

The Hidden Capacity Report

Drempels, succesfactoren en beleidshefbomen
voor de verdere uitbouw van dagchirurgie

Juni 2026

Inhoud

Voorwoord	3
Samenvatting.....	4
Inleiding	6
Methoden	9
Definitie van dagchirurgie (ambulante chirurgie).....	11
Wat is ambulante chirurgie/dagchirurgie?	12
Welke ingrepen en specialismen worden steeds vaker in dagchirurgie uitgevoerd?	14
Overwegingen op het gebied van kwaliteit, veiligheid en gelijkheid	18
Veiligheid	18
Veiligheid doorheen het volledige patiëntentrajec.....	19
Selectie en preoperatieve beoordeling.....	20
Ontwerp van perioperatieve zorgpaden	20
Ontslag	21
Herstel, thuisondersteuning en nazorg	21
Gelijkheid	22
Thuisherstel.....	24
Gezondheidscommunicatie en sociale ongelijkheden in gezondheid ...	25
Drempels voor schaalvergroting	27
Operationele en organisatorische drempels	28
Toegewijde infrastructuur en gereserveerde capaciteit voor electieve zorg	28
Managementprioriteiten en verandervermogen.....	29
Niet op elkaar afgestemde financiële stimulansen	30
Klinische en culturele verschillen tussen teams	31
Drempels voor patiënten	32
Bevorderende factoren voor de uitbreiding van dagchirurgie	33
Ontwerp van het zorgpad	34
Herstel thuis	36
Personeelsbestand	38
Technologie	40
Beleids- en financiële hefboomen	41
Aanbevelingen voor het beleid	44
Conclusie	47
Referenties	48
Bijlagen	52
Enquêtevragen	52
Interviews	60
Adviesraad	64
Deelnemers	64
Overlegagenda	65
Overzicht van de besproken thema's	67

Voorwoord



Mr. David Bunting

Consultant in reconstructieve chirurgie van het bovenste maag-darmkanaal en de buikwand, North Devon District Hospital

Bestuurslid van de International Association of Ambulatory Surgery

Voormalig voorzitter van de British Association of Day Surgery

Zorgstelsels over de hele wereld staan voor een gedeelde en steeds urgentere uitdaging: hoe kunnen zij met beperkte middelen meer zorg bieden aan meer patiënten, terwijl ze tegelijk de hoogste normen op het vlak van kwaliteit, veiligheid en patiëntervaring handhaven? Tegen de achtergrond van toenemende wachtlijsten voor electieve ingrepen, druk op het zorgpersoneel en een beperkte ziekenhuiscapaciteit is de behoefte aan innovatieve en duurzame oplossingen groter dan ooit.

Dagchirurgie biedt een van de grootste kansen voor moderne zorgstelsels. De afgelopen decennia hebben ontwikkelingen in chirurgische technieken, anesthesie, perioperatieve zorg en hersteltrajecten de mogelijkheden aanzienlijk verruimd. Ingrepen die vroeger een langdurige ziekenhuisopname vereisten, kunnen vandaag veilig en doeltreffend als dagbehandeling worden uitgevoerd. Daardoor kunnen patiënten herstellen in de vertrouwde omgeving van hun eigen woning, terwijl de druk op ziekenhuisbedden en andere zorgmiddelen afneemt.

Toch verloopt de invoering van dagchirurgie, ondanks de duidelijke voordelen ervan, nog steeds ongelijk. Er blijven aanzienlijke verschillen bestaan tussen landen, zorgorganisaties, specialismen en individuele klinische teams. In veel zorgstelsels wordt het volledige potentieel van dagchirurgie nog niet benut. Organisatorische, financiële, operationele en culturele belemmeringen blijven de verdere ontwikkeling afremmen en geven vaak nog de voorkeur aan traditionele modellen van ziekenhuisopname.

Dit rapport levert een belangrijke en actuele bijdrage aan het lopende debat over hoe zorgstelsels deze uitdagingen kunnen aanpakken. Op basis van internationaal onderzoek, inzichten van zorgprofessionals, interviews met experts en perspectieven van belanghebbenden biedt het een grondige analyse van de belemmeringen die verdere uitbreiding in de weg staan, de succesfactoren die groei mogelijk maken en de beleidshefbomen die kunnen bijdragen aan betekenisvolle en duurzame verandering.

Hieruit komt een overtuigend pleidooi naar voren om dagchirurgie niet te zien als een beperkte verbetering van de zorgverlening, maar als een essentieel strategisch onderdeel van de electieve zorg. De bevindingen tonen aan dat goed presterende zorgstelsels worden gekenmerkt door doordachte zorgpaden, beschermde capaciteit, op elkaar afgestemde financiële stimulansen, investering in de ontwikkeling van medewerkers en een niet-aflatende focus op patiëntgerichte zorg. Even belangrijk is de boodschap dat uitbreiding zorgvuldig moet gebeuren, waarbij veiligheid, kwaliteit, gelijkheid in de zorg en keuzevrijheid voor de patiënt steeds voorop moeten blijven staan.

De aanbevelingen in dit rapport zijn pragmatisch, evidence-based en uiterst relevant voor leidinggevers in de zorg, klinici, beleidsmakers en zorgmanagers. Ze bieden een duidelijk stappenplan voor de veilige en grootschalige uitbreiding van dagchirurgie, met oog voor de realiteit van de implementatie binnen complexe zorgomgevingen.

Nu zorgstelsels blijven zoeken naar manieren om de productiviteit te verhogen, de patiëntresultaten te verbeteren en hun veerkracht voor de toekomst te versterken, verdienen de principes die in dit rapport worden uiteengezet bijzondere aandacht. De boodschap is duidelijk: waar dit klinisch verantwoord is, zou dagchirurgie steeds meer de standaardvorm van zorg moeten worden. Om deze transformatie te realiseren zijn leiderschap, investeringen en betrokkenheid nodig, maar de voordelen voor patiënten, zorgprofessionals en zorgstelsels zijn aanzienlijk.

Samenvatting

In dit rapport worden de drempels, succesfactoren en beleidshefbomen onderzocht die een rol spelen bij de veilige en schaalbare uitbreiding van dagchirurgie. Het stelt dat dagchirurgie de standaard zou moeten worden voor klinisch geschikte ingrepen, omdat ze een praktische manier biedt om de capaciteit voor electieve zorg te vergroten, de druk op ziekenhuisbedden te verlichten, de kosten te verlagen en de patiëntervaring te verbeteren.

Op basis van een snelle literatuurstudie, een enquête onder 256 zorgprofessionals uit tien landen, diepte-interviews en input van de adviesraad concludeert het rapport dat er zelfs in relatief mature zorgstelsels nog een aanzienlijk onbenut potentieel bestaat, doordat specifieke zorgpaden, beschermde capaciteit en betrouwbare ondersteuning voor herstel thuis nog niet volledig zijn ontwikkeld.

Uit het rapport blijkt dat het aandeel dagchirurgie toeneemt wanneer zorgstelsels hun zorgverlening doelgericht herinrichten rond zorgpaden die specifiek voor dagchirurgie zijn ontwikkeld.

Drempels voor de verdere uitbreiding van dagchirurgie

Het bewijs wijst op een combinatie van factoren die de opschaling van dagchirurgie bemoeilijken. Daartoe behoren de concurrentie met spoedopnames en ziekenhuiszorg om operatiezalen, bedden, herstelcapaciteit en personeel; een beperkte focus vanuit het management; financiële stimulansen die in sommige zorgstelsels ziekenhuisopname blijven bevoordelen; verschillen in klinische praktijk tussen teams; en patiëntgerelateerde belemmeringen zoals comorbiditeiten, beperkte ondersteuning thuis, reisafstand en onvoldoende vertrouwen in herstel thuis. Uit het rapport blijkt dat het aandeel dagchirurgie toeneemt wanneer zorgstelsels hun zorgverlening doelgericht herinrichten rond zorgpaden die specifiek voor dagchirurgie zijn ontwikkeld.

Kenmerken van succesvolle systemen

Succesvolle zorgstelsels ontwikkelen specifieke zorgpaden voor dagchirurgie, voorzien beschermde capaciteit voor electieve ingrepen, stemmen financiële stimulansen op elkaar af, standaardiseren perioperatieve en ontslagprocessen, investeren in de ontwikkeling van hun medewerkers en beschouwen dagchirurgie als een strategische prioriteit. Het rapport benadrukt dat de verdere groei van dagchirurgie steeds moet berusten op patiëntveiligheid en gelijke toegang tot zorg. Voor veel ingrepen is dagchirurgie minstens even veilig als een ziekenhuisopname, mits zij wordt ondersteund door een zorgvuldige patiëntselectie, verbeterde herstelprotocollen, functionele ontslagcriteria en duidelijke procedures voor opvolging en escalatie na ontslag.



Impact op gelijke toegang tot zorg

Ook binnen de dagchirurgie blijven gezondheidsongelijkheden bestaan, die zowel de toegang tot zorg als de patiëntresultaten beïnvloeden. Het uitbreiden van dagchirurgie zonder aandacht voor gezondheidsvaardigheden, vervoer, digitale toegankelijkheid, taalbarrières en de thuisomgeving waarin het herstel plaatsvindt, dreigt deze ongelijkheden verder te vergroten. Goede communicatie met patiënten is daarbij een belangrijke randvoorwaarde.

Aanbevelingen

De belangrijkste beleidsimplicatie is het ontwikkelen van betrouwbare, geborgde en patiëntgerichte zorgpaden, waarbij dagchirurgie de standaard wordt waar dit klinisch verantwoord is:

- + **Maak van dagchirurgie de standaard waar dit klinisch verantwoord is**, met behoud van patiëntveiligheid en keuzevrijheid.
- + **Bescherm de capaciteit voor electieve ingrepen** door middelen voor dagchirurgie te reserveren en, waar mogelijk, specifieke faciliteiten of zorgpaden in te richten.
- + **Volg een groeistrategie in drie stappen**: geef prioriteit aan veelvoorkomende ingrepen met een lage complexiteit, verminder ongewenste variatie bij reeds gevestigde ingrepen en breid vervolgens selectief uit naar nieuwe ingrepen en patiëntengroepen.
- + **Integreer gelijke toegang tot zorg vanaf de ontwerpfase**, waarbij rekening wordt gehouden met vervoer, gezondheidsvaardigheden, taal, digitale toegang, thuisondersteuning en bredere sociale omstandigheden.
- + **Ontwikkel betrouwbare en duidelijk afgebakende zorgpaden voor dagchirurgie**, met gestandaardiseerde protocollen voor patiëntselectie, perioperatieve zorg, ontslag en ondersteuning na ontslag.
- + **Verbeter de communicatie met patiënten** en de opvolging na ontslag, zodat zij begrijpen hoe het herstel thuis verloopt, weten wanneer ze hulp moeten inroepen en toegang hebben tot ondersteuning na ontslag.

Inleiding

Overal ter wereld hebben zorgstelsels moeite om voldoende capaciteit voor electieve ingrepen beschikbaar te stellen om aan de vraag te voldoen, wat leidt tot lange wachtlijsten en achterstanden¹. Dankzij vooruitgang in minimaal invasieve technieken², gestandaardiseerde herstel- en ontslagtrajecten³ en toenemende beleidsmatige aandacht^{4,5} kan een steeds breder scala aan ingrepen vandaag als dagchirurgie worden uitgevoerd.

Er bestaan grote verschillen tussen zorgstelsels in hun vermogen om ingrepen te verschuiven van ziekenhuisopname naar ambulante zorg.

Door ingrepen in dagchirurgie uit te voeren, kunnen operatieteams een hogere doorstroming en productiviteit realiseren^{4,6,7}, de kosten en het gebruik van middelen verlagen⁸ en de patiëntervaring verbeteren⁹. Er bestaan echter grote verschillen tussen zorgstelsels in hun vermogen om chirurgische ingrepen te verschuiven van ziekenhuisopname naar ambulante zorg. Die verschillen zijn zichtbaar tussen landen⁴, tussen ziekenhuizen en teams binnen landen¹⁰⁻¹², en tussen verschillende ingrepen en specialismen^{2,13}.

Dit rapport combineert verschillende bronnen van bewijs om de drempels, succesfactoren en beleidshefbomen te onderzoeken die samenhangen met de veilige uitbreiding van dagchirurgie binnen zorgstelsels. Het steunt op een analyse van internationale literatuur over prestaties van zorgstelsels, financieringsmodellen, het ontwerp van zorgpaden, patiëntresultaten en opkomende best practices. Daarnaast is gebruikgemaakt van interviews met klinische specialisten en een panel van experts met directe ervaring in het organiseren, beheren en opschalen van dagchirurgie.



Het expertenpanel bestond uit:



Professor Jaideep Pandit
Voorzitter en professor Anesthesiologie,
Universiteit van Oxford, Verenigd Koninkrijk



Jaana Perttunen
Voorzitter van de European Operating Room
Nurses Association (EORNA), Finland



Laurens Van Houte
OK-manager, Medisch Spectrum Twente,
Nederland



Dr. Shaan Chhabra
Hoofd Transformatie en Procesverbetering
bij het Newham Hospital, Barts Health NHS
Trust, Verenigd Koninkrijk



Daniela Matos
Hoofdverpleegkundige Unidade Local de
Saúde de Santo António, Portugal



Dr. Francesco Venneri
Directeur van het Centrum voor klinisch
risicobeheer en patiëntveiligheid, regio
Toscane, Italië



Dr. Jaroslaw J. Fedorowski
Voorzitter van de Poolse Ziekenhuisfederatie
(PFSz), Polen

Er zijn interviews afgenomen met:



Professor Tim Briggs CBE
Hoofd van het GIRFT-project en nationaal
directeur van NHS England voor klinische
verbetering, herstel van electieve zorg en
UEC, Verenigd Koninkrijk



Mr. David Bunting
Consultant in reconstructieve chirurgie
van het bovenste maag-darmkanaal en de
buikwand, North Devon District Hospital
Bestuurslid van de International Association
of Ambulatory Surgery
Voormalig voorzitter van de British
Association of Day Surgery



Professor Karine Nouette-Gaulain
Professor Anesthesiologie, Intensieve Zorg
en Perioperatieve Geneeskunde, CHU de
Bordeaux, Frankrijk



Mr. Bjarne Skjødt Hjaltalin
Hoofdarts op de afdeling Dagchirurgie
van het Amager en Hvidovre Ziekenhuis,
Denemarken



Dit rapport stelt dat er nog aanzienlijke ruimte is om het aandeel dagchirurgie verder te vergroten

Het onderzoek was opgezet om na te gaan waar volgens belanghebbenden nog onbenut potentieel voor dagchirurgie schuilt, welke belemmeringen er het vaakst toe leiden dat geschikte patiënten niet in aanmerking komen voor een behandeling in dagchirurgie, en welke praktische interventies de grootste vooruitgang zouden opleveren. Deze bevindingen vormen een waardevolle aanvulling op de wetenschappelijke literatuur vanuit de dagelijkse praktijk en helpen inzicht te krijgen in waar beleidsambities en de operationele realiteit nog steeds uiteenlopen.

Dit rapport stelt dat er nog aanzienlijk onbenut potentieel bestaat om het aandeel dagchirurgie verder te vergroten, ook in landen met meer mature dagchirurgische systemen. Dat potentieel kan het best worden benut door dagchirurgie de standaardaanpak te maken voor klinisch geschikte ingrepen en door specifieke zorgpaden voor dagchirurgie te ontwikkelen, met beschermde capaciteit en de nodige middelen.

Methoden

Dit rapport is gebaseerd op een snelle analyse van de beschikbare literatuur over drempels en succesfactoren voor dagchirurgie. Daarbij werd gebruikgemaakt van de AI-tool Undermind.ai om relevante Engelstalige bronnen van over de hele wereld te verzamelen die in de afgelopen vijf jaar zijn gepubliceerd.

Undermind is een AI-tool die werd ontwikkeld voor het uitvoeren van wetenschappelijke literatuurreviews. De tool doorzoekt de Semantic Scholar-database met meer dan 200 miljoen publicaties, waaronder PubMed en andere artikelen binnen de levenswetenschappen. Een onderzoeker beoordeelde de samenvattingen van de verzamelde artikelen om de relevantie ervan te verifiëren. In de eerste review werden 64 publicaties opgenomen. Op basis van deze publicaties werden thema's geïdentificeerd die verband houden met drempels en succesfactoren voor de uitbreiding van dagchirurgie. Daarnaast werden, waar nodig, gerichte zoekopdrachten uitgevoerd in grijze literatuur en oudere wetenschappelijke publicaties om aanvullende inzichten en details te verzamelen.

Ter aanvulling op deze bevindingen werd een enquête uitgevoerd om inzichten uit de praktijk te verzamelen over de toekomst van dagchirurgie.

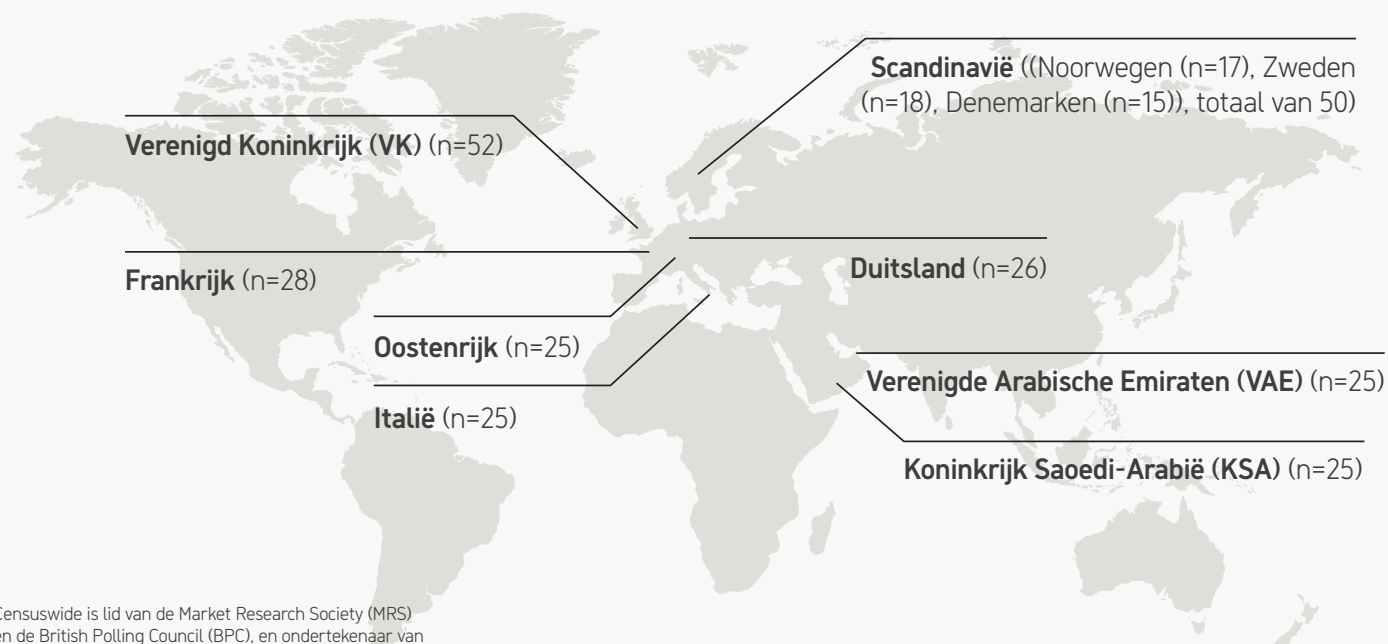
Daarnaast werden vier semigestructureerde interviews afgenomen met zorgprofessionals die betrokken zijn bij dagchirurgie. Alle citaten en bronvermeldingen in dit rapport zijn opgenomen met toestemming van de geïnterviewden.

Een enquête onder

256

zorgprofessionals in **10 landen** werd tussen 2 en 22 april 2026 uitgevoerd door Censuswide¹⁴.

Het onderzoek richtte zich op chirurgen (n=63), anesthesisten (n=25), OK-verpleegkundigen (n=60), OK-managers (n=32), aankoopverantwoordelijken (n=35) en leden van het ziekenhuismanagement (n=41) die minstens één keer per maand betrokken zijn bij het beheer, de aankoop of de uitvoering van dagchirurgie.

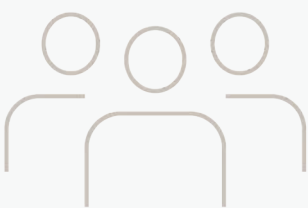


Censuswide is lid van de Market Research Society (MRS) en de British Polling Council (BPC), en ondertekenaar van de Global Data Quality Pledge. Het bedrijf houdt zich aan de gedragscode van de MRS en de principes van ESOMAR.



Tot slot werd een conceptversie van dit rapport voorgelegd aan een adviesraad van zeven zorgprofessionals uit zes verschillende landen die betrokken zijn bij dagchirurgie. Vervolgens werd een begeleide discussie georganiseerd om de bevindingen van het rapport te toetsen en aanbevelingen te ontwikkelen¹⁵.

Na afloop van de adviesraad werden aanvullende gerichte literatuuronderzoeken uitgevoerd naar patiëntveiligheid en gezondheidsongelijkheden in de dagchirurgie. Het rapport werd herzien en de aanbevelingen werden verder ontwikkeld op basis van de besprekingen tijdens deze adviesraad. Vervolgens werden deze aanbevelingen aan de adviesraad voorgelegd voor verdere feedback.



Definitie van dagchirurgie (ambulante chirurgie)

Wereldwijd worden verschillende termen gebruikt voor ‘dagchirurgie’, waarbij ook de praktische invulling van het concept verschilt van land tot land. De gebruikte terminologie weerspiegelt vaak hoe landen hun zorg organiseren en financieren, en hoe dagchirurgie is ingebed in verantwoordingskaders en zorgverleningsmodellen.

Terwijl sommige landen dagchirurgie definiëren als een verblijf van minder dan 24 uur⁹, hanteren andere landen een striktere definitie waarbij de opnameduur nul dagen bedraagt, omdat dit gemakkelijker kan worden vastgesteld aan de hand van routinematig verzamelde gegevens¹⁶.

Tabel 1

Term	Gebruikelijke betekenis	Voorbeeld van een landcontext	Opmerkingen
Dagchirurgie/ dagbehandeling	Geplande ingreep met ontslag op dezelfde kalenderdag als de ingreep	Engeland, Ierland, de Scandinavische landen ^{4,10}	
Ambulante chirurgie	Chirurgische ingrepen zonder overnachting, vaak uitgevoerd in speciale eenheden voor ambulante chirurgie	Noord-Amerika en Spanje ^{6,17,18}	Kan verwijzen naar zowel een zorgpad als een zorginstelling
Poliklinische chirurgie	Chirurgische ingrepen die zonder ziekenhuisopname worden uitgevoerd	Duitsland, Zwitserland, Verenigde Staten ^{6,17,18}	Soms ruimer dan ontslag op dezelfde dag; kan ook verblijven van minder dan 24 of 23 uur omvatten
Poliklinische chirurgie	Financieringsterm voor dagchirurgische zorg in Hongarije	Hongarije ¹⁹	

In dit rapport wordt de definitie van de International Association for Ambulatory Surgery (IAAS) gehanteerd: “Een operatie of ingreep, met uitzondering van een ingreep die in de consultatieruimte of poliklinisch wordt uitgevoerd, waarbij de patiënt op dezelfde werkdag wordt ontslagen”²⁰. Net als de IAAS gebruikt dit rapport de termen ‘dagchirurgie’ en ‘ambulante chirurgie’ door elkaar.

Wat is ambulante chirurgie/ dagchirurgie?

Dagchirurgie is een geïntegreerd zorgtraject dat ontworpen is om geplande ingrepen uit te voeren zonder overnachting in het ziekenhuis, voor patiënten en ingrepen waarvoor dit klinisch geschikt is²⁰.

Om ontslag op dezelfde dag mogelijk te maken, omvat dagchirurgie een zorgtraject dat bestaat uit: ^{3,9,21}

- + Patiëntenselectie
- + Anesthesie- en operatietechnieken die een snel herstel bevorderen
- + Gestandaardiseerde perioperatieve protocollen
- + Duidelijke ontslagcriteria op basis van het functioneren van de patiënt, en niet van de tijd die sinds de ingreep is verstreken
- + Advies en ondersteuning na ontslag
- + Opvolging van patiënten
- + Duidelijke escalatieprocedures wanneer het herstel thuis niet verloopt zoals verwacht





Dagchirurgie vormt een volwaardig alternatief voor ziekenhuisopname. Uit onze gesprekken met toonaangevende experts op het gebied van dagchirurgie blijkt dat zorginstellingen die erin slagen dagchirurgie verder uit te bouwen, specifieke zorgpaden voor dagchirurgie ontwikkelen in plaats van bestaande zorgpaden te versnellen. Zij herontwerpen de zorgverlening voor dagpatiënten fundamenteel. In de meest succesvolle zorginstellingen is dagchirurgie de standaardoptie voor patiënten en ingrepen waarvoor dit geschikt is.



David Bunting

Consultant in reconstructieve chirurgie van het bovenste maag-darmkanaal en de buikwand, North Devon District Hospital
Bestuurslid van de International Association of Ambulatory Surgery
Voormalig voorzitter van de British Association of Day Surgery, Verenigd Koninkrijk

“ Het gaat erom manieren te vinden om van dagchirurgie de nieuwe standaard te maken. En als die stap eenmaal is gezet en dagchirurgie de nieuwe standaard is geworden, is er meestal voldoende dynamiek om dat vol te houden, omdat het van nature veel duurzamer is dan andere vormen van chirurgie.”

Op het niveau van het zorgstelsel kan een aanhoudende groei van dagchirurgie ook leiden tot een kleinere behoefte aan bedden voor electieve zorg, of mogelijkheden creëren om bedden voor andere zorgbehoeften in te zetten. Hierdoor kunnen de totale zorgkosten dalen en komt schaarse ziekenhuiscapaciteit beschikbaar voor patiënten die meer baat hebben bij een ziekenhuisopname. Zo heeft het Ierse Elective Surgery Programme berekend dat een toename van het aandeel dagchirurgie en een verkorting van de verblijfsduur binnen 14 chirurgische specialismen jaarlijks ongeveer 41.500 beddagen zou kunnen besparen²³. Uit breder onderzoek blijkt bovendien dat specifieke zorgpaden voor dagchirurgie de kosten kunnen verlagen, de doorstroming kunnen verbeteren en kunnen bijdragen aan kortere wachttijden door de capaciteit voor electieve zorg te vergroten^{3-5,19,24}.



Daniela Matos

Hoofdverpleegkundige Unidade Local de Saúde de Santo António, Portugal¹⁵

“ In ons ziekenhuis beschikken we over 11 operatiezalen en vinden dagelijks ongeveer 200 ingrepen plaats. In de grootste operatiezaal voor opgenomen patiënten duurt het een week om hetzelfde aantal ingrepen uit te voeren, wat onze hoge productiviteit onderstreept. Dankzij onze training bedraagt de wisseltijd tussen patiënten in elk operatiekwartier ongeveer acht à negen minuten. We zien hoge tevredenheidscijfers en een laag aantal complicaties.”

Welke ingrepen en specialismen worden steeds vaker in dagchirurgie uitgevoerd?



Jaana Perttunen

Voorzitter van de European Operating Room Nurses Association (EORNA), Finland¹⁵

“

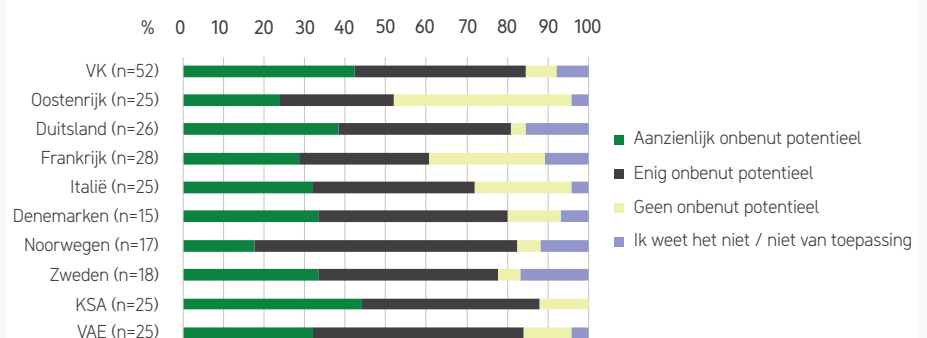
In Finland groeit het aandeel dagchirurgie voortdurend, tot wel 90% in bepaalde specialismen. We maken intensief gebruik van mobiele apps waarmee patiënten eenvoudig met het ziekenhuis kunnen communiceren. Bijna alle patiënten die een geplande ingreep ondergaan, melden zich op de ochtend van de operatie, tenzij ze een lange reis moeten afleggen. Na de ingreep kunnen patiënten worden ontslagen zodra dit medisch verantwoord is én het voor hen praktisch uitkomt. Daarnaast ontwikkelen we verschillende apps die verpleegkundigen ondersteunen bij de begeleiding van patiënten gedurende het volledige chirurgische traject. Zowel goede patiëntenvoorlichting als sterke verpleegkundige vaardigheden zijn daarbij essentieel om patiënten optimaal te begeleiden.”

Van oudsher was dagchirurgie vooral geschikt voor minder complexe, veelvoorkomende ingrepen met een hoog volume^{4,12}. De reikwijdte van dagchirurgie blijft zich echter uitbreiden, van relatief eenvoudige ingrepen naar steeds complexere operaties^{2,19,25-27}. Deze evolutie wordt mogelijk gemaakt door vooruitgang in chirurgische technieken², operatieve procedures en herstellzorg. Voorbeelden hiervan zijn robotchirurgie²⁸, innovatieve anesthesietechnieken, verbeterde herstelprogramma's en gestandaardiseerde perioperatieve protocollen^{25,29}.

De verschuiving naar dagchirurgie breidt zich uit over verschillende specialismen, maar verloopt wereldwijd aan een verschillend tempo^{2,4}. Deze trend werd bevestigd door de enquêteresultaten¹⁴, waarbij respondenten voor elk onderzocht specialisme onbenut potentieel voor dagchirurgie aanwezen. Dat suggereert dat veel zorgstelsels vinden dat de transitie naar dagchirurgie zich nog in een relatief vroeg stadium bevindt.

Figuur 1a

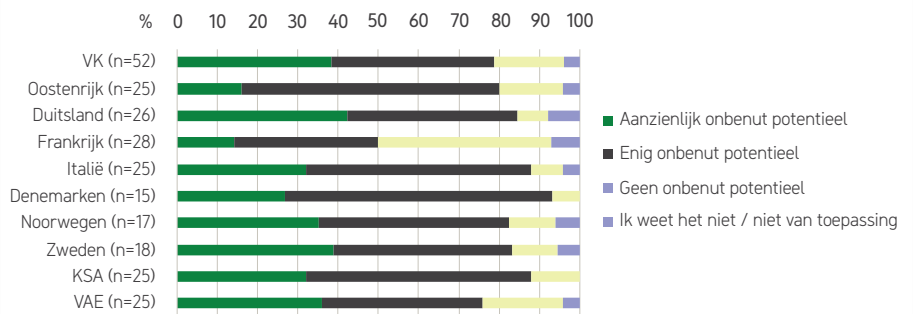
Hoeveel onbenut potentieel voor dagchirurgie ziet u op het gebied orthopedie?



Welke ingrepen en specialismen worden steeds vaker in dagchirurgie uitgevoerd?

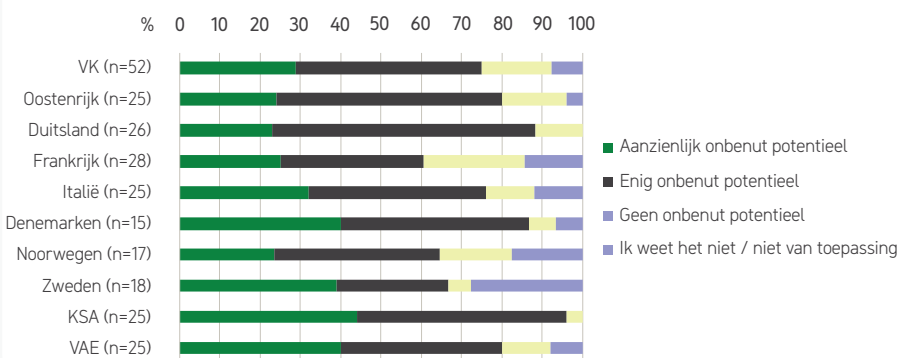
Figuur 1b

Hoeveel onbenut potentieel voor dagchirurgie ziet u op het gebied algemene chirurgie?



Figuur 1c

Hoeveel onbenut potentieel voor dagchirurgie ziet u op het gebied oftalmologie?



Bron: Mölnlycke enquête dagchirurgie, Censurwide, 2-22 april 2026.
Basis: alle respondenten (n=256).

Het positieve sentiment verschilde van land tot land. Respondenten in het Verenigd Koninkrijk en Denemarken behoorden tot de meest optimistische wat betreft de verdere uitbreiding van dagchirurgie, met bijzonder veel vertrouwen in de orthopedie, oftalmologie en algemene chirurgie. Ook in Duitsland werd nog aanzienlijk groeipotentieel gezien binnen de algemene chirurgie, terwijl respondenten uit Saoedi-Arabië (KSA) opvallend positief waren over de mogelijkheden binnen de orthopedie en oftalmologie. Daarentegen waren respondenten in Frankrijk en Oostenrijk terughoudender ten aanzien van sommige gevestigde specialismen. Dit wijst erop dat de perceptie van het resterende groeipotentieel verschilt naargelang de maturiteit van de lokale dagchirurgische zorgpaden en de mate waarin dagchirurgie reeds is ingeburgerd.

Veelvoorkomende ingrepen met een hoog volume blijven de belangrijkste hefboom voor de verdere uitbreiding van dagchirurgie. Deze ingrepen vormen de meest voor de hand liggende eerste stap voor zorgstelsels die zorgpaden voor dagchirurgie ontwikkelen en implementeren, en lenen zich bovendien bijzonder goed voor uitvoering als dagbehandeling.

Verskillende veelvoorkomende electieve ingrepen kunnen worden beschouwd als graadmeters voor de succesvolle invoering van dagchirurgie. Hiertoe behoren:

- + Laparoscopische cholecystectomie²⁴
- + Liesbreukoperatie¹²
- + Oftalmologie^{30,31}



Welke ingrepen en specialismen worden steeds vaker in dagchirurgie uitgevoerd?

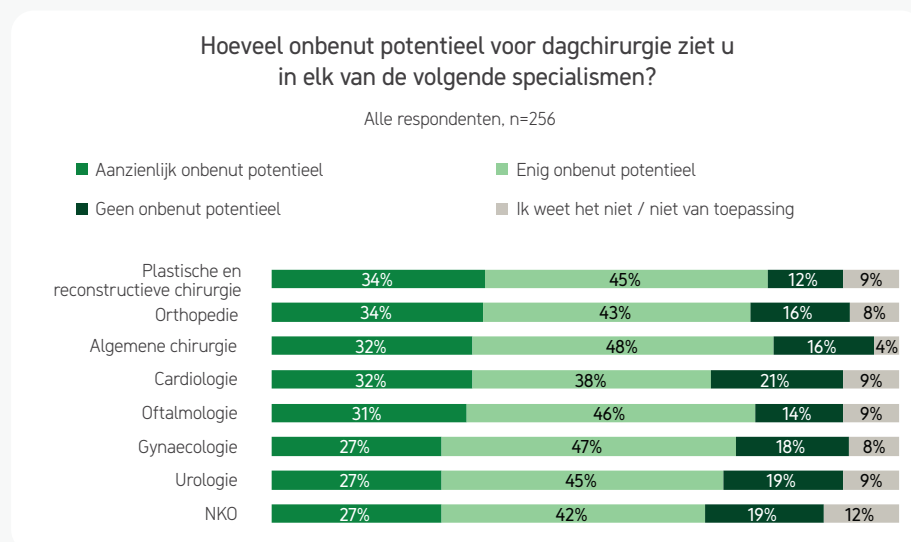
Technologische vooruitgang verruimt voortdurend de mogelijkheden van dagchirurgie, waardoor nieuwe toepassingsgebieden ontstaan. Zo kunnen in de urologie operaties voor goedaardige prostaatobstructie dankzij minimaal invasieve lasertechnieken steeds vaker als dagchirurgie worden uitgevoerd².

Totale gewrichtsvervangings is een ander veelbelovend toepassingsgebied voor dagchirurgie. In het Verenigd Koninkrijk bleek uit een meta-analyse van 17 studies dat het heropnamepercentage na een totale gewrichtsvervangings in dagchirurgie 1,9% bedroeg, tegenover 2,0% bij patiënten die werden opgenomen in het ziekenhuis. Het veiligheidsprofiel van beide groepen was daarmee vrijwel identiek³². Ook de aanvaarding door patiënten van deze complexere ingrepen als dagchirurgie blijkt hoog: in één studie gaf 80 tot 96% van de patiënten aan opnieuw voor een ambulante gewrichtsvervangings te kiezen³³.

Dit sluit aan bij de resultaten van de enquête¹⁴, waaruit blijkt dat de orthopedie (77%) een van de hoogste scores behaalde wat betreft het waargenomen onbenutte potentieel. Dit suggereert dat klinici grote gewrichtsoperaties steeds vaker beschouwen als haalbare kandidaten voor dagchirurgie, mits de juiste zorgpaden aanwezig zijn.

Figuur 2

Tot
80%
ziet nog onbenut potentieel
in dagchirurgie



Bron: Mölnlycke enquête dagchirurgie, Censurwide, 2-22 april 2026.
Basis: alle respondenten (n=256).

Belangrijk is echter dat, hoewel technologische vooruitgang de uitbreiding van dagchirurgie binnen verschillende specialismen mogelijk heeft gemaakt, **dit gepaard moet gaan met een herontwerp van zorgpaden**, zodat potentiële dagbehandelingen systematisch kunnen worden omgezet in ingrepen die standaard als dagchirurgie worden uitgevoerd.

Naarmate minder mature zorgstelsels streven naar een groter aandeel dagchirurgie, zouden zij een strategie in drie stappen moeten volgen²². Ten eerste moeten zij voorbeeldige zorgpaden voor dagchirurgie ontwikkelen voor veelvoorkomende ingrepen met een lage complexiteit die zich goed lenen voor uitvoering als dagbehandeling. Ten tweede moeten zij ongewenste variatie terugdringen en zorgen voor een consistente toepassing van ingrepen waarvan de veiligheid als dagbehandeling reeds goed is aangetoond, maar die nog niet door alle zorgverleners standaard als dagchirurgie worden uitgevoerd.

Welke ingrepen en specialismen worden steeds vaker in dagchirurgie uitgevoerd?



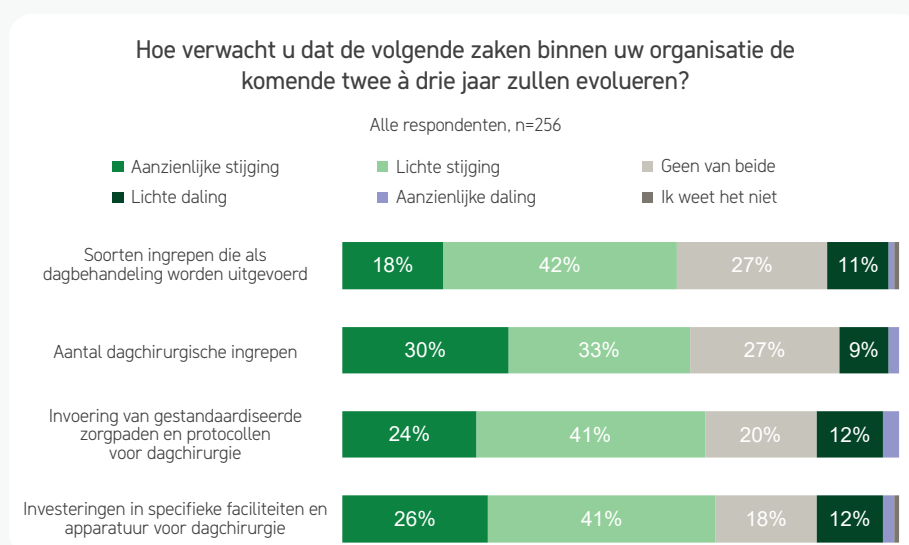
Tot slot moeten ze de grenzen van de dagchirurgie blijven verleggen door nieuwe ingrepen en patiëntengroepen te identificeren die dankzij voortschrijdende technieken inmiddels klinisch geschikt zijn voor een behandeling in dagchirurgie.

In de praktijk betekent dit²²:

- 1. Prioriteit geven aan ingrepen met een hoog volume om volwaardige zorgpaden voor dagchirurgie te ontwikkelen en snel extra capaciteit vrij te maken**
- 2. Potentiële dagbehandelingen omzetten in daadwerkelijke dagbehandelingen door zorgpaden te herontwerpen, standaardprotocollen in te voeren en de implementatie te ondersteunen**
- 3. Gericht expertise opbouwen voor nieuwe en complexere ingrepen, zodat deze waar klinisch verantwoord als dagbehandeling kunnen worden uitgevoerd**

De mogelijkheden om dagchirurgie verder uit te breiden beperken zich niet langer tot 'kleine' ingrepen. Ook complexere operaties en een bredere groep patiënten komen steeds vaker in aanmerking voor dagchirurgie. Uit de enquête blijkt dat respondenten nog aanzienlijke groeimogelijkheden zien (enig of aanzienlijk onbenut potentieel, dan wel aanzienlijk onbenut potentieel), niet alleen binnen traditionele specialismen met hoge volumes, maar ook binnen de orthopedie (77%, 34%), cardiologie (70%, 32%), urologie (72%, 27%) en plastische en reconstructieve chirurgie (79%, 34%)¹⁴. Dit onderstreept hoe breed de volgende fase van de uitbreiding van dagchirurgie kan zijn. De resultaten wijzen erop dat er nog aanzienlijk onbenut potentieel bestaat om de capaciteitswinst voor ziekenhuizen die dagchirurgie kan opleveren, verder te realiseren.

Figuur 3



Bron: Mölnlycke enquête dagchirurgie, Censurwide, 2-22 april 2026.
Basis: alle respondenten (n=256).

Overwegingen op het gebied van kwaliteit, veiligheid en gelijkheid

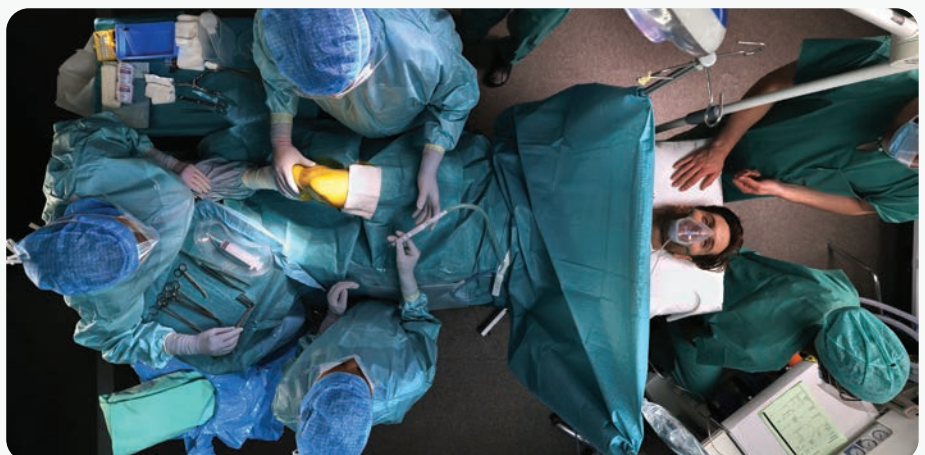
Veiligheid

Patiëntveiligheid moet centraal staan bij alle inspanningen om het aandeel dagchirurgie te verhogen. In tegenstelling tot traditionele chirurgie met ziekenhuisopname vindt bij dagchirurgie een groter deel van het herstel van de patiënt plaats in de thuisomgeving, buiten het directe toezicht van zorgprofessionals^{9,34}. Dit brengt belangrijke overwegingen met zich mee met betrekking tot welke ingrepen geschikt zijn voor dagchirurgie en welke patiënten voor deze aanpak in aanmerking komen^{35,36}.

In de huidige praktijk is herhaaldelijk aangetoond dat dagchirurgie minstens even veilig is als chirurgie waarbij de patiënt wordt opgenomen in het ziekenhuis^{16,32,37}. Uit benchmarkonderzoek in de Verenigde Staten bleek dat ambulante ingrepen bij 13 van de 14 onderzochte ingrepen gepaard gingen met minder complicaties en heropnames¹⁶. Het is echter belangrijk op te merken dat dit veiligheidsprofiel het resultaat is van een zorgvuldige patiëntselectie en een robuust, doelgericht zorgpad dat de kans op een veilige, complicatievrije ingreep en een voorspoedig herstel maximaliseert¹⁶.

Er kunnen interessante lessen op het vlak van patiëntveiligheid worden getrokken uit studies die de resultaten binnen specifieke ingreepgroepen onderzoeken. In Engeland bleken de resultaten van dagchirurgische gewrichtsvervangingen te verschillen naargelang het type ingreep. Zo leek een unicompartimentele knievervangings veilig wanneer deze als dagbehandeling werd uitgevoerd. Totale heupvervangings bleek over het algemeen veilig, maar vereiste wel een leercurve: bij de eerste zes dagbehandelingen die door elke eenheid in de studie werden uitgevoerd, was het risico op heropname hoger. Totale knievervangings werd daarentegen geassocieerd met een verhoogd risico op heroperatie, met name voor manipulatie onder anesthesie ter behandeling van postoperatieve stijfheid¹³.

Dit toont aan hoe belangrijk het is om niet te veralgemenen binnen categorieën van chirurgische ingrepen en het veiligheidsprofiel van elke ingreep afzonderlijk te evalueren.



Veiligheid doorheen het volledige zorgtraject

Patiëntveiligheid moet over het volledige zorgtraject worden gewaarborgd, van screening en preoperatief onderzoek tot ontslag en herstel thuis.

Tabel 2

Fase van het zorgtraject	Praktijken die de veiligheid bevorderen	Potentiële risico's
Screening en preoperatief onderzoek	Beoordeling van het risico voor de patiënt, de complexiteit van de ingreep, het anesthesieplan, de mogelijkheden van de zorgvoorziening en de ondersteuning thuis ^{35,36,38,39}	Ontslag op dezelfde dag niet mogelijk, ongeplande opnames ⁴⁰⁻⁴²
Perioperatieve zorg	Protocollen voor versneld herstel na een ingreep (Enhanced Recovery After Surgery - ERAS), snelwerkende anesthesie, opioïdsparende pijnbestrijding, effectieve preventie van postoperatieve misselijkheid en braken, minimaal invasieve chirurgische technieken en vroege mobilisatie ^{34,43-45}	Pijn, postoperatieve misselijkheid en braken, vertraagde mobilisatie, verlengd herstel en ziekenhuisopname met overnachting ^{29,41,46}
Ontslag	Fysiologische (niet tijdsgebonden) ontslagcriteria: stabiele vitale functies, alertheid, mobiliteit, goed onder controle zijnde pijn en misselijkheid, en aanvaardbaar bloedverlies. Schriftelijke instructies, begeleiding, vervoer naar huis en ondersteuning tijdens de eerste nacht ^{29,34,47,48}	Te laat ontslag, onveilig ontslag en vermijdbare heropnames ^{40,49}
Herstel thuis	Duidelijke escalatieprocedure, proactieve opvolging de dag na de ingreep, monitoring op afstand, medicatiebeoordeling en symptoomopvolging ^{34,50-52}	Het niet tijdig opmerken van een verslechtering van de toestand van de patiënt, onbehandelde symptomen, medicatiefouten en gebruik van spoedeisende zorg ^{40,51}
Governance en kwaliteitsopvolging	Regelmatige monitoring van ongeplande opnames, herbezoeken aan het ziekenhuis, complicaties, niet-gelukt ontslag op dezelfde dag, door patiënten gerapporteerd herstel en verschillen tussen werkwijzen ^{6,7,16,53}	Vermijdbare verschillen tussen werkwijzen en zorgcontexten, gemiste kansen voor verbetering ^{16,40}



Dr. Francesco Venneri

Directeur van het Centrum voor klinisch
risicobeheer en patiëntveiligheid, regio
Toscane, Italië¹⁵

Uit een meta-analyse bij patiënten met obstructieve slaapapneu bleek dat dagchirurgie veilig kan worden ondersteund door actieve screening, de naleving van algoritmegestuurd perioperatief management en verhoogde waakzaamheid na de ingreep⁴².



Screening en preoperatief onderzoek

Het risico bestaat dat de complexiteit van de patiënt wordt onderschat. Daardoor kan een patiënt in aanmerking komen voor dagchirurgie, terwijl er in werkelijkheid onderliggende risicofactoren zijn die niet volledig worden herkend.”

Patiëntveiligheid bij dagchirurgie begint bij de inschatting of patiënten geschikt zijn voor de ingreep. In veel zorgstelsels is men afgestapt van vaste selectiecriteria voor patiënten en overgestapt op een model waarbij de geschiktheid op individuele basis wordt beoordeeld, rekening houdend met comorbiditeiten, de invasiviteit van de ingreep, de anesthesietechniek, de zorgomgeving en de beschikbare sociale ondersteuning of thuissituatie³⁵. Bij de beslissing of een patiënt geschikt is voor dagchirurgie, moet niet alleen worden gekeken naar zijn of haar fysiologische vermogen om de ingreep te doorstaan, maar ook naar contextuele factoren – zoals ondersteuning vanuit de gemeenschap, de woonomgeving, de afstand tot het ziekenhuis en de mate van gezondheidsvaardigheden – die van invloed kunnen zijn op het vermogen om een herstelplan veilig te volgen^{36,38}.

In de literatuur worden verschillende fysiologische risicofactoren genoemd die vaak worden geassocieerd met een verhoogd risico op ziekenhuisopname of heropname na ontslag. Hiertoe behoren een hogere leeftijd, obesitas, aandoeningen van de luchtwegen, hart- en vaatziekten, diabetes, obstructieve slaapapneu, kwetsbaarheid en een hoge last van comorbiditeiten^{37,40–42,54}. Deze risicofactoren sluiten patiënten niet noodzakelijkerwijs uit van dagchirurgie^{37,55}, maar kunnen wel extra zorg en aandacht vereisen.

Naast de fysieke geschiktheid van een patiënt worden in de literatuur verschillende aspecten van sociale geschiktheid genoemd die bepalen of een patiënt in aanmerking komt voor dagchirurgie. Daarbij gaat het onder meer om de nabijheid van zorg, de beschikbaarheid van vervoer en de aanwezigheid van ondersteuning thuis^{29,34,35,48}. Zo beveelt het Engelse project Getting It Right First Time aan dat patiënten binnen een uur reistijd moeten wonen van een ziekenhuis dat in geval van complicaties de nodige zorg kan bieden. Is dat niet het geval, dan kan het aangewezen zijn om patiënten de eerste nacht in een nabijgelegen hotel te laten verblijven voordat zij naar huis terugkeren⁵⁵. Dit zijn essentiële waarborgen voor de patiëntveiligheid en zij verdienen evenveel aandacht als de fysieke geschiktheid van de patiënt.

Ontwerp van perioperatieve zorgpaden

Nadat patiënten zorgvuldig zijn geselecteerd, vormt het perioperatieve zorgtraject het volgende cruciale aandachtspunt voor patiëntveiligheid. In de onderzochte literatuur werden de ERAS-protocollen (Enhanced Recovery After Surgery) vaak genoemd als een belangrijke strategie ter bevordering van de patiëntveiligheid^{34,43,44}. De kernelementen van ERAS omvatten preoperatieve patiëntvoorlichting, optimalisatie van voeding (waaronder beperkt vasten) en hydratatie, een fast-track-anesthesietechniek, opioïdsparende pijnbestrijding, profylaxe van postoperatieve misselijkheid en braken, een optimaal vochtbeheer, waar mogelijk minimaal invasieve chirurgische technieken en vroege mobilisatie^{34,43,44}. Uit één studie bleek dat voortdurende opleiding van medewerkers en regelmatige feedback de naleving van deze protocollen verbeterden en daarmee ook de patiëntresultaten⁴⁵.

Ontslag

In de literatuur wordt consequent aanbevolen om fysiologische in plaats van tijdsgebonden ontslagprotocollen te hanteren^{34,47}. In plaats van patiënten na een vooraf bepaalde tijdsperiode te ontslaan, moeten zij worden beoordeeld aan de hand van een checklist met fysiologische criteria, zoals stabiele vitale functies, alertheid, mobiliteit en een goede controle van pijn en misselijkheid³⁴. Deze criteria geven aan dat de patiënt veilig verder kan herstellen en voor zichzelf kan zorgen in de thuisomgeving. De functionele ontslagcriteria kunnen per specialisme verschillen^{29,48}, zodat rekening kan worden gehouden met de specifieke kenmerken van verschillende ingrepen.

Herstel en nazorg thuis



Bjarne Skjødt Hjaltalin

Hoofddarts op de afdeling Dagchirurgie
van het Amager en Hvidovre Ziekenhuis,
Denemarken⁵⁶

“We moeten ervoor zorgen dat patiënten achteraf weten waar ze terechtkunnen als er zich problemen voordoen. Als ze zich veilig voelen en weten dat ze na de ingreep iemand kunnen contacteren, dan is dat het belangrijkste waar ze om vragen.”

Een grotere nadruk op herstel thuis is een van de bepalende kenmerken van dagchirurgie^{34,35}. Hierdoor komt er veel meer nadruk te liggen op de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt voor het herstelproces. Patiënten en hun naasten krijgen een grotere rol bij het omgaan met symptomen, zelfzorg en het inschatten van wanneer medische hulp moet worden ingeschakeld^{9,57,58}. Hoewel veel veiligheidsrisico's kunnen worden beperkt door een zorgvuldige patiëntselectie^{36,38,59}, doen problemen binnen het dagchirurgische zorgtraject zich na ontslag nog steeds vaker voor dan tijdens de ingreep zelf⁴⁰. In een Amerikaanse studie ging 4,8% van de ambulante ingrepen gepaard met een heropname. Daarbij bleken hogere leeftijd, comorbiditeiten en bepaalde types ingrepen het risico te verhogen⁴⁰.

Uit een Amerikaans onderzoek bleek dat veel poliklinische ingrepen die als niet-invasief werden beschouwd, buiten de routinematige monitoring van wondinfecties vielen, terwijl deze ingrepen toch gepaard gingen met een aanzienlijke belasting door infecties⁶¹.

Postoperatieve pijn en bloedingen behoren tot de meest voorkomende redenen waarom patiënten na een dagchirurgische ingreep opnieuw zorg nodig hebben of terugkeren naar het ziekenhuis⁴¹. Dit onderstreept het belang van een goede controle van deze symptomen vóór ontslag^{43,44}. Een ander belangrijk aandachtspunt zijn postoperatieve wondinfecties, die vrijwel altijd een heropname vereisen: **93% van de patiënten met een wondinfectie moet opnieuw in het ziekenhuis worden opgenomen⁶⁰.**

Er is steeds meer bewijs voor het gebruik van digitale symptoomrapportage bij patiënten die thuis herstellen na een ingreep. In een studie naar ambulante kankerchirurgie leidde digitale symptoomrapportage, gekoppeld aan opvolging door verpleegkundigen, tot een afname van potentieel vermijdbare bezoeken aan de spoedeisende hulp⁵². Een andere studie naar virtuele zorg met geautomatiseerde monitoring op afstand liet verbeteringen zien in de detectie van medicatiefouten en in pijnscores⁵¹.

Gelijkheid



Dr. Shaan Chhabra

Hoofd Transformatie en Procesverbetering
bij het Newham Hospital, Barts Health NHS
Trust, Verenigd Koninkrijk¹⁵

“Gelijkheid gaat niet alleen over toegang tot zorg, maar ook over uitsluiting. Patiënten kunnen om uiteenlopende redenen en in verschillende omstandigheden worden uitgesloten. Sommigen vinden moeilijk hun weg in het zorgsysteem, kampen met taalbarrières of beschikken niet over vervoer. Anderen zijn niet in staat om thuis op een veilige manier te herstellen, en ook daarmee moeten we rekening houden.”

Gezondheidsongelijkheden zijn wijdverspreid binnen alle domeinen van de gezondheidszorg, en dat geldt ook voor dagchirurgie. Ze spelen vooral een rol bij het ontslag na een ingreep, waar een beperkte gezondheidsgeletterdheid, een gebrek aan vervoersmogelijkheden en minder gunstige omstandigheden in de thuisomgeving belangrijke belemmeringen kunnen vormen⁹.



In de literatuur werden verschillende domeinen geïdentificeerd waarin gezondheidsongelijkheden een rol spelen:

Tabel 3

Ongelijkheidsvraagstuk	Bevindingen uit de literatuur	Analyse van de implicaties
Geografie en sociaaleconomische achterstelling	In de Verenigde Staten werden nieuwe centra voor dagchirurgie vaker geopend in counties met meer middelen en minder sociaaleconomische achterstelling ¹⁸ .	Zonder gerichte interventies kan de capaciteit vooral worden uitgebreid waar de opbrengsten het hoogst zijn, in plaats van waar de zorgbehoefte het grootst is.
Ras en etniciteit	Nadat totale heupvervangings was geschrapt van de Medicare-lijst voor uitsluitend intramurale zorg, deed de groei van het aantal poliklinische heupvervangingen zich vooral voor bij blanke patiënten ⁶² .	De groei van dagchirurgie kan gezondheidsongelijkheden versterken als barrières voor de toegang tot zorg niet worden aangepakt.
Inkomen	Uit een Amerikaans onderzoek naar de verschuiving naar poliklinische zorg na de pandemie bleek dat het herstel van het aantal ingrepen minder sterk was in gebieden met lagere inkomens ⁶³ .	De voordelen van de uitbreiding van dagchirurgie en het herstel van het zorgstelsel kunnen ongelijk verdeeld zijn.
Verzekeringsstatus en zorgsector	Patiënten met een publieke zorgverzekering in Spanje hadden veel meer kans om een liesbreukoperatie als dagbehandeling te ondergaan dan patiënten met een particuliere verzekering of patiënten die zelf betaalden ¹² .	Financiële stimulansen voor zorgverleners en businessmodellen beïnvloeden de toegang tot zorgpaden voor dagchirurgie.
Familie en thuisondersteuning	Patiënten met weinig thuisondersteuning kunnen het na een dagchirurgische ingreep moeilijker hebben ⁹ .	Sociale factoren spelen een belangrijke rol – klinische geschiktheid is niet voldoende zonder een geschikte thuisomgeving voor het herstel.
Digitale toegang	Het gebruik van digitale oplossingen verschilt tussen bevolkingsgroepen en kan gezondheidsongelijkheden versterken wanneer digitale ondersteuning de norm wordt ⁶⁴ .	Hoogwaardige niet-digitale alternatieven moeten blijven bestaan naast digitale innovatie.

Thuisherstel



Dr. Francesco Veneri

Directeur van het Centrum voor klinisch risicobeheer en patiëntveiligheid, regio Toscane, Italië¹⁵

“Wie neemt de zorg voor de patiënt op zich na ontslag, met name voor patiënten die geen familie hebben, in een verpleeghuis wonen of in een sociale woongemeenschap verblijven? Dit zijn allemaal aspecten waarmee we rekening moeten houden, omdat de omgeving waarnaar de patiënt na de ingreep terugkeert een grote invloed kan hebben op het resultaat van de behandeling.”

Gezondheidsongelijkheid heeft invloed op zowel de toegang tot zorg als de resultaten na een ingreep^{62,65}, waarbij herstel thuis een belangrijke factor is die ongelijkheid in de context van ambulante chirurgie in de hand werkt^{9,57,58}.

Aangezien dagchirurgie een aanzienlijk deel van de postoperatieve zorg naar de thuisomgeving van de patiënt verplaatst^{9,57}, moeten patiënten zelf taken opnemen zoals het opvolgen van symptomen, het omgaan met pijn en mobiliteitsproblemen, en het inschatten van wanneer het nodig is om medische hulp te zoeken. Patiënten zonder een sterk ondersteunend netwerk – een uitdaging die voorkomt in uiteenlopende bevolkingsgroepen – hebben het vaak het moeilijkst om aan deze verwachtingen te voldoen⁹. Er bestaat bovendien een risico dat de verwachtingen van patiënten rond dagchirurgie, en de manier waarop deze door zorgprofessionals wordt voorgesteld, dit probleem versterken. Patiënten starten een dagchirurgische ingreep vaak met de verwachting van een beperkt hersteltraject, maar worden vervolgens geconfronteerd met een herstel dat pijnlijker en ingrijpender kan zijn dan verwacht⁵⁷.

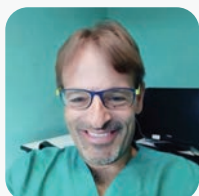
In een interviewstudie binnen orthopedie werd een reeks aan negatieve emoties beschreven die patiënten na een ingreep kunnen ervaren. Patiënten gaven aan zich eenzaam te voelen, onzeker te zijn over het verloop van hun herstel en afhankelijk te zijn van familieleden voor persoonlijke verzorging en andere dagelijkse activiteiten⁵⁸. Veel patiënten hadden behoefte aan geruststelling door verpleegkundigen, maar aarzelden om contact op te nemen met het ziekenhuis uit angst tot last te zijn⁵⁸. Hierdoor is routinematige telefonische opvolging een belangrijke manier om kwetsbare patiënten een laagdrempelige gelegenheid te bieden vragen te stellen die zij anders mogelijk voor zichzelf zouden houden⁶⁶.

In deze context zijn patiënten die alleen wonen en niet kunnen rekenen op betrouwbare ondersteuning van familie het meest kwetsbaar voor problemen tijdens de postoperatieve herstelperiode^{9,57}.





Gezondheidscommunicatie en gezondheidsongelijkheden



Dr. Francesco Venneri

Directeur van het Centrum voor klinisch risicobeheer en patiëntveiligheid, regio Toscane, Italië⁵

“

Er zijn taalbarrières, niet alleen door verschillen in taal, maar ook door dialecten en verschillen in opleidingsniveau. Patiënten begrijpen de medische terminologie die wij gebruiken niet altijd volledig, wat hun vermogen om instructies op te volgen of actief deel te nemen aan hun zorg kan beïnvloeden. Daarom is het essentieel om informatie op een eenvoudige en begrijpelijke manier over te brengen, zonder overmatig gebruik van vakjargon.”

Het vermogen om communicatie in de gezondheidszorg te begrijpen en te verwerken is ook een belangrijke dimensie van gezondheidsongelijkheid binnen de dagchirurgie. De communicatie rond dagchirurgie is vaak beknopt en vindt plaats onder tijdsdruk, vóór of na de ingreep, wanneer patiënten gehaast of angstig zijn of nog te maken hebben met de effecten van anesthesie^{9,67,68}.

In de Engelstalige literatuur wordt een beperkte beheersing van het Engels vaak in verband gebracht met minder goede zorgresultaten, vooral op onderdelen van het zorgproces, zoals^{67,69} het begrijpen van geïnformeerde toestemming en ontslaginstructies⁶⁸. Dit kan concrete gevolgen hebben: patiënten met een beperkte beheersing van het Engels ervaren vaak een minder goede pijncontrole wanneer er bij het ontslag geen tolk aanwezig is⁶⁸.

Wanneer de communicatie tekortschiet, kunnen patiënten bij ontslag weliswaar klinisch stabiel lijken, maar onvoldoende begrijpen hoe zij thuis veilig kunnen herstellen⁶⁹.

Gezondheidsgeletterdheid is een ander domein waarin ongelijkheden zich kunnen manifesteren. Een hoge mate van gezondheidsgeletterdheid is een belangrijke voorspeller van de kwaliteit van het herstel na ambulante chirurgie⁷⁰. Tegelijk zijn interventies gericht op gezondheidsgeletterdheid binnen de chirurgische zorg zeldzaam, heterogeen van aard en weinig onderzocht in de literatuur⁷¹. Dit wijst op een kloof tussen de behoeften van patiënten en de huidige praktijk.

Verpleegkundigen spelen een cruciale rol in de communicatie met patiënten tijdens en na een ingreep. Door hun directe contact met patiënten vormen zij een essentiële bron van ondersteuning en begeleiding voor patiënten.



Daniela Matos

Hoofdverpleegkundige Unidade Local de Saúde de Santo António, Portugal¹⁵

“

In Portugal is het aantal dagchirurgische ingrepen sinds de invoering ervan in 2008 aanzienlijk toegenomen. We voeren een zeer zorgvuldige preoperatieve beoordeling uit, telefonisch of steeds vaker digitaal. Op elk contactmoment is er interactie met de patiënt, waarbij zij informatie ontvangen of zelf informatie aanreiken.

Na de preoperatieve evaluatie beslist de chirurg samen met de patiënt of de ingreep geschikt is. Vervolgens heeft de patiënt een consultatie bij de anesthesist en de verpleegkundige, waarna de operatiedatum wordt bepaald. Wanneer de patiënt de consultatie verlaat, heeft hij of zij al een datum voor de ingreep. Nadien volgen nog bijkomende online consultaties met het verpleegkundig team om na te gaan of alles in orde is.

Zodra u in het centrum voor dagchirurgie aankomt, gaat u rechtstreeks naar een preoperatief bed of een stoel. We zorgen ervoor dat strikt aan alle criteria wordt voldaan, met onder meer verplichte vragen over gezondheidsgeletterdheid en de aanwezigheid van een verantwoordelijke begeleider. Er zijn altijd een telefoonnummer en een app beschikbaar, zodat patiënten gedurende het hele traject contact kunnen opnemen en actief betrokken blijven.”

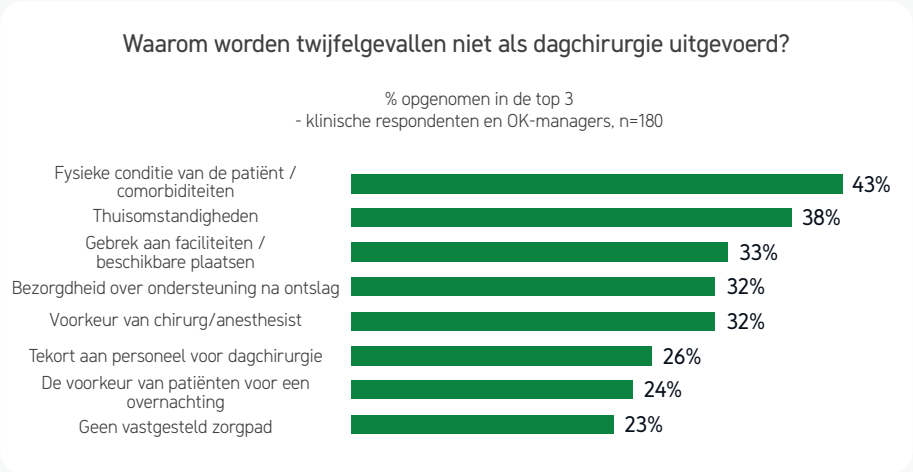


Drempels voor schaalvergroting

De drempels voor het invoeren van dagchirurgie als standaard zijn veelzijdig en kunnen verschillen per land, specialisme en zorgtraject.

De resultaten van de enquête bevestigen dit nadrukkelijk: respondenten noemden een combinatie van klinische, operationele, personeelsgerelateerde en patiëntgerelateerde redenen waarom geschikte patiënten niet als dagchirurgie worden behandeld¹⁴. Geen enkele belemmering sprong er duidelijk uit, wat erop wijst dat de uitbreiding van dagchirurgie systeembrede oplossingen vereist in plaats van afzonderlijke interventies¹⁴.

Figuur 4



Bron: Mölnlycke enquête dagchirurgie, Censuswide, 2–22 april 2026.
Basis: Klinische respondenten en OK-managers, n=180

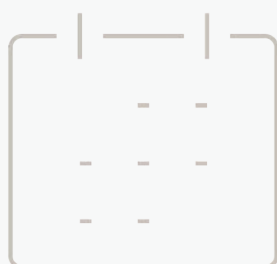




Operationele en organisatorische drempels

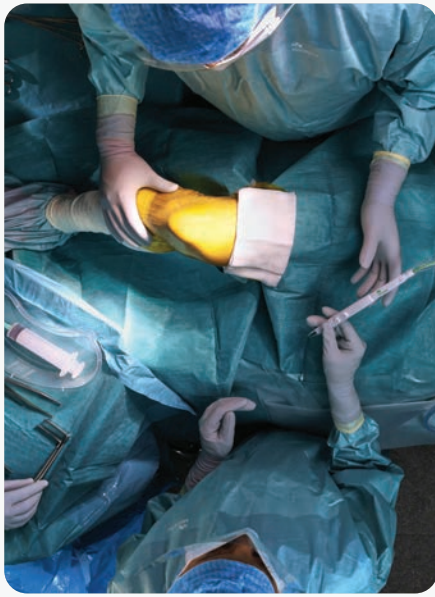
Afzonderlijke infrastructuur en beschermde capaciteit voor electieve zorg

Uit de literatuur en de ervaringen van belanghebbenden die tijdens onze interviews naar voren kwamen, blijkt consequent dat er concurrentie bestaat tussen geplande electieve zorg en dagchirurgie enerzijds en spoedeisende zorg anderzijds om OK-tijd, bedden, recoveryruimte en de aandacht van medewerkers. In de enquête gaf 28% van de respondenten aan dat ingrepen die veilig als dagchirurgie zouden kunnen worden uitgevoerd, vaak of altijd toch als opnamechirurgie worden verricht¹⁴. Dit vormt een belangrijke praktische belemmering, vooral voor ziekenhuizen met een zeer hoge benuttingsgraad van het operatiekwartier. Wanneer dagchirurgie gebruikmaakt van dezelfde fysieke infrastructuur, personeel en escalatieroutes als opname- en spoedzorg, bestaat het risico dat electieve dagchirurgie wordt verdrongen, geannuleerd of alsnog uitmondt in een ziekenhuisopname met overnachting^{3,29}. Dit ondermijnt de betrouwbaarheid van het zorgpad en het vertrouwen van zorgprofessionals in dagchirurgie.



Succesvolle zorgstelsels beschermen daarom de capaciteit voor dagchirurgie door, waar mogelijk, gebruik te maken van specifieke centra voor ambulante zorg of dagchirurgie, of via 'virtuele scheiding', zoals gereserveerde operatieschema's, specifieke capaciteit voor herstel en ontslag, en duidelijke escalatieroutes wanneer een volledige scheiding niet mogelijk is. Dit kwam ook naar voren uit de enquête: 33% van de respondenten gaf aan dat twijfelgevallen niet als dagchirurgie worden uitgevoerd wegens het ontbreken van een geschikte dagchirurgische voorziening of voldoende beschikbare capaciteit. In de Scandinavische landen lag dit percentage zelfs nog hoger (42%), wat erop wijst dat zelfs relatief mature zorgstelsels te maken kunnen hebben met praktische capaciteitsbeperkingen¹⁴.

In het Verenigd Koninkrijk zijn het, waar mogelijk, opzetten van gespecialiseerde centra voor electieve chirurgie met een hoog volume en lage complexiteit, en het scheiden van 'warme' en 'koude' chirurgische sites⁷² belangrijke factoren geweest bij het realiseren van enkele van de hoogste percentages dagchirurgie ter wereld. Ook in de Verenigde Staten⁷³ en Canada⁷⁴ bestaan gespecialiseerde centra voor ambulante chirurgie die exclusief bestemd zijn voor ambulante ingrepen. Respondenten uit het Verenigd Koninkrijk noemden bovendien vaker dan gemiddeld bezorgdheden over de ondersteuning na ontslag als reden waarom ingrepen niet als dagchirurgie worden uitgevoerd (49% tegenover 32% in totaal). Dit suggereert dat infrastructuur alleen niet volstaat en moet worden aangevuld met even robuuste herstel- en nazorgtrajecten buiten het ziekenhuis.



Uit deze review bleek dat de zorgmix, het volume van de ingrepen en de infrastructuur allemaal bijdroegen aan de verschillen in het aandeel ambulante chirurgie, wat erop wijst dat de organisatie van het ziekenhuis een belangrijke determinant is van het gebruik van ambulante chirurgie¹¹.

Managementprioriteiten en verandervermogen

Een van de belangrijkste drempels voor de verdere uitbreiding van dagchirurgie die tijdens de interviews naar voren kwam, is het gebrek aan organisatorische prioriteit voor dagchirurgie en het ontbreken van gestandaardiseerde zorgpaden die specifiek zijn ontworpen voor dagchirurgie.

Uit onze interviews blijkt dat zorgorganisaties die dagchirurgie systematisch maximaliseren, dit doorgaans als een managementprioriteit beschouwen. Dit betekent dat er sprake is van duidelijke verantwoordelijkheden, concrete uitvoeringsmijlpalen en een goede afstemming tussen planning, preoperatieve beoordeling, operatiekwartier, verpleegafdelingen, recovery, ontslagprocessen, aankoop en datateams. Onder operationele druk kan de verdere uitbreiding van electieve dagchirurgie echter stagneren wanneer de aandacht en middelen van het management elders zijn gericht, of wanneer leidinggevendenden terughoudend zijn om in te grijpen in wat als 'klinisch terrein' wordt beschouwd.

Tijdens de bijeenkomsten van de adviesraad hoorden we dat succesvolle projecten dit aanpakken door een gezamenlijke klinische en operationele governance op te zetten, met duidelijke beslissingsbevoegdheden en sterke capaciteiten op het vlak van project- en verandermanagement. Daarbij spelen routinematige monitoring, feedbackmechanismen en probleemoplossing op zowel het niveau van de operatieplanning als het zorgpad een belangrijke rol. Uit de enquête bleek bovendien dat er bezorgdheid bestaat over het gebrek aan consistente operationele discipline. Respondenten wezen vaak op vermijdbare procesbelemmeringen, zoals voorkeuren van klinici, beperkte toegang tot de operatieplanning en bezorgdheden over escalatieroutes, naast tekortkomingen in de infrastructuur¹⁴.

In Europa was Duitsland relatief laat met de invoering van dagchirurgie, al hebben recente hervormingen geleid tot een stijging van het aandeel dagchirurgie. Dat is vooral opvallend in vergelijking met andere goed presterende zorgstelsels. In de literatuur worden de historisch lagere percentages dagchirurgie in Duitsland vaak in verband gebracht met financiële stimulansen die ziekenhuisopnames bevoordeelden⁴. Uit een mixed-methods review bleek echter dat er aanzienlijke verschillen bestonden in de toepassing van ambulante chirurgie, zelfs tussen ziekenhuizen die binnen hetzelfde financieringssysteem opereerden¹¹.

Een bijzondere uitdaging doet zich voor wanneer dagchirurgie en chirurgie met ziekenhuisopname op dezelfde locatie worden georganiseerd. Wanneer deze twee zorgpaden moeten concurreren om hetzelfde personeel, dezelfde ruimte en dezelfde middelen, hebben ziekenhuizen moeite om dagchirurgie als standaardoptie te handhaven³. Verschillende goed presterende landen, waaronder de Verenigde Staten, maken gebruik van gespecialiseerde centra voor ambulante chirurgie die uitsluitend bestemd zijn voor ambulante ingrepen, waardoor deze problemen worden vermeden.

In wezen geldt dat wanneer de processen in het operatiekwartier, de zorgprotocollen, het patiëntenvervoer en de organisatiecultuur allemaal zijn afgestemd op een model van zorg met ziekenhuisopname, dagchirurgie zich niet ten volle zal kunnen ontwikkelen.

Niet op elkaar afgestemde financiële stimulansen

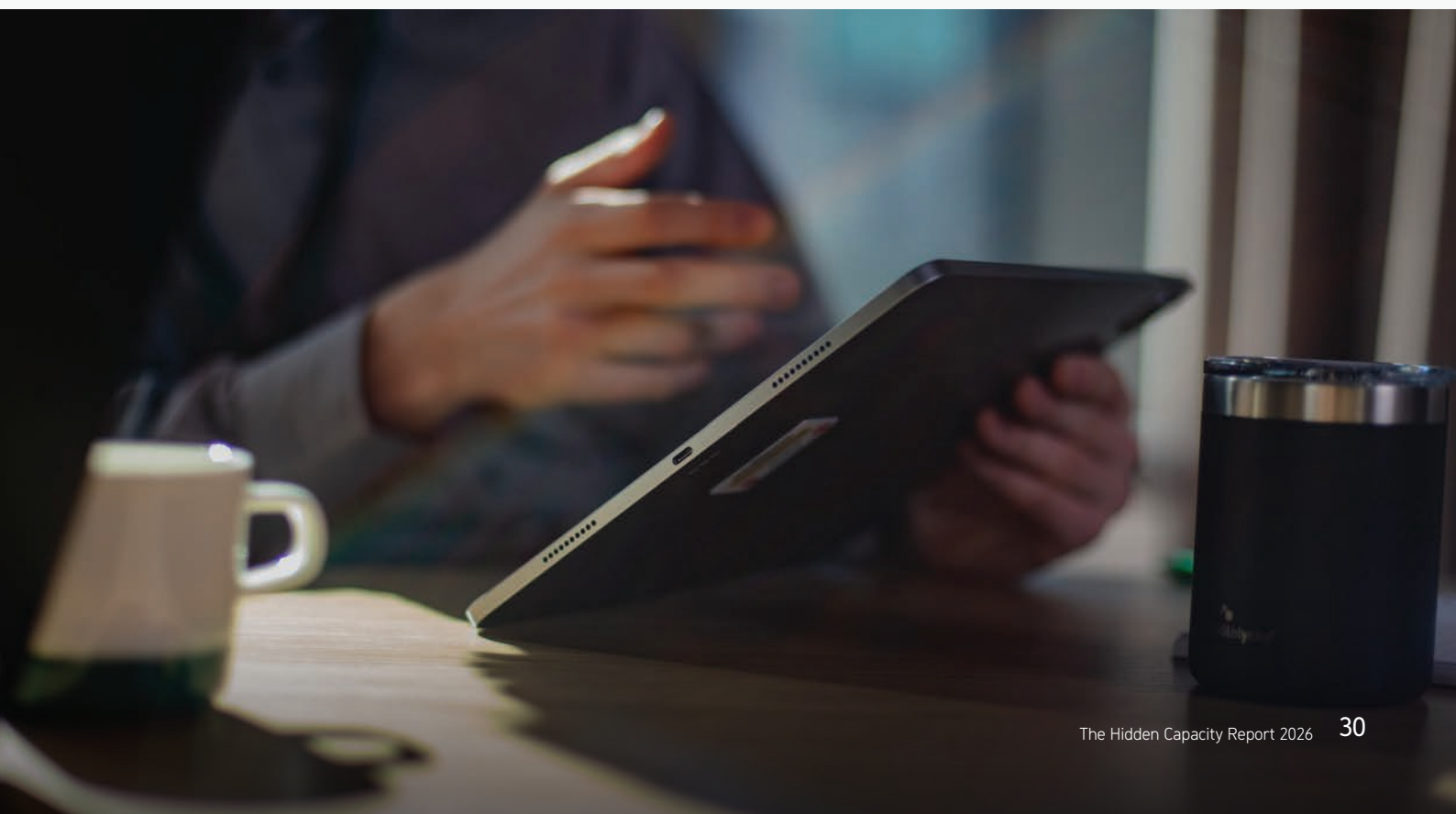
Niet op elkaar afgestemde financiële stimulansen kunnen een hardnekkige belemmering vormen voor de uitbreiding van dagchirurgie in landen waar dergelijke stimulansen bestaan⁴.

Uit een vergelijking van de dagchirurgiepercentages in 13 OESO-landen (Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling) bleek dat alle drie de landen die op het moment van de analyse relatief zwak presteerden (Oostenrijk, Duitsland en Zwitserland) te maken hadden met niet op elkaar afgestemde financiële stimulansen⁴. In Oostenrijk verschilden zowel de financieringssystemen als de financiers van ambulante chirurgie ten opzichte van chirurgie met ziekenhuisopname, wat een belangrijke drempel vormde voor de verschuiving van zorg naar een ambulante setting⁴.

In Duitsland zorgde de diepgewortelde institutionele scheiding tussen ambulante zorg door zelfstandige zorgverleners en ziekenhuiszorg ervoor dat ziekenhuizen die dagchirurgie uitvoerden, werden vergoed volgens tarieven die waren ontworpen voor privépraktijken. Daardoor werden hun hogere vaste kosten onvoldoende gedekt. In Zwitserland kon dagchirurgie binnen een financieringssysteem op basis van Diagnosis Related Groups (DRG's) zelfs leiden tot een lagere ziekenhuisvergoeding in plaats van tot kostenbesparingen, waardoor een averechts werkende financiële stimulans ontstond die de ontwikkeling van dagchirurgie afremde⁴.

Zelfs in landen waar de financiële stimulansen op elkaar zijn afgestemd, kan het ontbreken van gereserveerde financiering en capaciteit voor dagchirurgie ertoe leiden dat middelen naar chirurgie met ziekenhuisopname vloeien, aangezien dit de meest gevestigde vorm van zorg blijft¹¹.

Naast de operationele organisatie en infrastructuur voor dagchirurgie kunnen niet op elkaar afgestemde financiële stimulansen een belangrijke structurele drempel vormen voor de verschuiving van zorg uit een ziekenhuisopname naar dagchirurgie, doordat zij een minder efficiënte vorm van chirurgie onbedoeld blijven bevoordelen⁴.



Klinische en culturele verschillen tussen teams



Professor Jaideep Pandit

Voorzitter en professor Anesthesiologie,
Universiteit van Oxford, Verenigd Koninkrijk¹⁵

“

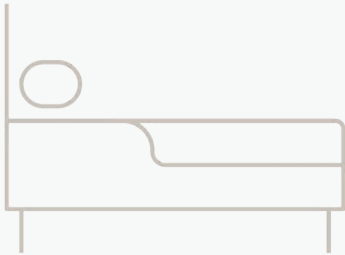
De chirurgische opleiding zelf kan een belemmering vormen. Chirurgen leren vaak dat bepaalde ingrepen gepaard gaan met een ziekenhuisopname, om zowel goede als minder goede redenen. Daardoor kunnen zij terughoudend zijn om de overstap te maken van chirurgie met ziekenhuisopname naar dagchirurgie – noem het psychologie, gewoonte, inertie of het gevolg van een negatieve ervaring.”

Verschillende studies tonen aan dat verschillen in de lokale klinische praktijk binnen zorgstelsels een belangrijke uitdaging kunnen vormen. Zo varieerde in Ierland in 2019 het aandeel dagchirurgie voor laparoscopische cholecystectomie tussen ziekenhuizen van 0% tot meer dan 90%, waarbij verschillen tussen chirurgische teams een groot deel van deze variatie verklaarden¹⁰. Ook in de Verenigde Staten blijven aanzienlijke, onverklaarde verschillen bestaan tussen instellingen, zelfs nadat rekening is gehouden met patiëntgebonden factoren. Dit was vooral het geval bij borstchirurgie, endocriene chirurgie en liesbreukoperaties¹⁶.

Bovendien bleek uit onze enquête dat 44% van de respondenten dagchirurgie beschouwt als een ‘boeiend en hoogwaardig’ werkdomein, terwijl 31% dagchirurgie nog steeds als ‘minder prestigieus’ ziet dan chirurgie met ziekenhuisopname¹⁴.

Samengevat stelt dit rapport dat er een belangrijke spanning bestaat tussen top-downbeleid en een bottom-upcultuur die gedreven wordt door artsen-specialisten. Die spanning moet worden overbrugd om optimaal te profiteren van de voordelen van dagchirurgie. Naast beleidsmaatregelen om dagchirurgie verder uit te breiden, moeten ook gezamenlijke klinische praktijknormen worden ontwikkeld. Daarnaast is het belangrijk om voorbeelden van klinische best practices binnen zorgstelsels op te sporen en breder toe te passen, aangezien innovatie in een vroeg stadium vaak wordt aangestuurd door individuele klinici en chirurgische teams.

Drempels voor patiënten



Hoewel dagchirurgie in veel landen goed wordt aanvaard door patiënten en herstel thuis vaak de voorkeur krijgt boven een ziekenhuisopname, blijft het belangrijk om aandacht te besteden aan de patiëntervaring, zeker omdat dagchirurgie een groter deel van het herstelproces van het ziekenhuis naar de thuisomgeving verplaatst². Zelfs relatief beperkte ingrepen kunnen gepaard gaan met pijn, misselijkheid en vermoeidheid. Daarom hebben zorgstelsels robuuste mechanismen nodig om de verwachtingen van patiënten goed af te stemmen, protocollen voor versneld herstel toe te passen en monitoring thuis mogelijk te maken. Naarmate de mogelijkheden voor dagchirurgie verder toenemen, is het essentieel dat de patiëntervaring een centrale plaats blijft innemen.

Dit was een van de duidelijkste bevindingen uit de enquête. De fysieke conditie van de patiënt, comorbiditeiten of de complexiteit van de ingreep werden het vaakst genoemd als redenen waarom ingrepen niet als dagchirurgie worden uitgevoerd (43%). Daarna volgden factoren in de thuissituatie van de patiënt, zoals alleen wonen, de afstand tot het ziekenhuis of een gebrek aan ondersteuning door mantelzorgers (38%). Bezorgdheden over ondersteuning na ontslag of over de mogelijkheden om snel hulp in te schakelen bij complicaties werden door 32% van de respondenten genoemd¹⁴.

Daarnaast verschilt de mate waarin patiënten dagchirurgie aanvaarden van land tot land. In sommige landen, zoals Japan, worden langere ziekenhuisverblijven cultureel als de norm beschouwd⁷⁶. Daardoor kan dagchirurgie in deze landen soms haaks staan op de verwachtingen van patiënten.

De enquête wijst ook op verschillen in cultuur en organisatorische maturiteit tussen zorgstelsels. Respondenten uit het Verenigd Koninkrijk legden vooral de nadruk op veilig ontslag en ondersteuning tijdens het herstel thuis, terwijl respondenten uit de Scandinavische landen vaker wezen op beperkingen in de beschikbare capaciteit en infrastructuur. Dit wijst erop dat de belemmeringen veranderen naarmate zorgstelsels een hogere maturiteit bereiken. Minder mature zorgstelsels moeten mogelijk eerst hun capaciteit uitbreiden, terwijl meer ontwikkelde systemen zich steeds meer kunnen richten op het vertrouwen van patiënten, de kwaliteit van het ontslag en de betrouwbaarheid van zorgpaden¹⁴.



Bevorderende factoren voor de uitbreiding van dagchirurgie

In goed presterende landen zijn hoge percentages dagchirurgie het resultaat van een duidelijke beleidsmatige focus op de uitbreiding van dagchirurgie, afgestemde financiële stimulansen en een sterke aansluiting bij klinische best practices in de dagelijkse praktijk.

Dit vertaalt zich in sterk gestandaardiseerde zorgpaden, beschermde capaciteit en de verwachting dat klinisch geschikte ingrepen standaard als dagchirurgie worden uitgevoerd. Deze landen stellen doorgaans ambitieuze doelstellingen vast voor het aandeel dagchirurgie en streven er voortdurend naar het aantal ingrepen en patiëntengroepen dat in aanmerking komt voor dagchirurgie verder uit te breiden.

De resultaten van de enquête ondersteunen deze opvatting sterk. Respondenten noemden een combinatie van interventies op het vlak van zorgpaden, infrastructuur, technologie en patiëntenbetrokkenheid als de meest doeltreffende manieren om de verdere uitbreiding van dagchirurgie te versnellen. Daarmee onderstrepen zij dat geen enkele maatregel op zichzelf volstaat. Uiteindelijk zijn betrouwbaarheid en standaardisatie de sleutels tot succes¹⁴.

Figuur 5



Bron: Mölnlycke enquête dagchirurgie, Censuswide, 2-22 april 2026.
Basis: Respondenten aankoopprofessionals, n=35

Ontwerp van het zorgpad



Bij de overgang naar dagchirurgie verschuiven zorgstelsels van een op ziekenhuisbedden gebaseerde, ziekenhuisgerichte chirurgische zorg – waarbij slechts een minderheid van de ingrepen als dagchirurgie wordt uitgevoerd – naar zorgpadgestuurde chirurgische systemen. Daarbij zijn de activiteiten vóór de ingreep (zoals risicobeoordeling en digitale triage) en na de ingreep (zoals vroege mobilisatie en opvolging op afstand) van cruciaal belang om deze systemen succesvol te laten functioneren¹⁵. De leden van onze adviesraad benadrukten dat een doeltreffend beheer van het volledige zorgtraject hand in hand moet gaan met de beoordeling door chirurgen van welke nieuwe ingrepen geschikt zijn om als dagchirurgie uit te voeren¹⁵.

Een duidelijk ontworpen zorgpad dat expliciet gericht is op ontslag op dezelfde dag, is een essentiële voorwaarde voor een succesvolle uitbreiding van dagchirurgie. De resultaten van de enquête werpen hier verder licht op: 27% van de respondenten noemde meer gestandaardiseerde klinische zorgpaden en ontslagprotocollen als een van de belangrijkste praktische hefboomen voor de verdere uitbreiding van dagchirurgie, terwijl nog eens 26% verwees naar specifieke opleidingsprogramma's voor medewerkers¹⁴.

Het is belangrijk dat zorgpaden voor dagchirurgie een afzonderlijke patiëntenstroom vormen, los van de processen voor chirurgie met ziekenhuisopname³ (en idealiter ook fysiek gescheiden van die zorgomgeving). Beschermde capaciteit voor ambulante zorg is mogelijk het sterkste organisatorische signaal dat dagchirurgie binnen een zorginstelling als standaardaanpak wordt beschouwd. In situaties waarin een afzonderlijk gebouw of een aparte faciliteit voor ambulante chirurgie niet haalbaar is, kan beschermde capaciteit voor dagchirurgie bestaan uit gereserveerde OK-tijd, beschermde herstelcapaciteit, specifieke capaciteit voor preoperatieve beoordeling en ontslag, en een scheiding van spoedzorgstromen^{3,24}. Dit was een van de maatregelen die in onze enquête de meeste steun kreeg: 32% van de respondenten noemde speciaal ontworpen faciliteiten voor dagchirurgie of chirurgische hubs als een belangrijke hefboom voor verdere uitbreiding. Vooral in Centraal-Europa was er veel steun voor deze aanpak (42%), wat erop wijst dat infrastructuur in sommige landen nog steeds een belangrijke beperkende factor vormt¹⁴.



In de enquête gaf

94%

van de aankoopprofessionals aan dat de mogelijkheid om proceduretrays op maat samen te stellen en te standaardiseren voor specifieke zorgpaden een belangrijke factor was bij het kiezen van een leverancier of oplossingspartner¹⁴.



Ook het op maat aanpassen van apparatuur en verbruiksartikelen lijkt een belangrijke factor te zijn voor een efficiënte opschaling van dagchirurgie. Dit was de hoogst gerangschikte optie binnen die subgroep, wat erop wijst dat respondenten aanpasbare proceduretrays voor dagchirurgie zien als een hulpmiddel om de doorstroming in het operatiekwartier te verbeteren, vertragingen te verminderen en dagchirurgische operatieschema's met een hoge doorvoer betrouwbaarder te laten verlopen.

Dagchirurgie vereist doorgaans een hogere mate van standaardisatie en protocolisering dan zorgpaden voor patiënten met een ziekenhuisopname, omdat er minder ruimte is voor escalatie en er minder mogelijkheden zijn om vertragingen later op de dag nog in te halen. Daarom moet de verdere uitbreiding van dagchirurgie een prioriteit zijn voor het ziekenhuismanagement. Zodra de nodige protocollen zijn ingevoerd, moeten leidinggevenden ook toezien op een consequente naleving ervan, bijvoorbeeld via opleiding, checklists, audits, feedbackmechanismen en een snelle aanpak van knelpunten. Dit helpt om ervoor te zorgen dat het zorgpad binnen alle teams op een consistente manier wordt toegepast.

Zorgpaden voor dagchirurgie moeten aan de volgende voorwaarden voldoen:^{3,9,11,20,29,55}

- + Gestandaardiseerde, vooraf vastgelegde protocollen
- + Een duidelijk omschreven lijst van geschikte ingrepen
- + Duidelijke inclusie- en exclusiecriteria voor patiënten
- + Gespreide 'just-in-time'-opnames
- + Patiëntvoorbereiding en een uitgebreide preoperatieve beoordeling
- + Vroege mobilisatie en functionele ontslagcriteria (in plaats van tijdsgebonden ontslagcriteria)
- + Ontslag op initiatief van verpleegkundigen
- + Patiënten die in aanmerking komen voor dagchirurgie vroeg op de dag inplannen
- + Ondersteuning na ontslag
- + Patiëntmonitoring en escalatiecriteria, met inbegrip van een betrouwbare toegang tot ondersteuning na ontslag
- + Voortdurende opleiding van medewerkers en ondersteuning bij de implementatie

Herstel thuis

Wat er in het ziekenhuis gebeurt – een efficiënte voorafgaande screening, de ingreep en het ontslag – vormt een essentieel onderdeel van een succesvolle dagchirurgie, maar dat geldt ook voor de ondersteuning van een succesvol herstel thuis²⁰.

Bij herstel thuis na een dagchirurgische ingreep verschuift de verantwoordelijkheid voor de zorg van het klinische team in het ziekenhuis naar de patiënt of diens verzorger, wat een duidelijke overdracht vereist. Het herstelproces moet al beginnen voordat de patiënt het ziekenhuis verlaat, met uitgebreide patiëntenvoorlichting. Patiënten moeten zowel schriftelijke als mondelinge instructies krijgen, aangezien uit onderzoek blijkt dat patiënten tot 80% van de mondeling verstrekte informatie kunnen vergeten⁷⁴. Dit was de meest gekozen praktische interventie in de enquête: 34% van de respondenten noemde patiëntenvoorlichting om de verwachtingen rond dagchirurgie en herstel thuis bij te stellen¹⁴. Dit onderstreept dat het vertrouwen en de voorbereiding van de patiënt minstens even belangrijk zijn als de efficiëntie van de zorgprocessen in het ziekenhuis.



Professor Karine Nouette-Gaulain

Hoofd Anesthesiologie, Intensieve Zorg en Perioperatieve Geneeskunde, Kinderziekenhuis & Kraamkliniek Aliénor d'Aquitaine, Universitair ziekenhuis van Bordeaux, Frankrijk⁷⁸

“ Het probleem met ambulante zorg is dat patiënten bang zijn om naar huis te gaan. Patiënten zijn bezorgd en vaak moeten we hen geruststellen: als het niet goed gaat, blijft u hier gewoon overnachten. Maar zodra de ingreep achter de rug is, zijn ze klaar om naar huis te gaan.”

Doordat dagchirurgie een groter deel van het herstel naar de thuisomgeving verplaatst, worden infectiepreventie en wondzorg nog belangrijker. Postoperatieve infecties zijn in de thuisomgeving vaak moeilijker vroegtijdig op te sporen en kunnen zich voordoen nadat de patiënt niet langer onder direct toezicht van het chirurgische team staat⁷⁹. Zorgpaden moeten daarom duidelijke instructies bevatten voor wondzorg, zodat patiënten het verschil leren herkennen tussen verwachte symptomen en mogelijke complicaties. Daarnaast moeten zij het consequente gebruik van geschikte wondverbanden en infectiepreventiemaatregelen stimuleren^{79,80}. Dit moet gepaard gaan met duidelijke mogelijkheden om klinisch advies in te winnen. Dit is vooral relevant wanneer dagchirurgie wordt uitgebreid naar complexere ingrepen of patiëntengroepen met een verhoogd risico. Daarnaast zijn er mogelijkheden om patiënten te adviseren over een optimale preoperatieve voorbereiding om het risico op infecties te verkleinen, bijvoorbeeld door preoperatief te douchen of een bad te nemen⁸¹.



David Bunting

Consultant in reconstructieve chirurgie van het bovenste maag-darmkanaal en de buikwand, North Devon District Hospital
Bestuurslid van de International Association of Ambulatory Surgery
Voormalig voorzitter van de British Association of Day Surgery, Verenigd Koninkrijk

“ Telkens wanneer we door patiënten gerapporteerde uitkomsten hebben gemeten, hebben we vastgesteld dat onze patiënten in het algemeen – waarschijnlijk in meer dan 95% van de gevallen – de voorkeur geven aan dagchirurgie. Zij herstellen doorgaans liever in het comfort van hun eigen huis.”



Patiënten moeten ook het verschil begrijpen tussen normale postoperatieve ongemakken en ernstige complicaties⁷⁹. Daarnaast moeten zij beschikken over een betrouwbare manier om snel ondersteuning te krijgen wanneer zich ernstige complicaties voordoen. Voor de aanpak van pijngerelateerde symptomen moet een proactieve in plaats van reactieve strategie worden gehanteerd. Postoperatieve misselijkheid en braken behoren tot de belangrijkste oorzaken van ongeplande heropnames in het ziekenhuis⁸². Effectieve zorgpaden moeten daarom voorzien in 'nood'-anti-emetica die patiënten thuis kunnen gebruiken⁸³.

Patiënten moeten ook inzicht hebben in realistische hersteltermijnen, waaronder wanneer zij gewone activiteiten zoals autorijden, lichaamsbeweging en werk veilig kunnen hervatten, zodat het herstelproces niet in gevaar wordt gebracht⁸⁴.

Voortdurende monitoring en communicatie met de patiënt in zijn of haar thuisomgeving is van cruciaal belang⁹. Het Centrum voor Perioperatieve Zorg beveelt aan dat een verpleegkundige binnen 24 uur een follow-upgesprek voert om kleine problemen op te sporen voordat deze escaleren⁸⁵. Follow-upgesprekken gaan bovendien gepaard met een grotere tevredenheid en meer vertrouwen bij de patiënt⁶⁶.



Personeelsbestand

Dagchirurgie werkt het best wanneer er een gespecialiseerd team beschikbaar is voor dagchirurgische ingrepen. Om de hoge doorvoercapaciteit te realiseren die met dagchirurgie mogelijk is, moeten ziekenhuismedewerkers duidelijke rollen hebben binnen het dagchirurgische zorgpad en beschikken over de nodige expertise in het uitvoeren van dagchirurgische ingrepen^{9,29}.

Een sterk zorgpad voor dagchirurgie moet elke ingreep opdelen in afzonderlijke fasen, waarbij medewerkers duidelijk verantwoordelijk zijn voor de verschillende onderdelen van het traject^{3,9,28}.

Tabel 4

Functie binnen het zorgpad	Taken en verantwoordelijkheden	Waarom dit belangrijk is
Preoperatieve beoordeling en patiëntselectie	Beoordeel of de patiënt klinisch geschikt is, over voldoende sociale ondersteuning beschikt en veilig thuis kan herstellen	Voorkomt dat ontslag op dezelfde dag niet mogelijk is en vermindert het risico op een ongeschikte patiëntselectie ^{9,29}
Coördinatie van het operatieschema	Plan geschikte patiënten vroeg genoeg in het operatieschema in	Waarborgt voldoende tijd voor mobilisatie, symptoomcontrole en ontslag van de patiënt ²⁹
Herstel en ontslag	Pas functionele ontslagcriteria toe voor pijn, misselijkheid, mobiliteit en bloedverlies	Zorgt ervoor dat beslissingen over ontslag consistent worden en minder afhankelijk zijn van subjectieve beoordelingen of tijdsgebonden criteria ²⁹
Patiëntenvoorlichting	Leg uit wat herstel thuis precies inhoudt en wanneer de patiënt medische hulp moet zoeken	Zorgt voor realistische verwachtingen over het herstel na de ingreep ⁹
Opvolging na ontslag	Zorg waar nodig voor telefonisch contact, proactieve opvolging of ondersteuning in de thuissituatie	Stelt patiënten gerust en helpt problemen vroegtijdig op te sporen ⁹
Ondersteuning voor data en coördinatie	Volg patiëntenstromen, resultaten en complicaties per locatie of afdeling op	Draagt bij aan standaardisatie en continue optimalisatie ^{3,29}

Deze functies sluiten niet volledig aan bij de bestaande modellen voor zorg met ziekenhuisopname en moeten daarom specifiek worden ontwikkeld voor dagchirurgie, met passende opleiding en ontwikkeling voor medewerkers die de overstap maken naar dagchirurgie. Dit sluit nauw aan bij de resultaten van de enquête: 26% van de respondenten noemde specifieke opleidingsprogramma's voor medewerkers van het operatiekwartier, de verpleegafdelingen en de recovery als een prioritaire interventie, terwijl in een afzonderlijke vraag 88% opleiding, training en de ontwikkeling van klinische expertise als belangrijk beoordeelde bij leveranciers en oplossingspartners¹⁴.

Verpleegkundigen verdienen bijzondere aandacht binnen het dagchirurgische team. Zij zijn de zorgprofessionals die de meeste tijd met patiënten doorbrengen en spelen een cruciale rol bij het veilig begeleiden van patiënten doorheen het dagchirurgische traject¹⁵. Een operatie is voor patiënten een bijzonder kwetsbare periode, en verpleegkundigen kunnen tijdens deze fase zowel praktische als emotionele ondersteuning bieden. Zo zorgen zij ervoor dat de behoeften van patiënten worden gehoord en dat hierop adequaat wordt ingespeeld¹⁵.



Jaana Perttunen

Voorzitter van de European Operating Room Nurses Association (EORNA), Finland¹⁵



Patiënten begeleiden tijdens het volledige dagchirurgische traject is een uiterst belangrijke taak voor verpleegkundigen.”



Technologie

Wanneer de juiste zorgpaden en stimulansen aanwezig zijn, vormt technologie een essentiële hefboom voor het verleggen van de grenzen van dagchirurgie.

Robotchirurgie wordt bijvoorbeeld steeds vaker toegepast binnen de dagchirurgie, omdat deze minimaal invasieve ingrepen mogelijk maakt en daardoor de hersteltijd verkort²⁸. In de Verenigde Staten wordt inmiddels meer dan 50% van de robotgeassisteerde radicale prostatectomieën uitgevoerd met ontslag op dezelfde dag, wat leidt tot 20% lagere kosten in vergelijking met een ziekenhuisopname⁸⁶.



David Bunting

Consultant in reconstructieve chirurgie van het bovenste maag-darmkanaal en de buikwand, North Devon District Hospital
Bestuurslid van de International Association of Ambulatory Surgery
Voormalig voorzitter van de British Association of Day Surgery, Verenigd Koninkrijk

“ Dankzij de robottechnologie kunnen we veel ingrepen bij ventrale hernia's uitvoeren die vroeger een verblijf van meerdere nachten vereisten – soms vier tot vijf nachten met drains – en deze nu als dagchirurgie uitvoeren, zonder gebruik van drains.”

Wat het herstel thuis betreft, kunnen digitale gezondheidstoepassingen en tools voor monitoring op afstand bijdragen aan een sneller en veiliger ontslag uit het ziekenhuis. Opvolging via telezorg bij chirurgische patiënten wordt door 80,6% van de patiënten als 'zeer goed' beoordeeld en heeft over een periode van vijf jaar aantoonbare kostenbesparingen van meer dan 1 miljoen dollar opgeleverd. In Australië resulteerde een model voor acute dagchirurgische cholecystectomie met monitoring op afstand in een besparing van 1,7 ziekenhuisdagen per patiënt en 1.416 Australische dollar per ingreep in vergelijking met traditionele zorg met ziekenhuisopname⁸⁷.

“ We zien dat monitoring op afstand steeds vaker thuis wordt ingezet. Platformen voor virtuele ziekenhuisafdelingen werden oorspronkelijk gebruikt binnen de medische spoedzorg op dezelfde dag. Nu worden ze ook toegepast in de postoperatieve fase. Bij bepaalde ingrepen biedt het patiënten die naar huis gaan met monitoring op afstand veel geruststelling, zowel voor de zorgverleners als voor de patiënten zelf.”

Beleids- en financiële hefboomen

Figuur 6

32%

gaf aan dat digitale hulpmiddelen en een lagere administratieve belasting het grootste verschil zouden maken voor de verdere uitbreiding van dagchirurgie.



Bron: Mölnlycke enquête dagchirurgie, Censurwide, 2–22 april 2026.
Basis: alle respondenten (n=256).

Gezien de duidelijke voordelen van dagchirurgie op het gebied van kostenbesparing⁴, het vrijmaken van capaciteit^{19,23}, efficiëntie⁴ en patiënttevredenheid⁹, bestaat er een sterke stimulans om dagchirurgie als standaardoptie te hanteren. De drempels en stimulerende factoren voor de verdere uitbreiding van dagchirurgie zijn veelzijdig. Daarom moet het beleid zorgvuldig worden vormgegeven en rekening houden met mogelijke gezondheidsongelijkheden en aspecten van patiëntveiligheid.

De resultaten van de enquête ondersteunen deze prioritering nadrukkelijk¹⁴. Respondenten noemden een combinatie van klinische innovatie, patiëntenvraag, efficiëntiedruk, veiligheidsoverwegingen en expliciete beleidsdoelstellingen als de belangrijkste drijfveren achter de verschuiving naar dagchirurgie. Dit wijst erop dat de verdere groei van dagchirurgie wordt gedragen door meerdere factoren tegelijk, en niet door één enkele beleidsmaatregel¹⁴.

Een belangrijke stimulans op systeemniveau is het gebruik van internationale vergelijkingen en benchmarking om de verdere toepassing van dagchirurgie te bevorderen. Uit de analyse van 13 OESO-landen⁴ bleek dat alle landen de overgang naar dagchirurgie als een strategische prioriteit beschouwden, maar dat zij verschilden in de mate waarin zij deze prioriteit ondersteunden met regelgeving, hervormingen van de financiering en verantwoordingsmechanismen. Vergelijkende rapportering kan aantonen dat lage percentages dagchirurgie niet onvermijdelijk zijn en dat vooruitgang mogelijk is. Bovendien helpt zij om andere beleidsmaatregelen te onderbouwen door achterblijvende prestaties ten opzichte van vergelijkbare landen zichtbaar te maken. Benchmarking draagt er ook toe bij dat dagchirurgie wordt beschouwd als een meetbare prestatie-indicator, waardoor lokale zorgstelsels worden gestimuleerd om doelstellingen te behalen en aan te tonen dat zij aan de gestelde verwachtingen voldoen.



27% van de respondenten noemde kosten- of budgettaire druk als een belangrijke drijfveer voor de verdere uitbreiding van dagchirurgie¹⁴.



Financiële stimulansen kunnen het zorgstelsel richting geven over waar investeringen en prioriteiten moeten worden gelegd. Een goed voorbeeld hiervan is Hongarije, waar beleidsmakers eerst ongebruikte capaciteit voor ziekenhuisopname hebben verschoven naar dagchirurgie (de zogenaamde 'one day surgery' in het Hongaarse systeem). Aanvankelijk gold in Hongarije een volumelimiet voor dagchirurgie, maar die werd in 2015 afgeschaft. Om de toepassing van dagchirurgie verder te stimuleren, voerde Hongarije in 2017 een verhoging van de vergoeding met 10% in voor deze ingrepen, waardoor de financiële stimulansen beter werden afgestemd op de gewenste resultaten¹⁹. Tussen 2010 en 2019 steeg het aandeel dagchirurgie voor de in aanmerking komende ingrepen in Hongarije van 42% naar 80%, terwijl het aantal ziekenhuisdagen in dezelfde periode met 17% daalde. Zorgstelsels zouden er op zijn minst voor moeten zorgen dat er geen financiële stimulansen bestaan die dagchirurgie ontmoedigen⁴.

Regelgeving en beleid kunnen ook zonder financiële stimulansen succesvol zijn. Zwitserland heeft met succes verplichte substitutieregels ingevoerd om bepaalde ingrepen te verschuiven naar ambulante zorg, zelfs nadat de verhoogde vergoedingen in 2017 waren afgeschaft⁵. Daardoor is dagchirurgie betaalbaarder geworden voor het Zwitserse zorgstelsel, wat de aantrekkelijkheid ervan voor nationale budgetverantwoordelijken heeft vergroot. Tegelijk bleef de vooruitgang op het gebied van dagchirurgie, die eerder via financiële stimulansen was gerealiseerd, behouden. De enquête wijst erop dat beleid vooral effectief is wanneer het wordt gecombineerd met klinische haalbaarheid¹⁴. Verbeteringen in chirurgische technieken en herstelprotocollen (36%) werden het vaakst genoemd als drijvende kracht achter de groei van dagchirurgie, nog vóór louter financiële of regelgevende druk. Dit suggereert dat beleidsmaatregelen en verplichtingen het meest geloofwaardig zijn wanneer zij worden ondersteund door voldoende klinische expertise en praktische uitvoerbaarheid¹⁴.

Het is ook belangrijk om voorzichtig om te gaan met financiële stimulansen, aangezien deze een vrij grof beleidsinstrument kunnen zijn. De ervaringen in Engeland met de English Best Practice Tariff hebben weliswaar geleid tot positieve effecten, doordat bepaalde doelgerichte ingrepen meer werden toegepast en in aantal toenamen. Na verloop van tijd nam dit effect echter af. Bovendien zorgden de tariefprikkelers ervoor dat middelen en investeringen werden verschoven van niet-prioritaire ingrepen binnen de electieve zorg, waardoor de winst op sommige terreinen ten koste ging van andere onderdelen van het zorgaanbod⁸⁸. De resultaten van de enquête ondersteunen deze voorzichtigheid. Respondenten beschouwden financiële druk op zichzelf niet als voldoende om de groei van dagchirurgie te stimuleren. Zij noemden patiëntenvoorlichting, speciaal ontworpen faciliteiten, digitale hulpmiddelen en het herontwerpen van zorgpaden als de meest praktische interventies voor verdere uitbreiding¹⁴.

Ook ervaringen uit Ierland tonen aan waarom financiële stimulansen hand in hand moeten gaan met operationele veranderingen, een herontwerp van de zorg en beschermde capaciteit. In Ierland leidde noch activiteitengebaseerde financiering, noch een gerichte financiële stimulans voor laparoscopische cholecystectomie als dagchirurgie tot een meetbare stijging van het aandeel dagchirurgie of een kortere gemiddelde verblijfsduur⁸⁹. Het Ierse voorbeeld laat zien dat financiële hervormingen kunnen mislukken wanneer de stimulansen te beperkt zijn in verhouding tot de operationele inspanningen die nodig zijn om de gewenste verandering te realiseren. Ziekenhuizen kunnen het signaal dan eenvoudig absorberen zonder hun zorgprocessen

daadwerkelijk te herontwerpen. Beleidsprikkels werken alleen wanneer zij zorginstellingen ertoe aanzetten dagchirurgie tot een managementprioriteit te maken.

Een andere krachtige beleidsoptie is een gerichte inspanning om specifieke, beschermde of gereserveerde capaciteit voor dagchirurgie te creëren. Uit de onderzochte literatuur blijkt herhaaldelijk dat zorgdiensten die op dezelfde locatie worden aangeboden de grens tussen zorg met ziekenhuisopname en dagchirurgie doen vervagen, waardoor het risico ontstaat dat chirurgische ingrepen standaard met ziekenhuisopname worden uitgevoerd. De gouden standaard voor het beschermen van dagchirurgische zorg bestaat uit speciaal voor dat doel ontworpen faciliteiten, maar beleidsmakers en ziekenhuismanagers kunnen ook andere manieren overwegen om capaciteit en middelen voor dagchirurgie te beschermen.



David Bunting

Consultant in reconstructieve chirurgie van het bovenste maag-darmkanaal en de buikwand, North Devon District Hospital
Bestuurslid van de International Association of Ambulatory Surgery
Voormalig voorzitter van de British Association of Day Surgery, Verenigd Koninkrijk

“ Een van de belangrijkste maatregelen is het voorzien van gereserveerde bedden voor dagchirurgie die beschermd zijn tegen ongeplande medische en chirurgische opnames.”

Beleidsmaatregelen om het aandeel dagchirurgie te vergroten, moeten daarom uitgaan van een holistische benadering. Daarbij moeten de contextuele belemmeringen en bevorderende factoren binnen het zorgstelsel in kaart worden gebracht en moet worden gestreefd naar een duidelijk afgebakend en gestandaardiseerd zorgpad voor dagchirurgie. Er zijn verschillende manieren om dit te bereiken, variërend van regelgeving en financiële stimulansen tot verantwoordingsmechanismen. Al deze instrumenten moeten echter zorgvuldig worden geëvalueerd om ongewenste stimulansen en onbedoelde neveneffecten te voorkomen. De resultaten van de enquête ondersteunen deze evenwichtige conclusie. Respondenten beschreven de verschuiving naar dagchirurgie als een ontwikkeling die gelijktijdig wordt aangedreven door innovatie, patiëntverwachtingen, budgettaire druk, wachtlijstproblematiek en expliciete beleidsdoelstellingen¹⁴. De meest succesvolle beleidsmodellen zijn daarom waarschijnlijk modellen die deze verschillende drijfveren met elkaar in overeenstemming brengen, in plaats van te vertrouwen op één afzonderlijke maatregel.

Het is eveneens van cruciaal belang aandacht te besteden aan klinische best practices door individuele pioniers te identificeren, hun aanpak breder toe te passen en van hun ervaringen te leren. De overgang naar een groter aandeel dagchirurgie wordt zowel gestuurd door beleid als door cultuurverandering – beide aspecten verdienen evenveel aandacht.

Aanbevelingen voor het beleid



Dr. Shaan Chhabra

Hoofd Transformatie en
Procesverbetering bij het Newham
Hospital, Barts Health NHS Trust,
Verenigd Koninkrijk¹⁵

“ Er zijn twee belangrijke uitdagingen verbonden aan de opkomst van dagchirurgie in het Verenigd Koninkrijk: variatie en planning. Voor sommige types ingrepen realiseren Integrated Care Boards (ICB's) dagchirurgiepercentages tot 95%, terwijl andere – soms zelfs binnen dezelfde regio – slechts 60% behalen. Ongeveer 20% van de dagchirurgische ingrepen binnen de NHS wordt geannuleerd, hetzij tijdens de preoperatieve fase, hetzij binnen 24 uur vóór de ingreep. Dit maakt een efficiënte planning en organisatie van de zorg bijzonder moeilijk.

Een recent project waaraan ik heb meegewerkt om de complicatiecijfers terug te dringen, leverde enkele bijzonder interessante inzichten op. We stelden vast dat factoren zoals een gebrek aan een duidelijke teamidentiteit en -doelstelling, een laattijdige instroom van patiënten door niet-gestroomlijnde processen, een te sterke afhankelijkheid van het ziekenhuis – wat leidde tot concurrentie om bedden capaciteit – en een beperkte gegevensuitwisseling allemaal bijdroegen aan een minder goed inzicht in hoe verbeteringen konden worden gerealiseerd. Voor mij toonde dit aan dat we succes kunnen boeken wanneer teams de ruimte krijgen om zich doelgericht te organiseren rond dagchirurgie.”

Deze aanbevelingen werden besproken en verder verfijnd binnen de adviesraad voor dagchirurgie¹⁵² en vervolgens nog onderworpen aan een bijkomende beoordelingsronde.



De veiligheid van de patiënt staat voorop

Dagchirurgie is een essentieel instrument om wachtlijsten voor electieve ingrepen terug te dringen, de efficiëntie en doorstroming binnen ziekenhuizen te verbeteren en de beschikbare bedcapaciteit te vrijwaren. Dagchirurgie is echter alleen aangewezen wanneer dit veilig is voor de patiënt. Alle maatregelen die gericht zijn op het vergroten van het aandeel dagchirurgie moeten daarom worden geëvalueerd op mogelijke ongewenste effecten die de patiëntveiligheid kunnen ondermijnen, en waar nodig worden bijgestuurd. Dagchirurgie moet altijd een meerwaarde bieden voor de patiënt.

De patiëntveiligheid moet over het volledige dagchirurgische zorgpad worden gewaarborgd, met name bij de selectie van patiënten, de preoperatieve planning en de voorbereiding van het herstel thuis. Patiënten moeten een vaste zorgprofessional kunnen contacteren in geval van postoperatieve complicaties en moeten weten wat een normaal herstel inhoudt. Er moeten duidelijke escalatieroutes aanwezig zijn.

Zorgprofessionals moeten zich richten op de belangrijkste oorzaken van heropnames en daarbij bijzondere aandacht besteden aan pijnbestrijding, postoperatieve misselijkheid en braken en wondinfecties (ook na minimaal invasieve ingrepen).



Bjarne Skjødt Hjaltalin

Hoofddarts op de afdeling
Dagchirurgie van het Amager en
Hvidovre Ziekenhuis, Denemarken⁵⁶



Maak van dagchirurgie de standaardoptie wanneer dit klinisch verantwoord is

“Dagchirurgie moet de standaardaanpak zijn, en artsen moeten motiveren waarom zij daarvan willen afwijken.”

Zorgstelsels moeten ernaar streven dagchirurgie de standaard te maken voor ingrepen waarvoor de veiligheid goed is aangetoond en die klinisch geschikt zijn, evenals voor patiënten die zowel fysiek als sociaal in staat zijn de ingreep als dagchirurgie te ondergaan. Dit kan op verschillende manieren worden bereikt, onder meer door beschermde of gereserveerde capaciteit, speciaal ontworpen faciliteiten, duidelijke operationele verwachtingen, verantwoordingsmechanismen en financiële stimulansen. De keuzevrijheid van de patiënt moet daarbij behouden blijven, en patiënttevredenheid en aanvaarding van dagchirurgie moeten worden opgevolgd als belangrijke indicatoren voor succes.

Volg een driestappenaanpak om het aandeel dagchirurgie verder uit te breiden

1. Maak van dagchirurgie de standaard voor veelvoorkomende ingrepen met een lage complexiteit, wanneer dit klinisch verantwoord is
2. Verminder de variatie in de uitvoering van ingrepen met een gunstig veiligheids- en haalbaarheidsprofiel, maar waarvan de toepassing lokaal sterk verschilt
3. Verleg de grenzen van dagchirurgie door nieuwe ingrepen en patiëntengroepen te identificeren die in aanmerking kunnen komen voor dagchirurgie

Richt de beleidsaandacht op het ontwikkelen van betrouwbare zorgpaden

Dagchirurgie moet beschikken over zorgpaden die duidelijk onderscheiden kunnen worden van die voor chirurgie met ziekenhuisopname en vanaf de basis worden ontworpen met de specifieke kenmerken van dagchirurgie voor ogen. Vanuit het oogpunt van patiëntveiligheid moet bijzondere aandacht uitgaan naar patiëntselectie, preoperatieve planning en communicatie. Hoewel standaardisatie belangrijk is, moeten nieuwe toepassingsgebieden binnen de dagchirurgie hun eigen zorgpaden ontwikkelen die rekening houden met hun specifieke kenmerken.

Zorgstelsels moeten ook rekening houden met de wisselwerking tussen chirurgische centra, eerstelijnszorg en sociale diensten, en het zorgpad voor dagchirurgie zien als een traject dat verder reikt dan het ziekenhuis of de kliniek.



Als zorgprofessional die tijdens de perioperatieve periode het meeste rechtstreeks contact heeft met patiënten, moeten verpleegkundigen voldoende tijd en ruimte krijgen om te investeren in communicatie en interactie met patiënten.

Standaardiseer zorgpaden met behoud van flexibiliteit

Omarm een flexibele vorm van standaardisatie binnen zorgpaden. Zorg ervoor dat processen voldoende worden gestandaardiseerd om duidelijke verantwoordelijkheden, repetitieve werkwijzen, efficiëntie en vertrouwdsheid bij medewerkers te bevorderen, terwijl tegelijk de nodige flexibiliteit behouden blijft om rekening te houden met verschillen tussen ingrepen en zorgcontexten. Innovaties zoals op maat samengestelde proceduretrays kunnen bijdragen aan deze vorm van flexibele standaardisatie voor verschillende types ingrepen.

Bescherm de capaciteit voor electieve zorg door capaciteit en middelen voor dagchirurgie te reserveren en gespecialiseerde faciliteiten uit te bouwen

Voorkom dat standaard wordt gekozen voor een ziekenhuisopname door capaciteit voor dagchirurgie te reserveren of op een andere manier te beschermen, en zorg er tegelijkertijd altijd voor dat patiënten die dat werkelijk nodig hebben toegang hebben tot intensievere zorg.

Integreer gelijkheid vanaf het ontwerp

Zorgstelsels dienen lokaal relevante gezondheidsongelijkheden in kaart te brengen en de evolutie ervan nauwgezet op te volgen. De ongelijkheden mogen er niet toe leiden dat patiënten worden uitgesloten van dagchirurgie. In plaats daarvan moeten zorgstelsels maatregelen nemen om ook kwetsbare patiënten veilige toegang tot dagchirurgie te bieden. Daarbij moet zorgvuldig rekening worden gehouden met de thuissituatie waarin patiënten herstellen, en moeten passende eerstelijns- en sociale diensten worden betrokken om het herstel te ondersteunen van patiënten die niet kunnen rekenen op een sterk familiaal of sociaal ondersteuningsnetwerk.

Patiënten moeten vanuit een holistische benadering worden beoordeeld, waarbij hun sociale omstandigheden even zwaar doorwegen als hun klinische kenmerken.

Communiceer met patiënten op een eenvoudige en begrijpelijke manier

Zorgstelsels moeten ervoor zorgen dat communicatie met patiënten een prioriteit krijgt bij de planning van zorgpaden. Patiënten moeten informatie ontvangen in zo eenvoudig mogelijke bewoordingen, zonder medisch jargon, en indien nodig met ondersteuning van een tolk. Belangrijke informatie moet worden verstrekt op een moment waarop patiënten deze het best kunnen onthouden, en zij moeten voldoende tijd krijgen om vragen te stellen. Patiënten moeten alle relevante informatie zowel schriftelijk als mondeling ontvangen. Na de ingreep moet routinematige opvolging plaatsvinden, zodat patiënten de mogelijkheid hebben om vragen te stellen of bezorgdheden te uiten.

Zorgprofessionals moeten ernaar streven voldoende tijd te nemen voor patiënten en met empathie en aandacht naar hen te luisteren, in het besef dat een chirurgische ingreep patiënten in een bijzonder kwetsbare positie brengt. Patiënten moeten een duidelijk beeld hebben van wat dagchirurgie inhoudt en welke gevolgen dit heeft voor het herstel thuis. Daarnaast moeten zij de mogelijkheid krijgen om geïnformeerde toestemming te geven.

Conclusie

Dagchirurgie biedt aanzienlijke mogelijkheden om de patiëntervaring binnen zorgstelsels te verbeteren, terwijl tegelijkertijd kosten worden bespaard en capaciteit vrijkomt voor electieve ingrepen waarvoor een ziekenhuisopname met overnachting daadwerkelijk noodzakelijk is. Wereldwijd bestaan er echter nog steeds grote verschillen in het aandeel dagchirurgie, en in sommige situaties verloopt de invoering ervan traag, zelfs wanneer dagchirurgie als een strategische prioriteit wordt beschouwd. Dit rapport pleit voor een brede aanpak om het aandeel dagchirurgie verder te vergroten, met een eerste focus op veelvoorkomende ingrepen met een lage complexiteit. Daarnaast moet de reikwijdte van dagchirurgie worden uitgebreid door gestandaardiseerde protocollen en zorgpaden te ontwikkelen en diverse beleidsinstrumenten in te zetten om de verschuiving naar dagchirurgie te stimuleren.

Referenties

1. Siciliani L. Waiting times for health services, health, and labour market outcomes. *Eur J Public Health* [Internet]. 2026 Mar 1;36(Supplement_2). Beschikbaar via: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41329126/>
2. Turney BW, Cornu JN, Schatteman P, et al. Evolution of the Endoscopic Surgical Approach for Benign Prostatic Obstruction in European Countries. *Eur Urol Focus* [Internet]. 2025 Apr;11(5). Beschikbaar via: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40189998/>
3. Rieder L, Schoder J. Strategies for Successful Hospital-Based Outpatient Care: Insights from Switzerland and Germany. *Hospitals (Lond)* [Internet]. 2025 Jun;2(2). Beschikbaar via: <https://www.mdpi.com/2813-4524/2/2/13>
4. Kreutzberg A, Eckhardt H, Milstein R, et al. International Strategies, Experiences, and Payment Models to Incentivise Day Surgery. *Health Policy (New York)*. 2023 Dec;140:104968.
5. Baumann A, Wyss K. The Shift from Inpatient Care to Outpatient Care in Switzerland Since 2017: Policy Processes and the Role of Evidence. *Health Policy (New York)* [Internet]. 2021 Jan;125(4). Beschikbaar via: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33579560/>
6. Glowka L, Tanella A, Hyman J. Quality Indicators and Outcomes in Ambulatory Surgery. *Curr Opin Anaesthesiol* [Internet]. 2023 Aug;36:624–9. Beschikbaar via: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37871296/>
7. Rodriguez L, Bloomstone J. Benchmarking Outcomes for Day Surgery. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol* [Internet]. 2023 Mar;37 3:331–42. Beschikbaar via: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37938080/>
8. Brügger B, Bähler C, Schwenkglens M, et al. Surgical Procedures in Inpatient Versus Outpatient Settings and Its Potential Impact on Follow-up Costs. *Health Policy (New York)* [Internet]. 2021 Jul;125(10). Beschikbaar via: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34348846/>
9. Sig JR, Nielsen C, Bille Camilla and Thomsen JB, et al. Patients' Experiences of Day Surgery: A Qualitative Systematic Review. *J Adv Nurs* [Internet]. 2025 Mar;82(1):247–71. Beschikbaar via: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40159718/>
10. Brick A, Walsh B, Kakoulidou T, et al. Variation in Day Surgery Rates Across Irish Public Hospitals. *Health Policy (New York)* [Internet]. 2024 Nov;152:105215. Beschikbaar via: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39837055/>
11. Messerle R, Hoogestraat F, Wild EM. Which Factors Influence the Decision of Hospitals to Provide Procedures on an Outpatient Basis? -Mixed-methods Evidence from Germany. *Health Policy (New York)* [Internet]. 2024 Oct;150:105193. Beschikbaar via: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39488029/>
12. Guillaumes S, Hidalgo N, Bachero I, et al. Outpatient Inguinal Hernia Repair in Spain: A Population-Based Study of 1,163,039 Patients—Clinical and Socioeconomic Factors Associated with the Choice of Day Surgery. *Updates Surg* [Internet]. 2022 Oct;75(1):65–75. Beschikbaar via: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36287386/>
13. French J, Deere K, Sayers A, et al. Day case hip and knee replacement in England: a population-based cohort study using linked National Joint Registry and Hospital Episode Statistics data. *BMC Med* [Internet]. 2025;23(1). Beschikbaar via: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41088192/>
14. Censused. Enquête onder klinici en ziekenhuismanagers betrokken bij dagchirurgie (n=256). De dataverzameling vond plaats tussen 2 en 22 april 2026.
15. Mölnlycke Healthcare. Adviesraad voor dagchirurgie, 7 mei 2026. Data on file. 2026.
16. Zhang C, Shariq O, Bews K, et al. Outpatient Surgery Benchmarks and Practice Variation Patterns: Case Controlled Study. *Int J Surg* [Internet]. 2024 Mar;110(10):6297–305. Beschikbaar via: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38526509/>
17. Morales-García D, García MZ, Lanza JCC, et al. DUCMA 2.0 Project: Update on the Current Situation of the Outpatient Surgery Units in Spain. *Cir Esp* [Internet]. 2024 Jan;102(3). Beschikbaar via: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38224773/>
18. Berlin NL, Brownlee S, Yu E, et al. Growth of Ambulatory Surgery Centers More Likely in Higher-Resourced Counties with Lower Deprivation, 2014–2021. *Health Affairs Scholar* [Internet]. 2025 Oct;3(11). Beschikbaar via: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12596691/>
19. Pónusz R, Endrei D, Kovács D, et al. The Development of One-Day Surgical Care in Hungary Between 2010 and 2019. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2022 Jun;22. Beschikbaar via: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9210767/>
20. International Association for Ambulatory Surgery. Day Surgery Handbook [Internet]. 2014. Beschikbaar via: https://www.oegari.at/web_files/dateiarchiv/editor/day_surgery_manualLiaas.pdf
21. Hirsi AA, Danielsen O, Varnum C, et al. Day-case hip and knee arthroplasty does not increase healthcare system contacts: a prospective multicenter study in a public healthcare setting. *Acta Orthop* [Internet]. 2025;96:265–71. Beschikbaar via: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40099463/>
22. Mölnlycke Healthcare. Interview met Mr. David Bunting. 1 april 2026. Data on file.

23. Royal College of Surgeons in Ireland. Model of Care for Elective Surgery [Internet]. 2014. Beschikbaar via: <https://www.rcsi.com/surgery/practice/publications-and-guidelines>
24. Ayyaz F, Joyner J, Cheetham M, et al. Association of Day-Case Rates with Post COVID-19 Recovery of Elective Laparoscopic Cholecystectomy Activity Across England. *Ann R Coll Surg Engl* [Internet]. 2024 Apr;107(1):54–60. Beschikbaar via: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38563060/>
25. Wainwright T. The Current Status of Daycase Hip and Knee Arthroplasty Within the English National Health Service: A Retrospective Analysis of Hospital Episode Statistics Data. *Ann R Coll Surg Engl* [Internet]. 2021 Mar;103(5). Beschikbaar via: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33739152/>
26. Danielsen O, Jensen CB, Varnum C, et al. Day-case success or why still in hospital after total hip, total knee, and medial unicompartmental knee arthroplasties? *Bone Jt Open* [Internet]. 2024;5(11):977–83. Beschikbaar via: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39496281/>
27. French J, Deere K, Sayers A, et al. Trends in hip and knee replacement length of stay and patient demographics in England: a population-based study of 1,455,842 primary procedures. *BMC Med* [Internet]. 2025;23(1). Beschikbaar via: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41088116/>
28. Ricciardi R, Seshadri-Kreaden U, Yankovsky A, et al. The COMPARE Study: Comparing Perioperative Outcomes of Oncologic Minimally Invasive Laparoscopic, da Vinci Robotic, and Open Procedures: A Systematic Review and Meta-analysis of the Evidence. *Ann Surg* [Internet]. 2025 May 1;281(5):748–63. Beschikbaar via: https://journals.lww.com/annalsurgery/fulltext/2025/05000/the_compare_study_comparing_perioperative.8.aspx
29. Danielsen O, Varnum C, Jensen CB, et al. Implementation of Outpatient Hip and Knee Arthroplasty in a Multicenter Public Healthcare Setting. *Acta Orthop* [Internet]. 2024 May;95:219–24. Beschikbaar via: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38715473/>
30. Wada S, Miyake M, Hata M, et al. Annual Trends of Ophthalmic Surgeries in Japan's Super-Aged Society, 2014–2020: A National Claims Database Study. *Sci Rep* [Internet]. 2023 Dec;13(1). Beschikbaar via: <https://www.nature.com/articles/s41598-023-49705-x>
31. Kabata Y. Trends in Ophthalmic Surgery Among Older Patients in Japan (Fiscal Years 2018 to 2022): A National Claims Database Study on Surgical Shifts and the COVID-19 Pandemic's Impact. *Cureus* [Internet]. 2025 Jun;17(6). Beschikbaar via: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40656271/>
32. Dey S, Gadde R, Sobti A, et al. The safety and efficacy of day-case total joint arthroplasty. *Ann R Coll Surg Engl* [Internet]. 2021;103(9). Beschikbaar via: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10335200/>
33. Hoffmann JD, Kusnezov NA, Dunn JC, et al. The Shift to Same-Day Outpatient Joint Arthroplasty: A Systematic Review. *J Arthroplasty* [Internet]. 2018 Apr 1;33(4):1265–74. Beschikbaar via: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29224990/>
34. Rohi A, Olofsson M, Jakobsson J. Ambulatory Anesthesia and Discharge: An Update Around Guidelines and Trends. *Curr Opin Anaesthesiol* [Internet]. 2022 Oct;35(6):691–7. Beschikbaar via: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36194149/>
35. Rajan N, Rosero E, Joshi G. Patient Selection for Adult Ambulatory Surgery: A Narrative Review. *Anesth Analg* [Internet]. 2021 Nov;133(6):1415–30. Beschikbaar via: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34784328/>
36. Young SM, Osman B, Shapiro F. Safety considerations with the current ambulatory trends: more complicated procedures and more complicated patients. *Korean J Anesthesiol* [Internet]. 2023;76(5):400–12. Beschikbaar via: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36912006/>
37. Courtney PM, Boniello AJ, Berger RA. Complications Following Outpatient Total Joint Arthroplasty: An Analysis of a National Database. *J Arthroplasty* [Internet]. 2017 May 1;32(5):1426–30. Beschikbaar via: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28034481/>
38. Filipovic MG, Schwenter A, Luedi M, et al. Modern preoperative evaluation in ambulatory surgery – who, where and how? *Curr Opin Anaesthesiol* [Internet]. 2022;35:661–6. Beschikbaar via: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36194141/>
39. Hodgson JAB, Cyr KL, Sweitzer B. Patient Selection in Ambulatory Surgery. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol* [Internet]. 2023 Jan;37(3):357–72. Beschikbaar via: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37938082/>
40. Bongiovanni T, Parzynski C, Ranasinghe I, et al. Unplanned hospital visits after ambulatory surgical care. *PLoS One* [Internet]. 2021;16(7). Beschikbaar via: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34283840/>
41. Alharthi AA, Mohammed A, Jamil M, et al. Evaluation of Risk Factors for Unanticipated Hospital Admission Following Ambulatory Surgery – An Observational Study. *Saudi J Anaesth* [Internet]. 2022 Sep;16(4):419–22. Beschikbaar via: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36337418/>
42. Ceban F, Yan E, Pivetta B, et al. Perioperative Adverse Events in Adult Patients with Obstructive Sleep Apnea Undergoing Ambulatory Surgery: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Anesth* [Internet]. 2024 May;96:111464. Beschikbaar via: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38718686/>
43. Joshi G. Enhanced Recovery Pathways for Ambulatory Surgery. *Curr Opin Anaesthesiol* [Internet]. 2020 Sep;33(6):711–7. Beschikbaar via: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33002957/>
44. Cukierman D, Cata J, Gan TJ. Enhanced Recovery Protocols for Ambulatory Surgery. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol* [Internet]. 2023 Apr;37(3):285–303. Beschikbaar via: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37938077/>
45. Afonso A, McCormick P, Assel M, et al. Enhanced Recovery Programs in an Ambulatory Surgical Oncology Center. *Anesth Analg* [Internet]. 2021 Nov;133(6):1391–401. Beschikbaar via: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34784326/>

46. Emery SL, Jeannot E, Dallenbach P, et al. Minimally Invasive Outpatient Hysterectomy for a Benign Indication: A Systematic Review. *J Gynecol Obstet Hum Reprod* [Internet]. 2024 May;53(8):102804. Beschikbaar via: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38797369/>
47. Fang L, Wang Q, Xu Y. Postoperative Discharge Scoring Criteria After Outpatient Anesthesia: A Review of the Literature. *J Perianesth Nurs* [Internet]. 2023 Jan;38(4). Beschikbaar via: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36670045/>
48. Philteos J, Baran E, Noel CW, et al. Feasibility and Safety of Outpatient Thyroidectomy: A Narrative Scoping Review. *Front Endocrinol (Lausanne)* [Internet]. 2021;12. Beschikbaar via: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34394008/>
49. Shah S, Qureshi F, Stanley S, et al. Unplanned Hospital Admissions Within 24 h After 53,185 Surgical Procedures at a U.S. Ambulatory Surgery Center. *Perioperative Medicine* [Internet]. 2024 Aug;13(1). Beschikbaar via: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39138487/>
50. Sun W, Wu F, Du Y, et al. Construction of the whole-process nursing service system for day surgery patient based on the Kano model: A pilot cluster randomized controlled trial. *Digit Health* [Internet]. 2024;10. Beschikbaar via: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39372810/>
51. McGillion M, Parlow J, Borges F, et al. Post-Discharge After Surgery Virtual Care with Remote Automated Monitoring-1 (PVC-RAM-1) Technology Versus Standard Care: Randomised Controlled Trial. *The BMJ* [Internet]. 2021 Sep;374(30). Beschikbaar via: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34593374/>
52. Simon B, Assel M, Tin A, et al. Association Between Electronic Patient Symptom Reporting With Alerts and Potentially Avoidable Urgent Care Visits After Ambulatory Cancer Surgery. *JAMA Surg* [Internet]. 2021 Jun;156(8). Beschikbaar via: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34076691/>
53. Pinto J, Matias A, Sá L, et al. Quality Indicators in Ambulatory Care Surgery: A Scoping Review. *Nurs Econ* [Internet]. 2022;40(5). Beschikbaar via: <https://www.proquest.com/openview/8bef025f13ceedcd7278991ba3a6a6/1?pq-origsite=gscholar&cbl=30765>
54. Alder CC, Bronsert MR, Meguid R, and Stuart CM, et al. Preoperative Risk Factors and Postoperative Complications Associated with Mortality After Outpatient Surgery in a Broad Surgical Population: An Analysis of 2.8 Million ACS-NSQIP Patients. *Surgery* [Internet]. 2023 Jun;174(3). Beschikbaar via: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37290998/>
55. GIRFT. Day Case First: National Day Surgery Delivery Pack [Internet]. 2024. Beschikbaar via: <https://www.gettingitrightfirsttime.co.uk/wp-content/uploads/2024/09/National-Day-Surgery-Delivery-Pack-V2.0-September-2024.pdf>
56. Mölnlycke Healthcare. Interview met Mr. Bjarne Skjødt Hjältalin. 30 april 2026. Data on file.
57. Thoen CW, Sæle M, Strandberg RB, et al. Patients' experiences of day surgery and recovery: A meta-ethnography. *Nurs Open* [Internet]. 2024 Jan 1;11(1):e2055. Beschikbaar via: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/nop2.2055>
58. Larsson F, Strömbäck U, Rysst Gustafsson S, et al. Postoperative Recovery: Experiences of Patients Who Have Undergone Orthopedic Day Surgery. *Journal of Perianesthesia Nursing* [Internet]. 2022 Aug 1;37(4):515–20. Beschikbaar via: <https://www.jopan.org/action/showFullText?pii=S1089947221003610>
59. Rajan N. The high-risk patient for ambulatory surgery. *Curr Opin Anaesthesiol* [Internet]. 2020;33(6):724–31. Beschikbaar via: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33093300/>
60. Owens PL, Barrett ML, Raetzman S, et al. Surgical Site Infections Following Ambulatory Surgery Procedures. *JAMA* [Internet]. 2014 Feb 19;311(7):709–16. Beschikbaar via: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1829988>
61. Linsenmeyer K, Branch-Elliman W, Kalver E, et al. Surgical Site Infections in Outpatient Surgeries: Less Invasive Procedures Contribute Substantially to the Overall Burden. *Infect Control Hosp Epidemiol* [Internet]. 2019 Oct 1;40(10):1191. Beschikbaar via: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7328464/>
62. Tsai TC, Brownlee S, Dai D, et al. Disparities in Access to Outpatient Surgery Related to Removal of Procedures From Medicare's Inpatient-only List. *Ann Surg* [Internet]. 2024 Apr;281(5):779–86. Beschikbaar via: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38660795/>
63. Chen AT, Saynisch PA, Song H, et al. Inpatient to Outpatient Shifts in Surgical Care: Persistence of COVID-19 Era Changes and Socioeconomic Variations. *Medical Care Research and Review* [Internet]. 2025 Dec;83(2):156–64. Beschikbaar via: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/10775587251396718>
64. Theiss LM, Wood L, Shao C, et al. Disparities in Perioperative Use of Patient Engagement Technologies - Not All Use is Equal. *Ann Surg* [Internet]. 2023 Jan 1;277(1):E218–25. Beschikbaar via: https://journals.lww.com/annalsofsurgery/fulltext/2023/01000/disparities_in_perioperative_use_of_patient.57.aspx
65. Janeway MG, Sanchez SE, Chen Q, et al. Association of Race, Health Insurance Status, and Household Income With Location and Outcomes of Ambulatory Surgery Among Adult Patients in 2 US States. *JAMA Surg* [Internet]. 2020 Dec 1;155(12):1123–31. Beschikbaar via: <https://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/fullarticle/2770165>
66. Rajala M, Kääriäinen M, Tanhua A, et al. Patients' Perspectives on Postoperative FollowUp Calls in Day Surgery: A Qualitative Study. *Scand J Caring Sci* [Internet]. 2025 Sep 1;39(3):e70077. Beschikbaar via: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12209737/>
67. Joo H, Fernández A, Wick EC, et al. Association of Language Barriers With Perioperative and Surgical Outcomes: A Systematic Review. *JAMA Netw Open* [Internet]. 2023 Jul 3;6(7):e2322743–e2322743. Beschikbaar via: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2807136>

Referenties

68. Luan-Erfe BM, Erfe JM, Decaria B, et al. Limited English Proficiency and Perioperative Patient-Centered Outcomes: A Systematic Review. *Anesth Analg* [Internet]. 2023 Jun 1;136(6):1096–106. Beschikbaar via: https://journals.lww.com/anesthesia-analgesia/fulltext/2023/06000/limited_english_proficiency_and_perioperative.13.aspx
69. Dai X, Ryan MA, Clements AC, et al. The Effect of Language Barriers at Discharge on Pediatric Adenotonsillectomy Outcomes and Healthcare Contact. *Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology* [Internet]. 2021 Jul 1;130(7):833–9. Beschikbaar via: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0003489420980176>
70. Wu C, Lin K, Fan Q, et al. The effect of health literacy on early postoperative recovery of patients undergoing outpatient surgery. *Technology and Health Care* [Internet]. 2024 Mar 14;32(2):1091–7. Beschikbaar via: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38073342/>
71. Maria J, Wångdahl J, Karuna D. Health literacy friendly organizations – A scoping review about promoting health literacy in a surgical setting. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2024 Aug 1;125:108291. Beschikbaar via: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399124001587>
72. Clarke G. Surgical hubs: key to tackling hospital waiting lists? [Internet]. 2024. Beschikbaar via: <https://www.health.org.uk/features-and-opinion/blogs/surgical-hubs-key-to-tackling-hospital-waiting-lists>
73. Jain S, Rosenbaum PR, Reiter JG, et al. Assessing the Ambulatory Surgery Center Volume-Outcome Association. *JAMA Surg* [Internet]. 2024 Apr 1;159(4):397–403. Beschikbaar via: <https://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/fullarticle/2814240>
74. Pace D, Hounsell C, Boone D. Ambulatory surgery centres: a potential solution to a chronic problem. *Canadian Journal of Surgery* [Internet]. 2023 Mar 17;66(2):E111. Beschikbaar via: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9998099/>
75. Mölnlycke Healthcare. Interview met Professor Tim Briggs. 23 april 2026. Data on file.
76. Muramatsu N, Liang J. Hospital length of stay in the United States and Japan: a case study of myocardial infarction patients. *Int J Health Serv* [Internet]. 1999;29(1):189–209. Beschikbaar via: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10079404/>
77. Kessels RPC. Patients' memory for medical information. *J R Soc Med* [Internet]. 2003 May 1;96(5):219. Beschikbaar via: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC539473/>
78. Mölnlycke Healthcare. Interview met Professor Karine Nouette-Gaulain. 10 april 2026. Data on file.
79. National Institute for Health and Care Excellence. Surgical site infections: prevention and treatment. NICE Guidance [Internet]. 2019; Beschikbaar via: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng125>
80. WHO. Global guidelines for the prevention of surgical site infection [Internet]. 2018. Beschikbaar via: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550475>
81. Berriós-Torres SI, Umscheid CA, Bratzler DW, et al. Centers for Disease Control and Prevention Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection, 2017. *JAMA Surg* [Internet]. 2017 Aug 1;152(8):784–91. Beschikbaar via: <https://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/fullarticle/2623725>
82. Brown EG, Burgess D, Li CS, et al. Hospital readmissions: necessary evil or preventable target for quality improvement. *Ann Surg* [Internet]. 2014;260(4):583–91. Beschikbaar via: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25203874/>
83. Gan TJ, Belani KG, Bergese S, et al. Fourth Consensus Guidelines for the Management of Postoperative Nausea and Vomiting. *Anesth Analg* [Internet]. 2020 Aug 1;131(2):411–48. Beschikbaar via: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32467512/>
84. Apfelbaum JL, Silverstein JH, Chung FF, et al. Practice guidelines for postanesthetic care: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Postanesthetic Care. *Anesthesiology* [Internet]. 2013 Feb;118(2):291–307. Beschikbaar via: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23364567/>
85. Centre for Perioperative Care & GIRFT. National Day Surgery Delivery Pack [Internet]. 2020. Beschikbaar via: https://www.cpoc.org.uk/sites/cpoc/files/documents/2020-09/National%20Day%20Surgery%20Delivery%20Pack_Sept2020_final.pdf
86. Kumar N, Miocinovic R, Beris TD, et al. Comparison of same-day discharge robotic-assisted radical prostatectomy in an ambulatory surgery center versus hospital setting. *J Robot Surg* [Internet]. 2026 Dec 1;20(1):48-. Beschikbaar via: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11701-025-03014-9>
87. Kuwornu JP, Brain D, Ng KS, et al. Cost-Effectiveness of Day Surgery With Remote Patient Monitoring for Acute Cholecystitis: Economic Modeling Study. *JMIR Perioper Med* 2025;8:e76807 <https://periop.jmir.org/2025/1/e76807> [Internet]. 2025 Oct 20;8(1):e76807. Beschikbaar via: <https://periop.jmir.org/2025/1/e76807>
88. Britteon P, Kristensen S, Lau YS, et al. Spillover Effects of Financial Incentives for Providers onto Non-Targeted Patients: Daycase Surgery in English Hospitals. *Health Econ Policy Law* [Internet]. 2023 May;18(3):1–16. Beschikbaar via: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37190849/>
89. Valentelyte G, Keegan C, Sørensen J. Hospital Response to Activity-Based Funding and Price Incentives: Evidence from Ireland. *Health Policy (New York)* [Internet]. 2023 Sep;137:104915. Beschikbaar via: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37741112/>

Bijlagen

Enquêtevragen

V1

Hoe vaak komt elk van de volgende situaties voor in uw dagelijkse praktijk?

	Altijd	Vaak	Soms	Af en toe	Nooit	Ik weet het niet/ niet van toepassing	Zeg ik liever niet
Ingrepen die veilig als dagchirurgie zouden kunnen worden uitgevoerd, worden in plaats daarvan verricht met een ziekenhuisopname	7%	22%	30%	32%	8%	1%	1%
De druk om het aantal dagchirurgische ingrepen te verhogen heeft een negatieve invloed op beslissingen over patiëntselectie	7%	22%	30%	28%	12%	1%	0%
Patiënten worden na een dagchirurgische ingreep ontslagen terwijl ik niet zeker ben dat zij klaar zijn voor ontslag	9%	16%	24%	32%	18%	1%	0%
Patiënten worden na een dagchirurgische ingreep ontslagen zonder voldoende ondersteuning voor hun herstel thuis	4%	19%	28%	27%	22%	0%	0%
Patiënten die geschikt zijn voor dagchirurgie ondervinden vertraging door onvoldoende OK-capaciteit	7%	25%	33%	24%	10%	1%	0%

N: Chirurgen, anesthesisten, OK-verpleegkundigen (148)

	Altijd	Vaak	Soms	Af en toe	Nooit	Ik weet het niet/ niet van toepassing	Zeg ik liever niet
De geplande uitbreiding van dagchirurgie loopt vertraging op door een gebrek aan infrastructuur of investeringen	9%	19%	34%	26%	11%	0%	1%
Druk van mutualiteiten, toezichthouders of nationale doelstellingen om het aandeel dagchirurgie te vergroten	9%	20%	34%	32%	3%	0%	1%

N: OK-managers, aankoopverantwoordelijken, ziekenhuismanagement (108)

	Altijd	Vaak	Soms	Af en toe	Nooit	Ik weet het niet/ niet van toepassing	Zeg ik liever niet
Moeilijkheden bij het aantrekken en behouden van personeel voor dagchirurgie	10%	27%	33%	23%	5%	0%	1%

N: OK-managers, ziekenhuismanagement (73)

	Altijd	Vaak	Soms	Af en toe	Nooit	Ik weet het niet/ niet van toepassing	Zeg ik liever niet
Vertragingen bij de beschikbaarheid of bevoorrading van apparatuur en verbruiksartikelen die nodig zijn voor dagchirurgie	9%	14%	20%	43%	14%	0%	0%

N: Aankoopverantwoordelijken (35)

	Altijd	Vaak	Soms	Af en toe	Nooit	Ik weet het niet/ niet van toepassing	Zeg ik liever niet
Operatieschema's voor dagchirurgie worden geannuleerd of ingekort als gevolg van operationele beperkingen	8%	21%	39%	27%	5%	0%	0%

N: Alle (256)

V2

Hoe zou u elk van de volgende aspecten beoordelen in uw huidige werkomgeving?

	Zeer slecht	Enigszins slecht	Noch slecht, noch goed	Enigszins goed	Zeer goed	Ik weet het niet / niet van toepassing
Opleiding en paraatheid van medewerkers voor dagchirurgische ingrepen	2%	12%	17%	36%	31%	1%
Standaardisatie van zorgpaden en protocollen voor dagchirurgie	3%	9%	18%	44%	27%	0%
Preoperatieve beoordeling en patiëntselectie voor dagchirurgie	5%	11%	22%	36%	27%	0%
Beschikbare infrastructuur en apparatuur voor dagchirurgie	2%	11%	17%	41%	29%	1%
Welzijn en arbeidsomstandigheden van medewerkers in de dagchirurgie in vergelijking met zorg voor opgenomen patiënten	5%	8%	22%	38%	28%	0%
Beschikbaarheid van capaciteit voor postoperatief herstel en ontslag	4%	10%	24%	38%	24%	0%

N: Alle (256)

V3

Als u denkt aan geschikte patiënten en ingrepen, in welke setting worden volgens uw ervaring of inzicht de beste resultaten bereikt voor elk van de volgende aspecten?

	Veel beter bij dagchirurgie	Iets beter bij dagchirurgie	Ongeveer even goed	Iets beter bij chirurgie met ziekenhuisopname	Veel beter bij chirurgie met ziekenhuisopname	Ik weet het niet
Percentages chirurgische complicaties en postoperatieve infecties	11%	30%	30%	19%	9%	1%
Percentages ongeplande heropnames of terugkeer naar het ziekenhuis	11%	29%	30%	21%	7%	2%
Door patiënten gerapporteerde pijn en herstelervaringen	12%	26%	30%	20%	10%	1%
Lagere totale zorgkosten voor zowel ziekenhuizen als zorgfinanciers	22%	28%	24%	15%	9%	2%
Minder anesthesiegerelateerde bijwerkingen	11%	32%	29%	18%	9%	0%
Hogere doorvoercapaciteit en operationele efficiëntie voor chirurgische teams	11%	35%	25%	18%	10%	1%

N: Alle (256)

V4

Hoeveel onbenut potentieel voor dagchirurgie ziet u in elk van de volgende specialismen? Met andere woorden: voor welke ingrepen zouden er volgens u realistisch gezien meer als dagchirurgie kunnen worden uitgevoerd dan momenteel het geval is?

Specialisme	Geen onbenut potentieel	Beperkt onbenut potentieel	Aanzienlijk onbenut potentieel	Ik weet het niet / niet relevant voor mijn functie
Orthopedie	16%	43%	34%	8%
Algemene chirurgie	16%	48%	32%	4%
Oftalmologie	14%	46%	31%	9%
Gynaecologie	18%	47%	27%	8%
Urologie	19%	45%	27%	9%
NKO	19%	42%	27%	12%
Plastische en reconstructieve chirurgie	12%	45%	34%	9%
Cardiologie (bv. kathetergebaseerde interventies)	21%	38%	32%	9%

N: Alle (256)

V5

Welke factoren spelen in uw organisatie de grootste rol bij de verschuiving naar dagchirurgie? (Selecteer maximaal drie opties)

	Alle
Verbeteringen in chirurgische technieken en herstelprotocollen	36%
De voorkeur van patiënten voor ontslag op dezelfde dag en herstel thuis	30%
Vermindering van het risico op ziekenhuisinfecties en verbetering van de patiëntveiligheid	27%
Kosten- of budgetdruk	27%
Nationale of regionale doelstellingen voor het aandeel dagchirurgie binnen het zorgstelsel	26%
Capaciteitsdruk als drijvende kracht achter doelstellingen voor doorstroming	25%
Het terugdringen van wachtlijsten of achterstanden voor electieve ingrepen	25%
Ontwikkeling van gespecialiseerde dagchirurgische centra of chirurgische hubs	24%
Druk om de efficiëntie in het operatiekwartier te verbeteren	22%
Wijzigingen in beleid, regelgeving of vergoedingssystemen	21%
Ik weet het niet	0%
Overige (gelieve te specificeren)	0%

N: Alle (256)

V6

Voor elk van de onderstaande uitsprakenparen: waar situeert u zich tussen beide uitspraken?

Stelling links	Helemaal eens met de stelling links	Eerder eens met de stelling links	Geen van beide / neutraal	Eerder eens met de stelling rechts	Helemaal eens met de stelling rechts	Stelling rechts
Dagchirurgie wordt door zorgprofessionals gezien als een boeiend en hoogwaardig werkdomein	15%	29%	25%	22%	9%	Dagchirurgie wordt door zorgprofessionals beschouwd als minder prestigieus of minder complex dan zorg voor patiënten met een ziekenhuisopname
Dagchirurgie bevordert een betere samenwerking en coördinatie tussen verschillende functies	13%	29%	23%	23%	11%	Dagchirurgie bemoeilijkt effectief teamwerk
Klinische medewerkers hebben een wezenlijke inbreng in de manier waarop zorgpaden voor dagchirurgie worden ontworpen	14%	26%	23%	27%	10%	Zorgpaden voor dagchirurgie worden grotendeels ontwikkeld zonder voldoende inbreng van de medewerkers die deze zorg daadwerkelijk uitvoeren
Dagchirurgie werkt het best wanneer zij plaatsvindt in een aparte afdeling met een eigen team	16%	29%	21%	24%	10%	Dagchirurgie functioneert goed binnen de algemene operatieomgeving van een ziekenhuis
Beslissingen over welke patiënten in aanmerking komen voor dagchirurgie worden gezamenlijk genomen door klinische teams en managementteams	13%	25%	27%	24%	12%	Beslissingen over welke patiënten in aanmerking komen voor dagchirurgie worden genomen door één groep, zonder voldoende inbreng van anderen
De werkdruk en het tempo binnen de dagchirurgie zijn beheersbaar en houdbaar	12%	24%	27%	25%	13%	De werkdruk en het tempo binnen de dagchirurgie zetten medewerkers onder buitensporige druk

N: Alle (256)

V7

Wat zou in uw organisatie het grootste praktische verschil maken voor de verdere uitbreiding van dagchirurgie? (Selecteer maximaal drie opties)

	Alle
Patiëntenvoorlichting om de verwachtingen rond dagchirurgie en herstel thuis bij te stellen	34%
Gespecialiseerde dagchirurgische centra of chirurgische hubs	32%
Digitale hulpmiddelen die de administratieve lasten verminderen en medewerkers sneller toegang geven tot relevante informatie	32%
Betere anesthesieprotocollen voor een sneller herstel (bv. regionale anesthesie en anesthetica met een kortere werkingsduur)	30%
Gestandaardiseerde klinische zorgpaden en protocollen voor specifieke ingrepen	27%
Specifieke opleidingsprogramma's voor dagchirurgische teams	27%
Betere data en benchmarking van de resultaten van dagchirurgie	26%
Duidelijkere financiële stimulansen om patiënten als dagchirurgie te behandelen	25%
Beter ontworpen instrumenten en hulpmiddelen voor dagchirurgische ingrepen	23%
Ik weet het niet	1%
Overige (gelieve te specificeren)	0%

N: Alle (256)

V8

Wat zijn volgens uw ervaring de belangrijkste redenen waarom een twijfelgeval niet als dagchirurgie wordt uitgevoerd? (Selecteer maximaal drie opties)

	Alle
De fysieke conditie van de patiënt, comorbiditeiten of de complexiteit van de ingreep	43%
De thuissituatie van de patiënt (alleen wonen, afstand tot het ziekenhuis, beschikbaarheid van een verzorger)	38%
Het ontbreken van een geschikte faciliteit voor dagchirurgie of voldoende beschikbare OK-capaciteit	33%
Bezorgdheden over ondersteuning na ontslag of over de mogelijkheden om snel hulp in te schakelen bij complicaties	32%
De voorkeur van de chirurg of anesthesist voor een ziekenhuisopname van de patiënt	32%
Gebrek aan geschikt personeel voor dagchirurgie	26%
De voorkeur van de patiënt voor een ziekenhuisopname met overnachting	24%
Er bestaat geen vastgesteld zorgpad voor dagchirurgie voor deze ingreep	23%
Overige (gelieve te specificeren)	0%
Ik weet het niet	0%

N: Chirurgen, anesthesisten, OK-verpleegkundigen, OK-managers (180)

V8a

Wat zou uw vertrouwen in de verdere uitbreiding van dagchirurgie binnen uw organisatie het meest vergroten? (Selecteer maximaal drie opties)

	Alle
Gestandaardiseerde proceduretrays die de voorbereidingstijd verkorten en de variatie tussen ingrepen verminderen	42%
Betere protocollen voor postoperatieve wondzorg voor patiënten die thuis herstellen	38%
Oplossingen voor infectiepreventie die speciaal zijn ontworpen voor dagchirurgieomgevingen met een hoge doorvoercapaciteit	36%
Opleidings- en trainingsprogramma's om de expertise in dagchirurgie binnen verschillende teams te versterken	36%
Evidentie en benchmarkgegevens over de resultaten van dagchirurgie per type ingreep	30%
Ondersteuning bij het herontwerpen van zorgpaden om activiteiten zonder toegevoegde waarde te verminderen en de efficiëntie van het operatiekwartier te verbeteren	30%
Digitale hulpmiddelen die de materiaalstromen, de werkprocessen op de dag van de ingreep en het inzicht in activiteiten stroomlijnen	21%
Duurzame oplossingen die afval verminderen zonder in te boeten aan veiligheid	21%
Ik weet het niet	1%
Overige (gelieve te specificeren)	0%

N: Alle (256)

V9

Hoe belangrijk zijn de volgende aspecten voor u bij het kiezen van een leverancier of oplossingspartner voor producten en diensten op het gebied van dagchirurgie?

	Helemaal niet belangrijk	Niet belangrijk	Enigszins belangrijk	Zeer belangrijk	Ik weet het niet / niet relevant voor mijn functie
Consistente producten van hoge kwaliteit waarop klinische teams kunnen vertrouwen	4%	8%	36%	51%	2%
Betrouwbare levering en beschikbaarheid wanneer dat nodig is	3%	13%	34%	50%	1%
Snelle service en ondersteuning van de leverancier	2%	13%	44%	41%	0%
Producten en oplossingen die de efficiëntie in het operatiekwartier verbeteren en de voorbereidingstijd verkorten	3%	10%	41%	45%	1%
Bewijs en data ter ondersteuning van klinische en aankoopbeslissingen	2%	11%	45%	41%	2%
Training, opleiding en het versterken van klinische capaciteiten	3%	8%	30%	57%	2%
Duurzame producten en verpakkingen die milieudoelstellingen ondersteunen	2%	14%	41%	41%	2%
Mogelijkheid om proceduretrays aan te passen en te standaardiseren voor specifieke zorgpaden	2%	11%	43%	43%	1%

N: Alle (256)

V10

Welke veranderingen verwacht u, indien van toepassing, de komende 2 tot 3 jaar binnen uw organisatie op elk van de volgende gebieden?

	Aanzienlijke daling	Enige daling	Geen daling of stijging	Enige stijging	Aanzienlijke stijging	Ik weet het niet
Aantal dagchirurgische ingrepen	2%	9%	27%	33%	30%	0%
Verscheidenheid aan soorten ingrepen die als dagchirurgie worden uitgevoerd	1%	11%	27%	42%	18%	1%
Investerings in gespecialiseerde faciliteiten of apparatuur voor dagchirurgie	2%	12%	18%	41%	26%	1%
Invoering van gestandaardiseerde zorgpaden en protocollen voor dagchirurgie	3%	12%	20%	41%	24%	0%
Minder anesthesiegerelateerde bijwerkingen	11%	32%	29%	18%	9%	0%
Hogere doorvoercapaciteit en operationele efficiëntie voor chirurgische teams	11%	35%	25%	18%	10%	1%

N: Alle (256)



David Bunting

Consultant in reconstructieve chirurgie
van het bovenste maag-darmkanaal en de
buikwand, North Devon District Hospital
Bestuurslid van de International Association
of Ambulatory Surgery
Voormalig voorzitter van de British
Association of Day Surgery, Verenigd
Koninkrijk
1 april 2026

Interviews

Vragen:

- + Wat zijn, vanuit uw perspectief als zowel praktiserend chirurg als nationaal leider op het gebied van dagchirurgie, de belangrijkste redenen waarom sommige delen van het Verenigd Koninkrijk dagchirurgie met succes hebben kunnen opschalen, terwijl andere nog steeds achterblijven?
- + Waar ziet u, specifiek binnen de chirurgie van het bovenste maag-darmkanaal en de buikwand, de grootste mogelijkheden om de komende jaren meer ingrepen op een veilige manier te verschuiven naar ambulante zorg of dagchirurgie?
- + Welke elementen van het zorgpad en de organisatie van zorg zijn volgens u het belangrijkste om dagchirurgie in de praktijk goed te laten functioneren, vooral binnen een NHS-omgeving die onder grote druk staat?
- + Nu dagchirurgie wordt uitgebreid naar complexere ingrepen en patiëntengroepen, hoe kunnen zorgverleners volgens u omgaan met patiëntselectie zonder daarbij al te risicomijdend te worden?
- + Hoe belangrijk zijn innovatie en technologie – zoals minimaal invasieve technieken, robotchirurgie, verbeterde pijnbestrijding en digitale opvolging – voor het mogelijk maken van de volgende fase van ambulante chirurgie in het Verenigd Koninkrijk?
- + Voor zorgstelsels buiten het Verenigd Koninkrijk die ambulante zorg en dagchirurgie willen uitbreiden: welke lessen uit de Britse ervaring zijn volgens u het meest overdraagbaar, en welke elementen mogen niet zonder meer worden overgenomen zonder aanpassing aan de lokale context?



**Prof. Karine Nouette-Gaulain,
MD, PhD**

Hoofd Anesthesiologie, Intensieve
Zorg en Perioperatieve Geneeskunde,
Kinderziekenhuis & Kraamkliniek Aliénor
d'Aquitaine, Universitair ziekenhuis van
Bordeaux, Frankrijk

10 april 2026

Vragen:

- + Hoe hebben de modellen voor ambulante chirurgie en dagchirurgie zich volgens uw ervaring de afgelopen jaren in Frankrijk ontwikkeld, en welke veranderingen beschouwt u vandaag als de meest structurele?
- + Wat zijn binnen het Franse zorgstelsel de belangrijkste klinische, organisatorische of systeemgerelateerde factoren die hebben bijgedragen aan de versnelde overgang naar chirurgische zorgpaden met ontslag op dezelfde dag?
- + In hoeverre vereist de ontwikkeling van dagchirurgie volgens u dat meer prioriteit wordt gegeven aan specifieke infrastructuur en gereserveerde capaciteit om te voorkomen dat geplande chirurgie en spoedzorg voortdurend met elkaar moeten concurreren om operatietijd en klinische middelen?
- + Welke ontwikkelingen binnen de anesthesie en intensieve zorg zijn volgens u het meest bepalend geweest om ontslag op dezelfde dag voor een steeds groter aantal patiënten en ingrepen veiliger en betrouwbaarder te maken?



Prof. Tim Briggs

Hoofd van het GIRFT-project en nationaal directeur van NHS England voor klinische verbetering, herstel van electieve zorg en UEC, Verenigd Koninkrijk

23 april 2026

Vragen:

- + Wat zijn volgens u, vanuit nationaal beleidsperspectief, de meest doeltreffende hefboomen om het aandeel dagchirurgie binnen de NHS te verhogen, met name voor ingrepen waarbij de verschillen tussen NHS-trusts nog steeds groot zijn?
- + Wat zijn, op basis van uw ervaring met GIRFT, de belangrijkste drempels die NHS-trusts ervan weerhouden meer geschikte ingrepen als dagchirurgie uit te voeren, zelfs wanneer de klinische evidentie deze aanpak ondersteunt?
- + In welke mate hangt vooruitgang volgens u af van een duidelijke nationale beleidsrichting, en in welke mate van leiderschap op het niveau van NHS-trusts of zorgstelsels wanneer het gaat om het verminderen van de variatie in dagchirurgiepercentages?
- + In hoeverre ondersteunen de huidige financieringsregelingen, financiële stimulansen en prestatiekaders zorginstellingen bij het prioriteren van dagchirurgie en ambulante zorgpaden als onderdeel van het herstel van de electieve zorg?
- + Nu steeds meer zorg wordt verschoven naar dagchirurgie, hoe zouden beleidsmakers en klinische leiders volgens u moeten nadenken over herstel thuis, en wat moet er aanwezig zijn om ervoor te zorgen dat patiënten na ontslag veilig en op een consistente manier worden ondersteund?
- + Als we vooruitkijken, welke bijkomende beleidswijzigingen of nationale prioriteiten zouden volgens u de grootste impact hebben om hoogwaardige dagchirurgie en herstel thuis binnen de hele NHS tot de norm te maken?
- + Gezien uw ervaring binnen de orthopedie, waar ziet u de grootste kansen om dagchirurgie verder uit te breiden, en welke lessen kan de orthopedie volgens u bieden aan het bredere zorgstelsel?



Bjarne Skjødt Hjaltalin MD, MPG

Hoofddarts op de afdeling Dagchirurgie
van het Amager en Hvidovre Ziekenhuis,
Denemarken

30 april 2026

Vragen:

- + Op basis van uw ervaring in de anesthesiologie, intensieve zorg en spoedzorg, wat zijn volgens u de belangrijkste klinische waarborgen om dagchirurgie op een veilige manier verder uit te breiden?
- + Wat zijn volgens uw ervaring de grootste praktische belemmeringen geweest voor de verdere uitbreiding van dagchirurgie in uw ziekenhuis?
- + Wat zijn volgens uw ervaring de belangrijkste factoren geweest die hebben bijgedragen aan de vooruitgang van Denemarken op het gebied van ambulante zorg en dagchirurgie?
- + Als we specifiek naar Denemarken kijken, welke trends zullen volgens u de toekomst van dagchirurgie in de komende vijf tot tien jaar bepalen?
- + Gezien uw rol binnen de Scandinavische strategie voor ambulante chirurgie, welke lessen uit de Deense ervaring zijn volgens u het meest relevant voor andere Europese zorgstelsels?

Het rapport Reimagining Day Surgery werd besproken en geëvalueerd door een panel van klinische experts tijdens een adviesraad van 120 minuten. Het panel kwam op donderdag 7 mei bijeen via Microsoft Teams, van 17.00 tot 19.00 uur BST.

Adviesraad

Deelnemers:



Voorzitter: Mr. Chris Hopson

Voormalig Chief Strategy Officer van NHS England



Professor Jaideep Pandit

Voorzitter en professor Anesthesiologie, Universiteit van Oxford, Verenigd Koninkrijk



Laurens Van Houte

OK-manager, Medisch Spectrum Twente, Nederland



Daniela Matos

Hoofdverpleegkundige Unidade Local de Saúde de Santo António, Portugal



Dr. Jaroslaw J. Fedorowski

Voorzitter van de Poolse Ziekenhuisfederatie (PFSz), Polen



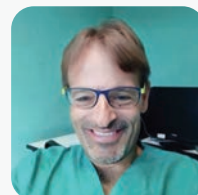
Jaana Perttunen

Voorzitter van de European Operating Room Nurses Association (EORNA), Finland



Dr. Shaan Chhabra

Hoofd Transformatie en Procesverbetering bij het Newham Hospital, Barts Health NHS Trust, Verenigd Koninkrijk



Dr. Francesco Venneri

Directeur van het Centrum voor klinisch risicobeheer en patiëntveiligheid, regio Toscane, Italië

Overlegagenda

Agendapunt	Beschrijving
Verwelkoming en introducties	Overzicht van de doelstellingen en de agenda van de vergadering; introductie van de leden van de adviesraad.
Deel Één A: Dagchirurgie in mijn zorgstelsel	De deelnemers geven een overzicht van drie minuten van de huidige stand van zaken van de dagchirurgie in hun land of zorgstelsel. Het doel is een snel inzicht te geven in hoe dagchirurgie momenteel wordt gedefinieerd, georganiseerd en geprioriteerd in verschillende contexten, en de belangrijkste overeenkomsten en verschillen tussen zorgstelsels in kaart te brengen.
Deel Één B: Reflecties op de presentaties	Bespreking van de gemeenschappelijke thema's, verschillen en implicaties voor het rapport. Het doel van deze sessie is om de belangrijkste patronen die in verschillende zorgstelsels naar voren komen in kaart te brengen en te bepalen welke kwesties in het eindrapport extra aandacht moeten krijgen. Discussievragen: 1. Wat waren de belangrijkste overeenkomsten en verschillen tussen de gepresenteerde zorgstelsels, en wat leren deze ons over de drempels en succesfactoren voor dagchirurgie? 2. Welke thema's, voorbeelden of lessen uit de presentaties zouden sterker in het rapport naar voren moeten komen?
Deel Twee: Reflecties op het rapport	Groepsdiscussie om feedback te geven op het conceptrapport en te evalueren of dit de mogelijkheden voor dagchirurgie in verschillende zorgstelsels goed in beeld brengt. Discussievragen: 1. Wordt in het rapport het potentieel en het belang van dagchirurgie duidelijk uiteengezet? 2. Slaat het rapport de juiste balans tussen het benadrukken van de kansen die dagchirurgie biedt en het erkennen van de praktische beperkingen? 3. Geeft het rapport de volgende uitdagingen correct weer? Denk na over de mate waarin deze herkenbaar zijn binnen uw eigen zorgstelsel, ook als ze niet specifiek in het rapport worden besproken. + Druk op de bedcapaciteit + Personeelstekorten + Efficiëntie van OK-processen + Achterstanden bij electieve ingrepen + Financiële beperkingen + Andere punten die volgens u ontbreken
Deel Drie:	In deze sessie wordt nagegaan of het rapport zich richt op de juiste ingrepen, specialismen en kansen voor de verdere uitbreiding van dagchirurgie. Nagaan of het voorgestelde prioriteringskader aansluit bij de praktijk in verschillende zorgstelsels, en of er belangrijke specialismen, ingrepen of opkomende trends zijn die momenteel nog ontbreken in het conceptrapport. De groep moet nagaan waar de grootste kansen liggen voor een snelle capaciteitswinst, waar de vooruitgang trager verloopt dan verwacht en welke gebieden waarschijnlijk richtinggevend zullen zijn voor de toekomstige ontwikkeling van dagchirurgie. Discussievragen: 1. Is de voorgestelde aanpak voor het stellen van prioriteiten zinvol? + Ingerepen met een hoog volume en mature zorgpaden voor ontslag op dezelfde dag + Ingerepen waarvoor sterke evidentie bestaat, maar die nog beperkt worden toegepast + Pioniersingrepen die in de toekomst mogelijk geschikt worden voor dagchirurgie 2. Welke specialismen of ingrepen zijn voor uw zorgstelsel het belangrijkste om mee te nemen?

Agendapunt	Beschrijving
Deel Vier: Efficiëntieverbeteringen in het operatiekwartier	Tijdens deze sessie wordt onderzocht of de aanbevelingen in het conceptrapport voldoende praktisch, relevant en uitvoerbaar zijn binnen verschillende zorgstelsels. De discussie zal zich toespitsen op de vraag of het rapport de juiste maatregelen, prioriteiten en hefboomen identificeert om een bredere toepassing van ambulante chirurgie en dagchirurgie in uiteenlopende contexten te ondersteunen. Denk na over hoe het rapport klinici, leidinggevend en beleidsmakers het best kan ondersteunen. Daarnaast wordt tijdens de sessie onderzocht welke aanvullende richtlijnen, voorbeelden of aanpassingen nodig kunnen zijn om ervoor te zorgen dat de aanbevelingen overtuigend zijn en daadwerkelijk toepasbaar in de praktijk. Discussievragen: 1. Geven de voorgestelde aanbevelingen de belangrijkste maatregelen weer die nodig zijn om de verdere uitbreiding van dagchirurgie te versnellen? 2. Welke aanbevelingen zijn volgens u het meest haalbaar binnen uw zorgstelsel? 3. Welke aanbevelingen zullen volgens u de grootste uitdagingen met zich meebrengen of het meest controversieel zijn? 4. Biedt het rapport voldoende handvatten met betrekking tot: + Herinrichting van de personeelsorganisatie + Beschermde capaciteit voor electieve ingrepen + Financiële stimulansen en vergoedingssystemen + Veiligheids- en gelijkheidsoverwegingen + Het gebruik van digitale hulpmiddelen en opvolging op afstand
Volgende stappen en vervolgacties	Overzicht van de volgende stappen, de tijdslijn voor de ontwikkeling van het rapport en een uitnodiging voor verdere feedback.

Tijdens de bijeenkomst van de adviesraad lag de nadruk op het valideren van de bevindingen en aanbevelingen uit het conceptrapport over dagchirurgie, terwijl tegelijkertijd internationale perspectieven werden verzameld op de drempels, bevorderende factoren en toekomstige kansen voor de verdere uitbreiding van zorg met ontslag op dezelfde dag.

Overzicht van de besproken thema's

1. De huidige stand van zaken op het gebied van dagchirurgie in de verschillende zorgsystemen

De deelnemers deelden hun visie op hoe dagchirurgie momenteel wordt gedefinieerd, georganiseerd en geprioriteerd binnen hun respectieve landen en zorgstelsels. Tijdens de discussies werd ingegaan op verschillen in beleidskaders, de mate van toepassing, vergoedingsmodellen, infrastructuur en klinische zorgpaden.

De belangrijkste gespreksonderwerpen waren onder meer:

- + Verschillen in nationale definities en meetmethoden voor ambulante chirurgie en dagchirurgie
- + De mate waarin ambulante chirurgie prioriteit krijgt binnen het gezondheidsbeleid en de ziekenhuisstrategieën
- + Veelvoorkomende obstakels voor verdere uitbreiding, waaronder personeelstekorten, infrastructurele beperkingen en uitdagingen op het gebied van vergoedingen
- + Voorbeelden van succesvolle benaderingen die de invoering hebben versneld

2. Gemeenschappelijke thema's en lessen uit verschillende zorgstelsels

Na afloop van de presentaties reflecteerde de groep op de overeenkomsten en verschillen tussen de verschillende zorgstelsels en besprak ze de implicaties daarvan voor het rapport.

De discussie richtte zich op:

- + Gedeelde uitdagingen die ambulante chirurgie beïnvloeden, ongeacht de geografische locatie
- + Bevorderende factoren op systeemniveau die samenhangen met een hogere mate van toepassing
- + Lessen die tussen zorgstelsels kunnen worden uitgewisseld
- + Onderwerpen waarop het rapport meer nadruk zou moeten leggen op basis van terugkerende thema's uit de presentaties

3. Reflecties op het conceptrapport

De raad heeft onderzocht of het rapport de kansen die dagchirurgie biedt correct weergeeft en op passende wijze rekening houdt met de realiteit waarmee zorgstelsels worden geconfronteerd.

De belangrijkste gespreksonderwerpen waren onder meer:

- + Of het rapport het strategische belang van dagchirurgie duidelijk naar voren brengt
- + Het evenwicht tussen het benadrukken van kansen en het erkennen van praktische uitdagingen bij de implementatie
- + De mate waarin het rapport de belangrijkste uitdagingen voor zorgstelsels weerspiegelt, waaronder:
 - Beperkingen in de bedden capaciteit
 - Personeelstekorten
 - Efficiëntie van het operatiekwartier
 - Achterstanden in de electieve zorg
 - Financiële druk
- + De identificatie van eventuele aanvullende uitdagingen of contextuele factoren die in het rapport moeten worden opgenomen

4. Prioritering van ingrepen en toekomstige kansen

Tijdens de bespreking werd onderzocht of het rapport zich richt op de juiste ingrepen, specialismen en kansen voor verdere groei.

Onderwerpen waren onder meer:

- + De geschiktheid van het voorgestelde prioriteringskader
- + Mogelijkheden om bestaande zorgpaden voor veelvoorkomende ingrepen met ontslag op dezelfde dag verder uit te breiden
- + Ingrepen waarvoor sterke evidentie bestaat om ze als dagchirurgie uit te voeren, maar waarvan de toepassing nog beperkt blijft
- + Opkomende en baanbrekende ingrepen die in de toekomst mogelijk geschikt worden voor dagchirurgie
- + Specialismespecifieke kansen en verschillen tussen zorgstelsels
- + Domeinen waarin de vooruitgang trager is verlopen dan verwacht en de onderliggende redenen daarvoor

5. Efficiëntieverbeteringen in het operatiekwartier en op systeemniveau

De raad onderzocht of de aanbevelingen in het rapport praktisch, uitvoerbaar en relevant zijn binnen verschillende zorgcontexten.

De bespreking concentreerde zich op:

- + De maatregelen die de verdere invoering van dagchirurgie het meest kunnen versnellen
- + Aanbevelingen die realistisch en haalbaar zijn binnen verschillende zorgstelsels
- + Domeinen waar implementatie-uitdagingen of weerstand van belanghebbenden waarschijnlijk zijn
- + De rol van:
 - Herinrichting van de personeelsorganisatie en veranderingen in de competentiemix
 - Beschermd capaciteit voor electieve ingrepen
 - Financiële stimulansen en vergoedingsmechanismen
 - Veiligheids- en gelijkheidsoverwegingen
 - Digitale technologieën en zorgpaden voor opvolging op afstand

