervolgens zijn alle betrokkenen, grotendeels in die voorbereidende fase, expliciet gevraagd naar hun bedenkingen. Zij zijn uitgenodigd om hun twijfels te delen en mee te denken over hoe deze zorgen weg te nemen. Suggesties en ideeën die in deze gesprekken naar voren komen, zijn zoveel mogelijk verwerkt in de plannen. Dat leidt ertoe dat betrokkenen zich gehoord voelen. Hun kritische vragen helpen om risico's goed in kaart te brengen. Vanuit een positie waarin men de plannen kan dwarsbomen of vertragen, komt juist een beweging op

gang waarbij belanghebbenden actief meebouwen aan de enorme opdracht. Enkele voorbeelden van de interne zorgen en de wijze waarop we daarmee om zijn gegaan:

- **De raad van toezicht** heeft zorgen over de vraag of het St Jansdal wel klaar is voor een groot nieuw project, zo vlak na de roerige periode die volgde op de implementatie van Epic. Ook heeft net een bestuurswissel plaatsgevonden. In het najaar van 2016 ging St Jansdal 'live' met Epic en dat viel niet mee. Personeel had meer tijd dan gedacht nodig om aan het nieuwe systeem te wennen. Hierdoor zakte de productie terug en liepen de toegangstijden op. Het leidde ertoe dat St Jansdal in 2017 zelfs korte tijd onder speciaal beheer van de bank kwam te staan. Een verbeterplan bood snel soelaas, maar iedereen was geschrokken dat dit 'zomaar' kon gebeuren. De raad van toezicht adviseert daarom om een uitgebreide risicoanalyse te maken, waarbij we tegenmaatregelen formuleren bij alle risico's die we bedenken. We zorgen voor een solide financiële onderbouwing van de plannen en houden daar ook aan vast. Het leidt tot sterke terughoudendheid om te betalen voor overname van het vastgoed, gezien de vele risico's die daarmee samenhangen. Ook de keuzes om alle ICT direct te integreren en om geen volledige acute as (met 24/7 spoedeisende hulp en intensive care) in de lucht te houden, hangen hiermee samen.
- Voor **het bestuur van de medische staf** zijn drie onderwerpen belangrijk. Ten eerste de zekerheid dat St Jansdal haar financiële reserves niet zou uitgeven aan een 'lege huls' en zich zou vergalopperen aan dit project. De kwantitatieve onderbouwing van het noodplan in de vorm van een business case biedt geruststelling. Een tweede punt van zorg is de invulling van het zorgprofiel van locatie Lelystad. De medische staf is niet bereid om gelijktijdig op beide locaties dienst te hebben en verdubbeling van het aantal diensten is ook geen optie. Daarom wordt een poliklinisch ziekenhuis in Lelystad de basis van het plan. Het derde aandachtspunt betreft de procedure voor de uitbreiding van de medische staf, waar de medische staf graag regie over houdt. De raad van bestuur zegt toe dat vakgroepen zelf mogen bepalen welke medisch specialisten erbij komen.
- Voor **leidinggevenden** is het belangrijk te begrijpen wat de overname van de zorg voor patiënten in de Flevopolder betekent voor hun afdeling(en) en medewerkers. Ze willen weten wat we van ze verwachten en wat zij en hun teams concreet moeten doen als het bod wordt geaccepteerd. Dit leidt ertoe dat we al in een vroeg stadium gaan nadenken over de leidinggevendenstructuur voor locatie Lelystad. De projectorganisatie krijgt hierbij de taak om leidinggevenden te ondersteunen bij het uitwerken van de plannen voor hun afdelingen. Ook maken leidinggevenden zich zorgen dat er na de opening geen gelegenheid meer is om nog processen aan te passen. Daarom besluiten we tot een periodieke evaluatie van de zorg en de organisatie, om nadrukkelijk gelegenheid te bieden om aanpassingen door te voeren.

- Voor de **ondernemingsraad** (OR) is het belangrijk dat er voldoende medewerkers komen om de toename in werklast goed op te vangen. Met andere woorden, eerst zorgen voor voldoende mensen, daarna pas het aanbod verder openstellen in plaats van omgekeerd. Ook wil de OR ervoor waken dat we niet 'zomaar' met mensen gaan schuiven tussen locaties. Zij zien in dat het rouleren tussen locaties waardevol kan zijn bij het inwerken van nieuwe medewerkers, maar wel graag op vrijwillige basis. De raad van bestuur zegt dit toe. Tot slot vindt de OR het belangrijk dat er ruime aandacht komt voor het integreren van zo'n grote groep nieuwe medewerkers. Dit is immers compleet anders dan het reguliere inwerkproces.

④ Onderschat de grootschalige overdracht van patiëntenzorg niet.

Wij leerden dat overdracht van patiëntenzorg niet zomaar op de gangbare manier met de gebruikelijke mensen uit te voeren is, als het om duizenden patiënten tegelijk gaat. Het is een enorm karwei, met een groot risico voor de continuïteit van zorg. Wat maakt dat het in onze ogen niet optimaal verlopen is?

Wat in elk geval niet helpt, is dat we zelf het wiel moeten uitvinden. Waarom is er geen handboek voor grootschalige overdracht van medisch specialistische zorg? De Federatie van Medisch Specialist (FMS) pleit ervoor om artsen in geval van een faillissement meer tijd te geven voor overdracht⁴, maar ligt hier voor hen als branchevereniging niet ook een taak? Goede overdracht is immers een samenwerking tussen de 'oude' en 'nieuwe' arts en het ziekenhuis van de patiënt. Hoe zorgen zij er samen voor dat alle kwetsbare groepen goed in beeld zijn?

We denken dat we de juiste acties hebben verricht, maar dat de uitvoering beter had gekund. Verschillende tegenvallers zorgen er gezamenlijk voor dat patiënten uit de Flevopolder relatief lang in onzekerheid zijn over hun vervolgafspraak in ons ziekenhuis:

- Het blijkt moeilijk om goede lijsten van over te dragen patiënten samen te stellen.
- Het bellen van patiënten duurt veel langer dan 'normaal' telefonisch afspraken maken.
- Het is moeilijk om direct goede poliroosters voor de nieuwe locatie te ontwerpen.
- Sommige vakgroepen hebben hulp nodig bij het overzien wat er allemaal moet gebeuren.

⁴ <https://www.demedischspecialist.nl/nieuws/%E2%80%9Cgun-artsen-meer-tijd-voor-overdracht-na-faillissement%E2%80%9D>

We raden aan om zo snel mogelijk een callcenter in te richten met een groot team dat getraind is in de specifieke behoeftes die horen bij deze opdracht. Wij zien hoe belangrijk het is om te investeren in mensen en de middelen die zij nodig hebben: van extra koptelefoons tot een database om de voortgang te monitoren. Goedkoop is duurkoop als poliklinieken na opening leeg blijven omdat er geen tijd meer was om afspraken in te plannen. En wat te denken van patiënten die dan thuis zitten, terwijl een dokter wel beschikbaar is om ze te zien? Wellicht ligt hier ook een kans voor zorgverzekeraars om de overnemende partij te ondersteunen. In tegenstelling tot ziekenhuizen beschikken zij wel over grote klantcontactcentra, waar veel kennis en expertise aanwezig is.

Ook raden we curatoren aan om ICT-specialisten in een vroeg stadium te betrekken bij het in kaart brengen van de patiënten die de failliete organisatie moet overdragen. Zij kunnen 'van achter de schermen' eenvoudiger gegevens verzamelen en koppelen dan de zorglogistiekmedewerkers die de gebruikersinterfaces van deze systemen moeten gebruiken. Elektronische patiëntendossiers zijn namelijk niet gemaakt om grote groepen patiënten tegelijk over te dragen, zoals nodig is bij een faillissement, waardoor de gebruikersinterface niet volstaat. •

Colofon





huis St JANS DAL



Van links naar rechts: Lissy van de Laar, Claartje Samson-Corbeij en Lizanne Ganzevles-de Hosson

Over de auteurs

Lissy van de Laar. Lissy werkt bij Gupta Strategists. Van december 2018 tot april 2019 was zij verantwoordelijk voor het opzetten van het programmabureau dat de opening van het ziekenhuis St Jansdal Lelystad coördineerde. Afgelopen jaren was ze betrokken bij de herstructurering van het zorglandschap in verschillende regio's. Lissy heeft een achtergrond in de biomedische wetenschappen.

Claartje Samson-Corbeij. Claartje is ziekenhuisapotheker en hoofd van de ziekenhuisapothek in ziekenhuis St Jansdal. Van de zomer van 2018 tot aan de zomer van 2019 fungeerde zij als 'projectleider Lelystad'. Vanuit die rol was ze verantwoordelijk voor de voorbereiding en het openen van locatie Lelystad. Claartje behaalde recent haar MHBA bij het Erasmus Centrum voor Zorgbestuur.

Lizanne Ganzevles-de Hosson. Lizanne is communicatieadviseur bij ziekenhuis St Jansdal. Zij was oorspronkelijk fysiotherapeut, maar ontwikkelde in de loop der tijd liefde voor het communicatievak. Lizanne mag zich inmiddels een zeer ervaren tekstschrijver/fotograaf noemen. Zij heeft zich in de periode rond het faillissement en de overname van het ziekenhuis in Lelystad ingezet voor de totstandkoming van teksten voor het bidbook en informatie over het St Jansdal ten behoeve van de bevolking van de provincie Flevoland.

Alle auteurs spreken uit hoofde van hun functie bij respectievelijk ziekenhuis St Jansdal en Gupta Strategists.

Voor dit boek spraken wij met tientallen mensen over hun ervaringen. Onze dank gaat uit naar: Relinde Weil, Arend Jan Poelarends, Anneke Plette, Martine Hoekstra, Vicky de Wilde, Martijn Hoogstraten, Corlien van den Berg, Annette Siksma, Nanno Kruizinga, Frits van der Velde, Monique Nieuwhof, Joke de Vries-Nap, Jaap Driest, Klaas Pees, Gerwin Vos, Robbert Dijkhuizen, Annemarie van der Salm, Ronald Buisman, René Sweers, Pricella Schouten, Nancy Giacomini, Ineke Spanjer, Mieke Bouhof, Petra Granneman, Pieter Immerzeel, Gea Rozenberg, Marijke Scheppink, Henriëtte Jacobs, Linda den Otter, Frank Moison, Cas Colder, Leonie Boven, Lynn Ossendorp, Samuel Smits, Peter Sohl, Koen Merkus, Roxanne van Donselaar-Busschers, Ankie Kerstens, Kees Isendoorn, Daan Livestro, Jurre de Bruin en Floor Steegh.

Al het beeldmateriaal in dit boek is afkomstig uit de archieven van ziekenhuis St Jansdal. Met dank aan: Linda Heller, Elles Boot, Lizanne Ganzevles, Marion Beumer, Agnes van der Meer en Tessa van Looij.

Over ziekenhuis St Jansdal

Het St Jansdal is een regionaal ziekenhuis dat alle basiszorg biedt en zich primair richt op de regio Noordwest-Veluwe en oostelijk Flevoland. Naast de hoofdlocatie in Harderwijk en per maart 2019 Lelystad zijn er nog drie buitenpoliklinieken: in Dronten, Nijkerk en Putten.

Onze missie is om met liefde en compassie de beste zorg te verlenen in een helende omgeving. Patiënten voelen zich gehoord en gesteund en worden gezien als partner in de zorg. We willen hen zoveel mogelijk regie geven over hun eigen zorgproces. Verder streven we naar een huiselijke omgeving, waardoor patiënten zich op hun gemak voelen. Deze benadering is niet alleen prettig voor patiënten, maar draagt ook bij aan de genezing.

Voor de overname van de ziekenhuiszorg in Lelystad behandelden we ongeveer 200.000 patiënten per jaar en bedroeg de omzet ongeveer EUR 160 miljoen. In 2019 behandelden we 269.000 patiënten en kwam de omzet boven de EUR 200 miljoen uit. Het aantal medewerkers steeg door de overname van ruim 1200 fte naar 1600 fte.

Over Gupta Strategists

Gupta Strategists is een adviesbureau dat zich volledig richt op strategische advisering in de gezondheidszorg. Voor alles wat we doen geldt: het moet de zorg aantoonbaar beter maken. We creëren impact door een combinatie van zorgvuldige aandacht voor het proces en analytische kracht. Door deze focus hebben we in de loop der jaren veel kennis en ervaring opgebouwd. Wij voeren jaarlijks meer dan vijftig projecten uit voor organisaties in de gehele zorgketen. Ons team bestaat uit gedreven mensen met diverse achtergronden, waarvan ongeveer de helft een medische studie heeft gevolgd, 40% een bèta-achtergrond heeft en 35% is gepromoveerd.

Vanaf de zomer in 2018 tot aan het voorjaar in 2019 ondersteunde Gupta Strategists Ziekenhuis St Jansdal in diverse strategische projecten rondom de overname van het Lelystadse ziekenhuis. Samen met een klein projectteam van St Jansdal-medewerkers verkenden wij de strategische scenario's rond de fusie met of overname van het ziekenhuis in Lelystad. Wij ondersteunden bij het formuleren van een bidbook en de onderhandelingen met de curatoren. Na acceptatie van het bod, werkten we intensief samen met een groot aantal mensen in meerdere focusgroepen aan het opschalen van de zorg in Harderwijk en het voorbereiden van de opening van locatie Lelystad. Wij zetten het programmabureau op en gaven hier de eerste maanden invulling aan. ●

Het zorgaanbod van St Jansdal Lelystad

d.d. februari 2020

Polikliniek

- Anesthesiologie
- Cardiologie
- Chirurgie
- Dermatologie
- Diëtetiek
- Geriatrie
- Gynaecologie & Obstetrie
- Interne geneeskunde
- Kaakchirurgie
- KNO
- Kindergeneeskunde
- Longgeneeskunde
- Maag-darm-leverziekten
- Medische psychologie
- Neurologie
- Orthopedie
- Reumatologie
- Urologie

Themapolikliniek

- Carpaal tunnel syndroom
- Chronische longzorg
- Diabetes
- Fertiliteit
- Hartrevalidatie
- Hernia
- Incontinentie voor kinderen
- Mamma
- Nefrologie
- Osteoporose
- Parkinson & MS
- Proctologie
- Stoma
- TIA
- Vasculair
- Wond & decubitus
- Slaap-/waakcentrum

Geen onderdeel van het zorgaanbod in Lelystad:

Behandelingen

Acuut

- Spoedpoli
- Gipskamer

Operaties

- Poliklinische operaties
- Operaties in dagopname
- Operaties in kort verblijf

Dagverblijf

- Chemo-unit
- Infuustherapie

Kort verblijf

- Maandag t/m vrijdag

Dialyse [Flevo Ziekenhuis]

Oogzorg [Bergman Clinics]

Revalidatie [Merem]

Diagnostiek

Beeldvorming

- CT-scan
- MRI
- Röntgen
- Echografie
- Mammografie

Functie-afdeling

- Long-functie
- Cardio-functie
- Scopie-afdeling
- Functie neuro(-fysiologie)
- Vaat-functie

Laboratorium

Bloedafname

- Spoedbepalingen
- Point-of-care testing

SEH, Intensive Care, HIV-zorg, bariatric, kinderdiabeteszorg

In oktober 2018 ging MC IJsselmeerziekenhuizen failliet, een historische gebeurtenis. Maar ook de opbouw van de ziekenhuiszorg in Lelystad na dit faillissement is bijzonder te noemen. In slechts drie maanden tijd lukte het ziekenhuis St Jansdal uit Harderwijk om een groot gedeelte van de ziekenhuiszorg opnieuw in te richten.

Als we terugkijken op wat we in het afgelopen jaar voor elkaar hebben gekregen, dan kunnen we soms zelf nauwelijks geloven dat het gelukt is. Binnen enkele maanden namen we meer dan vierhonderd mensen aan. We zorgden wereldwijd voor de snelste implementatie ooit van het elektronisch patiëntendossier Epic. We richtten een ziekenhuisgebouw in met apparatuur en communicatiemiddelen. En dat terwijl we in Harderwijk meer patiënten zagen dan ooit tevoren.

Dit boek geeft een uniek inkijkje van de vele gebeurtenissen die in korte tijd plaatsvonden, met getuigenissen van betrokkenen. We delen onze ervaringen, zodat beleidsmakers en anderen in een vergelijkbare situatie hiervan kennis kunnen nemen. Wij geloven dat dit bijdraagt aan het verbeteren van de zorg in Nederland. Het beschrijft de gebeurtenissen vanuit ons eigen perspectief. Het is daarmee per definitie subjectief.

ISBN 978-90-9032-923-9



Gupta Strategists

