
Slingeland
Ziekenhuis



Jaardocument
Slingeland Ziekenhuis
2013

Deel I Maatschappelijk Verslag

Vastgesteld in directievergadering d.d. 2 december 2014
Goedgekeurd in raad van toezicht vergadering d.d. 15 december 2014

Inhoudsopgave

1. VOORWOORD	3
2. PROFIEL VAN DE ORGANISATIE	5
2.1 ALGEMENE IDENTIFICATIEGEGEVENS.....	5
2.2 STRUCTUUR VAN HET CONCERN.....	5
2.3 KERNGEGEVENS.....	6
2.3.1 Kernactiviteiten en nadere typering.....	6
2.3.2 Capaciteit, personeel, productie.....	7
2.3.3 Werkgebieden.....	8
2.4 SAMENWERKINGSRELATIES.....	9
3. BESTUUR, TOEZICHT EN BEDRIJFSVOERING	10
3.1 BESTUUR EN TOEZICHT.....	10
3.1.1 Zorgbrede Governance Code.....	10
3.1.2 Raad van Bestuur.....	11
3.1.3 Toezichthouders (Raad van Toezicht/Raad van Commissarissen).....	11
3.2 BEDRIJFSVOERING.....	14
3.3 VERSLAG VAN DE CLIËNTENRAAD.....	15
3.4 VERSLAG VAN DE ONDERNEMINGSRAAD.....	16
3.5 VERSLAG VAN BESTUUR VAN DE VERENIGING MEDISCHE STAF.....	18
4. BELEID, INSPANNINGEN EN PRESTATIES	20
4.1 MEERJARENBELEID.....	20
4.2 JAARPLAN 2013.....	22
4.3 ALGEMEEN KWALITEITSBELEID.....	23
4.4 KWALITEITSBELEID TEN AANZIEN VAN PATIËNTEN/CLIËNTEN.....	25
4.4.1 Kwaliteit van zorg.....	25
4.4.2 Klachten.....	26
4.4.3 Toegankelijkheid.....	29
4.4.4 Veiligheid.....	29
4.5 KWALITEIT TEN AANZIEN VAN MEDEWERKERS.....	32
4.5.1 Personeelsbeleid.....	32
4.5.2 Kwaliteit van het werk.....	33
4.5.3 Veiligheid van het werk.....	35
4.6 SAMENLEVING.....	38
4.7 FINANCIËEL BELEID.....	39
4.8 ICT-BELEID.....	40
4.9 COMMISSIES & ADVIESORGANEN.....	41
4.10 TOEKOMSTIG BELEID.....	41

1. Voorwoord

Strategisch

Afgelopen jaar heeft in het teken gestaan van het haalbaarheid onderzoek naar de nieuwbouw. Nadat eind 2012 is geconstateerd dat renovatie te kostbaar is en te lang gaat duren, is onderzocht of nieuwbouw op een nieuwe (en beter bereikbare) locatie haalbaar is. Met de medische staf en het management, maar ook met de ketenpartners is uitgebreid gesproken over toekomst van de 2^e lijns zorg in onze regio. Dit heeft geresulteerd in een functieprofiel. Met de gemeente is uitgebreid onderzocht welke locatie het meest geschikt is. De keuze is uiteindelijk gevallen op de locatie aan de A18, afslag Doetinchem-Oost. De uitkomsten van het haalbaarheid onderzoek waren zodanig, dat de Raad van Toezicht en het Raad van Bestuur eind 2013 hebben besloten de nieuwbouw van het Slingeland Ziekenhuis voor te bereiden. Uiterlijk 2022 moet de nieuwbouw in gebruik worden genomen.

Met de ziekenhuizen in Arnhem en Ede is de samenwerking verder verkend. De afspraken omtrent de zo genoemde heelkunde volume normen zijn in 2013 geïmplementeerd. Tevens is de intentie uitgesproken om te komen tot één oncologisch centrum, dat op de drie ziekenhuislocaties werkzaam zal zijn. Uitgangspunt daarbij is: centraal wat kan om de toegankelijkheid voor patiënten zo goed mogelijk te borgen en centraal wat uit het oogpunt van kwaliteit en veiligheid gewenst is. In 2013 is door de gezamenlijke ziekenhuizen eveneens besloten een visie te op te stellen en te presenteren voor het waarborgen van goede acute zorg in het verzorgingsgebied. Gesprekken met zorgverzekeraars zullen gemeenschappelijk aangegaan worden.

De overgang naar DOT roept steeds weer nieuwe vragen op. In de eerste helft van het jaar werd duidelijk dat de omzetbepaling van ziekenhuizen zodanig complex is, dat accountants landelijk hebben besloten om een verklaring met beperking af te geven bij de jaarrekeningen van ziekenhuizen. Dit is dan ook bij het Slingeland Ziekenhuis van toepassing. Ook de omzetbepaling over het jaar 2013 roept nog de nodige vragen op. Met name onduidelijkheden met betrekking tot regelgeving over vastlegging en declaratie van zorgactiviteiten en de afwikkeling van de transitieomzet bevat sectorbrede onzekerheden. Het ziekenhuis heeft deze zo goed mogelijk ingeschat. Voor het eerst in de historie konden de onderhandelingen voor de zorgcontractering 2014 vóór de start van het nieuwe jaar op hoofdlijnen worden afgerond.

Resultaten 2013

Het Slingeland Ziekenhuis heeft in het jaar 2013 een netto positief resultaat van € 6.461.000 gerealiseerd. Dit resultaat is het gevolg van enerzijds een goed operationeel resultaat, enkele incidentele meevallers met belastingen, rentelasten en afschrijvingslasten en voordelige uitkomsten van eerdere inschattingen van vulling van contracten en voorzieningen voor controles. Daarnaast heeft het Slingeland Ziekenhuis extra lasten en onzekerheden als gevolg van versnelde afschrijvingen op bestaande locatie in verband met realisatie nieuwbouw en onzekerheden met betrekking tot registratie en facturatie van zorgactiviteiten.

De volumeontwikkeling kende een minder sterke groei als andere jaren. Van een krimp, zoals vernomen wordt van andere zorgaanbieders is bij het Slingeland Ziekenhuis op ziekenhuisniveau geen sprake. Bij vakken met uitstelbare zorg en of zeer eenvoudige ingrepen zien wij een daling van het aantal patiënten en ingrepen. Dit komt vooral voor bij de vakgroepen plastische chirurgie, KNO en gynaecologie. Aan de andere kant wordt een stijging van patiëntenzorg waargenomen voor acute zorg, complexe zorg, grotere electieve zorg. Dit leidt dan ook tot meer (dag)opnamen, meer OK tijd, meer inzet van medicatie. Voor een nadere duiding van de ontwikkeling verwijs ik naar hoofdstuk 4.2.

Op het terrein van kwaliteit en veiligheid zijn de voor 2013 beoogde doelstellingen slechts ten dele behaald. Positief is dat de 11 VMS thema's, die in de afgelopen jaren zijn geïmplementeerd, steeds beter in de dagelijkse praktijk worden nagevolgd. De compliance voor handhygiëne is verbeterd. In 2013 heeft dossieronderzoek plaatsgevonden in het kader van het NIVEL onderzoek. Ook voor ons ziekenhuis geldt een aanmerkelijke verbetering van de patiëntveiligheid, vergelijkbaar met de verbeteringen die landelijk zijn geconstateerd. Het CQI ervaringsonderzoek kankerzorg toonde aan, dat het Slingeland Ziekenhuis significant beter dan gemiddeld presteerde in een groep van 20

ziekenhuizen. We moeten echter ook constateren, dat een aantal ontwikkelingen op dit terrein onvoldoende voortgang hebben geboekt in 2013. Uit de Elsevier enquête werd duidelijk dat ons ziekenhuis op een deel van de prestatie indicatoren gemiddeld slechter scoorde dan in 2012. Inmiddels is een verbeterplan uitgevoerd. Uit een inspectiebezoek bleek dat de we nog niet voldoen aan de richtlijnen met betrekking tot HighRisk medicatie en parenteralia. De implementatie van de TOP richtlijnen is niet tijdig afgerond. Het streven is om in de eerste helft van 2014 de TOP richtlijnen volledig digitaal te hebben geïmplementeerd. De doelstellingen voor deelname door de leden van de medische staf aan Apraisal en Assesment zijn in 2013 niet gehaald. Een ander belangrijk aandachtspunt is de registratie van hoofd - en nevendiaagnosen, van belang voor het bepalen van de sterftcijfers. De HSMR van het Slingeland Ziekenhuis is niet significant afwijkend, echter, een aantal aandoeningsspecifieke sterftcijfers uit 2012 wijken wel af. Om die reden heeft de Raad van Bestuur een externe onderzoeker opdracht gegeven om 90 dossiers uit deze groep te onderzoeken. Conclusie van het onderzoek is dat de registratie onvoldoende is. Inmiddels is een verbeterplan hiervoor uitgewerkt. Voor 2014 blijft het verbeteren van de kwaliteit en veiligheid een belangrijke prioriteit.

Het Slingeland Ziekenhuis ziet het als haar opdracht om de inwoners van de Achterhoek een volwaardig pakket van medisch specialistische zorg te kunnen bieden. Patiëntgericht, met aandacht en betrokkenheid voor de mens en door medewerkers die kundig zijn en veilig werken. We willen onze medewerkers, specialisten en allen die hieraan hebben bijgedragen van harte danken voor hun inzet.

G.P.M. Huisman
Raad van Bestuur

2. Profiel van de organisatie

2.1 Algemene identificatiegegevens

Naam verslagleggende rechtspersoon	Slingeland Ziekenhuis
Adres	Kruisbergseweg 25
	Postbus 169
Postcode	7000 AD
Plaats	Doetinchem
Telefoonnummer	(0314) 32 99 11
Identificatienummer Kamer van Koophandel	41046810
E-mailadres	redactie@slingeland.nl
Internetpagina	www.slingeland.nl

2.2 Structuur van het concern

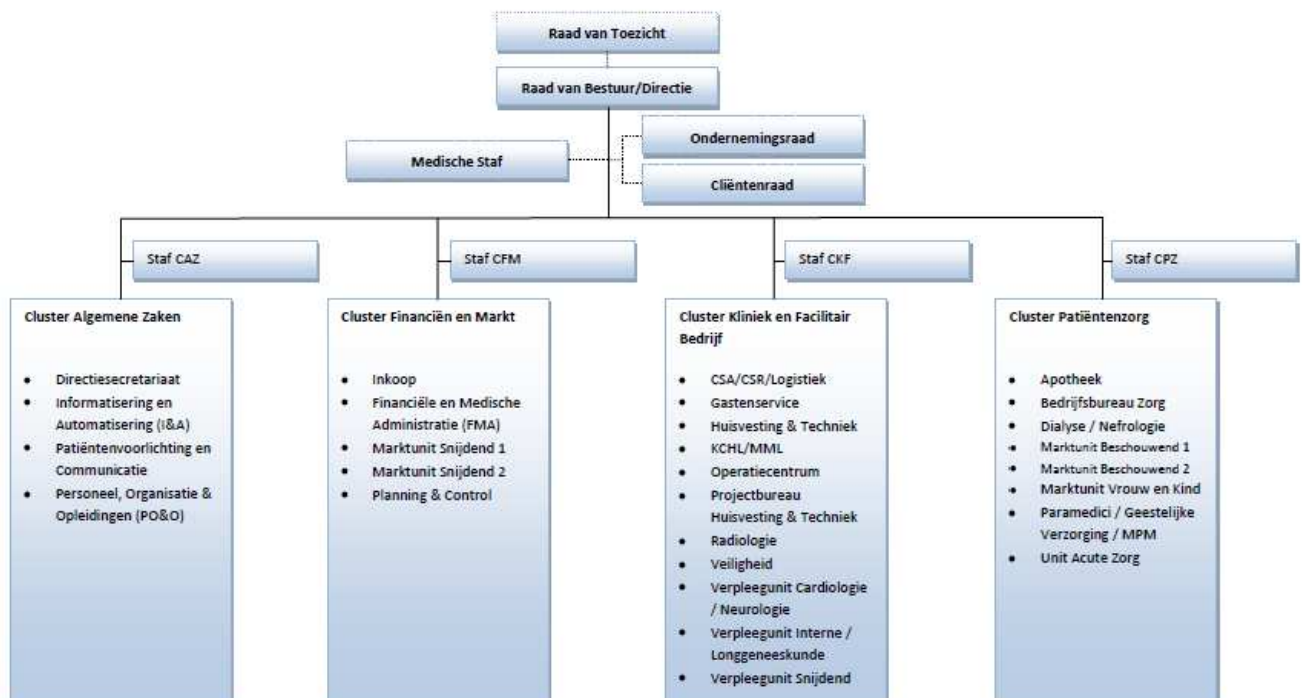
De Stichting Slingeland Ziekenhuis in Doetinchem is een algemeen ziekenhuis met 348 bedden waar vrijwel alle specialismen zijn vertegenwoordigd. Het Slingeland Ziekenhuis beschikt over een toelating volgens de bepalingen uit de WTZi/ZVW.

Het Slingeland Ziekenhuis wordt bestuurd door een éénhoofdige Raad van Bestuur (i.c. de algemeen directeur), die verantwoording aflegt aan de Raad van Toezicht. De algemeen directeur vormt samen met drie clusterdirecteuren de directie van het Slingeland Ziekenhuis.

De beleidsparticipatie door de medische staf is vormgegeven op vakgroepniveau, middels het overleg met de clusterdirecteur en op het niveau van de Vereniging Medische Staf, middels het tweewekelijks overleg tussen stafbestuur en directie. Tevens is de nieuwe functie van medisch manager geïntroduceerd, die samen met de marktunitmanager verantwoordelijk is voor het functioneren van de unit. De Ondernemingsraad en de Cliëntenraad hebben formele adviesbevoegdheden in overeenstemming met de wet. Hoofdstuk 3 bevat nadere informatie over de activiteiten in 2013 van de Cliëntenraad, de Ondernemingsraad en de Vereniging Medische Staf.

In 2013 zag de organisatiestructuur er als volgt uit:

Figuur 1: Organigram Slingeland Ziekenhuis



2.3 Kerngegevens

2.3.1 Kernactiviteiten en nadere typering

Het Slingeland Ziekenhuis kent de volgende specialismen:

- Anesthesiologie / Pijnbestrijding
- Cardiologie
- Chirurgie
- Dermatologie
- Farmacie
- Gynaecologie en verloskunde
- Interne geneeskunde
- Keel-, Neus- en Oorheeskunde
- Kindergeneeskunde
- Klinische chemie
- Klinische geriatrie
- Longziekten
- Medische microbiologie
- Medische psychologie
- Mond-, Kaak- en Gezichtschirurgie
- Neurologie
- Neurochirurgie
- Oogheeskunde
- Orthopedische chirurgie
- Pathologie
- Plastische chirurgie
- Psychiatrie (GGNet)
- Radiologie
- Reumatologie
- Revalidatiegeneeskunde (Groot Klimmendaal)
- Urologie

Diverse specialismen leveren, in beperkte mate, zorg die niet in de basisverzekering is opgenomen. Dit betreft onder andere: plastische chirurgie, urologie, gynaecologie, chirurgie en KNO. Via het Diagnostisch Centrum Slingeland Ziekenhuis wordt ondersteuning geboden aan de 1^e lijn. Dit betreft onder andere laboratoriumfaciliteiten, radiologie, functie-onderzoek en ondersteuning bij ICT. Daarnaast levert het Slingeland Ziekenhuis tevens diensten aan andere zorginstellingen waaronder instellingen uit de volgende sectoren: GGD, GGZ en V&V.

2.3.2 Capaciteit, personeel, productie

In de onderstaande tabellen is een aantal kerngegevens van het Slingeland Ziekenhuis opgenomen. De financiële gegevens zijn opgenomen in paragraaf 4.7.

Capaciteit	2013	2012	2011	2010
Erkende bedden	420	420	420	420
• Intensive care	10	10	10	10
• Hartbewaking	8	8	8	8
7x 24 spoedeisende hulp	Ja	Ja	Ja	Ja

Productie	2013	2012	2011	2010
Geopende DBC's	179.220	221.849	159.440	152.257
Opnamen [@]	17.562	18.775	18.767	17.873
Eerste Polikliniekbezoeken [@]	104.316	107.362	107.663	103.917
Dagverplegingen [@]	20.658	21.167	20.987	19.338
Verpleegdagen [@]	83.817	84.821	87.959	88.300
Aantal verkeerd beddagen	366	1.164	1.711	2.497
Percentage verkeerd beddagen	0.003%	1.4%	1.9%	2.8%
Gemiddeld aantal verpleegdagen	4.6	4.5	4.7	4.9
Gemiddeld aantal verpleegdagen per specialisme				
Interne geneeskunde	6.3	6.3	6.7	7.1
Cardiologie	4.3	3.7	4.0	4.2
Longziekten	6.2	4.0	3.8	4.7
Reumatologie	7.5	13.8	9.0	7.0
Maag-Darm-Lever artsen	5.2	5.8	5.7	6.0
Kindergeneeskunde	4.1	4.6	4.7	4.6
Neurologie	4.7	5.1	6.0	6.5
Heelkunde	4.7	5.1	6.0	5.8
Urologie	4.1	3.7	4.7	4.3
Orthopedie	5.5	5.5	5.8	5.8
Plastische Chirurgie	2.5	2.7	2.9	3.2
Gynaecologie/verloskunde	2.5	2.7	2.8	2.9
Keel-, Neus- en Oorartsen	2.4	2.4	2.5	2.2
Oogheelkunde		1.4	1.8	1.4
Mond-, Kaak-, Aangezichts chirurgie	2.0	1.9	2.3	2.2

* Aantal geopende DBC's neemt in 2012 toe door het automatisch openen van vervolg DBC's zoals voorgeschreven in de regelgeving.

** conform de definitie zoals deze voor 2012 van toepassing was in verband met vergelijkbaarheid cijfers

@ Door veranderingen in registratiewijze en nadere verduidelijking van regelgeving zijn de aantallen 2013 lager dan voorgaande jaren. De vergelijking met voorgaande jaren is hierdoor op deze onderdelen niet te maken.

Personeel	2013	2012	2011	2010	2009
Aantal medewerkers in loondienst	1678	1669	1630	1590	1550
Aantal fte medewerkers in loondienst	1270	1290	1274	1235	1196
Aantal fte specialisten	106,1	100,6	98,8	97,6	96,6
Aantal vrijwilligers	124	112	105	115	107

2.3.3 Werkgebieden

Het werkgebied van het Slingeland Ziekenhuis is opgebouwd uit een kern verzorgingsgebied en een buitengebied. De gemeenten die tot deze delen horen zijn hieronder weergegeven:

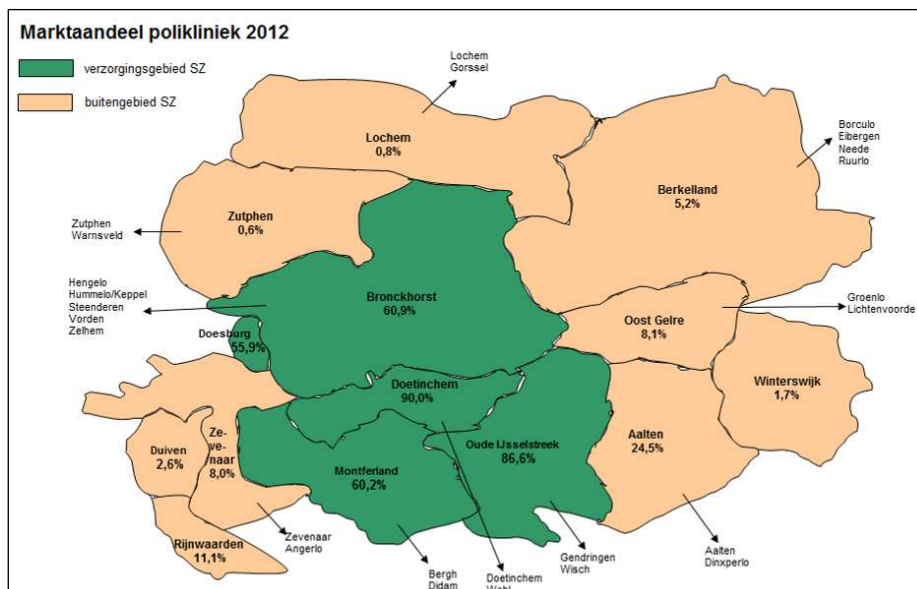
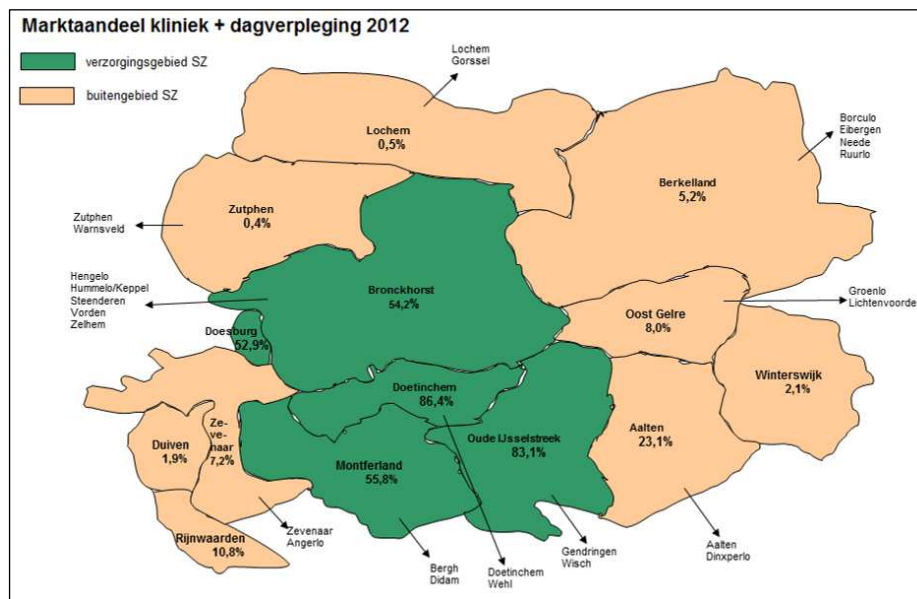
Kern verzorgingsgebied

- Bronckhorst
- Doesburg
- Doetinchem
- Montferland
- Oude IJsselstreek

Buitengebied

- Aalten
- Berkelland
- Duiven
- Oost Gelre
- Lochem
- Rijnwaarden
- Winterswijk
- Zevenaar
- Zutphen

Prismant levert ieder jaar rapportages op over de adherentie van het Slingeland Ziekenhuis. In het rapport van 2013 wordt gerapporteerd over de adherentie in het verzorgingsgebied in 2012. Voor 2013 verwacht het Slingeland Ziekenhuis dat de stijgende trend van de afgelopen jaren wordt doorgezet. Met name uit het gebied van Liemers en Montferland worden meer patiënten gezien.



2..4 Samenwerkingsrelaties

De onderstaande tabel bevat een overzicht van belangrijke relaties van het Slingeland Ziekenhuis. Met deze relaties voert het Slingeland Ziekenhuis structureel overleg. In de 2^e kolom is aangegeven wie verantwoordelijk is voor het onderhouden van de betreffende relatie. De laatste kolom bevat een toelichting op het doel en de frequentie van het overleg. Daarnaast zijn er nog andere partijen met wie het Slingeland Ziekenhuis op frequente basis overleg voert, zoals de gemeente Doetinchem en de buurtbewoners.

Tabel: Overzicht relaties

Relaties	Betrokkenheid Directie	Toelichting overleg
Patiëntenrelaties		
Zorgbelang Gelderland	algemeen directeur	Doel: aan Zorgbelang is statutair het enquêterecht toegekend. Frequentie: 1 x per jaar
Samenwerkingsrelaties keten		
Directiebestuur Transmurale Zorg (DBTZ), overleg tussen zorgaanbieders in de regio: - Azora - dr Jenny woonzorgcentrum - GGNet - Markenheem - Huisartsenvereniging Oude IJssel - Sensire Doetinchem - Gouden Leeuw groep	directeur patiëntenzorg algemeen directeur	Doel: beleidsmatig ontwikkelen, regionaal afstemmen en randvoorwaardelijk bevorderen van ketenzorg. Frequentie: ca. 6 x per jaar
Huisartsen en verpleeghuisartsen: BeleidsOverleg HuisartsenZorg (BOHZ)	algemeen directeur directeur patiëntenzorg bestuur medische staf	Doel: bespreken van beleidszaken die van belang zijn in de relatie tussen de huisartsen / verpleeghuisartsen en het ziekenhuis. Frequentie: 5 tot 6 x per jaar
Groot Klimmendaal	directeur patiëntenzorg	Doel: ontwikkeling revalidatiezorg in en om het ziekenhuis.
GGD	directeur patiëntenzorg	Doel: bijdragen aan preventie.
GGNet	directeur patiëntenzorg	Doel: optimale samenwerking en medische dienstverlening.
Stichting Sravana, hospice	directeur patiëntenzorg	Lid van Adviesraad
Regionaal Orgaan Acute Zorg (ROAZ)	algemeen directeur	Doel: afstemming t.a.v. acute zorg, incl. het Ziekenhuis-rampenopvangplan, in de regio van het UMC St. Radboud. Frequentie: 2 tot 3 x per jaar
Oogzorgnetwerk	directeur financiën en markt	Lid van het netwerk Doel: kwaliteitsverbetering op gebied van oogzorg.
Opleidingsoverleg Oost-Nederland (OOR)	algemeen directeur	Doel: afstemming opleiding medisch specialisten in de regio van UMC St. Radboud. Frequentie: 4 x per jaar
Hogeschool Arnhem Nijmegen Graafschap college	directeur patiëntenzorg	Doel: zekerstellen instroom medisch personeel en doorontwikkeling eigen medewerkers.
Relaties toezichthouders en		

financiers		
Zorgverzekeraars	directeur financiën en markt	Doel: maken van financiële afspraken over productie en kwaliteit. Frequentie: 5 x per jaar
Banken/Waarborgfonds	directeur financiën en markt	Doel: informatieverstrekking over ontwikkelingen in het ziekenhuis met financiële consequenties. Frequentie: 1 x per jaar
Interne Gremia		
Ondernemingsraad (OR)	algemeen directeur	Doel: bijeenkomst van de ondernemingsraad en de ondernemer, vertegenwoordigd door de bestuurder van de onderneming. Frequentie: 1 x per 6 weken
Bestuur Vereniging Medische Staf (VMS)	directie	Doel: informatie-uitwisseling en bespreking van beleidsaspecten tussen directie en stafbestuur. Frequentie: 1 x per 2 weken
Cliëntenraad	algemeen directeur	Doel: overleg met adviesorgaan conform WMCZ Frequentie: 1 x per maand
Lidmaatschappen		
NVZ ziekenhuizen	algemeen directeur	De vereniging richt zich als brancheorganisatie van de ziekenhuizen primair op de collectieve behartiging van zorginhoudelijke, sociale en economische belangen van de leden.
Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen	algemeen directeur	De vereniging richt zich op de belangenbehartiging van de algemene ziekenhuizen.

3. Bestuur, toezicht en bedrijfsvoering

3.1 Bestuur en toezicht

3.1.1 Zorgbrede Governance Code

Het Slingeland Ziekenhuis onderschrijft de zorgbrede governancecode. De activiteiten en de stand van zaken op dit terrein zijn periodiek onderwerp van gesprek in de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht. Vrijwel alle aanbevelingen uit de zorgcode zijn vastgelegd in statuten en reglementen. Begin 2007 zijn de statuten van het Slingeland Ziekenhuis en het reglement geactualiseerd aan de hand van deze Code en de eisen van de WTZi.

In 2010 is een nieuwe zorgbrede governancecode vrijgegeven. De Raad van Toezicht heeft beoordeeld of deze consequenties heeft voor de statuten en reglementen. In 2013 heeft een laatste aanpassing plaatsgevonden (regeling klokkenluider).

3.1.2 Raad van Bestuur

Samenstelling Raad van Bestuur

Naam	Bestuursfunctie	Nevenfuncties
G.P.M. Huisman	voorzitter	geen

De bezoldiging is conform de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuis Directeuren (NVZD) bij aanstelling en is gespecificeerd in de jaarrekening en de bijlagen in DigiMV. De overgangsregeling Wet Normering Topinkomens is van toepassing.

3.1.3 Toezichthouders (Raad van Toezicht/Raad van Commissarissen)

Samenstelling Raad van Toezicht

	Functie	Nevenfuncties	Deskundigheid
Mr. T.P.K.E. van den Berg, (voorzitter)	voormalig directeur R&D Achmea Zorg	Arbiter Scheidsgerecht Gezondheidszorg	Juridisch / bestuurlijk
Hr. P. Stortelder (vice voorzitter)	Directeur/eigenaar Wopereis Groep te Doetinchem	- Voorzitter bedrijvenkring Bronckhorst - Bestuurslid Samenwerkende Ned. Staalbouwgroep Oost	Bestuurlijk / bedrijfseconomisch
Mevr. drs. P. Buis (lid)	Voormalig voorzitter Raad van Bestuur Thuiszorg Verian. Consultant PGO organisaties	-Lid RvT Vitras	Management /Zorg Kwaliteit en veiligheid
Hr. E. Heijink	Directeur/eigenaar Rensa groep		Bedrijfseconomisch
Mevr. drs. A. van den Wildenberg (lid)	Voormalig bestuurder / voorzitter bestuur ziekenhuis de Tjongerschans en Verpleegverzorgingshuis en reactiveringscentrum Volckaert SBO	- NIAZ voorzitter / auditor * lid college kwaliteitsverklaring - lid PUM Nederlandse senior-experts - lid bestuur NVVE - lid bestuur stichting Levensende Kliniek - plv.voorz. Commissie van Beroep Actiz - lid Geschillencom. V&T	Management /Zorg Kwaliteit en veiligheid

De Raad van Toezicht bestaat op dit moment uit vijf leden, die worden benoemd voor een periode van vier jaar. (Her)benoeming vindt plaats op basis van een profielschets, die openbaar is. Op functies, taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden is het reglement Raad van Toezicht van toepassing. De Raad van Toezicht houdt toezicht op het functioneren van de bestuurder en toetst zowel de kwalitatieve als financiële aspecten van het gevoerde beleid. Daarnaast zijn zij klankbord voor de bestuurder.

De leden van de Raad van Toezicht hebben geen nevenfuncties die onverenigbaar zijn met hun functie als lid van de Raad van Toezicht. Het is een onafhankelijk orgaan. De leden zijn, buiten hun toezichthoudende rol, op geen enkele wijze betrokken bij het Slingeland Ziekenhuis. Naast de statutaire bepalingen rondom de Raad van Toezicht is er een reglement voor de Raad van Toezicht van toepassing.

Bij de uitoefening van zijn taak houdt de Raad van Toezicht zich aan de regels van de zorgbrede governancecode. Binnen de Raad van Toezicht worden geen individuele jaargesprekken gevoerd. Eenmaal per jaar wordt in een besloten overleg het functioneren van de raad geëvalueerd.

Rooster van aftreden Raad van Toezicht

	Lft.	Datum benoeming	Datum Herbenoeming 2 ^e zittingsperiode	Datum aftreden
Mr. T.P.K.E. van den Berg	65	01-01-2007	01-01-2011	01-01-2015
Hr. E.Heijink	60	01-01-2013	01-01-2017	01-01-2021
Mevr. drs. P. Buis	67	01-01-2007	01-01-2011	01-01-2015
Hr. P. Stortelder	56	01-01-2009	01-01-2013	01-01-2017
Mevr. drs.A. van den Wildenberg	64	03-09-2007	01-01-2012	01-01-2016

De Raad van Toezicht stelt een rooster van aftreden samen, zodanig dat de zittingsperiode niet langer is dan vier jaren. Aftredende leden zijn direct herbenoembaar. De Raad van Toezicht heeft besloten om een herbenoeming ter advisering aan de gremia voor te leggen. Een lid mag niet langer dan acht aaneengesloten jaren deel uitmaken van de Raad van Toezicht. Een lid dat in een tussentijdse vacature wordt benoemd, neemt in het rooster van aftreden de plaats in van degene in wiens plaats hij is benoemd.

De honorering van de Raad van Toezicht is gebaseerd op de adviesregeling van de Nederlandse Vereniging van Toezichthouders Gezondheidszorginstellingen (NVTZ) van 2009. De Raad van Toezicht heeft in 2010 besloten om gefaseerd, in een periode van drie jaar naar het niveau van de NVTZ adviesregeling 2009 toe te groeien. In het kader van de aanpassing van de fiscale regelgeving voor de honorering voor leden van raden van toezicht is besloten het advies van de NVTZ te volgen en de huidige vergoeding te verhogen met de BTW.

Functie	2013
Voorzitter rvt	€ 14.520,-
Leden rvt	€ 9.680,-

Presentielijst vergaderingen Raad van Toezicht 2013

	25-02	15-04	27-05	01-07	26-08	28-10	16-12
Mr. T.P.K.E. van den Berg	x	x	x	x	x	x	x
Mevrouw drs. Buis	x	x	x	x	--	x	x
Hr. E. Heijink	x	x	x	x	x	x	x
Hr. P. Stortelder	x	x	x	x	x	x	x
Mevrouw drs. A. van den Wildenberg	x	x	x	x	x	x	x

In het verslagjaar heeft de Raad van Toezicht zeven maal een bijeenkomst gehad in aanwezigheid van de bestuurder.

In de reguliere vergaderingen van de Raad van Toezicht werden gedurende het jaar de volgende onderwerpen ter besluitvorming en vaststelling voorgelegd:

- Goedkeuring Ziekenhuis Jaarplan 2013.
- Goedkeuring begroting 2013.
- Goedkeuring jaardocument Maatschappelijke Verantwoording 2012:
 - deel I, maatschappelijk verslag 2012;
 - deel II, jaarrekening 2012.
- Besluit herbenoeming van de heer P. Stortelder lid Raad van Toezicht voor een 2^e zittingstermijn.
- Vaststelling vergaderschema 2014.
- Goedkeuring directiereglement.
- Goedkeuring Ziekenhuis Jaarplan 2014.
- Goedkeuring begroting 2014.
- Principebesluit Nieuwbouw Slingeland Ziekenhuis.

Daarnaast zijn de volgende agendapunten in de Raad van Toezicht vergaderingen aan de orde geweest:

- Rapportage Ernst & Young accountants, uitkomsten initieel onderzoek management letter 2012.
- Verslag van de externe accountant over het jaar 2012 in aanwezigheid van de externe accountant.
- Financiële trimesterrapportages 2013.
- Trimesterrapportages ziekenhuisjaarplan 2013 en kwaliteit en veiligheid.
- Uitgangpunten kaderbrief 2014.
- Verslag van het reguliere jaargesprek met de inspectie.
- Haalbaarheidsonderzoek nieuwbouw.
- Integrale tarieven medisch specialist 2015 aan de hand van het NVZ rapport "Passend Model".
- Rapportage evaluatie reorganisatie Slingeland Ziekenhuis.
- Rapportage audit Planning & Control.

Het jaargesprek met de bestuurder is gevoerd door de voorzitter en vicevoorzitter. De resultaten van dit gesprek zijn in een besloten vergadering gerapporteerd aan de overige leden van de Raad van Toezicht.

Het verslagjaar heeft in het teken gestaan van de verkenning naar de haalbaarheid van de nieuwbouw van ons ziekenhuis elders. De conclusie van het haalbaarheidsonderzoek is dat nieuwbouw noodzakelijk en haalbaar is. Door nieuwbouw kan een toekomstbestendig ziekenhuis worden gerealiseerd dat voorbereid is op de toekomstige vraag naar zorg. Op basis van het beslisdokument nieuwbouw Slingeland Ziekenhuis heeft de Raad van Toezicht in de vergadering van 16 december 2013 het principebesluit genomen om te starten met de voorbereidingen voor de realisatie van de nieuwbouw van het Slingeland Ziekenhuis. De Raad van Toezicht heeft ingestemd met het voorstel om de komende maanden een projectorganisatie in te richten, die uitvoering geeft aan de volgende fase van het traject naar realisatie van nieuwbouw van het Slingeland Ziekenhuis.

Tijdens de jaarlijkse evaluatie van het functioneren van de Raad van Toezicht is het IGZ rapport toezichtkader bestuurlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid besproken. In de vergadering van 15 april 2013 heeft de Raad van Toezicht een delegatie van het bestuur van de medische staf ontvangen. Tijdens dit overleg is het thema kwaliteit en veiligheid uitgebreid aan de orde geweest. De raad heeft de medische staf nadrukkelijk gewezen op het belang van de betrokkenheid van de medische staf bij de implementatie van de verschillende kwaliteitsnormen en eisen. Tevens is in het kader van het onderzoek naar nieuwbouw gesproken over het toekomstig profiel en de portfolio van het ziekenhuis en daaraan gekoppeld de betrokkenheid van de medische staf bij de besluitvorming over profiel, medisch aanbod en keuzes in de zorg.

De Raad van Toezicht heeft in april een bezoek gebracht aan de buitenpolikliniek dermatologie. In een presentatie zijn de realisatie, de werkwijze en de eerste ervaringen in de buitenpolikliniek toegelicht. Na de presentatie heeft de Raad van Toezicht een rondleiding door de nieuwe polikliniek. In oktober heeft de Raad van Toezicht een bezoek gebracht aan het nieuwe personeelsrestaurant.

In de vergadering van augustus is de ontwikkeling van het aantal klachten door de klachtenfunctionaris toegelicht. In 2012 is een toename van het aantal klachten geconstateerd vooral in de maanden mei t/m augustus. Het vermoeden is dat deze toename is veroorzaakt door de VRE uitbraak en de reorganisatie. In 2013 is het aantal klachten weer in lijn met het aantal van 2011. De aard van de klachten blijft hetzelfde, bejegening en medisch technisch handelen. In 2013 is een stafvertegenwoordiger kwaliteit en veiligheid benoemd. Deze functie heeft als doel de regierol van de medische staf en de leden van de medische staf bij de ontwikkeling en implementatie van het kwaliteits- en veiligheidsbeleid te versterken. In 2013 is hij met een aantal projecten gestart: calamiteitenanalyse, herziening van de VIM procedure en dossieronderzoek naar aanleiding van de HSMR.

Een delegatie van de Raad van Toezicht heeft een overlegvergadering van de ondernemingsraad bijgewoond. De raad van toezicht memoreert de open sfeer tijdens de overlegvergadering en de constructieve wijze waarop door de ondernemingsraad wordt meegedacht. Het jaarlijkse overleg met de voltallige directie vindt plaats in december. Tijdens dit overleg wordt het jaarplan gepresenteerd en wordt de begroting besproken. Het overleg met de cliëntenraad heeft door omstandigheden niet in het verslagjaar, maar in januari 2014, plaatsgevonden.

3.2 Bedrijfsvoering

Het belangrijkste sturings- en controlesysteem betreft de beleids- en begrotingscyclus. In 2010 stelde het Slingeland Ziekenhuis een nieuw strategisch beleidsplan voor de jaren 2010 tot 2015 vast. De realisatie van de beleidsdoelen vindt plaats door deze jaarlijks te vertalen naar een ziekenhuisjaarplan. Hierin zijn telkens de beleidsdoelen voor dat specifieke jaar opgenomen als een concreet project of activiteit met daaraan verbonden specifieke resultaten. Het ziekenhuisjaarplan komt tot stand in de beleids- & begrotingscyclus, specifieke afspraken over de aansturing van afdelingen zijn vastgelegd in het besturingsmodel.

De hoofdlijnen van deze cyclus en het besturingsmodel zien er als volgt uit:

- De directie stelt een kaderbrief vast waarin de doelen en randvoorwaarden zijn geformuleerd (afgeleid uit het beleidsplan en mede op basis van de inbreng van staf en leidinggevenden tijdens de beleidsdag) die het komende jaar dienen te worden gerealiseerd op ziekenhuisniveau.
- Aan de hand van deze kaderbrief stellen de units en vakgroepen een jaarplan op met daarin onder andere hun bijdrage aan de realisatie van de doelstellingen uit de kaderbrief en daaraan gerelateerd de productieraming, de personele- en materiële begroting, de investeringsbegroting en de bouwbegroting.
- Tijdens de begrotingsdagen wordt door de directie de financiële ruimte voor het komende jaar aangescherpt. Aan de hand van de jaarplannen van de units en de medische staf worden prioriteiten gesteld en de exploitatie- en investeringsbegroting op ziekenhuis- en afdelingsniveau verder gedetailleerd. Het bestuur van de medische staf neemt deel aan de laatste begrotingsdag, waar het jaarplan en de exploitatiebegroting worden vastgesteld.
- De investeringsbegroting wordt door de directie vastgesteld nadat de investeringscommissie advies heeft uitgebracht over de ingediende investeringsvoorstellen.
- Na de vaststelling van het ziekenhuisjaarplan en de begroting door de directie en goedkeuring ervan door de Raad van Toezicht, presenteert de directie het jaarplan en begroting tijdens een beleidsdag aan de leidinggevenden en de medische staf. De afdeling planning en control informeert de unitmanagers en vakgroepen over de, voor hen van toepassing zijnde, interne budgetten en de goedgekeurde investeringen. Tevens worden de unitmanagers en vakgroepen ingelicht over de bouwkundige aanpassingen die het komende jaar zijn voorzien.
- De sturing gedurende het jaar wordt gerealiseerd door maandelijkse terugkoppeling van de gerealiseerde productie, wachtlijsten, personele gegevens en budget/financiële resultaten in de vorm van de management informatie. Eén keer per maand worden de leidinggevenden geïnformeerd over de ontwikkeling van de kosten versus de gerealiseerde omzet op ziekenhuisniveau. Tevens ontvangt men informatie over de kosten van de afdeling versus de begroting. Indien van toepassing wordt tevens informatie over de gerealiseerde productie van de unit verstrekt. De managementrapportages worden maandelijks door de directieleden in de directievergadering toegelicht. Indien noodzakelijk worden aanvullende afspraken gemaakt over bijsturing van de gerealiseerde resultaten. De directeuren bespreken het ziekenhuis-resultaat en de unitresultaten in het plenairoverleg en in het werkoverleg met hun unitmanagers. Ter ondersteuning is hiervoor een dashboard beschikbaar.
- Per drie maanden wordt de managementinformatie gebundeld en wordt er middels rapportages verantwoording afgelegd aan de directie en de Raad van Toezicht over de voortgang van activiteiten uit het jaarplan en kwaliteit en veiligheid. Hiermee is inzichtelijk of de uitvoering van acties en de realisatie van doelen lopen conform planning of hier van afwijken.
- Ook wordt er per drie maanden op ziekenhuisniveau verantwoording afgelegd aan de directie en Raad van Toezicht over het gerealiseerde financiële resultaat en over de voortgang van activiteiten uit het jaarplan en kwaliteit en veiligheid.
- Aan het eind van het boekjaar wordt er onder verantwoordelijkheid van de directie het jaardocument en jaarrekening opgesteld. Deze documenten worden jaarlijks volgens een vooraf opgestelde en door de directie goedgekeurde planning opgesteld. Publicatie en deponering van de jaarrekening geschieden binnen de wettelijke kaders, dat wil zeggen dat publicatie voor 1 juni van het daaropvolgende jaar plaatsvindt. De jaarrekening voldoet aan de gestelde eisen zoals vastgelegd in de Regeling Jaarverslaggeving WTZI en is voorzien van een accountantsverklaring.

Aan het eind van de looptijd van elk jaarplan en het beleidsplan wordt geëvalueerd of de benoemde eindresultaten ook daadwerkelijk zijn behaald in dat jaar of in de beleidsperiode. Indien dit niet het geval is wordt het beleid bijgesteld of indien dit juist wel is gebeurd wordt het voortgezet. Tevens wordt beoordeeld of en zo ja, in hoeverre het beleidsplan moet worden bijgesteld naar aanleiding van

externe en/of interne ontwikkelingen. Dit laatste gebeurt in de voorbereiding op de kaderbrief. De inhoudelijke toelichting op het financiële beleid in 2013 is weergegeven in 4.7

3.3 *Verslag van de cliëntenraad*

Conform de Wet op de Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ) heeft het Slingeland Ziekenhuis een cliëntenraad.

De cliëntenraad bestaat uit maximaal 7 leden (inclusief de voorzitter) en is in 2013 als volgt samengesteld:

	Functie	Jaar Herbenoeming 2 ^e zittingsperiode	Datum aftreden
Dhr. W. Vogel	Voorzitter		2016
Mw. A. Duenk-Huinink	Vice-voorzitter		2015
Mw. L. Geurts	Lid		2016
Dhr. J. Luesink	Lid		2017
Mw. J. Richter-Reebergen	Lid		2017
Dhr. K. Horneman	Secretaris	2016	

De cliëntenraad heeft voor 2013 een werkplan opgesteld en op de website gepubliceerd. De cliëntenraad vergadert maandelijks. De algemeen directeur is éénmaal per twee maanden aanwezig in een overlegvergadering. Er is éénmaal per jaar overleg met een afvaardiging van de Raad van Toezicht, met het bestuur van de Vereniging Medische Staf, met de klachtenfunctionaris, met de beleidsmedewerker kwaliteit en veiligheid, met een delegatie van de oncologiecommissie en met een delegatie van de ondernemingsraad. Ook worden een intern en een extern werkbezoek, evenals enkele sprekers uit de organisatie, ingepland.

In 2013 werd een vergadering van de cliëntenraad bezocht door:

- H. Menke (capaciteitunitmanager), B. Postma (arts-microbioloog), Marjon Gaikhorst (hygieniste): VRE-beleid.
- Enkele bestuursleden van het inloophuis Oude IJssel.
- H. Fleur (marktunitmanager): wachttijden en klantvriendelijkheid poliklinieken.
- T. Wouda (trainee en projectmedewerker) en H. Fleur (marktunitmanager): Polikliniek van de Toekomst.
- J. de Nijs (projectbegeleider strategie): Meten is weten.
- T. Veldman (coördinator samenwerkende 3 Gelderse ziekenhuizen).

De cliëntenraad wordt door de directie geïnformeerd over het voorgenomen beleid, de jaarrekening, de begroting, het kwaliteitsbeleid en alle lopende zaken die voor patiënten van belang zijn. Uitkomsten van patiënt tevredenheidsenquêtes (suggestiekaarten) zijn aan de cliëntenraad ter beschikking gesteld. Ook worden de leden van de cliëntenraad uitgenodigd voor bijeenkomsten betreffende planning en control (beleidsdag, informatiedag begroting), interne symposia en de nieuwjaarsreceptie.

Belangrijke onderwerpen die in 2013 aan de orde kwamen zijn:

- Projectplan ouderenzorg/kwetsbare ouderen.
- Plan van aanpak no-show.
- Opnamereglement AOA.
- Jaarverslag klachtencommissie.
- PAK-campagne.
- Bezoek laboratorium.
- Gastvrijdheid met sterren.
- Goede voorbeelden suggestiekaarten.
- Ver-/nieuwbouwplannen.
- Evaluatie reorganisatie zorgafdelingen.

De cliëntenraad heeft gevraagd advies uitgebracht over de volgende onderwerpen:

- Overdracht polikliniek revalidatiegeneeskunde.
- Nieuw reglement directie Slingeland Ziekenhuis.

- (Her) Benoeming lid Raad van Toezicht.
- Eet- en drinkbeleid patiënten 2013-2020.
- Voordracht lid/leden klachtencommissie.
- Advies organisatie ontwerp Slingeland Ziekenhuis 2.0 (met evaluatie reorganisatie zorgafdelingen).

Ongevraagd advies is gegeven over:

- Notitie onverzekerde patiënten.
- Ook is de directie geattendeerd op het verschil van inzicht dat is ontstaan over doorbelasten van de kosten voor arts-assistenten.

Het Slingeland Ziekenhuis stelt aan de cliëntenraad de volgende faciliteiten beschikbaar:

- Ambtelijk secretaris.
- Lidmaatschap LSR (Landelijk Steunpunt Medezeggenschap).
- Vergaderruimte.
- Kosten deelname scholing/symposia/congressen.
- Tijdschriften en andere informatie.

3.4 *Verslag van de Ondernemingsraad*

Werkwijze

De ondernemingsraad komt wekelijks bijeen. De formele vergadering vindt periodiek plaats. Op de andere momenten worden de stukken voorbereid, onderling overleggen gepleegd en worden besprekingen belegd met ondermeer medewerkers, leidinggevenden, preventiemedewerkers en PO&O. Het dagelijks bestuur heeft eenmaal per drie weken overleg met de algemeen directeur en het hoofd PO&O.

Zes á zeven maal per jaar vindt er een formele overlegvergadering plaats tussen de ondernemingsraad, de algemeen directeur en het hoofd PO&O.

Samenstelling van de ondernemingsraad

De volgende personen maken deel uit van de ondernemingsraad in 2013:

Dagelijks Bestuur	Jolien Hoefsmit, voorzitter Wilma Boswell Thea Willekes, secretaris	Fysiotherapie Verpleegkundige Longafdeling Polikliniek Reumatologie
Sociaal Beleid (SB)	Petra Seegers Diny Freriks Patricia Kaatman Lisette Spexgoor Hennie Thus	Servicepunt documentbeheer Verpleegkundige Chirurgie/MDL Polikliniek Heelkunde Verpleegkundige AOA Polikliniek Cardiologie
Veiligheid, Gezondheid, Welzijn, Milieu (VGWM)	Dorine van Hagen, vice-voorz. Wilbert Bovenmarsch Gonny te Vrugt (per 1-10-13) Gerard Schreur Joan Berings (tot 1-11-13)	Polikliniek Longgeneeskunde Spoedeisende Hulp Secretariaat AOA Centraal applicatiebeheer Poliklinieken
Financiën en Economie (F&E)	André Bruil Rudi Waning	Verpleegkundige Gynaecologie Informatisering & Automatisering
Ondersteuning	Mientje Wensink Petrina van Engelenburg	Notulist Ambtelijk secretaris

De ondernemingsraad heeft in 2013 de volgende onderwerpen behandeld. Indien niet anders vermeld, heeft de ondernemingsraad ingestemd dan wel positief geadviseerd.

Veiligheid Gezondheid Welzijn en Milieu

- 14 x RI&E van specifieke afdelingen of locaties.
- Regeling Arbeidsongeschiktheid in het Slingeland Ziekenhuis.

Sociaal Beleid

- Regeling salarisbeleid 2^e opleiding in de zorg (uit 2012).
- Digitaliseren exit interviews.
- 5x Dienstitijdenwijziging of werktijdenwijziging.
- Regeling sociale begeleiding bij organisatiewijzigingen;
Het is niet gelukt om met de vakbonden een nieuw sociaal plan af te spreken. De directie wilde toch graag, dat er goede afspraken op papier staan over hoe om te gaan met medewerkers, die te maken krijgen met sociale gevolgen van organisatieveranderingen. Daarom heeft de directie voorgesteld om het oude sociaal plan (2011-2012) om te zetten in een personeelsregeling. Omdat het oude sociaal plan heeft bewezen zeer goed te werken voor de medewerkers, die ermee te maken hebben gekregen, vindt de ondernemingsraad het een goed plan om de inhoud van dit plan van kracht te laten blijven zijn, zolang er nog geen nieuw sociaal plan is. Wij hebben dan ook ingestemd met deze regeling.
- Actieplan inzet invalkrachten.
- Stopzetten arbeidsmarkttoeslag anesthesie assistenten.
- Wijziging beleid aanwijzing verplichte vakantiedagen.

Financieel

De commissie F&E heeft dit jaar geen specifieke onderwerpen ter behandeling aangeboden gekregen. Wel hebben zij meermalen per jaar overleg met de directie over de begroting, de jaarrekening, tussentijdse managementoverzichten en financiële voortgangsrapportages.

Initiatiefvoorstel (artikel 23 WOR)

*Regeling vergoeding studietijd e-learning;

In 2011 heeft de ondernemingsraad een initiatiefvoorstel ingediend om de regeling studietijdvergoeding uit te breiden naar training/studies die niet klassikaal gevolgd kunnen worden, maar waarbij de mensen thuis, digitaal of schriftelijk, de stof tot zich moeten nemen. De CAO is hierover erg summier en er bleek in de praktijk erg wisselend mee om te worden gegaan. De directie heeft dit initiatiefvoorstel, in aangepaste vorm, aangenomen en in een personeelsregeling vastgelegd.

Organisatie

- Herbenoeming lid Raad van Toezicht.
- Nieuw directiereglement.
- Organisatie ontwerp Slingeland Ziekenhuis 2.0.
- Organisatie ontwikkeling apotheek.
- Organisatie ontwikkeling FMA en planning & control.

In navolging van de reorganisatie binnen de zorgclusters zijn ook de andere afdelingen binnen het ziekenhuis begonnen met een herstructurering van hun organisatie. Leidinggevend en coördinatoren krijgen een assessment en aan de hand van de uitkomsten hiervan worden deze functie omgezet naar unitmanager en teamleider. De medewerkers in kwestie krijgen, waar nodig, aanvullende training en scholing. In principe moet dit geen sociale gevolgen hebben voor de betrokken medewerkers en de ondernemingsraad zal de ontwikkelingen, zeker ook op dit laatste punt, nauwgezet volgen.

*Evaluatie Reorganisatie zorgclusters

Dit najaar heeft het ziekenhuis, met behulp van een extern adviesbureau, een uitgebreide evaluatie uitgevoerd van de in 2012 geïmplementeerde herstructurering van de zorgcluster en de invoering van een nieuwe organisatiestructuur binnen deze clusters.

De belangrijkste uitkomsten zijn, dat nog niet de taken en bijbehorende eisen die bij alle nieuwe functies horen, voldoende duidelijk zijn voor de nieuwe functionarissen. Voor de rest lijkt de nieuwe structuur goed te bevallen en in ieder geval zijn de sterke punten van het Slingeland Ziekenhuis niet aangetast (we kennen korte communicatielijnen en ook de prettige en informele werksfeer lijkt niet te hebben geleden onder de veranderingen). Iedereen heeft erg moeten wennen aan de nieuwe rolverdeling. Vooral het unitmanagement (unitmanager en medisch manager) voelt hierdoor een rem op de eigen initiatieven en de eigen verantwoordelijkheid die men wel moet nemen volgens de plannen. De directie lijkt soms nog wat moeite te hebben met het loslaten en met het alleen achteraf controleren en verantwoording laten afleggen. Ook de teamleiders willen graag meer duidelijkheid in afspraken rondom hun bevoegdheden. Tot slot is een knelpunt de grote hoeveelheid projecten, die in het ziekenhuis lopen. Er is weinig structuur in deze projecten, een goed projectmanagement ontbreekt en daardoor verzanden veel projecten. Dit komt de ontwikkeling van het ziekenhuis niet ten goede en daarnaast dreigt het gevaar van 'projectmoeheid' bij de medewerkers en management. Op dit moment

is een aantal afspraken gemaakt over verbetering van deze knelpunten en de ondernemingsraad zal deze afspraken en komende acties nauwgezet en kritisch volgen.

Raad van Toezicht

Tijdens de overlegvergadering van oktober 2013 zijn twee leden van de Raad van Toezicht aanwezig geweest. Naast de gewone agenda is tijdens deze vergadering uitgebreid gesproken over de nieuwbouwplannen en verbouwplannen en alle afwegingen die tezamen moeten leiden tot een definitief besluit hierover. (Ten tijde van deze vergadering was dit besluit nog niet genomen).

3.5 Verslag van Bestuur van de Vereniging Medische Staf

Bestuur Vereniging Medische Staf (VMS)

Het bestuur VMS is gemandateerd om namens de Vereniging Medische Staf op te treden binnen het kader van het vastgestelde strategisch beleidsplan, de vastgestelde beleids- en begrotingscyclus, alsmede het jaarlijks vastgestelde jaarplan VMS. Tevens is zij gemandateerd om uitvoering te geven aan het kwaliteitsbeleid. Het bestuur VMS houdt zich in principe bezig met onderwerpen die een stafbreed, vakgroep-overstijgend en interdisciplinair karakter dragen.

Samenstelling bestuur vereniging medische staf per 31 december 2012

- | | |
|--|---|
| - K.C.A. van Engelenburg, chirurg | voorzitter |
| - M. Bijkerk, anesthesioloog | vice-voorzitter/secretaris/penningmeester |
| - G.G.A. Malmberg, gynaecoloog (tot 1 nov.'13) | penningmeester |
| - Dr. S.J. van den Hazel, MDL-arts | lid, vanuit kamer vrijgevestigde specialisten |
| - J.H.J.M. Smeets, radioloog | lid, vanuit kamer vrijgevestigde specialisten |
| - Mw. E.V.M. Vermeulen, kinderarts | lid, vanuit kamer dienstverband specialisten |
| - Dr. C.W. van Haselen, dermatoloog | lid, vanuit kamer dienstverband specialisten |
| - F.J. Lijdsman (tot 1 sept.'13) | coördinator medische staf |
| - Mw. C. Polman (v.a. 1 sept.'13) | coördinator medische staf / beleidsmdw.VMS |

Vier van de zeven leden zijn aangewezen door de twee kamers, die deel uitmaken van de Vereniging Medische Staf. De drie algemene leden van het bestuur, die ook de functies van voorzitter, secretaris en penningmeester uitoefenen, zijn in 2011 herkozen door de leden van de Vereniging Medische Staf. De Raad van Mandatarissen is verantwoordelijk voor de continuïteit van het bestuur Vereniging Medische Staf.

Jaarplan Vereniging Medische Staf

Het opstellen van het jaarplan is onderdeel van de jaarlijkse rapportage van het stafbestuur aan haar leden over de komende activiteiten en de behaalde resultaten binnen de medische staf en haar bestuur.

Raad van Mandatarissen

Besluiten binnen de medische staf kunnen zowel tijdens de vergadering van de Raad van Mandatarissen geschieden als via een digitale of schriftelijke stemming onder de mandatarissen. Een voorstel is aangenomen wanneer tenminste 51% van het aantal uitgebrachte stemmen heeft ingestemd met het voorstel van het bestuur VMS.

Elektronisch Patiëntendossier (EPD)

In de zomer van 2013 heeft het bestuur VMS een schriftelijke stemming uitgezet onder de vakgroepen, bedoeld om een stafbrede instemming te verkrijgen voor de aanschaf en implementatie van het Basis EPD en specialismedossiers van ChipSoft. De uitslag van deze stemming was positief, waardoor tot de aanschaf en ziekenhuisbrede implementatie van het basis EPD kon worden overgegaan. Door het bestuur VMS is de noodzaak benadrukt van een goede introductie en instructie voor degenen die met het systeem zullen gaan werken.

Toekomstige positionering medische staf

Eind 2014 loopt het convenant over de gebudgetteerde honoraria vrijgevestigd medisch specialisten af. Er vindt een transitie plaats naar volledige prestatiebekostiging van ziekenhuizen. Ziekenhuisopbrengst en honorarium vloeien in 2015 samen binnen een integraal tarief/budget. Voor de Orde Medisch Specialisten was deze ontwikkeling aanleiding tot het uitbrengen van de nota's Medisch Specialist 2015 en Positionering 2015. Daarmee werd de weg geopend voor een discussie

over nieuwe vormen van betrokkenheid van de medisch specialist bij het ziekenhuis, variërend tussen een collectief dienstverband en een medisch specialistisch bedrijf dat aandeelhouders kent van het ziekenhuis.

Een mogelijke samenwerkingsvorm van de medische staf met de ziekenhuisorganisatie zou kunnen bestaan uit een collectief van medisch specialisten, verenigd in een medisch specialistisch bedrijf, dat samenwerkingsafspraken met het ziekenhuis maakt omtrent de dienstverlening. Een andere vorm van samenwerking is het participatiemodel, waarbij medisch specialisten eventueel zelfs aandeelhouder worden van het ziekenhuis. Uiteraard zijn nog meer andere samenwerkingsvormen denkbaar tussen medische staf en ziekenhuis, waarbij onderzocht zal moeten worden welke samenwerkingsvorm kan rekenen op het meeste draagvlak van de medische staf als ook van de ziekenhuisorganisatie en de externe stakeholders.

In 2014 zal door de medische staf en het stafmaatschap in samenspraak met de Raad van Toezicht en de Raad van Bestuur uitvoerig worden stilgestaan bij de diverse mogelijkheden voor een nieuwe vorm van onderlinge samenwerking per 1 januari 2015.

Samenwerking Rijnstate, Gelderse Vallei en Slingeland Ziekenhuis

In 2013 is de samenwerking tussen de drie ziekenhuizen op basis van de Samenwerkingsovereenkomst Rijnstate, Slingeland Ziekenhuis, Ziekenhuis Gelderse Vallei inzake de verdeling van de hoogcomplexe/laagvolume chirurgie verder tot uitvoering gebracht. Elke maand vindt daarover bestuurlijk overleg plaats. Uitgangspunt van de samenwerking is dat patiënten uit de regio Ede-Arnhem-Doetinchem zoveel als mogelijk is, behandeld worden in minimaal één van de drie ziekenhuizen, met inachtneming van de kwaliteits- en volumenormen voor die medische behandelingen.

In 2013 heeft het Slingeland Ziekenhuis samen met de twee andere ziekenhuizen een begin gemaakt aan het ontwikkelen van een eigen visie ten aanzien van de verdeling van de (complexe) acute zorg. Dit om gezamenlijk de dialoog met de zorgverzekeraars aan te kunnen gaan over de toekomstige infrastructuur van de (complexe) spoedeisende zorg in onze regio.

Kwaliteit en Patiëntveiligheid

Kwaliteit en Patiëntveiligheid is ook in 2013 één van de speerpunten van de VMS. Daarom wordt het als vast punt geagendeerd voor de maandelijkse vergaderingen van de Raad van Mandatarissen. Met ingang van 1 maart 2013 is binnen de medische staf een stafvertegenwoordiger Kwaliteit & Veiligheid benoemd, te weten Dr. F.J.L. Reijnders, gynaecoloog. De functie heeft als doel de regierol van de medische staf en de leden van de medische staf bij de ontwikkeling en implementatie van het kwaliteits- en veiligheidsbeleid te versterken. In zijn nieuwe functie brengt de heer Reijnders gevraagd en ongevraagd advies uit. Tevens maakt hij deel uit van het landelijk netwerk van stafleden kwaliteit, dat door de Orde Medisch Specialisten is opgezet.

Mortaliteitsonderzoek als kwaliteitsinstrument

Verhoogde SMR (standard mortality rate) waarden zorgden er in het najaar 2013 voor dat door de Raad van Bestuur besloten werd nader onderzoek naar deze verhoogde waarden te doen. Het onderzoek werd verricht door de recent opgerichte commissie dossieronderzoek, bestaande uit gespecialiseerde verpleegkundigen en drie specialisten. De Dutch Hospital Data (DHD) methode werd hierbij gehanteerd. Om die reden hebben de Raad van Bestuur en het medische staf een externe onderzoeker opdracht gegeven om 90 dossiers uit deze groep te onderzoeken. Conclusie van het onderzoek is dat de registratie onvoldoende is. Ook bevat het onderzoek concrete aanwijzingen waar de zorg verder verbeterd kan worden. Inmiddels is een verbeterplan hiervoor uitgewerkt. Omdat de casusbesprekingen van mortaliteit uit kwalitatief oogpunt zeer belangrijk zijn, zal in 2014 het bestuur VMS zich samen met de Raad van Bestuur inzetten om de registratie verder op orde te brengen en het dossieronderzoek en necrologiebesprekingen binnen de organisatie te continueren en verder te verbeteren.

Medicatieverificatie

Medicatieverificatie bij opname en ontslag vormt één van de thema's van het VMS

Veiligheidsprogramma. Iedere patiënt die wordt opgenomen in een ziekenhuis loopt het risico om als gevolg van onjuiste registratie van de gebruikte medicijnen de verkeerde medicatie te krijgen, meer of minder van het middel te krijgen of medicatie die wel was voorgeschreven, niet te krijgen. Daarom is er steeds meer aandacht voor het identificeren en voorkomen van medicatiefouten bij opname,

overplaatsing en ontslag. In 2013 is het project 'medicatieverificatie' in de gehele organisatie geïmplementeerd en is het doel, medicatiefouten verminderen bij de overdrachtssituaties door een actueel medicatie-overzicht te verkrijgen, behaald. Bovendien is met de implementatie voldaan aan het landelijk VMS zorgthema en wordt verspilling van medicatie tegengegaan.

Spoedeisende zorg

Eind 2013 is een begin gemaakt aan een onderzoek aangaande de spoedeisende zorg in de organisatie met als doel deze te verbeteren. Dat wil zeggen het inkorten van wachttijden op de spoedeisende hulp en het verbeteren van de doorstroom naar de AOA. Directe aanleiding voor het onderzoek is de toenemende ontevredenheid van patiënten (kenbaar gemaakt door suggestiekaarten en klachten) en medewerkers. Met de vorming van een kern- en een klankbordgroep, o.a. bestaande uit vertegenwoordigers van de diverse vakgroepen, is het de verwachting dat begin 2014 tot een verbeterde inrichting van de spoedeisende zorg kan worden gekomen.

Appraisal & Assessment

Per 1 januari 2013 vinden de IFMS-gesprekken plaats binnen de omgeving van het digitale IFMS-dossier Appraisal & Assessment Vrest. Daarmee wordt de voortgang van het IFMS-proces binnen de medisch staf bevorderd. Als belangrijkste succesfactor voor het optimaal evalueren van het functioneren van medisch specialisten wordt een goed opgeleide appraisor genoemd. Daarnaast is een goed leerklimaat in het ziekenhuis erg belangrijk. Er wordt daarom geadviseerd om te investeren in de opleiding van de appraisors. Alhoewel in 2013 slechts één staflid tot appraisor is opgeleid, staat begin 2014 de opleiding tot appraisor voor meer dan vijf stafleden op de planning bij de Stichting Appraisal & Assessment. Elke vakgroep wordt geacht minimaal 1 appraisor aan te wijzen voor de opleiding. Vakgroepen met meer dan 4 fte zijn verzocht 2 appraisors aan te wijzen.

In de periode 2012 – 2013 heeft 28,9% van het totaal aantal stafleden deelgenomen aan een twejaarlijks IFMS gesprek. Alhoewel reeds een aantal maatregelen in 2013 is genomen om het aantal IFMS gesprekken te bevorderen, is een inhaalslag nog steeds noodzakelijk om aan de gestelde eisen van de Inspectie aangaande IMFS te kunnen voldoen.

4. Beleid, inspanningen en prestaties

4.1 Meerjarenbeleid

Missie 'Samen sterk in kwaliteit'

Het meerjarenbeleid van het Slingeland Ziekenhuis is weergegeven in het Strategisch Beleidsplan 2010 - 2015. Hierin staat de volgende missie:

“Het Slingeland Ziekenhuis biedt de bewoners van de regio medisch specialistische zorg. Zij levert haar zorg op kundige en veilige wijze, organiseert de zorg patiëntgericht, waarbij betrokkenheid en aandacht voor de mens voorop staan”.

Visie

De toekomstvisie van het Slingeland Ziekenhuis kan worden getypeerd als:

Slingeland Regio^{plus} Ziekenhuis

Deze typering voegt voor patiënten op de volgende manier waarde toe:

1. Het Slingeland Ziekenhuis wil een “maatschappelijke partner” zijn op het gebied van specialistische basiszorg in de Achterhoek. Als maatschappelijk partner is het Slingeland Ziekenhuis actief in regionale en transmurale samenwerkingsverbanden. Tevens zoekt het Slingeland Ziekenhuis regionaal actief aansluiting bij gemeentelijke taken rondom gezondheidszorgpreventie en de WMO.

2. Het Slingeland Ziekenhuis wil zich bovengemiddeld en bovenregionaal onderscheiden op medisch inhoudelijk gebied en op de manier waarop de zorg wordt geleverd. Dit is terug te vinden in de “Plus” typering, waarmee het Slingeland Ziekenhuis de reikwijdte van haar eigen regio kan overstijgen.
3. Het Slingeland Ziekenhuis wil een “solide” zorginstelling zijn, waarbij er geen twijfel bestaat over kwaliteit, veiligheid of financiële positie. Dit betekent dat het Slingeland Ziekenhuis in de regio bekend staat als een gezonde instelling, waar de patiënten van op aan kunnen.

Vanuit de missie en visie is een strategie opgebouwd. De strategie bestaat uit drie strategische concepten, zorginhoudelijke focus en huis op orde. Per punt zijn inhoudelijke hoofdlijnen gedefinieerd en plannen opgesteld. Per strategisch onderdeel zijn hieronder de hoofdonderdelen weergegeven:

Strategische concepten

- Glazen ziekenhuis.
- Regie bij de patiënt.
- Gastvrijheid.

Zorginhoudelijk aanbod

- Focus op ouderen.
- Moeder en kind.
- Faciliteren 1^e lijn.
- Oncologie.
- Vaattijden.
- Chronische zorg.
- Acute en intensieve zorg.
- Electieve zorg.
- Preventie en lifestyle.

Huis op orde / Continu verbeteren

- Kwaliteit en Veiligheid.
- Aantrekkelijk om te werken.
- Marketing en communicatie.
- Informatisering en Automatisering.
- Lange Termijn Huisvestingsplan.
- Solide financiële positie.
- Efficiencyprogramma.
- Resultaatgerichtheid en organisatieontwikkeling.
- Strategische samenwerking.

De communicatie over het strategisch beleidsplan naar alle betrokkenen in de organisatie heeft een belangrijke plaats ingenomen, zowel tijdens de conceptfase als na de vaststelling. De directie heeft na vaststelling van het plan een communicatie campagne opgezet om alle medewerkers op diverse manieren te informeren over het plan en de betekenis van het plan voor hun afdeling en functie. Met deze communicatie campagne heeft de directie tevens inhoud gegeven aan één van de verbeterpunten uit het medewerkerstevredenheidsonderzoek. Via de planning en control cyclus is nader invulling gegeven aan het uitwerken en realiseren van de meerjarenstrategie.

4.2 Jaarplan 2013

Vanuit het beleidsplan wordt ieder jaar het ziekenhuisjaarplan opgesteld. In dit ziekenhuisjaarplan staan de belangrijkste doelstellingen voor het jaar benoemd. Daarnaast blijft het handelen in lijn met het meerjarenbeleidsplan en het vasthouden van goede prestaties ook van groot belang.

De hoofddoelstellingen voor het jaarplan 2013 kunnen kort en krachtig als volgt worden geformuleerd:

1. Uitvoeren PAK campagne (gedrag en cultuurwaarden).
2. Besluitvorming met betrekking tot huisvesting.
3. Verbeteren resultaten kwaliteit en veiligheid.
4. Realiseren productiebegroting.
5. Verbeteren efficiency.

Hieronder wordt weergegeven in hoeverre de beoogde resultaten zijn gerealiseerd.

Doelstelling 1: Uitvoeren PAK campagne (gedrag en cultuurwaarden).

Er is invulling gegeven aan een centrale campagne om het gedragscompas PAK (Patiëntgericht, Aandachtig en betrokken, Kundig en veilig) bij medewerkers, vrijwilligers en specialisten goed voor het voetlicht te krijgen. Hiertoe zijn concept klantbeloften ontwikkeld en is een uitvoeringscampagne opgezet. Met 69 ambassadeurs is toegewerkt naar een campagne die in september is gestart met een toneelvoorstelling. Deze zijn door medewerkers, vrijwilligers, specialisten en vrijwilligers goed ontvangen. In de teamoverleggen zijn deze door leidinggevenden en ambassadeurs opgepakt en is er een afdelingsspecifieke invulling gegeven aan het verbeteren van klantbeleving op de aandachtsgebieden van PAK. In 2014 zal dit een verder vervolg krijgen met het formuleren en uitdragen van klantbeloften.

Daarnaast is de dag van de gastvrijheid gehouden. Ook deze is als zeer succesvol ervaren. Op verschillende plekken in huis is aandacht besteed aan gastvrijheid en zijn onder medewerkers kreten in boekvorm verzameld wat zij onder gastvrijheid verstaan.

Doelstelling 2: Besluitvorming met betrekking tot huisvesting

Het Slingeland Ziekenhuis heeft in 2013 een haalbaarheidsstudie uitgevoerd naar nieuwbouw. Hierbij is zowel gekeken naar het functieprofiel, de businesscase en de locatie. Op basis van deze studie heeft het Slingeland Ziekenhuis besloten de nieuwbouw van een ziekenhuis verder uit te werken. Dit met als doel om in 2022 een nieuw ziekenhuis te realiseren aan de A18 in Doetinchem.

Daarnaast heeft het Slingeland Ziekenhuis vastgesteld welke verbouwingen en groot onderhoud op de bestaande locatie nog dient plaats te vinden. Hiervoor is een programma vastgesteld welke in diverse projecten uitvoer is genomen dan wel wordt genomen.

Doelstelling 3: Verbeteren resultaten kwaliteit en veiligheid

De afgelopen jaren is hard gewerkt aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg en de veiligheid van het zorgverleningsproces. Dit is enerzijds ingegeven vanuit de intrinsieke motivatie om ieder jaar de prestaties op dit vlak te verbeteren en anderzijds om te voldoen aan de eisen die door instanties opgelegd worden.

Voor het jaar 2013 is heraccreditatie van de NIAZ met succes afgerond.

Er zijn in het dashboard diverse indicatoren opgenomen die resultaten op het gebied van kwaliteit en veiligheid per afdeling weergeven. De resultaten van belangrijke parameters voor IGZ en ZIZO indicatoren zijn verbeterd en een aantal van de VMS thema's zijn volledig afgerond.

Ook heeft het Slingeland Ziekenhuis eind 2013 geconstateerd dat de ontwikkeling die zij doormaakt op het gebied van kwaliteit en veiligheid minder is dan die van collega ziekenhuizen. Dit bleek onder andere uit externe vergelijkingen (AD/Elsevier), voortgang IFMS, voortgang implementatie en borging van enkele VMS thema's. Naar aanleiding van deze bevindingen heeft het Slingeland Ziekenhuis besloten om haar inspanningen op het gebied van kwaliteit en veiligheid te vergroten om betere

resultaten te bereiken en stappen te zetten in de verdere verbetering van de kwaliteits- en veiligheidscultuur. Dit zal ook in 2014 veel aandacht vragen.

Doelstelling 4: Realiseren productiebegroting

In de jaren 2012 en 2013 is landelijk sprake geweest van een productiedaling. Het Slingeland Ziekenhuis heeft hier slechts beperkte mate mee van doen gehad. Met name vakken als plastische chirurgie, KNO en heilkunde hebben te maken gehad met daling van productie op onderdelen van de portfolio. Het betreft dan met name het niet consumeren van lichte zorg, uitstelbare zorg of esthetische ingrepen. Daarnaast is er wel sprake geweest van een aanzienlijke groei van de oncologie, zware electieve zorg (slaapapneu, heup en knie, etc), acute zorg (met uitzondering van zelfverwijzers) en chronische zorg.

In belangrijke mate heeft hieraan bijgedragen de toename van patiënten uit het westelijk deel van het verzorgingsgebied van het Slingeland Ziekenhuis. Met name de patiënten uit Didam, Zevenaar en Rijnwaarden zijn aanzienlijk toegenomen. Een en ander wordt waarschijnlijk ingegeven door het veranderde functieprofiel van het ziekenhuis Zevenaar en de sluiting van de spoedeisende zorg en de verloskunde afdeling.

In algemene zin kan hiermee gesteld worden dat er sprake is geweest van een stijging van de zorgverlening door het Slingeland Ziekenhuis. De begrote producties zijn daarbij niet gehaald.

Per onderdeel zijn dit de hoofdlijnen:

- Daling van de polibezoeken met 1.0%.
- Stijging van de opnamen met 4.6% inclusief dagbehandeling.
- Stijging IC opnamen met 3%, meer beademing en dialyse.
- Toename klinische OK tijd met 0,3% waarbij verschuiving ingrepen naar poliklinische OK's.
- Toename radiologie met 4% waarbij met name een sterke stijging van MRI en CT.
- Aanvragen diagnostiek voor huisartsen neemt toe met 3%, meer trombosepatiënten in begeleiding.
- Medicatie met >10% gestegen, mede als gevolg van overheveling medicatie naar ziekenhuis.

Als laatste merkt het Slingeland Ziekenhuis op dat het meten van de bedrijfsdrukte en productie bemoeilijkt is door nadere aanscherping van regels met betrekking tot de registratie van zorgactiviteiten en DOT's.

Doelstelling 5: Verbeteren efficiency

Het verbeteren van de efficiency blijft een belangrijk aandachtspunt voor de organisatie. Belangrijke positieve ontwikkelingen in 2013 zijn daarbij geweest:

- Aanpassing van het OK programma n.a.v. bezetting en wachtlijst.
- Verbeteren inkoop via Duitsland / ClinicPartner.
- Verkorten ligduur.

Het traject met betrekking tot optimalisatie van efficiënte behandeling van patiënten (DOT optimalisatie) heeft helaas niet het gewenste resultaat gegeven. Enerzijds zijn niet alle vakgroepen behandeld, anderzijds zijn de geïdentificeerde verbeteringen onvoldoende vastgelegd en omgezet in veranderd behandelbeleid.

In de loop van 2013 heeft de organisatie haar ambities in de begroting versterkt door in te zetten op een extra operationeel resultaat van € 1 miljoen. Dit heeft de organisatie ook gerealiseerd.

Het Slingeland Ziekenhuis zal zich ook de komende jaren moeten blijven richten op het verbeteren van de efficiency teneinde concurrerend te blijven.

4.3 Algemeen kwaliteitsbeleid

Kwaliteitsbeleid

In 2012 is het meerjarenbeleid "Kundig & Veilig; Beleid Kwaliteit & Patiëntveiligheid Slingeland Ziekenhuis 2013 – 2016" opgesteld. De doelstellingen zijn:

1. Afdelingen ondernemen acties gericht op het vergroten van de PAK-factor.

2. Versterken veiligheidscultuur:
 - a. Praktisch aan de slag op de werkvloer via IZEP.
 - b. Stijgende lijn ten aanzien van aantal VIM's & PRISMA's.
 - c. Borging implementatie richtlijnen gericht op terugdringen schade:
 - 10 landelijke veiligheidsprojecten
 - hygiënerichtlijnen
 - IGZ, veldnormen, etc.
3. Vergroten resultaatgerichtheid op het gebied van kwaliteit en patiëntveiligheid via het uitbouwen van de monitor en het werken met het dashboard.
4. Borging kwaliteit- en veiligheidsmanagementsysteem.

Medio 2012 is gestart met de uitvoering van deze doelen. In dit en het volgend hoofdstuk benoemen wij enkele van de belangrijkste specifieke ontwikkelingen uit 2013.

NIAZ Heraccreditatie

Het Slingeland Ziekenhuis is sinds 2007 geaccrediteerd door het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ). In april 2012 is het accreditatiebewijs voor vier jaar verlengd. Het accreditatiebewijs betreft zowel het kwaliteits- als het veiligheidsmanagementsysteem. In juni 2013 vond het toetsingsbezoek plaats op de tien verbeterpunten die uit het NIAZ-accreditatiebezoek naar voren zijn gekomen. De auditoren concludeerden dat van de in totaal tien verbeterpunten negen verbeterpunten adequaat en één verbeterpunt deels adequaat zijn opgepakt. Dit laatste verbeterpunt is medio 2013 afgerond.

Keurmerken

Het Slingeland Ziekenhuis hanteert, naast het NIAZ, nog andere keurmerken en systemen. In 2013 betrof dit de volgende:

- De afdeling dialyse beschikt sinds 2006 over een HKZ-certificaat.
- Het klinisch chemisch en hematologisch laboratorium is sinds 2002 in het bezit van een accreditatiebewijs van het CCKL. Het medisch microbiologisch laboratorium is sinds november 2012 in het bezit van het accreditatiebewijs van het CCKL. Het bewijs geeft aan dat het laboratorium voldoet aan de nationaal en internationaal gestelde kwaliteitseisen voor medische laboratoria.
- De afdelingen kindergeneeskunde en verloskunde hebben sinds 2010 het WHO/UNICEF borstvoedingscertificaat. Dit keurmerk geeft aan dat het Slingeland Ziekenhuis voldoet aan de internationaal vastgestelde criteria, de tien vuistregels voor borstvoeding.
- De vereniging Kind en Ziekenhuis heeft de kinderafdeling en de kinderdagverpleging van het Slingeland Ziekenhuis elk een bronzen 'Smiley' toegekend. Dit betekent dat de afdelingen voldoen aan de basiscriteria die de vereniging Kind en Ziekenhuis hanteert en dat zij zich positief onderscheiden door hun voorzieningen voor ouders en kind.
- Gastvrijheidszorg is een belangrijke pijler van waardevolle zorg. Het Slingeland Ziekenhuis werkt steeds gericht aan een gastvrijheidsbeleid. "Gastvrijheidszorg met sterren" is een waarderingssysteem voor de kwaliteit van gastvrijheid in zorginstellingen, waarbij maximaal vijf sterren zijn te behalen. Belangrijke onderdelen van gastvrijheid in de zorg zijn natuurlijk gezond en lekker eten en servicegerichtheid. Maar ook de manier waarop medewerkers cliënten helpen, is van belang. Het Slingeland Ziekenhuis heeft vier sterren gekregen in 2013. In de beoordeling zijn complimenten gegeven voor gastvrijheid, betrokkenheid, aandacht, deskundigheid en veiligheid.
- Het Slingeland Ziekenhuis heeft sinds 2007 het keurmerk voor Vaatzorg ontvangen van de Hart en Vaatgroep. Het keurmerk geeft aan dat het Slingeland Ziekenhuis voldoet aan de kwaliteitscriteria voor goede vaatzorg van de Vereniging van Vaatpatiënten. De criteria hebben betrekking op de specialisatie van de artsen, de onderlinge samenwerking, de reikwijdte van het behandelingsaanbod en mogelijkheden voor diagnostiek.
- Het Slingeland Ziekenhuis heeft het TopZorg-keurmerk ontvangen van zorgverzekeraar Menzis voor meerdere operatieve behandelingen. Voor alle TopZorg behandelingen geldt dat de behandeling voldoet aan hoge kwaliteitseisen.
- Het Slingeland Ziekenhuis is door zorgverzekeraar Achmea uitgeroepen tot kwaliteitsziekenhuis voor de operaties bij dikke darmkanker en voor de behandeling heupvervangend. De ziekenhuizen die de kwalificatie krijgen scoren bovengemiddeld op de door Achmea geselecteerde aandoeeningen.

4.4 Kwaliteitsbeleid ten aanzien van patiënten/cliënten

4.4.1 Kwaliteit van zorg

Waardering patiënten

Het Slingeland Ziekenhuis hanteert de volgende instrumenten om de waardering van patiënten en cliënten te achterhalen:

- CQI (Consumer Quality Index)-enquête
- suggestiekaarten
- klachten (zie 4.4.3) en
- cliëntenraad (zie 3.3)

Ter aanvulling vinden eventueel enquêtes of interviews plaats op vakgroep- of afdelingsniveau.

CQI enquêtes

De Consument Quality Index (CQI) is een landelijke enquête naar ervaringen van patiënten. De PROM's is een meting plaats naar het effect van de behandeling. In 2013 hebben de volgende onderzoeken plaatsgevonden onder de patiënten van ziekenhuizen:

CQI Themagemiddelden Zorg voor Kankerpatiënten:	Score 2013 @
Serius nemen van klachten	**
Afstemming zorg	***
Keuzemogelijkheid	**
Psychosociale begeleiding	***
Continuïteit van zorg	***
Informatie en communicatie	***
Informatie afronding behandeling	***
Overdracht andere zorgverleners	***
Aandacht erfelijkheid	**
Cijfer ziekenhuis	**
Zou u het ziekenhuis aanbevelen	**

CQI/PROM's Themagemiddelden cataract	Score 2013 @
Communicatie met artsen	**
Communicatie met verpleegkundigen	**
Pijnbestrijding en communicatie	**
Ervaren resultaat van de operatie ten opzichte van verwachting (PROM's)	**

CQI Themagemiddelden totale heup/knie	Score 2013 @
Communicatie met artsen	***
Communicatie met verpleegkundigen	**
Pijnbestrijding	**

PROM's totale heup/knie	Score 2013 @@
HOOP-PS verschilscore	*
KOOS-PS verschilscore	**
EQ 5D verschilscore	**
VAS PROM verschilscore in rust	*
VAS PROM verschilscore in onder belasting	*

@

* = ziekenhuis scoort significant lager dan gemiddeld

** = ziekenhuis scoort gemiddeld

*** = ziekenhuis scoort significant hoger dan gemiddeld

@ @

HOOP-PS: verschil tussen fysiek functioneren vóór en ná de heupoperatie

KOOS-PS: verschil tussen fysiek functioneren vóór en ná de totale knie operatie

EQ 5D: verschil tussen ervaren kwaliteit van leven van de patiënt voor en na de ingreep

VAS: vergelijking tussen de mate van pijn die de patiënt ervaart vóór en ná de ingreep, zowel in rust als onder belasting.

Voor de scores met betrekking tot de heup en knie is een aanvullend onderzoek uitgevoerd onder alle patiënten van 2013. Dit mede gezien de uitkomst van 2012 en het beperkte aantal patiënten wat hierbij bevestigd is. Uit de resultaten is duidelijk geworden dat het Slingeland Ziekenhuis op alle onderdelen gemiddeld of beter dan gemiddeld scoort. De beter dan gemiddelde score heeft betrekking op beleving met betrekking tot pijn (VAS) en ervaren (mindere hoeveelheid) complicaties.

Suggestiekaarten

Patiënten kunnen, via suggestiekaarten, op een laagdrempelige manier suggesties doen voor verbeteringen. In 2013 werden ruim 2000 suggestiekaarten ingediend. Zoals ieder jaar is het merendeel van deze suggestiekaarten positief. Iedere maand worden er suggestiekaarten geoordeeld waar nadere analyse en of verbetering op moet plaatsvinden. Acties, die afdelingen naar aanleiding van deze kaarten ondernemen, worden centraal geregistreerd.

Prestatie-indicatoren

Een van de belangrijke strategische concepten van het Slingeland Ziekenhuis is het Glazen ziekenhuis. Het Slingeland Ziekenhuis wil transparant zijn met betrekking tot de prestaties die zij levert. Het Slingeland Ziekenhuis werkt dan ook mee aan de landelijke uitvraag van kwaliteitsgegevens voor de "Basisset prestatie-indicatoren" van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en indicatoren in het kader van Zichtbare Zorg. Daarnaast worden ook voor losse aanvragen van zorgverzekeraars gegevens verzameld. Denk hierbij aan de uitvraag voor Topzorg van Menzis.

Het jaar 2013 laat een afname zien van het aantal op te leveren indicatoren. Het Slingeland Ziekenhuis heeft ervoor gekozen om ook de niet verplichte indicatoren van zichtbare zorg aan te leveren. Publicatie vindt plaats via externe partijen als Mediquest, Dr Yep, het Algemeen Dagblad en de Consumentenbond. Op basis van deze gegevens kan de patiënt een weloverwogen keuze maken tussen zorginstellingen. De omvang van het aantal indicatoren maakt dat het Slingeland Ziekenhuis gekozen heeft om de uitslagen van deze indicatoren op te nemen in de bijlage van het jaardocument.

Sterftecijfers

De Hospital Standardised Mortality Ratio is een indicator om sterfte in ziekenhuizen te vergelijken waarbij rekening is gehouden met relevante casemixfactoren. De HSMR wordt over een periode van drie jaar berekend. Bij kortere periodes neemt de vergelijkbaarheid tussen ziekenhuizen af. De HSMR over de periode 2010 – 2012 in het Slingeland Ziekenhuis bedroeg 105. Over 2012 was de HSMR 104. Het landelijk gemiddelde ligt op 100. De HSMR in het Slingeland Ziekenhuis wijkt niet significant af van het landelijk gemiddelde. De Standardised Mortality Ratio van enkele tientallen aandoeningen staat gepubliceerd op de website van het Slingeland Ziekenhuis.

(zie: <https://www.slingeland.nl/sterftecijfers/ruwe-en-gecorrigeerde-sterftecijfers/1646/1714>) .

4.4.2 Klachten

4.4.2.1 Samenstelling Klachtencommissie

Externe leden:

- mevrouw mr. J.C.M. Elderman, jurist, voorzitter klachtencommissie tot 1 november 2013; daarna lid klachtencommissie.
- mevrouw mr. A.Wiltink, advocaat, voorzitter, op voordracht van het Zorgbelang Gelderland, vanaf 1 november 2013.
- de heer drs. D.W. Koster, voormalig huisarts
- de heer drs. B.H.M. Bos, voormalig huisarts

Interne leden:

- de heer L. Schaars, IC verpleegkundige Slingeland Ziekenhuis, op voordracht van de ondernemingsraad.
- de heer dr. D. Scharn, vaatchirurg Slingeland Ziekenhuis, op voordracht van de medische staf Slingeland Ziekenhuis vanaf 1 juli 2012.
- de heer drs. G.G.A. Malmberg, gynaecoloog Slingeland Ziekenhuis, op voordracht van de medische staf Slingeland Ziekenhuis tot en met 31 oktober 2013.

Ambtelijk secretaris

mevrouw M.C.H. Leenders-Klink

Klachtenregeling

De klachtencommissie van het Slingeland Ziekenhuis is een belangrijke schakel in het proces van kwaliteitsverbetering in een instelling c.q. van een zorgaanbieder.

De uitgangspunten bij de behandeling van klachten zijn een zorgvuldige en vertrouwelijke behandeling, een onafhankelijke beoordeling op basis van "hoor en wederhoor" van klager en verweerder en een vlotte afhandeling. De klachtencommissie doet een uitspraak, eventueel begeleid door een aanbeveling aan de directie. De werkzaamheden van de commissie moeten gezien worden als een middel om de kwaliteit van het ziekenhuis te bevorderen.

Op grond van de WKCZ moet elke zorginstelling beschikken over een klachtenregeling. Hulpverleners en zorginstellingen zijn verplicht om klachten volgens de regels van de WKCZ te behandelen. In deze regeling is vastgelegd hoe met klachten van patiënten wordt omgegaan. Patiënten kunnen, naar wens, gebruikmaken van goed toegankelijke en professionele klachtenopvang, -bemiddeling en/of -behandeling. Het doel van de klachtenregeling is recht te doen aan klager en verweerder en aldus zo mogelijk klagers onvrede weg te nemen en zodoende de kwaliteit van zorg te verbeteren.

De klachten

In 2013 heeft de klachtencommissie 5 klachtbrieven ontvangen.

- Bij 6 klachten uit 2012 is in 2013 een uitspraak gedaan.
- 1 klacht uit 2011 is in 2013 een uitspraak gedaan.
- 0 klachten uit 2013 is in 2013 een uitspraak gedaan.
- 5 klachten uit 2013 zijn nog in behandeling en daarover wordt de uitspraak verwacht in 2014.

4.4.2.2 Klachtenfunctionaris

Klachtenopvang en –afhandeling

Het doel van klachtenafhandeling door de klachtenfunctionaris is tweeledig. Ten eerste het wegnemen van onvrede bij patiënten over de dienstverlening en ten tweede het herstellen van de vertrouwensrelatie tussen zorgverlener en patiënt. Klachtenafhandeling dient vervolgens te leiden tot het signaleren van verbetermogelijkheden binnen de organisatie. Uitgangspunten bij het nastreven van deze doelstellingen zijn:

- De klacht behandelen zo dicht mogelijk bij het niveau waarop de klacht is ontstaan.
- Een onpartijdige behandeling van de klacht.
- Zo weinig mogelijk formaliteiten bij het indienen van een klacht.
- Zorgvuldigheid betrachten met betrekking tot de privacy van zowel de klager als degene over wie geklaagd wordt.

De klachten

In 2013 werden door 283 mensen een klacht ingediend, dit is een daling ten opzichte van 2012.

Klachten kunnen schriftelijk, telefonisch, via een persoonlijke afspraak en per e-mail worden ingediend. Door 17 personen werd een schadeclaim ingediend, een zelfde aantal als in 2012.

De klachten zijn onderverdeeld in vijf categorieën. In bijgaande tabel is aangegeven hoeveel klachten er per categorie zijn ontvangen. Eén klacht kan in meerdere categorieën tegelijk voorkomen, waardoor het totaal aantal klachten hoger is.

Tabel: Klachten per categorie

	2010	2011	2012	2013	2010	2011	2012	2013
Aantal klagers	232	263	310	283	232	263	310	283
<i>categorie:</i>	<i>aantal</i>	<i>aantal</i>	<i>aantal</i>	<i>aantal</i>	%	%	%	%
medisch (87) verpleegk. (40)	78	117	130	127	29	34	26	31,1
relationeel	147	163	208	167	54	48	42	41,2
organisatorisch	18	31	102	44	6.7	9	20	10.8
bouw/terrein	11	14	15	11	4.1	4	3	2.7
financieel	17	18	44	58	6.0	5	9	14.2
TOTAAL aantal klachten	271	343	499	407	100	100	100	100

Bemiddeling

Klachtenbemiddeling is gericht op het oplossen van het probleem dat de oorzaak is van de onvrede. Luisteren, uitpraten, begrip kweken en eventueel verontschuldigen aanbieden kan een oplossing zijn. De meeste klagers zijn tevreden als in een bemiddelingsgesprek toelichting wordt gegeven op de toedracht van het gebeurde, als aangegeven wordt waarom iets onontkoombaar was of wanneer er spijt wordt betuigd over een ongelukkige gang van zaken. Veel klagers willen een signaal afgeven en spreken de wens uit dat ze door het melden van een klacht hopen te voorkomen dat een andere patiënt hetzelfde meemaakt. Als dit signaal op goede wijze wordt ontvangen en relaties worden hersteld, leidt dit voor de betreffende klagers tot tevredenheid.

Signalen voortkomend uit klachten worden gebruikt om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Deze signalen worden besproken met de teamleiders van de betreffende units/teams of de individuele medewerkers. Soms zijn naar aanleiding van een klacht concrete maatregelen genomen en zijn procedures aangepast.

208 klagers waren na behandeling van de klacht tevreden over de uitkomst. 23 personen waren niet en 29 niet geheel tevreden met de uitkomst. Van de mensen die via e-mail een klacht hebben ingediend, en ook via dit kanaal een reactie wensen op hun klacht, is niet altijd bekend of ze tevreden zijn met de afhandeling van de klacht. In 2013 was dit het geval bij 23 personen.

Van de 23 personen die niet tevreden waren over de uitkomst van hun klacht, zijn 3 personen naar de klachtencommissie gegaan en 5 personen hebben een claim ingediend. Twaalf personen hebben rechtstreeks een claim ingediend, waarmee het totale aantal claimanten in 2013 op 17 komt.

In 2013 veelvuldig genoemde klachten zijn:

- Discontinuïteit in zorg na ontslag van de klinische patiënt.
- Lange wachttijd op de afdeling spoedeisende hulp.
- Lange wachttijd afspraak polikliniek.
- Lange wachttijd op onderzoek.
- Coördinatie/afstemming tussen zorgverleners.
- Samenwerking/overdracht tussen zorgverleners.
- Onduidelijkheid over datum en tijdstip van ontslag.
- Verkeerde of gemiste diagnose.
- Onvoldoende begeleiding en uitleg bij onderzoek en/of behandeling.

- Bejegening van de patiënt en communicatie met de patiënt.
- Klachten en onduidelijkheden met betrekking tot de ontvangen nota in relatie tot geleverde zorg

4.4.3 Toegankelijkheid

In bijgevoegd schema staat aangegeven wat de gemiddelde toegangstijd is per specialisme over heel 2013:

Specialisme	polikliniek	dagbehandeling	kliniek
Interne Geneeskunde	1,5	1,0	1,0
Cardiologie	1,8	3,6	3,9
Longziekten	2,0	1,0	1,0
Reumatologie	2,3	1,0	1,0
Gastro-enterologie	4,3	1,0	1,0
Pijnbestrijding	1,5	1,0	n.v.t.
Chirurgie	1,1	1,9	2,0
Urologie	4,8	4,9	4,9
Orthopedie	1,2	2,0	2,5
Plastische Chirurgie	1,0	2,0	2,0
Gynaecologie	2,1	2,2	2,4
Kindergeneeskunde	1,7	1,0	1,0
Neurologie	3,8	1,0	1,0
Dermatologie	1,2	1,0	
KNO	1,5	2,8	3,1
Oogheelkunde	2,5	1,9	
Kaakchirurgie	1,0	4,0	4,0
Klinische Geriatrie	4,3	4,6	
Radiologie	1,0		

4.4.4 Veiligheid

Accreditatie Veiligheidsmanagementsysteem

Het Slingeland Ziekenhuis in sinds 2012 geaccrediteerd voor het veiligheidsmanagementsysteem. Zie voor meer informatie paragraaf 4.3. Dit betekent dat het Slingeland Ziekenhuis voldoet aan de NTA8009:2008 norm Veiligheidsmanagementsysteem voor ziekenhuizen.

Thema's Landelijk veiligheidsprogramma

Het Slingeland Ziekenhuis neemt deel aan het Landelijk Veiligheidsprogramma en maakt onderdeel uit van het netwerk Nederland Noord. Het Programma heeft 11 thema's vastgesteld waarbij het als doelstelling heeft de schade aan patiënten met 50% te verminderen. Voor ieder thema zijn of worden interventies vastgesteld. De stand van zaken met betrekking tot de implementatie van de tien thema's van het landelijk veiligheidsprogramma is:

<i>Thema's</i>	<i>Beperkt geïmplement eerd</i>	<i>Geïmplement eerd</i>	<i>Geïmplement eerd & structurele evaluatie van naleving</i>
Postoperatieve wondinfecties			X
Sepsis		X	
Vitaal bedreigde patiënt			X
Voorkomen schade bij ouderen:			
- ondervoeding			X
- delier			X
- valpreventie			X
- functieverlies			X
Medicatieverificatie bij opname en ontslag	X		

Voorkomen nierinsufficiëntie			X
Acuut coronair syndroom			X
Pijn			X
High Risk Medicatie	X		
Voorkomen verwisseling			X
Kinderen		X	

Toelichting:

- Postoperatieve wondinfecties: afspraken over de interventiebundel scheerbeleid, normothermie, antibioticaprofylaxe en beperken deurbewegingen en andere hygiënemaatregelen zijn al meerdere jaren breed geïmplementeerd en worden geregistreerd voor indicatoringrepen op het gebied van chirurgie, gynaecologie en orthopedie. Sinds eind 2013 vindt registratie van de maatregelen plaats voor alle operatieve ingrepen.
- Sepsis: interventiebundels zijn al langere tijd geïmplementeerd op de ICU. Uit de landelijke rapportage NICE blijkt dat over de eerste helft van 2013 bij 95,2% van de ICU patiënten met ernstige sepsis de volledige resuscitatiebundel werd toegepast (landelijk: 63,8%) en bij 100% van de managementbundel (landelijk: 86,5%). De sterfte daalde verder naar 5,5% (landelijk: 12,6%). De uitrol ziekenhuisbreed loopt nog.
- Vitaal bedreigde patiënt: werkwijze bij vitaal bedreigde patiënt is al meerdere jaren ziekenhuisbreed geïmplementeerd middels een scoreformulier. Sinds 2011 is een spoedinterventieteam aanwezig.
- De screening op kwetsbaarheid maakt sinds 2011 onderdeel uit van de anamnese in het Elektronisch Verpleegkundig Dossier. In 2013 zijn standaard activiteitenplannen Kwetsbare Ouderen beschikbaar in het elektronisch dossier. Voorts is het Geïntegreerde Zorg voor Ouderen team van start gegaan op een aantal verpleegafdelingen met als doel om kwetsbare ouderen beter te begeleiden en schade te voorkomen. In de laatste vier maanden van het jaar bedroeg het percentage ouderen dat binnen 24 uur na opname gescreend werd op kwetsbaarheid: 80,1%. Het percentage patiënten met een verhoogd risico op delier dat geobserveerd werd met behulp van de DOS-schaal bedroeg 71,9%.
- Bij alle patiënten vindt bij opname medicatieverificatie plaats. Verificatie bij ontslag vindt alleen plaats bij de beschouwende specialismen. Naar verwachting zal verificatie bij ontslag bij de overige verpleegafdelingen in de eerste helft van 2014 worden afgerond.
- Richtlijnen voor het voorkomen van nierinsufficiëntie van het CBO zijn al meerdere jaren ziekenhuisbreed geïmplementeerd. In juni 2013 is het traject gedigitaliseerd, zodat beter gecontroleerd kan worden of de juiste preventieve maatregelen zijn genomen.
- De interventies gericht op vermindering sterfte bij acuut coronair lijden zijn in 2012 doorgevoerd.
- In 2011 zijn drie maal daagse pijnmetingen standaard voor alle verpleegafdelingen doorgevoerd in het Elektronisch Verpleegkundig Dossier. Het percentage patiënten bij wie minimaal drie keer per dag een pijnmeting plaatsvond bedroeg de laatste vier maanden van 2013 62,9%. Met name bij patiënten die weinig of geen pijn hebben wordt de pijnmeting niet altijd geregistreerd.
- In 2011 en 2012 is de richtlijn voor het veilig toedienen van parenteralia op alle verpleegafdelingen ingevoerd. Uit een onverwacht toetsingsbezoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg in 2013 bleek dat verbeteringen nodig zijn. Verbeteracties hierop lopen nog door tot in 2014.
- Het Slingeland Ziekenhuis hanteert al meerdere jaren richtlijnen voor het voorkomen van verwisseling. Sinds het 1^e kwartaal 2012 maken deze onderdeel uit van de TOP-checklijsten Veiligheid van het operatief traject, waardoor de naleving beter is geborgd.
- De verschillende projecten zijn tevens doorgevoerd voor kinderen.

Ten aanzien van alle projecten geldt dat verbetering van de naleving en borging mogelijk is. Dit is een doelstelling voor het veiligheidsbeleid van 2014.

Veiligheidstoets

Sinds 2008 voeren leidinggevenden en directeurs jaarlijks een veiligheidstoets uit op alle afdelingen van het Slingeland Ziekenhuis. De gemiddelde score voor het Slingeland Ziekenhuis was in 2013 een 8 (uit 10). De scores per afdeling lopen uiteen van een 5 tot een 10. De scores per item variëren van 5,3 tot een 10. De hygiëne-items scoorden dit jaar gemiddeld een 8,6. Dat betekent dat de goede resultaten vanuit 2012 zijn vastgehouden.

Vermijdbare schade

Het rapport Monitoring Zorggerelateerde Schade van het NIVEL brengt in beeld hoeveel vermijdbare schade en vermijdbare sterfte optreedt bij ziekenhuispatiënten. Dit derde landelijke onderzoek laat een significante verbetering van de Nederlandse cijfers zien ten opzichte van 2008 en 2004. Het

percentage patiënten met vermijdbare schade is gedaald van 2,9% naar 1,6% en vermijdbare sterfte is gedaald van 5,5% naar 2,6%. Het Slingeland Ziekenhuis was een van de 20 ziekenhuizen die participeerde in dit onderzoek. De cijfers voor het Slingeland Ziekenhuis weken niet af van het gemiddelde.

4.4.5 Veilig Incidenten Melden

De Centrale VIM-commissie (VIM = Veilig Incidenten Melden) is een adviescommissie die als doel heeft een bijdrage te leveren aan de verbetering van de patiëntveiligheid. Dit gebeurt op grond van binnengekomen meldingen afkomstig van medewerkers en medisch specialisten. De commissie kwam 9 keer in vergadering bijeen.

De Calamiteitencommissie is een commissie die calamiteiten onderzoekt en afhandelt en daarover rapporteert aan de Raad van Bestuur. Het aantal bijeenkomsten is afhankelijk van het aantal calamiteiten.

Door het melden (en analyseren) van incidenten en calamiteiten zijn “zwakke schakels” in processen op te sporen en is met behulp van verbeteracties de patiëntveiligheid te verhogen.

Centrale VIM-Commissie

Algemeen

In 2013 is de doelstelling van de Centrale VIM-Commissie geweest om de huidige werkwijze te evalueren en waar nodig te actualiseren. Hiervoor is een werkbezoek gebracht aan ziekenhuis VieCurie in Venlo. Daarnaast heeft er een inventarisatie plaatsgevonden in het Slingeland Ziekenhuis naar het functioneren van het VIM-systeem. Hierover is een notitie geschreven door Petra van Paridon, Hetty Meijer en Mieke Janssen. De voorstellen tot verbetering in deze notitie worden in 2014 beoordeeld op haalbaarheid en vervolgens ingevoerd in iTask.

In 2013 is ook een nieuw reglement geschreven waarin de taken en bevoegdheden van de Decentrale VIM-Teams en de Centrale VIM-Commissie worden beschreven. Hierbij is besloten om een Centrale VIM-Coördinator te benoemen die de Decentrale VIM-Teams kan ondersteunen door onder andere scholingen te geven en teams kan bijstaan bij het maken van analyses.

Cijfers

Het totaal aantal meldingen is wederom gestegen ten opzichte van het voorliggende jaar. Ging het in 2012 nog om 3619 meldingen, in 2013 werden totaal 3735 meldingen gedaan. De decentrale VIM-Teams zorgen voor een toegenomen aandacht voor veilig melden op de werkeenheden, hetgeen heeft geleid tot een stijging van het aantal meldingen.

Meldingen	2013	2012	2011	2010
<i>Categorie:</i>				
Valincidenten	114	100	116	121
Medicatie	515	563	512	434
Materiaal /instrumentarium	318	293	256	150
Preoperatieve zaken	235	254	179	156
Transfusieketen/hemovigilantie	17	18	26	13
Dialyseformulier	286	303	286	-
Overig	1.569	1.156	1.099	691
KCHL/MML	681	629	-	-
totaal aantal meldingen:	3735	3.619	2.474	1.581
Index t.o.v. 2010:	236%	228%	156%	100%

De toename in 2012 werd deels veroorzaakt doordat de afdelingen KCHL en MML ook in het centrale meldingssysteem zijn gaan melden. De werkeenheden dialyse meldt sinds april 2011 digitaal. Opvallend is het grote aantal meldingen in de categorie “overig”. Dit zou kunnen duiden op onvoldoende bekendheid met het systeem. In de evaluatie van het hele VIM-systeem in 2013 is dit onderdeel meegenomen.

Samenstelling van de Centrale VIM-Commissie

- De heer F.J.L. Reijnders, gynaecoloog (voorzitter).
- De heer C. van Arkel, internist/oncoloog.
- Mevrouw D.G. van Gijssel, ziekenhuisapotheker.
- De heer R.A.C. Koot, patholoog.
- De heer S. de Rijk, anesthesioloog (t/m dec 2013).
- Mevrouw J. Jansen, verpleegkundige kindergeneeskunde.
- Mevrouw M. Janssen, leidinggevende paramedici/geestelijke verzorging/MPM.
- Mevrouw H. Meijer, teamleider dermatologie.
- Mevrouw G.S. Spronk, klinisch geriater.
- Mevrouw I. van der Wijst, kwaliteitsfunctionaris KCHL.
- Mevrouw P.J.F. van Paridon, ambtelijk secretaris (tot september 2013).
- Mevrouw M. Elshof, Centrale Coördinator (vanaf 11-11-2013).
- Mevrouw R. Smit, secretaresse.

N.B. Mevrouw B. Weerdesteijn, klachtenfunctionaris, (voorzitter) is wegens ziekte in 2013 niet aanwezig geweest.

Adviezen

Meldingen waarover door de commissie een advies is uitgebracht aan de directie hadden betrekking op de volgende onderwerpen:

- Vastleggen van afspraken in EZIS.
- Documenten iDocument.
- Toename valincidenten.
- Medische status versus EPD.

De volgende onderwerpen werden geanalyseerd. De verbeteradviezen werden met de melders besproken:

Medicatie:	Medicatiefouten (o.a. invoeren in EVS) Medicatieverificatie bij opname en ontslag Centrale Medicatie Registratie (CMR)
Patiëntenzorg:	Vastleggen afspraken in EZIS Meldingen betreffende afspraken met patiënten SIT (Spoed Interventie Team) Valincidenten Losse dopjes voedingsspuiten Overnemen adviezen van paramedici
Technisch	ECG-kar
Algemeen	Voorzitter lid geworden van Stuurgroep kwaliteit & veiligheid PRISMA-training gevolgd door de meeste commissieleden Meldformulieren VIM aanpassen Meldcultuur verbeteren

4.5 Kwaliteit ten aanzien van medewerkers

4.5.1 Personeelsbeleid

Het sociaal- en personeelsbeleid is er op gericht iedere medewerker, binnen heldere kaders, invloed te geven om de eigen professionaliteit te onderhouden en te ontwikkelen, gericht op het leveren van een bijdrage aan de afdelings- en organisatiedoelen. De basis voor samenwerken is gericht op het behalen van gemeenschappelijke winst (win-win). Op deze wijze kan de medewerker zich richten op de organisatiedoelen terwijl gelijktijdig ook de eigen doelen/ambities worden bereikt.

Ziekteverzuim

Doel: Terugbrengen van het ziekteverzuim naar 4,0%.

Het verzuimpercentage is ten opzichte van 2012 licht gedaald, van 4,6% naar 4,5%. De eerste drie maanden van 2013 bleek het verzuim, ook vergeleken met voorgaande jaren zeer hoog, terwijl het

verzuim in de maanden relatief laag was vergeleken met de voorgaande jaren. Uit de analyse van de verzuimredenen blijkt dat in de eerste maanden de griep onevenredig hoog vertegenwoordigd was en lang aanhield. In 2013 is extra aandacht besteed aan een meer gedetailleerde analyse van het ziekteverzuim. Belangrijkste resultaten waren een lichte daling van het ziekteverzuim op deze afdelingen en het inzicht van teamleiders dat naast de bekende verzuimbegeleiding ook gesprekken over frequent verzuim gevoerd moeten worden. Verder zijn er nieuwe rapportages en instrumenten ontwikkeld om het gesprek op teamniveau en op individueel niveau inhoud te geven gericht op voorkomen van verzuim en het sturen op duurzame inzetbaarheid.

Tabel: Ziekteverzuim (excl. zwangerschapsverlof)	Percentage
Verzuim totaal personeel in loondienst	4,5%

Verloop en vacaturevervulling

Tot begin 2013 was de verwachting dat de werkgelegenheid in de zorg zou stijgen. Aan de andere kant zou door de vergrijzing en ontgroening de vacaturevervulling problematischer worden. In de praktijk nam de werkgelegenheid in het Slingeland Ziekenhuis licht af. Enerzijds ingegeven door een efficiëntere werkwijze en nieuwe technologieën en anderzijds een minder sterke groei van zorgvraag. Met het oog op de ontwikkelingen is halverwege het jaar gestart met een gecontroleerde vacaturestop. Doel van deze actie was om in de aanloop naar de begroting van 2014 een buffer te creëren van ongeveer 30 FTE om zo de financiële doelstellingen voor 2013 te waarborgen en te voorkomen dat het Slingeland Ziekenhuis begin 2014 zou moeten starten met bezuinigingen met personele gevolgen. De buffer van 30 FTE is niet helemaal gehaald maar de beoogde resultaten wel.

De arbeidsmarkt reageert vertraagd op de ontwikkelingen, waardoor de werkgelegenheidskansen in de zorg positief worden gewaardeerd. Dit heeft tot gevolg dat er sprake is van een forse toename van het aantal verpleegkundige studenten op het MBO en HBO. Gezien de ontwikkelingen op de arbeidsmarkt verwachten we op korte termijn geen grote problemen bij het vervullen van de meeste vacatures. Het vervullen van management posities, met name aan de kant van de markt, blijkt nog steeds niet eenvoudig.

Tabel: Verloop personeel	Aantal personeelsleden	Aantal fte
Instream personeel in loondienst (totaal) in verslagjaar	93	67,3
Uitstroom personeel in loondienst (totaal) in verslagjaar	106	73,7

Tabel: Vacatures	Aantal vacatures einde verslagjaar	Aantal moeilijk vervulbare vacatures einde verslagjaar
Totaal personeel	15	0
Personeel met patiëntgebonden functies	10	0

4.5.2 Kwaliteit van het werk

Reorganisatie en organisatie ontwikkeling

Naar aanleiding van de in 2010 ontwikkelde strategie en het vastgestelde Beslisdocument heeft een reorganisatie van de zorg en organisatie ontwikkeling van het facilitair bedrijf plaatsgevonden.

Belangrijke onderdelen in de reorganisatie en de organisatie ontwikkeling betrof:

1. De (her)positionering van het unitmanagement, gericht op het verder ontwikkelen van integraal management en het vergroten van de resultaatgerichtheid van het Slingeland Ziekenhuis.
2. Het versterken van de operationele leiding door het introduceren en het benoemen van teamleiders.
3. Het aanstellen van medisch managers, met name binnen de marktunits.

Om de medisch managers toe te rusten voor hun nieuwe taak is in de tweede helft van dit jaar een managementopleiding gestart voor de medisch managers.

Begin 2013 is gestart met de evaluatie van de benoemingen en de evaluatie van het functioneren van de nieuwe organisatiestructuur. Naar aanleiding van deze evaluaties zijn verbeter acties ingezet. Deze acties betreffen onder andere het beter verdelen en toewijzen van bevoegdheden, afspraken over het stellen van prioriteiten en het versterken van de kennis en kunde met betrekking tot

projectmanagement. Daarnaast heeft ook een evaluatie plaatsgevonden van de herplaatsingsacties voor de medewerkers die boventallig zijn verklaard. Van de 52 medewerkers die boventallig zijn verklaard zijn er 45 herplaatst binnen de organisatie, 5 medewerkers zijn vrijwillig uit dienst gegaan en met 2 medewerkers is, na een verlengde herplaatsingstermijn, een beëindigingsovereenkomst afgesloten.

Zoals was afgesproken is in 2013 ook gestart met de organisatie ontwikkeling van de overige organisatie onderdelen. Om tijdig te reageren op veranderingen in de omgeving, de techniek en de financiering wordt organisatie ontwikkeling steeds meer een continue proces. Hierdoor hopen we reorganisaties zoveel mogelijk te voorkomen.

Het in 2011 vastgestelde Sociaal Plan kon in overleg met de bonden niet worden verlengd, ook konden we het niet eens worden over een gewijzigd Sociaal Plan. In overleg met de ondernemingsraad is op basis van de tekst van het Sociaal Plan een interne regeling vastgesteld.

Opleidingsbeleid

In 2013 zijn activiteiten uitgevoerd om te komen tot een nieuwe visie op de ontwikkeling van de verpleegkundige functie. Het eerste concept van deze notitie is opgesteld. In 2014 wordt dit verder uitgewerkt en wordt bepaald wat voor gevolgen dit heeft voor de stages en opleiding van verpleegkundigen in het Slingeland Ziekenhuis.

“Iedere medewerker is een professional”, dat is een belangrijk vertrekpunt van het sociaal- en personeelsbeleid van het Slingeland Ziekenhuis. Voor het opleidingsbeleid van het Slingeland Ziekenhuis houdt dit in dat de medewerkers zelf primair verantwoordelijk zijn voor de ontwikkeling en borging van de noodzakelijke kennis, kunde en vaardigheden. De organisatie stelt daarvoor de randvoorwaarden en biedt de mogelijkheden. Met het oog daarop is in 2013 een leermanagementsysteem aangeschaft en ingevoerd. Eind 2013 heeft de invoering en opleiding voor de beheersorganisatie plaatsgevonden. In het projectplan is vastgesteld dat de invoering van het systeem voor de gebruikers organisatie in 2014 zich met name richt op de borging van de kennis en vaardigheden voor het werken met risicovolle apparatuur en de borging van de kennis en vaardigheden met betrekking tot de voorbehouden handelingen.

Vitaliteit

In het kader van het vitaliteitsbeleid heeft het Slingeland Ziekenhuis deelgenomen aan de actie “Doetinchem Vitaal”. Daarin werden de deelnemers gestimuleerd om in beweging te komen. Ongeveer 150 medewerkers hebben van het aanbod gebruik gemaakt.

Als vervolg op het vitaliteitsonderzoek in 2011 - 2012 heeft een pilot plaatsgevonden op 3 afdelingen gericht op het verbeteren van de vitaliteit en de inzetbaarheid. Met behulp van een paar instrumenten “Hoe vitaal is ons team” en “Het vitaliteitsgesprek” kon het team zelf vaststellen op welke onderdelen zij acties willen en kunnen ondernemen om de eigen vitaliteit te verbeteren.

Medewerkers en de leidinggevenden waren enthousiast over de gebruikte methode, de ingezette hulpmiddelen en de vastgestelde acties. Het blijkt dat de methode het inzicht en het draagvlak voor het werken aan vitaliteit en inzetbaarheid vergroot. Belangrijk aandachtspunt is het daadwerkelijk uitvoeren van de acties en het bewaken van de resultaten. Vanwege het succes wordt in 2014 het project op een drietal afdelingen herhaald.

Roosteren

Om het roosteren door teamleiders te ondersteunen en te vereenvoudigen is, middels een aantal pilots, vastgesteld dat het roosteren beter en eenvoudiger is te organiseren met de inzet van WebAccess van Harmony, ons roostersysteem. Achterliggende gedachte daarbij is dat de teamleider de bezettingsbehoefte bepaald en kaders stelt, waarbinnen de medewerkers zelf invloed kunnen uitoefenen op het rooster. Verder worden roosterwensen alleen nog maar geregistreerd en toe- of afgewezen via WebAccess, in plaats van een variatie van methoden zoals papier, telefonisch, via de mail en mondeling. In 2013 zijn alle teamleiders getraind en begonnen met de inzet van WebAccess in ieder team. Evaluatie vindt plaats in 2014.

Inzet flexibele medewerkers

Als gevolg van de maatschappelijke discussie over de inzet van oproepkrachten (0-uren) en vragen van de ondernemingsraad en de vakbonden, heeft een evaluatie van de rechtspositie en de inzet van oproepkrachten plaatsgevonden. Daaruit kwam de conclusie dat de arbeidsovereenkomst, de juridische basis, juist en betrouwbaar was. Ook de wijze waarop het Slingeland Ziekenhuis de oproepkrachten inzet en welke ruimte er bestaat voor de oproepmedewerker voldoet aan de eisen van

de CAO en de wetgeving. Uit de analyse bleek echter ook dat de CAO geen concrete uitspraken doet over de term "incidentele inzet". In overleg met de ondernemingsraad heeft het Slingeland Ziekenhuis ervoor gekozen hiervoor een werkdefinitie op te stellen, de inzet aan deze definitie te toetsen en samen met de leiding te gaan sturen om de inzet van oproepkrachten niet buiten de vastgestelde kaders te laten plaatsvinden. Mocht dat toch noodzakelijk zijn dan wordt vooraf en in overleg met de oproepkracht bepaald binnen welk juridisch kader deze inzet valt te regelen. In 2014 wordt dit proces afgerond.

Jaargesprekken

Het jaargesprek is een belangrijk onderdeel van de communicatie tussen de medewerker en de leidinggevende. Hierin worden op een formele en gestructureerde wijze de inzet en de afspraken van het vorige jaar geëvalueerd en worden nieuwe afspraken gemaakt over de inzet en noodzakelijke ondersteuning en facilitering bij het realiseren van de plannen voor het komende jaar. In de afgelopen jaren is gericht actie gevoerd om ervoor te zorgen dat tenminste 80% van de medewerkers jaarlijks een jaargesprek heeft. In 2012 zijn we deze grens voor het eerst gepasseerd. Over 2013 zijn 76% van de gesprekken gehouden, hiermee hebben we de doelstelling van 80% niet gehaald. De afwijking van de doelstelling is ontstaan door discontinuïteit in de leidinggevende functies als gevolg van ziekte en verloop.

4.5.3 Veiligheid van het werk

Algemene- en arbeidsveiligheid

Het doel van de afdeling veiligheid is het zorgdragen voor veiligheid in en in de directe omgeving van het Slingeland Ziekenhuis. Deelgebieden die de afdeling vertegenwoordigt zijn arbeidsveiligheid & milieuzorg, beveiliging, parkeerbeheer, sleutel- en toegangsbeheer, bedrijfshulpverlening en het Ziekenhuis Rampen Opvangplan (ZiROP). De medewerkers van de afdeling, bestaande uit beveiligers en deskundigen op het gebied van integrale veiligheid en arbo- en milieuzorg, ondersteunen activiteiten op het vakgebied en ondernemen acties bij calamiteiten. De toegevoegde kwaliteit is de samenhang in verschillende fases van veiligheid. Zo richt de afdeling zich op pro-actie, preventie, preparatie, repressie en nazorg. Tevens heeft de afdeling veiligheid een centrale rol als het gaat om zorg voor samenhang met andere veiligheidsaspecten binnen het Slingeland Ziekenhuis, zodat een integrale veiligheidsgedachte ontstaat. Norm daarbij is dat tenminste voldaan wordt aan wet- en regelgeving op het werkterrein.

De verantwoordelijkheid voor arbeidsveiligheid ligt bij de afdelingen en medewerkers zelf. De twee arbo- en milieufunctionarissen ondersteunen en adviseren daarin. Er zijn onder andere 138 werkplekonderzoeken gedaan. Verder zijn diverse bijeenkomsten gehouden voor til- en transferspecialisten en ergocoaches en is voorlichting gegeven over werkhoudingen op een aantal afdelingen.

Risico Inventarisatie en -Evaluatie (RI&E)

De Risico Inventarisatie en -Evaluatie (RI&E) is een methode om de risico's van een bedrijf op het gebied van veiligheid, gezondheid en welzijn in kaart te brengen. Na de inventarisatie van de risico's worden van de knelpunten de zwaarte van de risico's ingeschat en maatregelen voorgesteld voor het oplossen van de knelpunten (evaluatie). De plannen van aanpak van de risico inventarisaties en evaluaties worden vastgesteld door de directie en ter instemming voorgelegd aan de ondernemingsraad.

De werkwijze van het houden van de RI&E is getoetst door een gecertificeerde externe arbodienst. De eindconclusie van de toets is dat met deze RI&E systematiek de arborisico's van de medewerkers goed in beeld zijn gebracht en dat de gehanteerde systematiek voldoet aan de arbowetgeving.

Naast de algemene RI&E zijn er in 2013 bij 14 afdelingen uitgebreide RI&E's uitgevoerd. Vijf andere geplande RI&E's zijn (in overleg met de afdelingen, ondernemingsraad en PO&O) uitgesteld tot 2014 vanwege (ver)bouw op betreffende afdelingen. De RI&E's van de diverse (kleine) werkeenheden (directie, PO&O, planning en control, typekamer en transferbureau) zijn ook verplaatst naar 2014 en zullen in een aangepaste vorm worden uitgevoerd.

Daarnaast zijn er voor diverse afdelingen deel-RI&E's uitgevoerd. In deze deel-RI&E zijn diverse veiligheidsaspecten beoordeeld die op een afdeling voorkomen. De aandachtspunten worden teruggekoppeld aan de afdeling met foto en te nemen actie.

SLingeland Incidentenmelding Medewerkers (SLIM)

Het is een verplichting incidenten te melden die kunnen leiden tot eventuele materiële, lichamelijke en/of psychische schade voor medewerkers. Dat kan via SLIM (SLingeland Incidentenmelding Medewerkers). Medewerkers kunnen dan via een elektronisch formulier onder andere ongevallen, beroepsziekten, schokkende gebeurtenissen, diefstal, agressie & geweld en bedreigingen melden (opmerking: SLIM voor medewerkersveiligheid, VIM-formulier voor patiëntveiligheid). Alle SLIM-meldingen worden verzameld door de afdeling veiligheid en waar nodig wordt actie genomen. Hieruit kan lering getrokken worden en verbeteringen worden doorgevoerd. Om te stimuleren dat medewerkers meer onveilige situaties melden, is gestreefd naar 500 meldingen in 2013. In werkelijkheid zijn dat in totaal 557 SLIM meldingen geworden. De doelstelling voor 2013 is daarmee gehaald.

Overzicht per onderwerp

(Bijna) ongeval	37
Cytostatica calamiteit	8
Prikaccident	14
Schoonmaak gevonden naalden e.d.	11
CSA- achtergebleven materiaal	133
Agressie, geweld en bedreiging	76
Diefstal (4x uit jaszakken van bezoekers)	6
Werkdruk	8
Werkwijze	89
Klachten	102
Klimaatklachten	25
Overig	48
Totaal	557

Niet alles wordt gemeld wat wel gemeld had moeten worden. Tevens is het aantal agressiemeldingen lager dan verwacht mag worden. Naar aanleiding van de meldingen die wel zijn gedaan zijn specifieke acties uitgezet met als doel agressie en geweld in de toekomst tegen te gaan.

Verder valt op dat 37 (bijna)ongevallen zijn gemeld en 5 meldingen met lichamelijk letsel. Analyse en benodigde acties zijn uitgevoerd.

Trainingen omgaan met agressie en geweld

Belangrijk voor een medewerker is te weten hoe om te gaan met agressie en geweld. In de RI&E van een afdeling wordt aangegeven of een dergelijke cursus gevolgd moet worden. Afdelingshoofden kunnen medewerkers aanmelden voor deze training. In 2013 zijn aan een aantal afdelingen trainingen "omgaan met agressie en geweld" gegeven door een erkend opleider uit het kwaliteitsregister VNVN.

Beveiliging

Het Slingeland Ziekenhuis heeft een eigen (erkende) bedrijfsbeveiligingsdienst. De beveiliging is verantwoordelijk voor bewakings- en beveiligingswerkzaamheden met als doel preventief op te treden tegen agressie en andere ongewenste onregelmatigheden om patiënten, bezoekers, medewerkers en aanwezige personen op het terrein en in de openbare gebouwen van de organisatie een veilige omgeving te bieden. Tevens is men verantwoordelijk voor het uitvoeren van controles ter voorkoming van schade aan gebouwen en installaties. Vanzelfsprekend staat veiligheid hoog in het vaandel en maken de beveiligers deel uit van de bedrijfshulpverlening als ploegleider. Gastvrijheid en aanvoelen van mensen in de specifieke ziekenhuis omgeving spelen daarin een belangrijke rol.

In 2013 is de beveiliging 140 keer opgeroepen in verband met agressie binnen het Slingeland Ziekenhuis.

Convenant Toegepaste Zorg en Veiligheid

Het Convenant Toegepaste Zorg en Veiligheid is opgesteld om eenduidige handelwijzen tussen medewerkers van ziekenhuizen, politie en justitie af te spreken. De convenantpartijen binnen de

veiligheidsregio Noord- en Oost-Gelderland zijn de Politie, Justitie, het Sint Jansdal Ziekenhuis te Harderwijk, het Gelre Ziekenhuizen te Apeldoorn en Zutphen, Streekziekenhuis Koningin Beatrix te Winterswijk en het Slingeland Ziekenhuis te Doetinchem. In 2013 zijn verschillende casussen aan de orde geweest.

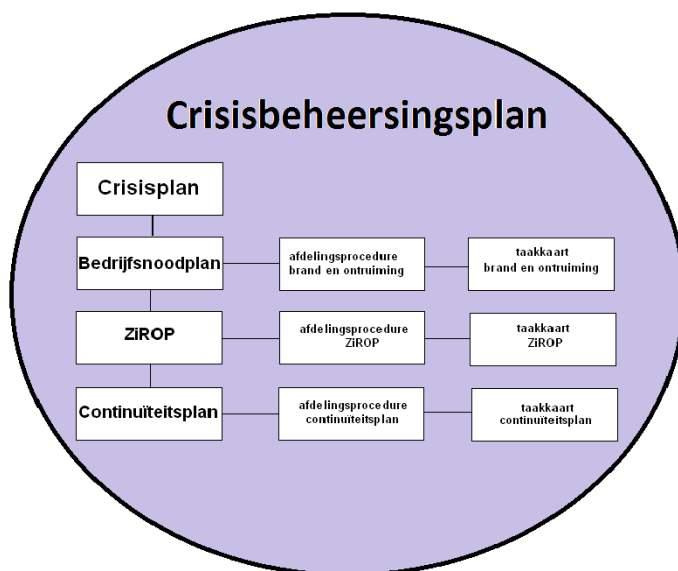
Crisisbeheersingsplan

Het Slingeland Ziekenhuis heeft een Crisisbeheersingsplan, dat bestaat uit:

- a. Crisisplan (gewijzigde naam van het “Calamiteitenplan algemeen”)
- b. Bedrijfsnoodplan (voor interne calamiteiten)
- c. ZiROP (Ziekenhuis Rampen Opvangplan) (voor externe calamiteiten)
- d. Continuïteitsplan

In 2013 is voor deze opzet gekozen om de samenhang en structuur in de verschillende plannen goed op elkaar af te stemmen.

Het crisisplan bevat alle algemene informatie omtrent calamiteiten, zoals de beschrijving van de organisatiestructuur in geval van interne en externe calamiteiten (beleidsteam en operationeelteam), de telefoonlijsten en de structuur van aanpak bij de verschillende soorten calamiteiten. De opbouw van het crisisbeheersingsplan is in figuur 2 weergegeven.



Figuur: Opbouw crisisbeheersingsplan.

Bedrijfsnoodplan

Het bedrijfsnoodplan is geschreven in geval er een interne calamiteit geschiedt en de reguliere bedrijfsvoering gehandhaafd dient te worden.

Brandveiligheid

De bedrijfshulpverlening in het Slingeland Ziekenhuis heeft vorm gekregen zoals aangegeven in de Risico Inventarisatie en -Evaluatie. Normen voor organisatorische en technische brandveiligheidseisen worden gesteld in de Arbowet en in het Bouwbesluit. Afgeleide daarvan is de verleende Gebruiksvergunning Slingeland Ziekenhuis in het kader van het Gebruiksbesluit. Afstemming daarover is geweest met de gemeente Doetinchem en de brandweer.

De bedrijfshulpverlening van het Slingeland Ziekenhuis bestaat uit medewerkers van het KCHL, afdeling huisvesting en techniek, ICU-verpleegkundigen en de beveiliging.

In 2013 werden op 4 dagen onderdelen van het bedrijfsnoodplan geoefend met de bedrijfshulpverleners in samenwerking met een brandweer- en BHV-opleidingscentrum. Centrale

onderdelen van deze oefeningen zijn het ontruimen van een afdeling, het benaderen en beheersbaar houden of blussen van een brand en de samenwerking met de brandweer. Alle BHV-ers en ploegleiders zijn NIBHV-gecertificeerd. Tevens zijn de BHV-ers op de locaties Gezellenlaan en Varsseveld opgeleid en getraind. Verspreid over 2013 vonden daarnaast op 91 werkeenheden en bedgebonden afdelingen ontruimingsoefeningen plaats. De meeste waren voldoende; 7 zijn overgedaan vanwege te lage prestatie. In 2013 vond dagelijks een check plaats van vrije doorgang tot brandslangen en van vluchtroutes. De brandweer heeft twee keer de bouwkundige en elektronische aspecten van brandveiligheid gecontroleerd die zijn vastgelegd in de in 2010 verleende gebruiksvergunning. Naar aanleiding daarvan kwamen een aantal verbeteracties naar voren, die zijn adequaat opgepakt.

ZiROP

Het ziekenhuisrampen opvang plan (ZiROP) beschrijft hoe slachtoffers bij een externe ramp op een efficiënte gestructureerde manier worden opgevangen en wat daarin ieders rol is. (Voor het ZiROP; zie 4.6).

Continuïteitsplan

Het continuïteitsplan is gericht op de vragen: welk alternatief kan ik inzetten en hoe kan ik er voor zorgen dat de patiënt geen nadelige gevolgen heeft van uitval van mijn proces.

4.6 Samenleving

Ziekenhuis Rampen Opvang Plan (ZiROP)

ZiROP staat voor Ziekenhuis Rampen Opvang Plan en wordt in werking gezet bij een externe ramp. Het huidige ZiROP is opgezet in de structuur zoals aangegeven bij hoofdstuk 4.5.2 onder "Crisisbeheersingsplan". Daarbij passen instructiekaarten en afdelingsprocedures binnen het totaal calamiteitenplan van het Slingeland Ziekenhuis. Daarin is de rol van afdelingen en functionarissen bij een externe ramp duidelijk omschreven. Het ZiROP is in 2013 meerdere malen aangepast, onder andere naar aanleiding van de ervaring van eerdere calamiteiten en ZiROP oefeningen. Voor het Beleidsteam en het Operationele team zijn calamiteitenkoffers ingericht. In deze koffers zitten alle benodigheden te gebruiken ten tijde van een calamiteit.

Opleiden

In 2013 zijn 6 sleutelfunctionarissen Operationeelteam (OT) en Beleidsteam (BT) opgeleid door middel van de Hospital Major Incidents Management and Support (HMIMS). Daarmee hebben 32 van de 35 leden van het OT en BT de opleiding gevolgd. Daarnaast hebben 7 sleutelfunctionarissen de Masterclass gevolgd (het totaal komt daarmee op 16 van de 18 op te leiden mensen). Naast de HMIMS en masterclass wordt er vanaf 2013 een cursus loggen en plotten voor de secretariële ondersteuning aangeboden. Twee medewerkers hebben deze cursus gevolgd en als zinvol ervaren. Naast de opleidingen verzorgt door het AZO, zijn er door de medewerker veiligheid enkele voorlichtingen geven.

Trainen

De medewerker Veiligheid heeft via het AZO deelgenomen aan bijeenkomsten over de ontwikkeling van het ISEE. ISEE is een simulatie softwareprogramma voor training en evaluatie van crisismanagement. Een oefenonderdeel hierbij is het training van de logistieke processen en behandelcapaciteit ten tijde van een calamiteit. De medewerker Veiligheid wordt ingezet als instructeur. In 2014 zullen trainingen met ISEE plaatsvinden.

Oefenen

Op 4 december 2013 heeft er een bestuurlijke oefening plaats gevonden. De oefening werd als positief ervaren met enkele leer- / aandachtspunten.

Multibel

Voor het automatisch oproepen van medewerkers ten tijde van een ZiROP wordt het MultiBel alarm gebruikt. Zoals afgesproken worden de bellijsten elk kwartaal geactualiseerd. Bij het actualiseren is een terugkoppeling gedaan naar medewerkers die op hetzelfde telefoonnummer bereikbaar zijn. Het in werking stellen van dit Multibel alarm wordt elke maandag door de medewerkers van de telefooncentrale geoefend. Tevens is de procedure om het Multibelalarm in werking te zetten 1 maal real life geoefend, waarbij de oproep naar 285 medewerkers is gegaan. Bij deze oefening was er een respons van 79%. Verbeter- en knelpunten die naar voren kwamen tijdens de oefening zijn opgepakt.

Milieubeleid

Het Slingeland Ziekenhuis is actief op het gebied van milieuzorg. Het streven is om de milieubelasting van de diverse activiteiten te minimaliseren. Om de inspanningen die de milieubelasting kunnen verminderen te coördineren, is in het Slingeland Ziekenhuis een milieuzorgsysteem opgezet. Reguliere aandacht is er onder andere voor energiebesparing, afvalpreventie en afvalscheiding, afvoer via de riolering, bescherming van bodem en lucht en het gevaarlijke stoffen beleid.

Onderdeel van het milieuzorgsysteem is dat er controles worden uitgevoerd om te checken of de protocollen en procedures werken en goed worden uitgevoerd. In 2013 zijn twee dergelijke controles gedaan. Tevens is afvalverwerking een van de onderwerpen in de Risico Inventarisatie en – Evaluatie (RI&E) per afdeling/unit.

Belangrijk aandachtspunt voor de komende jaren is het duurzaamheidsbeleid. Dit betekent dat het huidige milieubeleid tegen het licht wordt gehouden en verder gespecificeerd wordt op duurzaamheidsaspecten. Naast de ketenverantwoordelijkheid van materialen, producten en stoffen is energiebesparing voor het Slingeland Ziekenhuis een belangrijk onderwerp om verder te ontwikkelen.

4.7 Financieel beleid

Exploitatie

Het exploitatieresultaat over 2013 bedraagt € 6.461.000. Dit is 4,8% van de totale bedrijfsopbrengsten van € 134,9 miljoen en € 3.134.000 hoger dan het resultaat van 2012. De exploitatie van 2013 wordt gekenmerkt door hogere baten en lasten dan 2012.

De zorgopbrengsten van het Slingeland Ziekenhuis zijn in 2013 gestegen tot een bedrag van € 126 miljoen. De mutatie ten opzichte van 2012 kan als volgt worden verklaard. In de eerste plaats is de overvulling van contracten met zorgverzekeraars in 2012 te hoog ingeschat. De daadwerkelijke overvulling blijkt lager uit te pakken. Daarnaast zijn in 2013 de contractafspraken over 2012 met enkele zorgverzekeraars naar boven bijgesteld in verband met meer geleverde zorg voor patiënten. Tenslotte heeft uitbreiding van functie van het Slingeland Ziekenhuis tot aanvullende opbrengsten geleid inzake (door)levering van dure geneesmiddelen (orale oncolytica en groeihormonen). Het boekjaar 2013 heeft tenslotte in het teken gestaan van omzetzekerheden als gevolg van interpretatieruimte in regelgeving en onzekerheden rondom de financiële waardering van onderhanden zorgtrajecten. Deze onzekerheden hebben geleid tot selfassessments van alle ziekenhuizen. Uitkomst hiervan is dat het Slingeland Ziekenhuis op basis van de uitkomst ad € 2,2 miljoen een reservering voor verrekening met zorgverzekeraars heeft getroffen voor afwikkeling van alle boekjaren t/m 2013 en dat hiermee ook alle controles dito voorzieningen voor controles over zorgtrajecten met een sluitdatum in 2013 of eerder zijn vervallen.

De verantwoorde zorgopbrengsten zullen na vaststelling van de jaarrekeningen 2013 door het ministerie van VWS definitief worden verwerkt en beoordeeld in het budgettaire kader zorg. De uitkomsten hiervan kunnen leiden tot nadere verrekeningen over de jaren 2012 en 2013.

Het kostenniveau van het Slingeland Ziekenhuis kent in 2013 een stijging van € 11 miljoen met een totaal van € 127 miljoen. Deze mutatie heeft op hoofdlijnen 3 oorzaken. Ten eerste zijn de afschrijvingen met € 6 miljoen gestegen vanwege de aangekondigde nieuwbouwplannen in 2022. Dit besluit maakt dat de waarde van gebouwen, installaties en inventarissen afgeschreven moeten worden nihil ultimo 2022. In 2013 heeft dit een totaal effect van € 6 miljoen extra lasten. De personeelskosten hebben in 2013, ondanks een gedaalde omvang van de totale formatie een stijging doorgemaakt van 3% en € 2,4 miljoen ten opzichte van 2012. Oorzaken zijn cao-effecten (€1,1 miljoen), premies en sociale lasten (€ 900.000) en dotatie aan personeel gerelateerde voorzieningen als levensfasebudget, jubilea en arbeidsongeschiktheid (€ 1 miljoen). De overige bedrijfskosten zijn tenslotte met € 1,5 miljoen gestegen, voornamelijk door uitbreiding van de functie van (door)levering van dure geneesmiddelen (€ 1,2 miljoen) en licentiekosten van software ad € 600.000. De stijging wordt gedempt door de vrijval van een voorziening voor budgetcorrecties ad € 755.000.

Investeringsen

De gerealiseerde investeringen bedroegen in 2013 € 10,9 miljoen ten behoeve van gebouwen, medische inventarissen, facilitaire inventarissen en ICT voor respectievelijk € 3,9 miljoen, € 3,6 miljoen, € 2,2 miljoen en € 1,2 miljoen.

Liquiditeit

De liquiditeitspositie van het Slingeland Ziekenhuis is in 2013 met € 6,1 miljoen teruggelopen tot € 21,6 miljoen ultimo 2013 (2012 was € 27,7 miljoen). De operationele kasstroom had in 2013 een positief resultaat van € 12,2 miljoen. In de liquiditeitsplanning was rekening gehouden met verrekeningen van overvulling van schadelastcontracten. Deze verrekening heeft in belangrijke mate niet plaatsgevonden.

De investeringsuitgaven in 2013 hadden een omvang van € 10,7 miljoen en zijn daarmee 43% achtergebleven bij de geplande investeringsuitgaven.

De financieringskasstroom is met een uitgave van € 7,5 miljoen aan rente (€ 2,2 miljoen) en aflossing, (€ 5,3 miljoen) tenslotte conform planning en verwachting verlopen.

Vanwege het liquiditeitssaldo en het lage investeringsniveau zijn geen nieuwe leningen overwogen en aangetrokken. Met het oog op de aanstaande nieuwbouw en herhuisvesting wordt de doelstelling de komende jaren ook om investeringsuitgaven te beperken en het saldo van lang vreemd vermogen zo veel mogelijk te verlagen.

Bedrijfsresultaat

Het bedrijfsresultaat vóór rente en afschrijvingen (EBITDA) is in 2013 met € 9,9 miljoen toegenomen vanwege € 13,8 miljoen hogere opbrengsten minus hogere kosten voor personeel en bedrijfsvoering ad € 2,4 miljoen respectievelijk € 1,5 miljoen. Het bedrijfsresultaat vóór rente en na afschrijvingen (EBIT) kent een stijging van ruim € 3,3 miljoen vanwege de inhaalafschrijvingen ad € 6 miljoen. De mate waarin het bedrijfsresultaat dekkend is voor de rentelasten (ICR) komt daarmee met 6,0. De DSCR (mate waarin EBITDA dekkend is voor de verschuldigde rente + aflossing) sluit de (inhaal)afschrijvingen uit en laat een groei zien van 101% tot 3,38 (norm 1,2).

Vermogensniveau en solvabiliteit

Het vermogensniveau wordt uitgedrukt in het eigen vermogen als percentage van de gerealiseerde omzet. Het vermogensniveau van het Slingeland Ziekenhuis bedraagt met een eigen vermogen van € 32,9 miljoen per balansdatum 24% van de omzet. De standaardnorm van 15% is daarmee ruim gerealiseerd en geeft voldoende weerstandsvermogen voor mogelijke negatieve resultaten in de toekomst. De solvabiliteit (eigen vermogen ten opzichte van het totaal vermogen) is in 2013 gegroeid van 18,4% in 2012 naar 22,8% in 2013. Deze ontwikkeling wordt veroorzaakt doordat het eigen vermogen meer is gestegen dan het vreemde vermogen. Het vreemd vermogen is zelfs gedaald door aflossing van leningen en terugbetaling van financieringsoverschotten uit de jaren 2011 en eerder. Dit terwijl het vreemde vermogen ook is gedoteerd vanwege onderhandenwerkfinanciering door zorgverzekeraars, overvulling van schadelastcontracten en voorzieningen voor een totale waarde van ruim € 16 miljoen.

4.8 ICT-beleid

Begin 2013 is gestart met de implementatievoorbereidingen van het project medicatieverificatie bij opname dat eind van dat jaar met uitzondering van enkele verpleegafdelingen succesvol opgeleverd is.

Om de processen ten behoeve van stopmomenten binnen TOP 1,2,3 optimaal te kunnen ondersteunen is gestart met het volledig incorporeren van de digitale lijsten binnen de betreffende EZIS-modules.

Om het digitaal orderen verder vorm te geven is de functionaliteit "interne order" geïmplementeerd en heeft een herinrichting van de module ordercommunicatie plaatsgevonden. Binnen de kliniek is de startpagina voor de verpleegkundigen vervangen door het nieuwe model werkblad waardoor deze beter aansluit bij de standaard ontwikkelingen van ChipSoft.

Voorjaar 2013 is gestart met de implementatie voorbereidingen voor "Colonis", een digitale ondersteuning voor het bevolkingsonderzoek coloncarcinoom. Deze oplossing is eind 2013 opgeleverd en zal naar verwachting in februari 2014 in gebruik worden genomen.

In het kader van de samenwerking tussen de ziekenhuizen het Rijnstate, de Gelderse Vallei en het Slingeland Ziekenhuis met betrekking tot laag volume – hoog risico chirurgie is onderzoek gedaan naar de mogelijkheid van de invoering van een regio-dossier. Naar verwachting zal er in 2014 een besluit worden genomen.

Vanuit de samenwerking met Sensire ("In beeld") zijn op ICT vlak een drietal activiteiten opgepakt. Dit betreft het beeldbellen op basis van Facetime, het gebruik van digitale vragenlijsten voor patiënten en het in kaart brengen van de informatiestromen tussen beide organisaties en mogelijke geautomatiseerde oplossingen. Een rapportage met betrekking tot dat laatste onderwerp komt het eerste kwartaal 2014 beschikbaar.

In het najaar van 2013 is gestart met de inrichting van een printfunctionaliteit vanuit het EZIS ten behoeve van het medisch- en verpleegkundig dossier. Deze oplossing is eind van het jaar beschikbaar gesteld om te testen.

Na een aantal jaren zelf EPD inrichtingen te hebben gerealiseerd is in 2013 een onderzoek gedaan naar de voor- en nadelen hiervan. Op grond van dit onderzoek heeft de stuurgroep ICT geadviseerd het basis EPD en de specialisme dossiers van ChipSoft op basis van de "best practices" aan te schaffen. De directie en het stafbestuur hebben dit advies overgenomen en opdracht gegeven de voorbereidingen voor aanschaf en implementatie in 2014 te starten.

De uitrol van Fast User Switching en Single Sign is in 2013 nagenoeg afgerond. Tevens was eind 2013 circa 90% van alle Windows XP werkstations vervangen door Windows 7. Ten behoeve van de kantoorautomatisering heeft in de eerste helft van 2013 een upgrade naar Office 2010 en een migratie van Lotus Notes naar Outlook plaatsgevonden.

Voor de ondersteuning van de huisartsen bij de uitvoering van ketenzorg is het project COPD gerealiseerd en is een start gemaakt om de ketenregistratie CVRM binnen Portavita te realiseren.

Verder vonden in 2013 onder andere de volgende ontwikkelingen plaats:

- Implementatie patiëntenmonitoring / anesthesietoestellen Centricity op de OK;
- Penetratiestesten ICT infrastructuur;
- 1^e Fase netwerkredesign;
- Uitbreiding NetApp SAN;
- Upgrade spraakherkenning G2Speech;
- Implementatie Leer Management Systeem.

4.9 Commissies & adviesorganen

Het Slingeland Ziekenhuis heeft haar commissies georganiseerd in een zuilenstructuur. Aan iedere zuil is een lid van het bestuur van de VMS en directie gekoppeld. De verschillende commissies kennen over het algemeen een reglement, jaarplan en jaarverslag. De zuilenstructuur is opgenomen als bijlage.

4.10 Toekomstig beleid

Externe ontwikkelingen

Er zijn een aantal ontwikkelingen in de externe omgeving die van belang zijn voor de accenten die de organisatie in 2014 in het beleid legt:

- De invoering van het verplicht eigen risico bij de zorgverzekering heeft direct effect op de vraag naar zorg. Begin 2013 verschenen veel berichten over dalende producties in de zorg. Hoewel het eigen risico in 2014 slechts licht wordt verhoogd, zal dit blijvend effect hebben op de vraag naar lichte zorg. Dit betreft zowel de aandoeningen met lage ziektelast, als de verwijzingen welke voortkomen uit het reduceren van onzekerheid.

- Tegelijkertijd kopen zorgverzekeraars selectiever in. Er komen in toenemende mate polissen op de markt, waarbij patiënten in ruil voor een lagere premie naar een select aantal ziekenhuizen wordt verwezen. Voor de kleinere ziekenhuizen is dit een extra bedreiging ten aanzien van de marktpositie, omdat het nauwelijks mogelijk is voor deze ziekenhuizen polissen te offeren, door de decentrale ligging, dan wel de schaal van het ziekenhuis.
- De discussie over de concentratie en spreiding van de acute zorg vertaalt zich nu in concrete voorstellen van zorgverzekeraars voor herverdeling van met name de complexe acute zorg.
- Overheid en landelijke partijen zijn in het laatste hoofdlijnenakkoord overeengekomen de groei ruimte te beperken tot 1,5% in 2014, en 1% per jaar tot en met 2017.
- Door toezichthouders (met name IGZ) en zorgverzekeraars worden de zorgprestaties van de ziekenhuizen strenger beoordeeld, en bij onvoldoende resultaten heeft dit direct sancties tot gevolg. De Inspectie grijpt met name hard in als zij een cultuur aantreft waarin afwijkende resultaten gebagatelliseerd worden, veiligheidsrisico's onvoldoende worden onderkend en hier te reactief op wordt gereageerd. Bestuurlijke boetes en uitsluiting van contractering zijn geen uitzondering meer.
- Dit betekent dat de resultaten van ziekenhuizen steeds meer onder druk komen te staan en de onderlinge concurrentie verder aanscherpt. Het zal naar verwachting leiden tot een nieuwe golf van fusies en strategische samenwerkingen tussen ziekenhuizen.
- In de media is op verschillende momenten aandacht geweest voor onjuiste declaraties in de zorg. Dit is door het ministerie van VWS en Nederlandse Zorgautoriteit opgepakt. Zij hebben zorgverzekeraars opgedragen intensiever te controleren in ziekenhuizen en doen ook zelf nader onderzoek en komen met verscherpte regels en definities. Niet in de laatste plaats is aangekondigd dat de patiënt bij de ziekenhuisnota ook inzicht krijgt in de uitgevoerde activiteiten. Dit alles vertaalt zich in meer vragen van patiënten over verzonden nota's van ziekenhuizen en controles van zorgverzekeraars op juistheid van declaraties en gepaste levering van zorg.

Ambitie en doelen 2014

Op basis van het strategische beleidsplan 2010-2015 en de externe ontwikkelingen, zijn voor het jaarplan 2014 de volgende hoofddoelstellingen geformuleerd:

1. Van kernwaarden naar klantbeloften (PAK).
2. Versterking van marktaandeel.
3. Verbeteren Kwaliteit & Veiligheid (prestaties en veiligheidscultuur).
4. Gezonde exploitatie behouden.

In het ziekenhuisjaarplan 2014 is per doelstelling een plan van aanpak opgenomen. Dit plan van aanpak beschrijft hoe het Slingeland Ziekenhuis de doelstellingen denkt te behalen. Iedere drie maanden wordt hierover een rapportage opgesteld die door de directie besproken wordt. Tezamen met kwaliteit en veiligheid wordt dit gerapporteerd aan de Raad van Toezicht. Ook voor financiën wordt de rapportage met de Raad van Toezicht besproken.

OVERZICHT COMMISSIES 2013

De commissies rapporteren aan het team van portefeuillehouders.

Het team van portefeuillehouders rapporteert aan het overleg stafbestuur/directie.

Het team van portefeuillehouders bewaakt:

- dat er een duidelijk reglement is voor elke commissie conform het daarvoor geldende format
- dat de samenstelling van de commissies conform het reglement is en dat in vacatures wordt voorzien.
- dat duidelijk is wat de status is van adviezen c.q. besluiten van de commissies
- dat er jaarlijks rapportage komt vanuit de commissies
- dat er voor elk kalenderjaar een jaarplan en een jaarverslag door de commissies wordt opgesteld en aangeleverd bij het directiesecretariaat.



	Zuil 1 Financiën	Zuil 2 Kwaliteit & Veiligheid	Zuil 3 Zorg	Zuil 4 Wetenschap & Opleiding	Zuil 5 Facilitaire zaken
Overleg portefeuillehouders	financiering, begroting, onderhandelingen zorg-verzekeraars	kwaliteit, veiligheid, NIAZ, inspectie gezondheidszorg	patiëntenlogistiek, <u>beddenverdeling</u> , inrichting kliniek en polikliniek	opleidingen, arbeidsmarkt, innovatie	Huisvesting, facilitaire zaken
Portefuillehouder directie	G. Huisman	Stuurgroep kwaliteit en patiëntveiligheid	G. Groenendijk	G. Huisman	G. Groenendijk
Portefuillehouder <u>med.staf</u>	M. Bijkerk S. van den Hazel		J. Smeets	C. van Haselen	A. Malmberg
	* Commissie DBC & DOT * IBC-FWG commissie	* Medisch ethische commissie * Commissie orgaan- en weefseldonatie * Reanimatiecommissie * Oncologiecommissie * Platform medicatie en veiligheid * <u>Geneesmiddelencom.</u> * Com. medische gassen * Com. stralingshygiëne * Transfusiecommissie * Infectiecommissie	* OK-commissie * Coördinatie commissie traumatologie * IC-commissie * Commissie <u>beddenverdeling</u> * <u>Laparoscopiecom.</u> OC	* <u>Centrale opleidingscommissie</u> * BIG commissie * ICH/GCP * Bibliotheekcommissie	* Stuurgroep ICT * Materiaal advies commissie * Investeringscommissie * <u>Investeringsvoorbereidingscommissie</u> * Commissie medische huisvesting * Kunstcommissie

		2012	gemiddelde ziekenhuizen 2012	2013
	Indicatoren Zichtbare Zorg			
	Diabetes			
1.	Organisatiestructuur van diabeteszorg	ja		ja
2.	Laboratorium jaarcontrole:			
	HbA1c	97,6%	97,0%	98,3%
	kreatinine	94,2%	95,0%	94,8%
	microalbumine	84,6%	82,0%	85,1%
	cholesterol	86,4%	87,7%	87,6%
	HDL-cholesterol	86,3%	84,8%	87,3%
3.	Bloeddruk gemeten	90,6%	96,8%	90,9%
4.	Voetzorg	84,6%	87,4%	80,8%
5.	HbA1c kinderen < 6 jr waarde < 58 mmol/mol	0,0%	30,8%	66,7%
	HbA1c kinderen 6 - 12 jr waarde < 58 mmol/mol	31,6%	30,1%	40,0%
	HbA1c adolescenten kinderen 12 - 18 jr waarde < 58 mmol/mol	20,0%	21,7%	29,7%
	HbA1c adolescenten > 18 jr waarde < 58 mmol/mol	15,4%	19,2%	33,3%
	HbA1c kinderen < 6 jr waarde > 86 mmol/mol	50,0%	5,3%	0,0%
	HbA1c kinderen 6 - 12 jr waarde > 86 mmol/mol	0,0%	4,8%	0,0%
	HbA1c adolescenten 12 - 18 jr waarde > 86 mmol/mol	17,5%	16,0%	10,8%
	HbA1c adolescenten > 18 jr waarde > 86 mmol/mol	30,8%	13,7%	11,1%
6.	aantal diabetes gerelateerde acute opnames	1	7,2	3
	aantal kinderen < 6 jr acuut opgenomen	0	0,9	0
	aantal kinderen 6-12 jr acuut opgenomen	0	2,1	0
	aantal adolescenten 12-18 jr acuut opgenomen	1	3,7	3
	aantal adolescenten > 18 jr acuut opgenomen	0	0,5	0
7.	aantal kinderartsen in kinderdiabetesteam	3	2,5	3
	aantal door diabetesteam behandelde kinderen < 6jr	2	6,4	3
	aantal door diabetesteam behandelde kinderen 6-12 jr	19	30,4	15
	aantal door diabetesteam behandelde adolescenten 12-18 jr	40	56,1	37
	aantal door diabetesteam behandelde adolescenten > 18 jr	13	19,3	9

	Osteoporose			
1.	% BMD (Dexa) meting 50-80 jaar bij patient met fractuur	4,0%	31,7%	8,5%
	% BMD (Dexa) meting ≥80 jaar bij patient met fractuur	2,9%	16,7%	3,5%
	Maligne lymfoom			
1.	Doorlooptijd diagnostiek < 28 dagen	82,4%	94,3%	100,0%
2.	Volume aantal behandelde pat.	202	237	216
	Nierdialyse			
1.	% pat met gemid ureum/kreatininek-klaring>15 ml bij start dialyse	0,0%	3,1%	0,0%
2.	% pat. waarbij < 6 maanden na start dialyse de transplantatiestatus bekend is	72,0%	83,7%	68,4%
3.	% pat. met werkzame dialysetoegang na >6 mnd. behand. op predialysepoli	88,2%	79,6%	90,9%
4a.	Aantal pre-emptieve transplantaties	0	1,9	2
4b.	Aantal chronische dialysepat.	83	115	73
5a.	Aantal PD pat.	11	20	16
5b.	Aantal HD pat.	72	107	91
	Dementie			
1.	Aanwezigheid protocol acetylcholinesterase-remmers	ja		ja
2.	Aanwezigheid MDO dementie	ja		ja
	Reumatoïde Artritis			
1a.	fte reumaverpleegkundige	1,35	1,1	1,2
1b.	Percentage reumapatiënten dat gesprek heeft gehad met reumaverpleegkundige	58,1%	65,3%	66,3%
	deelnemers MDO	reumatoloog en reumaverpleegkundige, overige personen op aanvraag		reumatoloog en reumaverpleegkundige, overige personen op aanvraag
	Hernia/Lumbosacraal radiculair syndroom, HNP			
1.	gemiddeld aantal dagen tussen het stellen van de operatie-indicatie en de operatie	25,4	31,9	18,6
2.	aantal lumbale heroperaties < 30 dagen na een HNP-operatie	0,0%	0,4%	0,0%
3.	Volume patiënten lage rug HNP en lage rug stenose (facultatief)	105	215	129

4.	Deelname DSSR	nee	48% ja	ja
CVA				
1.	Tijdigheid TIA-diagnostiek; gemiddelde tijd (facultatief)	27,9 uur	36,3	27,5
2.	% patiënten dat trombolyse heeft ondergaan	20,1%	13,8%	22,1%
3.	Tijdigheid trombolyse; gemiddelde tijd	37 min.	41 min	37 min
4.	Gemiddelde wachttijd tot carotis operatie	12 dagen	12,1 dagen	8
5.	Volume carotis endarterectomie	27	38,2	38
	Hoeveel patiënten bij specialist met laagste aantal	4		10
	Hoeveel patiënten bij specialist met hoogste aantal	13		15
Migraine (facultatief)				
1.	% nieuwe pat. dat een enkelvoudig poliklinisch consult heeft gehad	11,9%	15,9%	6,7%
OSAS				
1.	Begeleiding vermindering overgewicht?	ja		ja, begeleiding door eigen ziekenhuis
Longcarcinoom NSCLC/SCLC				
1.	% pat. met diagnostiek < 28 kalenderdagen	82,8%	85,4%	87,8%
2.	% behandelde pat. met start behandeling < 21 kalenderdagen na afsluiting diagnostiek	80,6%	79,4%	83,7%
3.	% patiënten besproken in MDO	100,0%	95,3%	93,2%
4.	Kwaliteitseisen longchirurgie	ja		ja
5	Bij hoeveel patiënten met longca is resectie uitgevoerd	22	45	28
Maagcarcinoom				
1.	% pat binnen 5 weken na PA start behandeling	100,0%	81,2%	100,0%
2.	% pat. dat voorafgaand aan behandeling is besproken in MDO	100,0%	94,9%	93,3%
Hernia inguinalis/Liesbreuk				
1.	% lokale anesthesie bij open operaties	0,9%	5,5%	1,4%
2a.	aantal open operaties	249	181	269
2b.	aantal laparoscopische operaties	46	116	68
Mammacarcinoom/Borstkanker				
1a.	Irradicaliteit na eerste tumorexcisie bij borstsparende behandeling van een primair invasief mamma. bij wie meer dan focaal tumorweefsel is gevonden	4,6%	5,3%	4,2%

Definitie ZIZO is ruimer dan IGZ, ook kleine resecties tellen mee.

1b.	Irradicaliteit na eerste tumorexcisie bij borstsparende behandeling van een primair invasief mamma. bij wie niet bekend is of er meer dan focaal tumorweefsel is gevonden	1,1%	0,4%	0,0%
1c.	Irradicaliteit na eerste tumorexcisie bij borstsparende behandeling van een primair DCIS bij wie focaal of meer dan focaal tumorweefsel is gevonden	30,8%	16,9%	14,3%
1d.	Irradicaliteit na eerste tumorexcisie bij borstsparende behandeling van een primair DCIS bij wie niet bekend is of er focaal of meer dan focaal tumorweefsel is gevonden	0,0%	1,5%	0,0%
2a.	Operatie binnen 5 weken na PA-afname	90,8%	87,7%	91,2%
2b.	Chemo binnen 5 weken na PA-afname	90,0%	83,7%	89,5%
3a.	% lokale recidieven binnen 5 jaar na borstsparende chirurgie	4,7%	1,2%	2,0%
3b.	% lokale recidieven binnen 5 jaar na ablatieve chirurgie	3,1%	1,8%	1,2%
4a.	multidisc bespreking vóór behandeling	98,9%	97,8%	97,2%
4b.	multidisc bespreking na operatie	97,8%	98,3%	95,9%
5.	Volume aantal geopereerde patiënten	185	183	142
Varices/Spataderen				
1.	Percentage pat. varices bij wie voorafgaand aan invasieve ingreep duplex is uitgevoerd	96,3%	97,7%	97,7%
2.	Volume aantal geopereerde patiënten vaatchirurgie	689	429	713
	Toepassing endovasculaire behandeltechnieken?	ja	ja	
	Percentage toepassing behandeltechnieken			
	- strippen VSM met crossectomie	14,0%	8,6%	11,4%
	- EVLT	20,3%	31,3%	14,8%
	- radiofrequente endovasculaire technieken	0,0%	onbekend	0,0%
	- sclerocompressietherapie	42,6%	37,6%	23,8%
	- overige operaties	1,8%	22,1%	1,1%
Colorectaal carcinoom				
1.	% resecties voor colorectaal ca. dat is aangeleverd aan DSCA	100,0%	99,6%	100,0%
2.	% pat. bij wie ≥ 10 lymfeklieren zijn onderzocht	91,4%	DSCA2012: 89%	86,1%
3.	% pat. met rectumca. besproken in MDO	100,0%	DSCA2012: 97%	100,0%

4.	preoperatieve beeldvorming colon, waarbij colon <u>volledig</u> in beeld is geweest	65,7%	DSCA2012: 81%	75,3%
5a.	aanvullende chemo coloncarcinoom < 75 jr	93,3%	DSCA2012: 86%	100,0%
5b.	aanvullende chemo coloncarcinoom > 75 jr	37,5%	DSCA2012: 38%	33,0%
6a.	% pat met CRM vermeld in pathversl en reg in DSCA	97,8%	DSCA2012: 93%	100,0%
6b.	% pat met CRM van 1 mm of minder	8,7%	DSCA2012: 8%	3,6%
7.	preoperatieve radiotherapie rectumcarcinoom	92,1%	DSCA2012: 89%	86,0%
8b.	Volume aantal resecties	116	114	107
Carpale tunnel-syndroom (CTS)				
1.	% pat. met EMG <6 mnd. voorafgaande aan ingreep	96,7%	90,0%	96,9%
2.	% postop. wondinfecties binnen 30 dagen na ingreep	0,5%	0,73%	0,8%
3.	% postop. controle < 6 weken	98,3%	91,6%	99,7%
Galblaasverwijdering				
1.	Opmnamedagen na operatie (gemiddelde)	2	2,4	2
2.	% heropnames na galblaasverwijdering	0,7%	3,0%	1,5%
3.	Volume aantal galblaasverwijderingen	305	271	268
Heupvervang				
1.	Richtlijn of protocol voor antibiotische profylaxe	ja		ja
2.	Peri-operatief antibiotica	100,0%	99,8%	100,0%
3.	Antibiotica 60 tot 15 minuten vóór de incisie/opwekken van bloedleegte	99,1%	98,1%	99,6%
4.	Diepe wondinfecties	1,4%	0,8%	0,9%
5.	1 of 2 jaarlijkse controles vanaf 1 jaar postoperatief?	nee	51% ja	nee
6.	Volume patiënten	230	255	234
Knievervang				
1.	Richtlijn of protocol voor antibiotische profylaxe	ja		ja
2.	Peri-operatief antibiotica	100,0%	99,7%	100,0%
3.	Antibiotica 60 tot 15 minuten vóór de incisie/opwekken van bloedleegte	97,5%	98,3%	98,8%
4.	Diepe wondinfecties	0,6%	0,5%	0,6%

Er wordt 3 maand postoperatief en 1 jaar post operatief een controle uitgevoerd. Dit is conform de richtlijn NOV.

5.	1 of 2 jaarlijkse controles vanaf 1 jaar postoperatief?	nee	47% ja	nee	Er wordt 3 maand postoperatief en 1 jaar post operatief een controle uitgevoerd. Dit is conform de richtlijn NOV.
6.	Volume patiënten	161	218	161	
Meniscus en voorste kruisband					
1.	% diagn. MRI ≤ 1 jr. voor de ingreep meniscus	44,2%	57,8%	46,3%	
2.	Aantal voorste kruisband reconstructies	62	81	61	
3.	% pat. met knie artrose dat een artroscopie heeft ondergaan	7,5%	7,6%	5,2%	
4.	% heroperaties aan zelfde knie < 1 jr. na artroscopie	2,0%	3,4%	0,8%	
Blaastumor					
1.	Volume cystectomieën per jaar	6	12,2	9	norm NVvH: 10 Per 2014 worden de cystectomieën doorverwezen naar het Rijnstate Ziekenhuis
Benigne prostaathypertrofie (BPH)					
1.	ligduur na TURP - gemiddelde	1,9	2,6	2	
	ligduur na TURP - mediaan	2,0	2,3	2	
2.	heropname na TURP	3,5%	3,9%	4,4%	
Prostaatanker					
2.	% chirurgische complicaties na radicale prostatectomie	0,0%	5,3%	0,0%	
Nierstenen					
1a.	Aantal ESWL-behandelingen gemiddeld per patiënt	1,1	1,1	1,2	
1b.	% pat. met stenen waarbij 1 jaar na ESWL geen interventie voor stenen is uitgevoerd	88,0%	78,8%	81,8%	
2a.	Aantal URS-behandelingen gemiddeld per patiënt	1,1	1,2	1,1	
2b.	% pat. met stenen waarbij 1 jaar na URS geen interventie voor stenen is uitgevoerd	90,0%	82,0%	83,3%	
3a.	Aantal PNL-behandelingen gemiddeld per patiënt	1,0	1,1	1,0	
3b.	% pat. met stenen waarbij 1 jaar na PNL geen interventie voor stenen is uitgevoerd	100,0%	75,2%	100,0%	
Constitutioneel eczeem					
1.	Percentage nieuwe patiënten dat gestructureerde voorlichting heeft gehad (facultatief)	96,6%	93,1%	97,8%	

2a.	Rechtstreekse toegang tot dermatoloog of verpleegkundige bij verergering klachten?	ja		ja
2b.	Schriftelijke werkafspraken met betrekking tot rechtstreekse toegang?	ja		ja
3.	Aantal pat. behandeld met systemische immunosuppressiva	10-50 pat per jaar		< 10 patiënten
Psoriasis				
1.	% pat. behandeld met lichttherapie	26,8%	20,5%	21,3%
2.	% pat. dat intensieve therapie heeft gekregen	3,6%	9,6%	0,0%
3.	% pat. behandeld met biologicals	3,3%	6,8%	2,2%
4.	Volume aantal patiënten	306	466	357
Melanoom van de huid				
1.	behandeling stadium III of IV	nee		nee
2.	gebruik lastmeter (meet behoefte aan psychosociale zorg)	ja		ja
	structurele meting d.m.v. lastmeter	ja, meestal	71,7 % ja	ja
(Adeno)tonsillectomieën				
1.	Percentage nabloedingen	3,6%	1,3%	2,5%
2.	% polikl. pre-operatief spreekuur	97,4%	98,3%	97,7%
3a.	Postoperatieve pijnmeting klinische patiënten	88,7%	85,8%	96,2%
3b.	Aantal pat. met pijnintensiteitsmeting > 7 postoperatief klinisch	10,8%	5,2%	2,4%
3c.	Aantal in dagbehandeling behandelde pat. dat op de dag na de ATE-ingreep is gebeld om navraag te doen naar de pijnintensiteit	98,1%	81,9%	93,4%
Baarmoederhalsafwijking (CIN)				
1.	% pat. behandeld voor CIN dmv cervix exconisatie	0,0%	7,3%	0,0%
2.	% pat. behandeld voor CIN onder lokale anesthesie	57,6%	78,6%	69,4%
3.	% behandelde pat. voor CIN 2-3 met normale cervixcytologie 3-9 maanden na behandeling	90,5%	85,3%	100,0%
Zwangerschap en bevalling				
1.	Verloskundig samenwerkingsverband	ja		ja
2a.	% primaire sectio's bij a terme nullipara met eenling in hoofdligging	1,09%	1,60%	1,0%
2b.	VOKS-percentiel primaire sectio's	14	50,1	29
3.	epidurale analgesie nacht/weekend	31%	27%	35,1%

	Incontinentie vrouw			
1.	Gebruik gestandaardiseerde vragenlijst preoperatief	72,7%	84,3%	54,5%
	Gebruik gestandaardiseerde vragenlijst postoperatief	72,7%	62,7%	40,9%
2.	Volume aantal geopereerde patiënten	11	37	22
	Cataract/Staaroperaties			
1.	Complicatie achterkapselruptuur met glasvocht in voorste oogkamer (peroperatief)	0,3%	0,3%	0,1%
2.	volume cataractoperaties	1027	1442	1087
	Maculadegeneratie			
1.	aantal patiënten verwezen naar revalidatiecentra	20,3%	26,5%	15,4%
	Basisset prestatie-indicatoren IGZ			
1.	Operatief proces			
1.1.	Pijn na een operatie			
	percentage gestandaardiseerde pijnmetingen bij postoperatieve patiënten op verpleegafdelingen	93,2%	85,0%	95,50%
	Percentage pat. met op enig moment een pijnscore boven de 7 in de eerste 72 uur na operatie	4,4%	7,2%	3,80%
1.2.	Heroperaties heupfractuur			
	heroperaties na interne fixatie collum femoris fractuur	2,7%	2,1%	0,0%
	heroperaties na behandeling collum femoris fractuur met endoprothese	3,6%	2,1%	6,7%
	heroperaties na interne fixatie pertrochantere fractuur	1,7%	1,9%	1,3%
2.	Verpleegkundige zorg			
2.1.	Wondzorg			
	beschikbaarheid wondexpertise-centrum			ja
	registratie pat. met diabetische voetwonden vlgs. Texas classificatie			ja
	aantal pat. per klasse			onbekend
2.2.	Ondervoeding			
	Percentage kinderen gescreend op ondervoeding	66,1%	69,1%	79,40%
	Percentage kinderen geclassificeerd als ondervoed	3,6%	onbekend	4,4%
	Percentage ernstig ondervoede patiënten met adequate eiwitname op 4e opnamedag	33,3%	48,0%	35%

	Percentage ondervoede kinderen met adequate eiwitinname op 4e opnamedag	100,0%	66,8%	17,2%
	Percentage ondervoede kinderen met adequate energie-inname op 4e opnamedag	100,0%	onbekend	13,8%
	Percentage screening ondervoeding pre-op onderzoek		onbekend	49,2%
	Percentage patiënten na screening geclassificeerd als ondervoed			3,2%
2.3.	Delirium			
	beschikbaarheid ziekenhuisbreed multidisciplinair protocol voor delirium	ja		ja
	beschikbaarheid multidisciplinair protocol specifiek voor delirium op de IC	ja		ja
	24-uurs beschikbaarheid gespecialiseerd personeel voor consultatie en behandeling delirium	ja		ja
	% afdelingen/poliklinieken waar bij meer dan 80% van de pat. van ≥ 70 jr. een risicoscore is vastgelegd	40,0%	74,4%	90,9%
	% patiënten met verhoogd risico op delirium, waarbij observatie via DOSS of CAM heeft plaatsgevonden	68,8%	66,4%	67,9%
3.	Intensive care			
3.1.	Niveau-indeling van de IC			
	niveau-indeling bij visitatie bevestigd	ja		ja
	totaal aantal fte.intensivisten beschikbaar voor de IC	4,8	4,9	5
3.2.	Beademingsduur per patient op de IC-afdeling			
	NICE-deelname en aanlevering	ja		ja
4.	Oncologie			
4.1.	Samenwerking			
	beschikbaarheid specifiek MDO voor mamma. en rectumca.en urologische tumoren	ja		ja
4.2.	Borstkanker			
	% patienten bij wie kankerweefsel is achtergebleven na een eerste borstsparende operatie	8,0%	6,0%	5,5%
	% patienten bij wie niet bekend is of kankerweefsel is achtergebleven na een eerste borstsparende operatie	1,0%	0,4%	0,0%
	beschikbaarheid verslag multidisciplinaire mammabespreking in Ezis of EPD	ja		ja

4.3.	Longchirurgie				
	aantal anatomische resecties	22	43	21	norm NVvH: 20
4.4.	Gastro-intestinaal				
	deelname DUCA slokdarm	n.v.t.		nvt	
	deelname DUCA maag	n.v.t.		nvt	
	volume pancreasresecties	0	33	0	
	verwijzingen pancreasresecties	10	9	10	
	ongeplande reïnterventies na resectie primaire colorectale ca	13,0%	DSCA2012: 12,0%	6,50%	
	deelname DSCA	100,0%		100%	
4.5.	Blaascarcinoom				
	deelname landelijke database voor invasief blaasca.	100,0%	99,8%	100%	
	% blaasca besproken in MDO		onbekend	94,1%	
5.	Hart en vaten				
5.1.	Volume van risicovolle interventies				
	volume electieve aneurysma abdominale aorta operaties	44	59	30	
5.2.	Sterfte na eerste consult				
	sterfte pat > 70 jr in het jaar na 1e adm. consult op de poli cardiologie	3,8%	7,0%	5,78%	
5.3.	ST-elevatie acuut myocardinfarct				
	% pat. Met STEMI-infarct dat vervoerd is naar PCI-centrum	77,5%	82,0%	91,80%	
	hoeveel pat behandeld met trombolyse	2		0	
5.4.	Evaluatie na inbrengen pacemakers				
	registratie belangrijke gegevens inbrengen pacemakers	ja		ja	
	toetsing eigen gegevens aan externe referenties	ja		ja	
	volume pacemakers	116	140	111	
	aantal interventies < 90 dagen voor oplossen probleem PM of ICD	5,2%	3,8%	7,2%	
5.5.	Carotischirurgie (nieuw in 2013)				
	Eerste presentatie in opererend ziekenhuis. % operaties >21 dagen na aanmelding door neuroloog			0,00%	
	Eerste presentatie in verwijzend ziekenhuis. % operaties >21 dagen na verwijzing naar het opererend ziekenhuis			0,00%	
	% complicaties			0,00%	

6.	Infectieziekten			
	Pneumonie: toediening antibiotica binnen 4 uur na opname voor Community Acquired pneumonia (CAP) (facultatieve indicator)	99,0%	onbekend	98,3%
7.	Maag-darm-lever (MDL)			
	beschikbaarheid faciliteiten en dienstensysteem t.b.v. 24 uur per dag/7 dagen per week. interventie-endoscopie te kunnen verrichten	ja		ja
	% patiënten met acute bloeding proximale tr. digestivus, waarbij binnen 24 uur na opname endoscopie plaatsvond	73,1%	98,6%	95,3%
8.	Verloskunde			
	% spontane partus NTSV-groep - verwezen naar 2e lijn vóór start bevalling	62,2%	52,6%	48,9%
	% spontane partus NTSV-groep - verwezen naar 2e lijn tijdens ontsluiting of uitdrijving	60,9%	49,7%	52,8%
	% spontane partus NTSV-groep - totaal	61,7%	51,3%	50,6%
9.	Kwetsbare groepen			
	beschikbaarheid multidisciplinair team kindermishandeling	ja		ja
	% kinderen met vermoeden kindermishandeling, aangemeld bij team kindermishandeling	0,6%	0,9%	0,50%