



INRICHTING VAN EEN ACADEMISCH KINDERZIEKENHUIS

Onderzoek naar inrichtingsvormen voor de kinderafdeling

Bachelor opdracht Technische Bedrijfskunde
Marleen Sommers

Begeleider UT: Ingrid Vliegen
Begeleider AMC: Ronald Vollebregt
Uitgevoerd vanaf de afdeling Kwaliteit en Procesinnovatie in het AMC
Opdrachtgever project: Projectgroep 'inrichting kinderafdelingen'

27 juli 2014

UNIVERSITEIT TWENTE.



Voor u ligt de scriptie waarmee ik mijn bachelor opleiding Technische Bedrijfskunde aan de Universiteit Twente afrond. Gedurende drie maanden heb ik mij vanuit het Amsterdam Medisch Centrum bezig gehouden met dit kwalitatieve onderzoek naar de meningen van kinderen, ouders, verpleegkundigen en artsen over de inrichting van kinderziekenhuizen. Om deze meningen in kaart te brengen heb ik vele gesprekken gevoerd met betrokkenen bij afdelingen in verschillende ziekenhuizen. Dit waren duidelijk de leukste momenten van dit onderzoek. Tegelijkertijd hebben de soms heftige verhalen een enorme indruk gemaakt. Het Amsterdam Medisch Centrum is een enorm ziekenhuis waar ik regelmatig bleef verdwalen en steeds m'n ogen uit bleef kijken. Ik heb ervan genoten en ben blij met de kans om hier drie maanden binnen te mogen kijken.

Tijdens mijn onderzoek zette ik sommige dagen vol enthousiasme stappen in de goede richting, andere dagen leek het een enorme opgave om een verhaal te maken van de vele verschillende meningen. Ik had dit verslag nooit kunnen schrijven zonder hulp van verschillende mensen die ik bij deze wil bedanken.

Ten eerste Ingrid Vliegen, je hebt me enthousiast gemaakt voor Amsterdam, een kans gegeven in het AMC en onderweg goed op me gepast. Na onze gesprekken kon ik weer vol enthousiasme verder. Daarnaast Ronald Vollebregt, je hebt kritisch met me meegedacht, zoveel tijd gemaakt in je agenda als ik nodig had. Het meest heb ik echter gehad aan je aanstekelijke enthousiasme, door het grote plezier waarmee jij aan dit project werkt, kan ik bijna niet anders dan hier keer op keer in meegaan. Mijn dank gaat ook uit naar alle ouders, verpleegkundigen, artsen en pedagogisch medewerkers die tijd hebben gemaakt me te vertellen over hun ervaringen.

Ten slotte wil ik iedereen bedanken die me moed in heeft gesproken tijdens het vele heen en weer reizen tussen Enschede, Nijmegen, Utrecht en Amsterdam. Ik durf niet te zeggen in welke van deze steden ik het grootste deel van dit verslag heb geschreven. Nog onzekerder ben ik over hoe het ziekenhuis van de toekomst er daadwerkelijk uit gaat komen te zien. Ik wens degenen die hierover een beslissing mogen maken veel succes met het maken van deze keuze.

Marleen Sommers
Nijmegen, 27 juli 2014

SAMENVATTING

Aanleiding

De aanleiding van dit onderzoek komt voort uit de alliantieplannen tussen het Academisch Medisch Centrum Amsterdam en het VU medisch centrum. Een van de gebieden waarop de samenwerking het verst gevorderd is, is de kindergeneeskunde. De vraag die we tijdens dit onderzoek is beantwoorden is hoe het ideale kinderziekenhuis van de toekomst er uit ziet.

Doel

In dit onderzoek brengen we een advies uit over de meest geschikte manier om kinderafdelingen in te richten. Om ons advies uit te kunnen brengen hebben we gekeken welke inrichtingsvormen andere ziekenhuizen gebruiken voor hun kinderafdelingen, achterhaald wat de gedachtegang is die ten grondslag ligt aan de keuze voor deze inrichtingsvorm en tentslotte in kaart gebracht welke voor- en nadelen de inrichting met zich meebrengt voor patiënt, verpleegkundige, arts en organisatie.

Aanpak

Vanuit de literatuur hebben we bepaald welke personen te maken krijgen met de inrichting van kinderziekenhuizen en welke behoeften deze personen hebben. Door middel van interviews in zeven ziekenhuizen, met Stichting Kind en Ziekenhuis, de Tiener-Ouderraad en een expertmeeting hebben we verschillende voor- en nadelen van de verschillende inrichtingsvormen in kaart gebracht. Met deze observaties en meningen scoorden we verschillende inrichtingsvormen vanuit de perspectieven kindgericht, zorg en kostenefficiëntie.

Resultaten en conclusies

Op basis van de verschillende meningen uit interviews hebben we gezien dat inrichting op leeftijd het meest kindgericht is. Een inrichting op specialisme is vanuit de zorg bekeken de meest gunstige keuze. Op basis van de expertmeeting lijkt onderscheid acuut/electief de meest kostenefficiënte afdeling is. Echter bestaat dé optimale inrichting niet, maar hangt deze sterk samen met de patiënt en zijn of haar ziektebeeld. In de praktijk zal in de meeste gevallen niet gekozen worden voor een van de scenario's die we bestudeerd hebben maar zal vaak gekozen worden voor combinatie van verschillende inrichtingsvormen. Op die manier kunnen de voordelen van meerdere inrichtingsvormen gecombineerd worden en kunnen we verpleegafdelingen creëren die zowel zorginhoudelijk goed scoren, als kindgericht- en kostenefficiënt zijn. Een combinatie van leeftijdsgebonden en (sub)specialistische afdelingen of leeftijd gecombineerd met snijdend/beschouwend leveren de hoogste scores op. Het is wenselijk om voor deze combinaties de tabellen normaal in te vullen of hier vervolgstudies naar te doen.

Verder bevelen we aan een kwantitatieve studie naar dit onderwerp uit te voeren om op die manier voornamelijk kostenefficiëntie beter in kaart te brengen. In het vervolg onderzoek is samenwerking tussen de verschillende grote kinderziekenhuizen in Nederland aan te bevelen omdat in de verschillende ziekenhuizen vergelijkbare vraagstukken en problemen spelen.

INHOUD

VOORWOORD	ii
SAMENVATTING	iii
INHOUD	iv
1. INLEIDING	1
1.1 Organisatieomschrijving	1
1.2 Aanleiding	1
1.3 Onderzoeksdoel en onderzoeksvragen	2
1.4 Methode	4
2. THEORETISCH KADER	5
2.1 Betrokkenen, Perspectieven en behoeften	5
2.2 Inrichtingsvormen	9
3. ORGANISATIE ZIEKENHUIZEN	11
3.1 Samenwerking AMC en VUmc	11
3.2 nederlandse Kinderziekenhuizen	13
3.3 buitenlandse kinderZiekenhuizen	16
3.4 Samenvatting huidige inrichting	19
4. ARGUMENTEN VANUIT VERSCHILLENDE PERSPECTIEVEN	20
4.1 Kindgericht	20
4.2 ZorgProfessionals	22
4.3 Kostenefficiëntie	22
5. SCORE INRICHTINGVORMEN	24
5.1 Kindgerichtheid	24
5.2 Zorginhoudelijk	26
5.3 Kostenefficiëntie	28
6. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN	31
6.1 Conclusie	31
6.2 Discussie	32
LITERATUURLIJST	34
BIJLAGE 1: ARTIKEL ALLIANTIEKRANT MAART 2014	36
BIJLAGE 2: OVERZICHT INTERVIEWS	37

1. INLEIDING

In dit hoofdstuk beschrijven we het onderzoek in grote lijnen. Dit doen we door in paragraaf 1.1 de context van het onderzoek uit te leggen. In paragraaf 1.2 beschrijven we de aanleiding voor dit onderzoek. In paragraaf 1.3 schetsen we de opbouw van dit verslag door een overzicht te geven van de hoofdvraag, het doel en de deelvragen per hoofdstuk. In paragraaf 1.4 beschrijven we de methode die we gedurende dit onderzoek hanteren.

1.1 ORGANISATIEOMSCHRIJVING

Het Academisch Medisch Centrum Amsterdam (AMC) ontstond in 1983 toen het Wilhelmina gasthuis en het Binnengasthuis samengingen met de geneeskundefaculteit van de Universiteit van Amsterdam. Op dat moment was het AMC het eerste Universitair Medisch Centrum (UMC) met een geïntegreerde geneeskunde faculteit in Nederland. Naast de behandeling van patiënten verricht het AMC veel medisch-wetenschappelijk onderzoek en verzorgt het geneeskundig onderwijs. Het AMC is een van de acht academische ziekenhuizen in Nederland. (AMC, 2014)

Kinderen komen in het AMC terecht in het Emma Kinderziekenhuis (EKZ), dat samen met het Universitair Wilhelmina Kinderziekenhuis in Utrecht en het Sophia Kinderziekenhuis in Rotterdam tot de grootste kinderklinieken in Nederland behoort. Veel kinderen komen in het EKZ omdat ze een zeldzame of bijzondere aandoening hebben. De meeste kinderen worden behandeld in het dagziekenhuis of op de kinderopvangafdelingen. Als het nodig is kinderen voor meer dan één dag op te nemen komen ze terecht op een van de verpleegafdelingen. In 2013 waren er 34.263 bezoeken van kinderen aan de polikliniek, 4.376 dagverplegingen en 4.481 klinische opnames. Om dit mogelijk te maken werkten op de polikliniek, het dagziekenhuis en de verpleegafdelingen van het EKZ in 2013 in totaal 568 personeelsleden waaronder artsen, assistenten, en secretariaal medewerkers (Emma Kinderziekenhuis AMC, 2013)

We voeren dit onderzoek uit vanaf de afdeling Kwaliteit en Proces Innovatie (KPI). Deze afdeling ondersteunt andere afdelingen binnen het AMC bij het monitoren en verbeteren van de kwaliteit van de patiëntenzorg door verbeteringen en vernieuwingen op verschillende aandachtsgebieden te initiëren en ondersteunen. (Intranet AMC Onderzoek, 2014) Een van de aandachtsgebieden van KPI is het internationale accreditatieprogramma van de *Joint Commision International* (JCI). Dit programma heeft als doel het verhogen van de patiëntveiligheid en reductie van schade aan patiënten (NFU, 2013). Andere aandachtsgebieden binnen KPI zijn procesoptimalisatie, en patiëntgerichtheid

1.2 AANLEIDING

Amsterdam kent twee UMC's, het AMC en het VU medisch centrum (VUmc). Op dit moment onderzoeken de besturen van beide ziekenhuizen de mogelijkheden voor een Universitair Medische Alliantie Amsterdam om intensievere samenwerkingen mogelijk te maken. Er zijn redenen waarom beide ziekenhuizen zowel meer zouden willen, maar ook meer moeten gaan samenwerken. Het belangrijkste doel van de alliantie is het leveren van nog betere kwaliteit van complexe zorg en excellentie op Europees topniveau in onderzoek, onderwijs en opleiding. Tevens is er een financiële druk waardoor doelmatiger gebruik gemaakt moet worden van middelen en mensen.

Volgens de huidige plannen zal veel zorg in één van beide huizen gecentraliseerd worden (alliantiekrant, 2014), heeft dit effect op de inrichting van afdelingen. De samenwerking zal vooral invloed hebben op patiënten,

verpleegkundigen als artsen. Als eerste worden de samenwerkingsmogelijkheden tussen de twee ziekenhuizen onderzocht op het gebied van vrouw-kind en oncologie. Voor vrouw-kind geldt dat het plan is, de huidige divisie Vrouw-Kind van het AMC en de vrouw en kind afdelingen van het VUmc te clusteren. Dit betekent dat de kinderafdelingen samen met de afdelingen Gynaecologie, Verloskunde en de Kraamafdeling ondergebracht worden in het Vrouw-Kindcentrum dat in eerste instantie gerealiseerd zal worden binnen de huidige bouw van het AMC.

1.3 ONDERZOEKSDOEL EN ONDERZOEKSVRAGEN

Op dit moment is de projectgroep inrichting kinderafdelingen bezig met het ontwerpen van verschillende scenario's voor de inrichting van het Vrouw-Kindcentrum. De huidige kinderverpleegafdelingen in het AMC en VUmc zijn op een andere manier ingericht. Voor de keuze van beide ziekenhuizen zijn argumenten te vinden maar daarnaast we zijn geïnteresseerd in andere inrichtingsvormen, die wellicht beter aan de eisen voldoen dan de huidige inrichting van het AMC of VUmc.

De doelstelling van dit onderzoek is aan de hand verschillende perspectieven een advies uit brengen over de inrichtingsvorm van de kinderafdelingen indien er een Universitair Medisch Centrum Amsterdam komt. Om deze doelstelling te bereiken streven we naar drie subdoelstellingen, te weten:

1. Inzicht verkrijgen in welke inrichtingsvormen ziekenhuizen gebruiken voor de inrichting van hun kinderziekenhuis of -afdeling.
2. Achterhalen welke gedachtegang ten grondslag ligt aan de keuze voor deze inrichtingsvorm.
3. In kaart brengen welke voor- en nadelen de inrichting met zich meebrengt voor patiënt, verpleegkundige, arts en organisatie.

Dit onderzoek is een verdieping op een eerder uitgevoerd onderzoek waarin gekeken is naar de voorkeur tussen een inrichting op leeftijd of op specialisme, waarbij de focus lag op de meningen van verpleegkundigen en ouders bij academische kinderziekenhuizen in Nederland (Miedema, 2014). Binnen dit onderzoek bekijken wij naast inrichting op leeftijd en specialisme ook andere varianten bijvoorbeeld een inrichting op verblijfsduur, complexiteit van zorg, acute/geplande aankomst of snijdend/beschouwend. We bestuderen ook ziekenhuizen buiten Nederland. We zetten argumenten voor en tegen verschillende inrichtingsvormen vanuit verschillende betrokkenen naast elkaar. Met dit onderzoek steunen we de projectgroep met een kwalitatieve analyse over verschillende inrichtingsvormen in (kinder)ziekenhuizen die bijdraagt aan het advies dat de projectgroep gaat uitbrengen aan de divisiebesturen van het Vrouw-Kindcentrum.

De hoofdvraag die we tijdens dit onderzoek beantwoorden is:

Wat is de ideale inrichting voor de kinderverpleegafdelingen van het Universitair Medisch Centrum Amsterdam, bekeken vanuit verschillende perspectieven?

Onder inrichting verstaan we gedurende dit onderzoek de verdeling van patiënten over verschillende afdelingen en over verschillende kamers. Om deze hoofdvraag te kunnen komen de volgende onderwerpen en vragen aan bod in de verschillende hoofdstukken:

Hoofdstuk 2: Literatuurstudie

- *Welke theorieën over de inrichting van kinderziekenhuizen zijn bekend?*
- *Welke belangen hebben de verschillende betrokkenen bij de inrichting van een kinderziekenhuis?*

We bekijken aan de hand van literatuur welke betrokkenen er zijn bij de inrichting van een kinderziekenhuis en wat voor belangen en behoeften deze betrokkenen hebben. Daarnaast bekijken we welke theorieën bekend zijn over de inrichting van ziekenhuisafdelingen om op deze manier factoren in kaart te kunnen brengen die we kunnen gebruiken bij het vergelijken van de verschillende inrichtingsvormen.

We bestuderen een onderzoek waarin de vraag is of adolescenten er baat bij hebben op een speciale afdeling verpleegd te worden. En er is aandacht voor een studie die de visie over afdelingen op leeftijd of specialisme van verpleegkundigen en ouders in kaart brengt. We ordenen de gevonden behoeften zodat we de inrichting vanuit verschillende perspectieven kunnen bekijken. Aan het eind van dit hoofdstuk beschrijven we het model dat voortkomt uit deze perspectieven en welke we gebruiken om de verschillende inrichtingsvormen te vergelijken.

Hoofdstuk 3: Organisatie ziekenhuizen

Voor welke inrichting hebben verschillende ziekenhuizen gekozen en waarom?

Binnen dit hoofdstuk bekijken we hoe de kinderafdelingen in het AMC en het VUmc momenteel zijn ingericht. Informatie over de inrichting van de kinderafdelingen in het AMC en het VUmc is eenvoudig toegankelijk omdat het onderzoek een gezamenlijk project van deze ziekenhuizen is. Voor het onderzoek brengen we de situatie in deze ziekenhuizen uitgebreid in kaart omdat de oplossing toepasbaar moet zijn op de hoeveelheid en type patiënten in deze ziekenhuizen. Vervolgens is er aandacht voor andere academische ziekenhuizen binnen Nederland en internationale ziekenhuizen die representatief zijn voor de situatie in de toekomstige samenwerking AMC en VUmc. Doel is te achterhalen hoe andere kinderziekenhuizen en –afdelingen zijn ingericht en wat de gedachte achter deze inrichting is.

Hoofdstuk 4: Ervaringen vanuit verschillende perspectieven

Wat zijn voor- en nadelen voor verschillende betrokkenen?

In hoofdstuk twee hebben we bepaald welke personen in de praktijk het meest betrokken zijn met de inrichting van kinderverpleegafdelingen. In dit hoofdstuk brengen we in kaart welke behoeftes en belangen de betrokkenen nog meer hebben naast de gevonden behoeftes uit de literatuur. De basis voor de interviewvragen komt uit de literatuur. We vragen door naar de verschillende voor- en nadelen die inrichtingsvormen met zich mee brengen. Doordat we een beperkte groep personen interviewen is de informatie uitsluitend kwalitatief van aard. Door op deze manier door te vragen en dieper in te gaan op argumenten is het mogelijk argumenten te koppelen aan de context en te bepalen of deze ook geldig zijn op het vrouw-kind centrum van het Universitair Medisch Centrum Amsterdam. We kijken per groep van betrokkenen uit hoofdstuk 2 welke argumenten vaker terugkomen en over welke punten discussie is binnen de groepen.

Hoofdstuk 5: Beoordeling

Hoe scoren de verschillende inrichtingsvormen op de perspectieven?

In dit hoofdstuk kennen we per inrichtingsvorm scores toe aan de drie perspectieven kindgericht, zorginhoudelijk en kostenefficiëntie op basis van de argumenten gevonden in de hoofdstukken 2, 3 en 4. Deze scores worden weergegeven in een spinnenwebdiagram om onderlinge vergelijking in een oogopslag duidelijk te maken.

Hoofdstuk 6: Conclusies en aanbevelingen

Wat is de ideale inrichting voor de kinderverpleegafdelingen van het Universitair Medisch Centrum Amsterdam, bekeken vanuit verschillende perspectieven?

In dit hoofdstuk beantwoorden we de hoofdvraag. We trekken conclusies en doen aanbevelingen op basis van de in voorafgaande hoofdstukken verzamelde informatie.

1.4 METHODE

We kijken naar verschillende inrichtingsvormen vanuit de patiënt, vanuit de zorg en vanuit kostenefficiëntie. Om de benodigde informatie te verkrijgen zoeken we contact met verschillende ziekenhuizen in binnen- en buitenland. Bij de keuze voor deze ziekenhuizen staat voorop dat ze representatief zijn voor de situatie in de toekomstige samenwerking tussen het AMC en VUmc. Hierbij kijken we naar het aantal bedden en het type zorg. We verzamelen informatie over de inrichting van ziekenhuizen door middel van de websites van ziekenhuizen, e-mails, telefoongesprekken, meeloopdagen en bezoeken. Indien mogelijk kiezen we voor interviews, bij voorkeur tijdens een bezoek. Indien een bezoek niet mogelijk is interviewen we telefonisch. Het onderwerp is nog niet afgebakend en concreet genoeg om te kunnen werken met gestructureerde vragenlijsten.

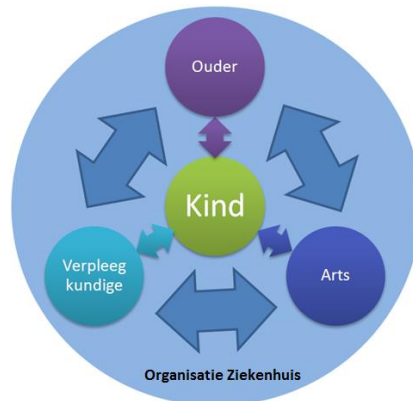
2. THEORETISCH KADER

In dit hoofdstuk beschrijven we welke betrokkenen er zijn bij de zorg op kinderverpleegafdelingen. In paragraaf 2.1 brengen we de verschillende partijen in kaart, bepalen we de perspectieven van dit onderzoek en brengen we in kaart wat de behoeften zijn vanuit de verschillende perspectieven. Ten slotte bespreken we in paragraaf 2.2 de verschillende inrichtingsvormen die we vergelijken gedurende het onderzoek.

2.1 BETROKKENEN, PERSPECTIEVEN EN BEHOEFTE

2.1.1 BETROKKENEN EN PERSPECTIEVEN

In het algemeen staat de patiënt steeds meer centraal binnen de zorg. Iedere patiënt krijgt een behandeling op maat waarbij het niet alleen draait om de ziekte, maar ook om de patiënt als persoon. Hierin speelt de patiënt een steeds actievere rol en houdt het medisch personeel rekening met de wensen van de patiënt. Kinderen zijn zelf nog niet altijd in staat hun belangen en wensen kenbaar te maken. Mede hierom spelen de ouders een belangrijke rol in het zorgproces bij kinderen. Op de verpleegafdeling hebben kind en ouder voornamelijk contact met artsen en verpleegkundigen. Indirect krijgen ze ook te maken met de keuzes die de organisatie van het ziekenhuis maakt in het belang van de bedrijfsvoering. Figuur 1 geeft een overzicht van de betrokken partijen die te maken hebben met de inrichting van de kinderverpleegafdelingen.



Figuur 1: Betrokkenen

Zowel de organisatie van het ziekenhuis als arts, verpleegkundige, ouder en kind streven naar kwaliteit van zorg en veiligheid voor het kind.

In dit onderzoek staan meningen van de belangrijkste betrokkenen bij de inrichting van een kinderziekenhuis centraal. Dat zijn de patiënten zelf, hun ouders, verpleegkundigen en artsen. Tevens hebben we te maken met de belangen van de organisatie van het ziekenhuis. Het management maakt uiteindelijk de keuze, met deze keuze krijgen zowel artsen, verpleegkundigen als ouders en kinderen te maken. Omdat het lastig is zieke kinderen te interviewen en deze nog niet altijd goed in staat zijn hun mening te uiten en hun belangen te behartigen bekijken we de visie vanuit het kind samen met die van de ouder onder de noemer 'kindgericht'. Artsen en verpleegkundigen hebben allebei voornamelijk zorginhoudelijke belangen die deels overlappen, deze bekijken we dan ook samen onder de noemer 'zorg'. Tenslotte heeft het ziekenhuis belang bij kostenefficiëntie, deze invalshoek vormt dan ook het derde perspectief. Figuur geeft de verschillende perspectieven weer.



Figuur 2a. Kindgericht

2b. Zorg

2c. Kostenefficiënt



Kindgericht

Zoals Figuur 2a laat zien staan binnen het perspectief 'kindgericht' de behoeften van kinderen en ouders centraal. De gevonden behoeften uit het theoretisch kader zijn hierin het uitgangspunt. Deze behoeften vullen we aan met de ervaringen van ouders en de visie van Stichting Kind & Ziekenhuis.



Zorg

Figuur b laat zien dat we binnen het perspectief 'zorg' kijken vanuit de arts en verpleegkundige. Er is aandacht voor medisch inhoudelijke aspecten, verpleegkundig inhoudelijke aspecten, behoeften van artsen en behoeften van verpleegkundigen. Dit perspectief gaat over de kwaliteit van zorg en de belangen van het medisch personeel.



Kostenefficiëntie

De organisatie van het ziekenhuis, te zien in Figuur c heeft in het bijzonder belang bij kostenefficiëntie. Om de kosten die gemoeid gaan met de verschillende inrichtingsvormen te bepalen is uitgebreid onderzoek nodig, dit is niet de focus van dit onderzoek. Omdat dit een dermate belangrijke factor is laten we kostenefficiëntie niet volledig buiten beschouwing. We maken tijdens het onderzoek een vergelijking tussen de verschillende inrichtingsvormen om een rangorde te bepalen die aangeeft welke keuzes voor de inrichting van een kinderziekenhuis kosten efficiënter zijn en welke keuzes minder. Binnen deze vergelijking kijken we naar onderwerpen als leegstand van bedden, mogelijkheid om voorzieningen te centraliseren, voorzieningen op de afdeling, inzet van personeel en flexibiliteit. Bij flexibiliteit bekijken we of afdelingen in staat zijn zich aan te passen aan nieuwe patiëntengroepen of andere behandelingen of dat dit problemen oplevert?

2.1.2 BEHOEFTE

Behoeften kinderen

Patiënten op een verpleegafdeling hebben bepaalde behoeften, de mate waarin aan deze behoeften voldaan wordt, bepaalt hoe patiëntvriendelijk een ziekenhuis is. Douglas en Douglas (2004) onderzoeken deze patiëntbehoeften voor algemene verpleegafdelingen. Binnen hun onderzoek is er aandacht voor de invloed van verpleegafdelingen op de mate van stress die patiënten ondervinden gedurende de behandeling. Stress heeft een negatieve invloed op het welzijn van de patiënt en vertraagt het herstelproces. Douglas en Douglas gaan er

in hun onderzoek vanuit dat ze de tevredenheid van patiënten over de in over de inrichting van de afdeling aan de hand van scores voor de volgende punten kunnen meten:

- Privacy
- Communicatie met personeel, patiënten en bezoek
- Faciliteiten om te ontspannen
- Toegang tot externe ruimten
- Een huiselijke welkome sfeer
- Fysieke vormgeving

Kinderen worden behandeld op speciale kinderafdelingen omdat zij naast deze algemene behoeften als patiënt ook behoeften hebben zoals alle kinderen. Heyster (1994) onderscheid twee soorten behoeften bij kinderen, te weten psychische behoeften en lichamelijke behoeften. Op psychisch gebied hebben kinderen behoefte aan veiligheid en stabiliteit, geborgenheid en liefde, waardering, erkenning en respect, zelfstandigheid en toekomst, spel en ontspanning, onderwijs, contact en privacy. Op lichamelijk gebied hebben kinderen behoefte aan fysieke veiligheid, rust, hygiëne en comfort, evenwichtige voedings- en vochtbalans en gezondheid. Deze behoeften gelden zowel voor kinderen binnen als buiten het ziekenhuis.

Als we de studies van Douglas en Douglas en die van Heyster vergelijken zien we in beide studies de behoefte aan privacy, communicatie en ontspanning. Uit de overige lijst behoeften die we opgesteld hebben aan de hand van beide studie nemen we om verschillende redenen een aantal behoeften niet mee gedurende dit onderzoek. Onder inrichting verstaan we binnen dit onderzoek de manier waarop kinderen over afdelingen verdeeld worden en een bed toegewezen krijgen. De sfeer en fysieke vormgeving vallen buiten deze inrichting en bekijken we om deze reden niet. Daarnaast veronderstellen we dat binnen de ziekenhuizen in de Westerse wereld die we onderzoeken, elke verpleegafdeling fysieke veiligheid, hygiëne, en een evenwichtige voedings- en vochtbalans biedt, onafhankelijk van de inrichting van afdelingen. Ook de behoefte aan gezondheid laten we gedurende dit onderzoek buiten beschouwen omdat dit de reden is dat kinderen worden behandeld op een verpleegafdeling. Ten slotte laten we waardering, geborgenheid en respect buiten beschouwing omdat deze niet direct samenhangen met de inrichting, maar in grote mate van ouders en bezoek. Figuur 3: Behoeften kinderen geeft een overzicht van de behoeften van kinderen die we bekijken gedurende dit onderzoek.



Figuur 3: Behoeften kinderen

Binnen de literatuur zijn verschillende studies uitgevoerd naar de behoeften van tieners naar speciale afdelingen voor adolescenten. Russel (2007) beschrijft dat het verplegen van tieners op een adolescentenafdeling de kwaliteit van zorg en patiënttevredenheid verbetert vergeleken met tieners die op een kinder- of volwassenen afdeling worden behandeld. Dit onderzoek kent voor elk onderwerp een score toe in procenten die aangeeft in welke mate de respondenten vinden dat de factor bijdraagt aan een prettige

afdeling. We bekijken factoren waarbij de verschillen van de scores in tussen tieners die behandeld zijn op adolescentenafdeling en tieners behandeld op een pediatrie afdeling ten minste 5% zijn. Op het punt van informatievoorziening, vertrouwen in artsen, betrokkenheid bij zorg, storing door geluid van andere patiënten en verveling tijdens de opname ontstaan de grootste verschillen. Voor patiënten van 12 tot 17 jaar scoren deze punten beter op een adolescentenafdeling dan een kinderafdeling. De overige punten, zoals gevoel van veiligheid, informatievoorziening en vertrouwen in verplegend personeel scoren vergelijkbaar. De adolescenten afdeling scoort op geen van de punten slechter. Wanneer we de mening van kinderen verpleegd op een pediatrie afdeling vergelijken met kinderen verpleegd op een volwassen afdeling vinden we extremere verschillen. Hier scoort de kinderafdeling op twaalf van de zestien factoren beter, waarbij de grootste verschillen zitten in het gevoel van veiligheid en het entertainment. Op de overige vier factoren (betrokkenheid in behandeling, privacy, ontslag en lawaai) scoren de volwassen en pediatrie afdeling vergelijkbaar.

Reynolds, Windebank, Leonard en Wallace (2005) hebben ook een onderzoek uitgevoerd naar de behoeften van kinderen tijdens een verpleegopname en de mate waarin een kinderafdeling of adolescenten afdeling aan deze behoeften voldoet. De onderwerpen die ze bekijken die relevant zijn voor dit onderzoek zijn privacy, gezelschap van leeftijdgenoten, zeggenschap in behandeling, keuze in behandeling, vertrouwelijkheid, recreatieve faciliteiten, ontspanningsmogelijkheden, studieruimte, schooladvies en lawaai op de afdeling. Op de punten gezelschap van leeftijdgenoten, recreatie faciliteiten, ontspanningsmogelijkheden, studie ruimte en luidruchtigheid van de afdeling scoort de adolescenten afdeling significant beter.

Behoeften ouders

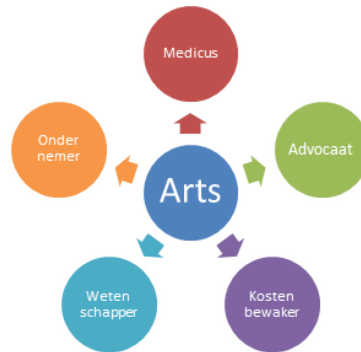
Varni en Burwinkle (2004) spreken van een 'Healing Environment'. Hiermee bedoelen ze een fysieke en culturele sfeer die gezinnen ondersteunt tijdens een ziekenhuisopname. Deze sfeer 'wekt gevoelens op van hoop, vreugde, reflectie en troost, en biedt mogelijkheden voor ontspanning, verrijking, verbinding, humor en spel'. Tijdens dit onderzoek meten Varni en Burwinkle (2004) tevredenheid van ouders over verpleegafdelingen aan de hand van scores met betrekking tot informatievoorziening, betrekken van ouders, technische vaardigheden van personeel, aanwezige diensten, communicatie en emotionele behoeftevoorziening. Dit onderzoek benadrukt het belang van passende voorlichting en informatievoorziening over ziekte en behandeling. Eveneens benadrukt dit onderzoek de betrokkenheid van ouders, deze waarderen het als er ruimte is om vragen te stellen. Tevens willen ouders van met name jonge kinderen in veel gevallen de verzorging van hun kind die ze thuis ook zouden doen zelf blijven leveren. Tegenwoordig maken ziekenhuizen betrokkenheid ook mogelijk door ouders de mogelijkheid te bieden dag en nacht bij de kinderen te blijven. Alle geïnterviewde ziekenhuizen bieden op de reguliere pediatrie afdelingen mogelijkheden om te blijven slapen.

Behoeften verpleegkundigen

Over de behoeften en belangen van verpleegkundigen met betrekking tot de inrichting van een afdeling is weinig literatuur beschikbaar. De enige basis die we hebben met betrekking tot dit onderwerp is een eerder uitgevoerd onderzoek door Miedema (2014). Dit onderzoek betreft een studie naar de voorkeuren van verpleegkundigen voor een leeftijd dan wel specialisme gebonden afdeling onder verpleegkundigen van zowel het AMC als het de kinderverpleegafdelingen van het Vumc. Miedema geeft aan dat verpleegkundigen graag -afwisseling en uitdaging hebben in hun werk. Bovenal blijkt uit dit onderzoek dat verpleegkundigen graag blijven werken op de manier waarop in de huidige situatie wordt gewerkt. Verpleegkundigen van een afdeling op leeftijd adviseren een afdeling op leeftijd. Verpleegkundigen van een specialisme gebonden afdeling adviseren in dit onderzoek specialisme gebonden afdelingen. Opvallend is dat verpleegkundigen, onafhankelijk van de afdeling waarop ze nu werkzaam zijn, als belangrijkste nadeel van leeftijdsgebonden afdelingen geven dat het verplegen van een leeftijdsgroep eenzijdig is. De vereiste brede kennis is een veel minder voorkomende reden.

Behoeften artsen

In de literatuur is geen duidelijk beeld te vinden van de behoeften van artsen. Kremer (2011) beschrijft op artsen net de verschillende ‘petten die artsen op hebben’. Volgens Kremer hebben artsen een rol als medicus, maar daarnaast ook een rol als advocaat waarin ze de gezondheid van de patiënt vertegenwoordigen, een rol als wetenschapper waarin ze medische ontdekkingen willen doen, een rol als ondernemer waarin ze er verantwoordelijk voor zijn het ziekenhuis draaiende te houden en ten slotte een rol in het bewaken van kosten in de afweging kosten tegenover resultaat die artsen kunnen maken. Figuur 4: Rol van artsen vat deze rollen samen.



Figuur 4: Rol van artsen

Behoeften organisatie

Om het voortbestaan van het ziekenhuis te garanderen is het van belang dat het ziekenhuis financieel gezond is, zowel nu als in de toekomst. Hierbij speelt kwaliteit van zorg een centrale rol maar ook de kosten. Kosten zijn makkelijker te beïnvloeden dan inkomsten omdat bij inkomsten veel externe partijen zoals overheid en zorgverzekeraars een rol spelen. Het is daarom gunstig de middelen die het ziekenhuis tot haar beschikking heeft op een efficiënte manier in te zetten. Door geen middelen te verspillen kan zo veel mogelijk geld besteed worden aan kwaliteit van zorg. Niet alleen de kosten van de inrichting op dit moment zijn van belang. De medische wereld is in beweging en de zorg verandert. Patiëntenpopulaties en behandelingen veranderen. Om in de toekomst om te kunnen gaan met deze veranderingen en de kosten van veranderingen te beperken is belangrijk dat afdelingen flexibel zijn.

2.2 INRICHTINGSVORMEN

Met behulp van deze perspectieven bekijken we verschillende inrichtingsvormen. De inrichting van de afdelingen kan gemaakt worden op basis van patiëntkarakteristieken, logistieke kenmerken of op zorgzwaarte. Tabel 1: Overzicht inrichtingsvormen geeft een overzicht van de inrichtingsvormen die we bekijken tijdens dit onderzoek. We bekijken tijdens dit onderzoek alleen de verschillende inrichtingsvormen op zichzelf. In de praktijk zal er waarschijnlijk gekozen worden voor een combinatie van verschillende vormen.

1	Snijdend vs. Beschouwend	Op patiëntkarakteristieken
2	Verschillende (sub)specialismen geclusterd	
3	Op leeftijd	
4	Langverblijf vs. kortverblijf, dagbehandeling, kort-maar-vaak	Op logistieke kenmerken
5	Aankomst: acuut vs. electief	
6	Complex vs. niet complex	Op zorgzwaarte

Tabel 1: Overzicht inrichtingsvormen

Het eerste scenario dat we bekijken maakt onderscheid tussen snijdende en beschouwende specialismen. Inwendige behandelingen zijn dermate verschillend van operatieve behandelingen dat het wenselijk is beide patiëntengroepen te scheiden.

Het tweede scenario is een inrichting waarbij patiënten op basis van specialisme op een verpleegafdeling worden opgenomen. Door dit te doen wordt de tijd van de specialist optimaal benut en krijgen patiënten een behandeling door verpleegkundige met grote expertise op specialistisch gebied.

Het derde scenario deelt patiënten in op basis van leeftijd bepaalt de leeftijd van de patiënt, onafhankelijk van zijn of haar ziektebeeld, de afdeling waar de patiënt opgenomen wordt. Verpleegkundigen op alle afdelingen hebben expertise op het gebied van alle specialismen. De leeftijdsgrenzen tussen de verschillende afdelingen kunnen vrij bepaald worden maar komt het meest voor een grens te trekken tussen baby's en peuters, en tussen basisschoolkinderen en tieners. Op deze manier kan optimaal rekening gehouden worden met de ontwikkeling van kinderen.

Het vierde scenario deelt afdelingen in op basis van verwachte verblijfsduur. Op dit moment hanteren veel ziekenhuizen al een onderscheid tussen dagbehandeling en langere behandeling. Binnen deze verpleegafdelingen zou een verdere scheiding op basis van verwachte opnameduur gemaakt kunnen worden. Door geplande kortdurende opnames op een afdeling te clusteren zou een weekendsluiting gerealiseerd kunnen worden. Hiermee kan het ziekenhuis ook in het weekend op een efficiënte manier blijven werken.

In het vijfde scenario scheiden we acute patiënten van electieve patiënten. Er ontstaat dan een afdeling die berekend is op het omgaan met de onzekerheid van ongeplande patiënten. Op de overige afdelingen ontstaat rust en kan capaciteit optimaal gebruikt worden doordat de onzekerheid van ongeplande opnames verdwijnt. We gaan er vanuit dat patiënten in deze situatie voor het eerste deel van een acute opname terecht komen op een acute afdeling. Na verloop van tijd kan de patiënt (gepland) van de acute afdeling doorstromen naar een niet-acute afdeling. Door te kiezen voor dit scenario creëer je een centrale buffer om met variatie in patiënten aantallen om te gaan.

In het zesde scenario onderscheiden we afdelingen waar complexe zorg wordt verleend van afdelingen met niet-complexe zorg. Op deze manier kunnen de afdeling optimaal gebruik maken van de inzet van verpleegkundigen.

3. ORGANISATIE ZIEKENHUIZEN

In dit hoofdstuk leggen we uit hoe kinderafdelingen in verschillende ziekenhuizen in binnen- en buitenland georganiseerd zijn. We beschrijven in paragraaf 3.1 de inrichting van de huidige verpleegafdelingen van het AMC. Vervolgens beschrijven we in paragraaf 3.2 de organisatie van kinderverpleegafdelingen binnen het VUmc. In paragraaf 3.3 beschrijven we de inrichting van kinderafdelingen in de andere ziekenhuizen in Nederland die vergelijkbaar zijn met het AMC en de kinderafdelingen van het VUmc. Tot slot beschrijven we in paragraaf 3.4 de inrichting van kinderziekenhuizen in het buitenland.

Binnen Nederland hebben we contact gezocht met het AMC, het VUmc, Erasmus Medisch Centrum (Sophia kinderziekenhuis), het Universitair Medisch Centrum Utrecht (Wilhelmina kinderziekenhuis) en Universitair Medisch centrum Groningen (Beatrix kinderziekenhuis). In al deze ziekenhuizen hebben we informatie verzameld aan de hand van interviews tijdens een bezoek. Via e-mail hebben we contact gezocht met negen ziekenhuizen in Duitsland en vier in België. Het is niet gelukt in binnen de onderzoeksperiode van 12 weken in contact te komen met de Duitse ziekenhuizen maar met twee Belgische ziekenhuizen heeft een telefoongesprek van een uur plaatsgevonden. Per ziekenhuis bekijken we hoe bepaald wordt op welke afdeling een kind opgenomen wordt en hoe op die afdeling vervolgens kamers worden ingedeeld. We beschrijven het aantal bedden, de verschillende afdelingen, leeftijdscategorieën en specialismen. De basis voor deze informatie komt van de websites van de verschillende ziekenhuizen. De informatie vullen we aan door tijdens interviews dieper op deze informatie in te gaan.

3.1 SAMENWERKING AMC EN VUMC

De kinderafdelingen van het AMC zijn samen met de vrouwafdelingen Gynaecologie, Verloskunde en de Kraamafdeling de divisie vrouw/kind en worden volgens de huidige alliantieplannen in de toekomst samen met de vrouw- en kinderafdelingen van het VUmc het Vrouw-Kindcentrum van het Universitair Medisch Centrum Amsterdam.

3.1.1 AMC

In het AMC zijn er op dit moment zes klinische kinderafdelingen.¹ Deze afdelingen zijn deels ingedeeld op leeftijd, deels op specialisme. **Error! Reference source not found.** Tabel 2 geeft een overzicht van deze afdelingen en leeftijden per afdeling.

Afdeling	Capaciteit bedden	Informatie
Chirurgie en zuigelingen	24	0-1 jaar en Chirurgie
Grote kinderen	24	1-9 jaar
Tieners	24	>10 jaar
Kinderoncologie	21 (15 bedden, 6 stoelen dagbehandeling)	
IC kinderen	11	
IC Neonatologie	20	

Tabel 2 Kinderverpleegafdelingen AMC

Zoals te zien is in de figuur zijn de afdelingen deel ingericht op leeftijd. Op de afdelingen zuigelingen, grote kinderen en tieners worden verschillende ziektebeelden behandeld. Daarnaast zijn er ook twee afdelingen die op specialisme zijn ingedeeld. Dit zijn de Kinderoncologie en Kinderchirurgie. Op de meeste kinderafdelingen

¹ <https://www.amc.nl/web/Zorg/Kind-Ouder/Opname-voor-meerdere-dagen/Emma-Kinderziekenhuis.htm>

zijn uitsluitend een- en tweepersoonskamers, alleen de afdeling tieners heeft nog vierpersoonskamers. Kinderen worden zoveel mogelijk verspreid over de kamers dus indien mogelijk heeft een kind op een tweepersoonskamer de kamer voor zichzelf. Dit is omdat de rust en privacy van een eigen kamer prettig zijn voor kind en ouder. Pas als op alle kamers een kind ligt komen twee kinderen samen op een kamer. Nadat er gekeken is naar patiënt combinaties die niet wenselijk zijn, bijvoorbeeld in situaties waarbij een van de patiënten een open wond heeft of een besmettelijke infectie hebben houdt de afdeling vooral rekening met de leeftijd van de kinderen. Het doel is kinderen 'die iets aan elkaar kunnen hebben' bij elkaar op de kamer te plaatsen.

In het verleden waren de afdeling chirurgie en de afdeling zuigeling aparte afdelingen. In 2011 zijn de afdelingen samengevoegd. Dit is destijds gebeurd omdat de beide afdelingen een lage bedbezetting hadden en relatief klein waren. De samenvoeging was voornamelijk een bezuiniging. De keuze om deze afdelingen samen te voegen is logisch omdat ongeveer 50% van de kinderen op kinderchirurgie ook zuigelingen zijn.

Doordat de afdelingen op leeftijd ingericht zijn, zijn de faciliteiten op de afdeling volledig aangepast aan de leeftijdscategorie. Zo zijn er op de afdeling zuigelingen vaste badjes, commodes en kolfapparaten aanwezig, en verpleegkundigen die volledig op de hoogte zijn van (borst)voeding bij baby's. De grens voor kinderen die van deze zaken gebruikmaken is niet gelijk aan de grens tussen de afdeling zuigelingen en de afdeling grote kinderen. Bijvoorbeeld voor kinderen van een jaar is een aankleedkussen handig, maar deze zijn op de afdeling grote kinderen niet aanwezig. Een andere belangrijke faciliteit die welk op elke afdeling aanwezig is, is de speelkamer. Nu kinderen voornamelijk eigen kamer hebben is dit de plek waar contact tussen kinderen tot stand komt. De speelkamerkamers zijn op elke afdeling aangepast aan de patiëntengroep. Op de afdeling zuigelingen, de afdeling grote kinderen en de afdeling tieners is dit duidelijk te zien. Op oncologie is de speelkamer voor alle leeftijden. Kinderen zoeken in de speelkamer leeftijdsgenootjes op, vooral tieners vinden elkaar in de 'speelkamer' van de tienerafdeling.

3.1.2 VUMC

Kinderen van nul tot achttien worden in de kinderkliniek van het VUmc behandeld. De kinderkliniek bestaat uit vier verschillende kinderverpleegafdelingen.² Elke afdeling heeft een aantal hoofdspecialismen. Tabel 3 geeft een overzicht van de verschillende afdelingen.

Afdeling	Specialisme	Informatie
9B	kinderoncologie-hematologie, kindernefrologie, kinderurologie	20 kamers (26 bedden) een-, twee-, en driepersoonskamers
9C	kinderchirurgie, kinderneurologie	20 kamers (26 bedden) een-, twee-, en driepersoonskamers
IKIN	Kinder-Intensive Care	9 bedden
INEO	Intensive Care Neonatologie	15 bedden IC 5 bedden HC

Tabel 3 Kinderverpleegafdelingen VUmc

Daarnaast zijn er zowel op 9B als 9C een wisselend aantal gastbedden voor overige specialismen, zoals Keel-neus-oor, oogheelkunde en plastische chirurgie, wat zorgt voor flexibiliteit. Wel is het wenselijk dat kinderen van een specifiek specialisme opgenomen worden op de afdeling waar op dat moment al kinderen van dat specialisme liggen zodat de specialist patiënten efficiënt kan bezoeken. Kinderen voor algemene kindergeneeskunde kunnen op beide afdelingen terecht. Bij het indelen van de kamers wordt zo veel mogelijk rekening gehouden met de ziekte van de kinderen en de persoonlijke omstandigheden. De eenpersoonskamers

² <http://www.vumc.nl/afdelingen/KCA/6720598/6729320/>

zijn voor ernstig zieke kinderen of voor kinderen die vanwege hun ziekte een aparte kamer nodig hebben. De bedden van de afdeling IC Neonatologie zijn verdeeld over twee units. De afdeling werkt nauw samen met de afdeling verloskunde en bevindt zich vlakbij de afdelingen Verloskunde en Gynaecologie.

Op de afdelingen is een speelkamer maar kinderen die van de afdeling af mogen kunnen ook naar kinderstad. Dit is een speelparadijs met de bedoeling dat kinderen even kunnen vergeten dat ze ziek zijn. Er komen hier kinderen van alle leeftijden. Dit zijn kinderen die opgenomen zijn, maar ook kinderen die op de polikliniek zijn voor behandeling, broertjes en zusjes, vriendjes en vriendinnetjes of kinderen die bij een volwassene op bezoek zijn.

3.2 NEDERLANDSE KINDERZIEKENHUIZEN

Om een brede kijk te verwerven op de mogelijkheden om kinderziekenhuizen in te richten is contact gelegd met het Beatrix Kinderziekenhuis in Groningen, het Sophia Kinderziekenhuis in Rotterdam en het Wilhelmina Kinderziekenhuis in Utrecht. Deze contacten zijn benaderd vanuit hoofd pediatrie en de verpleegkundig bestuurder van het EKZ. Vervolgens is een bezoek gepland. We hebben deze drie ziekenhuizen benaderd omdat deze met betrekking tot formaat en zorg het dichtst in de buurt komen bij de kinderkliniek van het Vrouw-Kindcentrum. We stellen aan de orde welke keuzes ze hebben gemaakt met betrekking tot de inrichting van kinderafdelingen en wat hier de achterliggende gedachten achter zijn.

3.2.1 UNIVERSITAIR MEDISCH CENTRUM GRONINGEN

De kinderverpleegafdelingen van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) zijn deel van het Beatrix kinderziekenhuis³. Gedurende het interview bleek dat dit ziekenhuis voorheen een leeftijdsgebonden inrichting kende met een afdeling voor zuigelingen, een voor kleuters en een voor grote kinderen. Kinderchirurgie was op dat moment een zelfstandige afdeling, onafhankelijk van de overige pediatrie afdelingen. In de periode dat de nieuwbouw uit 1999 op is hebben verschillende veranderingen plaatsgevonden waardoor de huidige afdelingen niet meer allemaal leeftijdsgebonden zijn. De IC moest uitbreiden en bij de OK blijven waardoor de voormalige afdeling zuigelingen IC werd. Volgens richtlijnen mochten oncologie patiënten niet verspreid liggen over verschillende afdelingen. Kinderen met cardiologische en thorax gerelateerde afdelingen moesten vaak verplaatsen binnen een opname, dit maakte het wenselijk deze groep ook te clusteren. Zo ontstond op de voormalige afdeling grote kinderen een afdeling voor oncologie en cardiologie/thorax. Ook is met de komst van een kortverblijf afdeling een deel van de chirurgische patiënten verplaatst waardoor de chirurgische afdeling ruimte had om Maag-Darm-Lever (MDL) patiënten op te nemen. Door deze verschuivingen is de inrichting ontstaan die Tabel 4 weergeeft.

Afdeling	Specialismen	Informatie
M1	Chirurgie, MDL, algemene kindergeneeskunde	24 bedden
M2	Oncologie en cardiologie	24 bedden
M3	Kinder intensive care	18 bedden
M4	Neurologie, neurochirurgie, zuigelingen	24 bedden
L1	Kortverblijf	24 bedden
IC Neonatologie	Pasgeborenen in acute en levensbedreigende situatie	24 bedden

Tabel 4 Kinderverpleegafdelingen UMCG

³

<https://www.umcg.nl/nl/umcg/overhetumcg/organisatie/specialismen/kindergeneeskunde/Pages/default.aspx>

De meeste afdelingen hebben een verdeling met zes eenpersoonskamers, drie tweepersoonskamers en drie vierpersoonskamers.

Tijdens het interview blijkt dat de huidige inrichting niet optimaal is en er binnen het UMCG nagedacht wordt over hoe de pediatrie op een goede manier ingericht moet worden. Zo zorgt de kortverblijfafdeling die in het leven is geroepen omdat patiënten steeds korter opgenomen worden voor problemen. Dit komt onder andere doordat het in de praktijk niet lukt de afdeling op vrijdag middag leeg te hebben zodat deze in het weekend kan sluiten. Dit betekent dat elke vrijdag gemiddeld vijf tot zes patiënten verplaatst moeten worden naar een andere afdeling. Op de afdeling liggen kinderen die variërend van een paar uur tot paar dagen opgenomen zijn. De aantallen in de nacht fluctueren sterk, dit maakt het lastig in de nachten de verpleegkundige bezetting op een goede manier aan te passen.

Een ander probleem zit in het feit dat de OK-planning op dit moment een grote invloed heeft op verschillende afdelingen, door bijvoorbeeld de visites en supervisie over chirurgische patiënten. Binnen het UMCG wordt nagedacht om in de toekomst weer een afdeling te creëren voor de chirurgische patiënten zodat de verantwoordelijkheid binnen deze afdeling weer bij de snijders komt. Zij kunnen dan de OK planning beter afstemmen op de situatie op de afdeling. Op dit moment geven verpleegkundigen aan dat het lastig is overal de expertise te garanderen in geval van complexe patiënten met een chirurgische behandeling. Door deze patiënten te clusteren zou met behulp van verpleegkundig specialisten de kwaliteit van zorg verbeterd kunnen worden.

Een derde aandachtspunt is de afdeling oncologie/cardiologie. Dit is op dit moment een afdeling met zeer complexe zorg. Doordat veel intensieve zorg geclusterd ligt doet deze afdelingen steeds moeilijkere ingrepen. Tegenwoordig liggen hier kinderen die ook op high care of IC zouden kunnen liggen en vind soms bijna een op een zorg plaats. Dit maakt de afdeling inflexibel doordat hier niet zomaar personeel van andere afdelingen ingezet kan worden omdat veel specialistische kennis vereist is. Daarnaast is het zeer kostbaar zulke intensieve zorgen te verlenen op een reguliere verpleegafdeling doordat voor verpleging op reguliere verpleegafdelingen minder kosten in rekening gebracht worden dan voor verpleging op een IC.

3.2.2 Erasmus Medisch Centrum

Binnen het Erasmus Medisch Centrum komen kinderen terecht in het Sophia kinderziekenhuis⁴. Er zijn verschillende klinische verpleegafdelingen voor kinderen. Tabel 5 **Error! Reference source not found.** geeft een overzicht van de verschillende afdelingen.

Afdeling	Specialismen	
Medium Care Kindergeneeskunde	Cardiologie, Endocrinologie, Immunologie en Infectieziekten, Oncologie en Hematologie, Maag-Darm- en Leverziekten, Metabole Ziekten, Nefrologie, Longziekten	22 bedden Een-, twee- en vierpersoonskamers
Medium Care Kinderchirurgie	Kinderchirurgie, Kinderurologische chirurgie en Kinderorthopedische chirurgie, kinderplastisch chirurgie, kinder KNO, kinderneurologie, kinderneurochirurgie, kinderoogheelkunde, kinderkaak	44 bedden, een-, twee- en vierpersoonskamers
Intensive Care Kinderen	Alle chirurgische en pediatrie patiënten	28 bedden, 4 units op specialisme

⁴ <http://www.erasmusmc.nl/voorjou/voorjoujongeren/Opnamejongeren/3570329/>

Intensive Care Neonatologie	Alle neonaten die IC en HC zorg nodig hebben.	33 bedden
Kinderoncologie / hematologie		12-14 bedden

Tabel 5 Kinderverpleegafdelingen Erasmus Medisch Centrum

Vroeger kende het Erasmus Medisch Centrum kinderafdelingen op basis van leeftijd. Er waren drie afdelingen met kinderen van 0-2 jaar, 3-6 jaar en 7 jaar en ouder. Oncologie wilde een eigen afdeling met geclusterd de oncologische polikliniek en een oncologisch dagcentrum zodat specialisten optimaal ingezet kunnen worden. Door de splitsing van oncologie waren er onvoldoende patiënten voor drie leeftijdsgebonden afdelingen. Een gevolg hiervan is dat de leeftijdsgroep per afdeling zo breed wordt dat dit weinig voordelen biedt. Daarom is er gekozen voor medium care (MC) afdelingen op basis van specialisme met onderscheid tussen snijdend en beschouwend. Zo ontstonden de afdelingen Medium Care kindergeneeskunde en MC kinderchirurgie. Deze afdelingen zijn expertise gericht en trainen verpleegkundigen op een klinische blik. Deze afdelingen groeien naar elkaar toe en werken meer samen. Beide afdelingen hebben zowel eenpersoons als vierpersoonskamers. Kamers worden zo veel mogelijk ingedeeld op basis van leeftijd.

Op dit moment is het Erasmus medisch centrum bezig met een verbouwing. Het tweede deel zal tegen 2018 opgeleverd worden. De kinderafdelingen zullen op dat moment verhuizen naar de nieuwbouw. Het is nog niet duidelijk hoe die afdelingen er uit zullen zien. De arts geeft aan geen problemen te ondervinden van de huidige inrichting. Deze zou prima zo kunnen blijven maar met de nieuwbouw wordt ook een nieuwe ziekenhuis brede visie geïmplementeerd waarmee de verpleegafdelingen in overeenstemming moeten zijn. Binnen deze visie past het niet om verschillende centra zoals oncologie, kinderhorax, kinder Maag-Darm-Lever of aangeboren erfelijke aandoeningen te creëren waarbij poli, dag- en verpleegafdeling geclusterd worden. Door verschillende 'eilandjes' te creëren ontstaan starre, inefficiënte verpleegafdelingen. Binnen een dergelijk centrum ben je kwetsbaar en inflexibel. Volgens de kinderarts uit het Erasmus Medisch Centrum lijkt het beter binnen de Erasmus Medisch Centrum visie te passen om in de toekomst voor de MC een grote open afdeling te creëren waarin flexibiliteit uitgangspunt is. Binnen deze afdeling is het dan gunstig hoeken te creëren waarin verschillende expertises en specialismen geclusterd zijn.

3.2.3 UNIVERSITAIR MEDISCH CENTRUM UTRECHT

De kinderafdelingen van het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMCU) zijn onderdeel van het Wilhelmina kinderziekenhuis⁵ (WKZ). Dit kinderziekenhuis heeft zijn afdelingen ingericht op basis van specialisme. Dit betekent dat op alle afdelingen kinderen variërend in de leeftijd van 0-18 opgenomen worden. De inrichting sinds de nieuwbouw in 1999 is te vinden in Tabel 6.

Afdeling	Specialismen	Informatie
Dolfijn	Neuro-afdeling, nefrologie, urologie, metabool	25 bedden
Kikker	Kinderchirurgische afdeling: algemene chirurgie, traumatologie, orthopedie	25 bedden 1/2/4persoonskamers
Eekhoorn	Interne verpleegafdeling	25 bedden 1/2/4 persoonskamers
Giraf	Unit 1: Immunologie, hematologie Unit 2: stamceltransplantatie	Twee units met 7 bedden per unit eenpersoonskamers
Leeuw	Cardiologische en cardio chirurgische afdeling	10 bedden, een- en

⁵ <http://www.hetwkz.nl/hoer-zit-dat-in-het-wkz/verpleegafdelingen/>

		driepersoonskamers
Pelikaan	Intensive Care	2 units totaal 14 bedden
Neonologie	Te vroeg geboren	Valt onder divisie vrouw-baby

Tabel 6 Kinderverpleegafdelingen UMCU

De afdelingen zijn ingericht op specialisme omdat de visie van het WKZ is dat op deze manier expertise optimaal benut kan worden. Op het moment dat een afdeling vol is zijn er duidelijke afspraken op welke andere afdeling een patiënt terecht kan. Wanneer mogelijk wordt de patiënt teruggeplaatst naar de afdeling van het bij de patiënt behorende specialisme, tenzij de ontslagdatum al op korte termijn is. Naast deze afdelingen heeft het WKZ een dagbehandelingsafdeling met een 'huiskamersfeer'. Kinderen krijgen bij de korte behandelingen die op deze afdelingen plaatsvinden niet direct een bed als ze thuis ook niet in bed zouden liggen. Pas als een kind daadwerkelijk moet liggen na narcose, voor een onderzoek, te moe of ziek is of moet slapen krijgt het kind een bed. De rest van de tijd zijn ze vrij om over de hele afdeling te spelen in een situatie die zo min mogelijk lijkt op een ziekenhuis. Op dit moment richt het UMCU een extra verpleegafdeling in binnen het WKZ in waar het Princes Máxima Centrum voor Kinderoncologie zal inhuizen voordat ze naar het nieuw te bouwen ziekenhuis verhuizen.

Gedurende het interview werd duidelijk dat personeel in principe op alle afdelingen kan werken en uitgewisseld wordt. Door het vaste team dat op de afdeling aanwezig is, is specialisme gebonden expertise beschikbaar. Lang niet alle handelingen op de afdeling vergen deze expertise dus zo zijn verpleegkundigen van verschillende afdelingen ook op andere afdelingen inzetbaar. Het WKZ heeft er voor gekozen geen onderscheid te maken in chronische of langdurige opnames en korte opnames om te zorgen dat de professionele afstand tussen personeel en patiënten gewaarborgd blijft.

Het WKZ heeft een gebouw losstaand van het UMCU. Binnen dit gebouw is alle medische faciliteiten aanwezig, bijvoorbeeld 6 OK's. Alleen voor een MRI moeten kinderen naar het hoofdgebouw van het UMCU. Elke verpleegafdeling afdeling heeft een huiskamer met balkon op de afdeling waar voornamelijk ouders gebruik van maken. De speelkamers zijn op centrale plekken met ook hier de mogelijkheid om buiten op het dakterras te spelen. De bescheiden speelmogelijkheden op de afdelingen en de centrale speelkamers worden voldoende geacht omdat op het moment dat kinderen uitgebreid kunnen spelen ze in veel gevallen al met ontslag mogen.

3.3 BUITENLANDSE KINDERZIEKENHUIZEN

In België hebben we contact gelegd met het UZ Leuven en de Universitair Ziekenhuis Antwerpen (UZA). Deze paragraaf beschrijft de inrichting van de kinderafdelingen. Tevens is er aandacht voor de achterliggende redenen.

3.3.1 UNIVERSITAIR ZIEKENHUIS LEUVEN

Het Universitair ziekenhuis Leuven (UZ Leuven) is een ziekenhuis waar de afdelingen leeftijdgebonden ingedeeld zijn. De situatie in dit ziekenhuis komt overeen met de situatie in het AMC op dit moment met de grotendeels leeftijd gebonden afdelingen maar ook een aantal specialistische afdelingen. Wat betreft het aantal bedden is het ziekenhuis representatief voor de situatie die zal ontstaan in het kinderziekenhuis binnen de alliantie. Tevens is dit ziekenhuis JCI geaccrediteerd, net als het AMC. Dit betekent dat het ziekenhuis focust op topkwaliteit en continue verbetering van patiëntveiligheid. Tabel 7 geeft een overzicht van de kinderverpleegafdelingen in het UZ Leuven.

Afdeling	Specialismen	Leeftijden	Informatie
----------	--------------	------------	------------

341	Infectieziekten, pneumologie, orgaantransplantatie (nier, lever, darm)	1,5/2 tot 16 jaar	19 eenpersoonskamers
344	Kinder hemato-oncologie	0 tot 16 jaar	18 eenpersoonskamers
343	Verskillende specialismen	pasgeborene tot 18/24 maanden	32 bedden op boxen, een -en vierpersoonskamers
331	Verskillende specialismen	1,5/2 tot 16 jaar	44 bedden op een-, drie- en zespersoons kamers
321	Neonatale intensieve zorgen	Pasgeborenen	36 eenpersoonskamers, kan tot 40 bij tweelingen
342	Neonatale zorgenafdeling	Pasgeborenen	6 bedden
210	Orthopedie en revalidatie kinderen	0 tot 16 jaar	21 bedden
509	Intensieve geneeskunde kinderen	0 tot 16 jaar	10 bedden

Tabel 7 Kinderverpleegafdelingen UZ Leuven

Naast deze overeenkomst zijn er in het UZ Leuven een aantal andere keuzes gemaakt. Zo blijven kinderen doorgaans maar tot zestienjarige leeftijd op de kinderafdeling, waar in veel andere ziekenhuizen 18 jaar de gebruikelijke grensleeftijd is tussen kinder- en volwassenenafdelingen. Een ander verschil is de grens tussen de verschillende leeftijdsgebonden afdelingen, die ligt hier voor kleine kinderen aanzienlijk hoger dan in het AMC. Om de situatie en gedachtegang achter deze inrichting in kaart te brengen is gesproken met de verpleegkundig manager van de kinderafdelingen. De scheiding tussen de twee algemene pediatrieafdelingen bij 1,5/2 jaar. Dit is historisch zo gegroeid een heeft vooral te maken met het feit dat kinderen jonger dan 1,5/2 jaar nog een in kooibedje en kleinere kamer kunnen. Het grootste nadeel van deze splitsing is dat de eerstgenoemde afdeling niet geschikt is om grotere kinderen op te nemen. De kamers zijn te klein om een normaal bed neer te zetten en in plaats van een douche en toilet is er alleen een badje en een commode. Dit maakt de afdeling inflexibel.

Het UZ Leuven is op dit moment aan het herinrichten en verbouwen. Onlangs is de Neonatale intensieve zorgenafdeling verplaatst naar het nieuwe gebouw 'kritieke diensten'. Hier zijn 36 individuele kamers voor de neonaten. Ook de rest van pediatrie verhuist in de toekomst naar een nieuwe locatie. In 2014 start de bouw van een nieuw gebouw waarin alle zorg voor vrouw en kind in de toekomst plaats zal vinden. Verwacht is dat het tegen 2017 af is en er 118 bedden pediatrie, 30 plaatsen dagziekenhuis, 47 plaatsen kinderpsychiatrie en 65 bedden voor materniteit komen. Door deze bouw zijn alle keuzes voor de pediatrie afdelingen heroverwogen. De verschillende leeftijdsgebonden afdelingen zullen verdwijnen in dit nieuwe ziekenhuis en plaatsmaken voor een specialisme gebonden indeling. Het UZ Leuven wil toe naar een situatie van 'een bed is een bed', waar als er een bed vrij is, elk kind daar zou kunnen liggen. Om dit te bereiken is de keus gemaakt de 118 bedden pediatrie te verdelen over twee verdiepingen. Deze verdiepingen worden verdeeld in vier zones van ieder ongeveer 15 bedden. Binnen elke zone staat een specialisme centraal, zo komen er onder andere een zone oncologie, zone cardiologie, zone neurologie. Tussen de verschillende zones zijn geen muren of deuren dus ze lopen in elkaar over, zo ontstaat als het ware een grote afdeling per verdieping waar vier verpleegwachters zijn met een team van een bepaald specialisme. De specialismen krijgen dus verschillende zones, maar kunnen indien nodig wat uitbreiden met bedden van de andere zones. Met behulp van dit 'harmonicamodel' zijn afdelingen in staat mee te groeien of krimpen met de patiënten aantallen. Dit zorgt voor flexibiliteit.

'De keuze om afdelingen in te richten op basis van verschillende specialismen is gemaakt omdat zorg te complex en specialistisch is geworden. Nu moet iedereen op algemene pediatrie afdelingen geholpen worden. Er komen kleine patiënten aantallen met een breed scala aan disciplines. Het is niet reëel van verpleegkundigen te vragen dat ze alles kunnen Binnen de nieuwe indeling werken verpleegkundigen binnen een zone waar ze zich verdiepen in een specialisme.' (verpleegkundig manager kinderafdelingen)

In de bouw van dit ziekenhuis staat comfort voor ouder en kind centraal. Alle kamers voor pediatrie worden eenpersoonskamers, met uitzondering van een aantal kamers voor orthopedie en revalidatie waar kinderen vaak langdurig opgenomen worden en het wenselijk is dat ze binnen de kamer contact hebben met andere kinderen. In het algemeen geldt dat de trend is dat kinderen steeds korter opgenomen worden en gedurende de periode dat ze in het ziekenhuis verblijven zo ziek zijn dat ze weinig behoefte hebben aan contact. In het nieuwe ziekenhuis komen verspreid over de twee verdiepingen drie speelkamers. Het centraal stellen van de specialismen gebeurt ook in de speelkamers, er wordt geen onderscheid gemaakt in leeftijden maar weer in specialismen. Dit doet het UZ Leuven omdat ze van mening zijn dat sommige zieke kinderen, bijvoorbeeld oncologische patiënten die weinig weerstand hebben, niet zomaar met alle andere kinderen kunnen spelen uit medisch oogpunt. Uitgangspunt is verder dat als kinderen eenmaal in staat zijn uit bed te komen en buiten de kamer te gaan spelen, ze de keuze kunnen maken uit de leukste plek en daar naar toe kunnen gaan. Een groot pluspunt aan de nieuwe afdelingen is dat er de mogelijkheid is om buiten te zijn op het terras. Hiermee wordt bij de bouw ingespeeld op behoeften van ouders en kinderen om dicht bij de afdeling buiten te kunnen zijn.

3.3.2 UNIVERSITAIR ZIEKENHUIS ANTWERPEN

Dit ziekenhuis heeft een kleinere kinderafdeling dan de kinderkliniek die er zal komen indien binnen de alliantie alle kindergeneeskunde op een locatie komt, maar er is gekozen om dit ziekenhuis toch te benaderen in verband met de bijna voltooide bouw van het Moeder-Kind Centrum. Tabel 8 geeft de klinische kinderverpleegafdelingen weer.

Afdeling	Bedden	Informatie
Pediatrie	35 bedden	Elke leeftijdsgroep heeft een eigen hoek op de afdeling: Midden in de afdeling: boxen voor hele kleine kinderen. Vooraan als je de afdeling binnenkomt kamers voor jonge kinderen Achteraan zalen van vier voor adolescenten Oncologie is een aparte zone van 6 bedden binnen pediatrie
IC neonatologie	20 bedden IC 5 bedden HC	
IC kinderen	6 bedden	Op dit moment is de IC kinderen op een IC voor volwassenen, hierdoor is de afdeling flexibel en kunnen er als er minder volwassenen zijn meer kinderen opgenomen worden

Tabel 8: Kinderverpleegafdelingen UZA

De overheidsregelingen in België bepalen dat kinderen tot en met 14 jaar op een pediatrieafdeling behandeld moeten worden. Het UZA hanteert voor de overgang van pediatrie naar enkele volwassenen afdeling een hogere leeftijdsgrens, variërend tussen 16 en 18 jaar. Voor deze grens maakt het UZA onderscheid tussen kinderen die chronisch ziek zijn en kinderen die incidenteel worden opgenomen. Kinderen die incidenteel opgenomen worden komen in principe terecht op een volwassenen afdeling. Voor kinderen die chronisch ziek zijn is er een overgangstraject omdat de overgang van pediatrie naar volwassenafdeling niet makkelijk is. Deze kinderen verblijven tussen hun 16^e en 18^e op pediatrie maar vanaf 16 jarige leeftijd zijn zowel kinderarts als volwassen specialist betrokken bij de behandeling, om op den duur een overgang naar de volwassen afdeling makkelijker te maken.

Het UZA heeft een grote algemene pediatrie afdeling. Op dit moment wordt er met adolescenten op dezelfde kinderlijke manier omgegaan als met de jonge kinderen maar deze groep heeft eigenlijk meer behoefte aan inspraak en vrijheid in de regels, bijvoorbeeld over naar bed gaan, opstaan, eten, televisie kijken. Binnen het

UZA wordt nagedacht over hoe verpleegkundigen en artsen op een goede manier om kunnen gaan met adolescenten.

De voornaamste reden om de kinderkliniek op deze manier in te richten is dat de afdeling niet groot genoeg is om te verdelen in verschillende afdelingen. IC Neonatologie en IC Kinderen zijn wel aparte afdelingen omdat je de zorg voor deze patiënten niet kan leveren op een reguliere pediatrie afdeling.

In 2011 startte het UZA met de bouw van het moeder- en kindcentrum. In deze ziekenhuisvleugel bundelen ze de afdelingen gynaecologie, intensieve neonatale zorg, pediatrie. Kindgerichte én gezinsgerichte aanpak staat centraal. In de nieuwe inrichting van het moeder-kind centrum blijven de huidige afdelingen bestaan. De grootste verandering die het centrum met zich mee zal brengen is comfort. Alle kamers worden eenpersoonskamers. Het wordt comfortabeler voor ouders om te blijven slapen, elke kamer krijgt eigen sanitair, er komt een nieuwe speelkamer, er komt een fitnessruimte voor de adolescenten.

3.4 SAMENVATTING HUIDIGE INRICHTING

Binnen dit hoofdstuk hebben we gekeken hoe verschillende ziekenhuizen hun kinderafdelingen inrichten en wat de redenen zijn om te kiezen voor deze inrichting. Tabel 9 geeft een overzicht van de gevonden inrichtingsvormen per ziekenhuis met daarbij het aantal bedden van de kinderafdelingen, inclusief neonatologie.

Ziekenhuis	Inrichting	Bedden
AMC	Deels op leeftijd, deels op specialisme	± 124
VUmc	Specialisme	± 81
Erasmus MC	Specialisme	± 140
UMCU	Specialisme	± 113 + neo
UMCG	Deels op leeftijd, deels op specialisme, electieve patiënte deels op verblijfsduur	± 138
UZ Leuven	Deels op leeftijd, deels op specialisme	± 186
UZA	Een afdeling	± 65

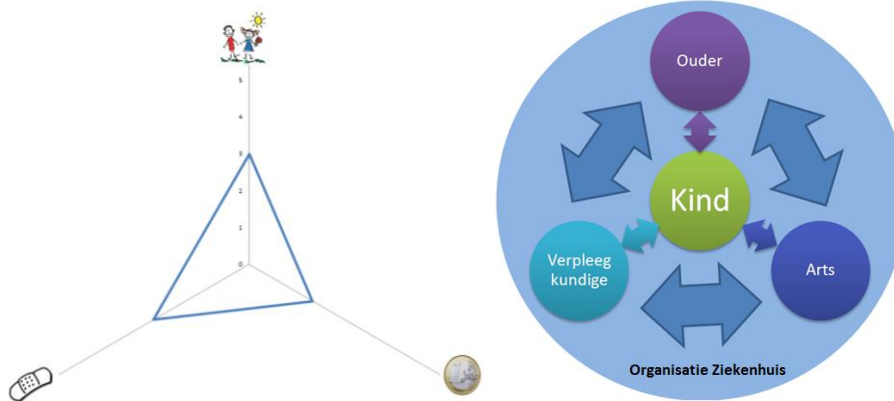
Tabel 9: Overzicht inrichting ziekenhuizen

Binnen deze ziekenhuizen zijn de IC en neonatologie altijd aparte afdelingen. Het specialisme oncologie is altijd geclusterd op een afdeling. Het AMC,UMCG en het UZ Leuven hebben een zuigelingen afdeling. Het AMC is het enige geïnterviewde ziekenhuis met een speciale tienerafdeling. Alle ziekenhuizen houden bij de verdeling van kinderen over de kamers rekening met de leeftijd van kinderen. Geen van de ziekenhuizen heeft alle snijdende specialismen geclusterd, een acute afdeling of maakt bewust onderscheid tussen complexe zorg en niet-complexe zorg. In het UMCG is door twee intensieve specialismen te clusteren op dezelfde afdeling is dit onderscheid toch op een zekere manier gemaakt. Het UMCG is tevens het enige ziekenhuis dat op dit moment een geplande kortverblijfsafdeling heeft.

Ziekenhuizen die in gericht zijn op specialisme doen dit om expertise te garanderen en kwaliteit van zorg te optimaliseren. Andere ziekenhuizen kiezen ervoor in te richten op leeftijd met als voornaamste argument dat op deze manier de ontwikkeling van kinderen centraal staat. Het clusteren van geplande kortverblijf zorg is met het oog op de groei van deze patiënten groep vooral uit kostenefficiënt oogpunt gunstig door de weekend sluiting van deze afdeling.

4. ARGUMENTEN VANUIT VERSCHILLENDE PERSPECTIEVEN

In dit hoofdstuk vullen we de belangen en behoeften die we in hoofdstuk 2 in de literatuur gevonden hebben aan met behoeften die niet direct uit de literatuur blijken, maar naar voren komen tijdens de verschillende gesprekken. In paragraaf 4.1 bekijken we het perspectief kindgericht vanuit de ervaringen van kinderen en ouders. In paragraaf 4.2 staan de meningen van verpleegkundigen en artsen centraal om het zorginhoudelijke aspect in kaart te brengen. In paragraaf 4.3 kijken we vanuit de organisatie van het ziekenhuis naar de kostenefficiëntie van verschillende keuzes. Ten slotte geven we in paragraaf 4.4 een overzicht van de belangrijkste voor en nadelen.



4.1 KINDGERICHT

Binnen het perspectief kind gericht kijken we naar kinderen en ouders. Om de belangen deze groep in kaart te brengen en te achterhalen hoe zij de inrichting van het ziekenhuis ervaren spreken we met de Tiener-Ouderraad van het AMC, de Kinderadviesraad van het Radboud Amalia kinderziekenhuis in Nijmegen, en stichting Kind & Ziekenhuis. De Tiener-Ouderraad bestaat uit patiënten en ouders van patiënten van de kinderafdelingen in het AMC. Ze bespreken ideeën over de zorg, de facilitaire diensten en communicatie, voorlichting en educatie aan kinderen en ouders. Op dit moment is de Tiener-Ouderraad zo klein dat ze in samenwerking met de projectgroep Vrouw-Kind een Tiener-Ouderraadpleging hebben georganiseerd om over de ideale situatie voor het kinderziekenhuis van de toekomst te praten. Tijdens deze bijeenkomst worden tieners en ouders van patiënten uit het AMC en het VUmc gevraagd naar positieve en negatieve ziekenhuis ervaringen en hun visie op het Vrouw-Kindcentrum. Deze bijeenkomst wonen we bij. Het Radboud Amalia ziekenhuis heeft een kinderadviesraad. Deze raad bestaat uit kinderen tussen 12 en 18 jaar die regelmatig bijeen komen om te praten over wat er beter kan in het ziekenhuis en hoe dit beter kan. Ook spreken we met Stichting Kind & Ziekenhuis. Deze stichting zet zich in voor het welzijn van het kind vóór, tijdens en na een opname in het ziekenhuis.

Tijdens de Tiener-Ouderraadpleging over dit onderwerp sprak een van de vaders *'Eigenlijk zal het me worst wezen wie er naast mijn kind ligt, zolang er maar een muur tussen zit'*. Andere ouders sloten zich erbij aan dat eenpersoonskamers een enorme verbetering zijn. Het is een schrikbeeld in de toekomst weer terug te moeten naar grote gedeelde kamers. Eenpersoonskamers brengen rust. Op een eigen kamer met meer privacy is het makkelijker te blijven opvoeden. Ouders geven aan dat dit van belang is voor de gezinsband. Vooral bij kinderen die langer opgenomen zijn waarvan ouders ook een periode bijna 'in het ziekenhuis wonen' is comfort gewenst. Onder comfort verstaan ze een fatsoenlijk bed, een eigen douche, ruimte en privacy.

Jongere kinderen van de kinderadviesraad geven aan dat het soms fijn is om een kamer te delen zodat je elkaar kan vermaken, de pubers daarentegen geven over het algemeen de voorkeur aan een kamer voor zichzelf

omdat het delen van een kamer met kleine kinderen onrustiger is mede omdat ze meer huilen. Het delen van een kamer kan leuk zijn, dit hoeft echter niet. Soms is er noodzaak en moet het. In de situatie met twee langdurig zieke kinderen die een kamer delen kan het klikken of juist niet dus je loopt ook een risico. De voorkeur van de geraadpleegde ouders met langdurig zieke kinderen gaat dan ook uit naar een langdurig ziek kind samen met korte opnames. *'Als het niet klikt, weet je dat het kind of de ouder binnen een paar dagen weer vertrekt'*. In die situatie is het vervelend uit te blijven leggen wat je kind mankeert en ontstaat drukte doordat nieuwe ouders de kamer volledig opeisen omdat het allemaal nieuw en spannend is. De grote wens van deze ouders is dan ook eenpersoonskamers.

Binnen de kamer zijn kinderen patiënt, buiten de kamer kunnen ze even vergeten dat ze ziek zijn. Het is belangrijk dat er ruimte is om te kunnen rennen en rondrazen. In de ideale situatie is er volgens de ouders ook de mogelijkheid om dicht bij de afdeling naar buiten te gaan. De kinderen van de Kinderadviesraad geven aan behoefte te hebben aan meer gezamenlijke activiteiten, meer afleiding, meer sportruimte om buiten je kamer te kunnen bewegen of een plek waar je je huisdier zou kunnen ontmoeten.

Er moet in het ziekenhuis de mogelijkheid zijn voor kinderen maatjes te ontmoeten. Kinderen begrijpen elkaar en kunnen met andere zieke kinderen soms ineens praten over ziek zijn, waar ze het normaal verschrikkelijk vinden te praten over wat ze hebben. Een kinderarts uit het VUmc gaf aan: *'contact maken is het makkelijkst met mensen die op jezelf lijken, dat kan door dezelfde leeftijd maar ook door de zelfde aandoening'*. Ouders stemden hiermee in en gaven aan dat ze zowel bijzondere ervaringen hadden met leeftijds- en lotgenoten contact. De kinderen van de kinderadviesraad geven aan: *'Het is fijn om met andere kinderen te kunnen praten over je ziekte, het is zowel leuk om leeftijdgenoten als kinderen van andere leeftijden om je heen te hebben. Doordat je samen in het ziekenhuis ligt ben je toch lotgenoot, ook al heb je niet hetzelfde ziektebeeld.'* Dit contact tussen kinderen komt makkelijker tot stand als kinderen samen iets doen.

De behoefte aan contact hangt sterk af van de ziekte van het kind. Sommige kinderen zijn tijdens de opname zo ziek dat ze alleen in bed kunnen liggen en ziek zijn. Andere kinderen hebben een aandoening waardoor het ook op momenten dat het beter met ze gaat niet met andere kinderen kunnen spelen, bijvoorbeeld kinderen met zware neurologische aandoeningen. Voor deze kinderen maakt het geen verschil of er andere leeftijd- of lotgenoten in de buurt zijn.

Ouders hebben vooral behoeften aan contact voor tips, steun, en adviezen met ouders met kind met zelfde ziektebeeld. Niet alle ouders zoeken dit binnen het ziekenhuis. Sommige ouder hebben hier sterke behoefte aan, andere ouders geven aan dit zelf op te zoeken als daar behoefte aan is. Ouder hebben behoefte aan duidelijke informatievoorziening. Het is belangrijk dat de informatie gedoseerd aangeboden wordt. Personeel moet afstemmen met patiënt en ouder waar behoefte aan is, in plaats van binnen een korte tijd alle informatie 'uitstorten'. De specifieke praktische informatie kunnen ouders van kinderen met een soortgelijke aandoening onderling uitwisselen als ze in contact komen. De ouders zijn het er over eens dat een goede Wi-Fi verbinding is een groot voordeel is. Op die manier kunnen ouders in contact blijven met buitenwereld en ontspannen als kinderen slapen.

Ook is het van belang dat kinderen op de 'goede' afdeling liggen. Je merkt dat afdelingen aangepast zijn aan de doelgroep. Een kleuter op tieners is niet prettig in verband met latere medicatieronde en een ander dag- en nacht ritme, maar ook een kind zonder oncologische aandoening opgenomen op oncologie is geen prettige situatie volgens de ouders. Stichting Kind en ziekenhuis, (2014) schrijft op haar website: *"Voor jongeren van 14 tot en met 18 jaar is het aan te bevelen een ziekenhuis te kiezen waarvan de kinderafdeling beschikt over een speciale eenheid voor adolescenten. Zij voelen zich daar eerder thuis dan tussen kleine kinderen of volwassenen"*. Patiënten en ouders die regelmatig in het ziekenhuis komen hebben behoefte aan vastigheid;

een afdeling waar personeel je kent met een vertrouwd 'thuis' gevoel. Wat de meest prettige inrichting is voor ouder en kind hangt af van de aandoening van het kind. In alle gevallen is rust, privacy en duidelijke informatievoorziening van groot belang. Tevens is van belang dat alle benodigde faciliteiten voor ouder en kind bij de hand zijn zodat ouders en kinderen deze kunnen gebruiken ookal moeten ze dicht bij de kamer blijven in verband met bezoeken van artsen en verpleegkundigen. Tijdens het verblijf voeren de ouders graag zelf de zorg voor hun kind uit die ze normaal ook zouden doen. Ook al proberen ziekenhuis en personeel een zo natuurlijk mogelijke situatie te creëren voor kinderen, een ziekenhuisopname heeft grote impact op kinderen. Om kinderen te begeleiden tijdens de opname hebben alle geïnterviewde ziekenhuizen medisch pedagogisch medewerkers die kinderen begeleiden tijdens de opname waar nodig.

4.2 ZORGPROFESSIONALS

Binnen het perspectief zorg bekijken we meningen van artsen en verpleegkundigen.

4.2.1 VERPLEEGKUNDIGEN

De meningen van verpleegkundigen zijn verdeeld. Uit de gesprekken met verpleegkundigen in het AMC en VUmc blijkt het duidelijkst dat voor elke inrichtingsvorm voor- en tegen argumenten zijn. Voorop staat dat zorg voor de patiënt prioriteit heeft, daarbij hebben verpleegkundigen over het algemeen behoeften aan afwisseling en uitdaging. We hebben gesproken met verpleegkundigen uit het AMC en VUmc. Deze ziekenhuizen hebben op dit moment leeftijd en specialisme gebonden afdelingen, tijdens de gesprekken is dan ook voornamelijk over deze twee inrichtingsvormen gesproken. Sommige verpleegkundigen vind deze uitdaging in het verplegen van kinderen van verschillende leeftijden, andere verpleegkundigen vinden het verplegen van verschillende specialismen afwisselend.

Een verpleegkundige uit het VUmc gaf aan dat jongere kinderen nog wat makkelijker en toegankelijker zijn voor iedereen. Tieners behoeven een speciale aanpak, die niet iedereen ligt. Daarmee zijn tieners in de optiek van deze verpleegkundige een hele aparte categorie. De keuze van deze verpleegkundige zou dan ook een ziekenhuis ingericht zijn op basis van specialisme met voor tieners een aparte afdeling. Op deze manier bundel je inhoudelijke kennis. Verpleegkundigen kunnen dan een specialisme kiezen waar ze zich mee thuis voelen. Algemene kennis kan op pijl gehouden worden door personeel de mogelijkheid te geven te rouleren tussen verschillende afdelingen.

4.2.2 ARTSEN

Voor artsen is het voornamelijk van belang dat patiënten per specialist geclusterd zijn. Zoals tijdens een van de gesprekken werd genoemd door een van de artsen 'het liefst zet je geen stap'. Verder blijkt dat het voor artsen prettig is te werken met gespecialiseerde verpleegkundigen die een deel van de taken over kunnen nemen.

4.3 KOSTENEFFICIËNTIE

Om de kostenefficiëntie in kaart te brengen hebben we in een expertmeeting over deze onderwerpen gesproken. Uit ggesprekken voorafgaand aan deze bijeenkomst, bleek dat flexibiliteit een belangrijk aspect is van het ziekenhuis van de toekomst. Tijdens de expertmeeting is dan ook extra aandacht besteed aan het onderwerp flexibiliteit. Bij deze bijeenkomst waren twee experts op het gebied van zorglogistiek van de

afdeling KPI van het AMC aanwezig. Tijdens deze meeting hebben we eerst bepaald wat we verstaan onder kostenefficiënte- en flexibele afdelingen. Vervolgens hebben we de verschillende inrichtingsvormen een score gegeven op de factoren die flexibiliteit en kosten efficiëntie bepalen. In hoofdstuk 5 vergelijken we de scores van de verschillende inrichtingsvormen om zo te bepalen welke vorm het minst en welke vorm het meest flexibel of kostenefficiënt is.

De kostenefficiëntie van een verpleegafdeling hangt af van:

- De mogelijkheid om personeel uit te wisselen tussen verschillende afdelingen
- De mogelijkheid om om te gaan met variatie in patiënten aantallen
- De mogelijkheid om om te gaan met fluctuaties in aantal spoed patiënten
- De mogelijkheden om te kunnen omgaan met verandering van medische protocollen en ontwikkelingen
- Het formaat van de afdelingen
- De mogelijkheid om faciliteiten en voorraad zo veel mogelijk te centraliseren
- De looptijd looptijd voor specialisten
- Het gebruik van buffers en capaciteit
- De mogelijkheid om in te kunnen spelen op de patiëntenstroom (fluctuaties in de avonden, weekenden, zomer)

5. SCORE INRICHTINGVORMEN

In dit hoofdstuk noemen we per inrichtingsvorm de punten waar de inrichtingsvorm invloed op heeft op basis van de argumenten uit de literatuur en meningen van betrokkenen. Op deze manier scoren we in paragraaf 5.1 de verschillende perspectieven op kindgerichtheid. In 5.2 scoren we de perspectieven vanuit het zorginhoudelijke perspectief. Vervolgens scoren we de inrichtingsvormen in paragraaf 5.3 vanuit kostenefficiënt oogpunt. Per paragraaf leggen we uit hoe de rangorde van de verschillende inrichtingsvormen tot stand komt.

Score model

We gebruiken tabellen om een overzicht te geven van de positieve en negatieve effecten van de inrichtingsvormen. In deze tabellen geeft een groene kleur (+) weer dat de inrichtingsvorm naar verwachting een positieve invloed heeft op de behoefte. Een oranje kleur betekent dat de inrichtingsvorm zowel een negatieve, als een positieve invloed zou kunnen hebben op de behoefte. Bij een rode kleur (-) is het waarschijnlijk dat de inrichtingsvorm een negatieve invloed heeft op de behoefte. Op basis van deze tabel maken we een rangorde van 1 tot 6 waarbij 1 de meest ongunstige inrichtingsvorm en 6 de meest gunstige inrichtingsvorm is vanuit dit perspectief. Indien twee vormen het zelfde aantal groene rode en oranje vakjes hebben krijgen beide de gemiddelde score.

5.1 KINDGERICHTHEID

Tabel 10 geeft de score van de scores voor de verschillende inrichtingsvormen op het perspectieven weer. We zullen deze scores in het vervolg van deze paragraaf toelichten.

	Leeftijd	Acuut/electief	Verblijfsduur	Specialisme	Snijdend/ beschouwend	Complex/ niet-complex
Rust	+	+	+/-	+	+/-	+/-
Comfort	Staat bij eenpersoonskamers los van inrichtingsvorm					
Veiligheid & Stabiliteit	+	+/-	+/-	+	+/-	+
Zelfstandigheid	+	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-
Spelen en ontspanning	+	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-
Onderwijs	+	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-
Contact	+	+/-	+/-	+	+/-	+
Privacy	Staat bij eenpersoonskamers los van inrichtingsvorm					

Tabel 10: Score Kindgericht

Leeftijd

Bij een indeling op leeftijd creëer je rust door zuigeling op een aparte afdeling te clusteren. Tevens ontstaat vertrouwen en stabiliteit voor kinderen die vaker opgenomen worden omdat ze elke keer op dezelfde afdeling met het zelfde personeel terecht komen. Met deze inrichting kan ingespeeld worden op de mate van zelfstandigheid waar kinderen van verschillende leeftijden behoefte aan hebben. Tevens wordt het makkelijker kinderen van dezelfde leeftijd samen onderwijs te geven waardoor de situatie zo veel mogelijk op een normale klas lijkt. Met deze inrichting stimuleer je leeftijdgenoten contact. Door afdelingen in te richten op leeftijd

kunnen de speel- en recreatiemogelijkheden aangepast worden aan het ontwikkelingsniveau en de leeftijd van kinderen.

Acuut/Electief

Door spoedopnames op een afdeling te clusteren ontstaat op de electieve afdelingen veel rust. Door de aanname dat patiënten niet altijd hun hele opname op de spoedafdeling blijven omdat ze bij lange opname gepland kunnen doorstromen van de acute afdeling naar een van de andere afdelingen wordt het noodzakelijk patiënten meer te verplaatsen tussen afdelingen. Dit is ongunstig voor de stabiele omgeving van de patiënt gedurende de opname. Deze vorm stimuleert personeel niet in te spelen op de mate van zelfstandigheid van patiënten. De speelkamer kan niet aanpast worden aan de ontwikkeling of leeftijdscategorie van kinderen. Onderwijs kan niet eenvoudig geclusterd worden per leeftijdscategorie. Deze inrichting stimuleert noch leeftijdgenoten- noch lotgenoten contact.

Verblijfsduur

Bij een inrichting op verblijfsduur ontstaat geen rust doordat patiënten verplaatst moeten worden bij een langere verblijfsduur zodat de afdeling niet leeg is voor een weekendsluiting. Dit leidt ertoe dat er minder stabiliteit is op de afdeling. Deze afdeling biedt geen mogelijkheden op extra in te spelen op zelfstandigheid, ontspanning, onderwijs of contact.

Specialisme

Op specialisme gebonden afdelingen zijn minder specialisten betrokken, dit zorgt voor rust. Door steeds contact te hebben met dezelfde specialisten en gespecialiseerde verpleegkundige ontstaat een stabiele omgeving. Op zelfstandigheid van kinderen wordt door deze inrichting niet direct ingespeeld en onderwijs en ontspanning kunnen niet aangepast worden aan een leeftijdscategorie. Bij een inrichting op specialisme is de kans het grootst dat kinderen met vergelijkbare aandoeningen met elkaar in contact komen.

Snijgend/beschouwend

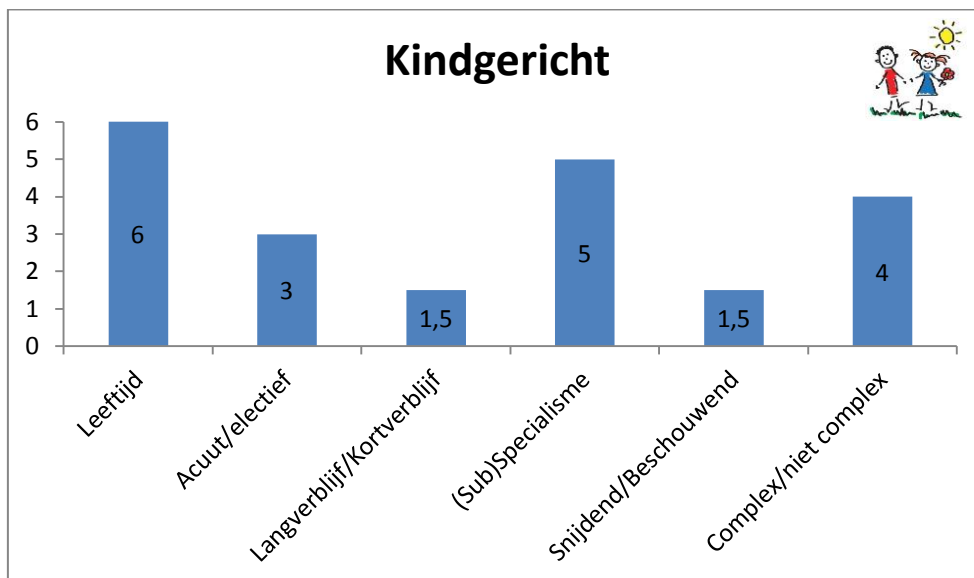
Onderscheid tussen snijgend beschouwend creëert geen extra rust op afdelingen. Kinderen die een aandoening hebben waarbij zowel snijdende als niet-snijdende specialismen betrokken zijn hebben bij deze inrichting geen stabiliteit. Deze inrichtingsvorm stimuleert verpleegkundigen niet om in te spelen op zelfstandigheid van kinderen en biedt geen mogelijkheden om de speelmogelijkheden aan te passen aan een speciale patiëntengroep. Onderwijs kan niet goed gecombineerd worden met leeftijdgenoten. Contact kan zowel met leeftijdgenoten als met lotgenoten plaatsvinden maar wordt geen van beide direct gestimuleerd.

Complex/niet complex

Door een onderscheid te maken tussen complexe en niet complexe zorg ontstaat geen extra rust, zelfstandigheid, mogelijkheden voor ontspanning of onderwijs. Wel is de veiligheid te creëren doordat kinderen contact hebben en andere kinderen zien die ongeveer even ziek zijn, en niet met kinderen die veel zieker zijn. Volgens Stichting Kind & Ziekenhuis kunnen deze kinderen elkaar steunen.

Score

Op basis van de gevonden argumenten ordenen we de perspectieven van meest kindgericht (6) tot minst kindgericht (1). **Error! Reference source not found.** geeft per inrichtingsvorm aan of er vooral positieve of negatieve argumenten gevonden zijn. We zien dat leeftijd (6) het meest positief (groen) uit deze tabel komt, gevolgd door inrichting op basis van specialisme (5). Daarna heeft complex/niet complex (4) de meeste positieve effecten. De minder kindgerichte inrichtingsvormen zijn acuut/electief (3), verblijfsduur (2) en snijgend/beschouwend (1). Figuur geeft een overzicht van de scores van de verschillende perspectieven op kindgerichtheid.



Figuur 5 Rangorde kindgericht

5.2 ZORGINHOUDELIJK

Tabel 11 geeft de score van de scores voor de verschillende inrichtingsvormen op het perspectieven weer. We zullen deze scores in het vervolg van deze paragraaf toelichten.

	Leeftijd	Acuut/electief	Verblijfsduur	Specialisme	Snijdend/ beschouwend	Complex/ niet-complex
Medisch inhoudelijk	-	-	-	+	+	+/-
Verpleegkundig inhoudelijk	+/-	-	+	+/-	+/-	+
Behoeften artsen	-	-	-	+	+	+
Behoeften verpleegkundigen	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	-

Tabel 11: Score Zorginhoudelijk

Leeftijd

Medisch inhoudelijk is he ongunstig afdelingen in te richten op leeftijd. Patiënten met dezelfde behandeling liggen verspreid over meer afdelingen waardoor er minder ervaring met de behandeling is. Ook is het lastiger benodigde apparatuur bij de hand te hebben. De arts moet lopen tussen verschillende afdelingen en heeft zo minder overzicht over patiënten en doet er relatief lang over bij een patiënt te komen. Verpleegkundigen hebben afwisseling in specialismen, niet in leeftijd. Daar tegenover staat dat ze expertise hebben op leeftijdsgebied en ontwikkeling, niet op een specialisme

Acuut / Electief

Een acute afdeling los van electieve afdelingen is medisch inhoudelijk ongunstig omdat het niet mogelijk is dezelfde behandelingen altijd op dezelfde locatie uit te voeren, apparatuur voor een bepaalde behandeling bij de hand te hebben of goed overzicht te hebben over patiënten. Artsen moeten visites lopen op verschillende afdelingen. Voor verpleegkundigen is het ongunstig dat patiënten met een lange opname na verloop van tijd verplaatst moeten worden naar een electieve afdeling. Hier vind overdracht plaats, dit kost tijd en vergoot het

risico op fouten. Van de andere kant, brengt deze inrichting verpleegkundigen rust doordat er minder onverwachte opnames op electieve afdelingen komen.

Verblijfsduur

Voor artsen geldt dat patiënten verspreid liggen over verschillende afdelingen en het lastig is overzicht te bewaren of snel bij patiënten te zijn. Verpleegkundig inhoudelijk is het wel mogelijk op de afdeling expertise op te bouwen doordat veel behandelingen een vergelijkbare duur hebben bij verschillende personen waardoor deze patiënten op dezelfde afdeling terecht komen. Voor verpleegkundigen is er geen afwisseling meer in lange en korte opnames maar wel in leeftijden en specialismen.

Specialisme

Vanuit inhoudelijk perspectief is het het gunstigst patiënten in te delen bij specialisme. Voor artsen is de looptijd zo minimaal, de specialist is snel bij de patiënt en het overzicht groot. Verpleegkundigen hebben weinig afwisseling in specialismen maar wel afwisseling in leeftijden. Verpleegkundigen ontwikkelen een expertise voor een (of meerdere) specialismen. Verpleegkundigen hebben bij deze inrichting weinig afwisseling in afwisseling in specialisme, maar veel afwisseling in leeftijden. Het is bij deze inrichting van belang dat de patiënt als geheel behandeld wordt en de behandeling niet te specifiek op een klein stukje wordt gericht.

Snijdend/beschouwend

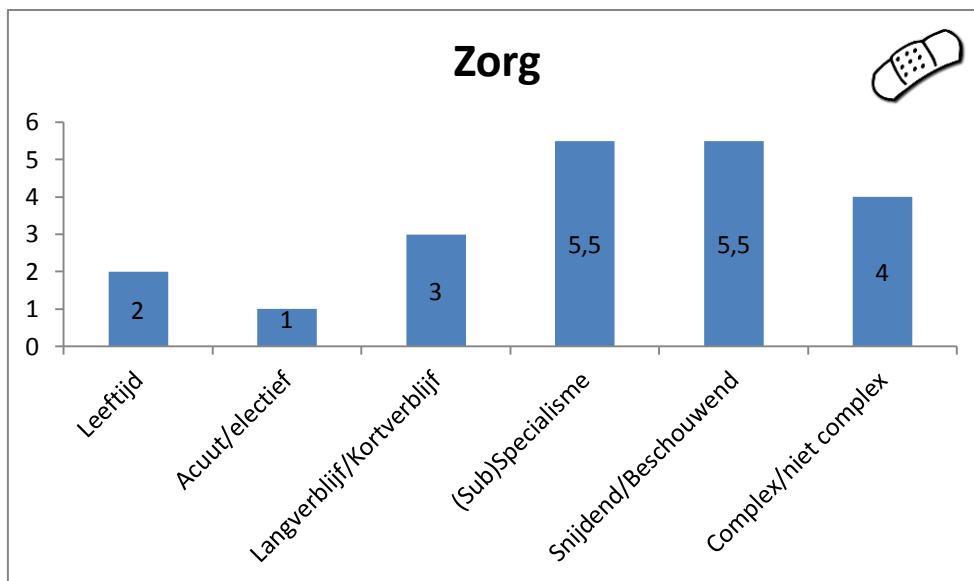
Bij een onderscheid snijdend/beschouwend liggen patiënten van een specialist geclusterd, dit is medisch inhoudelijk en vanuit de behoefte van artsen aan een geclusterde patiëntengroep die goed te overzien is gunstig. Hierbij moet voorkomen worden dat de behandeling te specifiek op een te klein stukje wordt gericht in plaats van op de patiënt als geheel. Tevens kan medische apparatuur op de juiste plekken klaarstaan. Verpleegkundigen kunnen zich deels specialiseren rondom snijdend dan wel beschouwende specialismen maar houden ook brede kennis door het grote aantal specialismen en leeftijden.

Complex/niet complex

Aparte afdelingen voor complexe en niet-complexe zorg zijn deels medisch gunstig en deels ongunstig. Specialisten zullen vooral betrokken zijn bij de complexe afdeling waardoor patiënten grotendeels geclusterd liggen. Echter de aftand en tijd die het kost tot een specialist bij de niet-complexe afdeling is zijn groter. Tevens zijn overgangen tussen niet-complex en complex mogelijk waarbij je meteen voldoende kennis beschikbaar wilt hebben. Door deze scheiding kan verpleegkundige expertise optimaal ingezet worden. Het behandelen van allemaal ofwel zeer complexe ofwel allemaal niet-complexe patiënten is niet afwisselend.

Score

Om de score te bepalen bekijken we Tabel 11 waarin we dat de beste score een gelijk aantal plussen en plus/min is voor specialisme en snijdend/beschouwend (5,5). Gevolgd door complex/niet-complex (4), verblijfsduur (3), leeftijd (2) en acuut/electief (1). Deze scores zijn te zien in Figuur .



Figuur 6 Rangorde zorg

5.3 KOSTENEFFICIËNTIE

We bekijken per inrichtingsvorm in welke mate de inrichting flexibel en kostenefficiënt is op basis van de meningen uit de expertmeeting. In de tekst benoemen we de meest opmerkelijke punten, de overige punten zijn te zien in Tabel 12.

	Leeftijd	Acuut/electief	Verblijfsduur	Specialisme	Snijdend/ beschouwend	Complex/ niet- complex
Personeel uitwisselen	+	+/-	+/-	-	+/-	+/-
Omgaan met variatie in patiënten aantallen	+	+/-	+/-	-	+/-	+
Omgaan met spoed	+	+	+/-	-	+/-	+/-
Omgaan met veranderingen in de zorg	-	+	-	+	+	+/-
Formaat afdelingen	+	+	+	-	+	+
Faciliteiten centraliseren	+	-	-	+	+	+/-
Looptijd specialisten	-	-	-	+	+	+/-
Optimaal gebruik van buffers en capaciteit	+/-	+	+/-	-	+/-	+
Volg je patiëntenstroom	-	+	+	-	-	+

Tabel 12 Flexibiliteit en Kostenefficiëntie verschillende inrichtingsvormen

Leeftijd

Afdelingen ingedeeld op leeftijd zijn flexibel want onafhankelijk van het specialisme kunnen patiënten op alle afdelingen terechtkomen. Daarnaast kan met de leeftijdsgrens flexibel omgegaan worden. In deze indelingsvorm is het lastig om veranderingen in de inhoud van de zorg (protocollen) te veranderen, omdat dit op meerdere afdelingen geïmplementeerd moet worden. Bij deze inrichtingsvorm zijn leeftijdsspecifieke faciliteiten maar op enkele locaties nodig, daarentegen is medische apparatuur op meerdere plekken nodig.

Ook zullen specialisten over meer afdelingen hun visite moeten lopen. De buffers om met spoed om te kunnen gaan, kunnen makkelijker tussen de afdelingen worden gedeeld, echter, dit moet wel georganiseerd worden. Wanneer capaciteit kan worden afgebouwd voor een specifiek specialisme, kan het lastiger zijn dit te gelde te maken, omdat vrijgekomen capaciteit verspreid is over verschillende afdelingen.

Acuut/Electief

Bij onderscheid tussen acute en electieve afdelingen is personeel uitwisselen tussen verschillende afdelingen lastig door de andere manier van denken en snelheid van beslissen. Door te schuiven met de grens hoeveel uren of dagen patiënten op de acute afdeling blijven kan de afdeling omgaan met variatie in zorgvraag, op korte en lange termijn. Doordat deze afdelingen onderling altijd in contact moeten staan in verband met de doorstroom van patiënten is het makkelijker in situaties van drukte of rust afspraken te maken over verblijfsduur van patiënten op de acute afdeling. Alle verandering van ligduur heeft effect op de electieve afdeling. Bij medische veranderingen moet personeel op beide afdelingen getraind worden. Bij onderscheid tussen acuut en electief ontstaan twee grote afdelingen. Het is mogelijk faciliteiten voor diagnostiek te centraliseren. Specialisten moeten bij deze inrichting naar verschillende afdelingen want een lange looptijd oplevert. Deze inrichtingsvorm stimuleert een korte ligduur doordat je patiënten zo min mogelijk tussen afdelingen wil verplaatsen. Indien het moment nadert waarop een patiënt van de acute afdeling moet vertrekken wordt gekeken of er een mogelijkheid is de patiënt direct naar huis te kunnen laten gaan. Op deze manier is het mogelijk vraag en aanbod in de acute stroom zeer precies te matchen. Door acuut/niet-acuut te scheiden behaal je winst op het centraliseren van diagnostische faciliteiten en de match tussen vraag en aanbod bij spoed

Verblijfsduur

Bij een inrichting op basis van verwachte ligduur is het lastig personeel uit te wisselen tussen afdelingen. Over het algemeen zijn langdurige opnames complexer dan patiënten die voor een dag komen. In geval van groei of krimp is het mogelijk de grenzen van verwachte verblijfsduur te verschuiven. Op lange termijn is dit een goede oplossing om te zorgen dat de capaciteit aan blijft sluiten bij de patiënten. Op korte termijn werkt dit niet. Door de grenzen van afdelingen continu te veranderen komen patiënten voor dezelfde behandeling steeds op een andere afdeling waardoor geen van beide afdelingen zich volledig op deze behandeling kan richten. Variatie in patiënten aantallen door het jaar heen en verandering in ligduur leiden tot het zelfde probleem. Spoedopnames leveren problemen op doordat aanvankelijk vaak niet duidelijk is hoe lang de opname zal duren. Omgaan met medische veranderingen en protocollen levert geen grote problemen op. Binnen dit scenario kun je per afdeling het gewenste formaat bepalen door te schuiven met de grenzen van elke afdeling. Bij deze inrichting is het niet mogelijk faciliteiten te centraliseren en moet alles op elke afdeling beschikbaar zijn. De arts moet naar verschillende afdelingen dus heeft een lange looptijd. Op deze manier bevordert je de match tussen vraag en aanbod binnen de acute stroom niet.

Specialisme

Bij specialisme gebonden afdelingen cluster je verpleegkundige expertise. Zowel het uitwisselen van personeel als patiënten tussen afdelingen is daarom lastig. Omgaan met groei, krimp, variatie en patiënten die ja altijd wil kunnen opnemen is lastig doordat patiënten dan altijd op een afdeling terecht komen waar geen specialistische kennis aanwezig is. Doordat sommige specialismen veel meer spoed opnames hebben cluster je de spoedopnames op een aantal afdelingen die daardoor zeer gevoelig worden. Omgaan met medische veranderingen gaat gemakkelijk omdat alleen personeel op de betreffende afdeling geschoold hoeft te worden. Door afdelingen te splitsen op basis van specialisme ontstaan veel kleine afdelingen. Op die afdelingen is het mogelijk de faciliteiten per specialisme te centraliseren. Op deze manier is de looptijd voor artsen de kortst mogelijke doordat patiënten geclusterd liggen. Deze inrichtingsvorm heeft geen directe invloed op de match tussen vraag en aanbod binnen de acute stroom.

Snijdend/Beschouwend

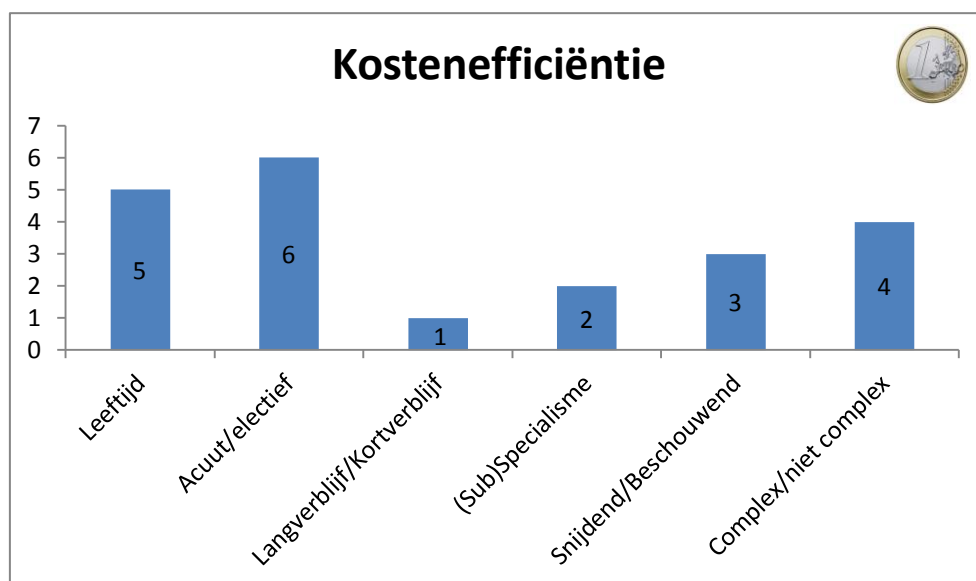
Bij onderscheid tussen snijdend en beschouwend gelden dezelfde argumenten als voor de afdelingen op specialisme. Doordat de afdelingen groter zijn en minder ver gespecialiseerd ontstaan knelpunten in mindere mate en minder snel. Indien we een snijdende en een beschouwende afdeling maken zijn dit beide grote afdelingen. Op deze manier kunnen de verschillende specialismen die dezelfde apparatuur gebruiken deze delen. De looptijden van artsen blijven beperkt doordat specialismen op dezelfde afdeling liggen.

Complex/Niet complex

Bij een scheiding tussen complexe zorg en niet-complexe zorg ontstaan twee grote afdelingen. Niet-complexe zorg kan verleend worden door personen die normaal complexe zorg verlenen, andersom kan dit niet. Personeel uitwisselen kan een kant op. Omgaan met krimp en groei is in deze situatie lastig. Complexe zorg wordt niet zomaar niet-complex en andersom. Wel is het mogelijk niet complexe patiënten te behandelen op een 'complexe afdeling'. Op deze manier kan eveneens de variatie in patiëntenaantallen door het jaar heen opgevangen worden en is er voor specifieke patiëntengroepen altijd plek. Op de complexe afdeling zullen verpleegkundigen ook veel niet-complexe handelingen uitvoeren. Hierdoor moeten veranderingen en nieuwe protocollen in veel gevallen op beide afdelingen worden ingevoerd. Apparatuur die bij niet-complexe-zorg niet nodig is kan gecentraliseerd worden. De looptijd voor de specialisten is beperkt doordat ze weinig op de niet-complexe afdeling hoeven te zijn omdat de zaalarts hier veel zaken kan regelen. Wel is het mogelijk de match tussen vraag en aanbod bij spoedpatiënten te verbeteren doordat de acute opnames voornamelijk complex zijn.

Score

In het algemeen zijn grote afdelingen efficiënt en flexibel. Dit komt door de gedeelde buffer, faciliteiten door een grote groep patiënten gebruikt kunnen worden en personeel over de hele afdeling inzetbaar is. We bepalen de scores op basis van de argumenten uit de expertmeeting die verwerkt zijn in de tabel. Op basis van de meeste groene, daarna oranje hokjes krijgt acuut/electief de hoogste score (6), gevolgd door leeftijd (5). Vervolgens met vier groen en vijf oranje complex/niet-complex (4), snijdends/beschouwend (3) met vier groen, vier oranje, specialisme (2) met drie maar groen. De minst gunstige score is voor verblijfsduur (1) met twee maal groen. De scores voor de verschillende inrichtingsvormen zijn te zien in Figuur 7.



Figuur 7 Rangorde kostenefficiëntie

6. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

Gedurende dit onderzoek hebben we vanuit drie perspectieven in kaart gebracht wat de meest gunstige inrichtingsvorm voor kinderverpleegafdelingen is. De zes inrichtingsvormen die we bestudeerd hebben kennen ieder zowel voor- als nadelen. De ideale situatie verschilt per kind, per ouder, per arts en per verpleegkundige. Wel zijn er grote lijnen te zien in de behoeften van de verschillende groepen.

6.1 CONCLUSIE

Binnen dit onderzoek willen we de volgende vraag beantwoorden:

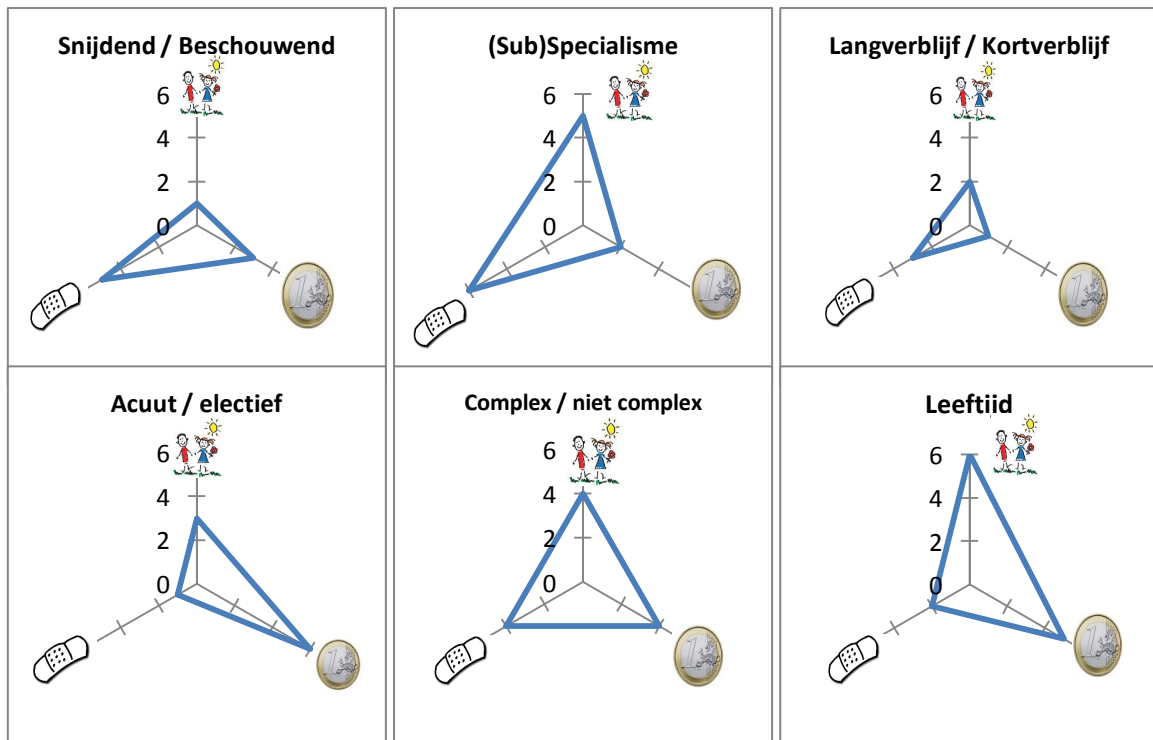
Wat is de ideale inrichting voor de kinderverpleegafdelingen van het Universitair Medisch Centrum Amsterdam, bekeken vanuit verschillende perspectieven?

In het begin van dit onderzoek hebben we de belangen van kinderen, ouders, verpleegkundigen, artsen en organisatie uitgewerkt aan de hand van literatuur. Hierbij blijkt dat de voornaamste behoeften van kinderen en ouders rust, privacy, comfort en contact zijn. Verpleegkundigen willen de beste zorg leveren en daarbij uitdagend en afwisselend werk doen. Voor artsen is het van belang dat patiënten dicht bij elkaar liggen. Het ziekenhuis als organisatie streeft naar een kostenefficiënte afdeling die in staat is zich aan te passen aan ontwikkelingen in zorgverlening of veranderingen in de patiëntenpopulatie.

Vervolgens hebben we gezien dat alle bezochte ziekenhuizen een combinatie van verschillende inrichtingsvormen gebruiken. In deze combinaties zagen we dat drie van de ziekenhuizen een zuigelingen afdeling heeft, het AMC is het enige onderzochte ziekenhuis met een tienerafdeling. Geen van de ziekenhuizen heeft alle snijdende specialismen geclusterd, een acute afdeling of maakt bewust onderscheid tussen complexe zorg en niet-complexe zorg. Het UMCG is het enige ziekenhuis met een geplande kortverblijfsafdeling. Ziekenhuizen die in gericht zijn op specialisme doen dit om expertise te garanderen en kwaliteit van zorg te optimaliseren. Andere ziekenhuizen kiezen ervoor in te richten op leeftijd met als voornaamste argument dat op deze manier de ontwikkeling van kinderen centraal staat. Zowel het idee van puur leeftijdsgebonden inrichten als puur specialisme gebonden zijn achterhaald. Het clusteren van geplande kortverblijf zorg is met het oog op de groei van deze patiënten groep vooral uit kostenefficiënt oogpunt gunstig, door de weekend sluiting van deze afdeling. Ziekenhuizen willen meer eenpersoonskamers, daardoor heeft het veel minder consequenties welke patiënten samen op dezelfde afdeling behandeld worden. Alle ziekenhuizen geven aan dat flexibiliteit van enorm belang is.

Tijdens de gesprekken met ouders kwam naar voren dat patiënten naar het ziekenhuis komen voor specialisten en de zorg dan ook voorop staat. Gedurende de opname is contact met anderen van grootst belang. Dit contact vindt voornamelijk plaats buiten de kamer. Voor elke leeftijdscategorie moet afleiding en wat te doen zijn. Voor kinderen is het vooral van belang op de afdeling behandeld te worden die voor ze is ingericht. Daarnaast is het wenselijk patiënten zo min mogelijk te verplaatsen. Voor artsen is het van belang dat hun patiënten bij elkaar liggen. Verpleegkundigen willen vooral werken zoals in de huidige situatie, uitdaging en afwisseling. Vanuit de ziekenhuis organisatie spelen binnen kostenefficiëntie voornamelijk flexibiliteit en formaat een grote rol.

We hebben per inrichtingsvorm scores toegekend aan de verschillende perspectieven. Door deze scores per inrichtingsvorm in een plaatje te zetten ontstaat **Error! Reference source not found.** Figuur 8: Scores Figuur 8.



Figuur 8: Scores

Door vanuit de drie verschillende perspectieven naar figuur 8 te kijken, zien we dat een inrichting op leeftijd het meest kindgericht is. In deze zelfde figuur zien we dat een inrichting op basis van specialisme vanuit de zorg bekeken de meest gunstige keuze is. Op basis van de expertmeting lijkt onderscheid acuut/electief de meest kostenefficiënte afdeling is.

Zoals gezegd hebben vee ziekenhuizen een combinatie van inrichtingsvormen. We zouden dan ook graag de positieve aspecten van verschillende inrichtingsvormen combineren om zo een optimale inrichting te creëren die op alle perspectieven goed scoort. Hierin lijken leeftijd gecombineerd met snijdend/beschouwend of (sub)specialisme in combinatie met leeftijd combinatie de meest gunstige combinaties die op alle perspectieven goed scoren. Echter is niet duidelijk welke argumenten nog gelden in de combinaties dus zouden we de drie tabellen gebruikt in hoofdstuk 5 nogmaals in moeten vullen voor de verschillende combinaties.

6.2 DISCUSSIE

De grootste beperking aan dit onderzoek is de aanname dat ziekenhuizen de keuze maken voor één inrichtingsvorm. In werkelijkheid hanteren ziekenhuizen vaak een mix van verschillende scenario's. Zo zie je in alle bezochte ziekenhuizen een IC waar intensieve zorg geclusterd is en hebben alle bezochte ziekenhuizen een neonatologie afdeling op basis van leeftijd. Verder leveren sommige keuzes maar twee grote afdelingen op die in werkelijkheid door bouwkundige beperkingen verder opgedeeld zullen worden.

Vooraf bij kostenefficiëntie hoort een kwantitatief onderzoek. Op dit moment voeren het AMC en VUmc dit kwalitatieve onderzoek uit. De informatie uit dit onderzoek die in de toekomst bekend wordt is van cruciaal belang bij de uiteindelijke keuze voor de inrichting van kinderafdelingen binnen de samenwerking tussen AMC en VUmc.

We hebben gezien dat verschillende academische ziekenhuizen op dit moment zoeken naar een goede manier om verpleegafdelingen in te richten waarin in balans wordt gevonden tussen de verschillende behoeften. We bevelen de ziekenhuizen aan na dit onderzoek ervaringen te blijven delen en samen verdere mogelijkheden te blijven onderzoeken.

Ten slotte is er binnen dit onderzoek geen rekening gehouden met de huidige bouw van de kinderafdelingen binnen het AMC. Recent is er een verbouwing afgerond. De toekomstige oplossing moet realiseerbaar zijn binnen deze bouw. Het is wenselijk te bekijken hoe de verschillende inrichtingsvormen die binnen dit onderzoek behandeld worden in te passen zijn binnen de huidige afdelingen.

LITERATUURLIJST

AMC (2014) Academisch Medisch Centrum, verkregen op 20 mei 2014, <https://www.amc.nl/web/Het-AMC/Organisatie/Academisch-Medisch-Centrum.htm>

Emma kinderziekenhuis (2013) Factsheet EKZ, verkregen op 20 mei 2014, file:///H:/Factsheet__EKZ_2013__2_.pdf

Russell, M. Viner (2007), Do Adolescent Inpatient Wards Make a Difference? Findings From a National Young Patient Survey. *Pediatrics, Volume 120 (number 4,)* p749-755

Reynolds BC, Windebank KP, Leonard RC, Wallace WH (2005). A comparison of self-reported satisfaction between adolescents treated in a "teenage" unit with those threatened in adult or pediatrics units. *Pediatric Blood Cancer*. 2005; 44: 259-263

Varni JW¹, Burwinkle TM, Dickinson P, Sherman SA, Dixon P, Ervice JA, Leyden PA, Sadler BL (2004). Evaluation of the Built Environment at a Children's Convalescent Hospital: Development of the Pediatric Quality of Life Inventory™ Parent and Staff Satisfaction Measures for Pediatric Health Care Facilities. *Developmental and Behavioural Pediatrics, Vol. 25 (1)*, 10-20

Douglas H, Douglas R (2004). Patiënt-vriendly hospital environments: exploring the patients' perspective. *Health Expectations*. 2004, 61-73

Stichting Kind en Ziekenhuis (2014), Kinderafdeling, verkregen op 20 mei 2014, <http://www.kindenziekenhuis.nl/ouders--kinderen/kinderafdeling>

Eriksen Aase(2000), Participatory Planning and Design of a New Children's Hospital (IADH)International Design for Academy and Health. <http://www.designandhealth.com/uploaded/documents/Publications/Papers/Aase-Eriksen-WCDH2000.pdf> geraadpleegd op 23 april 2014.

Calbert H. Douglas and Mary R. Douglas (2004) Patient-friendly hospital environments: exploring the patients' perspective. *Health Expectations, 7*, pp.61–73

AMC (2013), *Vrouw-kindcentrum naar AMC*, verkregen op 25-4-2014 van <http://intranet.amc.nl/upload/Teksten//Alliantie/Alliantiekran-Maart-2013.pdf>

Greuter H, Slagter T, Meijer P. *Het JCI accreditatieprogramma: Continu verbeteren*. Verkregen op 10-6-2014 van <http://www.nfu.nl/publicaties/umc-s-verbeterd-2013/samenvatting-amc-accreditatieprogramma-jci-continuu-verbeteren/het-jci-accreditatieprogramma-continuu-verbeteren/>

Alliantie AMC-VUmc. *Op weg naar excellentie*. Verkregen op 10-6-2014 http://intranet.amc.nl/upload/Nieuws//Alliantie/Op%20Weg%20Naar%20Excellentie%20140514_DEF.pdf

Marijke Miedema (2014), *Verdeling patiënten nieuwe kinderkliniek op leeftijd of (sub)specialisme?*, O&P Opdracht

Jan Kremer (2011), *Hebben patiënten en artsen dezelfde belangen*. Verkregen op 11-6-2014 van <http://www.artsennet.nl/blogs/artsen-blogs/Jan-Kremer/blog-jan-kremer/96788/Hebben-patienten-en-artsen-dezelfde-belangen.htm>

AMC intranet (2014) *Onderzoek* verkregen op 30-6-2014 van <http://intranet.amc.nl/index.cfm?pid=11003>

NFU (2013) *Samenvatting AMC accreditatieprogramma jci continu verbeteren* verkregen op 30-6-2014 <http://www.nfu.nl/publicaties/umc-s-verbeterd-2013/samenvatting-amc-accreditatieprogramma-jci-continu-verbeteren/>

Vrouw-kindcentrum naar AMC

KERNTHEMA 1 Concentratie van de verschillende kinderspecialismen op één plek is beter voor de patiënt en beter voor het onderzoek. Daarom kiezen AMC en VUmc ervoor deze zorg te concentreren in het Vrouw-kindcentrum (vkc).

Dit VKC komt in het AMC. Daar kunnen in de toekomst alle patiënten terecht voor verloskunde, gynaecologie, voortplantingsgeneeskunde en kindergeneeskunde. VUmc houdt een deel kindergeneeskunde, met voorzieningen ten behoeve van andere specialismen, zoals de snijdende specialismen en de spoedeisende hulp. Tevens komen er op maat poli-faciliteiten. Dus ook bij VUmc kunnen patiënten nog steeds terecht.

Toch zal de zorg vooral op locatie AMC verleend worden. Deze concentratie heeft veel voordelen. Ten eerste voor de patiënt. Want het zorgt voor vergroting van het aantal patiënten dat door de artsen en de multidisciplinaire teams wordt gezien. Binnen de kindergeneeskunde hebben diverse subspecialismen soms maar kleine aantallen patiënten met eenzelfde aandoening. Dat kan variëren van enkele tot enige tientallen patiënten. Het is bekend dat concentratie van zowel patiënten als de benodigde expertise positieve effecten heeft op de kwaliteit van zorg. Zo kan een patiënt altijd rekenen op goede toeprefereerde zorg: de kennis en expertise die nodig is voor complexe en vaak zeldzame aandoeningen, is continu beschikbaar. Dat geldt in het bijzonder voor zeldzame aandoeningen en intensieve (ic-afhankelijke) kindzorg.

Een goed voorbeeld zijn de kinderen met een erfelijke stofwisselingsziekte. Vaak hebben zij complexe, neurologische verschijnselen. Hierbij kan onder meer sprake zijn van afwijkingen aan de witte stof in de hersenen, bijvoorbeeld veroorzaakt door de groep van 'peroxisomale' ziekten. De afdeling Kinderneurologie in VUmc



Het Emma Kinderziekenhuis

behoort tot de wereldtop op het gebied van onderzoek aan 'witte stofziekten'. Tegelijk is de afdeling Metabole ziekten van het AMC met haar laboratorium een internationaal expertisecentrum voor de diagnostiek en behandeling van peroxisomale ziekten. Door het samenvoegen van beide groepen in een gezamenlijke Vrouw-kindcentrum ontstaat een *center of excellence* voor deze genetische metabole ziekten.

Ook concentratie van de verloskunde en gynaecologie levert de patiënt kwalitatief hoogwaardige zorg op. Concentratie van bijvoorbeeld de neonatale intensieve zorg en de complexe bevallingen op één locatie vergroot de samenwerking, de kennis en beschikbaarheid. Omdat de Bijlmer-populatie de hoogste perinatale sterfte van Nederland kent, draagt concentratie van alle verloskundige expertise in het Emma Kinderziekenhuis AMC bovendien

bij aan de landelijke doelstelling om de perinatale morbiditeit en mortaliteit te reduceren. Tot slot heeft de vorming van een vkc op één locatie ook schaalvoordelen: personeel en middelen kunnen efficiënter ingezet worden. Zo zijn de 24-uursdiensten van alle betrokken specialisten eenvoudiger in te delen. Het draagt verder bij aan een hogere bezettingsgraad van bedden en afdelingen.

BIJLAGE 2: OVERZICHT INTERVIEWS

Verpleegkundig bestuurder	AMC, Amsterdam
Hoofd Algemene Kindergeneeskunde	AMC, Amsterdam
Hoofd zorgeenheid (poli)kliniek kindergeneeskunde	VUmc, Amsterdam
Zorgmanager divisiebestuur 3	VUmc, Amsterdam
Hoofdverpleegkundige Chirurgie en Zuigelingen	AMC, Amsterdam
Kliniekhoofd Pediatrie	UZA, Antwerpen
Tiener-Ouderraad	AMC, Amsterdam
Kinderadviesraad	Amalia Kinderziekenhuis, Nijmegen
Verpleegkundig manager	UZ Leuven, Leuven
Verpleegkundige VUmc	VUmc, Amsterdam
Afdelingshoofd	Vumc, Amsterdam
Pedagogisch medewerkers	AMC, Amsterdam
Verpleegkundigen AMC	AMC, Amsterdam
	Beatrix kinderziekenhuis
Manager zorg divisie Kinderen	Wilhelmina kinderziekenhuis
Afdelingshoofd kinderinfectieziekten, Immunologie, Reumatologie	Sophia kinderziekenhuis
Directeur Stichting Kind & Ziekenhuis	Stichting Kind en Ziekenhuis