

---

Slingeland  
Ziekenhuis



Jaardocument  
Slingeland Ziekenhuis  
2012

Deel I Maatschappelijk Verslag

## Inhoudsopgave

<b>1. VOORWOORD EN UITGANGSPUNTEN VAN DE VERSLAGGEVING</b> .....	<b>3</b>
<b>2. PROFIEL VAN DE ORGANISATIE</b> .....	<b>5</b>
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 .....	7
2.4 SAMENWERKINGSRELATIES .....	9
<b>3. BESTUUR, TOEZICHT EN BEDRIJFSVOERING</b> .....	<b>11</b>
3.1 BESTUUR EN TOEZICHT .....	11
3.1.1 Zorgbrede Governance Code .....	11
3.1.2 Raad van Bestuur .....	<del>12</del> <sup>12</sup>
3.1.3 Toezichthouders (Raad van Toezicht/Raad van Commissarissen) .....	<del>12</del> <sup>12</sup>
3.2 BEDRIJFSVOERING .....	<del>15</del> <sup>15</sup>
3.3 VERSLAG VAN DE CLIËNTENRAAD .....	<del>16</del> <sup>16</sup>
3.4 VERSLAG VAN DE ONDERNEMINGSRAAD .....	<del>17</del> <sup>17</sup>
3.5 VERSLAG VAN BESTUUR VAN DE VERENIGING MEDISCHE STAF .....	<del>20</del> <sup>20</sup>
4. BELEID, INSPANNINGEN EN PRESTATIES .....	<del>22</del> <sup>22</sup>
4.1 MEERJARENBELEID .....	<del>22</del> <sup>22</sup>
4.2 ALGEMEEN BELEID 2012 / JAARPLAN 2012 .....	<del>24</del> <sup>24</sup>
4.3 ALGEMEEN KWALITEITSBELEID .....	<del>25</del> <sup>25</sup>
4.4 KWALITEITSBELEID TEN AANZIEN VAN PATIËNTEN/CLIËNTEN .....	<del>27</del> <sup>27</sup>
4.4.1 Kwaliteit van zorg .....	<del>27</del> <sup>27</sup>
4.4.2 Klachten .....	<del>29</del> <sup>29</sup>
4.4.3 Toegankelijkheid .....	<del>31</del> <sup>31</sup>
4.4.4 Veiligheid .....	<del>32</del> <sup>32</sup>
4.5 KWALITEIT TEN AANZIEN VAN MEDEWERKERS .....	<del>35</del> <sup>35</sup>
4.5.1 Personeelsbeleid .....	<del>35</del> <sup>35</sup>
4.5.2 Kwaliteit van het werk .....	<del>35</del> <sup>35</sup>
4.5.3 Veiligheid van het werk .....	<del>37</del> <sup>37</sup>
4.6 SAMENLEVING .....	<del>40</del> <sup>40</sup>
4.7 FINANCIEEL BELEID .....	<del>41</del> <sup>41</sup>
4.8 ICT-BELEID .....	<del>43</del> <sup>43</sup>
4.9 COMMISSIES & ADVIESORGANEN .....	<del>43</del> <sup>43</sup>
4.10 TOEKOMSTIG BELEID .....	<del>43</del> <sup>43</sup>
Externe ontwikkelingen .....	<del>43</del> <sup>43</sup>
Ambitie en doelen 2013 .....	<del>44</del> <sup>44</sup>

## **1. Voorwoord en uitgangspunten van de verslaggeving**

In 2012 is veel werk verzet om de ambities van het strategisch beleidsplan vorm te geven. Zo is invulling gegeven aan de herinrichting van de acute zorg en kliniek. Het scheiden van de acute en electieve patiëntenstroom binnen de kliniek zorgen voor een betere patiënten logistiek en verhoging van de kwaliteit van zorg. Feitelijk betekent dit een volledige herinrichting van dit zorgproces en een herindelings (capacitair en bouwkundig) van het beddenhuis. Deze ingrijpende veranderingen is inmiddels per 1 april 2012 gerealiseerd en op dat moment is de Acute Opname afdeling van start gegaan. Tegelijk met de wijzigingen in de kliniek is ook de leidinggevende structuur van de zorgafdelingen gewijzigd.

Het Slingeland Ziekenhuis werd op het moment van invoering van deze wijzigingen geconfronteerd met een uitbraak van een multiresistente bacterie (VRE). Het bestrijden van deze uitbraak heeft voor veel verstoringen op verpleegafdelingen geleid. Door intensieve screening van potentieel besmette patiënten en strikte hantering van (aangescherpte) hygiëne maatregelen is het Slingeland Ziekenhuis in staat geweest om de uitbraak succesvol te bestrijden. Naast de inspanningen heeft dit ook € 664.000 aan extra kosten met zich mee gebracht. Diverse ziekenhuizen en overheidsinstanties hebben bij het Slingeland Ziekenhuis geïnformeerd over de gestructureerde wijze waarop de uitbraak is aangepakt.

Op het terrein van kwaliteit en veiligheid is hard gewerkt aan de verdere implementatie van het Veiligheid Management Systeem. Eind 2012 waren de procedures en werkwijze aangepast. Verdere aandacht blijft bestaan voor het werken conform nieuwe werkwijzen. Dit vraagt ook in 2013 nog de nodige aandacht en sturing. In november 2011 vond voor de tweede maal het bezoek plaats van de accreditatiecommissie van het NIAZ. In april 2012 mochten wij het accreditatiebewijs in ontvangst nemen.

In 2011 was een onderzoek gestart naar een mogelijk intensieve samenwerking met het Koningin Beatrix Ziekenhuis in Winterswijk. In feb 2012 zijn de gesprekken hierover zonder resultaat beëindigd. Het Slingeland Ziekenhuis is nog steeds van mening dat samenwerking tussen beide Achterhoekse Ziekenhuizen meerwaarde heeft voor de continuïteit van de 2<sup>o</sup> lijns zorg in de regio, en blijft open staan voor gesprekken hierover,

In vervolg hierop heeft de directie, samen met de gremia, het strategisch beleid herijkt. Daarbij is met name ook de lange termijn huisvesting opnieuw onderwerp van discussie geweest. Besloten is een onderzoek te starten naar demogelijkheden van nieuwbouw. Dit onderzoek moet medio 2013 worden afgerond.

Met de ziekenhuizen in Arnhem en Ede is de samenwerking met betrekking tot de laagvolume / hoog risico zorg geïntensiveerd, en zijn, in overleg met de zorgverzekeraar, afspraken gemaakt omtrent de taakverdeling.

In 2012 is opnieuw een belangrijke systeemveranderingen doorgevoerd in de financiering van de ziekenhuiszorg. Het betreft zowel de aanpassing van de productstructuur als de verdere overgang naar prestatiebekostiging. Het aanpassen van beide onderdelen heeft zijn weerslag gehad op de afspraken die gemaakt zijn met zorgverzekeraars. Door de overgang naar een nieuwe productstructuur zijn onderhandelingen gevoerd met beperkte informatie en veel onzekerheden. Door de introductie van aanneemsommen en plafondafspraken met zorgverzekeraars zijn risico's die voorheen bij zorgverzekeraars lagen grotendeels verlegd naar het ziekenhuis. De geleverde zorg in ons ziekenhuis was, zij het beperkt, boven het niveau van 2011. Vooral met betrekking tot de oncologische behandelingen, dure medicatie en beschouwende vakken was sprake van een aanzienlijke stijging. Voor de snijdende vakken was sprake van een stabilisatie of licht lagere productie dan 2011. Dit was voornamelijk waarneembaar bij de kleinere en uitstelbare ingrepen.

De introductie van een nieuwe organisatiestructuur, uitbraak van VRE bacterie en introductie van DOT/prestatiebekostiging hebben in 2012 hun weerslag gehad op het financiële resultaat. De uitgaven waren hoger dan verwacht door incidentele uitgaven voor de VRE uitbraak en inzet interim leidinggevend als gevolg van de nieuwe organisatiestructuur. Daarnaast waren er ook hogere uitgaven dan begroot voor de dure medicatie. De inzet van deze medicatie draagt bij aan de verdere

verbetering van de kwaliteit van zorg die geboden wordt. Er staan echter geen / beperkt opbrengsten tegen over in tegenstelling tot eerdere jaren (80% vergoed).

Het juist bepalen van de opbrengsten is in 2012 een complex proces gebleken. Door de introductie van DOT, prestatiebekostiging, transitieregeling en schadelastcontracten is het bepalen van de opbrengsten een langdurig en onzeker proces geweest. Mede door de introductie DOT en overgang naar prestatiebekostiging zijn ook waarderingsgrondslagen ingrijpend aangepast.

Het resultaat in 2012 bedroeg € 3.3 miljoen positief. Er is sprake van een lager resultaat dan in 2011. Dit is nog deels gecompenseerd door incidentele meevallers uit nacalculatie, aanpassing afschrijvingsmethodiek en afspraken met de belastingdienst. Mede gezien de ontwikkeling van productie, verdere verschuiving van risico's naar het ziekenhuis en ambities met betrekking tot nieuwbouw zal het Slingeland Ziekenhuis zich in 2013 moeten inspannen om het resultaat te verbeteren.

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 kunnen met tevredenheid terugkijken op de resultaten die in 2012 zijn bereikt. 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	<a href="mailto:redactie@slingeland.nl">redactie@slingeland.nl</a>
Internetpagina	<a href="http://www.slingeland.nl">www.slingeland.nl</a>

### 2.2 Structuur van het concern

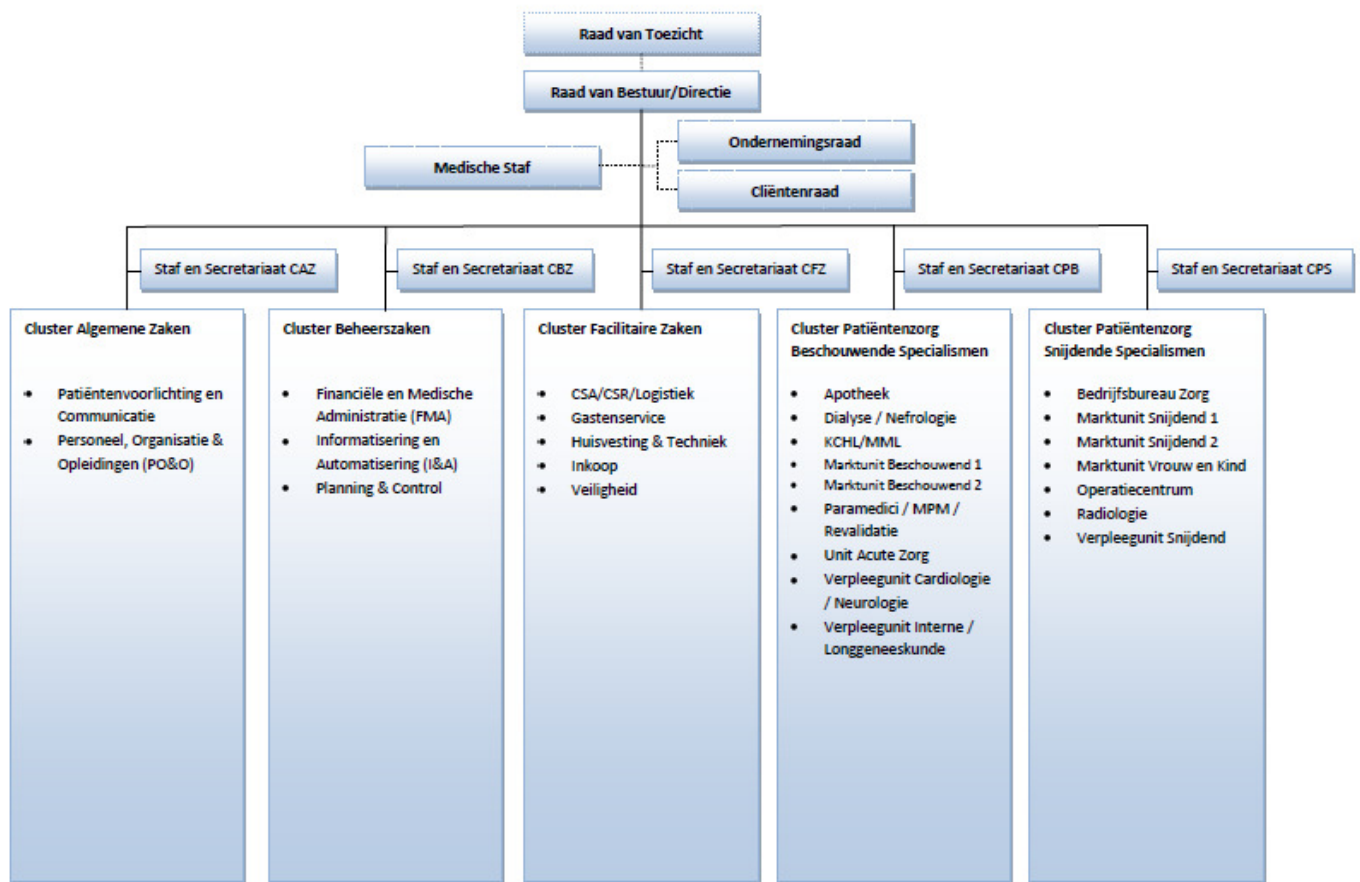
De Stichting Slingeland Ziekenhuis in Doetinchem is een algemeen ziekenhuis met 348 bedden waar vrijwel alle specialismen zijn vertegenwoordigd. Het Slingeland Ziekenhuis beschikt over een toelating volgens de bepalingen uit de WTZi/ZVW.

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 2012 van de Cliëntenraad, de Ondernemingsraad en de Vereniging Medische Staf.

In 2012 zag de organisatiestructuur er als volgt uit:

**Figuur 1: Organigram Slingeland Ziekenhuis**



## 2.3 Kernegevens

### 2.3.1 Kernactiviteiten en nadere typering

Het Slingeland Ziekenhuis kent de volgende specialismen:

- |                                |                                      |
|--------------------------------|--------------------------------------|
| - Anesthesiologie              | - Medische psychologie               |
| - Cardiologie                  | - Mond-, Kaak- en Gezichts chirurgie |
| - Chirurgie                    | - Neurologie                         |
| - Dermatologie                 | - Neurochirurgie                     |
| - Farmacie                     | - Oogheelkunde                       |
| - Gynaecologie en verloskunde  | - Orthopedische chirurgie            |
| - Interne geneeskunde          | - Pathologie                         |
| - Keel-, Neus- en Oorheelkunde | - Plastische chirurgie               |
| - Kindergeneeskunde            | - Psychiatrie                        |
| - Klinische chemie             | - Radiologie                         |
| - Klinische geriatrie          | - Reumatologie                       |
| - Longziekten                  | - Revalidatiegeneeskunde             |
| - Medische microbiologie       | - 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<sup>e</sup> 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.

<b>Capaciteit</b>	<b>2012</b>	<b>2011</b>	<b>2010</b>	<b>2009</b>
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

<b>Productie</b>	<b>2012</b>	<b>2011</b>	<b>2010</b>	<b>2009</b>
Geopende DBC's	221.849	159.440	152.257	143.903
Opnamen	18.775	18.767	17.873	16.301
Eerste Polikliniekbezoeken	107.362	107.663	103.917	97.595
Dagverplegingen	21.167	20.987	19.338	16.646
Verpleegdagen	84.821	87.959	88.300	88.090
Aantal verkeerd beddagen	1.164	1.711	2.497	2.807
Percentage verkeerd beddagen	1.4%	1.9%	2.8%	3.1%
Gemiddeld aantal verpleegdagen	4.5	4.7	4.9	5.4
Gemiddeld aantal verpleegdagen per specialisme				
Interne geneeskunde	6.3	6.7	7.1	
Cardiologie	3.7	4.0	4.2	
Longziekten	4.0	3.8	4.7	
Reumatologie	13.8	9.0	7.0	
Maag-Darm-Lever artsen	5.8	5.7	6.0	
Kindergeneeskunde	4.6	4.7	4.6	
Neurologie	5.1	6.0	6.5	
Heelkunde	5.1	6.0	5.8	
Urologie	3.7	4.7	4.3	
Orthopedie	5.5	5.8	5.8	
Plastische Chirurgie	2.7	2.9	3.2	
Gynaecologie/verloskunde	2.7	2.8	2.9	
Keel-, Neus- en Oorartsen	2.4	2.5	2.2	
Oogheelkunde	1.4	1.8	1.4	
Mond-, Kaak-, Aangezichtschirurgie	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 ivm vergelijkbaarheid cijfers

<b>Personeel</b>	<b>2012</b>	<b>2011</b>	<b>2010</b>	<b>2009</b>
Aantal medewerkers in loondienst	1669	1630	1590	1550
Aantal fte medewerkers in loondienst	1290	1274	1235	1196
Aantal fte specialisten	100,6	98,8	97,6	96,6
Aantal vrijwilligers	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**

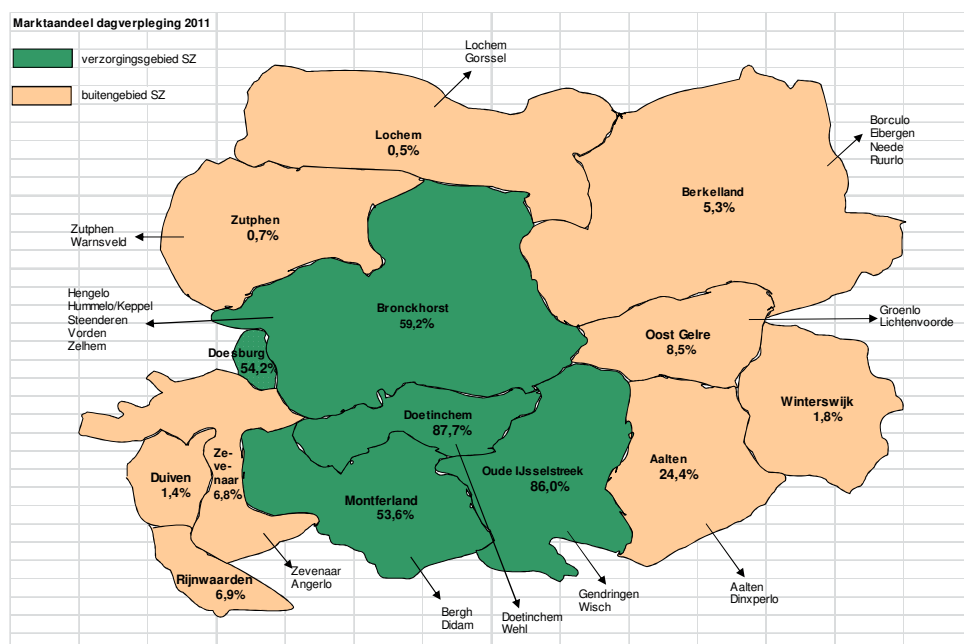
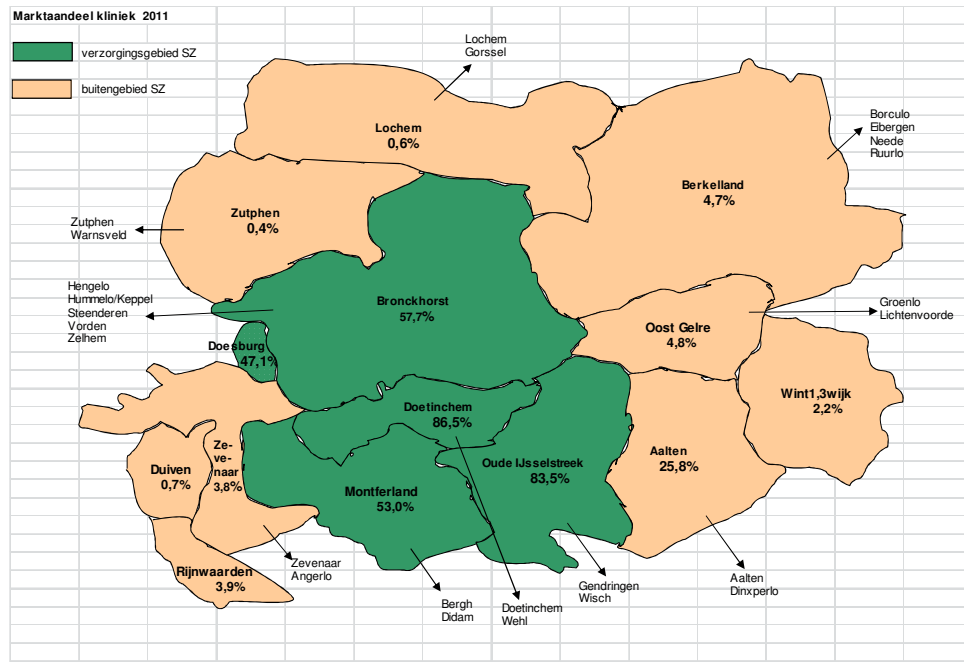
- Bronckhorst
- Doesburg

#### **Buitengebied**

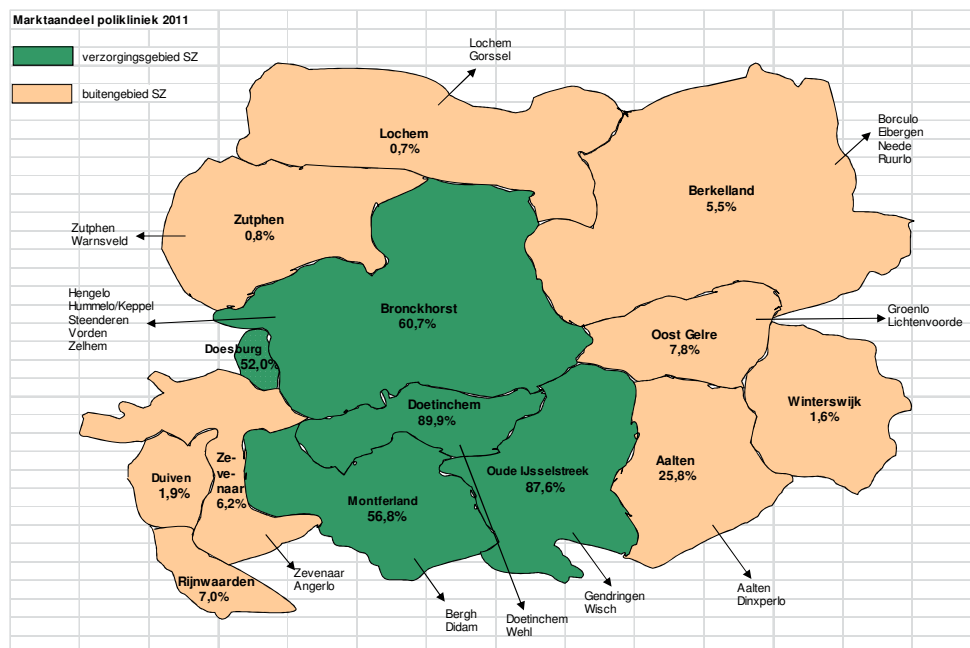
- Aalten
- Berkelland

- Doetinchem
- Montferland
- Oude IJsselstreek
- 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 2012 wordt gerapporteerd over de adherentie in het verzorgingsgebied in 2011. Voor 2012 verwacht het Slingeland Ziekenhuis dat de stijgende trend van de afgelopen jaren wordt doorgezet.







## 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<sup>e</sup> 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 gemeente Doetinchem en buurtbewoners.

Tabel: Overzicht relaties

Relaties	Betrokkenheid Directie	Toelichting overleg
<b>Patiëntenrelaties</b>		
Zorgbelang Gelderland	algemeen directeur	Doel: aan Zorgbelang is statutair het enquêterecht toegekend. Frequentie: 1 x per jaar
<b>Samenwerkingsrelaties keten</b>		
Directieeraad Transmurale Zorg (DBTZ), overleg tussen zorgaanbieders in de regio: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Azora</li> <li>- dr Jenny woonzorgcentrum</li> <li>- GGNet</li> <li>- Markenheem</li> <li>- Huisartsenvereniging Oude IJssel</li> <li>- Sensire Doetinchem</li> <li>- Gouden Leeuw groep</li> </ul>	directeur patiëntenzorg snijdende specialismen 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 snijdende specialismen directeur patiëntenzorg beschouwende specialismen 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

	beschouwende specialismen	revalidatiezorg in en om het ziekenhuis.
GGD	directeur patiëntenzorg beschouwende specialismen	Doel: bijdragen aan preventie.
GGNet	directeur patiëntenzorg beschouwende specialismen	Doel: optimale samenwerking en medische dienstverlening.
Stichting Sravana, hospice	directeur patiëntenzorg beschouwende specialismen	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 patiëntenzorg snijdende specialismen	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 beschouwende specialismen	Doel: zekerstellen instroom medisch personeel en doorontwikkeling eigen medewerkers.
<b>Relaties toezichthouders en financiers</b>		
Zorgverzekeraars	algemeen directeur	Doel: maken van financiële afspraken over productie en kwaliteit. Frequentie: 5 x per jaar
Banken/Waarborgfonds	algemeen directeur	Doel: informatieverstrekking over ontwikkelingen in het ziekenhuis met financiële consequenties. Frequentie: 1 x per jaar
<b>Interne Gremia</b>		
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	directeur patiëntenzorg beschouwende specialismen	Doel: overleg met adviesorgaan conform WMCZ Frequentie: 1 x per maand
<b>Lidmaatschappen</b>		
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 Governance Code. 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 onderstaand schema treft u een toelichting op de toepassing van de Code in de praktijk van het Slingeland Ziekenhuis:

**Tabel: Toepassing principes Governance Code**

Principes Governance Code	Toelichting situatie Slingeland Ziekenhuis
<b>1. Verantwoording</b>	
1.1 De zorgorganisatie als zorgonderneming met een bijzondere maatschappelijke verantwoordelijkheid.	Deze aanbeveling wordt toegepast, zie hfst. 4.
1.2. Invloed en betrokkenheid van belanghebbenden bij het beleid van de Zorgorganisatie.	Deze aanbeveling wordt toegepast. Aan Zorgbelang Gelderland is, als vertegenwoordigende organisatie van patiënten, in de statuten het enquêterecht toegekend.
1.3. Verantwoording aan belanghebbenden.	Dit jaardocument wordt opgesteld onder verantwoordelijkheid van de Raad van Bestuur. Daarnaast wordt middels publieke informatieverstrekking omtrent het zorgaanbod inhoud gegeven aan dit principe. Ook de Vereniging Medische Staf brengt jaarlijks verslag uit van haar activiteiten. Dit geldt ook voor een deel van de vakgroepen.
1.4. De externe accountant en diens relatie en communicatie met de organen van de zorgorganisatie.	Deze aanbeveling wordt toegepast. Sinds november 2009 accountant van Ernst & Young. De accountant is aanwezig bij de bespreking van de jaarrekening door Raad van Toezicht en Raad van Bestuur.
<b>2. Raad van Bestuur</b>	
2.1 Taak en werkwijze.	Deze aanbeveling wordt toegepast. Het opstellen van een risicoanalyse, welke wordt besproken met de Raad van Toezicht, is in ontwikkeling.
2.2 Bezoldiging en openbaarmaking daarvan.	Zie Deel II Jaarrekening.
2.3. Belangenverstrengelingen.	Deze aanbeveling wordt toegepast.
<b>3. Raad van Toezicht</b>	
3.1 Taak en werkwijze.	Deze aanbeveling wordt toegepast, zie 3.1.3.
3.2 Benoeming, ontslag, deskundigheid en samenstelling.	Deze aanbeveling wordt toegepast, zie 3.1.3.
3.3 Bezoldiging.	Deze aanbeveling wordt toegepast, zie 3.1.3.
3.4 Onafhankelijkheid.	Deze aanbeveling wordt toegepast, zie 3.1.3.
3.5 Belangenverstrengelingen.	Deze aanbeveling wordt toegepast, zie 3.1.3.

In 2010 is een nieuwe zorgbrede governance code vrijgegeven. De raad van toezicht heeft beoordeeld of deze consequenties heeft voor de statuten en reglementen. Na het toevoegen van een "Klokkenluidersregeling" voldoet het Slingeland Ziekenhuis aan deze code.

### 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 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		Juridisch / bestuurlijk
Hr. J.van de Vosse (vice-voorzitter)	Voormalig directeur Senefelder Misset B.V. voormalig algemeen directeur Roto Smeets offset		Management / bedrijfseconomisch
Mevr. drs. P. Buis (lid)	Voormalig voorzitter Raad van Bestuur Thuiszorg Verian Consultant PGO organisaties	- Adviseur bestuur Borstkanker Vereniging Nederland - Lid RvT Vitras - Lid RvT Spectrum	Management / zorg kwaliteit en veiligheid
Hr. P. Stortelder (lid)	Directeur/eigenaar Wopereis Groep te Doetinchem	- Voorzitter bedrijvenkring Bronckhorst - Bestuurslid Samenwerkende Nederlandse Staalbouwgroep Oost	Bestuurlijk / bedrijfseconomisch
Mevr. drs. A. van den Wildenberg (lid)	Voormalig bestuurder /voorzitter bestuur ziekenhuis de Tjongerschans en Verpleeg-verzorgingshuis en reactiveringscentrum Volckaert-SBO	- NIAZ voorzitter auditor *lid college kwaliteitsverklaring - lid PUM Nederlandse senior-experts - lid bestuur NVVE - lid bestuur stichting Levensende Kliniek - plv.vrz. Commissie van Beroep Actiz	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 governance code. 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

	Datum benoeming	Datum Herbenoeming 2 <sup>e</sup> zittingsperiode	Datum aftreden
Mr.T.P.K.E. van den Berg	01-01-2007	01-01-2011	01-01-2015
Hr. J.van de Vosse	02-04-2001	Aftredend	31-12-2012
Mevr. drs. P. Buis	01-01-2007	01-01-2011	01-01-2015
Hr. P. Stortelder	01-01-2009	01-01-2013	01-01-2017
Mevr. drs. A. van den Wildenberg	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 terstond 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. In de vergadering van 17 december 2012 heeft de raad van toezicht het voorgenomen besluit genomen om de herbenoeming van de heer P. Stortelder voor een tweede zittingsperiode in de raad van toezicht ter advisering aan de gremia voor te leggen. In het kader van het vertrek van de heer J. van de Vosse zal hij worden benoemd in de functie van vice-voorzitter.

Gedurende het verslagjaar is een openbare procedure gestart voor de werving van een nieuw lid van voor de raad van toezicht. De heer E. Heijink is per 1 januari 2013 benoemd tot lid van de raad van toezicht in de vacature die is ontstaan door het vertrek van de heer P. van de Vosse wegens het aflopen van zijn 3<sup>e</sup> zittingstermijn per 31 december 2012.

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.

	2012	2013
Voorzitter RvT	€ 10.500,--	€ 12.000,-
Leden RvT	€ 7.000,-	€ 8.000.--

#### Presentielijst vergaderingen raad van toezicht

	27-02	16-04	21-05	18-06	27-08	22-10	17-12
Mr. T.P.K.E. van den Berg	x	x	x	x	x	x	x
Hr. J. van de Vosse	x	x	x	x	x	x	x
Mevrouw drs. P. Buis	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

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 2012.
- Goedkeuring begroting 2012.
- Besluitvorming n.a.v. onderzoek naar samenwerking met het Streekziekenhuis Koningin Beatrix.
- Goedkeuring jaardocument Maatschappelijke Verantwoording 2011:
  - deel I, maatschappelijk verslag 2011;

- deel II, jaarrekening 2011;
- Ter vaststelling Klokkenluidersregeling.
- Beslisdocument (PTG) "Renovatie van de bestaande huisvesting of nieuwbouw op een andere locatie".
- Herbenoeming van de heer P. Stortelder lid raad van toezicht voor een 2<sup>e</sup> zittingstermijn.
- Aanpassing honorering RvT leden aan adviesnorm NVTZ.
- Goedkeuring aanpassing Topstructuur.
- Goedkeuring van de benoeming van de heer S. Dreviers tot lid van de directie.
- Benoeming van de heer E. Heijink tot lid van de raad van toezicht.
- Vergaderschema 2013.

Daarnaast zijn de volgende agendapunten in de raad van toezicht vergaderingen aan de orde geweest:

- Rapportage van PTG inzake strategische scenario's huisvesting MC Achterhoek.
- Herijking strategie.
- Lange termijnhuisvestingsplan.
- Rapportage Ernst & Young accountants, uitkomsten initieel onderzoek management letter 2011.
- Verslag van de externe accountant over het jaar 2011 in aanwezigheid van de externe accountant.
- Financiële trimesterrapportages 2012.
- Trimesterrapportages ziekenhuisjaarplan 2012 en kwaliteit en veiligheid.
- Strategische samenwerkingsverbanden.
- Jaarplan 2012 van de Vereniging Medisch Staf Slingeland Ziekenhuis.
- Notitie "Structuur directie Slingeland Ziekenhuis".
- Invulling bestaande en toekomstige vacatures raad van toezicht.
- Commissie Kwaliteit en Veiligheid (opheffing).
- IGZ rapport toezichtkader bestuurlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid.
- NVTZ wijziging fiscale regelgeving voor leden raad van toezicht.
- Vergaderschema 2012.
- Presentatie op hoofdlijnen van het ziekenhuisjaarplan 2013.

Het jaargesprek met de bestuurder is gevoerd door de voorzitter en vice-voorzitter. 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 een mogelijke niet-vrijblijvende samenwerking tussen het Streekziekenhuis Koningin Beatrix (SKB) en het Slingeland Ziekenhuis. Er is een uitvoerige en diepgaande verkenning uitgevoerd met als doel de mogelijkheden van samenwerking tussen medisch specialisten, locatievarianten en te behalen financiële voordelen te onderzoeken. De verdergaande samenwerking zou een meerwaarde voor de inwoners van de regio moeten opleveren. De uitkomst van deze verkenning is dat er momenteel onvoldoende aanwijzingen/aanknopingspunten zijn dat een verdergaande samenwerking daadwerkelijk de beoogde voordelen zou opleveren.

In goed overleg hebben de raden van toezicht van beide ziekenhuizen in februari 2012 besloten de gesprekken over samenwerking te beëindigen.

Na het beëindigen van de gesprekken over samenwerking heeft een herijking plaatsgevonden van het strategisch beleid en hieraan gekoppeld het lange termijn huisvestingsplan. Dit heeft geresulteerd in het LTHP-V4. Als spiegel voor het LTHP-V4 is een haalbaarheidsonderzoek naar een nieuwbouw scenario uitgevoerd. Op basis van het beslisdocument "Renovatie van de bestaande huisvesting of nieuwbouw op een andere locatie" is besloten een verkenning uit te voeren naar de haalbaarheid van de nieuwbouw van het Slingeland Ziekenhuis elders.

In het verslagjaar is de reorganisatie van de leidinggevende structuur binnen de zorgafdelingen geïmplementeerd. In vervolg hierop is de topstructuur geëvalueerd. Er is een voorstel tot aanpassing van de topstructuur "Notitie Structuur Directie Slingeland Ziekenhuis" gepresenteerd. Het voorstel tot aanpassing van de structuur is door de raad van toezicht goedgekeurd.

In de vergadering van 16 april 2012 heeft de raad van toezicht een delegatie van het bestuur van de Medische Staf ontvangen. Tijdens dit overleg is met het bestuur van de Medische Staf van gedachten gewisseld over de aanpassing van de organisatiestructuur, het thema kwaliteit en veiligheid en de

betrokkenheid van de medische staf daarbij en strategische samenwerkingspartners. Een delegatie van de raad van toezicht heeft een overlegvergadering van de Ondernemingsraad en de Cliëntenraad bijgewoond. De raad van toezicht memoreert de open sfeer tijdens de overlegvergaderingen en de constructieve wijze waarop door de gremia wordt meegedacht.

Het onderwerp kwaliteit en veiligheid was (tijdelijk) gedelegeerd aan twee leden van de raad van toezicht in de commissie kwaliteit en veiligheid. De commissieleden hebben in de bijeenkomst van 4 juni 2012 vastgesteld dat aan de opdracht van de commissie kwaliteit en veiligheid is voldaan. Er is een informatieprotocol ontwikkeld dat nog verder wordt ingevuld. Het management, het stafbestuur en de raad van toezicht kunnen met dit protocol de relevante ontwikkelingen en doelstellingen op het terrein van kwaliteit en veiligheid monitoren. De raad van toezicht heeft besloten de tijdelijke commissie kwaliteit en veiligheid op te heffen.

De raad van toezicht heeft in april een bezoek gebracht aan de nieuwe acute opname afdeling (AOA) en in juni is een verpleegafdeling bezocht om de uitvoering van het gastvrijheidsconcept te bekijken. In augustus heeft de klachtenfunctionaris in een uitgebreide presentatie toegelicht op welke wijze de klachtenafhandeling in het Slingeland Ziekenhuis is georganiseerd.

### **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 afdelingen 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 afdelingen 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. Het cluster beheerszaken informeert de budgethouders en vakgroepen over de, voor hen van toepassing zijnde, interne budgetten en de goedgekeurde investeringen. Tevens worden de budgethouders en vakgroepen ingelicht over de bouwkundige aanpassingen die het komende jaar zijn voorzien.
- De sturing gedurende het boekjaar 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 afdeling 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 clusterdirecteuren bespreken het ziekenhuisresultaat en de afdelingsresultaten in het clusteroverleg en in het werkoverleg met hun leidinggevenden. Ter ondersteuning is hiervoor een dashboard beschikbaar.

- Per vier 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 vier maanden op ziekenhuisniveau verantwoording afgelegd aan de raad van toezicht over het gerealiseerde financiële resultaat. Dit resultaat wordt tevens beschikbaar gesteld aan externe partijen zoals de bank, het waarborgfonds en de accountant.
- Aan het eind van het boekjaar wordt er onder verantwoordelijkheid van de directie het jaardocument opgesteld. Dit document wordt jaarlijks volgens een vooraf opgestelde en door de directie goedgekeurde planning opgesteld. Publicatie en deponering van het verslag 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 goedkeurende 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 2012 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 2012 als volgt samengesteld:

	Funcitie	Jaar Herbenoeming 2 <sup>e</sup> zittingsperiode	Datum aftreden
Dhr. W. Vogel	Voorzitter		2015
Mw. A. Duenk-Huinink	Vice-voorzitter		2015
Mw. L. Geurts	Lid		2016
Mw. A. Lenselink-Robbetsen	Lid	Aftredend	01-03-2012
Dhr. J. Luesink	Lid		2017
Mw. J. Richter-Reebergen	Lid		2017
Dhr. K. Horneman	Secretaris	2016	

De cliëntenraad heeft voor 2012 een werkplan opgesteld en op de website gepubliceerd. De raad vergadert maandelijks. De directeur patiëntenzorg beschouwende specialismen, tot 1 januari 2013 de gesprekspartner van de cliëntenraad, 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 en met een delegatie van de ondernemingsraad. Ook worden een intern en een extern werkbezoek, evenals enkele sprekers uit de organisatie, ingepland. In 2012 werd een vergadering van de raad bezocht door mevrouw J. Goeman, in haar functie als voorzitter van de Medisch Ethische Commissie en mevrouw S. van den Berg, hoofd patiëntenvoorlichting en communicatie.

De cliëntenraad wordt door de directie geïnformeerd over 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 2012 aan de orde kwamen zijn:

- Aanpassingen op het reorganisatieplan zorg inclusief de topstructuur.



- De drie strategische concepten.
- Opheffen functie avond- en nachtcoördinatoren.
- Samenwerking met andere ziekenhuizen.
- Overdracht polikliniek revalidatiegeneeskunde.
- NIAZ-audit.
- Project beeldschermen in wachtkamers.
- Uitbraak VRE bacterie.

Een presentatie over de geheel nieuwe werkkunit Acute Opname Afdeling (N0) en een rondleiding over deze verpleegafdeling gaf inzicht in de organisatie en werkwijze van deze afdeling. Het externe werkbezoek is dit jaar gebracht aan de cliëntenraad van Sensire in Varsseveld. Een en ander ook in het kader van samenwerking tussen Sensire en het Slingeland Ziekenhuis.

De cliëntenraad participeerde onder andere in de stuurgroepen Gastvrijheid, Regie bij de patiënt en Glazen Ziekenhuis. Enkele leden waren betrokken bij de audit Gastvrijheid met sterren en kregen aansluitend een rondleiding op de afdeling dermatologie gehuisvest op de Gezellenlaan. De cliëntenraad neemt deel aan de introductiebijeenkomsten voor nieuwe medewerkers en was aanwezig op de georganiseerde streekmarkt en de zorgmarkt. Ook wordt deelgenomen aan netwerkoverleg cliëntenraden Gelderse ziekenhuizen. Tevens werden er, in het kader van de nieuwe organisatiestructuur, kennismakingsbezoeken gebracht aan alle unitmanagers.

De cliëntenraad heeft gevraagd advies uitgebracht over de volgende onderwerpen:

- Herontwerp marktunits.
- Samenwerkingsovereenkomst ziekenhuizen te Arnhem/Ede-Wageningen/Doetinchem.
- Voordracht nieuw lid klachtencommissie.
- Overdracht polikliniek revalidatiegeneeskunde.
- Controle inzage patiëntgegevens door medewerkers en specialisten.
- Topstructuur Slingeland Ziekenhuis.
- Beleid kwaliteit en patiëntveiligheid 2013-2016 van het Slingeland Ziekenhuis.
- Benoeming nieuw lid raad van toezicht.
- Benoeming nieuw directielid.

Ongevraagde reactie is gegeven over de Kaderbrief 2013.

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 4 uur bijeen. Omdat de ondernemingsraad heeft gekozen voor het huiswerkvrije model, wordt niet iedere week met de hele ondernemingsraad vergaderd. De vaste commissies gebruiken deze uren ook om hun stukken voor te bereiden, onderling te overleggen en besprekingen te beleggen met onder meer medewerkers, leidinggevenden, preventiemedewerkers en PO&O. Het dagelijks bestuur heeft eenmaal per 3 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. In 2012 zijn we begonnen met het zoveel mogelijk 'digitaliseren' van het or-werk. Het streven is om zoveel mogelijk papierarm te gaan werken, enerzijds vanuit een wens tot modernisering en vergroting van de efficiency, anderzijds uit kostenogpunt.

#### Samenstelling van de ondernemingsraad

Met ingang van 1 januari 2012 is de ondernemingsraad gestart met een nieuwe zittingstermijn. De volgende personen maken deel uit van de ondernemingsraad in 2012.

<b>Dagelijks Bestuur</b>	Jolien Hoefsmit, voorzitter	Fysiotherapie
	Dorine van Hagen, vice-voorz.	Polikliniek longgeneeskunde

	Thea Willekes, secretaris	Polikliniek reumatologie
<b>Sociaal Beleid (SB)</b>	Petra Seegers Diny Freriks Patricia Kaatman Lisette Spexgoor Hennie Thus	Servicepunt documentbeheer Verpleegkundige chirurgie/MDL Polikliniek heelkunde Verpleegkundige AOA Polikliniek cardiologie
<b>Veiligheid, Gezondheid, Welzijn, Milieu (VGWM)</b>	Joan Berings Wilbert Bovenmarsch Wilma Boswell Gerard Schreur Saskia Tieben	o.m. Medewerker H&I Spoedeisende Hulp Verpleegkundige longafdeling Centraal applicatiebeheer Logistiek
<b>Financiën en Economie (F&amp;E)</b>	André Bruil Rudi Waning	Verpleegkundige gynaecologie Informatisering & Automatisering
<b>Ondersteuning</b>	Mientje Wensink Petrina van Engelenburg	Notulist Ambtelijk secretaris

De ondernemingsraad heeft in 2012 de volgende onderwerpen behandeld. Indien niet anders vermeld, heeft de ondernemingsraad ingestemd dan wel positief geadviseerd.

### **Veiligheid Gezondheid Welzijn en Milieu**

- Verlenging contract bedrijfsarts.

- Diverse risico inventarisaties en -evaluaties op de volgende afdelingen: polikliniek oogheelkunde, geestelijke verzorging, fysiotherapie, polikliniek gynaecologie, polikliniek kaakchirurgie, logistiek en veiligheid, SEH/gipskamer, ziekenhuisbibliotheek, afdeling inkoop, polikliniek vaatdiagnostiek, polikliniek chirurgie, polikliniek orthopedie, polikliniek plastische chirurgie, personeelsrestaurant, werkeenheden eten&drinken patiënt.

De ondernemingsraad heeft opgemerkt dat er een paar knelpunten zijn die in vrijwel alle RI&E's terugkomen. Het gaat hier om de schoonmaak en om problemen met de klimaatbeheersing (te warm/te koud). Dit laatste is een probleem dat niet eenvoudig opgelost kan worden omdat hiervoor bouwtechnische aanpassingen gedaan moeten worden, die vanwege de ouderdom van de gebouwen niet of alleen met hele hoge kosten gedaan kunnen worden. De knelpunten op het gebied van de schoonmaak zijn voortvarend opgepakt.

Daarnaast blijkt dat nog niet overal goed gebruik wordt gemaakt van de aanwezige hulp- en beschermingsmiddelen. De hulpmiddelen moeten niet alleen aanwezig zijn, maar ook voldoende bekend worden gemaakt bij de betreffende medewerkers en ze moeten natuurlijk goed onderhouden en getest worden op veiligheid en volledigheid. Medewerkers zijn attent gemaakt op de noodzaak tot het gebruik van de aanwezig beschermings- en hulpmiddelen.

- RI&E FMA: In 2011 heeft de ondernemingsraad nog niet kunnen instemmen met het plan van aanpak dat is opgesteld naar aanleiding van de RI&E op de afdeling financieel medische administratie. Begin 2012 heeft in dit kader een uitgebreide bespreking plaatsgevonden met de leidinggevende en medewerkers van de afdeling. Tijdens dit gesprek bleek dat, hoewel dus niet op papier gezet, er wel degelijk veel verbeteringen zijn doorgevoerd op de afdeling. Ook navraag bij de medewerkers heeft geleerd, dat er hard gewerkt is en wordt aan verbetering.

- Procedure deel-RI&E: De directie heeft besloten om de procedure zodanig aan te passen, dat de deel-RI&E meer gericht ingezet kan worden om aspecten van veiligheid ook tussentijds te controleren. Op deze wijze kan meer proactief gestuurd worden, wanneer knelpunten op dit gebied gesignaleerd worden. De uitkomsten van de deel-RI&E kunnen vervolgens worden meegenomen in de eerstvolgende periodieke RI&E die gehouden wordt op de betreffende afdeling.

### **Sociaal Beleid**

- Verlenging aangepaste diensttijden vaatlaboranten.

- Pilot bereikbare weekenddienst transferbureau.

- Wijziging hoogte arbeidsmarkttoeslag anesthesie assistenten.

- Aanwijzing verplichte vakantiedagen 2013/2014.

- Pilot herbezetting SEH.

- Bereikbare dienst directie/management.

- Wijziging werkprocessen klinisch secretaressen.

Omdat alle verpleegafdelingen binnen een cluster vanaf april fysiek dicht bij elkaar zitten, zullen ook de secretariaten van de afdelingen nauwer samen gaan werken. Een projectgroep heeft in kaart gebracht waar de overeenkomsten en verschillen zitten in de werkwijzen van de secretariaten en heeft, samen met de secretaresses, een uniforme wijze van werken opgesteld. Daarnaast wil men in het kader van het patiëntgericht werken, de bezetting van de balies (de frontoffices) uitbreiden tot 20.00 uur (na het bezoeken) en in de weekenden. De ondernemingsraad heeft in dit kader adviezen gegeven voor een gedegen organisatie en overgangstermijnen in het kader van de verruimde werktijden.

### **Financieel**

Voor de commissie F&E was het jaar zonder grote specifiek financiële projecten. Wel is de overgang van de DBC-systematiek naar de DOT-systematiek voor het ziekenhuis een grote wijziging geweest met veel gevolgen voor de organisatie van de financiële administratie. Daarnaast is het Slingeland Ziekenhuis overgegaan van een kwartaalrapportage naar een trimesterrapportage. De commissie F&E heeft zich zoveel mogelijk laten informeren over de uitleg, interpretatie en andere gevolgen van alle wijzigingen in de administratieve organisatie.

### **Initiatiefvoorstel (artikel 23 WOR)**

Naar aanleiding van een regeling over interne scholing door middel van e-learning hebben wij in 2011 een initiatiefvoorstel ingediend voor toepassing van de studiekostenregeling (studietijdvergoeding) bij extern gevolgde studies door middel van e-learning. Onze voornaamste motivatie hiervoor was het streven naar gelijke behandeling van medewerkers die een verplichte studie/scholing moeten volgen. Om financiële redenen heeft de directie dit initiatiefvoorstel niet overgenomen. Wel heeft ze een alternatief voorstel gedaan, waarbij er een wekelijkse urenvergoeding is voor medewerkers die een verplichte scholing volgen gedurende minimaal 8 maanden. De ondernemingsraad kan zich vinden in dit compromisvoorstel.

### **Organisatie**

- Aantrekken extern deskundige in verband met het project 'bewust plannen'.
- Overname revalidatiegeneeskunde door Groot Klimmendaal.
- Verzelfstandiging handtherapie.
- Nieuwe directeur financiën & markt.
- Protocol omgang patiëntgegevens: Steekproef naleving protocol.

Met ingang van 1 april 2012 is de Acute Opname Afdeling geopend. Tevens zijn de zorgclusters conform de nieuwe organisatiestructuur ingericht. Omdat in 2011 de besluitvorming hieromtrent grotendeels reeds is afgerond gaat de ondernemingsraad daar niet nader meer op in. Wel heeft de ondernemingsraad in dit jaardocument alle deelbesluiten in het kader van deze reorganisatie benoemd en waar nodig toegelicht.

- Herontwerp marktunits: Tijdens de sollicitatierondes voor teamleider op de marktunits (poliklinieken) bleek dat de uitgangspunten, die de directie in 2011 heeft geformuleerd, in de praktijk niet op alle (kleinere) poliklinieken haalbaar bleken.
- Organisatie ontwikkeling cluster facilitaire dienstverlening: Vanwege de organisatieontwikkeling binnen de zorgclusters heeft de directie besloten dat ook de functiebeschrijvingen van leidinggevenden binnen het cluster facilitaire zaken aangepast moet worden, zodat er een uniforme invulling van de leidinggevende functies is voor het hele ziekenhuis.
- Vervallen functie avond-/nachtcoördinator: Eén van de uitkomsten van de reorganisatie van de zorgclusters was het vervallen van de functie avond- en nachtcoördinator. Tijdens gesprekken hierover tussen de ondernemingsraad en de directie/PO&O bleek echter, dat men een niet volledig beeld had van de inhoud van het takenpakket van de avond- en nachtcoördinator. Volgend op een groot aantal discussies dat we hebben gevoerd met de directie, heeft de directie een aantal acties in gang gezet om tegemoet te komen aan onze zorgen. Specifieke functies zijn overgenomen door gespecialiseerde verpleegkundigen van andere afdelingen. Nadat ook voor de betrokken avond- en nachtcoördinatoren een goede begeleiding is gestart naar een andere functie, conform het sociaal plan, heeft de ondernemingsraad ingestemd met de definitieve opheffing van deze functie.
- Wijziging topstructuur Slingeland Ziekenhuis: Omdat in het strategisch beleidsplan 2010-2015 drie kernwaarden als uitgangspunt voor de organisatie van het Slingeland Ziekenhuis gelden en omdat met de reorganisatie van april 2012 een geheel nieuwe organisatiestructuur van kracht is geworden, heeft de directie geconstateerd dat ook binnen de directie een nieuwe rolverdeling moet gaan gelden, die

de organisatiestructuur beter volgt. De nieuwe units en afdelingen zijn onderverdeeld onder drie clusterdirecteuren en de algemeen directeur.

### **Raad van Toezicht**

In september heeft de ondernemingsraad haar jaarlijkse ontmoeting gehad met de Raad van Toezicht. Eenmaal per jaar schuift de Raad van Toezicht aan bij een overlegvergadering. Deze invulling van het periodieke overleg tussen de ondernemingsraad en de Raad van Toezicht is sinds een aantal jaren ingevoerd en verloopt tot volle tevredenheid van beide partijen. Begin 2012 is besloten om de plannen voor samenwerking/fusie met het streekziekenhuis Koningin Beatrix niet door te zetten. Tijdens de vergadering met de Raad van Toezicht is nogmaals kort besproken wat de redenen hiervoor waren en op welke wijze de Raad van Toezicht en wij de toekomst van het Slingeland Ziekenhuis zien. Daarnaast hebben we uitgebreid gesproken over de reorganisatie van de zorgclusters, die per april 2012 is doorgevoerd.

## **3.5 Verslag van Bestuur van de Vereniging Medische Staf**

### **Samenstelling bestuur vereniging medische staf per 31 december 2012**

-	K.C.A. van Engelenburg, chirurg	voorzitter
-	M. Bijkerk, anesthesioloog	vice-voorzitter/secretaris
-	G.G.A. Malmberg, gynaecoloog	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
-	E.V.M. Vermeulen, kinderarts	lid, vanuit kamer dienstverband specialisten
-	dr. C.W. van Haselen, dermatoloog	lid, vanuit kamer dienstverband specialisten
-	F.J. Lijdsman	coördinator medische staf

#### *Rooster van aftreden:*

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 VMS. De Raad van Mandatarissen is verantwoordelijk voor de continuïteit van het bestuur VMS.

Op 6 maart 2012 is tijdens een officiële bijeenkomst door de gevolmachtigden van de vrijgevestigde vakgroepen de overeenkomst van stafmaatschap getekend. Met de oprichting van de stafmaatschap zijn de werkzaamheden van de kamer vrijgevestigde medisch specialisten van de Vereniging Medische Staf voorlopig in een ruststand terecht gekomen. Deze wijzigingen in de interne structuur en werkwijze van de Vereniging Medische Staf zijn nog niet geëffectueerd in een herziening van de statuten van de VMS.

### **Jaarplan vereniging medische staf en realisatie**

De medische staf heeft een eigen jaarplan en jaarverslag. De belangrijkste punten uit 2012 zijn hieronder weergegeven.

### **Nieuwe organisatiestructuur en organisatie van de medische vakgroepen**

Vanaf 1 april 2012 kent het Slingeland Ziekenhuis een nieuwe organisatiestructuur.

De organisatie bevat marktunits en capaciteitsunits, die aangestuurd worden door unitmanagers en medisch managers, die gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor het ondernemingsplan. Hiermee beoogt het Slingeland Ziekenhuis een slagvaardiger en meer resultaatgerichte organisatie te worden, waarbij de units verantwoordelijk zijn voor de realisatie van de doelen uit het Strategisch Beleidsplan.

Het stafbestuur heeft met het Slingeland Ziekenhuis afspraken gemaakt over het functieprofiel van de medisch manager en de bezoldiging van de functie. Het Slingeland Ziekenhuis heeft bij de wijziging van de organisatie ook voorstellen ontwikkeld voor een aanpassing van de topstructuur. Het stafbestuur heeft bij de vakgroepen gepeild, hoe men tegenover deze wijzigingen stond. De hieruit voortkomende adviezen zijn aan de directie aangeboden.

### **Acute Opname Afdeling**

Op 1 april 2012 is de Acute Opname Afdeling definitief van start gegaan. De inwerkingtreding van de Acute Opname Afdeling heeft tot doel de doorlooptijd in de eerste fase van opname efficiënter te maken en de druk op de klinische afdelingen te verminderen. De komst van de Acute Opname

Afdeling heeft belangrijke consequenties voor de werkwijze van medisch specialisten (opnameregeling en visiteregeling). Tijdens de december vergadering van de Raad van Mandatarissen is het functioneren van de Acute Opname Afdeling geëvalueerd en zijn een aantal aanpassingen in de werkwijze geëffectueerd. Nadat de projectstructuur Acute Opname Afdeling is opgeheven is het van belang, dat er een definitieve invulling komt van de leidinggevende structuur voor de unit Acute Zorg.

### **Strategische allianties met andere ziekenhuizen**

#### *SKB-SZ*

Na een lange periode van intensieve oriëntatie op de mogelijkheden van samenwerking en fusie tussen het Slingeland Ziekenhuis en Streekziekenhuis Koningin Beatrix te Winterswijk is in februari 2012 door de Raden van Toezicht van beide ziekenhuizen besloten om de onderzoeken naar en besprekingen over fusie definitief te beëindigen. Dit neemt niet weg, dat op het niveau van medisch inhoudelijke zorg de samenwerking tussen vakgroepen en de vorming van regiomaatschappen worden voortgezet

### **Samenwerking hoogcomplex/laagvolume zorg**

In 2012 is de samenwerking tussen de drie ziekenhuizen op basis van de Samenwerkingsovereenkomst Rijnstate, Slingeland Ziekenhuis, Ziekenhuis Gelderse Vallei inzake de verdeling van de hoogcomplex/laagvolume chirurgie tot uitvoering gebracht. Elke maand vindt bestuurlijk overleg plaats. In november 2012 heeft tussen de Raden van Bestuur en de stafbesturen van de drie ziekenhuizen tijdens een werkconferentie een verdere verkenning plaatsgevonden van de verdere samenwerkingsmogelijkheden. Dit heeft geresulteerd in een Jaarplan 2013 Regiosamenwerking 2013 "Zelf kiezen biedt perspectief".

### **Stuurgroep Kwaliteit & Patiëntveiligheid**

Het Slingeland Ziekenhuis neemt deel aan het landelijk programma Kwaliteit & Patiëntveiligheid. De implementatie van het programma binnen het Slingeland Ziekenhuis wordt gecoördineerd door de Stuurgroep Kwaliteit & Patiëntveiligheid.

De navolgende stafleden zijn lid van de Stuurgroep: J.H.G. Bürer, K. Reijnders, D. Ebel, B. Postma. Tien VMS-projecten maken onderdeel uit van het programma. Elk project staat onder leiding van een projectleider, voortkomende uit de medische staf.

### **Appraisal & Assessment**

In maart 2012 heeft het stafbestuur het rapport Evaluatie en Plan van Aanpak Appraisal & Assessment als vorm van IFMS opgesteld. Per 31 december 2012 zijn 21 appraisors beschikbaar. Dit aantal is echter nog altijd te weinig om het systeem van evaluatie via Appraisal & Assessment optimaal te laten functioneren.

- a. Het stafbestuur zal de vakgroepen wijzen op de verantwoordelijkheid per vakgroep minimaal één appraisor aan te wijzen voor de geaccrediteerde opleiding bij de Stichting Appraisal & Assessment. Vakgroepen met meer dan vier fte zullen worden verzocht twee appraisors aan te wijzen.
- b. Ook zal de kwaliteit van de gevoerde gesprekken geëvalueerd worden door het organiseren van intervisiebijeenkomsten.

Het bestuur van de medische staf heeft eind 2012 gekozen voor de aanschaf van het Digitaal Competentie Portfolio van Vrest om de assessments goed te ondersteunen.

### **Kwaliteitsmonitor voor medische vakgroepen.**

Binnen het ziekenhuis is de zogeheten kwaliteitsmonitor voor medische vakgroepen ontwikkeld.

In de monitor zijn parameters opgenomen, waardoor het functioneren van een vakgroep meetbaar wordt. Het is een dynamische monitor, er kunnen punten aan worden toegevoegd of verwijderd. Dat zal zeker gebeuren nu zowel de Orde Medisch Specialisten als de KNMG zogenaamde kwaliteitskaders hebben geformuleerd.

### **Interne VMS-procedure bij melding van problematisch gedrag van medisch specialisten**

Gelukkig zijn in het Slingeland Ziekenhuis de onderlinge verhoudingen goed. Desondanks is er altijd een dreiging dat het minder goed gaat met stafleden (landelijke cijfers laten 3 tot 5% dreigend disfunctioneren van medisch specialisten zien). Na een discussie hierover binnen de vergadering van de Raad van Mandatarissen is besloten de mogelijkheid te onderzoeken van de benoeming van twee

vertrouwenspersonen, die kunnen bemiddelen in bovengenoemde gevallen en ook een persoonlijk baken kunnen zijn voor medisch specialisten, die hier aan behoefte hebben.

### **Zelfevaluatie medische vakgroepen**

De Stuurgroep Kwaliteit en Veiligheid heeft in het kader van het Kwaliteitskader Orde Medisch Specialisten voor vakgroepen een zelf evaluatieformulier ontworpen om te kunnen bepalen of men aan een aantal essentiële kwaliteitskaders voldoet. De zelfevaluatie is in het 4<sup>e</sup> kwartaal 2012 uitgezet onder de vakgroepen. De resultaten van de zelfevaluatie worden besproken in de jaarlijkse beleidsgesprekken tussen directie, bestuur medische staf en vakgroepen.

### **Verantwoordelijkheidsdeling in de Zorg**

In 2011 is de procedure Medische Verantwoordelijkheidsdeling definitief vastgesteld. Er is een implementatieplan opgesteld, dat eind 2012 definitief is ingevoerd. Er is begonnen met de uitrol van het implementatieplan bij de start van de Acute Opname Afdeling op 1 april 2012. Ook zijn nieuwe formulieren ontwikkeld voor de consultvoering en de medebehandeling. Op termijn zal de implementatie van de papieren procedure ook worden ondergebracht in de automatiseringssystemen.

### **Mortaliteitsonderzoek als kwaliteitsinstrument.**

De opzet en inhoud van de necrologiebesprekingen in het Slingeland Ziekenhuis is volgens het stafbestuur aan verbetering toe. Bespreking van casus mortaliteit is uit kwalitatief oogpunt zeer belangrijk. Er ligt een voorstel voor een meer gestructureerde voorbereiding en opzet van de besprekingen. Door speciaal hiervoor opgeleide verpleegkundigen vindt dossieronderzoek overeenkomstig de Dutch Hospital Data methode plaats van alle overleden patiënten. Een selectie hiervan wordt aangeboden aan een drietal medisch specialisten, die de casus zullen onderzoeken. Zij maken de definitieve selectie van patiënten die besproken zullen gaan worden in de necrologiebespreking.

### **Antistollingscommissie**

Het stafbestuur c.q. de medische staf heeft in 2012 een commissie antistolling ingesteld die ziekenhuisbreed het antistollingsbeleid zal coördineren en nieuw beleid zal implementeren. Binnen de medische staf heeft het stafbestuur inmiddels ook voldoende leden bereid gevonden om zitting te nemen in deze commissie. Aanleiding voor het instellen van deze ziekenhuiscommissie was de opkomst van een nieuwe groep zeer potente antistollingsmiddelen, de zogenaamde NOAC's.

### **Model Toelatingsovereenkomst**

In september 2011 hebben onderhandelingsdelegaties van de Orde van Medisch Specialisten (OMS) en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) een onderhandelingsresultaat bereikt over een nieuw Model Toelatingsovereenkomst (MTO). Deze nieuwe MTO volgt uit de afspraken die hierover in het convenant tussen VWS, OMS en NVZ zijn gemaakt. Na intern voorbereiding is het advies aan het bestuur gegeven om de MTO slechts beperkt aan te passen, te weten in de artikelen 3, 6.4 en 26. Op 10 december 2012 vond een laatste voorlichtingsbijeenkomst plaats voor de leden van de medische staf, waarin nog eens toelichting werd gegeven op de toelatingsovereenkomst (TO) en het geformuleerde advies. Het stafbestuur heeft het advies overgenomen. Eén en ander laat onverlet dat een toelatingsovereenkomst, zoals al eerder genoemd in deze brief, een individuele overeenkomst is tussen de vrijgevestigde medisch specialist en de raad van bestuur van het ziekenhuis. De directie zal de nieuwe toelatingsovereenkomsten begin 2013 aan de vrijgevestigde medisch specialisten aanbieden.

## **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<sup>plus</sup> 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<sup>o</sup> 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. In 2011 is via de planning en control cyclus nader invulling gegeven aan het uitwerken en realiseren van de meerjarenstrategie.

## **4.2 Jaarplan 2012**

Vanuit het beleidsplan wordt ieder jaar het ziekenhuisjaarplan opgesteld. In dit ziekenhuisjaarplan staan de belangrijkste doelstelling 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 2012 kunnen kort en krachtig als volgt worden geformuleerd:

1. Implementatie nieuwe organisatiestructuur
2. Herindeling kliniek en opstart AOA
3. Start uitvoer LTHP
4. Invoering DOT

In dit hoofdstuk wordt weergegeven in hoeverre de beoogde resultaten zijn gerealiseerd.

### **Doelstelling 1: Implementatie nieuwe organisatiestructuur.**

In 2011 is een ontwerp gemaakt voor de nieuwe organisatiestructuur voor de zorg. Belangrijke uitgangspunten waren het scheiden van capaciteitsmanagement en marktunitmanagement, introductie van de medisch manager en de introductie van de teamleider.

De introductie van de nieuwe organisatiestructuur is gekoppeld aan de nieuwe start van het nieuwe model voor de kliniek met AOA en electieve afdelingen. Hierdoor is de nieuwe structuur op 1 april 2012 operationeel geworden.

Voor de bezetting van diverse functies, met name voor marktunitmanagers, is langere tijd sprake geweest van inzet van interim personeel. Ook de benoeming van medisch managers heeft langer geduurd dan verwacht. Het hebben van een juist maatschapsconvenant bleek hierin veelal voor vertraging te zorgen.

In de laatste maanden van het jaar is een nieuw ontwerp voor de topstructuur opgezet. Deze is per 1 januari 2013 operationeel gegaan. Het aantal directiefuncties is daarbij van vijf teruggebracht naar vier. In 2013 zal de structuur en het effect van de organisatieverandering worden geëvalueerd.

### **Doelstelling 2: Invoering nieuw concept beddenhuis met AOA**

Het Slingeland Ziekenhuis heeft per 1 april 2012 een nieuw werkwijze voor de opvang van de acute klinische patiënt ingevoerd, door de introductie van een acute opvang afdeling waar het grootste deel van de acute patiënten maximaal 48 uur verblijven. Op de andere afdelingen vindt derhalve alleen nog



opname plaats van electieve patiënten of uit de AOA overgenomen acute patiënten met een behandelplan (en daarmee electief).

De introductie heeft veel impact gehad op de samenstelling van teams op afdelingen. Dit werd versterkt doordat ten tijde van de start van het nieuwe organisatieconcept er eveneens een uitbraak van VRE was. Dit heeft gemaakt dat veel extra maatregelen en intensieve schoonmaak van afdelingen moest plaatsvinden ten tijde van de opstart van teams.

De introductie van de AOA heeft als resultaat gehad, dat in de tweede helft van 2012 geen opnamestop meer is geweest. Dit is een aanzienlijke verbetering ten opzichte van de periode daarvoor.. Een evaluatie van de AOA zal in 2013 worden uitgevoerd.

### **Doelstelling 3: Start van het uitvoeren van het LTHP**

In het jaar 2012 zijn een aantal projecten uitgevoerd. De belangrijkste zijn:

1. Gezellenlaan (dermatologie)
2. Beddenhuis/AOA
3. Herindeling poli neurologie/interne

Daarnaast is het Slingeland Ziekenhuis in 2012 tot het inzicht gekomen dat het oorspronkelijke LTHP niet uitvoerbaar bleek. Een geplande uitbreiding (bouwdeel K) bleek te complex te zijn om uit te voeren. Op basis hiervan is een nieuw LTHP opgesteld alsmede is een verkennend onderzoek gedaan naar de haalbaarheid van nieuwbouw.

De uitkomsten van dit onderzoek is dat er zowel een haalbaar LTHP voor renovatie van de bestaande locatie is als dat de ontwikkeling van een nieuwe locatie mogelijk is. In 2012 is op basis van deze gegevens besloten om een verdere verkenning van de nieuwbouw uit te voeren met voorgenomen besluitvorming in 2013. Daarnaast is besloten enkele huisvestingsknelpunten op de huidige locatie in 2013 op te pakken. Dit samen met het uitvoeren van noodzakelijk onderhoud ten behoeve van de instandhouding van de bestaande locatie.

### **Doelstelling 4: Invoering DOT**

Voor het jaar 2012 is gestart met een nieuwe DBC administratie (DOT). Deze introductie heeft veel gevraagd van secretariaten, specialisten, financieel medische administratie en applicatiebeheerders. De inspanningen die deze personen hebben gepleegd hebben er toe geleid dat de registratie in 2012 goed is opgestart. Knelpunten samenhangend met de nieuwe introductie zijn veelal voortvarend opgepakt.

Het maken van afspraken met zorgverzekeraars heeft beduidend langer in beslag genomen dan voorzien. De introductie van nieuwe type contracten op basis van schadelast en het maken van afspraken over DOT producten waar geen historische data beschikbaar was heeft dit proces aanzienlijk vertraagd. Door het afspreken van tijdelijke voorschotten is het Slingeland Ziekenhuis niet in liquiditeitsproblemen geraakt. Eind 2012 was het Slingeland Ziekenhuis bij met facturatie.

De uitdaging voor 2012 is een verdere inbedding van de DOT opbrengsten in de planning en control cyclus als mede het versnellen van de contractering en verbeteren van de administratieve processen.

## **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 2012.

### **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 NIAZ heeft de volgende complimenten, sterke punten en verbeterpunten benoemd:

#### **Complimenten**

- Betrokkenheid van medewerkers.
- Openheid van medewerkers.
- Het gastvrijheid concept.
- Kwaliteitsmonitor kwaliteit & patiëntveiligheid.
- Implementatie van informatiebeveiliging conform de norm NEN 7510.

#### **Sterke punten**

- Interne zorglijnen en stuurkaarten.
- Leerunit/leerafdelingen.
- Anoniem melden bij agressief gedrag van patiënten.
- Werving en opleiding arts-assistenten SEH en IC.

#### **Verbeterpunten**

- Vergroot en borg de betrokkenheid van de medische staf bij de implementatie van het veiligheidsmanagementsysteem.
- Borg het gebruik van iDocument instellingsbreed.
- Borg de uitvoering van jaargesprekken en de centrale registratie instellingsbreed.
- Borg de beoordeling van leveranciers door de afdeling inkoop.
- Borg de vrijgave van medische apparatuur na reparatie.
- Borg de temperatuurbewaking en monitoring van alle medicatiekoelkasten.
- Borg de implementatie van complicatieregistraties en complicatiebesprekingen en daaruit voortvloeiende verbeterplannen bij alle maatschappen en vakgroepen.
- Borg de implementatie van TOP 1,2,3.
- Actief stimuleren en betrekken van patiënten bij veiligheid.
- Formuleren en implementeren van eenduidig beleid met betrekking tot ontslagmedicatie.

### **Keurmerken**

Het Slingeland Ziekenhuis hanteert, naast het NIAZ, nog andere keurmerken en systemen. In 2012 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 heeft in februari 2012 een toetsingsbezoek gehad van het CCKL en is op basis hiervan geaccrediteerd.
- 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 2012. In de beoordeling zijn complimenten gegeven voor gastvrijheid, betrokkenheid, aandacht, deskundigheid en veiligheid; onderwerpen die stuk voor stuk terugkomen in het strategische beleid van het Slingeland Ziekenhuis.

- De Borstkankervereniging Nederland heeft in samenwerking met ervaringsdeskundigen een lijst met 13 basiseisen voor patiëntgerichte borstkankerzorg opgesteld. Het Slingeland Ziekenhuis voldoet aan alle criteria en de borstkankervereniging heeft ons daarom onderscheiden met "het roze lintje".
- 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 amandelen, borstkanker, liesbreuk, spataderen, OSAS (slaapapneu), knieartrose, meniscus en heupartrose. Voor alle TopZorg behandelingen geldt dat de behandeling voldoet aan hoge kwaliteitseisen.
- Het Slingeland Ziekenhuis is door verzekeraar Achmea uitgeroepen tot kwaliteitsziekenhuis voor de operaties bij dikke darmkanker en voor de behandeling heupvervanging. De ziekenhuizen die de kwalificatie krijgen scoren bovengemiddeld op de door Achmea geselecteerde aandoeningen.

#### 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. In 2012 ontving het Slingeland Ziekenhuis de resultaten van de CQI Rughernia. In de CQI scoort het Slingeland Ziekenhuis een 7,9 tegenover 7,3 als landelijk gemiddelde. Via de Patiënt Reported Outcome Measures (PROMS) is het door de patiënten ervaren behandelingseffect gemeten. Hierbij worden de klachten vóór de operatie vergeleken met de klachten na de operatie. Hierbij scoort het Slingeland Ziekenhuis gemiddeld.

De resultaten van de CQI ziekenhuizen en poliklinieken dateren uit 2011. In de CQI ziekenhuizen scoort het Slingeland Ziekenhuis op 7 van de 9 thema's significant beter dan landelijk gemiddeld. In het schema betreft dit de items met drie sterren. De 2 overige thema's scoren gemiddeld.

CQI Ziekenhuizen		
Thema	Aantal sterren	Score 1 – 4 (4 = max positief)
1. Communicatie met verpleegkundigen	***	3,6
2. Communicatie met arts	***	3,5
3. Pijnbeleid bij opname	***	3,7
4. Communicatie bij medicatie	**	3,2
5. Informatie bij ontslag	**	3,3
6. Bereikbaarheid ziekenhuis	-	-
7. Kamer en verblijf	-	-
8. Uitleg over behandeling	***	3,7

9. Ontvangst op de afdeling	-	-
10. Inhoud opnamegesprek	***	3,0
11. Gevoel van veiligheid	***	3,6
12. Eigen inbreng	***	3,1
13. Tegenstrijdige informatie door zorgverleners	-	-

<b>CQI Poliklinieken</b>		
<b>Thema</b>	<b>Aantal sterren</b>	<b>Score 1 – 4 (4 = max positief)</b>
1. Ontvangst polikliniek	**	3,7
2. Bejegening door de arts	**	3,8
3. Informatievoorziening arts	**	3,6
4. Communicatie door de arts	**	3,8
5. Bejegening door de zorgverlener	**	3,9
6. Informatievoorziening door de zorgverlener	**	3,5
7. Communicatie door de zorgverlener	**	3,9
8. Nazorg	**	2,9

### **Suggestiekaarten**

Patiënten kunnen, via suggestiekaarten, op een laagdrempelige manier suggesties doen voor verbeteringen. In 2012 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 2012 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.

Naast de inhoudelijke kwaliteitsindicatoren heeft het Slingeland Ziekenhuis vorig jaar voor het eerst de sterftcijfers in haar jaardocument gepubliceerd. U vindt de uitkomsten in onderstaand tabel.

Sterftcijfer	2012	2011	2010	2009
Ruwe Sterfte				
Dagopname	0	0	0	0
Klinisch	348	395	395	422
% sterfte klinische opnamen	1.85%	2.10%	2.21%	2.59%
HSMR sterfte (gecorrigeerd voor zorgzwaarte)	n.b.	107	102	101

Het ruwe sterftcijfers is lager dan aan het jaar daarvoor. Het aantal opnamen is vrijwel gelijk gebleven en het aantal overleden patiënten is gedaald.

## 4.4.2 Klachten

### 4.4.2.1 Klachtencommissie

#### *Externe leden:*

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

#### *Interne leden:*

- de heer L. Schaars, IC verpleegkundige Slingeland Ziekenhuis, op voordracht van de ondernemingsraad
- de heer drs. M.L.M.J. Larik, kaakchirurg Slingeland Ziekenhuis, op voordracht van de medische staf Slingeland Ziekenhuis tot en met 1 juli 2012
- de heer drs. 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

#### *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 lagers onvrede weg te nemen en zodoende de kwaliteit van zorg te verbeteren.

### **De klachten**

In 2012 heeft de klachtencommissie 10 klachtbrieven ontvangen.

- Bij 3 klachten uit 2011 is in 2012 een uitspraak gedaan.
- 1 klacht uit 2011 is nog in behandeling.
- Bij 5 klachten uit 2012 is een uitspraak gedaan.
- 5 klachten uit 2012 zijn nog in behandeling en daarover wordt de uitspraak verwacht in 2013.

### 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 2012 werden door 310 mensen een klacht ingediend, dit is een stijging van 16% ten opzichte van 2011. Toen zijn door 263 mensen een klacht ingediend. Een verklaring voor deze toename zou indirect gerelateerd kunnen zijn aan de vele veranderingen, die in het Slingeland Ziekenhuis hebben plaatsgevonden (verbouwingen, reorganisatie). Tevens is er in de periode van begin maart tot eind juni een uitbraak van de VRE-bacterie geweest, die tot veel onrust heeft geleid.

Klachten kunnen schriftelijk, telefonisch, via een persoonlijke afspraak en per e-mail worden ingediend. Door 17 personen werd een schadeclaim ingediend. In 2011 waren dit er 15.

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.

**Tabel: Klachten per categorie**

	2008	2009	2010	2011	<b>2012</b>	2008	2009	2010	2011	<b>2012</b>
aantal	221	228	232	263	<b>310</b>	221	228	232	263	<b>310</b>
<i>categorie: (2012)</i>	<i>aantal</i>	<i>aantal</i>	<i>aantal</i>	<i>aantal</i>	<i>aantal</i>	%	%	%	%	%
medisch (73) verpleegk. (57)	75	101	78	117	<b>130</b>	26	36	29	34	<b>26</b>
relationeel	137	135	147	163	<b>208</b>	47	48	54	48	<b>42</b>
organisatorisch	61	15	18	31	<b>102</b>	21	5.33	6.7	9	<b>20</b>
bouw/terrein	7	4	11	14	<b>15</b>	2	1.42	4.1	4	<b>3</b>
financieel	12	26	17	18	<b>44</b>	4	9.25	6.0	5	<b>9</b>
TOTAAL	292	281	271	343	<b>499</b>	100	100	100	100	<b>100</b>

## 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 is en wanneer er spijt wordt betuigd over een ongelukkige gang van zaken.

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 vernieuwd.

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. Denk hierbij aan klachten over onheuse bejegening en onduidelijke uitleg of een gebrek aan informatie. Soms hebben klagers verwachtingen waaraan niet kan worden voldaan. Ook hier is goede uitleg belangrijk.

228 klagers waren na behandeling van de klacht tevreden over de uitkomst. 33 personen waren niet en 15 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 2012 was dit het geval bij 21 personen.

Van de 33 personen die niet tevreden waren over de uitkomst van hun klacht, zijn drie personen naar de klachtencommissie gegaan en vijf personen hebben een claim ingediend. Er hebben 12 personen rechtstreeks een claim ingediend, waarmee het totale aantal claimanten in 2012 op 17 komt.

In 2012 veelvuldig genoemde problemen bij de klachtenfunctionaris zijn:

- Discontinuïteit in zorg na ontslag van de klinische patiënt.
- Onvoldoende informeren van 1<sup>ste</sup> contactpersoon, met name bij die patiënten die zelf de informatie niet begrijpen of niet in staat zijn informatie over te dragen.
- Lange wachttijd op de afdeling Spoedeisende Hulp.
- Het ten onrechte behandelen op SEH in plaats van terug verwijzen naar HAP, hierdoor hoge rekening.
- Foutief gemaakte of ingevoerde afspraken voor bezoek aan de polikliniek.
- Niet doorgaan van een onderzoek of operatie bij al opgenomen patiënten, omdat in de voorbereiding iets niet goed is gegaan/vergeten/ te laat gesignaleerd.
- Onvoldoende begeleiding en uitleg bij onderzoek en/of behandeling.
- Verkeerde of gemiste diagnose.
- Klachtuiting van de patiënt niet serieus nemen.
- Bejegening van de patiënt.
- (mis)Communicatie.
- Roken bij de hoofdingang.
- Hoogte van een ontvangen rekening niet in verhouding tot (kortdurend) bezoek aan een specialist.
- Klachten over hoge parkeerkosten.
- Rekeningen over CBR-keuringen.

#### 4.4.3 Toegankelijkheid

In bijgevoegd schema staat aangegeven wat de gemiddelde toegangstijd is per specialisme over heel 2012:

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

Over het algemeen zijn de prestaties gelijk of verbeterd ten opzicht van 2011.

#### 4.4.4 Veiligheid

##### Accreditatie Veiligheidsmanagementsysteem

Het NIAZ heeft het Slingeland Ziekenhuis in 2012 geaccrediteerd voor zowel het kwaliteits- als 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 geïmplementeerd</i>	<i>Geïmplementeerd</i>	<i>Geïmplementeerd &amp; structurele evaluatie van naleving</i>
Postoperatieve wondinfecties			X
Sepsis		X	
Vitaal bedreigde patiënt			X
Voorkomen schade bij ouderen: - ondervoeding - delier - valpreventie - functieverlies		X X X	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. In 2012 zijn wederom verbeteringen gerealiseerd op de naleving van de interventiebundels.
- Sepsis: interventiebundels zijn al langere tijd geïmplementeerd op ICU. De uitrol, ziekenhuisbreed, loopt.
- Vitaal bedreigde patiënt: werkwijze bij vitaal bedreigde patiënt was reeds ziekenhuisbreed geïmplementeerd middels een Scoreformulier. Sinds 2011 is een spoedinterventieteam aanwezig. In 2012 heeft een evaluatie plaatsgevonden. Het aantal reanimaties blijkt te zijn gedaald.
- In 2011 is de screening ondervoeding, delier en valpreventie ziekenhuisbreed gedigitaliseerd als onderdeel van het Elektronisch Verpleegkundig Dossier. In 2012 is gestart met de ontwikkeling van een elektronisch standaard verpleegplan gericht kwetsbare ouderen. Na invoering zal bij een verhoogd risico op bijvoorbeeld delier automatisch in het verpleegkundig activiteitenplan acties geplaatst worden gericht op het verminderen van het risico op danwel het adequaat behandelen van een delier. Tevens is gestart met het elektronisch genereren van de indicatoren ten aanzien van screening kwetsbare ouderen en observatie delier.
- In 2012 is de medicatieverificatie bij opname op de Acute Opname Afdeling gestart. De overige onderdelen volgen in 2013.



- Richtlijnen voor het voorkomen van nierinsufficiëntie van het CBO zijn al meerdere jaren ziekenhuisbreed geïmplementeerd en in 2012 geëvalueerd en aangepast. Tevens is afgelopen jaar de voorbereiding gestart van digitalisering van aanvraag contrastonderzoek waardoor betere controle mogelijk is of richtlijnen zijn opgevolgd.
- 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. In 2012 is met name veel aandacht besteed aan de naleving.
- In 2011 en 2012 is de richtlijn voor het veilig toedienen van parenteralia op alle verpleegafdelingen ingevoerd.
- Het Slingeland Ziekenhuis hanteert al meerdere jaren richtlijnen voor het voorkomen van verwisseling. Sinds het 1<sup>e</sup> 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. De implementatie van richtlijnen voor het vitaal bedreigde kind en medicatieverificatie volgen nog in 2013.

Ten aanzien van alle projecten geldt dat verbetering van de naleving en borging mogelijk is. Dit is een doelstelling voor het veiligheidsbeleid van 2013.

### **Vrijheidsbeperkende maatregelen**

In 2012 heeft de commissie vrijheidsbeperkende maatregelen gewerkt aan het implementeren van de recente richtlijnen op het gebied van vrijheidsbeperkende maatregelen. Bestaande protocollen inzake vrijheidsbeperkende maatregelen zijn geëvalueerd en worden binnenkort aangepast. Op verpleegafdelingen heeft een inspectie plaatsgevonden van beschikbare materialen. Het beleid is vooral gericht op het terugdringen van het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen en het verbeteren van bewakingsmogelijkheden. Zo is bijvoorbeeld het aanschaftraject van een ultra laag bed gestart. Er is een registratieformulier ontwikkeld, welke in 2013 wordt geïmplementeerd. Daarnaast houdt de commissie zich bezig met het ontwikkelen van ziekenhuisbreed beleid ten aanzien van het beheer (onderhoud, centrale uitgifte, registratie) van vrijheidsbeperkende maatregelen. In 2013 zal tevens een opleidingsmodule worden ontwikkeld.

### **Veiligheidstoets / quick scan VRE**

Sinds 2008 voeren afdelingshoofden en directeurs op alle afdelingen jaarlijks een veiligheidstoets uit. In 2012 stond deze in het teken van de naleving van hygiëneregels en de uitbraak van de VRE-bacterie in het Slingeland Ziekenhuis. Er vonden meermalen van dit soort onverwachtse 'quick scans' plaats op verpleegafdelingen en poliklinieken, net zo lang totdat de score van een goed niveau was. In november hadden de poliklinieken een gemiddelde score van 8,9 (op een schaal van 1 tot 10) en de verpleegafdelingen een 8,4.

### **Veilig Incidenten Melden**

De commissie MIP is een adviescommissie die als doel heeft een bijdrage te leveren aan de verbetering van de patiëntveiligheid. Dit op grond van binnengekomen meldingen afkomstig van medewerkers en medisch specialisten. Deze commissie komt 9 keer per jaar bijeen.

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

Nadat eerst het decentrale digitale melden van incidenten in het ziekenhuis is ingevoerd, werd eind 2009 gestart met het instellen van decentrale VIM teams per unit/afdeling/werkeenheden. Parallel hieraan verliep de training van deze decentrale VIM teams, in het analyseren van de meldingen volgens de PRISMA methode. In 2012 waren op alle verpleeg-/werkeenheden decentrale VIM teams samengesteld en geschoold in het analyseren volgens de PRISMA methode. De overige werkeenheden zijn deels geschoold, de resterende werkeenheden volgen in 2013.

Daar waar de decentrale VIM teams zich bezighouden met de meldingen op afdelingsniveau houdt de commissie MIP zich vooral bezig met het signaleren en analyseren van ziekenhuisbrede trends in de meldingen. Met betrekking tot de uitkomsten wordt advies uitgebracht aan de directie.

Het totaal aantal meldingen is wederom gestegen ten opzichte van het voorliggende jaar. Ging het in 2011 nog om 2474 meldingen, in 2012 werden in totaal 3517 meldingen gedaan. Het instellen van

decentrale VIM teams, met daarmee de aandacht voor dit onderwerp binnen de werkeenheden, is hierop wellicht van invloed geweest.

Onderzoek naar (bij de IGZ) gemelde calamiteiten en het toepassen van de PRISMA analyse hierbij, behoort tevens tot de taken van de centrale commissie MIP. In 2012 werd door (een afvaardiging van) de commissie onderzoek verricht naar de toedracht van zes calamiteiten.

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

De stijging van het aantal VIM meldingen in 2012 werd deels veroorzaakt doordat de afdeling KCHL (vanaf januari 2012) en de afdeling MML (vanaf juli 2012) 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 een voorgenomen evaluatie van het hele VIM-systeem voor 2013 zal dit onderdeel meegenomen worden.

De samenstelling van de commissie MIP was in 2012 als volgt:

- Mevrouw B. Weerdesteijn, klachtenfunctionaris (voorzitter)
- De heer F.J.L. Reijnders, vrouwenarts (vanaf juni 2012, vanaf september 2012 voorzitter a.i.)
- De heer C. van Arkel, internist/oncoloog
- Mevrouw D.G. van Gijssel, ziekenhuisapotheker
- Mevrouw J. Jansen, verpleegkundige kindergeneeskunde
- Mevrouw M. Janssen, leidinggevende paramedici/geestelijke verzorging/MPM
- De heer R.A.C. Koot, patholoog
- Mevrouw H. Meijer, teamleider dermatologie
- Mevrouw C.M.W.H. Smeets, vrouwenarts (tot juni 2012)
- Mevrouw G.S. Spronk, klinisch geriater
- Mevrouw I. van der Wijst, kwaliteitsfunctionaris KCHL
- Mevrouw P.J.F. van Paridon, ambtelijk secretaris (vanaf november 2012)
- Mevrouw R. Smit, secretaresse

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

- Preoperatief proces.
- Vastleggen gegevens dialysepatiënten.

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

- Medicatie: Medicatiefouten (o.a. medicatiedeellijsten, medicatie niet tijdig gereed).  
Gebruik Ringer lactaat.  
Etikettering antistolling.
- Patiëntenzorg: Bepalen snelle invoering EVS.  
NTBR-beleid (notitie in EVD).  
Meldingen betreffende afspraken met patiënten.

Risico's zorg in avond-/nacht- en weekenduren.  
SIT (Spoed Interventie Team).  
Valincidenten (preventieformulier, rubriceren).

- Technisch: Volkelbed  
ECG-kar
- Algemeen: 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%.

Ondanks het beleid dat gericht is op preventie en re-integratie is het ziekteverzuim toegenomen met 0,1 % ten opzichte van het vorige jaar. Deze doelstelling is niet gehaald. Voor zover nu bekend daalt het ziekteverzuim licht in de sector algemene ziekenhuizen. Een analyse wordt nog gemaakt.

In 2012 is in het najaar, als vervolg op de vitaliteitscheck van 2011, met een drietal afdelingen een vervolgtraject gestart met als inzet het gesprek over vitaliteit tussen de medewerkers en de manager te structureren en te verbeteren. Dit traject wordt in 2013 afgerond.

<b>Tabel: Ziekteverzuim (excl. zwangerschapsverlof)</b>	<b>Percentage</b>
Verzuim totaal personeel in loondienst	4,6%

##### **Verloop en vacaturevervulling**

Als voorbereiding op de verdere vergrijzing en de verwachte tekorten op de arbeidsmarkt werkt het Slingeland Ziekenhuis met 4 leerunits, waar jaarlijks bijna 100 stagiaires van het HBO en het MBO worden begeleid om zich professioneel voor te bereiden op een carrière. Het Slingeland Ziekenhuis verwacht dat deze leerunits een instroom genereren en garanderen van ongeveer 15 medewerkers per jaar. Deze prognose is gericht op de toekomst. Gezien de huidige economische ontwikkelingen is er sprake van een redelijk ruime arbeidsmarkt. Hierdoor is er nauwelijks sprake van knelpunten in de werving en selectie. Alleen op het gebied van de nieuwe functie van marktunitmanager hebben we in 2012 langdurig moeten werven. Uiteindelijk zijn voor deze functies eind 2012 kandidaten benoemd.

<b>Tabel: Verloop personeel</b>	<b>Aantal personeelsleden</b>	<b>Aantal fte</b>
Instroom personeel in loondienst (totaal) in verslagjaar	112	78,2
Uitstroom personeel in loondienst (totaal) in verslagjaar	100	72,6

<b>Tabel: Vacatures</b>	<b>Aantal vacatures einde verslagjaar</b>	<b>Aantal moeilijk vervulbare vacatures einde verslagjaar</b>
Totaal personeel	21	0
Personeel met patiëntgebonden functies	17	0

##### 4.5.2 **Kwaliteit van het werk**

##### **Reorganisatie en organisatie ontwikkeling**

In 2010 is het strategische beleidsplan vastgesteld. Vanuit het idee dat de organisatiestructuur moet passen bij de vastgestelde strategie (structure follows strategy) is in 2011 een organisatie ontwerp gepresenteerd in het "Beslisdocument" dat in de loop van 2011 uitgewerkt is in het plan reorganisatie zorg. Dit plan is in juni 2011 vastgesteld. In de tussentijd zijn begin 2011 ook de onderhandelingen over een sociaal plan afgerond. De nieuwe structuur in de zorg is op 1 april 2012 ingevoerd. De evaluatie van deze nieuwe structuur en de evaluatie van de nieuw benoemde leidinggevenden zal plaatsvinden na één jaar, in 2013.

Een aantal kerndoelen zijn:

- Een meer marktgerichte organisatie.
- Scheiden van acute en electieve (planmatige)zorg.
- Versterken van de leidinggevende structuur door het introduceren van de functie van teamleider.
- Versterken van het integraal en resultaatgericht managen.
- Versterken van de samenwerking tussen de manager marktunit en de specialisten.

De personele gevolgen van de reorganisatie zijn opgevangen binnen de kaders van het sociaal plan. In de reorganisatie raakten 48 medewerkers hun functie kwijt. Evaluatie in december wees uit dat op dat moment 40 medewerkers waren herplaatst en drie medewerkers vrijwillig uit dienst zijn gegaan. Met de overige vijf medewerkers zijn concrete vervolgspraken gemaakt.

Naast de reorganisatie van de zorgafdelingen heeft het cluster facilitaire zaken een organisatie ontwikkelingstraject afgerond. Dit traject was gericht op dezelfde uitgangspunten van het strategisch plan. Organisatie ontwikkeling van de overige afdelingen vindt plaats in 2013.

Naar aanleiding van de strategie en de daaraan gekoppelde visie op de organisatiestructuur is eind 2012 een besluit gevallen over de inrichting van de topstructuur. Als gevolg daarvan is één directiepositie vervallen.

### **Opleidingsbeleid**

Lerend werken en werkend leren wordt steeds meer een vast onderdeel van onze organisatie. De verdere doorontwikkeling van onze 4 leerunits is één van de belangrijke speerpunten. Met het oog op het verbreden van het blikveld van de toekomstige verpleegkundige is het thema "licht" behandeld. In dit thema wordt mede vanuit de scope van een "Senior vriendelijk ziekenhuis" gezocht naar verbeteringen in de verlichting op een verpleegunit. Concreet doel is dat het aantal valincidenten daardoor vermindert.

De directie heeft eind 2012 besloten in 2013 te starten met de invoering van een leermanagementsysteem. Dit systeem biedt naast e-learning ondermeer faciliteiten om het werkend leren te ondersteunen op een zodanige wijze dat de leidinggevende en de medewerker concrete afspraken kunnen vastleggen, de voortgang kunnen bewaken en de resultaten kunnen vastleggen in een portfolio.

Om de kwaliteit van de voorbehouden en risicovolle handelingen nog beter en gericht te stimuleren en te bewaken. Is de afdelingsgebonden lijst van voorbehouden en risicovolle handelingen omgezet naar een lijst op basis van functieprofielen. Hierdoor wordt voorkomen dat de rapportage over de voorbehouden handelingen niet overeenstemt met de eisen die in de praktijk gesteld worden. Januari 2013 wordt voor het eerst gerapporteerd over de mate waarin de medewerkers voldoen aan de gestelde eisen.

### **Vitaliteit**

In het kader van het in 2010 opgezette Vitaliteitsbeleid is in 2011 de Werkvermogensmonitor (in de interne communicatie de Vitaliteitscheck genoemd) van Preventned aangeboden aan de medewerkers. Begin 2012 is gerapporteerd over de uitkomsten van dit onderzoek waaraan 47% van de medewerkers heeft deelgenomen. Als vervolg op dit onderzoek is een pilot gestart op 3 units om met medewerkers gestructureerd in overleg te treden over de mogelijke acties die zij zelf kunnen ondernemen om hun vitaliteit te waarborgen of te vergroten. Rapportage vindt plaats in 2013. Eind 2012 is besloten dat het Slingeland Ziekenhuis de medewerkers stimuleert om deel te nemen aan de actie Doetinchem Vitaal, een actie die start in januari 2013.

### **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. Van belang is dit resultaat in de komende jaren te borgen. We verwachten dat op termijn het leermanagementsysteem een grote rol gaat spelen in deze borging, doordat het eenvoudiger wordt om de gemaakte afspraken concreet te maken en de uitvoering daarvan te bewaken.

#### **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 werkerrein.

De verantwoordelijkheid voor arbeidsveiligheid ligt bij de afdelingen en medewerkers zelf. De twee arbo- en milieufunctionarissen ondersteunen en adviseren daarin. Er zijn onder andere 141 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 in 2011 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.

Ten eerste is in 2012 een algemene RI&E gehouden welke geldt voor alle afdelingen. Jaarlijks wordt deze algemene RI&E geüpdate. Zowel de punten die voldoen aan de norm als de punten die niet voldoen worden genoemd. Bij het niet voldoen aan de vastgestelde normen, worden actiepunten vastgelegd en opgenomen in een Plan van Aanpak.

Conform de afgesproken cyclus voor het houden van Risico Inventarisatie en –Evaluaties (RI&E's) zijn er bij 22 afdelingen/units c.q. werkeenheden RI&E's uitgevoerd.

Daarnaast is voor elke afdeling een deel-RI&E uitgevoerd. De deel-RI&E worden geregistreerd in een bestand met hierin alle informatie verkregen uit onder andere werkplekonderzoeken, SLIM-meldingen, veiligheidstoets en verhuizingen/verbouwingen. Door deze gegevens steeds te registreren wordt er een efficiëntie slag gemaakt met betrekking tot de RI&E. De uitkomsten van die onderzoeken worden dan opgenomen in de RI&E van de betreffende werkeenheden. Dat voorkomt dat dubbel onderzoek plaatsvindt en dat er meerdere plannen van aanpak nodig zijn.

##### **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 o.a. 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 2012. In werkelijkheid zijn dat in totaal 624 SLIM meldingen geworden. In 2012 zijn via het SLIM-formulier in totaal 471 meldingen gedaan. De doelstelling voor 2012 is daarmee gehaald.

#### Overzicht per onderwerp

Onderwerp	Aantal
Afgewezen/ VIM/patiëntgebondenklachten	7
(Bijna) ongeval	47
Afvalverwerking	7
Agressie, geweld en bedreiging/emotionele gebeurtenis	52
Allergenen	0
Arbeidsmiddelen	2
Bestelling/bevoorrading	3
Biologische agentia	15
CSA	166
Cytostatica	6
Gevaarlijke stoffen	4
Klachten	60
Klimaatklachten	20
Lichamelijk letsel	5
Overig	32
Prikaccident	4
Schoonmaak gevonden naalden e.d.	15
Straling	1
Vermissing/diefstal	2
Werkdruk	36
Werkwijze	140
<b>Totaal:</b>	<b>624</b>

Niet alles wordt gemeld wat wel gemeld had moeten worden. Zo is er vaker iets gestolen wat niet via SLIM wordt gemeld. Tevens is het aantal agressiemeldingen lager dan verwacht mag worden. Verder valt op dat 47 (bijna)ongevallen zijn gemeld en 5 meldingen met lichamelijk letsel. Analyse en benodigde acties zijn uitgevoerd.

Naar aanleiding van een onderzoek naar de meldingsbereidheid omtrent agressie binnen het Slingeland Ziekenhuis, zijn de agressie meldingen gespecificeerd in de manier waarop de agressie plaatsvond. Zie hiervoor de volgende tabel.

Agressiemeldingen	2012
Fysiek	9
Verbaal	40
Overig	3
<b>Totaal</b>	<b>52</b>

Naar aanleiding van het onderzoek en de meldingen zijn specifieke acties uitgezet en is uitgebreid aandacht besteed om agressie en geweld tegen te gaan.

#### 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 2012 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 2012 is de beveiliging 54 keer opgeroepen in verband met agressie binnen het Slingeland Ziekenhuis (42 keer in 2011), tevens 46 keer voor GGNet (79 keer in 2011) en 19 keer voor de huisartsenpost (30 keer in 2011).

### Convenant Toegepaste Zorg en Veiligheid

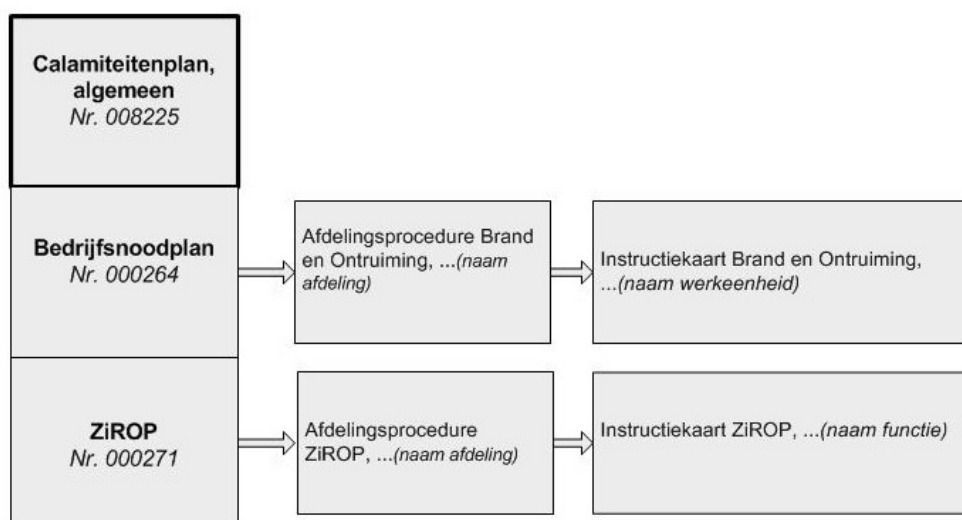
Het Convenant Toegepaste Zorg en Veiligheid is opgesteld om eenduidige handelwijzen tussen medewerkers van ziekenhuizen, politie en justitie af te spreken. De convenantpartijen binnen de veiligheidsregio Noord- en Oost-Gelderland zijn de Politie, Justitie, Sint Jansdal Ziekenhuis te Harderwijk, Gelre Ziekenhuizen te Apeldoorn en Zutphen, Streekziekenhuis Koningin Beatrix te Winterswijk en het Slingeland Ziekenhuis te Doetinchem. In 2012 zijn verschillende casussen aan de orde geweest.

### Beschermde aangifte

Dankzij goede samenwerking tussen het Slingeland Ziekenhuis, de politie en het Openbaar Ministerie is in 2011 de bedreiging van een aantal hulpverleners van het Slingeland Ziekenhuis aangepakt. Geweld tegen ziekenhuispersoneel wordt niet getolereerd. Deze manier van aangifte is opgenomen in het protocol "beschermde aangifte" (aangifte door werkgever namens anoniem blijvende medewerker). Dit protocol maakt nu onderdeel uit van het Convenant Toegepaste Zorg en Veiligheid en heeft in 2011 en 2012 landelijke aandacht gekregen. In 2012 heeft dat geleid tot een door het Ministerie van Veiligheid en Justitie vastgesteld protocol, waarbij aangifte met een zaaknummer (in plaats van een personeelsnummer) een mogelijkheid is. De naam van de medewerker komt dan niet in het proces voor. Dat borgt de anonimiteit van de melder.

### Calamiteitenplannen

Het calamiteitenplan bevat alle algemene informatie omtrent calamiteiten, het bedrijfsnoodplan en het ziekenhuisrampen opvang plan. De opbouw van het calamiteitenplan is in figuur 2 weergegeven.



Figuur: Opbouw calamiteitenplan.

Door de gestructureerde opbouw kan informatie met betrekking tot een ramp makkelijker teruggevonden worden. (Voor het ZiROP; zie 4.6).

### **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 2012 hebben de ICU verpleegkundigen de taak van BHV-er overgenomen van de avond-/nachthoofden. Zij hebben allen de basistraining voor BHV-er gevolgd. In 2012 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 2012 vonden daarnaast op 89 werkeenheden en bedgebonden afdelingen ontruimingsoefeningen plaats (op 2 werkeenheden is de ontruimingsoefening uitgesteld).

In 2012 vond dagelijks een check plaats van vrije doorgang tot brandslangen en van vluchtroutes. De brandweer heeft twee keer 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 opgepakt.

## **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 "Calamiteiten". 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 meerdere malen aangepast, onder andere naar aanleiding van de ervaring van eerdere calamiteiten en ZiROP oefeningen.

Voor het Ziekenhuis Rampen Opvang Plan is in 2012 veel inzet gedaan om de afdelingsprocedures en instructiekaarten verder te ontwikkelen en uit te breiden. Voor elke functie die ten tijde van een ZiROP een rol heeft, is een instructiekaart ontwikkeld. Alle 83 kaarten zijn geschreven en zijn digitaal inzichtelijk op iDocument. Verder zijn 8 afdelingsprocedures afgerond. Van 10 afdelingen moeten de afdelingsprocedures nog worden afgerond.

Voor het Beleidsteam en het Operationele team zijn calamiteitenkoffers ingericht. In deze koffers zitten alle benodigdheden te gebruiken ten tijde van een calamiteit. De koffers worden eenmaal per kwartaal gecontroleerd op juistheid en compleetheid.

Tevens zijn de MultiBel bellijsten, het oproepbericht en het activeren van het Multibel aangepast. Het huidige belsysteem bestaat uit vier lijsten behorende bij de vier verschillende rampscenario's, te weten groen, geel, oranje en rood. In het bericht krijgt men te horen welk scenario het betreft. Er wordt alleen bij specifieke rampen een gesproken boodschap toegevoegd. Het activeren van het MultiBel alarm geschiedt door de telefooncentrale in opdracht van de dienstdoende directeur. Alle medewerkers van de telefooncentrale zijn ingewerkt om het Multibel te activeren. Zij oefenen minimaal elke maandagavond het activeren. Tevens is de procedure om het Multibelalarm in werking te zetten drie keer geoefend, waarbij daadwerkelijk oproepen naar groepen medewerkers zijn gegaan.



Daarnaast zijn 6 sleutelfunctionarissen OT en BT opgeleid door middel van de Hospital Major Incidents Management and Support (HMIMS) en 2 sleutelfunctionarissen hebben de Masterclass gevolgd. Enkele afdelingen die betrokken zijn bij het ZiROP, zijn aan de hand van het communicatieplan ZiROP voorgelicht.

### 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 2012 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

#### Productie

De productie van het Slingeland Ziekenhuis is het afgelopen jaar gestabiliseerd. De cijfers zijn hieronder weergegeven.

Belangrijkste parameters (A+B)	Realisatie 2012	Begroot 2012	Realisatie 2011	Vershil R12/B12	% verschil R12/B12	Vershil R12/R11	% verschil R12/R11
Eerste poli bezoek	107.362	109.133	107.396	1.771	-1,62%	-34	-0,03%
Opname	18.775	18.760	18.768	-15	0,08%	7	0,04%
Ligdag	84.821	90.570	88.003	5.749	-6,35%	-3.182	-3,62%
Dagbehandeling	21.167	21.234	20.955	67	-0,32%	212	1,01%

De patiënten aantallen in de verschillende parameters kennen marginale afwijkingen ten opzichte van 2011. Ten opzichte van de begroting zijn met name de eerste polikliniekbezoeken achtergebleven. Dat geldt in mindere mate ook voor de dagbehandelingen. De ligduur is in lijn met de doelstellingen wederom gedaald tot 4,5 dagen (2011: 4,7 dagen).

Daarnaast is in 2012 een groot aantal dagbehandelingen omgezet van dagbehandeling in poliklinische cytostatica verstrekking (500 stuks). Ook is in dit vakgebied een aanzienlijke stijging van de productie waarneembaar. Dit heeft ook zijn impact gehad op de verstrekking van (dure) medicatie.

Met deze productie overtrof het Slingeland Ziekenhuis de overeengekomen "productieafspraken" in het schaduw FB. Het belang van het FB is in 2012 nog groot aangezien deze als vangnet onder de DOT declaraties dient.

#### Exploitatie

Het exploitatieresultaat 2012 bedraagt € 3.327.000. Dit is 2,7% van de totale bedrijfsopbrengst van € 121.127.000. Het saldo is toegevoegd aan de reserve aanvaardbare kosten. In 2011 bedroeg het resultaat € 5.720.000 na de stelselwijziging van het onderhandenwerk ad € 962.000. Daling van het resultaat is mede het gevolg van incidentele lasten als gevolg van een uitbraak van multi resistente bacterie (VRE) en de inzet van interim personeel als gevolg van de reorganisatie.

Bij een gestabiliseerd productieniveau kende de opbouw en realisatie van de opbrengsten voor ziekenhuizen in 2012 grote wijzigingen. In de eerste plaats zijn de opbrengsten via de nieuwe productstructuur DOT tot stand gekomen. Daarnaast is prestatiebekostiging geïntroduceerd, waarbij ziekenhuizen en verzekeraars voor nagenoeg het gehele zorgaanbod contractafspraken hebben gemaakt. De contractafspraken zijn vervolgens in een overgangsregime "Schaduw budget" gebracht

om al te grote effecten te kunnen mitigeren. Tenslotte zijn een aantal dure geneesmiddelen onder de bekostiging van de zorgverzekeringswet gekomen, waardoor zowel het opbrengst- als kostenniveau zijn gestegen ten opzichte van voorgaande jaren.

Door de introductie van DOT en prestatiebekostiging is er een nieuwe rubricering van zorgopbrengsten gekomen. Vergelijking op segment zoals in het verleden heeft plaatsgevonden is door tal van verschuivingen niet mogelijk. Op basis van de totale zorgopbrengsten kan gesteld worden dat de zorgopbrengsten van 2011 naar 2012 met € 4.480.000 zijn toegenomen. Van dit bedrag is € 3.763.000 verklaard uit de overheveling van TNF alfa remmers. De overige € 717.000 wordt verklaard uit met name prijsstijgingen. De beperkte stijging volgt met name vanuit de afspraken van het bestuurlijk hoofdlijnen akkoord dat door veldpartijen is afgesproken. Mede hierdoor en de sterke groei in 2011 was nagenoeg geen groeiruimte beschikbaar. De overige opbrengsten waren in lijn met afgelopen jaar.

De personeelskosten in 2012 bedragen € 70.675.000 en zijn daarmee € 2.750.000 en 4,0% gestegen ten opzichte van 2011. Stijging wordt veroorzaakt door toename van fte's (1,3%), CAO-aanpassingen (1,77%) en overige mutaties (0,93%) waaronder mutatie personeelsvoorzieningen, inhuur personeel niet in loondienst en overige personeelskosten.

De materiële kosten (overige bedrijfskosten) laten een forse stijging zien in 2012 van € 4,6 miljoen tot € 38.125.000. Dit levert een stijging op van 13,75%. Deze stijging wordt voor € 3,7 miljoen veroorzaakt door de TNF-alfa remmers. Deze TNF-alfa zijn meegenomen in de contractering met zorgverzekeraars. De huur en leasingskosten veroorzaken een stijging doordat naast de locatie Varsseveld voor Dialyse sinds 2012 ook de locatie Gezellenlaan in Doetinchem wordt gehuurd voor poliklinieken.

De kapitaallasten (rente en afschrijvingen) zijn lager dan in 2011 vanwege een aanpassing op de systematiek van afschrijven. Voorheen werden de geactiveerde onderdelen afgeschreven over het gehele jaar. Per 2012 is deze systematiek aangepast, waarbij het afschrijvingstermijn ingaat op het moment van in gebruik name. De rentelasten zijn in 2012 gestegen door het aantrekken van twee langlopende leningen. De rentebaten zijn in 2012 lager door een aanhoudend laag en verder verlaagd rentepercentage. Volledigheidshalve merken wij op dat het Slingeland Ziekenhuis geen gebruik maakt van (rente)derivaten en derhalve ook geen verplichtingen uit kunnen voortvloeien.

Ten aanzien van de huidige vastgoed portfolio is een beperkte impairment analyse gemaakt. Uitkomst is dat de huidige locatie uit de kasstroom gefinancierd kan worden en er derhalve geen afwaardering hoeft plaats te vinden.

### **Investeringsen**

De gerealiseerde investeringen bedroegen in 2012 € 9,4 miljoen ten behoeve van gebouwen, medische inventarissen, facilitaire inventarissen en ICT voor respectievelijk € 2,6 miljoen, € 3,6 miljoen, € 0,7 miljoen en € 1,3 miljoen. De omvangrijkste projecten betroffen de Gezellenlaan 1<sup>e</sup> verdieping, herindeling poli's, vervanging VOS (verpleegproepsysteem) en beddenschuifplan.

### **Liquiditeit**

De liquiditeitspositie van het Slingeland Ziekenhuis is in 2012 met € 2,9 miljoen teruggelopen tot € 27,7 miljoen ultimo 2012 (2011 was € 30,6 miljoen). De operationele kasstroom had in 2012 een neutraal resultaat, waarbij de facturatie gedurende het jaar wel sterk vertraagd is geweest vanwege langdurige onderhandeling met zorgverzekeraars. De liquiditeitsmutatie is derhalve veroorzaakt door de investeringsuitgaven enerzijds en de financieringskasstroom anderzijds.

De investeringsuitgaven in 2012 zijn deels gedekt door het positieve saldo van de financieringskasstroom ad € 6,8 miljoen. Er zijn in januari 2012 namelijk een tweetal leningen aangetrokken voor een gezamenlijke waarde van € 14 miljoen, terwijl het rente- en aflossingsniveau € 7,2 miljoen bedroeg.

### **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 € 26,4 miljoen per balansdatum 21,8% van de omzet. Doelstelling om het niveau van tenminste 15% te realiseren is daarmee gerealiseerd en geeft voldoende weerstandsvermogen voor mogelijke

negatieve resultaten in de toekomst. De solvabiliteit (eigen vermogen ten opzichte van het totaal vermogen) is in 2012 eveneens toegenomen van 15,4% in 2011 naar 18,4% in 2012. Deze ontwikkeling wordt veroorzaakt doordat het eigen vermogen harder is gestegen dan het vreemde vermogen. Het vreemd vermogen is zelfs gedaald door het terugbetalen van overfinanciering aan zorgverzekeraars.

#### **4.8 ICT-beleid**

In 2012 is de invoering van het urologisch dossier en het dermatologisch dossier afgerond. Ook is het klinisch Elektronisch Voorschrijf Systeem en de uitzet en toedieningsregistratie geïmplementeerd en is een pilot gestart met medicatieverificatie bij opname.

Tevens is de EZIS startpagina ten behoeve van artsen en secretaresses gemigreerd naar het nieuwe EZIS werkblad wat de kans op fouten reduceert en meer aansluit bij de ChipSoft standaard. De uitrol van de module Ordercommunicatie voor de onderdelen KCHL en Radiologie is ziekenhuisbreed afgerond.

Ten behoeve van het project TOP 1,2,3 zijn de stopmomenten zoals die op papier zijn vastgesteld opgenomen binnen het EZIS.

Daarnaast is medio 2012 gestart met het project PREZIES voor het registreren van Prevalentie, Post Operatieve Wond Infecties en Lijnsepsis binnen het EZIS. In het laatste kwartaal is de aanzet gegeven om ook contrastnephropathie binnen het EZIS te kunnen registreren.

Ten behoeve van de Acute Opname Afdeling is een groot overzichtsscherm en zijn er nieuwe opname schermen ingericht.

Ter ondersteuning van de VRE bestrijding is het EZIS geschikt gemaakt voor diverse registraties en om rapportages op te kunnen leveren.

De tweede fase van de uitrol van Fast User Switching en Single Sign On is in 2012 van start gegaan en zal naar verwachting eind 2013 afgerond zijn. Parallel hieraan is in 2012 gestart met de vervanging van Windows XP werkplekken door een Windows 7 omgeving. Ook deze activiteit loopt door in 2013. Om bij ICT gerelateerde calamiteiten de meest essentiële gegevens vanuit te EZIS inzichtelijk te hebben is er een onafhankelijke uitwijkomgeving ingericht.

Voor de ondersteuning van de huisartsen bij de uitvoering van ketenzorg is de OZI-Portavita koppeling gerealiseerd en is een start gemaakt om de ketenregistratie COPD binnen Portavita te realiseren.

Verder vonden in 2012 de volgende ontwikkelingen plaats:

- Koppeling DOT- grouper.
- Upgrade Magister en Ultimo.
- Lab2Lab koppelingen met Deventer, Winterswijk, Rijnstate en Gelderse Vallei.
- Vervanging van het verpleegkundig oproep systeem en het Telefoon en Televisie Management Systeem.
- Invoering EPD dagbehandeling oncologie.
- Migratie EZIS naar versie 5.2.
- Migratie ECG-management systeem naar Clinical Assistant.
- Diverse koppelingen van medisch diagnostische apparatuur aan Clinical Assistant.
- Herinrichting / upgrade Active Directory en serveromgeving.

#### **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 2013 in het beleid legt:

- De samenleving stelt hoge eisen aan de kwaliteit en veiligheid in de ziekenhuizen. Het toezicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg wordt alsmaar scherper met dwingende eisen met betrekking tot de inrichting van de zorg en de ondersteunende voorzieningen. Het Slingeland Ziekenhuis wil daarin niet alleen volgend zijn, maar wil proactief werken aan kwaliteit en veiligheid. Dit vraagt continu een kritische evaluatie van processen gericht op verbetering.
- Landelijk wordt meer en meer gesproken over de relatie tussen kwaliteit van zorg en het daarvoor benodigde minimale volume. Duidelijke voorbeelden hiervan zijn de normen van de NVvH en NVU met betrekking tot laag volume hoog risico ingrepen. Dit zal ook in 2013 een verder vervolg krijgen. Het Slingeland Ziekenhuis zal de ontwikkelingen scherp moeten volgen en haar eigen beleid hierop uitvoeren. Een samenwerking met Rijnstate en Gelderse Vallei heeft als doel de zorg voor de patiënten in de regio goed te waarborgen.
- De overheid heeft per 2012 de prestatiebekostiging en invoering DOT doorgezet. Dit heeft voor de ziekenhuizen consequenties voor de registratie en declaratie van zorg alsmede afspraken met zorgverzekeraars. Daarvan afgeleid zal ook de omzet van het Slingeland Ziekenhuis hierdoor beïnvloed worden. Daarnaast wordt toegewerkt naar integrale tarieven voor ziekenhuiszorg in 2015.
- Vanuit de economische crisis heeft het Slingeland Ziekenhuis te maken met druk op de overheidsfinanciën (en daarmee ook de zorg) en moeilijker te verkrijgen financiering bij banken en waarborgfonds. Ook zal rekening gehouden moeten worden met effecten van pakketverkleining binnen de basisverzekering en verhoging van het eigen risico. Vooral de zorg met een lage ziektelast zullen hierdoor beïnvloed worden.

### **Ambitie en doelen 2013**

Op basis van het strategische beleidsplan 2010-2015 en de externe ontwikkelingen, zijn voor het jaarplan 2013 de volgende hoofddoelstellingen 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.

In het ziekenhuisjaarplan 2013 is per doelstelling een plan van aanpak opgenomen. Dit plan van aanpak beschrijft hoe het Slingeland Ziekenhuis de doelstellingen denkt te behalen. Iedere vier 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 2012

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.

NB: In zuil 2 is voor elke commissie een directeur als aanspreekpunt aangewezen: EB = Erwin Bomers, GH = Geert Huisman, LdB = Lodewijk de Beukelaar.

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

		2011	2012
<b>Indicatoren Zichtbare Zorg</b>			
<b>Blaastumor</b>			
1	Volume cystectomieën per jaar	19	6
<b>Cataract/Staoperaties</b>			
1	Complicatie achterkapselruptuur met glasvocht in voorste oogkamer (peroperatief)	0,1%	0,3%
2	volume cataractoperaties	1104	1027
<b>Diabetes</b>			
1	Organisatiestructuur van diabeteszorg	ja	ja
2	Laboratorium jaarcontrole:		
	HbA1c	98,5%	97,6%
	kreatinine	96,6%	94,2%
	microalbumine	88,4%	84,6%
	cholesterol	90,0%	86,4%
	HDL-cholesterol	89,6%	86,3%
3	Bloeddruk gemeten	92,5%	90,6%
4	Voetzorg	92,5%	84,6%
5	HbA1c kinderen < 6 jr waarde < 58 mmol/mol	nvt	0,0%
	HbA1c kinderen 6 - 12 jr waarde < 58 mmol/mol	31,6%	31,6%
	HbA1c kinderen 12 - 18 jr waarde < 58 mmol/mol	23,7%	20,0%
	HbA1c kinderen > 18 jr waarde < 58 mmol/mol	0,0%	15,4%
	HbA1c kinderen < 6 jr waarde > 86 mmol/mol	nvt	50,0%
	HbA1c kinderen 6 - 12 jr waarde > 86 mmol/mol	0,0%	0,0%
	HbA1c kinderen 12 - 18 jr waarde > 86 mmol/mol	7,9%	17,5%
	HbA1c kinderen > 18 jr waarde > 86 mmol/mol	57,1%	30,8%
6	aantal diabetes gerelateerde acute opnames	2	1
	aantal kinderen > 6 jr acuut opgenomen	0	0
	aantal kinderen 6-12 jr acuut opgenomen	1	0
	aantal kinderen 12-18 jr acuut opgenomen	1	1
	aantal kinderen > 18 jr acuut opgenomen	0	0
7	aantal kinderartsen in kinderdiabetesteam	3	3
	aantal door diabetesteam behandelde kinderen < 6jr	0	2
	aantal door diabetesteam behandelde kinderen 6-12 jr	19	19
	aantal door diabetesteam behandelde kinderen 12-18 jr	38	40
	aantal door diabetesteam behandelde kinderen > 18 jr	7	13
<b>Heupvervanging</b>			
1	Richtlijn of protocol voor antibiotische profylaxe	ja	ja

		2011	2012
	<b>Indicatoren Zichtbare Zorg</b>		
2	Peri-operatief antibiotica	100,0%	100,0%
3	Antibiotica 60 tot 15 minuten vóór de incisie/opwekken van bloedleegte	100,0%	99,1%
4	Diepe wondinfecties	0,0%	1,4%
5	1 of 2 jaarlijkse controles vanaf 1 jaar postoperatief?	nee	nee
6	Volume patiënten	237	230
	<b>Knievervanging</b>		
1	Richtlijn of protocol voor antibiotische profylaxe	ja	ja
2	Peri-operatief antibiotica	100,0%	100,0%
3	Antibiotica 60 tot 15 minuten vóór de incisie/opwekken van bloedleegte	97,5%	97,5%
4	Diepe wondinfecties	0,0%	0,6%
5	1 of 2 jaarlijkse controles vanaf 1 jaar postoperatief?	nee	nee
6	Volume patiënten	158	161
	<b>Incontinentie vrouw</b>		
1	Gebruik gestandaardiseerde vragenlijst preoperatief	81,2%	72,7%
	Gebruik gestandaardiseerde vragenlijst postoperatief	18,8%	72,7%
2	Volume aantal geopereerde patiënten	16	11
	<b>Hernia inguinalis/Liesbreuk</b>		
	% lokale anesthesie bij open operaties	0,0%	0,9%
	aantal open operaties	273	249
	aantal laparoscopische operaties	46	46
	<b>Hernia/Lumbosacraal radiculair syndroom, HNP</b>		
1.	gemid aantal dagen tussen het stellen van de operatie-indicatie en de operatie	25	25,4
2.	aantal lumbale heroperaties < 30 dagen na een HNP-operatie	0,0%	0,0%
3	Volume patiënten lage rug HNP en lage rug stenose (facultatief)	116	105
4	Deelname DSSR	nee	nee
	<b>Mammacarcinoom/Borstkanker</b>		
1a	Irradicaliteit na eerste tumorexcisie bij borstsparende behandeling van een primair invasief mamma. bij wie meer dan focaal tumorweefsel is gevonden	5,6%	4,6%
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	0,0%	1,1%
1c	Irradicaliteit na eerste tumorexcisie bij borstsparende behandeling van een primair DCIS bij wie focaal of meer dan focaal tumorweefsel	10,0%	30,8%

		2011	2012
	<b>Indicatoren Zichtbare Zorg</b>		
	is gevonden		
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%	0,0%
2.	Operatie binnen 5 weken na PA-afname	92,0%	90,8%
	Chemo binnen 5 weken na PA-afname	100,0%	90,0%
3a.	% lokale recidieven binnen 5 jaar na borstsparende chirurgie	0,0%	4,7%
3b.	% lokale recidieven binnen 5 jaar na ablatieve chirurgie	5,9%	3,1%
4a	multidisc bespreking vóór behandeling	100,0%	98,9%
4b	multidisc bespreking na operatie		97,8%
5	Volume aantal geopereerde patiënten	156	185
	<b>Varices/Spataderen</b>		
1	Percentage pat. varices bij wie voorafgaand aan invasieve ingreep duplex is uitgevoerd	98,2%	96,3%
2	Volume aantal geopereerde patiënten vaatchirurgie	164	689
	Toepassing endovasculaire behandeltechnieken?	ja	ja
	Percentage toepassing behandeltechnieken		
	- strippen VSM met crossectomie	14,0%	14,0%
	- EVLT	18,0%	20,3%
	- radiofrequente endovasculaire technieken	0,0%	0,0%
	- sclerocompressietherapie	62,0%	42,6%
	- overige operaties	1,3%	1,8%
	<b>(Adeno)tonsillectomieën</b>		
1.	Percentage nabloedingen	2,1%	3,6%
2.	% polikl. pre-oper. spreekuur	99,7%	97,4%
3a.	Postoperatieve pijnmeting klinische patiënten	93,4%	88,7%
3b.	Aantal pat. met pijnintensiteitsmeting > 7 postoperatief klinisch	6,5%	10,8%
3c.	Aantal in dagbehandeling behandelde pat. dat op de dag na de ATE-ingreep is gebeld om navraag te doen naar de pijnintensiteit	91,6%	98,1%
	<b>Constitutioneel eczeem</b>		
1.	Percentage nieuwe patiënten dat gestructureerde voorlichting heeft gehad (facultatief)	96,2%	96,6%
2a.	Rechtstreekse toegang tot dermatoloog of verpleegkundige bij verergering klachten?	ja	ja
2b.	Schrijfelijke werkafspraken mbt rechtstreekse toegang?	ja	ja



		2011	2012
	<b>Indicatoren Zichtbare Zorg</b>		
3.	Aantal pat. behandeld met systemische immunosuppressiva	< 10 pat per jaar	10-50 pat per jaar
	<b>Reumatoïde Artritis</b>		
1a.	fte reumaverpleegkundige	nvt	1,35
1b.	fte nurse practitioner/verpleegkundig specialist	1,35	1,35
1c.	Percentage reumapatiënten dat gesprek heeft gehad met reumaverpleegkundige	55,0%	58,1%
	deelnemers MDO		reumatoloog en reumaverpleegkundige, overige personen op aanvraag
	<b>CVA</b>		
1.	Tijdigheid TIA-diagnostiek; gemiddelde tijd (facultatief)	34,3 uur	27,9 uur
3.	% patiënten dat trombolyse heeft ondergaan	17,0%	20,1%
	Tijdigheid trombolyse; gemiddelde tijd	0 u en 50 min	37 min.
4.	Gemid wachttijd tot carotis operatie	13 dagen	12 dagen
5.	Volume carotis endarterectomie	38	27
	Hoeveel patiënten bij specialist met laagste aantal	10	4
	Hoeveel patiënten bij specialist met hoogste aantal	16	13
	<b>OSAS</b>		
1.	Begeleiding vermindering overgewicht?	ja	ja
	<b>Colorectaal carcinoom</b>		
1	% resecties voor colorectaal ca. dat is aangeleverd aan DSCA	100,0%	100,0%
2.	% pat. bij wie ≥10 lymfeklieren zijn onderzocht	82,6%	91,4%
3.	% pat. met rectumca. besproken in MDO	100,0%	100,0%
4.	preoperatieve beeldvorming colon	72,1%	65,7%
5a.	aanvullende chemo coloncarcinoom < 75 jr	83,3%	93,3%
5b.	aanvullende chemo coloncarcinoom > 75 jr	30,0%	37,5%
6a.	% pat met CRM vermeld in pathversl en reg in DSCA	100,0%	97,8%
6b.	% pat met CRM van 1 mm of minder	3,8%	8,7%
7.	preoperatieve radiotherapie rectumcarcinoom	93,8%	92,1%
8b.	Volume aantal resecties	137	116
	<b>Benigne prostaathypertrofie (BPH)</b>		
1	ligduur na TURP - gemiddelde	2,0	1,9
	ligduur na TURP - mediaan	2,0	2,0
2	heropname na TURP	2,3%	3,5%

		2011	2012
	<b>Indicatoren Zichtbare Zorg</b>		
	<b>Prostaatkanker</b>		
2.	% chirurgische complicaties na radicale prostatectomie	0,0%	0,0%
	<b>Nierstenen</b>		
1a.	Aantal ESWL-behandelingen gemid per patiënt	1,3	1,1
1b.	% pat. met stenen waarbij 1 jaar na ESWL geen interventie voor stenen is uitgevoerd	90,4%	88,0%
2a.	Aantal URS-behandelingen gemid per patiënt	1,0	1,1
2b.	% pat. met stenen waarbij 1 jaar na URS geen interventie voor stenen is uitgevoerd	96,9%	90,0%
3a.	Aantal PNL-behandelingen gemid per patiënt	1,1	1,0
3b.	% pat. met stenen waarbij 1 jaar na PNL geen interventie voor stenen is uitgevoerd	100,0%	100,0%
	<b>Psoriasis</b>		
1	% pat. behandeld met lichttherapie	31,6%	26,8%
2	% pat. dat intensieve therapie heeft gekregen (facultatief)	0,7%	3,6%
3	% pat. behandeld met biologicals	2,4%	3,3%
4	Volume aantal patiënten	294	306
	<b>Melanoom van de huid</b>		
	behandeling stadium III of IV		nee
	Aanwezigheid structureel MDO	ja	ja
	gebruik lastmeter (meet behoefte aan psychosociale zorg)	nee	ja
	structurele meting d.m.v. lastmeter		ja, meestal
	<b>Osteoporose (facultatief)</b>		
1.	% BMD (Dexa) meting 50-80 jaar bij patient met fractuur	12,5%	4,0%
	% BMD (Dexa) meting ≥80 jaar bij patient met fractuur	2,8%	2,9%
	<b>Maligne lymfoom</b>		
	Doorlooptijd diagnostiek < 28 dagen	78,9%	82,4%
	Gestructureerd overleg		ja
	Volume aantal behandelde pat.	157	202
	<b>Dementie</b>		
1.	Aanwezigheid protocol acetylcholinesterase-remmers	ja	ja
2.	Aanwezigheid MDO dementie	ja	ja
	<b>Migraine (facultatief)</b>		
1.	% nieuwe pat. dat een enkelvoudig poliklinisch consult heeft gehad	29,1%	11,9%
	<b>Longcarcinoom NSCLC/SCLC</b>		
1	% pat. met diagnostiek < 28 kalenderdagen	100,0%	82,8%

		2011	2012
	<b>Indicatoren Zichtbare Zorg</b>		
2.	% behandelde pat. met start behandeling < 21 kalenderdagen na afsluiting diagnostiek	82,6%	80,6%
3.	% patiënten besproken in MDO	100,0%	100,0%
4.	Kwaliteitseisen longchirurgie	ja	ja
5	Bij hoeveel patiënten met longca is resectie uitgevoerd	30	22
	<b>Maagcarcinoom</b>		
1.	% pat binnen 5 weken na PA start behandeling	100,0%	100,0%
2.	% pat. dat voorafgaand aan behandeling is besproken in MDO	100,0%	100,0%
	<b>Carpale tunnel-syndroom (CTS)</b>		
1.	% pat. met EMG <6 mnd. voorafgaande aan ingreep	99,2%	96,7%
2.	% postop. wondinfecties binnen 30 dagen na ingreep	0,7%	0,5%
3.	% postop. controle < 6 weken	97,6%	98,3%
	<b>Baarmoederhalsafwijking (CIN)</b>		
2	% pat. behandeld voor CIN dmv cervix exconisatie	0,0%	0,0%
3.	% pat. behandeld voor CIN onder lokale anesthesie	69,1%	57,6%
4.	% behandelde pat. voor CIN 2-3 met normale cervixcytologie 3-9 maanden na behandeling	85,7%	90,5%
	<b>Meniscus en voorste kruisband</b>		
1.	% diagn. MRI ≤ 1 jr. voor de ingreep meniscus	63,0%	44,2%
2.	Aantal voorste kruisband reconstructies	92	62
3.	% pat. met knie artrose dat een artroscopie heeft ondergaan	8,9%	7,5%
4.	% heroperaties aan zelfde knie < 1 jr. na artroscopie	2,4%	2,0%
	<b>Galblaasverwijdering</b>		
1.	Opmnamedagen na operatie (gemiddelde)	2	2
2.	% heropnames na galblaasverwijdering	2,1%	0,7%
4b.	Volume aantal galblaasverwijderingen	288	305
	<b>Nierdialyse</b>		
1.	% pat met gemid ureum/kreatinineklaring >15 ml bij start dialyse	0,0%	0,0%
2.	% pat. waarbij < 6 maanden na start dialyse de transplantatiestatus bekend is	31,0%	72,0%
3.	% pat. met werkzame dialysetoegang na >6 mnd. behand. op predialysepati	76,5%	88,2%
4a.	Aantal pre-emptieve transplantaties	0	0
4b.	Aantal chronische dialysepat.	129	83
5b.	Aantal PD pat.	12	11
	Aantal HD pat.	129	72

		2011	2012
	<b>Indicatoren Zichtbare Zorg</b>		
	<b>Maculadegeneratie</b>		
2.	aantal patiënten verwezen naar revalidatiecentra	niet leverbaar	100,0%
	<b>Zwangerschap en bevalling</b>		
2.	Verloskundig samenwerkingsverband	ja	ja
3a.	% primaire sectio's bij a terme nullipara met eenling in hoofdligging	0,80%	1,09%
3b.	VOKS-percentiel primaire sectio's	38	14
4.	epidurale analgesie nacht/weekend	35%	31%

		2011	2012
	<b>Basisset prestatie-indicatoren IGZ</b>		
<b>1.1.</b>	<b><i>Pijn na een operatie</i></b>		
	percentage gestandaardiseerde pijnmetingen bij postoper.pat. op verkoever	98,9%	100,0%
	percentage gestandaardiseerde pijnmetingen bij postoper.pat. op verpl afd	89,1%	93,2%
	Percentage pat. met op enig moment een pijnscore boven de 7 in de eerste 72 uur na operatie	3,5%	4,4%
<b>1.2.</b>	<b><i>Heupfractuur</i></b>		
	% pat. met heupfractuur dat binnen 1 kalenderdag geopereerd is ASA 1-2	97,6%	98,2%
	% patienten met heupfractuur dat binnen 1 kalenderdag geopereerd is ASA >2	96,7%	94,2%
	registratie volgens LTR	100,0%	100,0%
<b>1.3.</b>	<b><i>Heroperaties heupfractuur</i></b>		
	heroperaties na interne fixatie collum femoris fractuur	5,4%	2,7%
	heroperaties na behandeling collum femoris fractuur met endoprothese	1,4%	3,6%
	heroperaties na interne fixatie pertrochantere fractuur	0,0%	1,7%
<b>1.4.</b>	<b><i>Cataract</i></b>		
	herstel achterkapselruptuur (zizo)	ja	0,3%
<b>1.5</b>	<b><i>Stopmoment IV: Time-out</i></b>		
	percentage pat waarbij stopmoment is uitgevoerd		99,3%
<b>3.</b>	<b><i>Verpleegkundige zorg</i></b>		
<b>3.1.</b>	<b><i>Decubitus en huidletsels door incontinentie</i></b>		
	puntprevalentie decubitus en huidletsels door incontinentie	3,5%	3,3%
	incidentie decubitus en huidletsel door incontinentie bij totale heupvervangning	1,8%	0,0%
<b>3.2.</b>	<b><i>Ondervoeding</i></b>		
2.1A	Percentage volwassenen gescreend op ondervoeding	60,0%	69,3%
	Percentage volwassenen geclassificeerd als matig ondervoed	9,7%	11,9%
	Percentage volwassenen geclassificeerd als ernstig ondervoed	14,2%	15,2%
2.1B	Percentage kinderen gescreend op ondervoeding	58,5%	66,1%
	Percentage kinderen geclassificeerd als ondervoed	3,5%	3,6%
2.2B	Percentage ernstig ondervoede patiënten met adequate eiwitname op 4e opnamedag	38,1%	33,3%
2.2C	Percentage ondervoede kinderen met adequate eiwitname op 4e opnamedag	100,0%	100,0%

		2011	2012
	<b>Basisset prestatie-indicatoren IGZ</b>		
	Percentage ondervoede kinderen met adequate energie-inname op 4e opnamedag	100,0%	100,0%
<b>3.3.</b>	<b><i>Delirium</i></b>		
	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	nee	ja
	% afdelingen/poliklinieken waar bij meer dan 80% van de pat. van ≥70jr. een risicoscore is vastgelegd	18,2%	40,0%
	% patienten met verhoogd risico op delirium, waarbij observatie via DOSS of CAM heeft plaatsgevonden	54,4%	68,8%
<b>4.</b>	<b><i>Intensive Care</i></b>		
<b>4.1</b>	<b><i>niveau-indeling van de IC</i></b>		
	niveau-indeling bij visitatie bevestigd	ja	ja
	totaal aantal fte.intensivisten beschikbaar voor de IC	5	4,8
<b>4.2</b>	<b><i>beademingsduur per patient op de IC-afdeling</i></b>		
	NICE-deelname en aanlevering	ja	ja
<b>5.</b>	<b><i>Oncologie</i></b>		
5.1.	beschikbaarheid specifiek MDO voor mamma. en rectumca. en urologische tumoren	ja	ja
5.2	% patienten bij wie kankerweefsel is achtergebleven na een eerste borstsparende operatie	4,9%	8,0%
5.3	% patienten bij wie niet bekend is of kankerweefsel is achtergebleven na een eerste borstsparende operatie	0,0%	1,0%
5.4.	beschikbaarheid verslag multidisciplinaire mammabespreking in Ezis of EPD	ja	ja
	<b><i>longchirurgie</i></b>		
	aantal pat met anatomische resectie		22
	<b><i>gastro-intestinaal</i></b>		
	deelname DUCA slokdarm		n.v.t.
	deelname DUCA maag		n.v.t.
	volume pancreasresecties		0
	verwijzingen pancreasresecties		10
	ongeplande <b>reInterventies</b> na resectie primaire colorectale ca	9,5%	13,0%
	deelname DSCA	100,0%	100,0%
	deelname landelijke database voor invasief blaasca.	100,0%	100,0%

		2011	2012
	<b>Basisset prestatie-indicatoren IGZ</b>		
	Volledigheid gegevens cytostaticumaanvraag gewicht/lengte/lichaamsopp	96,6%	100,0%
	Volledigheid gegevens cytostaticumaanvraag dosering	100,0%	100,0%
	Volledigheid gegevens cytostaticumaanvraag datum toediening	100,0%	100,0%
	Vrijgifte van cytostatica door apotheker voordat cytostatica de apotheek verlaten?	ja	ja
	radiotherapie bij prostaatbehandeling	nee	nee
<b>6.</b>	<b>Hart en vaten</b>		
6.1.	volume electieve aneurysma abdominale aorta operaties	62	44
6.2.	sterfte pat > 70 jr in het jaar na 1e adm. consult op de poli cardiologie	1,3%	3,8%
6.3.	% pat. Met STEMI-infarct dat vervoerd is naar PCI-centrum		77,5%
	hoeveel pat behandeld met trombolyse		2
6.5.	registratie belangrijke gegevens inbrengen pacemakers	ja	ja
	toetsing eigen gegevens aan externe referenties	ja	ja
	volume pacemakers	101	116
	aantal interventies < 90 dagen voor oplossen probleem PM of ICD	3	6
6.6.	Door-to-needle time trombolyse < 1 uur	82,8%	85,5%
	Door-to-needle time trombolyse > 1 uur < 2 uur	17,2%	9,7%
	Door-to-needle time trombolyse > 2 uur	0,0%	4,8%
<b>7.</b>	<b>Infectieziekten</b>		
7.1.	surveillance van ziekenhuisinfectiesinfecties		
	<b>postoperatieve wondinfecties</b>		
	incidentie	ja	ja
	prevalentie	nee	ja
	<b>centrale lijn gerelateerde sepsis</b>		
	incidentie	nee	nee
	prevalentie	nee	ja
7.2.	Pneumonie: toediening antibiotica binnen 4 uur na opname voor Community Acquired pneumonia (CAP) (facultatieve indicator)	99,0%	categorie 60-100%
<b>8.</b>	<b>Maag-darm-lever (MDL)</b>		
8.1.	beschikbaarheid faciliteiten en dienstensysteem t.b.v. 24 uur per dag/7 dagen p.wk. interventie-endoscopie te kunnen verrichten	ja	ja
8.2.	% patienten met acute bloeding proximale tr. digestivus, waarbij binnen 24 uur na opname endoscopie plaatsvond	100,0%	73,1%
<b>9.</b>	<b>Verloskunde</b>		
9.1	% spontane partus NTSV-groep - verwezen naar 2e lijn vóór start bevalling	62,4%	62,2%

		2011	2012
	<b>Basisset prestatie-indicatoren IGZ</b>		
	% spontane partus NTSV-groep - verwezen naar 2e lijn tijdens ontsluiting of uitdrijving	48,8%	60,9%
	% spontane partus NTSV-groep - totaal	56,4%	61,7%
<b>10.</b>	<b>Kwetsbare groepen</b>		
10.1	beschikbaarheid multidisciplinair team kindermishandeling	ja	ja
10.2	% kinderen met vermoeden kindermishandeling, aangemeld bij team kindermishandeling	0,4%	0,6%
<b>11.</b>	<b>Algemeen kwaliteitsbeleid</b>		
11.1	jaargesprekken (Evaluatie van individueel functioneren specialist vindt plaats via IFMS)	nee	nee
11.2	Deelname specialist IFMS	45,5%	27,3%
11.3	regeling mogelijk disfunctioneren specialisten	ja	ja



		2011	2012
	<b>Veiligheidsprogramma VMS</b>		
<b>1.</b>	<b>sterftecijfers</b>		
1.1	gebruik HSMR en diagnosespecifieke SMR's	ja	ja
1.2	verbeteracties o.b.v. HSMR	ja	ja
<b>2.</b>	<b>Vermijdbare sterfte en schade</b>		
2.1	dossieronderzoek vermijdbare zorggerelateerde schade	ja	ja
2.2	onverwacht lange opnameduur	12,0%	10,4%
<b>4.</b>	<b>Veiligheidsthema's</b>		
<b>4.1</b>	<b>Voorkomen ziekenhuisinfecties na operatie (POWI's)</b>		
	<b>Deelname aan surveillance PREZIES:</b>		
	mastectomie		ja
	laparoscopische cholecystectomie	ja	nee
	colonresectie	ja	ja
	reconstructie aorta en bloedvaten	ja	ja
	heup	ja	ja
	knievervanging	ja	ja
	abdominale uterusextirpatie	ja	nee
	vaginale uterusextirpatie		nee
	sectio caesarea		nee
	laminectomie		nee
	<b>Is de registratie bij validatie door PREZIES als voldoende beoordeeld?</b>		
	mastectomie		nee
	colonresectie	nee	nee
	reconstructie aorta en bloedvaten	nee	nee
	heup	ja	ja
	knievervanging	nee	nee
<b>4.2</b>	<b>Voorkomen schade bij patiënten door sepsis</b>		
	indien deelname surveillance lijnsepsis PREZIES: door PREZIES als voldoende beoordeeld?	n.v.t.	
	registratie gebruik sepsisbundel bij:		
	- resuscitatiebundel bij ernstige sepsis	ja, alle pat.	ja, alle pat.
	- managementbundel bij ernstige sepsis	ja, alle pat.	ja, alle pat.
	- lijnsepsisbundel	nee	nee
<b>4.3</b>	<b>Vroegtijdige herkenning pat. met bedreigde vitale functies</b>		

		2011	2012
	<b>Veiligheidsprogramma VMS</b>		
	worden reanimaties geregistreerd?	ja	ja
4.4	<b>Voorkomen medicatiegerelateerde fouten bij opname/ontslag</b>		
	Wie voert medicatieverificatie uit bij opname?		apotheker(s- assistent)
	Wie voert medicatieverificatie uit bij ontslag?		verpleegkundige
4.8.	<b>High Risk Medicatie: klaarmaken en toedienen van parenteralia</b>		
	Melding medicatiefouten aan Centrale Medicatiefouten Registratie databank Was door technische beperking niet mogelijk, inmiddels (2012) is beperking verholpen.	nee	ja
4.9	<b>Verwisseling van en bij patienten</b>		
	Beschikbaarheid aantoonbare identificatie- en verificatieprocedure	ja	ja
4.10	<b>Voorkómen van nierinsufficiëntie bij intravasculair gebruik jodiumhoudende contrastmiddelen</b>		
	Wordt de eGFR centraal geregistreerd	ja	ja