
Slingeland
Ziekenhuis



Jaardocument
Slingeland Ziekenhuis
2016

Deel I Maatschappelijk Verslag

Vastgesteld door de Raad van Bestuur in de vergadering d.d. 19 mei 2017
Goedgekeurd door de Raad van Toezicht in de vergadering d.d. 19 mei 2017

Inhoudsopgave

1. Voorwoord	3
2. Profiel van de organisatie	5
2.1 Algemene identificatiegegevens	5
2.2 Structuur van het concern	5
2.3 Kerngegevens	6
2.3.1 Kernactiviteiten en nadere typering	6
2.3.2 Capaciteit, personeel en productie	7
2.3.3 Werkgebieden	8
2.4. Samenwerkingsrelaties	8
3. Bestuur, toezicht en bedrijfsvoering	11
3.1 Bestuur en toezicht	11
3.1.1 Zorgbrede governance code	11
3.1.2 Raad van Bestuur	12
3.1.3 Raad van Toezicht	12
3.2 Bedrijfsvoering	17
3.3 Verslag van de cliëntenraad	19
3.4 Verslag van de ondernemingsraad	21
3.5 Verslag van bestuur van de vereniging medische staf	24
4. Beleid, inspanning en prestaties	26
4.1 Meerjarenbeleid	26
4.2 Jaarplan 2016	27
4.3 Algemeen kwaliteitsbeleid	31
4.4 Kwaliteitsbeleid ten aanzien van patiënten/cliënten	32
4.4.1 Resultaten kwaliteit van zorg	32
4.4.2 Klachten	34
4.4.3 Toegankelijkheid	37
4.4.4 Activiteiten kwaliteit en veiligheid	37
4.4.5 Veilig Incidenten Melden	38
4.4.6 Calamiteitencommissie	41
4.5 Kwaliteit ten aanzien van medewerkers	42
4.5.1 Personeelsbeleid	42
4.5.2 Kwaliteit van het werk	43
4.5.3 Veiligheid van het werk	44
4.6 Samenleving	48
4.7 Financieel beleid	49
4.8 ICT- beleid	51
4.9 Commissies en adviesorganen	51
4.10 Toekomstig beleid	52
4.11 Overzicht commissies 2016	53
4.12 Scoretabel externe kwaliteitsindicatoren verslagjaar 2016	54

1. Voorwoord

Dit jaarverslag beschrijft de activiteiten en resultaten van het Slingeland Ziekenhuis over het jaar 2016. In het voorwoord hebben wij de belangrijkste zaken voor u samengevat.

Strategie

In 2015 besloten het Slingeland Ziekenhuis en het Streekziekenhuis Koningin Beatrix om over te gaan tot een bestuurlijke fusie. Dit besluit werd in 2016 achtereenvolgens ter goedkeuring voorgelegd aan de Nederlandse Zorgautoriteit en de Autoriteit Consument en Markt. Beide instanties keurden het besluit goed, waarna op 31 december de bestuurlijke fusie tot stand is gebracht.

Wij zijn hier heel blij mee, omdat deze fusie de beste mogelijkheden biedt om in de toekomst kwalitatief hoogwaardige ziekenhuiszorg te blijven bieden aan de inwoners van de Achterhoek. Beide ziekenhuizen geven samen met hun zorgpartners in de regio en met zorgverzekeraar Menzis invulling aan hun visie op het toekomstige zorglandschap in de Achterhoek. In het belang van de patiënten wordt een naadloze aansluiting van de curatieve zorg, de verpleegkundige zorg en de maatschappelijke zorg beoogd. Uitgangspunt is voortdurend streven de zorg zo dicht mogelijk bij de patiënt te brengen. Dit wordt vorm gegeven in verschillende zorgprogramma's voor onder meer mensen met chronische ziekten en in innovatieve projecten waar ICT wordt ingezet om ziekenhuiszorg thuis aan te bieden.

De voorbereidingen voor het realiseren van een nieuw ziekenhuis verlopen goed. Eind 2016 werd de laatste hand gelegd aan het programma van eisen, uitgaande van onze visie op de ziekenhuiszorg in de toekomst en van ideeën die zijn opgedaan in werkbezoeken aan andere ziekenhuizen. Het streven is een compact, maar kwalitatief hoogwaardig ziekenhuis.

Tevens werd samen met de gemeente Doetinchem, de provincie Gelderland en het Waterschap Rijn-IJssel uitwerking gegeven aan het nieuwe bestemmingsplan voor de beoogde bouwlocatie. Begin 2017 heeft het Slingeland Ziekenhuis de noodzakelijke onderzoeken en uitwerkingen afgerond en aangeboden aan de gemeente.

Organisatie

Wij hebben veel geïnvesteerd in de ontwikkeling van onze medewerkers en onze leidinggevenden en dit werpt duidelijk zijn vruchten af. Naast de vele opleidingen op vakinhoudelijk gebied hebben wij op grote schaal trainingen in de LEAN-methodiek georganiseerd, die geleid hebben tot tal van initiatieven van medewerkers en teams om hun werkprocessen te verbeteren. Dit versterkt de toch al grote betrokkenheid bij het werk en ook de competenties om goede ideeën om te zetten in verbeteracties.

De samenwerking met de medische staf op het gebied van de kwaliteit en doelmatigheid van onze patiëntenzorg is buitengewoon constructief. De goede samenwerking tussen managers en medisch managers draagt hieraan veel bij. Ook op strategisch niveau wordt intensief samengewerkt, tussen directie, stafbestuur en bestuur van het Medisch Specialistisch Bedrijf.

Resultaten

Het Slingeland Ziekenhuis is in 2016 voor de tweede keer uitgeroepen tot het meest patiëntvriendelijke ziekenhuis van Nederland. Zowel met de waardering van onze patiënten, als naar het oordeel van de jury haalden wij de hoogste score. Dit is een prestatie waaraan alle medewerkers en specialisten hebben bijgedragen en trots op mogen zijn.

Het ziekenhuis heeft in 2016 opnieuw veel aandacht besteed aan de kwaliteit en veiligheid van de patiëntenzorg. De bereidheid om incidenten te melden en te onderzoeken om ervan te leren is onverminderd groot. Een belangrijke verbetering werd bereikt op de afdeling Spoedeisende Hulp. De nieuwe manier van werken die mogelijk werd na de verbouwing, de aanpassing van informatiesystemen en de uitbreiding van de formatie van SEH-artsen, resulteerde in een snellere doorstroming en hogere tevredenheid bij patiënten en medewerkers.

Financieel

Het Slingeland Ziekenhuis sluit het jaar af met een positief resultaat van € 2,6 miljoen. De gerealiseerde rentabiliteit (resultaat/omzet) over 2016 bedraagt 1,6%. De solvabiliteit (eigen vermogen/totaal vermogen) ultimo 2016 komt daarmee op 34%. De financiële gezondheid van het ziekenhuis is daarmee verder versterkt.

Slot

Het Slingeland Ziekenhuis ziet het als haar opdracht om de inwoners van de Achterhoek een volwaardig pakket aan medisch specialistische zorg te kunnen bieden. Patiëntgericht, met aandacht en betrokkenheid voor de mens en door medewerkers die kundig zijn en veilig werken. Alle medewerkers, specialisten en anderen die hieraan hebben bijgedragen is het ziekenhuis veel dank verschuldigd.

C.W.J.M. van Ewijk
bestuurder/ algemeen directeur

2. Profiel van de organisatie

2.1 Algemene identificatiegegevens

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

2.2 Structuur van het concern

De Stichting Slingeland Ziekenhuis in Doetinchem is een algemeen ziekenhuis 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 twee clusterdirecteuren de directie van het Slingeland Ziekenhuis.

De medisch specialisten van eenzelfde specialisme zijn georganiseerd in vakgroepen. De Vereniging Medische Staf is het organisatorisch kader van alle medisch specialisten in het ziekenhuis. De Vereniging Medische Staf communiceert met de leden via de Raad van Mandatarissen waarin een vertegenwoordiger vanuit elke vakgroep zitting heeft. Vakgroepen hebben een medisch manager die samen met de manager marktunit verantwoordelijk is voor het optimaal functioneren van de marktunit. De medisch manager is in bijna alle gevallen ook de Mandataris van de vakgroep.

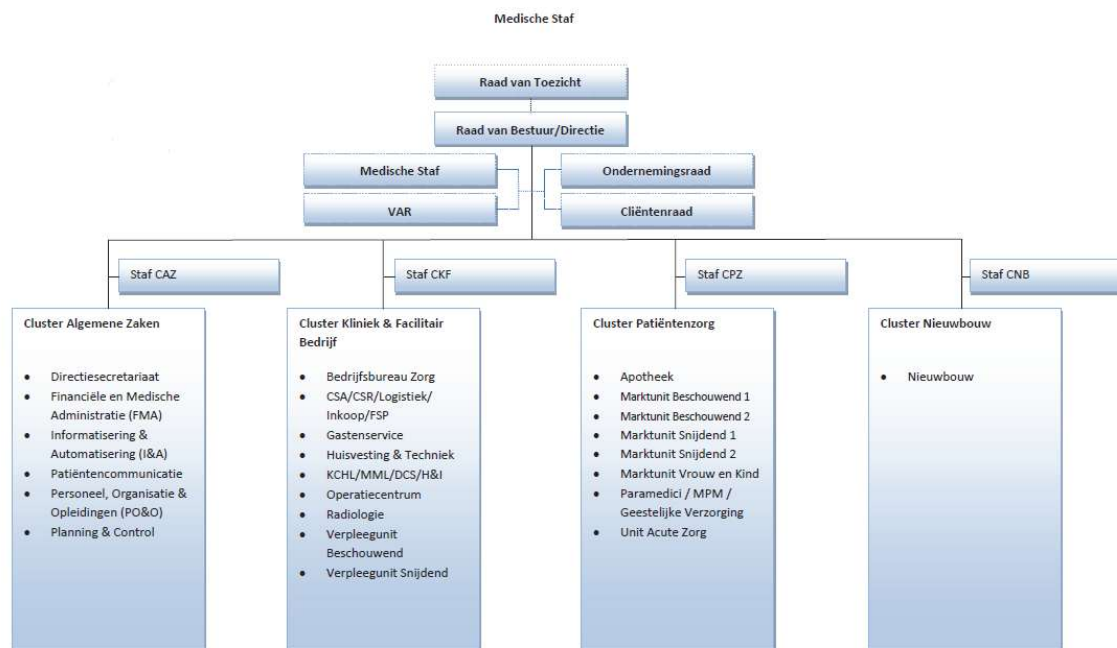
Per 1 januari 2015 zijn de vrijgevestigde medisch specialisten met hun eigen Personal Holding BV toegetreden tot het Coöperatief MSB Slingeland U.A. In een overeenkomst is vastgelegd wat de positie van de Vereniging Medische Staf en van het MSB is en op welke wijze jaarlijks afspraken worden gemaakt tussen het MSB en het ziekenhuis over het leveren van medische diensten. Het MSB bestuur is met twee leden vertegenwoordigd in het bestuur van de Vereniging Medische Staf.

De Ondernemingsraad en de Cliëntenraad hebben formele adviesbevoegdheden in overeenstemming met de wet. Hoofdstuk 3 bevat nadere informatie over de activiteiten in 2016 van de Cliëntenraad, de Ondernemingsraad en de Vereniging Medische Staf.

In 2016 zag de organisatiestructuur er als volgt uit:

Figuur 1: Organigram Slingeland Ziekenhuis

| Organigram Slingeland Ziekenhuis



2.3 Kerngegevens

2.3.1 Kernactiviteiten en nadere typering

Het Slingeland Ziekenhuis kent de volgende specialismen:

- | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|
| - Anesthesiologie / Pijnbestrijding. | Medische psychologie. |
| - Cardiologie. | Mond-, Kaak- en Gezichtschirurgie |
| - Chirurgie. | Neurologie. |
| - Dermatologie. | Neurochirurgie. |
| - Farmacie. | Oogheelkunde. |
| - Gynaecologie en verloskunde. | Orthopedische chirurgie. |
| - Interne geneeskunde. | Pathologie. |
| - Keel-, Neus- en Oorheelkunde. | Plastische chirurgie. |
| - Kindergeneeskunde. | Psychiatrie (GGNet). |
| - Klinische chemie. | Radiologie. |
| - Klinische geriatrie. | Reumatologie. |
| - Longziekten. | Revalidatiegeneeskunde (Klimmendaal). |
| - 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 Diagnostische Centrum Slingeland Ziekenhuis wordt ondersteuning geboden aan de 1^e lijn. Dit betreft onder andere laboratoriumfaciliteiten, radiologie, functie-onderzoek en ondersteuning bij ICT. Daarnaast levert het Slingeland Ziekenhuis diensten aan andere zorginstellingen, waaronder instellingen uit de volgende sectoren: GGD, GGZ en V&V.

2.3.2 Capaciteit, personeel, productie

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

Capaciteit	2016	2015	2014
Erkende bedden	420	420	420
• Intensive care	10	10	10
• Hartbewaking	8	8	8
7x 24 spoedeisende hulp	Ja	Ja	Ja

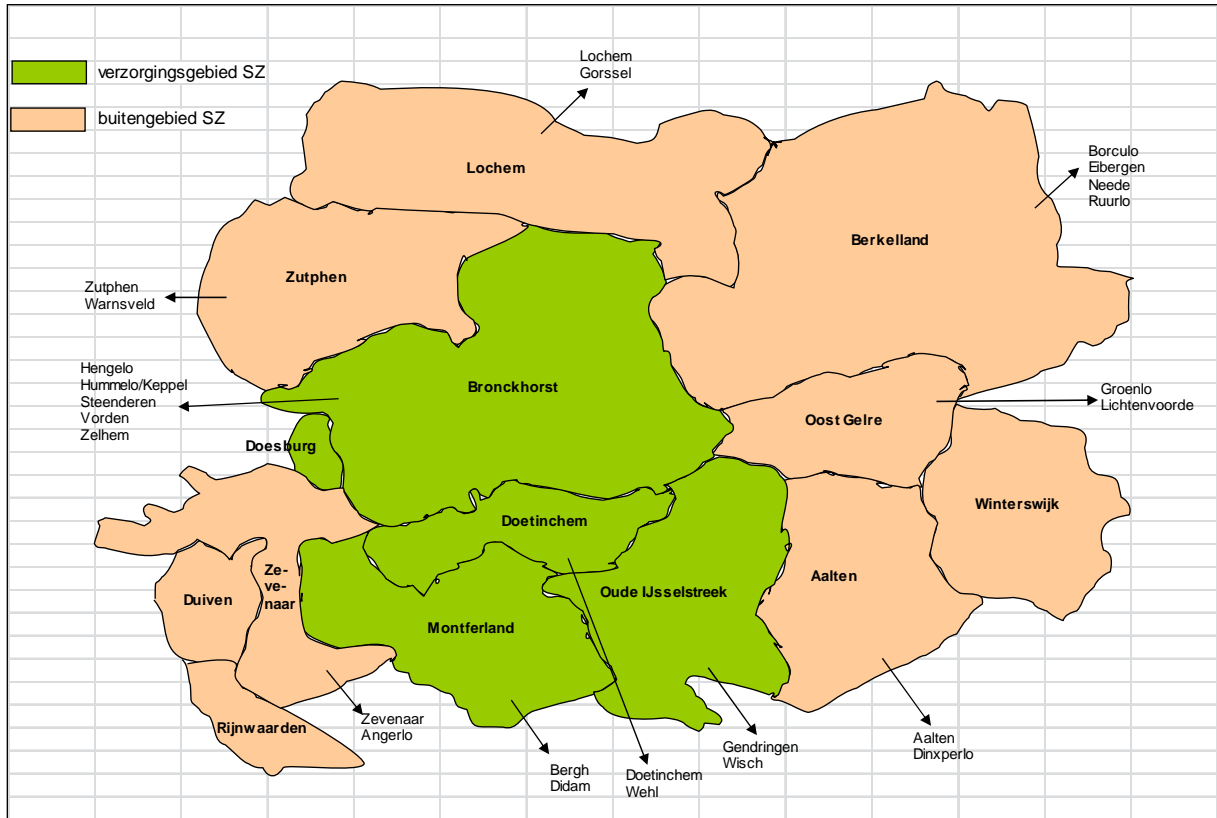
Productie	2016	2015	2014	2013
Geopende productie	181.463	156.446	158.450	159.161
Opnames	15.808	15.924	16.187	15.906
Eerste Polibezoeken	84.844	83.257	93.007	103.836
Dagopnames	10.463	10.378	11.434	16.794
Verpleegdagen	71.575	71.776	74.659	78.166
Aantal verkeerde beddagen	1.675	1.074	795	920
Percentage verkeerde beddagen	2,34%	1,49%	1,06%	1,18%
Gemiddeld aantal verpleegdagen	4,4	4,4	4,6	4,6
Gemiddeld aantal verpleegdagen per specialisme				
Interne geneeskunde	6,2	6,0	6,8	6,3
Cardiologie	3,5	3,9	3,8	4,3
Longziekten	6,2	6,2	5,9	6,2
Reumatologie	7,9	5,5	16,0	7,5
MDL	5,2	5,4	5,1	5,2
Kindergeneeskunde	3,7	3,6	4,2	4,1
Neurologie	4,4	4,4	4,6	4,7
Heelkunde	4,8	4,5	4,9	4,7
Urologie	3,6	3,8	3,8	4,1
Orthopedie	4,0	4,8	5,2	5,5
Plastische chirurgie	2,5	2,3	2,7	2,5
Gynaecologie/ verloskunde	2,8	2,7	2,4	2,5
KNO	2,5	2,2	2,4	2,4
Oogheelkunde	1,8			
Mond kaak / aangezichts chirurgie	2,0	2,0	2,1	2,0

Het aantal polibezoeken is vanaf 2015 gedaald ten gevolge van verscherpte definitie inzake registratie polibezoeken in kader van self assessment onderdeel verlengde arm. De stijging van het aantal verkeerde beddagen wordt veroorzaakt door de invoering van de zorgtransitie per 2015.

Personeel	2016	2015	2014	2013
Aantal medewerkers in loondienst (31-12)	1727	1711	1740	1678
Aantal fte medewerkers in loondienst (gemiddeld over het jaar, incl. variabel)	1273	1281	1283	1279
Aantal fte specialisten (31-12)	101,1	97,8	102,1	106,1
Aantal vrijwilligers	132	115	123	124

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:



2.4 Samenwerkingsrelaties

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

Tabel: Overzicht relaties

Relaties	Betrokkenheid Directie	Toelichting overleg
Patiëntrelaties		
Zorgbelang Gelderland	algemeen directeur	Doel: aan Zorgbelang is statutair het enquêterecht toegekend. Frequentie: 1 x per jaar
Samenwerkingsrelaties keten		
Directieeraad Transmurale Zorg, overleg tussen zorgaanbieders in de regio: Azora Careaz GGNet Markenheem Huisartsen Vereniging Oude IJssel Sensire Gouden Leeuw groep	directeur patiëntenzorg algemeen directeur	Doel: beleidsmatig ontwikkelen, regionaal afstemmen en randvoorwaardelijk bevorderen van ketenzorg. Frequentie: ca. 6 x per jaar
Samenwerking in de keten West-Achterhoek: Azora Huisartsen Vereniging Oude IJssel Sensire Menzis GGNet	algemeen directeur	Doel: met elkaar uitgangspunten formuleren en input geven voor uitwerking van de visie Zorglandschap West-Achterhoek. Frequentie: 3 x per jaar
Transformatietafel Zorglandschap: Azora Markenheem Sensire Marga Klompé Careaz VIT hulp bij mantelzorg Elver Estinea De Lichtenvoorde Zozijn SIZA GGNet Iris Zorg GGD Noord- en Oost-Gelderland Lindenhout Streekziekenhuis Koningin Beatrix Gemeente Bronckhorst Gemeente Doetinchem Gemeente Aalten Gemeente Oude IJsselstreek Gemeente Montferland Gemeente Winterswijk Gemeente Oost Gelre Gemeente Berkelland MEE Oost-Gelderland Menzis Huisartsen Vereniging Oude IJssel Huisartsencoöperatie Oost-Achterhoek LHV Kring Gelre-IJssel Caransscoop Zorgbelang Gelderland Zorg en Welzijn	algemeen directeur	Doel: bestuurders van de Achterhoekse gemeenten, Achterhoekse zorgaanbieders en zorgverzekeraar Menzis willen komen tot een gezamenlijk perspectief op de ontwikkeling van het zorglandschap in de Achterhoek en een gezamenlijke agenda. Frequentie: 3 x per jaar
Beleids Overleg Huisartsen Zorg	algemeen directeur	Doel: bespreken van

Huisartsen en verpleeghuisartsen	directeur patiëntenzorg	beleidszaken die van belang zijn in de relatie tussen de huisartsen / verpleeghuisartsen en het ziekenhuis. Frequentie: 5 tot 6 x per jaar
Overleg bestuur Huisartsen Vereniging Oude IJssel	algemeen directeur directeur patiëntenzorg	Doel: informatieuitwisseling. Frequentie: 2 x per jaar
Regionaal bestuursoverleg ARTZ: Gelderse Vallei Ede Rijnstate Arnhem	algemeen directeur	Doel: topzorg in de regio Gelderland door een samenwerkingsverband. Frequentie: 1 x per maand
Klimmendaal	directeur patiëntenzorg	Doel: ontwikkeling revalidatiezorg in en om het ziekenhuis.
GGD	directeur patiëntenzorg	Doel: bijdragen aan preventie.
GGNet	directeur patiëntenzorg	Doel: optimale samenwerking en medische dienstverlening.
Stichting Sravana, hospice	directeur patiëntenzorg	Lid van Adviesraad
Regionaal Orgaan Acute Zorg	algemeen directeur	Doel: afstemming t.a.v. acute zorg, incl. het Ziekenhuis-rampenopvangplan, in de regio van het Radboudumc. Frequentie: 2 tot 3 x per jaar
Opleidingsoverleg Oost-Nederland (OOR ON)	algemeen directeur	Doel: afstemming opleiding medisch specialisten in de regio van Radboudumc. Frequentie: 4 x per jaar
Hogeschool Arnhem Nijmegen en Graafschap College	directeur patiëntenzorg	Doel: zekerstellen instroom medisch personeel en doorontwikkeling eigen medewerkers.
Work Field Committee Master Care and Technology Saxion en Fontis Hogeschool	directeur patiëntenzorg	Doel: doorontwikkeling eigen medewerkers.
Relaties toezichthouders en financiers		
Zorgverzekeraars	algemeen directeur	Doel: maken van financiële afspraken over productie en kwaliteit.
Banken/Waarborgfonds	algemeen directeur	Doel: informatieverstrekking over ontwikkelingen in het ziekenhuis met financiële consequenties. Frequentie: 1 x per jaar
Interne Gremia		
Ondernemingsraad (OR)	algemeen directeur	Doel: bijeenkomst van de ondernemingsraad en de ondernemer, vertegenwoordigd door de bestuurder van de onderneming. Frequentie: 1 x per 6 weken
Bestuur Vereniging Medische Staf (VMS)	directie	Doel: informatie-uitwisseling en bespreking van beleidsaspecten tussen directie en stafbestuur. Frequentie: 1 x per 2 weken
Cliëntenraad	algemeen directeur	Doel: overleg met adviesorgaan conform WMCZ

		Frequentie: 6 x per jaar
Verpleegkundige Advies Raad	algemeen directeur	Doel: informatieuitwisseling over zaken die de verpleegkundige beroepsinhoud raken. Frequentie: 1 x per jaar.
	directeur patiëntenzorg directeur kliniek & facilitair bedrijf	Doel: terugkoppeling vanuit de VAR en terugkoppeling directie over voortgang adviezen. Frequentie: 4 x per jaar
Lidmaatschappen		
NVZ ziekenhuizen	algemeen directeur	De vereniging richt zich als brancheorganisatie van de ziekenhuizen primair op de collectieve behartiging van zorginhoudelijke, sociale en economische belangen van de leden.
Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen	algemeen directeur	De vereniging richt zich op de belangenbehartiging van de algemene ziekenhuizen.
Deelnemingen		
Vasovaso BV	algemeen directeur	Doel: samenwerking voor het gezamenlijk verlenen van medisch specialistische zorg aan patiënten op het gebied van de vasovasotomie.
Oude Slinge Beheer B.V.	directeur patiëntenzorg	Doel: samenwerking voor het gezamenlijk verlenen van apothekersdiensten
Stichting AntiStollingsCentrum Oost-Nederland (Ascon)	directeur kliniek & facilitair bedrijf	Doel: samenwerking voor het gezamenlijk verlenen van Trombosezorg

3. Bestuur, toezicht en bedrijfsvoering

3.1 Bestuur en toezicht

3.1.1 Zorgbrede Governance Code

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

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

3.1.2 Raad van Bestuur

Samenstelling Raad van Bestuur 2016

Naam	Bestuursfunctie	Nevenfuncties
C.W.J.M. van Ewijk	voorzitter	Lid RvT Spectrum

De bezoldiging is conform de WNT en is gespecificeerd in de jaarrekening.

Per 1 januari 2017 is het Slingeland Ziekenhuis bestuurlijk gefuseerd met het Streekziekenhuis Koningin Beatrix te Winterswijk. Vanaf deze datum vormen de bestuurders van beide ziekenhuizen de Raad van Bestuur van het Slingeland Ziekenhuis en het Streekziekenhuis Koningin Beatrix. Op 19 mei 2017 is door de hieronder gepresenteerde Raad van Bestuur het jaardocument 2016 van het Slingeland Ziekenhuis vastgesteld.

Samenstelling Raad van Bestuur 2017

Naam	Bestuursfunctie	Nevenfuncties
C.W.J.M. van Ewijk	Voorzitter	Lid RvT Spectrum
A.J. Kleinlugtenbeld	Lid	<ul style="list-style-type: none"> - Voorzitter SAZ (Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen) (per 1 juni 2016) Wegens voorzitterschap Raad van Bestuur SKB (2016) - Lid TAZDO, stichting van het MST, het ZGT en het SKB met als toehoorder 't Roessingh - Lid Raad van Toezicht van het Laboratorium Pathologie Oost-Nederland (tot 20-12-2016) - Lid Raad van Toezicht ERL (Europees Referentielaboratorium, Zwolle)

3.1.3 Raad van Toezicht

Samenstelling Raad van Toezicht per 31-12-2016

	<i>Functie</i>	<i>Nevenfuncties</i>	<i>Deskundigheid</i>
Fr.C.A. Jaspers (voorzitter)	Voormalig bestuurder Universitair Medisch Centrum Groningen	<ul style="list-style-type: none"> - Lid Aufsichtsrat Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden - Voorzitter SER Noord Nederland - Voorzitter Adviesraad van het Sociaal Planbureau Groningen te Groningen - Lid Raad van Commissarissen Groningen-Airport-Eelde - Voorzitter bestuur Stichting Platform 	Bestuurlijk / Zorg / Kwaliteit en veiligheid

		Groningen Architectuur en Stedenbouw - Lid bestuur Stichting Maggie's Centers Nederland Groningen	
P.A.M. Stortelder (vice-voorzitter)	Directeur/eigenaar Wopereis Groep te Doetinchem	- Voorzitter bedrijvenkring Bronckhorst - Bestuurslid Samenwerkende Ned. Staalbouwgroep Oost	Bestuurlijk / Bedrijfseconomisch
C.L. Bruinsma (lid)	Lid Raad van Bestuur Lentis	- Lid Kamer Psychiatrie Stichting Bols - Vice-voorzitter GGZ Nederland - Vice-voorzitter bestuur Stichting Benchmark GGZ - Voorzitter algemene vergadering Opleidingsconsortium Psychiatrie NO	Bestuurlijk / Zorg / Kwaliteit & veiligheid
E. Heijink (lid)	Directeur/eigenaar Rensa groep		Bestuurlijk / Bedrijfseconomisch
Mevr. M.N. Pieters (lid)	Directeur Publieke Gezondheid GGD Gelderland-Zuid	- Voorzitter Stuurgroep Academische Werkplaats Crisisbeheersing Anaphem	Bestuurlijk / Zorg / Kwaliteit & veiligheid

Op 1 april 2016 overleed geheel onverwacht mevrouw A. van den Wildenberg. Zij was acht jaar lang een gewaardeerd lid van de Raad van Toezicht van het Slingeland Ziekenhuis. Mevrouw Van den Wildenberg had hart voor de patiënten en oog voor hun belangen. Borging van de kwaliteit van zorg door alle professionals was haar leidmotief. Zij was een aimabele vrouw en voor de leden van de Raad van Toezicht een zeer gewaarde collega.

Aan het einde van het verslag is afscheid genomen van de heer P.A.M. Stortelder. Na twee zittingsperiodes, was hij per 1 januari 2017 aftredend als lid van de Raad van Toezicht. De voorzitter heeft bij het afscheid gememoreerd dat de heer Stortelder gedurende de acht jaren van zijn lidmaatschap binnen de Raad van Toezicht een goede representant was van de regio en het bedrijfsleven. Zijn aanvullende activiteiten en zichtbaarheid in de organisatie werden zeer gewaardeerd. En last but not least heeft de heer Stortelder een belangrijke bijdrage gehad aan de plezierige samenwerking en sfeer binnen de Raad van Toezicht.

Leden van de Raad van Toezicht 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 is de raad klankbord voor de bestuurder en vervult tevens de werkgeversrol.

De Raad van Toezicht stelt een rooster van aftreden samen, zodanig dat de zittingsperiode niet langer is dan vier jaren. Aftredende leden zijn direct herbenoembaar. Elke (her)benoeming wordt ter advisering voorgelegd aan de gremia. 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. Met het oog op het voornemen van een bestuurlijke fusie met het Streekziekenhuis Koningin Beatrix in Winterswijk, heeft de Raad van Toezicht besloten de invulling van de vacatures op te schorten.

Rooster van aftreden Raad van Toezicht

	Leeftijd	Datum benoeming	Datum herbenoeming 2 ^e zittingsperiode	Datum aftreden bij herbenoeming
Fr.C.A. Jaspers	66	01-10-2014	01-01-2019	01-01-2023
P.A.M. Stortelder	59	01-01-2009	01-01-2013	01-01-2017
C.L. Bruinsma	52	01-01-2015	01-01-2019	01-01-2023
E. Heijink	63	01-01-2013	01-01-2017	01-01-2021
Mevr. M.N. Pieters	52	01-01-2015	01-01-2019	01-01-2023

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.

Bij de uitoefening van zijn taak houdt de Raad van Toezicht zich aan de regels van de Zorgbrede Governancecode. Binnen de Raad van Toezicht worden geen individuele jaargesprekken gevoerd. De Raad van Toezicht heeft besloten de jaarlijkse evaluatie van het eigen functioneren te plaatsen in het kader van de verwachte bestuurlijke fusie met het Streekziekenhuis Koningin Beatrix in Winterswijk. Daartoe zijn er informele bijeenkomsten gehouden, waarvan één met ondersteuning van een externe deskundige. Er is gediscussieerd over de toekomstige taak, rol en taakopvattingen van de individuele leden van de toekomstige raad. Daarbij is ook nadrukkelijk teruggeblift op de bestaande werkwijzen en invullingen en hoe daarin in de nieuwe bestuurlijke situatie passende werkwijzen kunnen worden afgesproken.

De honorering van de Raad van Toezicht in 2016 is gebaseerd op de adviesregeling van de Nederlandse Vereniging van Toezichthouders Gezondheidszorginstellingen (NVTZ) van 2009. De WNT2 wordt per 1 januari 2016 ook van toepassing voor toezichthouders.

Functie	2016
Voorzitter Raad van Toezicht	€ 12.000,-
Lid Raad van Toezicht	€ 8.000,-
Bedragen zijn exclusief BTW	

Presentielijst vergaderingen Raad van Toezicht 2016

	08-03	11-04	24-05	20-06	29-08	24-10	19-12
Fr.C.A. Jaspers	x	x	x	x	x	x	x
P.A.M. Stortelder	x	x	x	x	x	-	x
C.L. Bruinsma	x	x	x	x	x	x	x
E. Heijink	x	x	x	x	x	x	x
Mevr. M.N. Pieters	x	x	x	x	x	x	x
Mevr. A. van den Wildenberg	x						

In het verslagjaar heeft de Raad van Toezicht zeven maal een vergadering gehad in aanwezigheid van de bestuurder. Er kunnen drie hoofdthema's worden onderscheiden die in 2016 aan de orde zijn geweest:

1. Voornemen bestuurlijke fusie met het Streekziekenhuis Koningin Beatrix in Winterswijk. De voorgenomen bestuurlijke fusie is elke vergadering onderwerp van bespreking geweest. Het overleg is steeds gebeurd aan de hand van documenten die door de voorzitters van beide Raden van Toezicht en beide bestuurders vooraf waren beoordeeld en besproken. Specifieke gespreksonderwerpen waren:
 - Aanvraag goedkeuring bestuurlijke fusie bij NZa.
 - Aanvraag goedkeuring bestuurlijke fusie bij ACM.
 - Governance en werkwijze Raad van Toezicht.
 - Samenstelling nieuwe Raad van Toezicht.
 - Bezoldiging Raad van Toezicht volgens WNT.
 - Instellen commissies: kwaliteit & veiligheid; bedrijfsvoering en risicomanagement; remuneratie; integratie.

2. Kwaliteit en patiëntveiligheid.
Tijdens de jaarlijkse ontmoeting met een delegatie van de medische staf is gesproken over het thema kwaliteit & veiligheid en het vervolg op het proces "Samen sterk in kwaliteit", een gezamenlijk initiatief van directie en medische staf, waarin de leidende rol van de medisch specialisten op het gebied van kwaliteit & veiligheid wordt ontwikkeld.
De Raad van Toezicht heeft complimenten uitgesproken voor de gedegen opzet van het proces en de voortgang die wordt gemaakt.
3. Nieuwbouwplannen Slingeland Ziekenhuis.
 - Locatiekeuze en Ladder voor duurzame verstedelijking Slingeland Ziekenhuis Doetinchem.
 - Voorbereiding aanvraag wijziging bestemmingsplan.
 - Selectie architectenbureau en landschapsarchitect.
 - Voorbereiding programma van eisen en innovatie zorgprocessen. Onder het motto: de organisatie van de werkprocessen is leidend voor het uit te werken ruimtelijk en functioneel programma van eisen.

In de reguliere vergaderingen van de Raad van Toezicht werden gedurende het jaar de volgende onderwerpen ter besluitvorming en goedkeuring voorgelegd (in chronologische volgorde).

- Goedkeuring liquiditeitsplanning 2016.
- Instemming met het lidmaatschap van de bestuurder van de bestuursadviescommissie onderwijs & opleidingen van de NVZ.
- Accordering voorstel voor het proces naar de samenstelling van de nieuwe Raad van Toezicht per fusiedatum en het verloop van het aantal leden in de periode daarna.
- Accordering voorstel voor bezoldiging van de Raad van Toezicht en de Raad van Bestuur na bestuurlijke fusie.
- Accordering voorstel voor medisch strategische participatie en de rol daarin van de (voorzitter van de) medische staf na bestuurlijke fusie.
- Accordering voorstel rondom naamgeving nieuwe bestuursstichting.
- Goedkeuring Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording 2015:
 - Deel I, maatschappelijk verslag 2015.
 - Deel II, jaarrekening 2015.
- Voorgenomen besluit vaststelling reglement Raad van Toezicht na bestuurlijke fusie.
- Goedkeuring van voorgenomen besluit Raad van Bestuur tot bestuurlijke fusie tussen Slingeland Ziekenhuis en Stichting Ziekenhuisvoorzieningen Oost-Achterhoek, oprichting bestuursstichting en statutenwijziging; onder opschortende voorwaarde dat de ACM goedkeuring geeft.
- Voorgenomen besluit vaststelling reglement Raad van Bestuur na bestuurlijke fusie.
- Goedkeuring voorstel toepassing WNT voor bezoldiging bestuurders na bestuurlijke fusie.
- Goedkeuring bestuurdersaansprakelijkheidsverzekering na bestuurlijke fusie.
- Goedkeuring profielschets tiende lid Raad van Toezicht na bestuurlijke fusie.
- Benoeming de heer E. Heijink tot bestuurslid van de Stichting Kapel, als opvolger van de heer P.A.M. Stortelder.
- Goedkeuring voor uitvoering adviezen inzake oprichting en inrichting holdingstichting Stichting Samenwerkende Ziekenhuizen Slingeland en Koningin Beatrix.
- Goedkeuring concept statuten bestuursstichting Stichting Samenwerkende Ziekenhuizen Slingeland en Koningin Beatrix.
- Goedkeuring begroting 2017, met de kanttekening dat de 1^e kwartaalrapportage 2017 het sleutel-moment is om af te stemmen of maatregelen nodig zijn om de begroting te halen.
- Goedkeuring liquiditeitsplanning 2017.
- Goedkeuring treasuryjaarplan 2017.
- Goedkeuring ziekenhuisjaarplan 2017.

Daarnaast zijn de volgende agendapunten c.q. onderwerpen in de vergaderingen van de Raad van Toezicht aan de orde geweest.

- NIAZ accreditatie. De Raad van Toezicht is geïnformeerd over de bevindingen uit het auditrapport. Het Slingeland Ziekenhuis is opnieuw geaccrediteerd en is zelfs aangemerkt als best practice ziekenhuis.
- De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft het ziekenhuis onverwacht bezocht voor een toetsing op het onderwerp VMS bundel "Postoperatieve wondinfectie". De inspectie heeft

geconcludeerd dat het ziekenhuis op alle getoetste onderdelen voldoet aan de voorwaarden voor verantwoorde zorg.

- Dienstverleningsovereenkomst 2016-2017 tussen het ziekenhuis en het Medisch Specialistisch Bedrijf, zijnde de nadere uitwerking van de samenwerkingsovereenkomst. Nieuw in de bedrijfsvoering is dat het Medisch Specialistisch Bedrijf voortaan betrokken is bij het opstellen van de kaderbrief, de begroting en de resultaatbepaling jaarrekening.
- Idem dienstverleningsovereenkomst met de vakgroep MKA-chirurgie.
- Bespreken 4^e kwartaalrapportage ziekenhuisjaarplan 2015 en kwaliteit & veiligheid.
- Bespreken 1^e, 2^e en 3^e kwartaalrapportage ziekenhuisjaarplan 2016 en kwaliteit & veiligheid.
- Bespreken 4^e financiële kwartaalrapportage 2015.
- Bespreken 1^e, 2^e en 3^e financiële kwartaalrapportage 2016.
- Bespreken 2^e en 3^e kwartaalrapportage 2016 nieuwbouw.
- Werkbezoek aan de (verbouwde) afdeling Spoed Eisende Hulp.
- Procedure disfunctioneren medisch specialisten.
- Rapportage Ernst & Young accountants, management letter 2015.
- Verslag van de externe accountant over het jaar 2015 in aanwezigheid van de externe accountant.
- Management development met aanpassing van de organisatiestructuur, uitgaande van de ambitie om zorgprocessen meer horizontaal te regelen door bundeling van inzicht, kennis en vaardigheden en samenwerking.
- De Inspectie voor de Gezondheidszorg had in 2016 als speerpunt het antistollingsbeleid. Het onaangekondigde inspectiebezoek aan het Slingeland Ziekenhuis is goed verlopen. Er zijn enkele aanbevelingen voor verbetering gedaan, die ook al op de actielijst van de Borgingscommissie stonden.
- Besturings- en vergaderstructuur management na bestuurlijke fusie.
- Kaderbrief 2017; de Raad van Toezicht is erg content met de constructieve bijdrage van het Medisch Specialistisch Bedrijf.
- Realtime rampenoefening met medewerking van tientallen vrijwilligers in de rol van slachtoffer en familie. Er is een nieuw communicatie- en registratiesysteem van de GHOR getest, waarbij is gebleken dat op enkele punten verbetering nodig is. Ook is duidelijk geworden dat de gemeente Doetinchem beter is voorbereid op verwanteninformatie en meer betrokken moet worden om te kunnen zorgen voor een goede opvang van naasten van slachtoffers.
- Aanstelling secretaris Raad van Toezicht.
- Nieuwe wet Kwaliteit, Klachten en Geschillen Zorg. Het Slingeland Ziekenhuis voldoet aan alle eisen van deze nieuwe wet en hoeft de klachtenregeling niet aan te passen. Er is een klachtenfunctionaris en de klachtencommissie blijft nog een jaar functioneren om de klachten te onderzoeken en uitspraken te formuleren. De NVZ heeft inmiddels een landelijke geschilleninstantie ingesteld waarbij het Slingeland Ziekenhuis zich heeft aangesloten.
- Toestemming ACM voor bestuurlijke fusie Slingeland Ziekenhuis en het Streekziekenhuis Koningin Beatrix.
- De Raad van Toezicht is uitgebreid geïnformeerd over de visie van het Slingeland Ziekenhuis op ouderenzorg.

Het jaargesprek met de bestuurders is op 15 december 2016 gevoerd door de voorzitters van de Raden van Toezicht van het Slingeland Ziekenhuis en het Streekziekenhuis Koningin Beatrix. De doelen voor 2017 en 2018 zijn geformuleerd en geplaatst in het perspectief dat de bevolking de positieve gevolgen van de bestuurlijke fusie moet merken. De resultaten van dit gesprek zijn aan de overige leden van de Raad van Toezicht gerapporteerd.

De voorzitter van de Raad van Toezicht heeft een overlegvergadering met de Cliëntenraad bijgewoond op 4 oktober 2016 en met de Ondernemingsraad op 1 november 2016.

Voor de leden van de Raden van Toezicht van het Slingeland Ziekenhuis en het Streekziekenhuis Koningin Beatrix zijn in 2016 twee gezamenlijke werksessies georganiseerd. Er is daarbij verkennend gesproken over onder meer de visie op toezichthouden, de rol van de toezichthouder, werkwijze en taakverdeling.

De voorzitter heeft tijdens de laatste vergadering van de toezichthouders van het Slingeland Ziekenhuis op 19 december 2016 de ontwikkeling van het Doetinchemse ziekenhuis in historisch

perspectief geplaatst en gewag gemaakt van de goede naam die het ziekenhuis in al die jaren heeft opgebouwd. De Raad van Toezicht van het Slingeland Ziekenhuis als zodanig houdt op te bestaan met de goedkeuring door de ACM van de bestuurlijke fusie met het Streekziekenhuis Koningin Beatrix Winterswijk per 1 januari 2017.

Vanaf deze datum vormen de Raden van Toezicht van de beide ziekenhuizen de Raad van Toezicht van het Slingeland Ziekenhuis en het Streekziekenhuis Koningin Beatrix. Op 19 mei 2017 is door de hieronder gepresenteerde Raad van Toezicht het jaardocument van het Slingeland Ziekenhuis goedgekeurd.

	<i>Functie</i>	<i>Nevenfuncties</i>
A.H. Flierman (voorzitter)	Voorzitter NVAO	<ul style="list-style-type: none"> - Lid Eerste Kamer voor het CDA - Voorzitter Raad van Toezicht Landschap Overijssel - Voorzitter Innovative Medical Device Initiative (IMDI) - Lid Raad van Commissarissen Cogas BV - Lid Raad van Toezicht Nuffic
Fr.C.A. Jaspers (vice-voorzitter)	Zie tabel p. 12	
A.H.M. Catau (lid)	Eigenaar Fons Catau Advies	<ul style="list-style-type: none"> - Vicevoorzitter bestuur Museum Villa Mondriaan Winterswijk - Voorzitter Family Help Program Nederland-Sri Lanka - Trustee Herman Steur trust Sri Lanka - Board member FHP Micro Assist Sri Lanka - Voorzitter Vereniging Volkshuisvesters Pensioen - Penningmeester Voorink Stichting Winterswijk
C.L. Bruinsma (lid)	Zie tabel p. 12	
E. Heijink (lid)	Zie tabel p. 12	
Mevr. M.N. Pieters (lid)	Zie tabel p. 12	
Mevr. M.C.V. Idema (lid)	Eigenaar MIConsult, zelfstandig organisatieadviseur	<ul style="list-style-type: none"> - Voorzitter MR De Meeander, Varsseveld
R. van Lambalgen (lid)	Directeur van het domein Business, Media en Recht, Hogeschool Windesheim, Zwolle	<ul style="list-style-type: none"> - Lid Raad van Toezicht, tevens lid commissie kwaliteit en veiligheid Zuyderland Medisch Centrum
H.J. Sloots (lid)	Directeur Finance & Control PGGM N.V. Directeur PGGM Services B.V. Directeur PGGM Financiële Services B.V.	<ul style="list-style-type: none"> - Lid Bestuurscommissie Onderwijs van het Actuarieel genootschap - Lid Adviesraad Amsterdam Executive Masterprogramme in Actuarial Science, postdoctorale UvA opleiding

Beide ziekenhuizen gaan een mooie toekomst tegemoet waarin samen kwalitatief goede zorg wordt verleend die de patiënten verdienen.

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. Het strategisch beleid 2010-2015 is gecontinueerd in 2016. Het meerjarenbeleid wordt herzien na het voltrekken van de bestuurlijke fusie met het SKB in Winterswijk.

De realisatie van de beleidsdoelen vindt plaats door deze jaarlijks te vertalen naar een ziekenhuisjaarplan. Hierin zijn telkens de beleidsdoelen voor dat specifieke jaar opgenomen als een concreet project of activiteit, met daaraan verbonden specifieke resultaten. Het ziekenhuisjaarplan komt tot stand in de beleids- & begrotingscyclus, specifieke afspraken over de aansturing van afdelingen zijn vastgelegd in het besturingsmodel.

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

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

Nieuw voor 2016 is dat het Medisch Specialistisch bedrijf (MSB) van meet af aan heeft geparticipeerd bij de totstandkoming van de kaderbrief, de begroting en het jaarplan 2017.

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 2016 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 7 leden (inclusief de voorzitter) en is in 2016 als volgt samengesteld:

	Functie	Jaar herbenoeming 2 ^e zittingsperiode	Jaar aftreden
Dhr. K. Horneman	Voorzitter		2020
Dhr. J. Luesink	Vice-voorzitter		2019 *
Dhr. G. Stronks	Secretaris	2019	
Mw. J. Richter-Reebergen	Lid		2019 *
Dhr. B. Spaai	Lid	2019	
Dhr. A. Bergmans	Lid	2020	
Dhr. A. van Vijfeyken	Lid	2020	

*Toelichting: De zittingstermijn van mw. Richter en dhr. Luesink eindigde formeel per 01-01-2017. Daarmee ontstond er een ongewenste situatie in het kader van de continuïteit. Beiden hebben zich bereid verklaard tot uiterlijk 01-01-2019 in de raad te blijven. De CR werd in 2016 tevens versterkt met 2 nieuwe leden.

De cliëntenraad vergadert 2x per maand, waarvan 1x per twee maanden een overlegvergadering met de algemeen directeur. De algemeen directeur werd hierbij inhoudelijk ondersteund door mevrouw S. van den Berg, hoofd patiëntenvoorlichting en -communicatie.

Er is jaarlijks overleg met de:

- Raad van Toezicht.
- Vereniging Medische Staf.
- Klachtenfunctionaris.
- Beleidsmedewerker Kwaliteit & Veiligheid.
- Oncologiecommissie.
- Verpleegkundigen Advies Raad.
- Ondernemingsraad.
- Zorgbelang Gelderland (in verband met het aan hen uitbestede enquêterecht).
- Geestelijke Verzorging.

Ook wordt door de portefeuillehouders periodiek een wederzijds informatief overleg gevoerd met clusterdirecteuren en unitmanagers.

Ieder jaar vindt er een in- en een extern werkbezoek plaats. Intern heeft er dit jaar een werkbezoek plaatsgevonden aan de vernieuwde SEH. Een extern werkbezoek is dit jaar gebracht aan de cliëntenraad van het Reinier de Graaf Ziekenhuis te Delft, dit in verband met de nieuwbouwplannen van het Slingeland Ziekenhuis. Ook is deelgenomen aan de Dag van de Gastvrijheid, heeft een CR-lid zitting gehad in de jury voor de wedstrijd "Goede voorbeelden binnen het SZ" en in de commissie voor het selecteren van de "Suggestiekaart van de maand". Tevens heeft een lid zitting genomen in de "Adviesgroep nieuwbouw". De cliëntenraden van de drie Gelderse samenwerkende ziekenhuizen, Slingeland Ziekenhuis, Rijnstate en Ziekenhuis Gelderse Vallei, zijn voor overleg bijeen geweest. Uitnodigingen werden ontvangen voor het bijwonen van stafbijeenkomsten in het kader van kwaliteit en veiligheid.

Er is zitting genomen in de klankbordgroep ICT, voor de inrichting van het Zorgportaal. Tevens is de cliëntenraad actief betrokken bij de voorbereiding voor het behalen van het certificaat Senior Friendly Hospital.

Er hebben enkele kennismakingsgesprekken plaatsgevonden met nieuwe leden van de medische staf om de werkwijze van de cliëntenraad ook bij hen onder de aandacht te brengen.

Naast de vaste jaarlijkse gasten hebben onderstaande functionarissen met de cliëntenraad gesproken naar aanleiding van onderwerpen die op dat moment actueel waren:

- M. Ellens, medewerker patiëntwaarderingsonderzoek.
- B. Wierenga, staffunctionaris veiligheid.

- M. van Vliet, trainer leergang ambtelijk secretaris (i.v.m. cursus ambtelijk secretaris).
- N. van Burgsteden, marktunitmanager.

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

Belangrijke onderwerpen die in 2016 aan de orde zijn gekomen:

- De NIAZ Audit.
- Project "Samen beslissen".
- Update huishoudelijk reglement.
- Nieuwbouwplannen.
- Beleid in het kader van behandelbeperkingen (NTBR beleid).
- Bestuurlijke fusie met het SKB te Winterswijk.
- Aanstelling twee nieuwe CR-leden.
- Wet Kwaliteit Klachten en Geschillen in de Zorg (WKKGZ).
- Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ).
- Acute zorg in de regio/Ondersteuning ter verkrijging beschikbaarheid bijdrage SEH.
- Visiedocument Zorglandschap West Achterhoek (Zorgpiramide).
- Ziekenhuisjaarplan 2017.
- Kaderbrief 2017.
- Kwaliteit en veiligheid.
- Verpleegkundige van de Toekomst.
- Ouderenbeleid SZ in het kader van de kwetsbare ouderen.
- Feed-back radar.
- Huishoudelijk reglement.

De cliëntenraad heeft advies uitgebracht over de volgende onderwerpen:

Adviesaanvraag	gevraagd	ongevraagd	postief
Herbenoeming lid klachtencommissie dhr. D. Scharn	x		x
Visiedocument ouderenzorg	x		x
Verlenging zittingstermijn J. Richter en J. Luesink		x	x
NTBR beleid communicatie via het polsbandje	x		x
Advies mbt basisprogramma van eisen/globaal programma van eisen nieuwbouw	x		x
Procedure wilsverklaring in het EPD	x		x
Aanvraag met betrekking tot het plan van aanpak NIAZ.	x		x
Gebruik e-mailadressen van patienten	x		x
Uitrol visie ouderenbeleid 2017	x		x
Benoeming mevr. M. Idema in de RvT	x		x
Profielschets lid RvT na fusie	x		x

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

- Ambtelijk secretaris
- Lidmaatschap LSR (Landelijk Steunpunt Medezeggenschap)
- Deelname scholing/symposia/congressen
- Vergaderruimte

3.4 Verslag van de Ondernemingsraad

Werkwijze

De ondernemingsraad komt wekelijks 4 uur bijeen. Omdat wij hebben 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. Wij gaan steeds verder richting digitalisering. We hopen in 2017 voor alle or-leden een ipad ter beschikking te hebben. Naast de gebruikelijke werkzaamheden vergen de activiteiten in het kader van de geplande nieuwbouw en de gewenste fusie met het SKB in Winterswijk veel tijd.

Samenstelling van de ondernemingsraad

De volgende personen maken deel uit van de ondernemingsraad in 2016:

Dagelijks Bestuur	
Jolien Hoefsmit, voorzitter	Fysiotherapie
Wilma Boswell, vice-voorz.	Verpleegafdeling longgeneeskunde
Thea Willekes, secretaris (tot augustus)	Polikliniek Reumatologie
Patricia Kaatman, secretaris (miv. september)	Polikliniek Heelkunde
Sociaal Beleid (SB)	
Hennie Thus (miv september 2016)	Polikliniek Cardiologie
Patricia Kaatman (tm augustus 2016)	Polikliniek Heelkunde
Annemiek Foederer	Polikliniek Urologie
Dorine van Hagen	Polikliniek Longgeneeskunde
Nicole Camstra (tm augustus 2016)	Gipskamer/SEH
René Polman (miv april 2016)	CSA/CSR
Paulien Brethouwer (miv november 2016)	Intensive Care Unit
Veiligheid, Gezondheid, Welzijn, Milieu (VGWM)	
Wilma Boswell	Verpleegafdeling longgeneeskunde
Gonny de Vrugt	Acute Opname afdeling/ polikliniek Orthopedie
Wilbert Bovenmarsch	Spoedeisende Hulp
José Koenders	Acute Opname afdeling
Susan v Krimpen (tm juni 2016)	Projectbegeleider Gastvrijheid
Lysanne Mos	Verpleegafdeling Gynaecologie
Financieel Beleid (FB)	
Wilma Boswell	Verpleegafdeling longgeneeskunde
Rudi Waning	Informatisering & Automatisering
Lysanne Mos	Verpleegafdeling Gynaecologie
Ondersteuning	
Mientje Wensink	Notulist
Petrina van Engelenburg	Ambtelijk secretaris

De ondernemingsraad heeft in 2016 de volgende onderwerpen behandeld. Indien niet anders vermeld, heeft de ondernemingsraad ingestemd dan wel positief geadviseerd.

Sociaal beleid:

**Notitie levensfasebewust personeelsbeleid*

Omdat de vergrijzing ook in het ziekenhuis is begonnen, is het belangrijk om tijdig in te spelen op de grotere aantallen oudere medewerkers (57+) en hun specifieke aandachtspunten wat betreft

belastbaarheid, cao regelingen voor ouderen, duurzame inzetbaarheid, maar ook wensen in persoonlijke ontwikkeling etc. De afdeling P,O&O heeft een uitgebreid overzicht gemaakt van de leeftijdsopbouw op de verschillende afdelingen, zodat we een goed beeld hebben van de aantallen ouderen in de komende jaren. Daarnaast is een aantal zgn. tools opgesteld, die kunnen worden ingezet ter bevordering van de duurzame inzetbaarheid van ouderen, hun vitaliteit, maar ook om de belasting van de medewerkers per afdeling zo evenwichtig te houden. Bijvoorbeeld boven de 57 hoef je geen nachtdiensten meer te draaien. Wanneer op een afdeling een groot aantal 57-plussers werkt, komt dus de belasting van nachtdiensten op het kleine aantal 'jongeren' terecht, die daardoor mogelijk onevenredig zwaar belast kunnen worden.

De ondernemingsraad heeft ingestemd met deze notitie, omdat ook wij het belangrijk vinden om tijdig in te spelen op deze toekomstige realiteit. Nu hebben we immers nog de kans om rustig aan veranderingen te werken en iedereen voor te bereiden op deze toekomst. Als je daar te laat mee begint, dan is al snel de nood aan de man en kun je geen goed uitgedachte oplossingen meer invoeren, omdat je daar simpelweg de tijd niet meer voor hebt.

**Werktijdenregeling KCHL*

**Tussentijdse aanpassing in pilot MGV*

**Wijziging formulier jaargesprek*

**Wijziging bereikbare dienst B2*

**Werktijdenwijziging SEH*

**Regeling beeldschermbril*

**Meerkeuzesysteem Arbeidsvoorwaarden, inzet PLB/Vitaliteit*

Sinds de invoering van het persoonlijk levensfasebudget is het tegoed aan niet opgenomen PLB-uren zeer hoog geworden. Met ingang van 2016 heeft de cao de mogelijkheid geboden om PLB uren ook in te zetten als bron in het meerkeuzesysteem arbeidsvoorwaarden. Omdat het ziekenhuis het doel van de PLB, namelijk het mogelijk maken om in alle fasen van het leven zo vitaal mogelijk te blijven werken, graag in ere wil houden, is gezocht naar een goede match tussen dit doel van PLB en de wettelijke mogelijkheden binnen de werkkostenregeling.

De oplossing gevonden in een mogelijkheid om PLB uren, als bron in te zetten voor de aanschaf van specifieke digitale hulpmiddelen, als een horloge met hartslagmeter, stappentellers, maar ook ipads, laptops etc. Al deze hulpmiddelen dienen ten goede te komen aan de vitale medewerker (ondersteuning bij beweging/sport, maar ook bij het thuiswerken en daarmee flexibeler werken). Jaarlijks, zal gedurende de laatste 3 maanden van het lopende kalenderjaar bekeken worden hoeveel ruimte er nog binnen de WKR aanwezig is, om de aanschaf van deze zgn mobiele devices te ondersteunen vanuit het meerkeuzesysteem.

**Opheffen ideeënbus*

Sinds 2005 kent het ziekenhuis een algemene ideeënbus. Deze is in het leven geroepen om de zgn bottom-up invloed op beleid en goede inbreng vanaf de werkvloer te stimuleren op een laagdrempelige manier. Het aantal ideeën dat langs deze weg wordt ingediend is laag en daarnaast zou de kwaliteit van de ingediende ideeën laag zijn. De beoordeling van de ingediende ideeën zou veel tijd kosten en dus weinig opleveren. De wens is daarom ontstaan, om de ideeënbus op te heffen. De ondernemingsraad heeft zijn twijfels bij deze redenering en heeft aangegeven in overleg te willen gaan over de mogelijkheden om de ideeënbus wel te laten bestaan, omdat het eigenlijke doel: een laagdrempelige manier voor iedere medewerker om mee te denken in het continu verbeteren, een belangrijk doel is. In 2017 zal het een vervolg krijgen

**Flexdienst verpleging AOA*

In de afgelopen jaren is gebleken, dat met name in de eerste drie maanden van het jaar er een piekdrukte is op de AOA. De directie wil in 2017 een proef starten met een extra dienst voor de verpleging op de AOA om te kijken of met deze dienst beter ingespeeld kan worden op deze periodieke piek. De ondernemingsraad heeft ingestemd met deze proef.

Veiligheid Gezondheid Welzijn en Milieu

**RI&E algemeen*

**RI&E Huisvesting en Techniek*

**RI&E Radiologie/nucleaire geneeskunde*

**RI&E Oogheelkunde*

**RI&E Mond- en kaakchirurgie*

**RI&E Polikliniek Gynaecologie*

**RI&E Geestelijke verzorging*

**Plan van aanpak Agressie en Geweld (nav Inspectiebezoek 2015)*

In 2015 heeft de inspecteur Sociale Zaken en Werkgelegenheid een onderzoek gedaan in het ziekenhuis en zij heeft geconcludeerd, dat een aantal zaken op het gebied van veilig werken en

omgang met agressie en geweld onvoldoende op orde waren. Daarop heeft het ziekenhuis 1 jaar de tijd gekregen om verbeteringen aan te brengen. Alle benodigde aanpassingen zijn doorgevoerd.

**HR Verbetermonitor*

De ondernemingsraad heeft ingestemd, maar is tegelijk gestart met een intern onderzoek naar alle beleidsstukken en regelingen op het gebied van arbeidsomstandigheden. Wij willen met name meer zicht krijgen op de onderlinge samenhang tussen alle stukken, notities en regelingen.

**Verzuimmeldingsprocedure*

**Beleid rondom incidenten medewerkers*

In het beleid rondom incidenten medewerkers zijn een paar aanpassingen gedaan. Een aantal heeft betrekking op wijzigingen in de Arbowetgeving en daarnaast is toegevoegd, dat SLIMmeldingen namens een medewerker ook door een collega of teamleider kunnen worden gedaan. De reden hiervoor is de drempel zo laag mogelijk houden om te melden. De ondernemingsraad is blij met deze mogelijkheid, maar heeft wel opgemerkt dat een SLIMmelding, die door de teamleider wordt gedaan, bij deze zelfde teamleider terecht komt. Ook is uit intern onderzoek gebleken, dat SLIM meldingen niet altijd bij de juiste personen terecht komen. De directie heeft aangegeven deze situaties nauwkeurig in beeld te willen laten brengen en aan te passen, zodat de meldingen ook een gedegen vervolg krijgen. Dit is immers het doel van de SLIM-meldingen: continu verbeteren en problemen/knelpunten oplossen. De ondernemingsraad zal dan ook een vinger aan de pols houden over de voortgang van dit onderzoek.

Financieel Beleid

Circa 4 maal per jaar heeft de commissie financieel beleid overleg met de unitmanager, naar aanleiding van de jaarbegroting en de kwartaaloverzichten. Daarnaast hebben de commissieleden zitting in een van de andere commissies binnen de ondernemingsraad, zodat er in iedere commissie ook voldoende financiële kennis aanwezig is.

Organisatie

**Gebruik e-mail in patiënten-correspondentie.*

**Vervroegde ingangsdatum nieuw sociaal plan.*

**Organisatiewijziging polikliniek Geriatrie.*

**Plan Levensfasebewust Personeelsbeleid 57+.*

**Kaderregeling flexibele inzet medewerkers.*

Nieuwbouw

**Adviesnotitie en programma van eisen Nieuwbouw*

In het najaar van 2015 zijn 7 themagroepen bezig gegaan met het opstellen van een programma van eisen. Per thema is uitgewerkt waaraan het nieuwe ziekenhuis moet voldoen om ook in de toekomst goede en hoogwaardige zorg te kunnen blijven bieden. Al deze eisen zijn samengevoegd tijdens een grote werkconferentie in januari 2016 en met alle themagroepen samen besproken. De adviesgroep Nieuwbouw heeft zich over het eindresultaat gebogen en een positief advies afgegeven. Ook de ondernemingsraad is bij de werkconferentie aanwezig geweest met een delegatie en met een aantal aanvullende adviezen en opmerkingen hebben wij een positief advies gegeven op het uiteindelijke programma van eisen.

Fusieplannen met het Streekziekenhuis Koningin Beatrix Winterswijk:

**Concept akte van oprichting fusie stichting*

Samen met de ondernemingsraad van het SKB hebben wij ons gebogen over deze concept akte. Het gaat om een juridisch document, dat bij en door de notaris moet worden ondertekend, voordat een eventuele nieuwe organisatie kan worden opgericht. Onze juridisch deskundigen hebben een paar inhoudelijke vragen gesteld hierover, voor de rest is het goedgekeurd.

**Plaatsingsprocedure stafdiensten SZ/SKB*

**Tijdelijke Ondernemingsraad in het kader van de fusie*

Ter voorbereiding op de fusie met het Streekziekenhuis Koningin Beatrix is er een Tijdelijke Ondernemingsraad (TOR) opgericht die zich bezig gaat houden met twee dingen:

1. Onderzoeken en vaststellen van de meest effectieve vorm van medezeggenschap in de nieuwe, gefuseerde werkelijkheid. Deze vorm zal vooral ook afhangen van de wijze waarop het hoogste management (directie/raad van bestuur) georganiseerd zal worden.
2. Zodra de bestuurlijke fusie een feit is, zal een aantal onderwerpen locatie overstijgend worden. Om dubbel werk te voorkomen, zal de TOR ook deze onderwerpen gaan behandelen.

De tijdelijke ondernemingsraad bestaat uit 8 personen, 4 vanuit elke ondernemingsraad. De TOR wordt ondersteund door beide ambtelijk secretarissen.

3.5 Verslag van Bestuur van de Vereniging Medische Staf

Bestuur Vereniging Medische Staf

Het bestuur VMS is gemandateerd om namens de Vereniging Medische Staf (VMS) op te treden binnen het kader van het vastgestelde strategisch beleidsplan, de vastgestelde beleids- en begrotingscyclus, alsmede het jaarlijks vastgestelde jaarplan VMS. Tevens is het bestuur gemandateerd om uitvoering te geven aan het kwaliteitsbeleid. Het bestuur VMS houdt zich in principe bezig met onderwerpen die een stafbreed, vakgroep-overstijgend en interdisciplinair karakter dragen. Het bestuur VMS wordt in haar functioneren ondersteund door de coördinator / beleidsmedewerker medische staf.

De samenstelling van het bestuur VMS was in 2016 als volgt:

-dr. G.E.M. Kienstra, neuroloog	voorzitter
-mw. E.V.M. Vermeulen, kinderarts	lid vanuit de verenigde medisch specialisten dienstverband, vice-voorzitter
-R.M.G. Jansen, cardioloog	lid vanuit het bestuur MSB, penningmeester
-B. Schenk, radioloog	vrij gekozen lid, secretaris
-dr. C.W. van Haselen, dermatoloog	lid vanuit de verenigde medisch specialisten dienstverband
-J. Huussen, internist-nefroloog	vrij gekozen lid
-dr. P.N.M. Mooij, gynaecoloog	lid vanuit het bestuur MSB
-mw. mr. C. Polman	beleidsmedewerker medische staf

Raad van Mandatarissen

Het bestuur VMS communiceert met de leden via de Raad van Mandatarissen waarin een vertegenwoordiger vanuit elke vakgroep zitting heeft. De Raad van Mandatarissen is verantwoordelijk voor de continuïteit van het bestuur VMS. In de Raad van Mandatarissen wordt elke vakgroep vertegenwoordigd door de medisch manager of het professioneel hoofd van de vakgroep. Besluiten door de VMS kunnen zowel tijdens een vergadering van de Raad van Mandatarissen worden genomen als aan de hand van een digitale of schriftelijke stemming onder de mandatarissen. Een voorstel is aangenomen wanneer tenminste 51 % van het aantal uitgebrachte stemmen voor het voorstel van het bestuur VMS is.

Medisch specialistisch bedrijf

Het jaar 2016 was het tweede jaar waarin het Coöperatief MSB Slingeland U.A. in het Slingeland Ziekenhuis in bedrijf was. Per 1 januari 2015 waren, met uitzondering van de MKA-chirurgen, alle vrijgevestigde medisch specialisten al met hun eigen Personal Holding BV hiertoe toegetreden. Het bestuur MSB is met twee leden vertegenwoordigd in het bestuur VMS, te weten de heren P.N.M. Mooij, gynaecoloog, en R.M.G. Jansen, cardioloog. De drie MKA-chirurgen zijn niet tot het MSB toegetreden, maar hebben in 2015 met elkaar een BV opgericht. De VMS bestaat ook na de oprichting van het MSB uit medisch specialisten in vrije vestiging en medisch specialisten in loondienst.

Verenigde medisch specialisten dienstverband

De Verenigde medisch specialisten dienstverband is het orgaan van de VMS waarin de groep van leden die in loondienst zijn verbonden aan het ziekenhuis, is vertegenwoordigd. De Verenigde medisch specialisten dienstverband behartigt de specifieke belangen van de medisch specialist in loondienst en heeft 2 afgevaardigden in het bestuur VMS, te weten de heer C.W. van Haselen, dermatoloog, en mevrouw E.V.M. Vermeulen, kinderarts. De Verenigde medisch specialisten dienstverband heeft een adviserende taak naar het bestuur VMS.

Samenwerking Streekziekenhuis Koningin Beatrix en Slingeland Ziekenhuis

Ook in het jaar 2016 is de voorgenomen bestuurlijke fusie tussen het Slingeland Ziekenhuis en het Streekziekenhuis Koningin Beatrix te Winterswijk voor de medische staf een belangrijk gespreksonderwerp geweest. In mei 2015 hadden de medische staven van de beide ziekenhuizen al hun intentie uitgesproken om op termijn één medische staf te gaan vormen. Voor de overbruggingsperiode, geldend vanaf de fusiedatum tot aan de vorming van één medische staf, werd

afgesproken een overkoepelend stafbestuur (OSB) te vormen, dat als de medisch strategische partner van de Raad van Bestuur zal gaan fungeren. Hierbij anticiperend op de eenwording van de beide medische staven. In 2016 zijn concrete stappen gezet in de oprichting van dit OSB, onder andere door het opstellen van een huishoudelijk reglement. Zo zal vanaf de fusiedatum het OSB bestaan uit alle leden van het bestuur VMS uit het Slingeland Ziekenhuis en het bestuur OOMS uit het Streekziekenhuis Koningin Beatrix en zal het tweemaandelijks overleg van het OSB voorafgegaan worden aan een strategisch overleg tussen het OSB en de Raad van Bestuur van het fusieziekenhuis.

Samenwerking 1^e lijn

Samenwerking met de 1e lijn heeft in 2016 opnieuw veel aandacht gekregen. Naast de gebruikelijke informele contactmomenten tussen 1e en 2e lijn (bijvoorbeeld door middel van het bijwonen van de klinische conferentie) heeft in juni 2016 voor de eerste keer een meerdaagse compagnonscursus plaatsgevonden. In totaal hebben 128 medisch specialisten van het Slingeland Ziekenhuis, huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde deze meerdaagse compagnonscursus in Noordwijk bijgewoond.

Kwaliteit en Patiëntveiligheid

Eén van de speerpunten van de VMS is Kwaliteit en Patiëntveiligheid. Kwaliteit en Patiëntveiligheid maakt een vast punt uit van de agenda van de maandelijkse vergaderingen van de Raad van Mandatarissen. Daarnaast zijn er in 2016 weer meerdere bijeenkomsten 'Kwaliteit & Veiligheid' door de VMS georganiseerd. In 2016 zijn tevens enkele necrologiebijeenkomsten georganiseerd met interne sprekers. Naast leden van de medische staf en arts-assistenten, zijn in 2016 ook andere betrokkenen uit het ziekenhuis voor deze bijeenkomsten uitgenodigd, zoals directieleden, managers, beleidsmedewerkers, verpleegkundigen, leden van de Ondernemingsraad, van de Verpleegkundige Advies Raad en van de Cliëntenraad.

In 2016 heeft de medische staf hetgeen vermeld staat in de notitie 'Samen sterk in kwaliteit' verder opgepakt (de notitie 'Samen sterk in kwaliteit' is in 2015 door bestuur VMS en directie gezamenlijk opgesteld). Met 'Samen sterk in kwaliteit' is een kwaliteitsverbetering gerealiseerd op het gebied van:

- Het versterken van de rol van medisch manager.
- Het bieden van de mogelijkheid aan de medisch manager tot het krijgen van scholing.
- Het beter inzichtelijk maken van de resultaten aangaande kwaliteit en veiligheid, d.m.v.:
 - Het aanpassen van de vakgroep monitor.
 - Het inrichten van een kwaliteit dashboard per vakgroep, met relevante uitkomsten en benchmark gegevens (deze informatie zal deel uit gaan maken van de 3- maandelijks gesprekken met directie en unitmanager).
 - Het ontwikkelen van een voorstel door directie en stafbestuur hoe te komen tot een betere registratie, rapportage en beheer van kwaliteitsinfo, in aansluiting op de landelijke ontwikkelingen.
- Het opstellen van een prospectieve risico analyse per vakgroep, als belangrijk instrument om het zorgproces te verbeteren.
- Het uitwerken van het visiedocument 'Optimaal Functioneren' van de Federatie van Medisch Specialisten (FMS, voorheen: OMS) en het binnenkort te verschijnen bijbehorend implementatiedocument.
- Het ten uitvoer brengen van de campagne 'samen beslissen' van de NPCF en FMS.
- Het vergroten van de participatie aan de staf brede kwaliteitsbijeenkomsten en necrologiebesprekingen.

Appraisal & Assessment

Eind 2016 heeft 81,4 % van het totaal aantal stafleden deelgenomen aan een tweejaarlijks IFMS gesprek. Op

1 december 2016 telde de VMS 23 appraisers. Medio 2016 heeft een groot aantal van hen de nascholing gevolgd die door de IFMS commissie werd aangeboden.

NIAZ accreditatie

In november 2015 heeft de NIAZ accreditatie van het Slingeland Ziekenhuis plaatsgevonden. Begin 2016 bereikte de VMS het bericht dat over het Slingeland Ziekenhuis niet alleen een positief eindoordeel is uitgesproken, maar ook dat het Slingeland Ziekenhuis door het NIAZ is uitgeroepen tot 'best practice'. Het auditteam heeft daarbij complimenten gegeven voor het als medische staf en management samen vorm en inhoud geven aan kwaliteit en veiligheid. Met de verbeterpunten die uit de accreditatie naar voren zijn gekomen, zijn de leden van de medische staf in 2016 voortvarend aan de slag gegaan. Het borgen van de ontwikkeling en positionering van de medisch manager is

bijvoorbeeld één van de verbeterpunten. In 2016 is daarom de functie van medisch manager in samenspraak met directie en VMS herschreven en heeft in het voorjaar van 2016 een scholingsprogramma plaatsgevonden voor medisch managers en unit-/capaciteitsmanagers gezamenlijk ('duaal management').

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, welke voor het jaar 2016 is verlengd. Hierin staat de volgende missie:

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

Visie

De toekomstvisie van het Slingeland Ziekenhuis kan worden getypeerd als:

Slingeland Regio^{plus} Ziekenhuis

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

1. Het Slingeland Ziekenhuis wil een "maatschappelijke partner" zijn op het gebied van specialistische basiszorg in de Achterhoek. Als maatschappelijk partner is het Slingeland Ziekenhuis actief in regionale en transmurale samenwerkingsverbanden. Tevens zoekt het Slingeland Ziekenhuis regionaal actief aansluiting bij gemeentelijke taken rondom gezondheidszorgpreventie en de WMO.
2. Het Slingeland Ziekenhuis wil zich bovengemiddeld en bovenregionaal onderscheiden op medisch inhoudelijk gebied en op de manier waarop de zorg wordt geleverd. Dit is terug te vinden in de "Plus" typering, waarmee het Slingeland Ziekenhuis de reikwijdte van haar eigen regio kan overstijgen.
3. Het Slingeland Ziekenhuis wil een "solide" zorginstelling zijn, waarbij er geen twijfel bestaat over kwaliteit, veiligheid of financiële positie. Dit betekent dat het Slingeland Ziekenhuis in de regio bekend staat als een gezonde instelling, waar de patiënten van op aan kunnen.

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

Strategische concepten

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

Zorginhoudelijk aanbod

- Focus op ouderen.
- Moeder en kind.
- Faciliteren 1^e lijn.
- Oncologie.
- Vaattijden.
- Chronische zorg.

- Acute en intensieve zorg.
- Electieve zorg.
- Preventie en lifestyle.

Huis op orde / Continu verbeteren

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

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

4.2 Jaarplan 2016

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

Voor 2016 hebben de volgende ziekenhuisbrede doelstellingen centraal gestaan:

1. Uitstekende zorg met speciale aandacht voor continu verbeteren van kwaliteit en veiligheid.
2. De zorgvisie voor de toekomst realiseren, met speciale aandacht voor:
 - Zorgvernieuwing, waaronder in Beeld.
 - Nieuwbouw.
 - A.R.T.Z.
 - ICT.
3. Bestuurlijke fusie en verdergaande samenwerking met SKB te Winterswijk.

Onderstaand wordt weergegeven in hoeverre de beoogde resultaten zijn gerealiseerd.

Doelstelling 1: uitstekende zorg met speciale aandacht voor continu verbeteren van kwaliteit en veiligheid.

Op voor patiënten belangrijke aspecten zijn onder meer de volgende verbeteringen gerealiseerd:

- De naleving van de bundel voorkomen van postoperatieve wondinfecties steeg gedurende het jaar en bedroeg over geheel 2016, 90%.
- Het Spoed Interventie Systeem functioneert goed. Het aantal SIT oproepen stijgt en het aantal reanimaties op verpleegafdelingen blijft laag.
- Ook dit kwartaal vond weer bij 98-99% van alle patiënten verificatie van de medicatie bij opname plaats.
- De resultaten ten aanzien van het veilig toedienen van high risk medicatie op poliklinieken/radiologie verbeterde.
- Er is een evaluatiestudie gepubliceerd naar een aantal VMS thema's. Het Slingeland Ziekenhuis scoort op de thema's postoperatieve wondinfecties, medicatieverificatie en high risk medicatie beter dan de andere ziekenhuizen.
- Het percentage patiënten waarbij een risico-inventarisatie op Bijzonder Resistente Micro Organismen heeft plaatsgevonden was 100% over het 4^e kwartaal 2016.
- Er is een e-learning module "Handhygiëne en basishygiëne" ontwikkeld, die beschikbaar is voor alle zorgmedewerkers.

- De definitieve HSMR 2015 is 77 en statistisch significant lager dan het landelijk gemiddelde. Ook het percentage patiënten met een Onverwacht Lange Opnameduur ligt significant onder het landelijk gemiddelde.
- Uit een externe meting blijkt dat de schoonmaak wederom goed scoort.
- Op de laboratoria heeft op 29 en 30 november een externe audit plaatsgevonden in het kader van de ISO-certificering. De audit is positief verlopen.

Naast bovenstaande verbeteringen is er ook een aantal verbeterpunten zichtbaar waar sturing op plaatsvindt. De belangrijkste verbeterpunten zijn:

- Medicatieveiligheid
 - o Voor toediening gereed maken en toedienen van high risk medicatie voor met name het Operatie complex.
 - o Registratie medicatieverificatie bij ontslag, waarbij wordt opgemerkt dat het Slingeland Ziekenhuis het beter doet dan het landelijk gemiddelde, daar ook andere ziekenhuizen moeite hebben om de norm te realiseren.
- Kwetsbare ouderen
Het percentage ouderen dat gescreend is op alle aspecten van kwetsbaarheid is gedurende 2016 gestegen. De percentages "screening kwetsbare ouderen" en "DOS" liggen nog onder de interne doelstellingen. Uit de oorzakenanalyse blijkt dat screening van een of twee aspecten regelmatig ontbreken of niet op de juiste wijze is opgeslagen. Hierop is actie uitgezet.
- Overdracht
Het percentage "ontslagbrieven op de dag van ontslag" is gedurende 2016 gestegen en bedraagt over het laatste kwartaal 66% dat 14% lager is dan de interne doelstelling van 80%. Afsproken is om actief te gaan handhaven op de beschikbaarheid van een ontslagbrief op moment van ontslag in het eerste kwartaal van 2017.
- Wachttijden:
Om wachttijden bij aantal specialismes terug te dringen is het project Integraal capaciteitsmanagement opgestart. Integraal Capaciteit Management (ICM) is erop gericht om de vraag naar en het aanbod van capaciteit (mensen en middelen) optimaal op elkaar af te stemmen vanuit een gezamenlijke regie die aansluit bij de strategische doelstellingen van het Slingeland Ziekenhuis. Hierin is het van belang dat de bijbehorende zorgprocessen geoptimaliseerd en onderling op elkaar afgestemd zijn.
- Pijn
Het percentage pijnmetingen steeg gedurende 2016 naar ruim 86%, maar ligt nog onder de interne doelstelling van 90%. Verder valt op dat het percentage patiënten dat ernstige pijn ervaart toeneemt.
- Ziekenhuisinfecties
In het Slingeland Ziekenhuis is continu en met resultaat aandacht voor de naleving van de richtlijnen. Het voldoet maximaal aan de norm voor MRSA/BRMO risico-inventarisatie. Aandachtspunt betreft de implementatie van de richtlijnen betreffende Antimicrobial Stewardship. Belangrijke randvoorwaarde hiervoor is softwarematige ondersteuning en inzet bij de invoering hiervan door de apotheek. De apotheek heeft aangegeven dit op zijn vroegst in het vierde kwartaal 2017 te kunnen oppakken.
- Antistolling
Naar aanleiding van een inspectiebezoek in 2016 is naar voren gekomen dat het Slingeland Ziekenhuis op een aantal onderdelen niet aan de landelijke richtlijnen voldoet. Acties naar aanleiding van het inspectiebezoek zijn uitgezet.

Over bovengenoemde verbeterpunten zijn verbeteracties uitgezet.

Naast bovengenoemde indicatoren is onderstaand zichtbaar wat de status is van projecten op het gebied van kwaliteit en veiligheid per ultimo 2016.

		2016				2017				2018				
		Status jan 2017	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4
PROGRAMMA KWALITEIT & VEILIGHEID														
	Zorgpaden (up-to-date en in iProces)	gereed												uitloop
	Portalen update naar 5.3	lopend												uitloop
	Stuurnformatie (middels dashboards) op alle niveau's	lopend												uitloop
	Integraal risico management	on hold												on hold
	Heraccreditatie NIAZ	lopend												uitloop
	Versterken rol medische staf bij kwaliteit (Voortgang acties Samen Sterk in kwaliteit en Optimaal Functioneren)	gereed												
	Campagne Kwaliteit & Veiligheid													
	Invoer NIAZ Q-Mentum	lopend												
	Thema: Samenwerking met SKB (afdeling K&V)	vervallen												vervallen
	H&I Masterplan Validatie (cyclische controle apparatuur)	lopend												uitloop
	Thema: Systematisch verbeteren (inrichten 'systeem' voor ordenen en monitoren verbeteracties)	vervallen												vervallen
	Doorontwikkeling processenhuis kwaliteitsysteem / uitrol iProcess - 2e fase	lopend												uitloop
nieuw 2017-2018	Doorontwikkeling Zorgpaden in iProcess - 2e fase													
	Veiligheidsmeldingen													
	Overdracht kwetsbare ouderen in de keten													

Doelstelling 2: de zorgvisie voor de toekomst realiseren, met speciale aandacht voor:

- Zorgvernieuwing , waaronder in Beeld
- Nieuwbouw
- A.R.T.Z.
- ICT

a. Zorgvernieuwing waaronder In Beeld

In 2016 zijn grote stappen gezet op het gebied van zorginnovatie. Landelijke aandacht is geweest voor het project In Beeld waarbij tussen Sensire, het Slingeland Ziekenhuis en Menzis een overeenkomst is gesloten voor de financiering hiervan voor de periode 2017-2019 voor onze COPD-patiënten. Ook het project "Sensing Clinic" waarover het Slingeland Ziekenhuis een overeenkomst heeft gesloten met Fujitsu heeft landelijke bekendheid gekregen. Sensing Clinic zet zogenaamde sensortechnologie in, om vitale functies (bloeddruk, hartritme, slaapritme etc.) en bewegingen van de patiënt gedurende een ziekenhuisopname beter te kunnen monitoren.

Onderstaand is de status van innovatieprojecten per ultimo 2016 weergegeven.

		2016				2017				2018				
		Status jan 2017	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4
PROGRAMMA INNOVATIE														
	Fieldlab duurzaam bouwen provincie	vervallen												
	Field Lab: Cortex / Cardio (fase 1)	lopend												uitloop
	Field Lab: Outcomegericht Leefstijlprogramma	vervallen												
	Field Lab: Fosfaatapp	vervallen												
	Field Lab: Apps4Air													uitloop
	Field Lab: CSA Tracking & Tracing	lopend												uitloop
	Field Lab: Sensoring Kliniek Fujitsu Fase 1	lopend												uitloop
	Zorg in Beeld: Hartfalen opschalen programma	lopend												uitloop
	Zorg in beeld: Financieringsstructuur COPD vaststellen & samenwerking ketenpartners	gereed												uitloop
	Zorg in beeld: COPD opschalen programma	lopend												uitloop
	Zorg in beeld: Zwangerschapsdiabetes project	gereed												
nieuw 2016	Medify (digitale intake) inrichten (fase 1) - MDL	niet gestart												vertraging
	Masterplan Poli (Herinrichten poliklinische werkprocessen M&I)	initiatie												vertraging
	Zorgportaal: afspraken maken (voor HIX)	vervallen												vervallen
	Mediq: diabetes platform (fase 1)													vertraging
nieuw 2017-2018	Onderzoek Monitoringsafdeling/ Quirious onderzoek	lopend												
	Field Lab: Cortex cardio meer sensoren (fase 2)													
	Field Lab: Sensoring Kliniek Fujitsu Fase 2													
	Medify (digitale intake) inrichten (fase 2)													
	Mediq: diabetes platform uitbreiden (fase 2)													
	Field Lab: Ultrasound Pleister (Novioscan)	initiatie												
	Field Lab: Tinnitus App	initiatie												
	Zorg in beeld: Opstarten 1 extra aandoening inBeeld*	vervallen												vervallen

b. Nieuwbouw

Ter voorbereiding op de nieuwbouw aan de A18 locatie zijn in 2016 de volgende stappen gezet:

- In het vierde kwartaal 2016 zijn alle documenten opgeleverd die nodig zijn voor het doorlopen van de bestemmingsplanprocedure. Ook de Ladder voor Duurzame Verstedelijking (LVDV), een belangrijk document in de bestemmingsplanprocedure, is in zijn definitieve vorm aan de stukken toegevoegd.
- In december is overeenstemming bereikt over de aankoop van een relatief klein perceel grenzend aan het plangebied (perceel vormde geen onderdeel van het WVG-gebied).
- In de gemeenteraad van de gemeente Doetinchem is naast GroenLinks ook de SP een verklaard tegenstander van de bouw op de A18-locatie. De PvdA daarentegen heeft eind 2016 aangegeven achter de locatiekeuze te staan. Daarmee blijft zich een ruime meerderheid in de raad aftekenen die de verhuizing van het ziekenhuis naar de A18 locatie steunt.
- In het vierde kwartaal 2016 is het programma van eisen door de Adviesgroep Nieuwbouw, samen met een adviesnotitie aangeboden aan de directie. In de adviesnotitie is een aantal thema's benoemd die nadere uitwerking behoeven om het effect op het ruimtelijk programma van eisen (de vierkante meters) te kunnen beoordelen. De directie heeft het advies overgenomen en begin november actiehouders aangewezen en gevraagd om eind januari te komen met een aanvullende rapportage.
- Eind 2016 is een beperkt aantal architectenbureau geselecteerd waarvan er uiteindelijk één definitief het ontwerp van de nieuwbouw voor zijn rekening zal nemen
- Eind 2016 is een eerste aanzet gemaakt tot het verder invullen van de projectstructuur Nieuwbouw. Voorstellen worden begin 2017 verder besproken met de Raad van Bestuur. Ook hebben er gesprekken plaats gevonden om te zien op welke wijze PTG het Slingeland Ziekenhuis kan ondersteunen op het gebied van projectleiding.
- Er heeft een update plaatsgevonden van de te verwachten investeringskosten in bouw, installaties, ICT en (medisch) equipment. Eerste kwartaal 2017 wordt samen met EY Montesquieu onderzocht of dit bedrag passend is te maken binnen de business case van het ziekenhuis.

c. A.R.T.Z.

Resultaten die in A.R.T.Z. verband zijn gerealiseerd over 2016 betreffen de volgende:

- Bestendigen van de 4 tumorwerkgroepen : Mamma care, lower GI, Long chirurgie en prostaat.
- Voorbereidingen IHE/XDS (hardware).
- Inventarisatie van activiteiten die benodigd zijn om A.R.T.Z. als 'brand' in de markt te zetten.
- Beëindiging met Antonie van Leeuwenhoek ziekenhuis als eventuele samenwerking partner.
- Vaststelling van casemanagerschap over de tumorsoorten.
- Implementatie I-proces als programma onderdeel van Iprova over de drie locaties.

d. ICT

Onderstaand is de stand van zaken van ICT-gerelateerde projecten weergegeven per ultimo 2016.

	Status jan 2017	2016				2017				2018				
		Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	
PROGRAMMA EZIS/ ICT														
Zorgportaal/ patiëntenportaal	gereed	■	■	■										uitloop
Astrala	versuilen	■	■	■										vervallen
Ordercom (PA)	naar 2017							■						verschoven
Thema: Optimalisatie gebruik EPD en medicatie (middels scholing en training)	gereed	■	■	■										uitloop
Echografie	gereed	■	■	■	■									uitloop
HIX	lopend		■	■	■	■	■	■	■					uitloop
Dica aanleveringen plus PROMS	naar 2018									■	■			verschoven
Herinrichting Identificatie Registratie (foto in EZIS)	gereed				■									
nieuw 2016														
PDMS Sedatie	gereed	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Regionale informatie uitwisseling obv XDS (ARTZ/SCON/SKB)	initiatie				■	■	■	■	■	■	■	■	■	
nieuw 2017-2018														
HIX content update										■				
PDMS Sedatie fase 2									■					
PDMS OK + upgrade inrichting preop en OK									■					
PDMS SEH										■	■			
PDMS CCU										■	■	■		
PDMS Neonatologie												■	■	
Vervanging Magister														
Lab: fusie samenvoeging labsysteem									■	■				
Lab: 1e lijnsdiagnostiek														
Zorgportaal - fase 2: afspraken maken irt optimaliseren proces. Voortvloeiend uit programma Innovatie, herinrichten politieke werkprocessen (M&I)										■				
EVD incl CS Maps													■	

Doelstelling 3: bestuurlijke fusie en verdergaande samenwerking met SKB te Winterswijk

Het verslagjaar 2016 kenmerkt zich door tal van activiteiten om de beoogde bestuurlijke fusie met het SKB te Winterswijk met een positief resultaat te kunnen afsluiten.

Nadat eerst de NZa op 7 juni 2016 in het kader van de zorgspecifieke fusietoets toestemming heeft gegeven voor de fusie tussen SKB en SZ heeft de ACM op 6 december groen licht gegeven voor de fusie.

Uit onderzoek van de ACM blijkt dat er weinig patiënten zijn die deze twee ziekenhuizen als alternatief voor elkaar zien. Patiënten gaan bij voorkeur naar het ziekenhuis in de eigen regio. Dat is of het Slingeland Ziekenhuis of het Streekziekenhuis Koningin Beatrix. Wanneer patiënten niet naar het ziekenhuis in de eigen regio gaan, kiezen ze eerder voor een ziekenhuis in Enschede, Zevenaar, Arnhem of Zutphen dan voor de andere fusiepartij. Daardoor is er weinig concurrentie tussen de twee fuserende ziekenhuizen. Voor patiënten verandert er in de praktijk weinig door de fusie.

Ook de zorgverzekeraars en de cliëntenraden van beide ziekenhuizen zijn positief over deze fusie. Ze geven aan dat de fusie noodzakelijk lijkt voor het behoud van de ziekenhuiszorg in de regio. Zorgverzekeraars concluderen bovendien dat er niet zoveel verandert in de mogelijkheden om te onderhandelen met de ziekenhuizen. Immers, de patiënten kiezen nauwelijks tussen een van deze twee ziekenhuizen, maar gaan naar een ander ziekenhuis. Zorgverzekeraars noemen nog een voordeel. Er ontstaat een sterker ziekenhuis waardoor er meer concurrentiedruk ontstaat op andere ziekenhuizen in de regio.

De bestuurders van beide ziekenhuizen zijn blij met deze goedkeuring voor de fusie, waardoor de hoge kwaliteit van zorg, de bereikbaarheid en de betaalbaarheid van ziekenhuiszorg in de Achterhoek gegarandeerd blijft. Hierbij wordt ook de intensieve samenwerking met alle regionale partners, van belang in deze krimpregio met een stijgende complexiteit van zorgvraag, verder uitgebouwd.

Beide ziekenhuizen behouden ieder hun volwaardige aanbod van zorg en blijven alle patiënten behandelen. Dit betekent onder meer dat de spoedeisende hulp, de verloskundige zorg en de intensive care in beide ziekenhuizen blijven bestaan. Door de bedrijfsvoering op elkaar af te stemmen en elkaars deskundigheden en capaciteiten te bundelen zien de ziekenhuizen kans om de ziekenhuiszorg ook in de toekomst van het beste niveau en dichtbij de patiënt aan te blijven bieden.

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: Patiëntgericht, Aandachtig, Kundig & Veilig.
2. Versterken veiligheidscultuur, onder andere door:
 - Het vergroten van de meldingscultuur, hetgeen blijkt uit een toenemend aantal meldingen van (bijna) incidenten en risicovolle situaties.
 - Borging implementatie landelijke richtlijnen gericht op het terugdringen van schade aan patiënten:
 - Elf landelijke veiligheidsprojecten.
 - Hygiënerichtlijnen.
 - Veldnormen en Inspectierichtlijnen.
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.

In dit en het volgend hoofdstuk benoemen wij enkele van de belangrijkste ontwikkelingen uit 2016.

NIAZ Heraccreditatie

Het Slingeland Ziekenhuis is sinds 2007 geaccrediteerd door het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ). Het accreditatiebewijs betreft zowel het kwaliteits- als het

veiligheidsmanagementsysteem. Op 26 februari 2017 heeft het NIAZ besloten de accreditatiestatus opnieuw met vier jaar te verlengen. Het Slingeland Ziekenhuis voldeed voor 100% aan de normen die het NIAZ stelt en heeft daarvoor het predikaat "Best Practice" ontvangen.

Keurmerken

Het Slingeland Ziekenhuis hanteert, naast het NIAZ, nog andere keurmerken en systemen. In 2016 betrof dit de volgende:

Algemene keurmerken:

- HKZ-certificaat voor de Dialyse.
- CCKL accreditatie voor het Klinisch Chemisch en Hematologisch Laboratorium en het Medisch Microbiologisch Laboratorium. Eind 2016 vond een externe audit plaats in het kader van ISO certificering. De audit is positief verlopen.
- HACCP certificaat voedselveiligheid voor de voeding.
- GMP-Z voor de ziekenhuisapotheek.

Het Slingeland Ziekenhuis heeft voor meerdere behandelingen een keurmerk ontvangen van zorgverzekeraars:

- CZ beste zorg bij borstkanker.
- Zilveren Kruis pluscertificaat behandeling van een herseninfarct.
- Zilveren Kruis pluscertificaat diabeteszorg voor kinderen.
- Zilveren Kruis pluscertificaat diabeteszorg voor volwassenen.

Het Slingeland Ziekenhuis beschikt ten slotte over de volgende keurmerken van patiëntenverenigingen:

- Bronzen Smiley voor de kinderafdeling en de kinderdagverpleging.
- Vaatkeurmerk.
- Patiëntenwijzer longkanker.
- Patiëntenwijzer darmkanker.
- Patiëntenwijzer Bloed- en Lymfklierkanker.
- Patiëntenwijzer prostaatkanker.
- Roze lintje borstkanker.
- Vaatkeurmerk.
- Spataderkeurmerk.
- Sterren voor Apneuzorg (drie sterren).
- Pluim voor vruchtbaarheidszorg.
- WHO/UNICEF borstvoedingscertificaat voor de afdelingen kindergeneeskunde en verloskunde (2010)
- Gastvrijheidszorg met sterren (vier sterren, 2015)

4.4 Kwaliteitsbeleid ten aanzien van patiënten/cliënten

4.4.1 Resultaten kwaliteit van zorg

Ervaringen patiënten

Het Slingeland Ziekenhuis hanteert de volgende instrumenten om de ervaringen van patiënten en cliënten te onderzoeken:

- Feedbackradar.
- Suggestiekaarten.
- PROM's.
- Zorgkaart Nederland.
- Klachten (zie 4.4.3).
- Cliëntenraad (zie 3.3).

Uit de verschillende instrumenten komen als positief naar voren: contact met en betrokkenheid van specialisten, verpleegkundigen en andere medewerkers, deskundigheid, duidelijke voorlichting, de kwaliteit van het eten en de gastvrije, zorgzame en menselijke benadering.

Een van de belangrijkste verbeterpunten betreft "wachten" in de wachtkamer of op de verpleegkundige. Op de Spoedeisende Hulp heeft een groot verbetertraject plaatsgevonden gericht op het terugdringen van de wachttijd. Dit heeft geleid tot een forse afname van klachten vanaf het tweede kwartaal 2016 ten opzichte van de jaren ervoor.

Privacy, communicatie en klimaat zijn andere punten voor verbetering.

Feedbackradar

Via de FeedbackRadar is het mogelijk om “realtime” patiëntwaarderingen te inventariseren. Deze waardering wordt uitgedrukt in cijfers en open antwoorden. Het systeem voorziet in een dashboard, een rapportagemodule en het opstellen en monitoren van verbeteracties. Hierdoor kan er direct worden geacteerd op ervaringen van patiënten. In de tabel is een overzicht van resultaten opgenomen.

Tabel : Resultaten basisdeel vragenlijsten 2016

	Totaal
Aantal afdelingen:	18
Verstuurde uitnodigingen:	4269
Respons:	74%
Rapportcijfer:	8,33
NPS:	+44 (48-4)
Klantwaarden: (schaal 1-5, zeer ontevreden – zeer tevreden)	
Bejegening:	4,51
Aandachtig & betrokken:	4,41
Vertrouwen, kundig & veilig:	4,43
Zeggenschap:	4,28
Duidelijke informatie:	4,35
Open vragen:	
Tevreden reacties:	2238 (77%)
Verbeterpunten:	683 (23%)

Suggestiekaarten

Patiënten kunnen via suggestiekaarten op een laagdrempelige manier suggesties doen voor verbeteringen. In 2016 werden bijna 1400 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.

Kwaliteitsvenster

In Nederland is sinds 2014 het Kwaliteitsvenster voor patiënten en andere belangstellenden beschikbaar. Het Kwaliteitsvenster bestaat uit onderwerpen die iets zeggen over de kwaliteit van zorg. Iedereen kan in één oogopslag zien hoe het Slingeland Ziekenhuis scoort op een bepaald onderwerp ten opzichte van eerdere jaren, het landelijk gemiddelde en/of de norm.

Zie: <https://www.nvz-kwaliteitsvenster.nl/ziekenhuizen/6630#.U3Cx7zCTcs>

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 een groot aantal landelijke uitvragen van kwaliteitsindicatoren:

- De “Basisset prestatie-indicatoren” van de Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- Kwaliteitsindicatoren per aandoening die worden gevraagd door het Zorginstituut Nederland.
- Specialistische registraties voor een aantal aandoeningen, beheerd door de Stichting DICA. De uitkomsten hiervan worden beschikbaar gesteld aan onder andere het Zorginstituut Nederland, zorgverzekeraars, Inspectie voor de Gezondheidszorg en patiëntenverenigingen.
- Aanvullende kwaliteitseisen van zorgverzekeraars.
- Vragen van patiëntenverenigingen. Deze verenigingen plaatsen de antwoorden van de ziekenhuizen op hun website, als keuze-informatie voor patiënten. Daarnaast worden de antwoorden gebruikt voor het al dan niet toekennen van keurmerken aan het ziekenhuis.

Externe partijen als zorgverzekeraars, Inspectie en patiëntenverenigingen plaatsen deze informatie op hun websites. Op basis van deze gegevens kan de patiënt een weloverwogen keuze maken tussen zorginstellingen.

De omvang van het aantal indicatoren maakt dat het Slingeland Ziekenhuis gekozen heeft om de uitslagen van deze indicatoren op te nemen in de bijlage van het jaardocument.

Sterftecijfers, Onverwacht Lange Opnameduur en Heropnames

De Hospital Standardised Mortality Ratio is een indicator om sterfte in ziekenhuizen te vergelijken waarbij rekening is gehouden met relevante casemixfactoren. Over 2015 was de HSMR 77. De HSMR in het Slingeland Ziekenhuis was in 2015 significant lager dan het landelijk gemiddelde (100). De volledige rapportage (met onder andere de Standardised Mortality Ratio van diagnosegroepen) staat gepubliceerd op de website van het ziekenhuis (zie:

<https://www.slingeland.nl/sterftecijfers/sterftecijfers-2015-onder-landelijk-gemiddelde/1646/2260>)

De landelijke berekeningen van de definitieve HSMR cijfers 2016 volgen in het derde kwartaal 2017.

De voorlopige HSMR 2016 blijft laag: 82.

De indicator Onverwacht Lange Opnameduur (OLO) betreft het percentage klinisch opgenomen patiënten met een onverwacht lange opnameduur. Dit is een opnameduur die meer dan 50% langer is dan verwacht. De OLO 2015 is 11,4% en statistisch significant lager dan het landelijk gemiddelde van 15,4%.

Het percentage heropnamen 2015 is 10,5% (landelijk: 10,1%). Het percentage niet acute heropnamen is 2%, wat significant lager is dan landelijk (3,1%), het percentage acute heropnamen is 8,5% want significant hoger is dan landelijk (7,0%).

De Dossiercommissie, bestaande uit verpleegkundigen en medisch specialisten, onderzoeken steekproefsgewijs de dossiers van overleden patiënten en van heropgenomen patiënten met als doel verbeterpunten op te sporen.

4.4.2 Klachten

Samenstelling Klachtencommissie

Externe leden

- Mevrouw mr. A. Wiltink advocaat, voorzitter.
- Mevrouw mr. drs. T. de Looff jurist, op voordracht van Zorgbelang Gelderland.
- De heer drs. J. Berting huisarts n.p.
- De heer drs. B.H.M. Bos huisarts n.p.

Interne leden

- De heer L. Schaars IC verpleegkundige, op voordracht van de ondernemingsraad.
- De heer dr. D. Scharn vaatchirurg, op voordracht van de medische staf
- Mevrouw drs. E. Dannenberg radioloog, op voordracht van de medische staf
- Mevrouw M.C.H. Leenders-Klink ambtelijk secretaris

Klachtenregeling

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

De klachtencommissie van het Slingeland ziekenhuis is een belangrijke schakel in het proces van kwaliteitsverbetering binnen de instelling. 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 klachten

In 2016 heeft de klachtencommissie 13 klachtbrieven ontvangen, waarvan er 2 niet in behandeling konden worden genomen. De commissie heeft in totaal over 11 klachtbrieven uitspraak gedaan, namelijk:

- Over 5 klachtbrieven uit 2015.
- Over 6 klachtbrieven uit 2016.

Vijf klachtbrieven uit 2016 zijn nog in behandeling en daarover wordt de uitspraak verwacht in 2017.

Aanbevelingen

Er is een aanbeveling opgenomen in de uitspraken van de klachtencommissie in 2016 namelijk: Uit een klacht blijkt hoe belangrijk het is het overzicht te houden bij advisering en opvolging daarvan over en van nazorg, indien er sprake is van verschillende betrokken medewerkers. Als er diverse afdelingen betrokken zijn bij een nazorg traject, dan is de kans op miscommunicatie groter dan wanneer er sprake is van een regulier ontslag. De klachtencommissie beveelt het ziekenhuis daarom aan te overwegen de regie voor ketenzorg in handen te leggen van een daartoe aan te wijzen persoon die het hele traject kan overzien.

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, teneinde het indienen van een klacht zo laagdrempelig mogelijk te maken.
- Zorgvuldigheid betrachten met betrekking tot de privacy van zowel de klager als degene over wie geklaagd wordt.

De klachten

In 2016 werden door 305 mensen een klacht ingediend, dit is een forse stijging ten opzichte van 2015. Voor deze stijging is geen duidelijke oorzaak aan te geven.

Door 27 personen werd een schadeclaim ingediend. Dit aantal ligt aanzienlijk hoger dan in 2015, toen 9 schadeclaims werden ingediend. In de voorgaande jaren werden gemiddeld 17 schadeclaims per jaar ingediend. Voor de daling in 2015 is geen verklaring gevonden, voor de enorme stijging in 2016 ook niet.

Klachten kunnen schriftelijk, telefonisch, via een persoonlijke afspraak en per e-mail worden ingediend.

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

Tabel: Klachten per categorie

	2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016
Aantal klagers	310	283	331	268	305	310	283	331	268	305
<i>categorie:</i>	<i>aantal</i>	<i>aantal</i>	<i>aantal</i>	<i>aantal</i>	aantal	%	%	%	%	%
Behandel technisch: medisch (92) verpleegk. (46)	130	127	122	90	138	26	31.1	25	25	29
Relationeel	208	167	206	170	204	42	41.2	43	47	43
Organisatorisch	102	44	68	56	69	20	10.8	14	15	14.4
Bouw/terrein	15	11	18	7	3	3	2.7	4	2	0.6

Financieel	44	58	67	41	62	9	14.2	14	11	13
Totaal aantal klachten	499	407	481	364	476	100	100	100	100	100

Bemiddeling.

Klachtenbemiddeling is gericht op het oplossen van het probleem dat de oorzaak is van de onvrede. Luisteren, uitpraten, begrip kweken en eventueel verontschuldigen aanbieden kan een oplossing zijn. De meeste klagers zijn tevreden als in een bemiddelingsgesprek toelichting wordt gegeven op de toedracht van het gebeurde, als aangegeven wordt waarom iets onontkoombaar was of wanneer 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/specialisten. Soms zijn naar aanleiding van een klacht concrete maatregelen genomen en zijn procedures aangepast.

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 of onduidelijke uitleg en/of een gebrek aan informatie. Soms hebben klagers verwachtingen waaraan niet kan worden voldaan. Ook hier is goede uitleg belangrijk.

245 klagers waren na behandeling van de klacht tevreden over de uitkomst. 20 personen waren niet en 15 niet geheel of matig 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 2016 was dit het geval bij 25 personen.

Van de 35 personen die niet of niet geheel tevreden waren met de uitkomst van hun klacht, kondigden 9 personen aan naar de Klachtencommissie te gaan.

13 personen waren voornemens een schadeclaim in te dienen, waarvan 5 personen dit in 2016 daadwerkelijk hebben gedaan (8 personen tot nu toe dus nog niet). Van de personen die in 2015 niet tevreden waren met de uitkomst van hun klacht en aangaven een schadeclaim te zullen indienen, hebben 6 personen dit in 2016 gedaan. Nog eens 6 personen hebben alsnog (na contact te hebben gehad met de klachtenfunctionaris en zonder dit in het contact te hebben aangegeven) een schadeclaim ingediend. 10 personen hebben rechtstreeks, dus zonder contact met de klachtenfunctionaris, een schadeclaim ingediend, waarmee het totale aantal claimanten in 2016 op 27 komt.

In 2016 veelvuldig genoemde klachten zijn:

- Bejegening van de patiënt.
- (mis)communicatie.
- Discontinuïteit in zorg na ontslag van de klinische patiënt, o.a. medicatie, vervolgsafspraken
- Onjuiste nazorg/vervolgzaam.
- Onduidelijkheid over datum en tijdstip van ontslag.
- Coördinatie/afstemming tussen zorgverleners.
- Samenwerking/overdracht tussen zorgverleners.
- Verkeerde of gemiste diagnose.
- Letselschade als gevolg van onderzoek en/of behandeling.
- Onvoldoende begeleiding en uitleg bij onderzoek en/of behandeling.
- (medische) klachten van de patiënt niet serieus nemen.
- Veelvuldig verzetten van afspraken door de polikliniek cardiologie.
- Onvoldoende/onjuiste communicatie over kosten behandelingen.

- Onduidelijkheid over ontvangen rekeningen m.b.t. bezoeken en of behandelingen ziekenhuis.
- Privacy (gebrek aan) op patiëntenkamers.

4.4.3 Toegankelijkheid

In bijgevoegd schema staat aangegeven wat de gemiddelde toegangstijd in weken is per specialisme over heel 2016:

Specialisme	polikliniek	dagbehandeling	kliniek
Interne Geneeskunde	2.8	1.0	1.0
Cardiologie	3.7	2.3	2.6
Longziekten	2.0	1.0	1.0
Reumatologie	2.8	1.0	1.0
Gastro-enterologie	4.1	1.0	1.0
Pijnbestrijding	3.8	1.0	n.v.t.
Chirurgie	2.3	5.0	5.0
Urologie	2.3	3.8	3.8
Orthopedie	2.5	2.9	3.3
Plastische Chirurgie	1.0	2.0	2.0
Gynaecologie	3.1	2.5	3.0
Kindergeneeskunde	3.4	1.0	1.0
Neurologie	3.8	1.0	1.0
Dermatologie	2.8	1.0	
KNO	1.3	2.6	2.4
Oogheelkunde	3.7	2.0	
Kaakchirurgie	2.7	7.1	7.1
Klinische Geriatrie	9.8	8.8	
Radiologie	1.0		

4.4.4 Activiteiten kwaliteit en veiligheid

Kwaliteits- en veiligheidsprojecten

Belangrijke kwaliteits- en veiligheidsprojecten en activiteiten in 2016 waren onder meer:

- Direct na het behalen van de NIAZ heraccreditatie is gestart met de overgang naar de nieuwe NIAZ-QMentum normen en systematiek. Dit traject loopt door tot in 2018. Op de eerste afdelingen zijn zelfevaluaties uitgevoerd, waarbij medewerkers en medisch specialisten aan konden geven of zij vonden dat aan de internationale QMentum normen wordt voldaan en welke verbeterpunten zij zien. Auditoren zijn getraind in de tracermethodiek, waarbij het traject van een patiënt door het ziekenhuis letterlijk wordt gevolgd.
- Ook in 2016 is gewerkt aan verdere verbetering van resultaten van de elf VMS-veiligheidsthema's. De naleving van de bundel postoperatieve wondinfecties steeg tot boven de 90%. Bij 99% van alle acute en electieve patiënten vindt medicatieverificatie bij opname plaats, bij ontslag wordt ruim 60% geverifieerd door een speciaal opgeleide apotheekmedewerker. Verbeterde resultaten waren er daarnaast op het vlak van screening kwetsbare ouderen, screening pijn en het toedienen van high risk medicatie.
- Alle eisen uit het 'Convenant veilige toepassing van medische technologie in het ziekenhuis' zijn ingevoerd. In 2016 is met name gewerkt aan het verbeteren van de borging van bekwaamheden.
- Het percentage patiënten waarbij een risico-inventarisatie op Bijzonder Resistente Micro Organismen uitgevoerd is steeg in 2016 tot 100%.
- Het Slingeland Ziekenhuis heeft diverse acties ondernomen om overdracht en afstemming van patiënten te verbeteren, zowel intern als samen met ketenpartners.
- De wet Verplichte Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling is ingevoerd en via diverse maatregelen geborgd.
- Nieuwe bepalingen uit de Wet Kwaliteit, Klachten en Geschillen zorg zijn ingevoerd.
- In het project "Samen Sterk in Kwaliteit" heeft de medische staf diverse activiteiten ondernomen. De staf organiseerde onder meer vier kwaliteitsbijeenkomsten met externe sprekers.

Veiligheidscultuur

Een belangrijk onderdeel van het veiligheidsmanagement is de zorg voor een pro-actieve veiligheidscultuur. Leidinggevenden en directieleden voeren jaarlijks een veiligheidsronde uit op alle afdelingen van het Slingeland Ziekenhuis, hetgeen ten doel heeft om het veiligheidsbewustzijn te stimuleren. Een ander instrument wat gebruikt wordt is het uitvoeren van prospectieve risico analyses, bijvoorbeeld bij de aanschaf van nieuwe apparatuur of bij veranderingen.

Op zorg- en behandelunits vinden workshops veiligheidscultuur plaats aan de hand van de IZEP-methode (Instrument voor Zelfevaluatie Patiëntveiligheidscultuur). Medewerkers gaan hierbij met elkaar in gesprek over hoe zij de veiligheidscultuur binnen hun team ervaren en maken afspraken over verbeteringen.

4.4.5 Veilig Incidenten Melden

Centrale VIM-Commissie (CVC)

Doelstelling

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

Ontwikkelingen en activiteiten in het afgelopen jaar

Algemeen

- De commissie kwam 10 keer in vergadering bijeen en daarnaast nog in kleinere subcommissies.
- Er heeft een Kwalitaria-bijeenkomst plaatsgevonden in januari. Insteek van de bijeenkomst is onder andere een cultuuromslag te bewerkstelligen bij medewerkers waarbij het idee van klikken omgebogen wordt naar een meldcultuur waarbij de kwaliteitsverbetering voorop staat. Onderwerpen waren beheer zuurstoftanks op verpleegafdelingen, belang van melden en accorderen van medicatievoorschriften.
- Tevens zijn er twee identieke bijeenkomsten georganiseerd voor decentrale VIM-teamleden waarbij aandacht is geweest voor de principes die voortkomen uit het boek van Ian Leistikow, inspecteur van de inspectie, met als titel "Voorkomen is beter".
- Het aantal afdelingen dat gebruik is gaan maken van het Telvim-formulier is gestagneerd. De nieuwe applicatiebeheerder van iTask moest opstarten en vanwege de komst van een nieuwe versie van de applicatie is hiervoor te weinig tijd geweest.
- Er zijn 3 scholingen gegeven voor nieuwe decentrale VIM-teamleden (aantal = 21). Voor de laatste training is gebruik gemaakt van het Leerplein, een applicatie waarbij cursisten zich digitaal kunnen aanmelden en de lesstof kunnen lezen.

Cijfers

Het totaal aantal meldingen is wederom gestegen ten opzichte van het voorliggende jaar. Ging het in 2015 om 6870 meldingen, in 2016 werden in totaal 7144 meldingen gedaan. De Decentrale VIM-Teams zorgen voor een toegenomen aandacht voor veilig melden op de werkeenheden. Ook het instellen van de Tel-VIM, een vereenvoudigd meldingstype, heeft geleid tot een stijging van het aantal meldingen.

Meldingen	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010
<i>Categorie:</i>							
Valincidenten	198	168	118	114	100	116	121
Medicatie	509	510	490	515	563	512	434
Materiaal /instrumentarium	361	364	282	318	293	256	150
Preoperatieve zaken	179	245	291	235	254	179	156
Transfusieketen/hemovigilantie	11	11	8	17	18	26	13
Dialyseformulier	0	0	0	286	303	286	-
Overig	1886	1877	1756	1.569	1.156	1.099	691
KCHL/MML	609	699	1042	681	629	-	-
Tel-VIM (v.a. eind aug '14)	3253	2937	224	-	-	-	-

TIM (Transmurale meldingen) sinds 2015	91	59					
Totaal aantal meldingen:	7144	6870	4211	3735	3.619	2.474	1.581
Index t.o.v. 2010:	451%	434%	266%	236%	228%	156%	100%

Adviezen

De CVC heeft het ziekenhuisbrede probleem bij het nuchterbeleid onder de aandacht gebracht en er is een nieuw informatieformulier ontwikkeld waardoor het aantal meldingen ten aanzien van het nuchterbeleid is afgenomen.

Er is een attendering naar de huisartsen gedaan om melding te maken van "overleden patiënten in de thuisituatie".

Patiëntenfolder "Uw opname in het Slingeland ziekenhuis" is aangepast op het belang van gebruik van goed schoeisel om valincidenten te voorkomen.

Trendanalyse

De centrale VIM-commissie is gestart met trendanalyses van de verschillende meldingstypen. Per meldingstype worden hieronder de bevindingen weergegeven.

Transfusie en hemovigilantie

De gegevens die voortkomen uit iTask worden opgestuurd naar de Transfusiecommissie en worden daar geanalyseerd en opgenomen in het jaarverslag van de Transfusiecommissie.

Medicatie

Uit de trendanalyse medicatiemeldingen is gebleken dat het aantal meldingen ongeveer gelijk blijft. Er zijn veel meldingen geweest over het niet aanvullen van de afdelingsvoorraad. Dit is veroorzaakt doordat de apotheek is overgegaan van het dagelijks uitzetten op de afdeling naar het baxteren op de apotheek zelf. Hierdoor werd de aanvulling op de afdeling minder goed uitgevoerd omdat assistenten minder op de afdeling kwamen. Hier is aandacht voor geweest en er is gekozen voor een nieuwe aanpak in 2017 waarbij er per verdieping een decentrale voorraad komt.

Het komt ook steeds vaker voor dat er leveringsproblemen zijn vanuit de geneesmiddelenfabrikant. Deze problemen worden onvoldoende gecommuniceerd met de afdelingen.

Er bestaat een achterstand in het bijwerken van het handboek Parenteralia. Nieuwe wijzigingen worden doorgevoerd, echter de apotheek komt er niet aan toe om de ontstane achterstand weg te werken.

Materiaal en Instrumentarium

Uit de trendanalyse blijkt dat het aantal meldingen ongeveer gelijk blijft. De meldingen betreffende Materiaal en Instrumentarium worden elk kwartaal doorgesproken met de teamleider van de CSA/CSR. Uit dit overleg is gebleken dat er een goede terugkoppeling plaatsvindt naar het team van de CSA en CSR en dat er hier een goede aanspreekcultuur heerst.

Uit de analyse van medische apparatuur blijkt er geen sprake te zijn van een bepaalde trend in apparatuur waarover gemeld wordt. Het aantal meldingen neemt ook enigszins af.

Preoperatieve zaken

Uit VIM-meldingen en de Tel-VIM is gebleken dat perioperatieve antibioticaprofylaxe nog altijd niet conform de afspraken wordt voorgeschreven. Dit behoeft dus nog de nodig aandacht in 2017.

Telvim 2016	Antibiotica TVI.154	Antibiotica TVI.156	Totaal
Aanvullende antibiotica niet vermeld	18	12	30
Verkeerde antibiotica voorgeschreven	69	115	184

Valincidenten

Er is in 2016 een toename te zien geweest van 17.8 % van het aantal gemelde valincidenten (198) ten opzichte van 2015 (168) ondanks de extra aandacht die er voor dit thema is geweest.

Naar aanleiding van de analyse is een overzicht verstuurd naar de verpleegafdelingen met het verzoek om een analyse hierop uit te voeren en verbeteracties aan te geven.

Duidelijk is wel dat dit onderwerp gezien het hoge aantal incidenten nog extra aandacht behoef.

Tel-VIM

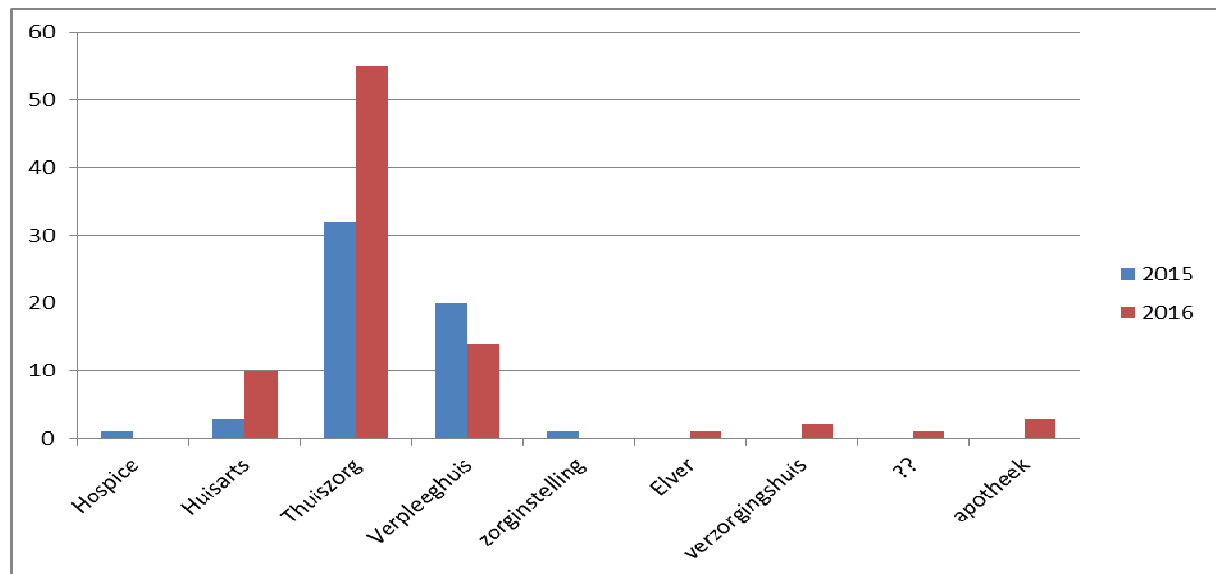
Door middel van een Tel-VIM kan er melding gemaakt worden van incidenten die aanleiding kunnen geven tot het herstellen van procesafwijkingen. Eind 2014 is er gestart met dit type meldingen (totaal 224) en in 2016 zijn er 3253 meldingen geregistreerd. Doordat er een nieuwe applicatiebeheerder voor de meldsystemen is aangesteld is het er in 2016 nauwelijks van gekomen om de gewenste aanpassingen in de Tel-VIM door te voeren of nieuwe afdelingen toe te voegen. Hier moet in 2017 een oplossing voor gezocht worden.

TIM

In 2015 is gestart met het Transmuraal melden door externen. Via de website van het Slingeland ziekenhuis komt de melding binnen bij de coördinerend Transferverpleegkundige en wordt de melding uitgezocht. In 2016 zijn er 90 meldingen geweest over onderstaande onderwerpen.

De meldingen vanuit de thuiszorg hebben ook in 2016 voornamelijk betrekking op de verpleegkundige overdracht, het onvolledig of onjuist inzetten van thuiszorg en vragen over de medicatieoverdracht. De meldingen vanuit het verpleeghuis worden voornamelijk gedaan door de SOG, en hebben betrekking op het ontbreken van de medische overdracht en tevens vragen over de medicatieoverdracht.

De organisaties die melden worden weergegeven in onderstaande grafiek:



Conclusies en eventuele vooruitblik op het komende jaar

Het jaar 2016 heeft een forse toename laten zien van het aantal meldingen, waaruit blijkt dat de meldcultuur is verbeterd. De afhandeling van de VIM- en transmurale meldingen kunnen nog verbeterd worden. Hier wordt in 2017 aandacht aan besteed.

In 2017 wordt er naar gestreefd om vanuit het ziekenhuis ook een Transmurale melding te kunnen maken over externen om ook op deze wijze de samenwerking te kunnen verbeteren, onder andere ten aanzien van de overdrachten.

Tevens moet er gekeken worden naar de resultaten van acties die uitgezet worden naar aanleiding van de Tel-VIM.

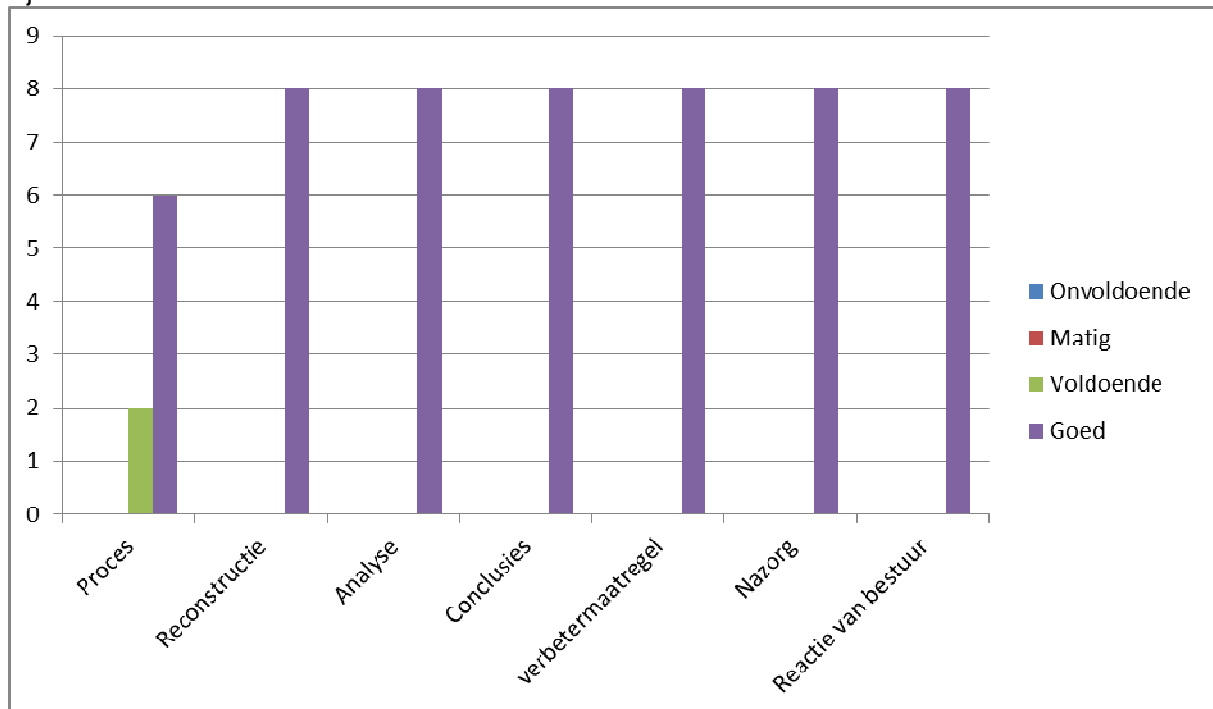
4.4.6 Calamiteitencommissie

Doelstelling

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

Ontwikkelingen en activiteiten in het afgelopen jaar

In 2016 zijn er 12 nieuwe calamiteiten gemeld aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en deze zijn allen afgehandeld in 2016. Tevens is er één calamiteit afgehandeld uit 2015. De inspectie geeft een beoordeling over de rapportages, waarvan in de grafiek hieronder de resultaten te lezen zijn.



De Inspectie heeft de rapportages beoordeeld en daaruit bleek dat in vijf van de dertien gemelde calamiteiten sprake was van complicaties en deze incidenten zijn niet beoordeeld. Bij de beslissing om de vijf incidenten te melden heeft meegespeeld dat er veel aandacht in de media is voor (vermeende) calamiteiten en dat er een lagere drempel is om te melden. Bij twee van de beoordeelde calamiteiten is onvoldoende aangegeven dat de onderzoekers van de calamiteit niet betrokken waren bij de calamiteit, terwijl dit altijd uitgangspunt is bij de keuze van de commissieleden. Ook stond de startdatum van het onderzoek niet duidelijk genoeg aangegeven. De overige onderdelen zijn allemaal als goed beoordeeld.

De werkwijze van de calamiteitencommissie is aangepast op het gebied van informatie verzamelen. Alle betrokkenen ontvangen zo spoedig mogelijk een formulier waarbij zij schriftelijk hun deel van de gebeurtenissen kunnen beschrijven waardoor er minder informatie verloren gaat. Hierdoor kan de calamiteitencommissie ook beter voorbereid de gesprekken ingaan.

Conclusies en vooruitblik op het komende jaar

- De Centrale VIM-commissie en de Calamiteitencommissie dragen bij aan kwaliteit en patiëntveiligheid door analyse van incidenten, door het formuleren van verbetervoorstellen en het organiseren van bijeenkomsten om te leren van incidenten.
- De borgingscommissie in ons ziekenhuis bewaakt en borgt de verbetervoorstellen en de acties om deze te realiseren.
- In 2017 gaan we ons toelagen op het verspreiden van resultaten uit analyses en verbeteracties door middel van een nieuwsbrief.
- Contacten met de commissies die incidenten en calamiteiten analyseren in het SKB te Winterswijk zullen worden geïntensiveerd.

4.5 Kwaliteit ten aanzien van medewerkers

4.5.1 Personeelsbeleid

Het sociaal- en personeelsbeleid is er op gericht iedere medewerker invloed te geven om de eigen professionaliteit te onderhouden en te ontwikkelen. Dit binnen heldere kaders en 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 en/of ambities worden bereikt.

Het arbeidsomstandigheden beleid is gericht op het behoud van vitaliteit, bevoegenheid en duurzame inzetbaarheid. Een belangrijke graadmeter voor deze onderdelen is het ziekteverzuim.

Ziekteverzuim

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

Zoals in de onderstaande tabellen te zien is stabiliseert het verzuim in 2016. Terwijl in de eerste maanden van het jaar het verzuim erg hoog was zien we in het laatste half jaar een significante daling optreden. De invoering van het gedragsmodel en de trainingen die gegeven zijn aan de leidinggevenden door Falke en Verbaan in 2016 lijken daarmee effect te sorteren. Terwijl het SZ in 2016 het verzuimcijfer stabiel blijft, geven de cijfers van Vernet aan dat het gemiddelde verzuim van de algemene ziekenhuizen stijgt.

Tabel: Ziekteverzuim (excl. zwangerschapsverlof)	Percentage SZ 2015	Percentage SZ 2016	Gem. Algemene Ziekenhuizen*
Verzuim totaal personeel in loondienst	4,2%	4,2%	5,48%

*Bron Vernet

Tabel: Meldingfrequentie	Percentage SZ 2015	Percentage SZ 2016
Verzuim totaal personeel in loondienst	1,27	1,18

Tabel: Nulverzuim	Percentage SZ 2015	Percentage SZ 2016
Verzuim totaal personeel in loondienst	36%	39%

Verloop en vacaturevervulling

Het verloop in het Slingeland Ziekenhuis is redelijk stabiel en de vervulling van de vacatures verloopt over het algemeen probleemloos. Wel verwachten we op termijn geconfronteerd te worden met moeilijk vervulbare functies op het gebied van de gespecialiseerde verpleegkundige functies in het bijzonder. We anticiperen hierop door voor deze functies maximaal op te leiden.

Daarnaast anticiperen we ook op de grotere ontwikkelingen op de arbeidsmarkt door maximaal en gericht te investeren in het werven en begeleiden van stagiaires voor relevante functies.

Tabel: Verloop personeel	Aantal personeelsleden	Aantal fte
Instream personeel in loondienst (totaal) in verslagjaar	124	76,90
Uitstroom personeel in loondienst (totaal) in verslagjaar	96	54,99

Tabel: Vacatures	Aantal vacatures einde verslagjaar	Aantal moeilijk vervulbare vacatures einde verslagjaar
Totaal personeel	22	2 (W en E installatietechnicus)
Personeel met patiëntgebonden functies	16	

4.5.2 Kwaliteit van het werk

Organisatieontwikkeling

Door het inkrimpen van de directie van 4 naar 3 leden, is in 2016 gestart met een verkenning van de visie, taken en bevoegdheden verdeling tussen directie onderling en over het verder delegeren van taken en bevoegdheden naar het management. Mede als gevolg van deze verkenning wordt iedere management vacature kritisch beoordeeld, met als gevolg dat 2 vacatures niet zijn vervuld en de taken onder de overige managers zijn verdeeld.

Opleidingsbeleid

In 2016 is het document "Strategisch leren en ontwikkelen in het Slingeland Ziekenhuis" vastgesteld. Met een verwijzing naar de strategie van het ziekenhuis wordt de visie op leren en ontwikkelen uitgewerkt tot op redelijk operationeel niveau. Opleiden, trainen en oefenen neemt een steeds belangrijkere plaats in bij het doorvoeren van een organisatie ontwikkeling en verandering.

De teamleiders die in de afgelopen jaren zijn aangesteld, zijn door opleiding en gestructureerde intervisie, verder ondersteund in hun leidinggevende taken, onderwerpen betroffen: dossiervorming, werving en selectie en verzuimbegeleiding.

De ontwikkeling die is ingezet met duaal management wordt ondersteund door een MD traject dat in sterke samenwerking tussen de medisch managers en de lijnmanagers is ontwikkeld.

In 2016 is voortvarend verder gewerkt aan het invoeren van lean denken en werken gericht op het versterken van het continue verbeteren op alle niveau's. Dit wordt gedaan door het opleiden en trainen van leidinggevendenden, medisch specialisten en interne adviseurs en door projecten "lean in teams".

Medewerkers onderzoek

Het medewerkers onderzoek dat in 2015 plaatsvond is in 2016 opgevolgd door een onderzoek onder alle leden van de Vereniging Medische Staf. De VMS/MSB was de opdrachtgever Het onderzoek is in samenwerking tussen de VMS/MSB en PO&O opgezet en georganiseerd. De uitkomsten van het onderzoek zijn gerapporteerd op 3 niveau's: De individuele specialist, de vakgroep (op verzoek) en de VMS/MSB. De uitkomsten zijn besproken en er is een werkgroep gestart om op onderdelen acties te ondernemen.

Arbeidsomstandigheden

De aanpak van agressie en geweld is in 2016 verder opgepakt. Na de invoering van de e-learning module is een klassikale vervolgtraining gegeven om agressief gedrag op te vangen of zelfs te voorkomen. Om meer inzicht te krijgen is de rapportage scherper gemaakt, daardoor bleek dat het aantal meldingen over ongewenst gedrag in de afgelopen jaren sneller gestegen was dan het totaal aantal meldingen die gedaan zijn door het personeel over de arbeidsomstandigheden. Het onderdeel meldingen over ongewenst gedrag tussen medewerkers was nog sneller gestegen. Op iedere melding wordt direct actie ondernomen in de lijn, dit wordt bewaakt door de functionarissen bij arbo-milieu en veiligheid. Aanvullend zijn ook acties ondernomen op plaatsen waar er sprake lijkt van herhaalde meldingen.

Arbeidsvoorwaarden

Het Persoonlijk levensfase budget (PLB) is een mooie arbeidsvoorwaarde met een prima doel: stimuleren van duurzame inzetbaarheid. In de praktijk blijkt dat er vooralsnog weinig met deze arbeidsvoorwaarde wordt gedaan. Om de medewerkers meer zicht te geven op de mogelijkheden van PLB is in 2015 al een folder opgesteld waarin aantrekkelijke voorbeelden worden beschreven door medewerkers die op een creatieve wijze PLB hebben benut. In 2016 is in het meerkeuze systeem een nieuw doel geïntroduceerd waarbij de medewerker, fiscaal voordeling, PLB uren kan inzetten gericht op de aanschaf van digitale hulpmiddelen, zoals laptops, smartphones of fitness-trackers. Doel van deze actie is enerzijds een aantrekkelijke keuze aan medewerkers te bieden en anderzijds te investeren in wat we noemen digi-fitness.

4.5.3 Veiligheid van het werk

Algemene- en arbeidsveiligheid

Het zorgdragen voor veiligheid in en in de directe omgeving van het Slingeland Ziekenhuis is een belangrijk aandachtspunt binnen het Slingeland Ziekenhuis. Deelgebieden daarin zijn arbeidsveiligheid & milieuzorg, beveiliging, sleutel- en toegangsbeheer, bedrijfshulpverlening (BHV), het Ziekenhuis Rampen Opvangplan (ZiROP) en het Continuïteitsplan. De medewerkers beveiliging 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 de verschillende fases van veiligheid: pro-actie, preventie, preparatie, repressie en nazorg.

Belangrijk aandachtspunt voor het team Arbo, Milieu en Veiligheid is de centrale rol als het gaat om zorg voor samenhang met andere veiligheidsaspecten binnen het Slingeland Ziekenhuis, zodat een integrale veiligheidsgedachte ontstaat. Norm daarbij is dat tenminste voldaan wordt aan wet- en regelgeving op het werkterrein en dat gestreefd wordt naar duurzame inzetbaarheid van medewerkers (tenminste 40 jaar veilig en gezond kunnen werken).

De verantwoordelijkheid voor arbeidsveiligheid ligt bij de afdelingen en medewerkers zelf. Belangrijk daarbij is de inzet van ergocoaches op de afdelingen. De arbo- en milieufunctionarissen ondersteunen en adviseren daarin. Er zijn onder andere 131 werkplekonderzoeken gedaan en is voorlichting gegeven over werkhoudingen op een aantal afdelingen.

Risico Inventarisatie en -Evaluatie (RI&E)

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

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

Op alle afdelingen c.q. werkeenheden is, verdeeld over een periode van 4 jaar een uitgebreide RI&E uitgevoerd. Tevens is de algemene RI&E geüpdatet. Daarin staan ziekenhuisbrede onderwerpen, zoals regelingen en beleid. Gestart is in 2016 met de volgende cyclus van 4 jaar, waarbij tevens is gestart met het ontwikkelen van een nieuwe methode voor het houden van RI&E's (Checkbuster). Deze wordt vanaf 2017 gebruikt.

SLingeland Incidentenmelding Medewerkers (SLIM)

Het is een verplichting incidenten te melden die kunnen leiden tot eventuele materiële, lichamelijke en/of psychische schade voor medewerkers. Dat kan via SLIM (SLingeland Incidentenmelding Medewerkers). Medewerkers kunnen dan via een elektronisch formulier onder andere ongevallen, beroepsziekten, schokkende gebeurtenissen, diefstal, agressie & geweld en bedreigingen melden (opmerking: SLIM voor medewerkersveiligheid, VIM-formulier voor patiëntveiligheid). Alle SLIM-meldingen worden centraal verzameld bij het team Arbo, Milieu en Veiligheid. Waar nodig wordt actie genomen door de afdeling van de melder. De regie van de melding ligt bij de teamleider/unitmanager. Uit de meldingen kan lering getrokken worden en verbeteringen worden doorgevoerd. Om te stimuleren dat medewerkers meer onveilige situaties melden, is gestreefd naar 500 meldingen in 2016. In werkelijkheid zijn dat in totaal 506 SLIM meldingen geworden.

Overzicht meldingen per onderwerp:

Onderwerp	Totaal
(Bijna) ongeval	56
Lichamelijk letsel	5
Afgewezen/ VIM/ patiëntgebonden klachten	6
Afvalverwerking	4
Agressie en schokkende gebeurtenis	58
Onheuse bejegening	39
Emotionele gebeurtenis	13
Arbeidsmiddelen	2
Bestelling/bevoorrading	3
Biologische agentia	12
CSA- achtergebleven materiaal	71
Cytostatica	7
Fout tijdens werk	11
Fysieke belasting	13
Gevaarlijke stoffen	2
Klachten	47
Klachten Bouw	2
Kleding/ uniform	28
Klimaatklachten	25
Overig	13
Prikaccident	3
Schoonmaak gevonden naalden e.d.	5
Safety naalden	0
Storing	6
Vermissing/diefstal	5
Werkdruk	16
Werkwijze	54
Totaal:	506

Het valt op dat 56 (bijna) ongevallen zijn gemeld en 5 met lichamelijk letsel. Tevens is het aantal meldingen omtrent agressie, geweld en bedreiging aanzienlijk (58). Hiervoor is extra aandacht geweest in 2016. Zie de toelichting hierna.

Agressie en geweld 2016

De norm is dat tegen medewerkers van het Slingeland Ziekenhuis geen geweld wordt gebruikt. Het beleid is gericht op voorkomen van geweld. Zowel organisatorische als technische maatregelen zijn genomen.

In februari 2015 heeft de Inspectie SZW een inspectie uitgevoerd. Veel was goed geregeld, echter met betrekking tot agressie en geweld moesten extra acties ingezet worden, met name in het verbeteren van de alarmering, melding door medewerkers en in training omgaan met agressie en geweld. Daarop is een e-learnprogramma aangeschaft, een traject met praktijktrainingen afgesproken en ingevoerd in het leerplein. Er is een risico-inventarisatie gedaan om te beoordelen wie verplicht is de e-learn en praktijktraining te volgen. Daaruit is besloten dat 800 tot 900 medewerkers verplicht zijn de e-learn en praktijktraining "Omgaan met agressie" te volgen (verdeeld over 4 jaar). Medewerkers die niet verplicht zijn de training te volgen kunnen zich vrijwillig inschrijven.

Tevens zijn Dect-telefoons aangeschaft (met ziekenhuisbrede dekking) om de alarmeringsmogelijkheden te verbeteren.

Daarnaast worden medewerkers gestimuleerd meldingen te maken via SLIM wanneer zij agressie meemaken. Bij elke melding wordt beoordeeld of acties nodig zijn en welke, zoals de medewerker bijstaan, aangifte doen en aanspreken van daders. In 2016 is 58 maal melding gedaan voor agressie en 39 maal voor onheuse bejegening. Daarmee wordt een deel gemeld, maar nog niet alles. Ook in 2017 blijft het melden van incidenten daarom een aandachtspunt om te verbeteren.

Als iemand erg agressief is, wordt overwogen een waarschuwing of een toegangsverbod te geven. Tevens wordt in een aantal gevallen aangifte gedaan. Het Slingeland Ziekenhuis heeft een procedure

afgesproken met Justitie en Politie om in specifieke gevallen namens medewerkers aangifte te doen, waarbij de medewerkers anoniem blijven. Ook in 2016 is daarvan gebruik gemaakt. Tot nu toe hebben alle aangiftes die op deze wijze zijn gedaan, geleid tot een veroordeling van de dader.

Medewerkers kunnen sowieso ook zelf aangifte doen op eigen naam en adres van het ziekenhuis. De mogelijkheid is ook in specifieke gevallen gebruik te maken van een zaaknummer, waarbij de medewerker anoniem blijft voor de dader. Wanneer daar behoefte toe is, worden medewerkers ondersteund door het ziekenhuis bij het doen van aangifte.

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 het aanvoelen van mensen in de specifieke ziekenhuis omgeving spelen daarin een belangrijke rol.

Convenant Toegepaste Zorg en Veiligheid

Het Convenant Toegepaste Zorg en Veiligheid is opgesteld om een eenduidige handelswijze 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 2016 zijn verschillende casussen aan de orde geweest.

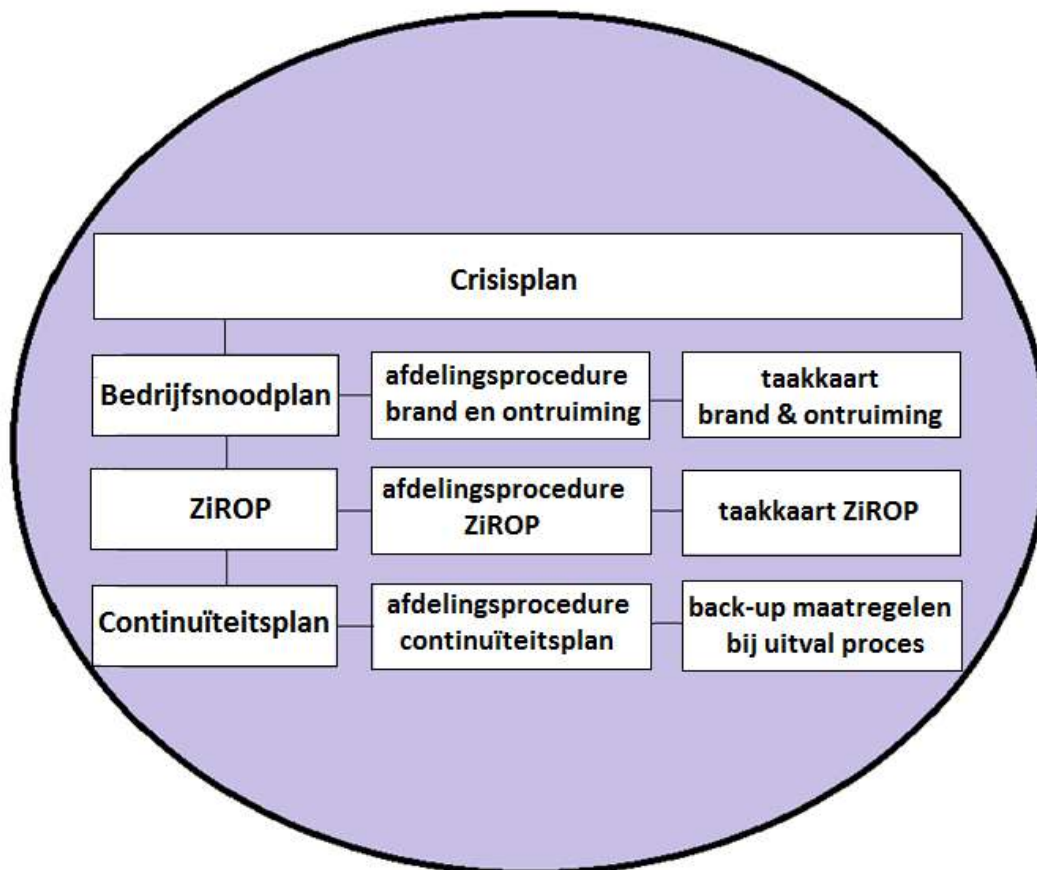
Crisisplan

Het crisisplan is het overkoepelend plan van het totaal aan maatregelen en voorzieningen ter handhaving van de continuïteit van zorg. Wettelijk gezien dient het ziekenhuis zich voor te bereiden op een calamiteit met behulp van planvorming, opleiden, trainen en oefenen.

Het Crisisplan van het ziekenhuis kent vier delen:

- Crisisplan (algemeen).
- Bedrijfsnoodplan (voor interne calamiteiten).
- ZiROP (Ziekenhuis Rampen Opvangplan) (voor externe calamiteiten).
- Continuïteitsplan.

Voor deze opzet is gekozen om de samenhang en structuur in de verschillende plannen goed op elkaar af te stemmen. Het crisisplan bevat alle algemene informatie omtrent calamiteiten, zoals de beschrijving van de organisatiestructuur in geval van interne en externe calamiteiten (beleidsteam en operationeel-team), de telefoonlijsten en de structuur van aanpak bij de verschillende soorten calamiteiten. De opbouw van het crisisbeheersingsplan is in het volgende figuur weergegeven:



Figuur: Opbouw crisisplan.

Bedrijfsnoodplan

Het bedrijfsnoodplan beschrijft de organisatorische en technische maatregelen en voorzieningen om de gevolgen van een bedrijfsnoodsituatie, mogelijk escalerend, zoveel mogelijk te beperken. Het bedrijfsnoodplan bevat een beschrijving van de BHV-en ontruimingsorganisatie en van diverse scenario's over wat te doen bij een interne calamiteit. Onderdeel van het bedrijfsnoodplan zijn de procedures, zowel het algemene plan, de afdelingsprocedure als de taakkaarten, de Zoef (Zelf oefenen) en de BHV.

Brandveiligheid

De bedrijfshulpverlening (BHV) in het Slingeland Ziekenhuis is opgesteld op basis van de Risico Inventarisatie en -Evaluatie. Normen voor organisatorische en technische brandveiligheidseisen worden gesteld in de Arboret 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 2016 zijn de bedrijfshulpverleners in samenwerking met een brandweer- en BHV-opleidingscentrum getraind en gecertificeerd voor basis BHV. Daarvoor zijn 4 verschillende oefensessies georganiseerd op 8 dagen. 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. Tevens zijn alle BHV-ploegleiders extra getraind en NIBHV-gecertificeerd. Daarnaast zijn de BHV-ers op de locaties Gezellenlaan en Varsseveld opgeleid en getraind.

Belangrijke BHV-taak voor alle medewerkers is het kunnen ontruimen van een afdeling. Verspreid over 2016 vonden daarom op 83 werkeenheden en afdelingen ontruimingsoefeningen plaats (ZOEF). De meeste waren voldoende; 2 zijn overgedaan vanwege te lage prestaties. In 2016 vond dagelijks een check plaats van vrije doorgang tot brandslangen en van vluchtroutes.

De inspectie van de brandweer was zeer positief over hoe het Slingeland Ziekenhuis omgaat met brandveiligheid. Opmerking is gemaakt over de verlengsnoeren op veel werkplekken: om deze goed weg te werken worden in 2017 acties uitgezet.

De brandweer is in 2016 te gaan werken met een "Risico Analyse Monitor" (RAM). Deze tool geeft inzicht in de te verwachten risico's voor een object aan de hand waarvan het brandveiligheidsniveau in het Slingeland Ziekenhuis wordt getoetst. Over het algemeen voldoet het Slingeland Ziekenhuis aan de eisen of heeft dat voldoende gecompenseerd met een gelijkwaardig alternatief.

ZiROP

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

Continuïteitsplan

Het continuïteitsplan is gericht op de vragen aan elke afdeling: welk alternatief kan ik inzetten en hoe kan ik er voor zorgen dat de patiënt geen nadelige gevolgen heeft van uitval van mijn proces? In 2016 is het continuïteitsplan vastgesteld, nadat in 2014 en 2015 samen met de Gelderse Vallei en Rijnstate een traject is geweest, waarbij ieder ziekenhuis, eigen processen en acties welke belangrijk zijn om de zorgcontinuïteit te borgen, in kaart hebben gebracht. Zo nodig kunnen ziekenhuizen elkaar bij calamiteiten ondersteunen. Centraal houdt de werkeenheden Arbo, Milieu en Veiligheid een overzicht bij van alle maatregelen.

LCMS

Nieuw is het Landelijk Crisismanagementsysteem (LCMS). Het is een applicatie om netcentrisch te kunnen werken. Tijdens een crisis wordt via dit systeem niet alleen intern gecommuniceerd tussen sleutelfunctionarissen uit het beleidsteam (BT), Operationeelteam (OT) en afdelingen, maar ook met externe partijen, zoals andere ziekenhuizen, GGD en GHOR. Tijdens een crisis wordt daartoe de procedure gestart om het LCMS in gebruik te nemen, een activiteit aangemaakt en de laatste informatie ingevoerd, zodat de besluitvorming onder (crisis)omstandigheden altijd gebaseerd is op een actueel en consistent situatiebeeld.

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 4.5.3 onder "Crisisbeheersingsplan". Daarbij passen instructiekaarten en afdelingsprocedures binnen het totaal calamiteitenplan van het Slingeland Ziekenhuis. Daarin is de rol van afdelingen en functionarissen bij een externe ramp duidelijk omschreven. Voor het Beleidsteam en het Operationele team zijn calamiteitskoffers ingericht. In deze koffers zitten alle benodigdheden te gebruiken ten tijde van een calamiteit.

Het ZiROP is in 2016 meerdere malen aangepast, onder andere naar aanleiding van een evaluatie van diverse ZiROP oefeningen. Het Beleidsteam en het Operationele team hebben tevens een tabletop oefening gehouden.

Op 1 oktober 2016 is een grootschalige oefening gehouden, waarbij 39 lotusslachtoffers zijn ingezet, 36 "verwanten" en 72 medewerkers met hun rol in het ZiROP. Specifieke oefendoelen waren: beeld te krijgen van de medische behandelcapaciteit en het logistieke proces, gebruik van de rampregistratiemodule in EZIS

Tijdens deze oefening zijn onder andere de volgende onderdelen van het ZiROP getoetst:

- De medische behandelcapaciteit en de logistieke processen op de SEH.
- Het deelplan Familie Opvang plan en met name de registratie en matching van slachtoffers met familieleden/naasten en de communicatie met de GHOR / SIS.
- Deelplan beveiliging en de routing in- en rondom het ziekenhuis.
- Inzet nieuwe rampenregistratiemodule in Ezis.
- Triage op de SEH.
- Fysiotherapie inrichten en gebruiken als extra SEH afdeling voor T3 slachtoffers.
- Gebruik LCMS (Landelijk Crisis Management Systeem).
- Functioneren BT en OT.

Hoofdconclusie is dat het ziekenhuis een dergelijke ramp goed aan kan en alle patiënten goed zijn geholpen. Verbeterpunten liggen in het anders organiseren van de familie-opvang, oefenen met de nieuwe applicaties (de rampenmodule in het patiëntenregistratiesysteem en het LCMS), het Crisisplan eenvoudiger inrichten, standaard medische triage samen met SEH artsen opzetten en regelmatig oefenen.

ZiROP-opleiding

In 2016 zijn 3 sleutelfunctionarissen Operationeelteam (OT) en Beleidsteam (BT) opgeleid door middel van de Hospital Major Incidents Management and Support (HMIMS). Daarmee hebben 33 van de 39 huidige leden van het OT en BT en 4 van de 6 SEH-artsen de opleiding gevolgd. Tevens hebben de sleutelfunctionarissen de Masterclass gevolgd en hebben de meeste secretaresses met een rol binnen het OT en BT de opleiding loggen en plotten gevolgd (rol wordt nu ingevuld via het LCMS). Deelname aan verplichte opleiding of training wordt geregistreerd en bijgehouden. Naast de opleidingen verzorgt door het AZO, zijn er door de ZiROP beheerder en het hoofd ZiROP voorlichtingen gegeven op diverse afdelingen.

Multibel

Voor het automatisch oproepen van medewerkers ten tijde van een ZiROP wordt het MultiBel alarm gebruikt. Elk kwartaal worden de bellijsten geactualiseerd. Het in werking stellen van dit Multibel alarm wordt elke maandag door de medewerkers van de telefooncentrale geoefend. Tevens is de procedure om het Multibelalarm in werking te zetten 2 maal real life geoefend, tegelijkertijd met 3 andere ziekenhuizen die ook Multibel gebruiken. Verbeter- en knelpunten die naar voren kwamen tijdens de oefening zijn opgepakt.

Milieubeleid

Het Slingeland Ziekenhuis is actief op het gebied van milieuzorg. Het streven is om de milieubelasting van de diverse activiteiten te minimaliseren. Om de inspanningen die de milieubelasting kunnen verminderen te coördineren, is in het Slingeland Ziekenhuis een milieuzorgsysteem opgezet.

Reguliere aandacht is er onder andere voor energiebesparing, afvalpreventie en afvalscheiding, afvoer via de riolering, bescherming van bodem en lucht en het gevaarlijke stoffen beleid. Onderdeel van het milieuzorgsysteem is dat er controles worden uitgevoerd om te checken of de protocollen en procedures werken en goed worden uitgevoerd. In 2016 zijn drie 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. Bedoeling is om in 2017 de Milieuthermometer Zorg in te voeren.

4.7 Financieel beleid

Exploitatie

Het exploitatieresultaat over 2016 bedraagt € 2.599.456. Dit is 1,6% van de totale bedrijfsopbrengsten van € 166,4 miljoen.

Ontwikkeling ten opzichte van 2015

De opbrengsten van het Slingeland Ziekenhuis zijn in 2016 met € 2,7 miljoen gestegen ten opzichte van 2015. De stijging van de zorgopbrengsten ad. € 1,4 miljoen in boekjaar 2016 wordt veroorzaakt doordat het aandeel boekjaar in de schadelast 2016 2% hoger ligt dan in 2015 (+ € 3 miljoen). Daarnaast zijn de contracten geïndexeerd voor een bedrag van € 1,4 miljoen. Daarentegen is er in 2016 geen eenmalige vrijval oude jaren in de zorgopbrengsten in tegenstelling tot 2015 (€ 3,1

miljoen). De overige opbrengsten zijn gestegen met € 1,0 miljoen door hogere doorbelasting van algemeen en administratief personeel aan Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB) en Streekziekenhuis Koningin Beatrix (SKB)

Het kostenniveau van het Slingeland Ziekenhuis kent in 2016 een stijging van € 6,4 miljoen ten opzichte van 2015 met een totaal van € 163,8 miljoen. Deze mutatie kent in hoofdlijnen 2 oorzaken.

1. Honorarium vrijgevestigd specialisten (+ € 3,2 miljoen).
Deze stijging wordt veroorzaakt door de nieuwe systematiek uit 2015, waardoor in 2016 voor het eerst een volledig boekjaar in de kosten wordt verantwoord (+ € 2,0 miljoen). Het schadelastjaar 2016 kent hogere afspraken MSB (15,5% in 2015 en 15,75% in 2016) waarbij ook de toerekening aan het actuele boekjaar is ten opzichte van 2015 gestegen. Er heeft over 2016 daarentegen geen resultaatdeling plaatsgevonden..
2. Personeelskosten (+ € 3,2 miljoen)
De stijging wordt veroorzaakt door cao-effect (€ 0,9 miljoen), voorziening ORT tijdens verlof (€ 0,6 miljoen), stijging sociale lasten (€ 0,5 miljoen) en hogere andere personeelskosten als gevolg van hogere studiekosten (€ 0,2 miljoen).

Het bedrijfsresultaat vóór rente en vóór afschrijvingen (EBITDA) is in 2016 met € 3,0 miljoen afgenomen tot € 16,4 miljoen vanwege hogere bedrijfslasten (+ € 5,7 miljoen), terwijl de opbrengsten minder hard zijn gestegen (+ € 2,7 miljoen). Het bedrijfsresultaat vóór rente en na afschrijvingen (EBIT) is gedaald met € 3,2 miljoen en kent een omvang van € 4,1 miljoen. De daling bij de EBIT ligt in de lijn met de stijging bij de EBITDA, omdat de afschrijvingen in 2016 nagenoeg gelijk zijn aan 2015. De mate waarin het bedrijfsresultaat dekkend is voor de rentelasten (ICR) bedraagt 2,49 (2015: 4,05) bij een norm van tenminste 2. De DSCR (mate waarin het resultaat vóór rente en afschrijvingen dekkend is voor de verschuldigde rente en aflossing) bedraagt 4,55 bij een norm van tenminste 1,25.

Resultaat in relatie tot de begroting

De afwijking van € 0,6 miljoen ten opzichte van het begrootte resultaat van € 2,0 miljoen kan voor € 4,7 miljoen worden toegeschreven aan de zorgopbrengsten. Dit is te verdelen in schadelastjaar 2015 voor € 0,9 miljoen en schadelastjaar 2016 voor € 3,8 miljoen. In directe relatie hiermee zijn de kosten voor het honorarium vrijgevestigd specialisten € 1,1 miljoen hoger dan begroot. De overschrijding ad. € 2,1 miljoen van de patiëntgebonden kosten is productie gerelateerd. Daarnaast zijn er kosten geweest inzake de nieuwbouw (€ 0,5 miljoen), de fusie (€ 0,2 miljoen), mutatie voorzieningen (€ 0,2 miljoen) en een afboeking van de deelneming Medirisk (€ 0,7 miljoen) welke niet waren begroot.

Investeringsniveau

Het investeringsniveau in 2016 bedroeg € 8,0 miljoen ten behoeve van gebouwen, medische inventarissen, facilitaire inventarissen en ICT voor respectievelijk € 1,9 miljoen, € 4,2 miljoen, € 0,6 miljoen en € 1,4 miljoen. De meest omvangrijke investeringen betroffen de renovatie van de SEH, radiologieapparatuur en echografieapparatuur.

Liquiditeit

De liquiditeitspositie van het Slingeland Ziekenhuis is in 2016 met € 4,6 miljoen afgenomen tot € 27,2 miljoen ultimo 2016 (2015: € 31,8 miljoen). voor verbruik- en gebruiksgoederen, die de hogere productie volgen (+ € 6 miljoen). Tevens zijn de investeringsuitgaven € 4 miljoen lager dan begroot. De operationele kasstroom kende in 2016 een positief resultaat van € 9,4 miljoen.

De investeringsuitgaven in 2016 hadden een omvang van € 8,7 miljoen en zijn daarmee 31,1% achtergebleven bij de laatst geldende liquiditeitsbegroting.

De financieringskasstroom kende een uitgave van € 5,3 miljoen aan rente en aflossingen.

De liquiditeitsontwikkeling heeft conform verwachting niet tot financieringsbehoefte en het aantrekken van vreemd vermogen geleid. Met het oog op de aanstaande nieuwbouw en herhuisvesting blijft de doelstelling de komende jaren om investeringsuitgaven te beperken en het saldo van lang vreemd vermogen zo veel mogelijk te verlagen.

Vermogensniveau en solvabiliteit

Het vermogensniveau wordt uitgedrukt in het eigen vermogen als percentage van de gerealiseerde omzet. Dit vermogensniveau van het Slingeland Ziekenhuis ultimo 2016 bedraagt met een eigen vermogen van € 43,3 miljoen 26% bij een norm van 20%. Het weerstandsvermogen voor mogelijke negatieve resultaten in de toekomst is daarmee ruim toereikend. De solvabiliteit (eigen vermogen ten

opzichte van het totaal vermogen) is in 2016 gegroeid naar 34,1% (2015: 29,3%). Deze ontwikkeling wordt veroorzaakt door de toevoeging van het jaarrekeningresultaat aan het eigen vermogen en door de daling van het vreemde vermogen vanwege de aflossing van langlopende leningen.

4.8 ICT-beleid

In 2016 heeft ICT vooral in het teken gestaan van de invoering van het patiëntenportaal, de daarbij behorende optimalisering van de informatiebeveiliging en de migratie van het ZIS/EPD naar HiX.

Patiëntenportaal

Samen met de medische staf, huisartsen en cliëntenraad is vorm gegeven aan de inrichting van het patiëntenportaal. Patiënten van het Slingeland Ziekenhuis kunnen hun medische gegevens voortaan inzien via de met DigiD beveiligde website Mijn Slingeland. Dit portaal biedt patiënten toegang tot online medisch dossiers met onder andere uitslagen van onderzoeken, verslagen van zorgverleners, operatieverslagen en (verwijs)brieven. Het portaal kan ook worden gebruikt om online afspraken te maken, digitaal vragenlijsten in te vullen en online contact te hebben met zorgverleners via een elektronisch consult (e-consult). Gelet op de omvang van de informatie die voor de patiënt beschikbaar komt, kan gesteld worden dat dit een unieke situatie is. Door de strenge eisen die gesteld worden aan beveiliging van het portaal is in 2016 veel aandacht besteed aan de beveiliging van de ICT infrastructuur. Zo is er een 7 x 24 uren Security Operating Center (SOC) ingericht, hebben diverse penetratietesten en een succesvolle DigiD-Audit plaatsgevonden.

Migratie HiX

Na lange tijd van voorbereiding, waarbij de herinrichting van de rechtenstructuur van het EZIS heeft plaatsgevonden heeft in het najaar de migratie naar HiX plaatsgevonden. Veel wijzigingen, waaronder ten aanzien van de add-on bekostiging zijn in de laatste maanden van 2016 doorgevoerd, voordat begin 2017 de EZIS omgeving wordt "bevroren" en wijzigingen in de inrichting niet meer mogelijk zijn.

Herinrichten patiënt registratie proces

De ponsplaatterminals zoals deze in het Slingeland Ziekenhuis gebruikt werden voor het maken van ponsplaatjes worden per 31-12-2016 niet meer ondersteund.

Dit was de aanleiding om een alternatief te onderzoeken voor het ponsplaatje, welke heeft geleid tot aanschaf en implementatie van de z.g. Logis-P connector.

Hiermee wordt het ID van een patiënt digitaal ingelezen in het EZIS en komt onder andere de foto van de patiënt in het EPD beschikbaar. Het ponsplaatje komt te vervallen en de vereiste identificerende gegevens worden op een etiket gedrukt.

Uitbreiding Schipholbord SEH

Ten behoeve van het optimaliseren van de werkprocessen op de spoedeisende hulp is het Schipholbord uitgebreid met 6 processtappen om de status van onder andere aanvragen voor onderzoeken weer te geven.

Ondersteuning Field Lab initiatieven

In 2016 zijn de projecten Sensoring kliniek, Tracking CSA en de Cortex op de polikliniek Cardiologie gestart. Vanuit ICT is hier vooral technische ondersteuning geboden zoals respectievelijk het ontsluiten van informatie uit sensoren naar servers, concepten voor inrichting RFID en koppelingen met het EPD.

Technisch

Grote ICT projecten die het afgelopen jaar hebben plaatsgevonden zijn de upgrade van het Wi-Fi netwerk, de upgrade van de Active Directory, Citrix en VMWare park.

Daarnaast is in 2016 gestart met een grootschalige vervanging van switches die tot eind 2017 doorloopt met als doel tot aan de verhuizing naar de nieuwbouw continuïteit te kunnen bieden.

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

Ambitie

De ambitie van het Slingeland Ziekenhuis is om het beste regionale ziekenhuis van Nederland te worden zodat wij maximaal bijdragen aan gezond en vitaal leven in de Achterhoek. Dit doen wij als medewerkers en medisch specialisten samen met gemeenten, inwoners en zorgpartners.

Onze bijdrage aan een gezonde en vitale regio is als volgt geformuleerd:

- Als regioziekenhuis bieden wij zorg dichtbij.
- De zorg die wij bieden, helpt de (oudere) inwoners om langer thuis te blijven wonen.
- Wij bieden een breed palet aan medisch-specialistische zorg. Wij doen dat patiëntgericht, met aandacht, kundig en veilig.
- Wij willen voordeur en vraagbaak zijn voor alle inwoners die zorgvragen hebben. Waar nodig verwijzen wij door. Hiervoor hebben wij een nauwe samenwerking met academische, topklinische en nabijgelegen regionale ziekenhuizen.
- De bestuurlijke fusie met het Streekziekenhuis Koningin Beatrix in Winterswijk versterkt de zorg voor de inwoners van de Achterhoek.
- Wij vervullen onze rol binnen de gemeenschap (community) en binnen de zorg (cure en care). Dat betekent dat wij nauw samenwerken met onze zorgpartners en met maatschappelijke instellingen in de regio. Zodat alle zorg voor de inwoners naadloos op elkaar aansluit.
- Wij fungeren als kenniscentrum voor de regio, doordat wij kennis uitdragen aan onze zorgpartners.
- Wij leveren een belangrijke bijdrage aan de werkgelegenheid in de regio, voor alle opleidingsniveaus. Goede zorgvoorzieningen in de regio maakt de regio ook interessant om er te wonen en te werken.

Fusie met SKB ziekenhuis

De fusie met het SKB ziekenhuis te Winterswijk per 1 januari 2017 is een feit . Verwacht wordt dat door de fusie beide ziekenhuizen de ontwikkelingen in de zorg beter kunnen volgen. Het wordt makkelijker om aan volume-eisen te voldoen die zorgverzekeraars stellen aan het mogen uitvoeren van bepaalde complexe behandelingen. Daarnaast is de verwachting dat doelmatiger kan worden gewerkt als bepaalde overkoepelende functies (personeelsbeleid, financiën, communicatie) worden samengevoegd.

Achter de schermen hebben al een aantal 'kwartiermakers' in 2016 hard gewerkt aan het maken van integratieplannen voor hun diensten. In 2017 stelt een volgende groep kwartiermakers een integratieplan voor de afdelingen/diensten op, te weten de Medisch Ondersteunende afdelingen als de apotheken, de laboratoria en de radiologie-afdelingen. Vervolgens zullen ook de beide facilitaire diensten onder leiding van de kwartiermaker gaan beschrijven in welke mate en op welke manier zij in 2018 geïntegreerd gaan werken ten behoeve van beide locaties. Zo zullen we vanaf 2017 stap voor stap steeds intensiever gaan samenwerken, elkaar versterken waar nodig en elkaars goede voorbeelden gebruiken ter verbetering van onze kwaliteiten.

4.11 Overzicht commissies 2016

	Zuil 1 Kwaliteit & Veiligheid	Zuil 2 Kliniek (incl. nieuwbouw)	Zuil 3 Financiën	Zuil 4 ICT	Zuil 5 Algemeen beleid & fusie	Zuil 6 Medisch specialistische zorg
Portefeuillehouder directie	Algemeen directeur	Directeur Kliniek & Facilitair bedrijf	Algemeen directeur	Algemeen directeur	Algemeen directeur	Directeur patiëntenzorg
Portefeuillehouder stafbestuur	Job Huussen George Kienstra	Barry Schenk Christian van Haselen	Pim Mooij Rutger Jansen Elvira Vermeulen (spec. in loondienst)	Barry Schenk Christian van Haselen	George Kienstra	George Kienstra
Overlegstructuur	Stuurgroep Kwaliteit & Veiligheid 1x per maand	Overlegmoment Gerton Groenendijk, Barry Schenk en Christian van Haselen 1x per maand	Overlegmoment tussen MSB bestuur - algemeen directeur 1x per maand	Stuurgroep ICT 1x per ca. 5 weken	overleg George Kienstra - algemeen directeur 1x per 2 à 3 weken	Overleg George Kienstra - Erwin Bomers 1x per maand
Commissies	MEC	OC commissie	investeringsvoorbereidings commissie (IVC)	klankbordgroep EPD	IBC/FWG commissie	oncologiecommissie
	Dossiercommissie	laparoscopie commissie	commissie (IVC)	programma ICT	stuurgroep strategie	Centrale Opleidingscommissie
	Klachtencommissie	decubitus commissie	commissie zorgregistratie	commissie informatie-beveiliging	stuurgroep fusie	programma ouderenzorg
	watercommissie	transfusiecommissie	stuurgroep zorgverkoop		stuurgroep ARTZ	platform ziekenhuispsychiatrie
	commissie BIG	antistollingscommissie			stuurgroep zorgvisie	programma vaatlijden
	commissie ICH/GCP	commissie vrijheids-beperkende maatregelen				programma oncologie
	commissie IFMS	materiaal advies commissie				commissie acute zorg (met onderdeel commissie reanimatie)
	Calamiteitencommissie/ Centrale VIM commissie	adviesgroep nieuwbouw commissie				IC commissie
	Platform Medicatie & Veiligheid	orgaan & weefsel donatie				werkgroep klinische conferentie
	Geneesmiddelencommissie	kunstcommissie				benoemingsadviescommissie (BAC)
	Commissie medische gassen	programma nieuwbouw				werkgroep klinische conferentie
	Antibiotica commissie/A-team	programma nieuwbouw				programma acute en intensieve zorg
	Sedatiecommissie	programma electieve zorg				programma Vrouw & Kind
	Commissie laserveiligheid	stuurgroep Ascon				programma faciliteren 1e lijn
	Commissie Stralingshygiëne					programma chronische zorg
	Infectiecommissie/TBC					werkgroep compagnoncurcus
	Commissie Veiligheid & Medische Technologie					
	Zirop					
	commissie necrologie					
	commissie medische verantwoordelijkheidsdeling bibliotheekcommissie					
	programma Kwaliteit & Veiligheid					
	commissie documentbeheer					
	toegankelijkheid dure medicatie					

4.12 Scoretabel externe kwaliteitsindicatoren verslagjaar 2016

Capaciteitsafdelingen			
Basisset prestatie-indicatoren IGZ	2015	gemiddelde ziekenhuizen 2015	2016
Pijn na een operatie			
percentage gestandaardiseerde pijnmetingen bij postoper.pat. op verpl afd	96,9%	93,7%	98,7%
Ziekenhuisbrede pijnmeting			
Pijnprotocol voor detectie en behandeling van pijn bij klinische <u>niet-operatieve</u> patiënten	ja		ja
Beschikbaarheid pijnservice die ook voor <u>niet-operatieve</u> patiënten wordt geraadpleegd	ja		ja
Beschikbaarheid ziekenhuisbreed registratiesysteem/EPD waarin de pijnscores worden vastgelegd	ja		ja
Ondervoeding			
Percentage kinderen gescreend op ondervoeding in de kliniek	89,3%	78,8%	86,90%
Percentage kinderen geclassificeerd als ondervoed	2,9%	6,7%	5,5%
Percentage ernstig ondervoede volwassen patiënten met adequate eiwitname op 4e opnamedag	55,8%	49,4%	50,6%
Percentage ondervoede kinderen met adequate eiwitname op 4e opnamedag	57,1%	69,4%	75,0%
Percentage screening ondervoeding pre-op onderzoek	81,6%	89,4%	79,5%
Percentage patiënten na screening geclassificeerd als ondervoed	1,5%	3,6%	1,7%
Delirium			
% afdelingen/poliklinieken waar bij meer dan 80% van de pat. van ≥70jr. een risicoscore is vastgelegd	80,0%	91,1%	90,0%
% patiënten met verhoogd risico op delirium, waarbij observatie via DOSS of CAM heeft plaatsgevonden	85,0%	80,3%	85,7%
Intensive care			
aantal kinderen dat beademd is <72 uur	3	1,2	1
totaal aantal beademingsuren van deze kinderen	14	9,53	3
deelname NICE	ja		ja
data voor MDS			nee
data voor NVIC-indicatoren			ja
complicaties in NICE			nee
Percentage bloedglucose metingen onder 2,2 mmol/l.			0,13%
mediane tijdsduur na vaststellen hypoglycemie tot hernieuwde meting			0,23 uur (14 min)
mediane tijdsduur na vaststellen hypoglycemie tot bloedglucose boven 2,2 mmol/l.			0,38 uur (23 min)
% IC-patiënten waarbij de drie sepsis screeningsvragen zijn gesteld			99,6%
aanwezigheid protocol sepsis			ja
Indicatoren Zorginstituut Nederland	2015	gemiddelde ziekenhuizen 2015	2016
Spoedzorg			
Is op uw ziekenhuislocatie 24/7 een CT inclusief CTA inzetbaar en worden deze direct aansluitend door een hiervoor bekwaam medisch specialist beoordeeld en vastgelegd in het medisch dossier?	ja		ja
Bent u een level 1 traumacentrum conform de levelcriteria van de NVT?	nee		nee
Zo ja, is er in uw traumacentrum 24/7 een traumateam beschikbaar conform de levelcriteria van de NVT?	nvt		nvt
Heeft de ziekenhuislocatie schriftelijk vastgelegde afspraken over samenwerking met ketenpartners?			ja
Zo ja, worden deze afspraken jaarlijks geëvalueerd?			ja
Verricht uw ziekenhuis PCI-procedures?			nee
Hoeveel STEMI-patiënten zijn er in het verslagjaar in uw ziekenhuis op de SEH of CCU gepresenteerd? (zelfverwijzers/huisarts/ambulancedienst)?			39
Hoeveel van deze patiënten zijn vervolgens vervoerd naar het PCI-centrum?			39

Hoeveel STEMI-patiënten zijn er in het verslagjaar in uw ziekenhuis op de SEH of CCU gepresenteerd? (zelfverwijzers/huisarts/ambulancedienst)?			39
Hoeveel van deze patiënten zijn vervolgens vervoerd naar het PCI-centrum?			39
CVA: Zijn er schriftelijk vastgelegde afspraken met neurochirurgen en interventieradiologen over overplaatsing c.q. interne afspraken m.b.t. acute behandelingen?			ja
CVA: Zijn er schriftelijk vastgelegde afspraken met de Regionale Ambulancevoorziening (RAV) over snelle verwijzing?			ja
Percentage heroperaties na interne fixatie van een collum femoris fractuur		1,9%	0,0%
Percentage heroperatie na behandeling van een collum femoris fractuur met een endoprothese		2,2%	1,3%
Percentage heroperaties van een interne fixatie van een pertrochantere fractuur		1,3%	2,2%
Is binnen de ziekenhuislocatie een behandelteam heupfractuur bestaande uit voor trauma gecertificeerd chirurg of orthopeed en klinisch geriater of internist ouderengeneeskunde beschikbaar?			ja
Aantal patiënten met een geopereerde heupfractuur per ziekenhuislocatie per jaar.			203
Aantal operaties per ziekenhuislocatie voor prothesiologie, per operateur			84
Aantal operaties per ziekenhuislocatie voor osteosynthese, per operateur			119
Is er voor patiënten met een heupfractuur in het ziekenhuis een multidisciplinair zorgpad/behandelplan?			ja
Aantal multitraumapatiënten (Injury Severity Score >15) opgevangen op de afdeling spoedeisende hulp (SEH) van de ziekenhuislocatie in het verslagjaar.			31
Percentage van alle multitraumapatiënten (Injury Severity Score >15) dat direct in het regionale traumacentrum gepresenteerd wordt.			nvt, geen traumacentrum
Is op uw ziekenhuislocatie 24/7 een operatiekamer direct beschikbaar?			ja
Zo ja, voldoet de OK voor multitraumapatiënten aan de NVT-criteria voor level 1 ziekenhuizen?			ja
Zo ja, beschikt deze OK voor RAAA-patiënten over state of the art doorlichtingsfaciliteiten (d.w.z. met high-end doorlichtingsapparatuur met subtractiemogelijkheid en roadmap)?			ja
Zijn op uw ziekenhuislocatie 24/7 een bed op de afdeling Intensive Care en een intensivist direct beschikbaar?			ja
Aantal patiënten dat een endovasculaire/open behandeling van de aorta (dus ook alle aortaoperaties binnen segment A (boog), B (descendens/suprarenaal) en C (infrarenaal), primair en redo, electief en acuut) ondergaat.			46
Is op uw ziekenhuislocatie 24/7 de mogelijkheid voor het direct uitvoeren van een acute Endovasculair Aneurysma Repair (EVAR) procedure?			ja
Percentage bevallingen in het verloskundig samenwerkingsverband (VSV) waarbij één of meerdere van de gedefinieerde adverse outcomes optraden (AOI-5).			10,6%
Overige zorgafdelingen			
Basisset prestatie-indicatoren IGZ	2015	gemiddelde ziekenhuizen 2015	2016
Medicatieproces			
elektronisch voorschrijven	alle categorieën "ja"		alle categorieën "ja"
Medicatieverificatie bij opname bij kinderen	78,4%	80,0%	86,3%
Medicatieverificatie bij opname bij volwassenen 70 jaar en ouder	99,6%	83,5%	99,7%
Medicatieverificatie bij ontslag bij kinderen	89,9%	71,0%	75,0%
Medicatieverificatie bij ontslag bij volwassenen 70 jaar en ouder	70,5%	68,5%	75,6%
Interventies (nieuw 2016)			
Time-out procedure bij vasculaire radiologische interventies			100,0%
Cardiologie			
Basisset prestatie-indicatoren IGZ	2015	gemiddelde ziekenhuizen 2015	2016
Hart en vaten STEMI			
% pat. Met STEMI-infarct dat vervoerd is naar PCI-centrum	100,0%	86,8%	100,0%
% STEMI patiënten met intake hartrevalidatie	99,0%	83,2%	98,5%
Pacemakers			
registratie belangrijke gegevens inbrengen pacemakers	ja		ja

toetsing eigen gegevens aan externe referenties	ja		ja
volume pacemakers	109	102,75	105
aantal interventies < 90 dagen voor oplossen probleem PM of ICD	2,8%	3,2%	3,8%
Atriumfibrilleren (nieuw 2016)			
% nieuwe patiënten met atriumfibrilleren waarvan een CHAD2VASC-score is vastgelegd			68,0%
Chirurgie			
Indicatoren Zorginstituut Nederland	2015	gemiddelde ziekenhuizen 2015	2016
Hernia inguinalis/Liesbreuk			
% lokale anesthesie bij open operaties	1,7%	2,7%	5,6%
aantal open operaties	241	116	214
aantal laparoscopische operaties	63	157	79
Is het mogelijk online een afspraak te maken?	nee	33% ja	nee
Varices/Spataderen			
Percentage pat. varices bij wie voorafgaand aan invasieve ingreep duplex is uitgevoerd	96,5%	99,1%	100,0%
Worden endovasculaire behandeltechnieken toegepast?	ja		ja
Welke behandeltechnieken?	alle mogelijke behalve foamsclerocompressie		alle mogelijke behalve foamsclerocompressie
VCSS-score reproduceerbaar geregistreerd?	nee		nee
Osteoporose			
% BMD (Dexa) meting 50-80 jaar bij patient met fractuur	11,9%	34,1%	11,5%
Carpale tunnel-syndroom (CTS)			
% pat. met EMG < 1 jaar voorafgaande aan ingreep	99,0%	96,3%	99,7%
% postop. diepe wondinfecties binnen 30 dagen na ingreep	0,3%	0,3%	0,3%
% postop. controle < 6 weken	98,2%	94,1%	98,3%
Galblaasverwijdering			
% heropnames na galblaasverwijdering	0,0%	2,2%	0,4%
Volume aantal galblaasverwijderingen	276	244,33	285
Spiedzorg			
Percentage heroperaties na interne fixatie van een collum femoris fractuur			0,0%
Percentage heroperatie na behandeling van een collum femoris fractuur met een endoprothese			1,3%
Percentage heroperaties van een interne fixatie van een pertrochantere fractuur			2,2%
Is binnen de ziekenhuislocatie een behandelteam heupfractuur bestaande uit voor trauma gecertificeerd chirurg of orthopeed en klinisch geriater of internist ouderengeneeskunde beschikbaar?			ja
Aantal patiënten met een geopereerde heupfractuur per ziekenhuislocatie per jaar.			203
Aantal operaties per ziekenhuislocatie voor prothesiologie			84
Aantal operaties per ziekenhuislocatie voor osteosynthese			119
Is er voor patiënten met een heupfractuur in het ziekenhuis een multidisciplinair zorgpad/behandelplan?			ja
Aantal patiënten dat een endovasculaire/open behandeling van de aorta (dus ook alle aortaoperaties binnen segment A (boog), B (descendens/suprarenaal) en C (infrarenaal), primair en redo, electief en acuut) ondergaat.			46
Basisset prestatie-indicatoren IGZ	2015	gemiddelde ziekenhuizen 2015	2016
Heupfractuur			
heroperaties na interne fixatie collum femoris fractuur	3,8%	1,9%	0,0%
heroperaties na behandeling collum femoris fractuur met endoprothese	7,9%	2,2%	1,3%
heroperaties na interne fixatie pertrochantere fractuur	0%	1,3%	2,2%
% medebehandeling/pre-operatieve beoordeling geriatrieteam bij heupfractuur 70 jr eo	57,8%	72,0%	80,3%
Wondzorg			

Uitkomst behandeling diabetische voetwonden			Over 2016 onbekend, diabetische voetwonden worden volgens TEXAS geclassificeerd. Met de invoering van HIX in juni 2017 wordt er uniform vastgelegd in gestandaardiseerde lijsten.
Oncologie			
Vast aanspreekpunt in de oncologische keten			
% patiëntendossiers borstkanker waarin het zorginhoudelijke aanspreekpunt voor de oncol. zorg is geregistreerd			100,0%
% patiënten darmkanker waarbij zorginhoudelijke aanspreekpunt oncologische zorg is geregistreerd in dossier pat.			100,0%
Borstkanker			
% patiënten mamma waarbinnen max 5 weken na PA gestart is met neo-adjuvante chemotherapie	82,6%	81,8%	100,0%
Gastro intestinaal			
% failure to rescue na colorectaal resectie		9,5%	11,5%
Hart en vaten			
volume electieve aneurysma abdominale aorta operaties	27	32,11	39
Carotischirurgie	2015	gemiddelde ziekenhuizen 2016 (DICA)	2016
% operaties >21 dagen na aanmelding bij neuroloog	7,5%	8,2%	7,3%
mediaan wachttijd tussen aanmelding neuroloog en operatie	15	11	11
% complicaties	0,0%	4,2%	2,6%
Aneurysma (DSAA)	2015	gemiddelde ziekenhuizen 2016 (DICA)	2016
Aantal patiënten dat primair electief is geopereerd.	27		39
Beschikbaarheid 24/7 interventieteam?	ja		ja
% primair electief geopereerde patiënten dat preoperatief in het MDO is besproken.	88,9%	88,3%	92,3%
Percentage primair geopereerde patiënten geregistreerd in de DSAA, waarvan de registratie volledig is.	100,0%	96,0%	97,4%
% primair electief geopereerde patiënten overleden binnen 30 dagen na operatie of in de zelfde opname	5,7%	1,8%	1,6%
% primair electief geopereerde patiënten met complicaties binnen 30 dagen na operatie of in de zelfde opname	11,3%	19,7%	10,1%
% primair electief geopereerde patiënten met een re-interventie vanwege een complicatie	1,9%	4,5%	2,9%
% primair electief geopereerde patiënten dat ongepland is heropgenomen binnen 30 dagen na ontslag	5,7%	6,3%	9,1%
Carotischirurgie (DACI)	2015	gemiddelde ziekenhuizen 2016 (DICA)	2016
Aantal patiënten	40		41
aantal endarteriecomieën	40		41
aantal stentings	0		0
% patiënten dat een carotis interventie ondergaat en geregistreerd is in de DACI, waarbij de informatie in de registratie volledig is.	100%	98,9%	100,0%
% patiënten dat een carotischirurgie onderging bij wie preoperatief sprake was van een symptomatische carotisvernauwing.	95%	97,2%	95,1%
% patiënten dat binnen 2 weken na eerste consult in de tweede lijn wordt geïntervenieerd.		78,4%	76,9%

% patiënten dat binnen 30 dagen of binnen de zelfde opname na een carotisinterventie overlijdt		1,0%	0,0%
% patiënten met een nabloeding binnen 30 dagen na een carotisinterventie		4,2%	2,4%
% patiënten met letsel hersenzenuw binnen 30 dagen na carotisinterventie		2,6%	2,5%
% patiënten met een neurologisch event binnen 30 dagen na carotisinterventie		3,4%	1,2%
% patiënten met een re-interventie ivm complicatie na carotisinterventie		4,8%	2,8%
Colorectaal carcinoom (DSCA)	2015	gemiddelde ziekenhuizen 2016 (DICA)	2016
volume colonoperaties voor carcinoom (excl dubbeltumoren)	71		74
volume rectumoperaties voor carcinoom (excl dubbeltumoren)	36		49
Percentage patiënten dat een resectie ondergaat i.v.m. een primair colon carcinoom, gediagnosticeerd in eigen centrum, met een wachttijd van < 5 weken tussen PA en enige vorm van therapie	53,3%	73,1%	71,7%
Percentage patiënten dat een resectie ondergaat i.v.m. een primair colon carcinoom, verwezen uit een ander centrum, met een wachttijd van < 5 weken tussen PA en enige vorm van therapie		56,3%	75,0%
Percentage patiënten dat een resectie ondergaat i.v.m. een primair rectum carcinoom, gediagnosticeerd in eigen centrum, met een wachttijd van < 5 weken tussen PA en enige vorm van therapie	68,8%	57,7%	73,2%
Percentage patiënten dat een resectie ondergaat i.v.m. een primair rectum carcinoom, verwezen uit een ander centrum, met een wachttijd van < 5 weken tussen PA en enige vorm van therapie		46,9%	100,0%
Percentage patiënten dat een resectie ondergaat vanwege een cT4 en/of pT4 coloncarcinoom, bij wie een microscopisch radicale resectie is verkregen		93,0%	96,3%
Percentage patiënten dat een transanale lokale excisie ondergaat vanwege een primair rectumcarcinoom, bij wie een microscopisch radicale resectie is verkregen		92,1%	noemer nul
Percentage patiënten dat een resectie ondergaat vanwege een primair rectumcarcinoom met een bekende CRM, bij wie de CRM positief is (wijziging 2016: moet gaan om primair cT1t/m3 rectumca)	0,0%	3,6%	6,5%
Percentage patiënten dat een resectie ondergaat vanwege een primair coloncarcinoom, dat een gecompliceerd beloop heeft	15,7%	14,2%	9,1%
Percentage patiënten dat een resectie ondergaat vanwege een primair rectumcarcinoom dat een gecompliceerd beloop heeft	20,8%	19,3%	19,7%
Percentage patiënten dat een electieve resectie ondergaat vanwege een primair colorectaal carcinoom bij wie failure to rescue optreedt	10,1%	9,5%	11,5%
Mammacarcinoom (NBCA)	2015	gemiddelde ziekenhuizen 2016 (DICA)	2016
A. Structuurindicatoren			
aantal nieuw gediagnosticeerde patiënten met invasief borstkanker of DCIS dat op uw ziekenhuislocatie operatief is behandeld			145
aantal nieuw gediagnosticeerde patiënten met invasief borstkanker of DCIS dat op uw ziekenhuislocatie niet chirurgisch is behandeld, maar wel systemisch is behandeld			4
Hoeveel plastisch chirurgen zijn er werkzaam op uw ziekenhuislocatie?			2
Hoeveel plastisch chirurgen op uw ziekenhuislocatie behandelen patiënten met borstkanker?			2
Maakt een plastisch chirurg onderdeel uit van het multidisciplinaire mammateam (vast of op afroep)?			ja, vast
Hoeveel radiotherapeuten zijn betrokken bij de borstkankercare in uw ziekenhuis?	4		6
Is er deelname van radiotherapeuten aan zowel het pre- als postoperatieve MDO?			ja
Wordt in uw ziekenhuislocatie gebruikt gemaakt van het PALGA-protocol mammacarcinoom?			ja
Wordt op uw ziekenhuislocatie bij alle patiënten met borstkanker de behoefte aan psychosociale zorg standaard en bij herhaling in kaart gebracht met een gevalideerd signaleringsinstrument? (bijvoorbeeld met behulp van de LAST-meter)	ja		ja
B. Proces- en uitkomstindicatoren			
algemeen			
Percentage patiënten van wie registratie volledig is en geaccordeerd door mammateam	97,5%	91,9%	89,9%
diagnostiek radiologie			
Percentage patiënten met een BI-RADS eindcategorie in de verslaglegging (norm >90%)	100,0%	99,8%	100,0%

Percentage patiënten met een MRI-mamma bij neo-adjuvante chemotherapie	100,0%	91,5%	100,0%
Percentage patiënten met een MRI-mamma bij primaire operatie	18,8%	34,5%	19,5%
diagnostiek pathologie			
Percentage patiënten bij wie er volledige pathologie verslaglegging zoals gedefinieerd is vastgelegd (norm >90%)	95,8%	99,0%	100,0%
Percentage patiënten met een HER2 positieve bepaling (HER2-positieve tumoren hebben neiging extra snel te groeien, zijn dus agressiever)	17,2%	12,4%	11,7%
Percentage patiënten met een ER positieve bepaling (ER-positieve tumoren bevatten receptoren voor het hormoon oestrogeen en reageren goed op oestrogeen-blokkerende medicijnen)	94,2%	84,8%	86,3%
Percentage patiënten met een PR positieve bepaling (PR-positieve tumoren bevatten receptoren voor het hormoon proteron en reageren goed op progesteron-blokkerende medicijnen)	67,4%	68,9%	71,0%
multidisciplinair teamoverleg (MDO)			
Percentage patiënten dat pre-behandeling is besproken in een multidisciplinair team en bij wie een digitaal verslag beschikbaar is (norm >90%)	99,4%	98,7%	99,3%
Percentage patiënten dat postoperatief is besproken in een multidisciplinair team en bij wie een digitaal verslag beschikbaar is (norm >90%)	99,4%	98,7%	100,0%
behandeling operatief			
% Irradicaliteit bij eerste mammasparende operatie voor DCIS (tumor meer dan focaal aanwezig) (norm <30%)	28,6%	16,8%	20,0%
% Irradicaliteit bij eerste mammasparende operatie voor DCIS (onbekend of tumorweefsel aanwezig is) (norm <30%)	0,0%	1,4%	0,0%
% Irradicaliteit bij eerste mammasparende operatie voor invasief mammacarcinoom (tumor meer dan focaal aanwezig) zonder neo-adjuvante therapie (norm <15%)	3,9%	2,8%	2,8%
% Irradicaliteit bij eerste mammasparende operatie voor invasief mammacarcinoom (onbekend of tumorweefsel aanwezig is) zonder neo-adjuvante therapie (norm <15%)	0,0%	0,2%	0,0%
behandeling directe reconstructie plastische chirurgie			
Percentage patiënten dat een borstcontour heeft behouden na oper behandeling (totaal b+c+d)		74,1%	64,8%
Percentage patiënten dat een borstcontour heeft behouden na oper behandeling (primair sparend)		56,1%	56,3%
Percentage patiënten dat een borstcontour heeft behouden na oper behandeling (primair sparend na neo-adjuvante chemotherapie)		8,4%	8,6%
Percentage patiënten dat een borstcontour heeft behouden na oper behandeling (primair ablatief waarna directe reconstructie)		9,5%	0,0%
Percentage patiënten met DCIS en een primaire ablatieve ingreep dat een directe reconstructie (totaal) onderging	33,3%	50,5%	0,0%
Percentage patiënten met DCIS en een primaire ablatieve ingreep dat een directe reconstructie met prothese onderging	16,7%	43,2%	0,0%
Percentage patiënten met DCIS en een primaire ablatieve ingreep dat een directe reconstructie met autoloog weefsel onderging	0,0%	3,1%	0,0%
Percentage patiënten met DCIS en een primaire ablatieve ingreep dat een directe reconstructie met een prothese en autoloog weefsel onderging	16,7%	4,2%	0,0%
Percentage patiënten met een invasief M0 mamma. en een primaire ablatieve ingreep dat een directe reconstructie (totaal) onderging	0,0%	26,9%	0,0%
Percentage patiënten met een invasief M0 mamma. en een primaire ablatieve ingreep dat een directe reconstructie met prothese onderging	0,0%	23,7%	0,0%
Percentage patiënten met een invasief M0 mamma. en een primaire ablatieve ingreep dat een directe reconstructie met autoloog weefsel onderging	0,0%	2,0%	0,0%
Percentage patiënten met een invasief M0 mamma. en een primaire ablatieve ingreep dat een directe reconstructie met een prothese en autoloog weefsel onderging	0,0%	1,2%	0,0%
behandeling radiotherapie			
Percentage patiënten met neo-adjuvante chemotherapie dat binnen 4 weken na start van deze behandeling gezien wordt door de radiotherapeut	37,5%	67,3%	60,9%
Percentage patiënten dat radiotherapie krijgt bij DCIS na borstsparende behandeling	100,0%	79,1%	75,0%
Percentage patiënten dat radiotherapie krijgt bij lokaal uitgebreid mammacarcinoom (exclusief T3N0) waarvoor ablatio mammae	100,0%	85,2%	75,0%
behandeling systemische therapie			
Percentage pat. met een invasief M0 mamma. dat geopereerd is en behandeld is met neo-adjuvante systemische therapie	13,7%	18,5%	16,6%

Percentage pat. met een invasief M0 mamma. dat geopereerd is en behandeld is met adjuvante systemische therapie (excl. Trastuzumab)	32,8%	24,2%	25,5%
Percentage pat. met een invasief M0 mamma. dat geopereerd is en behandeld is met neo-adjuvante of adjuvante systemische therapie (excl. Trastuzumab)	46,6%	42,1%	42,1%
doorlooptijden			
mediane wachttijd in dagen tussen datum biopt waarop diagnose is gesteld en start neo-adjuvante chemotherapie		25	20
% pat. met wachttijd ≤5 wk tussen diagnose en eerste operatie (exclusief directe reconstructie) (norm >90%)	90,8%	85,8%	95,1%
mediane wachttijd tussen diagnose en eerste operatie (excl dir reconstructie)		23	20
Doorlooptijd (mediaan) tussen diagnose en eerste operatie (inclusief directe reconstructie)		34	-
% pat. met wachttijd ≤5 wk tussen laatste chirurgische ingreep en start radiotherapie	47,4%	55,8%	40,5%
mediane wachttijd van laatste chirurgische ingreep tot start radiotherapie		35	37
% pat. met wachttijd ≤5 wk tussen eerste dag laatste chemotherapie kuur en start radiotherapie	-	77,9%	-
mediane wachttijd van eerste dag laatste chemotherapie tot start radiotherapie		25	-
Doorlooptijd (mediaan) tussen operatie en aanvang adjuvante chemotherapie		33	34
Doorlooptijd (mediaan) tussen radiotherapie en aanvang adjuvante chemotherapie		20	15
Longcarcinoom (DLSA)	2015	gemiddelde ziekenhuizen DICA 2016	2016
Percentage patiënten dat een operatie ondergaat in verband met een niet-kleincellig longcarcinoom en geregistreerd is in de DLSA, waarbij de informatie in de registratie volledig is	94,4%	90,7%	100,0%
Aantal nieuw met longcarcinoom gediagnosticeerde patiënten behandeld in het ziekenhuis (SONCOS)	133	nb	143
aantal patiënten dat een resectie ondergaat wegens een primair longcarcinoom	23	nb	29
aantal patiënten dat een andere thoracale chirurgische ingreep ondergaat	19	nb	33
Het aantal anatomische parenchymresecties in de vorm van een segmentresectie, lobectomie of pneumonectomie, dat is verricht op de ziekenhuislocatie voor benigne of maligne pathologie	24	nb	35
Percentage geopereerde patiënten met een niet-kleincellig longcarcinoom dat postoperatief in een multidisciplinair team (MDO) wordt besproken	83,3%	97,1%	96,0%
Percentage patiënten, dat een resectie ondergaat vanwege primair niet-kleincellig longcarcinoom, waarbij tijdens het preoperatief MDO het klinisch TNM stadium bekend is	100,0%	98,3%	100,0%
Percentage patiënten, dat een resectie ondergaat vanwege primair niet-kleincellig longcarcinoom, waarbij tijdens het postoperatief MDO het pathologisch TNM stadium bekend is	100,0%	99,3%	100,0%
% patiënten waarbij het klinisch TNM stadium overeenkomt met het pathologisch TNM	33,3%	46,9%	36,0%
Percentage patiënten, dat een electieve resectie onderging vanwege primair niet-kleincellig longcarcinoom, dat besproken is in een MDO, met een wachttijd van ≤ 21 dagen tussen het laatste MDO en de chirurgische behandeling	62,5%	65,0%	72,0%
Percentage patiënten dat binnen 30 dagen of binnen de zelfde ziekenhuisopname na resectie vanwege een niet-kleincellig longcarcinoom is overleden (berekend over 2 jaren).	0,0%	2,3%	1,9%
Percentage patiënten waarbij een gecompliceerd beloop na resectie vanwege een primair niet-kleincellig longcarcinoom is opgetreden (berekend over 2 jaren)	6,9%	15,6%	8,7%
Percentage patiënten dat een resectie ondergaat vanwege een primair niet-kleincellig longcarcinoom, waarbij er sprake is van een irradicale resectie (berekend over 2 jaren)	0,0%	6,2%	0,0%
Dermatologie			
Indicatoren Zorginstituut Nederland	2015	gemiddelde ziekenhuizen (SAZ) 2015	2016
Constitutioneel eczeem			
Rechtstreekse toegang tot dermatoloog of verpleegkundige bij verergering klachten?	ja	ja	ja
Schrijftelijke werkafspraken mbt rechtstreekse toegang?	ja	ja	ja
Aantal pat. behandeld met systemische immunosuppressiva	10-50 pat.p.jr.		10-50 pat.p.jr.
Worden patiënten met constitutioneel eczeem op uw ziekenhuislocatie behandeld door een vast multidisciplinair team?	nee	85% ja	nee
Is er een gespecialiseerd verpleegkundige of een verpleegkundig specialist betrokken in het behandeltraject van een patiënt met constitutioneel eczeem?	nee	81% ja	nee

uitvoering (dubbelblinde) voedselprovocaties	nee	64% ja	nee
Psoriasis			
% pat. behandeld met lichttherapie	31,8%	25,1%	31,5%
% pat. behandeld met biologicals	2,5%	6,3%	3,3%
Volume aantal patiënten	446	468	394
Wordt de uitleg aan patiënten met psoriasis ondersteund door beeldmateriaal: filmpjes of videomateriaal	nee	20% ja	nee
Is het mogelijk om online een afspraak te maken?	nee	35% ja	nee
Melanoom			
Patiënten met een stadium IIIc en/of stadium IV melanoom worden standaard overlegd en/of verwezen naar een hiervoor geregistreerd ziekenhuis in uw regio	ja		ja
Aantal chirurgen met aantoonbare ervaring schildwachtklierprocedure; melanoomspecifiek	5		5
Wordt in uw ziekenhuis standaard verwezen naar informatie over Stichting melanoom?	ja		ja
Wordt in uw ziekenhuis het "zorgpad melanoom" gepubliceerd op het intranet/EPD van het ziekenhuis	ja		ja
Is er in uw ziekenhuis een patiëntenversie van het 'zorgpad melanoom' welke op de website van het ziekenhuis wordt gepubliceerd?	ja		ja
Geriatricie			
Indicatoren Zorginstituut Nederland	2015	gemiddelde ziekenhuizen (SAZ) 2015	2016
Dementie			
Aanwezigheid MDO dementie	ja		ja
frequentie MDO	1 x p week		2 x per week
aantal min p patiënt voor uitslaggesprek geriater/neuroloog	30	75	30
Wordt de uitleg aan (mantelzorgers van) patiënten met dementie ondersteund door beeldmateriaal: foto's en plaatjes	nee	72% ja	nee
Basisset prestatie-indicatoren IGZ	2015	gemiddelde ziekenhuizen 2015	2016
Heupfractuur			
% medebehandeling/pre-operatieve beoordeling geriatrieteam bij heupfractuur 70 jr eo	57,8%	74,5%	80,3%
Kwetsbare groepen			
% geriatrische pat. met 1e bezoek geriatrische poli of dagkliniek, waarbij gevalideerd screeningsinstrument voor vaststellen ondervoeding is gebruikt	91,9%	87,5%	97,1%
% pat. met electieve colonchirurgie, gescreend met gevalideerd instrument voor kwetsbaarheid	98,5%	93,0%	98,6%
% als kwetsbaar beoordeelde pat. met electieve colonchirurgie dat pre-operatief is beoordeeld door een geriater/internist ouderengeneeskunde.	100,0%	51,4%	84,2%
Gynaecologie			
Indicatoren Zorginstituut Nederland	2015	gemiddelde ziekenhuizen (SAZ) 2015	2016
Baarmoederhalsafwijking (CIN)			
% pat. behandeld voor CIN dmv cervix exconisatie	1,3%	2,3%	0,0%
% behandelde pat. voor CIN 2-3 met normale cervixcytologie 3-9 maanden na behandeling	92,3%	85,0%	93,2%
Spoedzorg geboortezorg (nieuw 2016)			
% bevallingen in VSV waarbij 1 of meerdere van de gedefinieerde adverse outcomes optraden.			10,6%
Zwangerschap en bevalling			
Verloskundig samenwerkingsverband	ja	ja	ja
% primaire sectio's bij a terme nullipara met eenling in hoofdligging, 2016 gepland en ongepland	0,5%	1,3%	12,7%
VOKS-percentiel primaire sectio's	8	44	47
epidurale analgesie	38%	30,7%	38,3%
Basisset prestatie-indicatoren IGZ	2015	gemiddelde ziekenhuizen 2015	2016
Verloskunde			

% spontane partus NTSV-groep - verwezen naar 2e lijn vóór start bevalling	67,4%	62,2%	64,0%
	62,4%	62,3%	66,2%
% spontane partus NTSV-groep - verwezen naar 2e lijn tijdens ontsluiting of uitdrijving			
% spontane partus NTSV-groep - totaal	65,1%	62,2%	65,1%
Interne geneeskunde			
Indicatoren Zorginstituut Nederland	2015	gemiddelde ziekenhuizen (SAZ) 2015	2016
Diabetes			
Laboratorium jaarcontrole:			
HbA1c	97,8%	96,3%	98,3%
kreatinine	93,9%	95,6%	91,5%
microalbumine	83,9%	83,3%	97,6%
cholesterol	86,0%	87,6%	92,8%
HDL-cholesterol	85,9%	86,4%	92,8%
Bloeddruk gemeten	99,5%	97,8%	99,7%
Voetzorg	86,0%	88,6%	91,9%
Osteoporose			
% BMD (Dexa) meting 50-80 jaar bij patient met fractuur	11,9%	34,1%	11,5%
Chronische nierschade			
% pat met gemid ureum/kreatinineklaring > 15 ml bij start dialyse	0,0%	0,0%	0,0%
% pat. waarbij < 6 maanden na start dialyse de transplantatiestatus bekend is	100,0%	90,1%	100,0%
% pat. met werkzame dialysetoegang na > 6 mnd. behand. op predialysepoli	100,0%	80,3%	100,0%
Aantal pre-emptieve transplantaties	0	1,9	3
Aantal chronische dialysepat.	89	87	80
Aantal PD pat.	13	14	12
Aantal HD pat.	80	82	68
Aantal thuis HD patiënten	7	4	5
Basisset prestatie-indicatoren IGZ	2015	gemiddelde ziekenhuizen 2015	2016
Vast aanspreekpunt in de oncologische keten (nieuw 2016)			
% patiënten darmkanker waarbij zorginhoudelijke aanspreekpunt oncologische zorg is geregistreerd in dossier pat.			100,0%
Kindergeneeskunde			
Basisset prestatie-indicatoren IGZ	2015	gemiddelde ziekenhuizen 2015	2016
Medebehandeling bij kinderen (nieuw 2016)			
Aanwezigheid schriftelijke afspraken over medebehandeling kinderarts bij opgenomen kinderen door niet-kinderarts			ja
% voor interne problematiek behandelde kinderen waar de kinderarts hoofdbehandelaar is			92,3%
% voor interne problematiek behandelde kinderen waar de kinderarts medehandelaar is			7,7%
aanwezigheid schriftelijke afspraken over indicaties voor hoofdbehandelaarschap en medebehandeling door kinderarts bij kinderen van 16 tot 18 jaar met interne problematiek.			Nee, maar kinderen vanaf 16 jaar worden als volwassen patiënten benaderd en direct verwezen naar het betreffende specialisme. Het is ter beoordeling aan de betreffende specialist al dan niet een collega kinderarts te raadplegen.
Ondervoeding			
Percentage kinderen gescreend op ondervoeding in de kliniek	89,3%	78,8%	86,90%

Percentage kinderen geclassificeerd als ondervoed	2,9%	6,7%	5,5%
Percentage ondervoede kinderen met adequate eiwitname op 4e opnamedag	57,1%	69,4%	75,0%
Medicatieproces			
Medicatieverificatie bij opname bij kinderen	78,4%	80,0%	86,3%
Medicatieverificatie bij ontslag bij kinderen	89,9%	71,0%	75,0%
Indicatoren Zorginstituut Nederland	2015	gemiddelde ziekenhuizen (SAZ) 2015	2016
Diabetes			
HbA1c kinderen =< 18 jr waarde < 58 mmol/mol	25,4%	32,8%	20,8%
HbA1c kinderen > 18 jr waarde < 58 mmol/mol	26,7%	22,6%	35,7%
HbA1c kinderen =< 18 jr waarde > 86 mmol/mol	10,2%	8,6%	5,7%
HbA1c kinderen > 18 jr waarde > 86 mmol/mol	13,3%	14,8%	28,6%
aantal diabetes gerelateerde acute opnames	2	5,2	2
aantal kinderen = < 18 jr acuut opgenomen	2	4,7	1
aantal kinderen > 18 jr acuut opgenomen	0	0,1	1
aantal kinderartsen in kinderdiabetesteam	3	nb	3
aantal door diabetesteam behandelde kinderen en adolescenten	74	67,5	67
KNO			
Basisset prestatie-indicatoren IGZ	2015	gemiddelde ziekenhuizen 2015	2016
ZATT			
implementatie ZATT richtlijn (indicatie (adeno-)tonsillectomie)	ja		ja
Indicatoren Zorginstituut Nederland	2015	gemiddelde ziekenhuizen 2015	2016
Ziekten van Adenoïd en Tonsillen (nieuw 2016)			
Percentage patiënten bij wie een (adeno)tonsillectomie heeft plaatsgevonden en dat binnen 14 dagen na de ingreep een heroperatie heeft ondergaan ten gevolge van een nabloeding			0,7%
Percentage patiënten bij wie een (adeno)tonsillectomie heeft plaatsgevonden en dat op een anesthesiologische polikliniek preoperatief beoordeeld is.			100,0%
Longziekten			
Basisset prestatie-indicatoren IGZ	2015	gemiddelde ziekenhuizen 2015	2016
Infectieziekten			
Pneumonie: toediening antibiotica binnen 4 uur na opname voor Community Acquired pneumonia (CAP)	100,0%	96,5%	100,0%
Longcarcinoom (nieuw 2016)			
% geregistreerde pat. In DLCA-L			1,5% De registratie in DLCA-L is eind december 2016 gestart. Vandaar dat er maar 2 patiënten zijn ingevoerd.
Indicatoren Zorginstituut Nederland	2015	gemiddelde ziekenhuizen 2015	2016
Aantal nieuw met longcarcinoom gediagnosticeerde patiënten behandeld in het ziekenhuis (SONCOS)	133	nb	143
Wie is op uw ziekenhuislocatie het vaste aanspreekpunt voor de patiënt met longcarcinoom?	case-manager		case-manager
MDL			
Basisset prestatie-indicatoren IGZ	2015	gemiddelde ziekenhuizen 2015	2016

Maag-darm-lever			
% endoscopieën waarbij TOP volledig is uitgevoerd	100,0%	98,0%	100,0%
% ERCP's ingevoerd in de kwaliteitsregistratie		45,4%	100,0%
Indicatoren Zorginstituut Nederland	2015	gemiddelde ziekenhuizen 2015	2016
IBD			
Krijgt de patiënt met IBD een telefoonnummer mee op papier of digitaal waarop hij tijdens avond, nacht en weekend voor dringende vragen een zorgverlener kan bereiken?		65% ja	Ja, en de patiënt krijgt meteen iemand aan de lijn
Krijgt de patiënt met IBD een e-mailadres mee op papier of digitaal waar hij vragen naar toe kan mailen die op werkdagen binnen 24 uur beantwoord worden?		78% ja	Nee, de patiënt krijgt wel een e-mailadres mee op papier, maar de antwoordtermijn is langer dan 24 uur
Worden patiënten besproken in MDO?	nee		ja
Slokdarm/maag carcinoom			
aantal nieuwe patiënten slokdarm carcinoom			24
aantal nieuwe patiënten maagcarcinoom			10
Niet chirurgische behandelmethoden voor patiënten met een slokdarm- of maagcarcinoom			
- Chemotherapie	ja		ja
- Radiotherapie	nee		nee
- Chemoradiotherapie	nee		nee
- Plaatsen van een stent	ja		ja
- Targeted therapie	ja		ja
aanwezigheid wekelijks MDO voor slokdarm en maag ca.	ja		ja
Is er een samenwerkingsovereenkomst met één of meerdere referentiecentra voor consultatie waarin onderlinge afspraken zijn vastgelegd?	ja		ja
Is er de mogelijkheid tot wekelijkse consultatie van een vertegenwoordiger van het referentiecentrum bij dit multidisciplinaire overleg?	ja		ja
Aantal geregistreerde MDL artsen met ervaring in interventie scopieën.	4		4
Standaard aanbod van psychosociale zorg aan patiënten met een oncologische aandoening.	ja		ja
Wordt er op uw ziekenhuislocatie bij patiënten met een maagcarcinoom standaard onderzocht of er een indicatie is voor onderzoek naar een erfelijk gen dat maagcarcinoom kan veroorzaken?	ja		ja
Krijgen familieleden van de patiënt met een maagcarcinoom waarbij mogelijk sprake is van een erfelijke aanleg, op uw ziekenhuislocatie standaard een screening aangeboden op de aanwezigheid van maagcarcinoom?	ja		ja
Neurochirurgie			
Indicatoren Zorginstituut Nederland	2015	gemiddelde ziekenhuizen 2015	2016
Lage rug hernia en stenose (nieuw 2016)			
percentage patiënten geregistreerd in DSSR bij wie informatie in de registratie volledig is			0% Het SZ neemt niet deel aan DSSR
Neurologie			
Indicatoren Zorginstituut Nederland	2015	gemiddelde ziekenhuizen 2015	2016
Hoofdpijn			
Wordt een kind, op verdenking van migraine, standaard gezien door een neuroloog op uw ziekenhuislocatie?	nee	61% ja	nee

Basisset prestatie-indicatoren IGZ	2015	gemiddelde ziekenhuizen 2015	2016
Parkinson (nieuw 2016)			
% Parkinson patiënten dat is geregistreerd in DPIA			25,0%
CVA (CVAB)	2015	gemiddelde ziekenhuizen DICA 2016	2016
percentage nieuwe pat. met een TIA of CVA t.o.v. vorig jaar	146%	103,0%	107,6%
aantal klinisch opgenomen pat. met CVA	452		468
aantal poliklinisch behandelde pat. met CVA	0		0
aantal klinisch opgenomen pat. met TIA	145		280
aantal poliklinisch behandelde pat. met TIA	0		0
Aantal uitgevoerde intra-arteriële behandelingen			-
Deur-tot-naald tijd (mediaan) van het totaal aantal getromboliseerde patiënten met infarct	27	25	28
Deur-tot-naald tijd (mediaan) van het totaal aantal getromboliseerde patiënten met infarct dat tijdens de avonden, nachten en in het weekend aankomt op SEH	26	26	27
Deur-tot-naald tijd (mediaan) van het totaal aantal getromboliseerde patiënten met infarct dat overdag doordeweeks aankomt op SEH	28	25	31
Mediane begin-tot-deur tijd in minuten van het totaal aantal klinisch opgenomen CVA patiënten die niet deelnemen aan de MrClean-registratiestudie			80
Mediane begin-tot-deur tijd in minuten van het totaal aantal klinisch opgenomen patiënten met een herseninfarct die niet deelnemen aan de MrClean-registratiestudie	73	173	83
Mediane begin-tot-deur tijd in minuten van het totaal aantal klinisch opgenomen patiënten met een intracerebrale bloeding die niet deelnemen aan de MrClean-registratiestudie			51
Het percentage klinisch opgenomen patiënten dat intraveneuze behandeling (trombolysie) onderging (geen deelname Mr Clean registratiestudie)	22,2%	19,9%	17,7%
Het percentage klinisch opgenomen patiënten dat intraveneuze behandeling (trombolysie) onderging (geen deelname Mr Clean registratiestudie) tijdens avond nacht weekend	28,7%	23,4%	19,9%
Het percentage klinisch opgenomen patiënten dat intraveneuze behandeling (trombolysie) onderging (geen deelname Mr Clean registratiestudie) overdag doordeweeks	17,2%	18,3%	16,3%
Aantal dagen (mediaan) dat een CVA patiënt, ontslagen naar huis of vervolginstelling, verblijft in het ziekenhuis.	6	5	2
Aantal dagen (mediaan) dat een CVA patiënt, ontslagen naar een ander ziekenhuis, verblijft in het ziekenhuis.	3	1	1
Percentage klin opgenomen CVA patiënten waarbij mRS 3 maanden na ontstaan beroerte is geregistreerd		50,9%	48,0%
Percentage klin opgenomen CVA patiënten die niet mee wenste te werken bij registreren mRS 3 maanden na ontstaan beroerte		0,5%	0,3%
Percentage klin opgenomen CVA patiënten waarbij mRS 3 maanden na ontstaan beroerte onbekend is		48,5%	51,7%
Parkinson (DPIA) (nieuw 2016)	2015	gemiddelde ziekenhuizen DICA 2016	2016
Percentage patiënten geregistreerd in de DPIA, waarbij de informatie volledig is		95,0%	98,5%
Percentage patiënten ziekte duur fase 1 (0-5 jr na diagnose)		59,4%	59,1%
Percentage patiënten ziekte duur fase 2 (5-10 jr na diagnose)		24,2%	21,2%
Percentage patiënten ziekte duur fase 3 (10 jr en verder)		16,3%	19,7%
% patiënten met ziekte duur fase 1 (0-5 jaar na diagnose), met minimaal 1x per jaar email en/of telefonisch contact en/of een thuisconsult met een parkinsonverpleegkundige		56,2%	28,2%
% patiënten met ziekte duur fase 2 (5-10 jr na diagnose), met minimaal 1x per jaar email en/of telefonisch contact en/of een thuisconsult met een parkinsonverpleegkundige		57,2%	64,3%
% patiënten met ziekte duur fase 3 (10 jr en verder), met minimaal 1x per jaar email en/of telefonisch contact en/of een thuisconsult met een parkinsonverpleegkundige		58,6%	38,5%
% patiënten dat complexe behandeling met DBS ondergaat		4,4%	0,0%
% patiënten dat complexe behandeling met duodopa ondergaat		2,4%	0,0%
% patiënten dat complexe behandeling met apomorfine ondergaat		1,0%	0,0%
% patiënten met ziekte duur fase 1, die een heupfractuur heeft opgelopen		0,2%	0,0%

% patiënten met ziekte duur fase 2, die een heupfractuur heeft opgelopen		0,4%	0,0%
% patiënten met ziekte duur fase 3, die een heupfractuur heeft opgelopen		0,5%	0,0%
% patiënten met ziekte duur fase 1, die een valaccident met letsel heeft gehad		2,1%	7,7%
% patiënten met ziekte duur fase 2, die een valaccident met letsel heeft gehad		3,9%	0,0%
% patiënten met ziekte duur fase 3, die een valaccident met letsel heeft gehad		5,9%	0,0%
Percentage patiënten met een ziekenhuisopname		3,2%	6,1%
Operatiekamers			
Basisset prestatie-indicatoren IGZ	2015	gemiddelde ziekenhuizen 2015	2016
Operaties			
% operaties waarbij antibioticap[rofylaxe is gegeven	99,6%	98,0%	99,8%
% tijdige peroperatieve antibiotica profylaxe	96,6%	93,5%	94,3%
Oogheelkunde			
Indicatoren Zorginstituut Nederland	2015	gemiddelde ziekenhuizen (SAZ) 2015	2016
Cataract/Staaroperaties			
Deelname kwaliteitsregistratie cataract NOG	ja		ja
% ingrepen volledig ingevoerd in kwaliteitsregistratie	100,0%	95,6%	100%
% patiënten geopereerd aan beide ogen met 2 weken tussen de operaties	99,7%	91,7%	99,4%
% patiënten geopereerd aan beide ogen binnen 12 maanden	50,7%	54,7%	51,8%
Wordt PROM CatQuest uitgevoerd?	ja, hiermee is gestart eind 2015.		ja
% patiënten dat PROM Catquest pre-operatief heeft ingevuld			9,4%
% patiënten dat PROM Catquest post-operatief heeft ingevuld			3,1%
% patiënten dat na de cataractoperatie minstens 1 regel visuswinst behaald heeft			91,3%
% patiënten dat na 4-6 weken binnen 1 dioptrie op hun beoogde refractie is uitgekomen			94,8%
Orthopedie			
Indicatoren Zorginstituut Nederland	2015	gemiddelde ziekenhuizen (SAZ) 2015	2016
Meniscus en voorste kruisband			
Aantal voorste kruisband reconstructies	55	48	64
Artroscopie bij patiënten boven de 55 jaar Terughoudendheid bij artroscopie is geboden!	27,2%	35,8%	26,8%
% heroperaties aan zelfde knie < 1 jr. na artroscopie	2,0%	3,3%	1,0%
Biedt uw ziekenhuislocatie de volgende verdovingsmethoden aan bij operaties aan de meniscuslaesie en/of voorste kruisbandlaesie? Lokale verdoving	nee		nee
Spoedzorg			
Percentage heroperaties na interne fixatie van een collum femoris fractuur			0,0%
Percentage heroperatie na behandeling van een collum femoris fractuur met een endoprothese			1,3%
Percentage heroperaties van een interne fixatie van een pertrochantere fractuur			2,2%
Is binnen de ziekenhuislocatie een behandelteam heupfractuur bestaande uit voor trauma gecertificeerd chirurg of orthopeed en klinisch geriater of internist ouderengeneeskunde beschikbaar?			ja
Aantal patiënten met een geopereerde heupfractuur per ziekenhuislocatie per jaar.			203
Aantal operaties per ziekenhuislocatie voor prothesiologie, per operateur			84
Aantal operaties per ziekenhuislocatie voor osteosynthese, per operateur			119
Is er voor patiënten met een heupfractuur in het ziekenhuis een multidisciplinair zorgpad/behandelplan?			ja
Heupprothese (LROI)	2015	gemiddelde ziekenhuizen (SAZ) 2015	2016
Volume THP	297		285
volume KHP	18		21
Aantal heuprevisie ingrepen met totale vervanging van de primaire prothese behandeld als gevolg van een infectie of verdenking op infectie in het ziekenhuis.	0		1

Aantal heuprevisie ingrepen met gedeeltelijke vervanging van de primaire prothese behandeld als gevolg van een infectie of verdenking op infectie in het ziekenhuis.	4		10
heuprevisies als gevolg van een infectie of verdenking op infectie met verwijdering prothese zonder directe terugplaatsing	1		3
heuprevisies niet als gevolg van een infectie of verdenking op infectie met totale vervanging van prothese	7		8
heuprevisies niet als gevolg van een infectie of verdenking op infectie met gedeeltelijke vervanging van prothese	16		14
heuprevisies niet als gevolg van een infectie of verdenking op infectie met verwijdering prothese zonder directe terugplaatsing	0		0
Percentage acetabulumcups categorie 1A	100%	60,2%	100,0%
Percentage acetabulumcups categorie 1B	0%	36,4%	0,0%
Percentage acetabulumcups categorie overig	0%	3,4%	0,0%
Percentage femurcomponenten categorie 1A	99,2%	81,4%	100,0%
Percentage femurcomponenten categorie 1B	0,0%	15,6%	0,0%
Percentage femurcomponenten categorie overige	0,8%	3,1%	0,0%
Percentage diepe wondinfecties binnen 90 dagen	2,02%	0,7%	1,5%
Aantal orthopedisch chirurgen dat heuprevisiechirurgie uitvoert	6		4
Aantal orthopedisch chirurgen dat primaire THP plaatst	6		4
Afspraken op één dag	nee		nee
Gebruik van Decision-aid bij THP	ja		ja
revisie binnen 1 jaar			0,7%
Volledigheid registratie LROI	99,30%	95,7%	100%
responspercentage PROM's	72,7%	39,0%	82,1%
Knievervanging (LROI)			
Volume TKP	209		239
Volume UKP			10
knierevisies met totale vervanging tgv infectie	0		2
knierevisies met gedeeltelijke vervanging tgv infectie	0		1
knierevisies met verwijdering prothese zonder directe terugplaatsing tgv infectie	1		1
knierevisies met totale vervanging zonder infectie	6		9
knierevisies met gedeeltelijke vervanging zonder infectie	7		7
knierevisies met verwijdering prothese zonder directe terugplaatsing zonder infectie	0		0
Type geplaatste TKP's	192		NexGen 236
Percentage diepe wondinfecties binnen 90 dagen	0,52%	0,6%	0,0%
Aantal orthopedisch chirurgen dat knierevisiechirurgie uitvoert	3		3
Aantal orthopedisch chirurgen dat primaire TKP plaatst	5		4
Afspraken op één dag: konden alle voorbereidende onderzoeken plaatsvinden op één dag?	nee		nee
Gebruik van Decision-aid	ja		ja
respons percentage PROMs			82,2%
Percentage revisie binnen 1 jaar			0,5%
Volledigheid registratie LROI	99,5%	95,3%	100,0%
Basisset prestatie-indicatoren IGZ	2015	gemiddelde ziekenhuizen 2015	2016
Heupfractuur			
heroperaties na interne fixatie collum femoris fractuur	3,8%	1,9%	0,0%
heroperaties na behandeling collum femoris fractuur met endoprothese	7,9%	2,2%	1,3%
heroperaties na interne fixatie pertrochantere fractuur	0%	1,3%	2,2%
% pre-operatieve beoordeling geriatrieteam bij heupfractuur 70 jr eo	57,8%	72,0%	80,3%
Certificering orthopedisch chirurg-traumatoloog			
certificering orthopedisch chirurg-traumatoloog	ja		ja
aantal gecertificeerde orthopedisch chirurg-traumatologen	2		2
Plastische chirurgie			
Indicatoren Zorginstituut Nederland	2015	gemiddelde ziekenhuizen (SAZ) 2015	2016
Carpale tunnel-syndroom (CTS)			
% pat. met EMG <6 mnd. voorafgaande aan ingreep	99,0%	96,3%	99,7%
% postop. diepe wondinfecties binnen 30 dagen na ingreep	0,3%	0,3%	0,3%
% postop. controle < 6 weken	98,2%	94,1%	98,3%

Basisset prestatie-indicatoren IGZ	2015	gemiddelde ziekenhuizen 2015	2016
Borstimplantaten			
% geëxplanteerde prothesen/expanders < 60 dagen na primaire reconstructies (= plaatsing van expanders of prothesen in zelfde operatie als verwijderen borst (excl. cosmetische augmentaties))			nvt
% geëxplanteerde prothesen/expanders < 60 dagen na secundaire reconstructies (= plaatsing van expanders of prothesen in tweede, separate operatie van die van verwijderen borst (excl. cosmetische augmentaties))			nvt
% geëxplanteerde prothesen/expanders < 60 dagen na reconstructies (= wissel van tissue expander naar def prothese of wisseling van prothese naar nieuwe prothese voor andere indicaties (excl cosmetische augmentaties))			nvt
deelname DIBR: % volledig geregistreerde borstprothesen en expanders in DIBR			71,0%
deelname DIBR: % volledig geregistreerde explantaties van alle borstprothesen en expanders voor chirurgie in de mamma			22,2%
Urologie			
Basisset prestatie-indicatoren IGZ	2015	gemiddelde ziekenhuizen 2015	2016
Oncologie			
% patiënten met een spierinvasief blaascarcinoom, die voor behandeling in MDO zijn besproken	100%	98,0%	92,3%
Indicatoren Zorginstituut Nederland			
Blaascarcinoom			
% patiënten die cystectomie ondergaan, die voor behandeling in MDO zijn besproken	100%	98,0%	92,3%
De behoefte aan psychosociale zorg wordt standaard eenmalig gescreend bij iedere patiënt met blaaskanker, bij voorkeur met de lastmeter	ja		ja
Hoeveel minuten worden er per patiënt met een blaascarcinoom voor het eerste consult ingepland bij de uroloog op uw ziekenhuislocatie?	10	18,5	10
Binnen welke max. termijn (in dagen) vindt uitvoering cystectomie plaats na verwijzing TUR blaas volgens het zorgpad?	45	29	40 vanaf MDO PA uitslag
Overige			
Basisset prestatie-indicatoren IGZ	2015	gemiddelde ziekenhuizen 2015	2016
Algemeen kwaliteitsbeleid			
% deelname jaargesprek	nee	86,3%	nee
% deelname IFMS gesprek	93,5%	77,3%	81,6%
regeling mogelijk disfunctioneren specialisten	ja		ja
Onverwacht lange opnameduur /heropnamen			
% patiënten met opnameduur 50% hoger dan verwacht	11,4%	13,6%	n nb
% heropnamen (nieuw 2016)			n nb