
Slingeland
Ziekenhuis



Jaardocument
Slingeland Ziekenhuis
2014

Deel I Maatschappelijk Verslag

Vastgesteld in directievergadering d.d. 1-5-2015
Goedgekeurd in raad van toezicht vergadering d.d. 19-5-2015

Inhoudsopgave

1. VOORWOORD.....	3
2. PROFIEL VAN DE ORGANISATIE.....	5
2.1 ALGEMENE IDENTIFICATIEGEGEVENS.....	5
2.2 STRUCTUUR VAN HET CONCERN.....	5
2.3 KERNGEGEVENS.....	6
2.3.1 Kernactiviteiten en nadere typering.....	6
2.3.2 Capaciteit, personeel, productie.....	7
2.3.3 Werkgebieden.....	8
2.4 SAMENWERKINGSRELATIES.....	8
3. BESTUUR, TOEZICHT EN BEDRIJFSVOERING.....	10
3.1 BESTUUR EN TOEZICHT.....	10
3.1.1 Zorgbrede Governance Code.....	10
3.1.2 Raad van Bestuur.....	10
3.1.3 Toezichthouders (Raad van Toezicht/Raad van Commissarissen).....	11
3.2 BEDRIJFSVOERING.....	14
3.3 VERSLAG VAN DE CLIËNTENRAAD.....	15
3.4 VERSLAG VAN DE ONDERNEMINGSRAAD.....	17
3.5 VERSLAG VAN BESTUUR VAN DE VERENIGING MEDISCHE STAF.....	18
4. BELEID, INSPANNINGEN EN PRESTATIES.....	21
4.1 MEERJARENBELEID.....	21
4.2 JAARPLAN 2014.....	22
4.3 ALGEMEEN KWALITEITSBELEID.....	24
4.4 KWALITEITSBELEID TEN AANZIEN VAN PATIËNTEN/CLIËNTEN.....	25
4.4.1 Kwaliteit van zorg.....	25
4.4.2 Klachten.....	27
4.4.3 Toegankelijkheid.....	31
4.4.4 Activiteiten kwaliteit en veiligheid.....	31
4.4.5 Veilig Incidenten Melden.....	32
4.5 KWALITEIT TEN AANZIEN VAN MEDEWERKERS.....	34
4.5.1 Personeelsbeleid.....	34
4.5.2 Kwaliteit van het werk.....	35
4.5.3 Veiligheid van het werk.....	36
4.6 SAMENLEVING.....	40
4.7 FINANCIËEL BELEID.....	41
4.8 ICT-BELEID.....	42
4.9 COMMISSIES & ADVIESORGANEN.....	42
4.10 TOEKOMSTIG BELEID.....	42
4.11 OVERZICHT COMMISSIES 2014.....	44

1. Voorwoord

Dit jaarverslag beschrijft de activiteiten en resultaten van het Slingeland Ziekenhuis over het jaar 2014. In het voorwoord hebben we de belangrijkste zaken voor u samengevat.

Strategisch

Het Slingeland Ziekenhuis heeft de keuze gemaakt om een nieuw ziekenhuis te realiseren. Uiterlijk 2022 moet de nieuwbouw in gebruik worden genomen. Het jaar 2014 heeft in het teken gestaan van het verder verkennen van de ontwikkeling van zorg en de impact op het ziekenhuis. Daarnaast zijn met de gemeente eerste stappen gezet voor grondverwerving en wijziging van de bestemming van de A18 afslag Oost locatie.

Met de ziekenhuizen in Arnhem en Ede is de samenwerking verder uitgewerkt. Inmiddels is dit samenwerkingsverband bekend onder de naam A.R.T.Z. Binnen dit verband wordt gewerkt aan het realiseren van één oncologisch centrum, dat op de drie ziekenhuislocaties werkzaam zal zijn. Uitgangspunt daarbij is: decentraal, wat kan om de toegankelijkheid voor patiënten zo goed mogelijk te borgen en centraal, wat is uit het oogpunt van kwaliteit en veiligheid gewenst.

De overgang naar DOT roept steeds weer nieuwe vragen op. In de eerste helft werd duidelijk dat de omzetsbepaling van ziekenhuizen zodanig complex is, dat regels nader geduid zijn en onderzoek heeft plaatsgevonden over de jaren 2012 en 2013. Dit heeft eveneens gemaakt dat de jaarrekening 2013 pas in december 2014 is opgeleverd en door de Raad van Toezicht kon worden goedgekeurd.

De onderhandelingen met zorgverzekeraars intensiveren en het ziekenhuis is met het wegvallen van de transitie voor het overgrote deel van haar opbrengsten afhankelijk van de overeenkomsten die met zorgverzekeraars worden gesloten. De onderhandelingen voor 2015 zijn daarbij moeizaam verlopen maar uiteindelijk wel tot goede afronding gekomen.

Resultaten 2014

Het Slingeland Ziekenhuis heeft in het jaar 2014 een netto positief resultaat van € 1.577.000 gerealiseerd. Dit resultaat is het gevolg van enerzijds een goed operationeel resultaat en enkele incidentele meevallers met belastingen, rentelasten en afschrijvingslasten. Daarnaast heeft het Slingeland Ziekenhuis incidentele kosten in verband met renovatie van OK's (€ 2,6 miljoen) en de personele consequenties van de introductie van het EPD (€ 0,7 miljoen). Het financieel resultaat is in 2014 lager dan begroot. Dit wordt voornamelijk veroorzaakt door de kosten van de tijdelijke O.K. (€ 2,6 miljoen) en personele voorzieningen (€ 1,2 miljoen). Met het resultaat 2014 heeft het Slingeland Ziekenhuis haar financieel gezonde positie (BDO: 3^e plek meest gezonde instellingen 2013) verder versterkt.

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

Aan de beleving van zorg heeft het Slingeland Ziekenhuis de afgelopen jaren hard gewerkt. De PAK – Campagne (patiëntgericht, aandachtig en betrokken, kundig en veilig) is na 2 jaar succesvol overgedragen aan de lijnorganisatie en in het najaar is het Slingeland Ziekenhuis beloond met een eerste plek als meest patiëntvriendelijke ziekenhuis van Nederland en een 6^e plek in de ranglijst voor meest gastvrije ziekenhuizen.

Op het terrein van kwaliteit en veiligheid zijn de voor 2014 beoogde doelstellingen slechts ten dele behaald. Positief is dat de 11 VMS thema's, die in de afgelopen jaren zijn geïmplementeerd, steeds beter in de dagelijkse praktijk worden nagevolgd. Ook de tekortkomingen op het gebied van High Risk

Medicatie en parenteralia zijn opnieuw beoordeeld door de inspectie en de tekortkomingen zijn weggenomen. Als laatste is een aanzienlijke verbetering gerealiseerd op het gebied van de functioneringsgesprekken van medisch specialisten en medewerkers. We moeten echter ook constateren, dat een aantal ontwikkelingen op dit terrein onvoldoende voortgang hebben geboekt in 2014. Uit de Elsevier enquête werd duidelijk dat ons ziekenhuis op een deel van de prestatie indicatoren slechter scoorde dan andere ziekenhuizen. Dit maakte dat het ziekenhuis in de middenmoot eindigde. Het is de ambitie om bij de beste 25 ziekenhuizen van Nederland te horen. Voor 2015 blijft het verbeteren van de kwaliteit en veiligheid een belangrijke prioriteit.

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

G.P.M. Huisman
Raad van Bestuur

2. Profiel van de organisatie

2.1 Algemene identificatiegegevens

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

2.2 Structuur van het concern

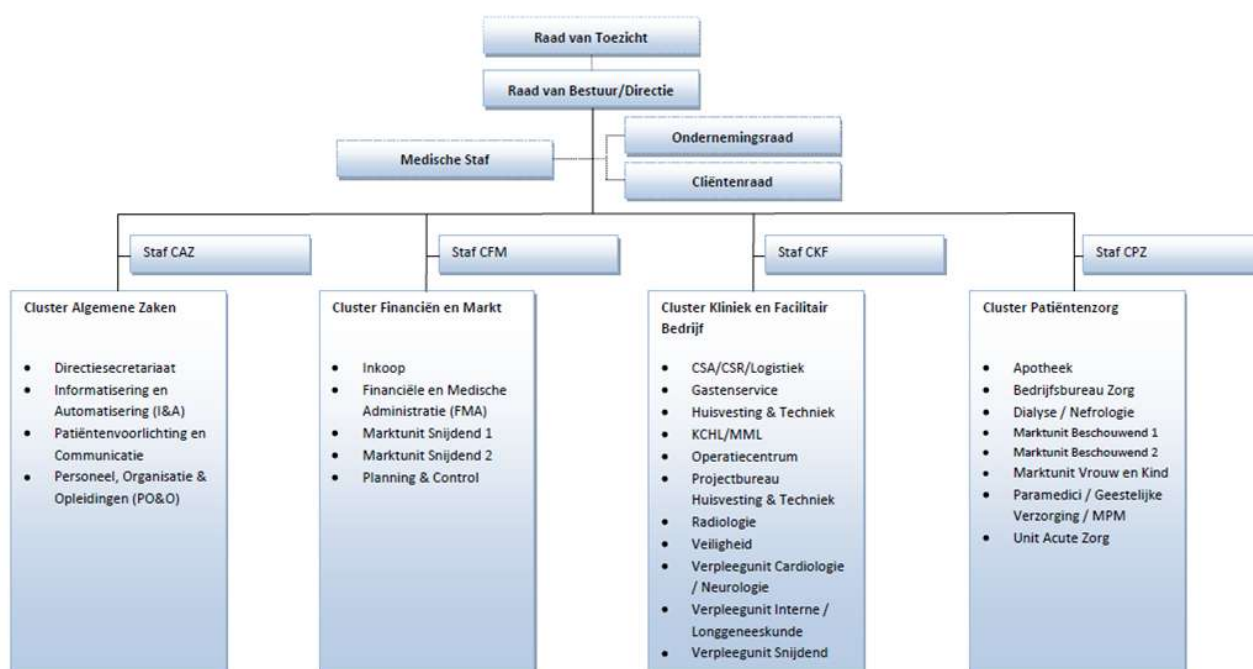
De Stichting Slingeland Ziekenhuis in Doetinchem is een algemeen ziekenhuis waar vrijwel alle specialismen zijn vertegenwoordigd. Het Slingeland Ziekenhuis beschikt over een toelating volgens de bepalingen uit de WTZi/ZVW.

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

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

In 2014 zag de organisatiestructuur er als volgt uit:

Figuur 1: Organigram Slingeland Ziekenhuis



2.3 Kerngegevens

2.3.1 Kernactiviteiten en nadere typering

Het Slingeland Ziekenhuis kent de volgende specialismen:

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

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

2.3.2 Capaciteit, personeel, productie

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

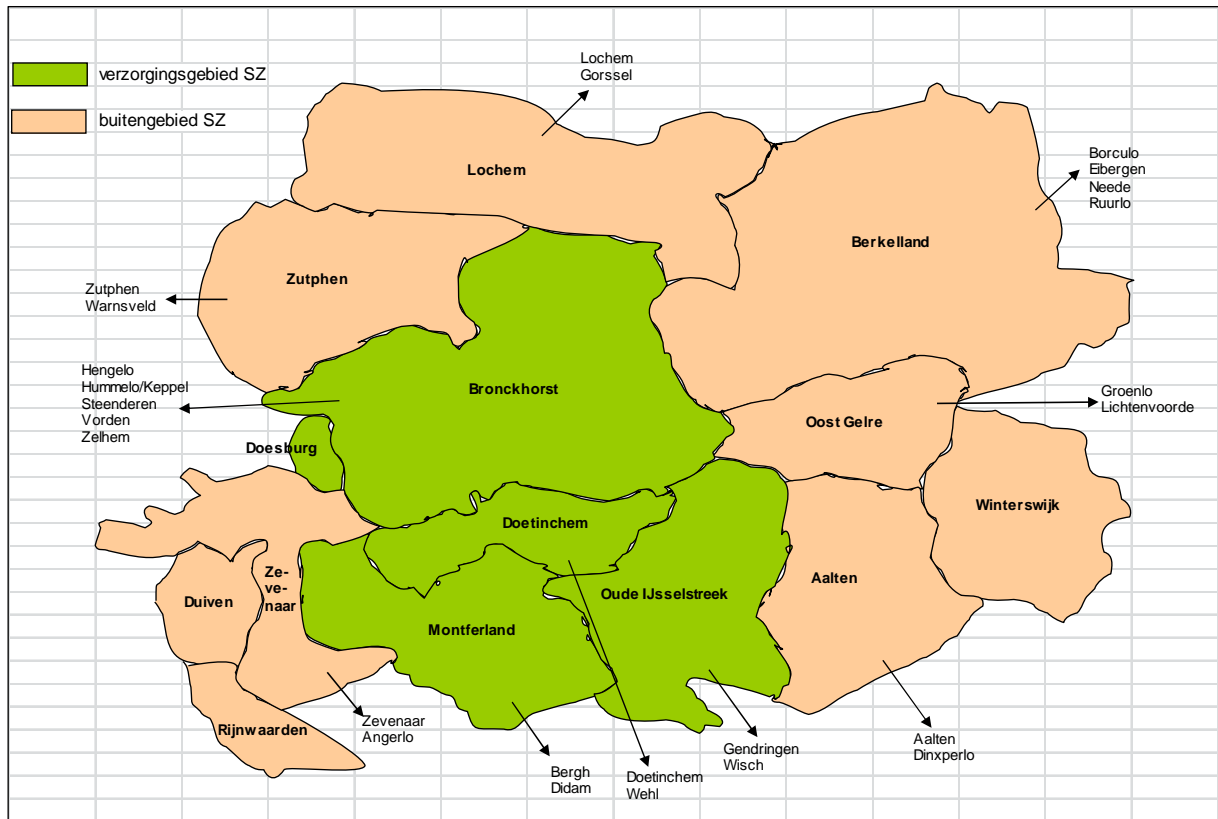
Capaciteit	2014	2013	2012
Erkende bedden	420	420	420
• Intensive care	10	10	10
• Hartbewaking	8	8	8
In gebruik zijnde bedden	323		
• Intensive care	10		
• Hartbewaking	8		
7x 24 spoedeisende hulp	Ja	Ja	Ja

Productie	2014	2013	2012
Geopende productie	168.341	179.611	216.063
Opnames	16.177	15.758	16.873
Polibezoeken			
Dagverplegingen	11.472	16.808	19.237
Verpleegdagen	74.631	77.473	82.853
Aantal verkeerde beddagen	796	920	1.741
Percentage verkeerde beddagen	1,05%	1,17%	2,06%
Gemiddeld aantal verpleegdagen	4,6	4,9	4,9
Gemiddeld aantal verpleegdagen per specialisme			
Interne geneeskunde	6,8	6,3	6,3
Cardiologie	3,8	4,3	4,6
Longziekten	5,9	6,2	4,0
Reumatologie	16,0	7,5	13,3
MDL	5,1	5,2	5,8
Kindergeneeskunde	4,2	4,1	4,6
Neurologie	4,6	4,7	5,1
Heelkunde	4,9	4,7	5,1
Urologie	3,8	4,1	3,7
Orthopedie	5,2	5,5	5,5
Plastische chirurgie	2,7	2,5	2,7
Gynaecologie/ verloskunde	2,4	2,5	2,7
KNO	2,4	2,4	2,4
Oogheelkunde			
Mond kaak / aangezichtschirurgie	2,1	2,0	1,9

Personeel	2014	2013	2012	2011	2010	2009
Aantal medewerkers in loondienst	1740	1678	1669	1630	1590	1550
Aantal fte medewerkers in loondienst	1283	1279	1290	1274	1235	1196
Aantal fte specialisten	102,1	106,1	100,6	98,8	97,6	96,6
Aantal vrijwilligers	123	124	112	105	115	107

2.3.3 Werkgebieden

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



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 en buurtbewoners.

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 (DBTZ), overleg tussen zorgaanbieders in de regio: <ul style="list-style-type: none"> - Azora - dr Jenny woonzorgcentrum - GGNet - Markenheem - Huisartsenvereniging Oude IJssel - Sensire Doetinchem - Gouden Leeuw groep 	directeur patiëntenzorg algemeen directeur	Doel: beleidsmatig ontwikkelen, regionaal afstemmen en randvoorwaardelijk bevorderen van ketenzorg. Frequentie: ca. 6 x per jaar
Huisartsen en verpleeghuisartsen: BeleidsOverleg HuisartsenZorg (BOHZ)	algemeen directeur directeur patiëntenzorg bestuur medische staf	Doel: bespreken van beleidszaken die van belang zijn in de relatie tussen de huisartsen / verpleeghuisartsen en het ziekenhuis. Frequentie: 5 tot 6 x per jaar
Groot Klimmendaal	directeur patiëntenzorg	Doel: ontwikkeling revalidatiezorg in en om het ziekenhuis.
GGD	directeur patiëntenzorg	Doel: bijdragen aan preventie.
GGNet	directeur patiëntenzorg	Doel: optimale samenwerking en medische dienstverlening.
Stichting Sravana, hospice	directeur patiëntenzorg	Lid van Adviesraad
Regionaal Orgaan Acute Zorg (ROAZ)	algemeen directeur	Doel: afstemming t.a.v. acute zorg, incl. het Ziekenhuis-rampenopvangplan, in de regio van het UMC St. Radboud. Frequentie: 2 tot 3 x per jaar
Oogzorgnetwerk	directeur financiën en markt	Lid van het netwerk Doel: kwaliteitsverbetering op gebied van oogzorg.
A.R.T.Z	Algemeen directeur	Doel: toegankelijkheid en kwaliteit van oncologische zorg in de regio waarborgen Frequentie: 12 x per jaar
Opleidingsoverleg Oost-Nederland (OOR)	algemeen directeur	Doel: afstemming opleiding medisch specialisten in de regio van UMC St. Radboud. Frequentie: 4 x per jaar
Hogeschool Arnhem Nijmegen Graafschap college + Saxion Hogeschool	directeur patiëntenzorg	Doel: zekerstellen instroom medisch personeel en doorontwikkeling eigen medewerkers.
Relaties toezichthouders en financiers		
Zorgverzekeraars	directeur financiën en markt	Doel: maken van financiële afspraken over productie en kwaliteit.

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

3. Bestuur, toezicht en bedrijfsvoering

3.1 Bestuur en toezicht

3.1.1 Zorgbrede Governance Code

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

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

3.1.2 Raad van Bestuur

Samenstelling Raad van Bestuur

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

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

3.1.3 Toezichthouders (Raad van Toezicht/Raad van Commissarissen)

Samenstelling Raad van Toezicht per 31-12-2014

	<i>Functie</i>	<i>Nevenfuncties</i>	<i>Deskundigheid</i>
Mr. Th.P.K.E. van den Berg (voorzitter)	Voormalig directeur R&D Achmea Zorg	Arbiter Scheidsgerecht Gezondheidszorg	Juridisch / Bestuurlijk
P.A.M. Stortelder (vice-voorzitter)	Directeur/eigenaar Wopereis Groep te Doetinchem	- Voorzitter bedrijvenkring Bronckhorst - Bestuurslid Samen- werkende Ned. Staalbouwgroep Oost	Bestuurlijk / Bedrijfseconomisch
Mevr. drs. P. Buis (lid)	Voormalig voorzitter Raad van Bestuur Thuiszorg Verian. Consultant PGO organisaties	- Lid Raad van Toezicht Vitras	Management / Zorg Kwaliteit en veiligheid
Drs. E. Heijink (lid)	Directeur/eigenaar Rensa groep		Bedrijfseconomisch
Drs. Fr.C.A. Jaspers (lid)	Voormalig bestuurder Universitair Medisch Centrum Groningen	- Adviseur Raad van Bestuur UMC Groningen - Vice-voorzitter Raad van Toezicht Stichting Healthy Ageing Network Northern Netherlands - Voorzitter Raad van Commissarissen NIAZ - 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 Groningen Architectuur en Stedenbouw - Adviserend lid Curatorium van de bijzondere leerstoel 'Ruimte en Gezondheid' van de Stichting Thomassen à Thuessink bij de RuG	Bestuurlijk / Zorg / Kwaliteit en veiligheid
Mevr. drs. A. van den Wildenberg (lid)	Voormalig bestuurder / voorzitter bestuur ziekenhuis De Tjongerschans en Verpleeg- Verzorgingshuis en Reactiveringscentrum Volckaert SBO	- NIAZ voorzitter / auditor * lid college kwaliteits- verklaring - lid PUM Nederlandse senior-experts - lid bestuur NVVE - lid bestuur stichting Levensende Kliniek - plv.vorzitter Commissie van Beroep Actiz - lid Geschillencom. V&T	Management / Zorg Kwaliteit en veiligheid

In verband met het vertrek per 1 januari 2015 van de voorzitter, de heer Th.P.K.E. van den Berg, en mevrouw P. Buis, lid van de raad, en het aanstaande vertrek van de algemeen directeur per 1 juli 2015, heeft de Raad van Toezicht in februari 2014 besloten het aantal leden van de Raad van Toezicht uit te breiden van vijf naar zes. Dit had tot gevolg dat er drie nieuwe leden van de Raad van

Toezicht zijn geworven, waarbij voorrang is gegeven aan de werving en benoeming van de voorzitter. Hierdoor is de continuïteit binnen de raad voldoende gewaarborgd.

Per 1 oktober 2014 is de heer Fr.C.A. Jaspers benoemd als lid; hij zal per 1 januari 2015 het voorzitterschap van de raad op zich nemen. Per 1 januari 2015 zijn mevrouw M.N. Pieters en de heer C.L. Bruinsma benoemd als leden van de Raad van Toezicht.

De 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.

Rooster van aftreden Raad van Toezicht

	<i>Leeftijd</i>	<i>Datum benoeming</i>	<i>Datum herbenoeming 2^e zittingsperiode</i>	<i>Datum aftreden</i>
Mr. Th.P.K.E. van den Berg	66	01-01-2007	01-01-2011	01-01-2015
Mevr. drs. P. Buis	68	01-01-2007	01-01-2011	01-01-2015
Drs. E. Heijink	61	01-01-2013	01-01-2017	01-01-2021
Drs. Fr.C.A. Jaspers	64	01-10-2014	01-01-2019	01-01-2023
P.A.M. Stortelder	57	01-01-2009	01-01-2013	01-01-2017
Mevr. drs. A. van den Wildenberg	65	03-09-2007	01-01-2012	01-01-2016
Mevr. dr. ir. M.N. Pieters	50	01-01-2015	01-01-2019	01-01-2023
Drs. C.L. Bruinsma	50	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. Eenmaal per jaar wordt in een besloten overleg, het functioneren van de raad geëvalueerd.

De honorering van de Raad van Toezicht in 2014 is gebaseerd op de adviesregeling van de Nederlandse Vereniging van Toezichthouders Gezondheidszorginstellingen (NVTZ) van 2009.

<i>Functie</i>	<i>2014</i>
Voorzitter Raad van Toezicht	€ 14.520,-
Lid Raad van Toezicht	€ 9.680,-

Presentielijst vergaderingen Raad van Toezicht 2014

	24-02	14-04	26-05	25-06	25-08	27-10	15-12
Mr. Th.P.K.E. van den Berg	x	x	x	x	x	x	x
Mevr. drs. P. Buis	--	x	x	--	x	x	x
Drs. E. Heijink	x	x	x	x	x	x	x
Drs. Fr.C.A. Jaspers						x	x
P.A.M. Stortelder	x	x	x	x	x	x	x
Mevr. drs. A. van den Wildenberg	x	x	x	x	x	x	x

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

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

- Goedkeuring Ziekenhuisjaarplan 2015.
- Goedkeuring Begroting 2015.
- Goedkeuring Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording 2013:
 - deel I, maatschappelijk verslag 2013.
 - deel II, jaarrekening 2013.
- Goedkeuring treasury statuut 2014.
- Besluit wijziging Reglement Raad van Toezicht.
- Vaststelling profielschets en wervingsprocedure algemeen directeur en de eerste stappen van de werving.
- Goedkeuring Samenwerkingsovereenkomst Slingeland Ziekenhuis met het Medisch Specialistisch Bedrijf Slingeland.
- Goedkeuring participatie in Regio Apotheek Oude IJssel.
- Goedkeuring participatie in Kliniek VasoVaso.
- Besluit uitbreiding Raad van Toezicht en benoeming voorzitter en twee leden van de Raad van Toezicht.

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

- De goedkeuring van de Jaarrekening en het Jaardocument 2013 is zes maanden vertraagd als gevolg van de landelijke afspraken inzake het self-assessment. De Raad van Toezicht is tijdens elke vergadering geïnformeerd over de voortgang en de landelijke ontwikkelingen rondom dit complexe dossier.
- Met de Vereniging Medische Staf is een aantal malen vergaderd over de consequenties van de invoering van de integrale tarieven per 1 januari 2015. Daarbij is door de raad steeds als uitgangspunt gesteld dat de governance van het ziekenhuis en de eindverantwoordelijkheid van de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht niet mogen worden beperkt door de oprichting van een Medisch Specialistisch Bedrijf. De samenwerkingsovereenkomst die door de Raad van Toezicht is goedgekeurd, voorziet hierin in voldoende mate.
- Rapportage Ernst & Young accountants, uitkomsten initieel onderzoek management letter 2013.
- Verslag van de externe accountant over het jaar 2013 in aanwezigheid van de externe accountant.
- Kwartaalrapportages jaarplan 2014, kwaliteit en veiligheid en financiën in aanwezigheid van de financieel directeur en de kwaliteitsmedewerker. Daarbij is veel aandacht besteed aan de wijze waarop de veiligheidscultuur in het ziekenhuis kan worden versterkt.
- Uitgangpunten kaderbrief 2015.
- Verslag van het reguliere jaargesprek met de Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- Bespreking ontwikkeling klachten en claims, in aanwezigheid van de klachtenfunctionaris en de stafvertegenwoordiger kwaliteit en veiligheid.

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

De bestuurder, de heer G.P.M. Huisman, heeft om persoonlijke redenen besloten per 1 juni 2015 zijn functie neer te leggen. De heer Huisman is sinds 1 januari 2006 algemeen directeur/bestuurder van het Slingeland Ziekenhuis. De Raad van toezicht heeft veel waardering voor de wijze waarop de heer Huisman in al die jaren zijn functie heeft vervuld.

Voor de werving van de nieuwe bestuurder heeft de Raad van Toezicht een functieprofiel opgesteld, en ter advisering voorgelegd aan OR, Clientenraad en Stafbestuur. Op basis van deze adviezen is het functieprofiel vastgesteld. De werving is begeleid door een extern bureau. Per 1 juni 2015 is de heer C.W.J.M. van Ewijk benoemd tot algemeen directeur/bestuurder van het Slingeland Ziekenhuis.

De Raad van Toezicht heeft in februari onder externe begeleiding zijn functioneren uitvoerig geëvalueerd. Directe aanleiding hiervoor was het aanstaande vertrek van twee leden. Op basis van

deze evaluatie is besloten tot uitbreiding van de raad met één lid en aanpassing van de profielschets waarbij het accent meer werd gelegd op leden met actuele kennis van en ervaring in de zorg.

In de vergadering van 14 april 2014 heeft de Raad van Toezicht een delegatie van het bestuur van de Vereniging Medische Staf ontvangen.

Een delegatie van de Raad van Toezicht heeft een overlegvergadering met de Ondernemingsraad en met de Cliëntenraad bijgewoond.

Verder heeft de Raad van Toezicht een bezoek gebracht aan de tijdelijke voorziening met operatiekamers die op het ziekenhuisterrein is gebouwd vanwege de renovatie van het bestaande OK-complex.

3.2 Bedrijfsvoering

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

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

- De directie stelt een kaderbrief vast waarin de doelen en randvoorwaarden zijn geformuleerd (afgeleid uit het beleidsplan en mede op basis van de inbreng van staf en leidinggevenden tijdens de beleidsdag) die het komende jaar dienen te worden gerealiseerd op ziekenhuisniveau.
- Aan de hand van deze kaderbrief stellen de units en vakgroepen een jaarplan op met daarin onder andere hun bijdrage aan de realisatie van de doelstellingen uit de kaderbrief en daaraan gerelateerd de productieraming, de personele- en materiële begroting, de investeringsbegroting en de bouwbegroting.
- Tijdens de begrotingsdagen wordt door de directie de financiële ruimte voor het komende jaar aangescherpt. Aan de hand van de jaarplannen van de units en de medische staf worden prioriteiten gesteld en de exploitatie- en investeringsbegroting op ziekenhuis- en afdelingsniveau verder gedetailleerd. Het bestuur van de medische staf neemt deel aan de laatste begrotingsdag, waar het jaarplan en de exploitatiebegroting worden vastgesteld.
- De investeringsbegroting wordt door de directie vastgesteld nadat de investeringscommissie advies heeft uitgebracht over de ingediende investeringsvoorstellen.
- Na de vaststelling van het ziekenhuisjaarplan en de begroting door de directie en goedkeuring ervan door de Raad van Toezicht, presenteert de directie het jaarplan en begroting tijdens een beleidsdag aan de leidinggevenden en de medische staf. De afdeling planning en control informeert de unitmanagers en vakgroepen over de, voor hen van toepassing zijnde, interne budgetten en de goedgekeurde investeringen. Tevens worden de unitmanagers en vakgroepen ingelicht over de bouwkundige aanpassingen die het komende jaar zijn voorzien.
- De sturing gedurende het jaar wordt gerealiseerd door maandelijkse terugkoppeling van de gerealiseerde productie, wachtlijsten, personele gegevens en budget/financiële resultaten in de vorm van de management informatie. 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 verantwoording afgelegd aan de directie en de Raad van Toezicht over de voortgang van activiteiten uit het jaarplan en kwaliteit en veiligheid. Hiermee is inzichtelijk of de uitvoering van acties en de realisatie van doelen lopen conform planning of hier van afwijken.
- Ook wordt er per drie maanden op ziekenhuisniveau verantwoording afgelegd aan de directie en Raad van Toezicht over het gerealiseerde financiële resultaat.

- Aan het eind van het boekjaar wordt er onder verantwoordelijkheid van de directie het jaardocument en jaarrekening opgesteld. Deze documenten worden jaarlijks volgens een vooraf opgestelde en door de directie goedgekeurde planning opgesteld. Publicatie en deponering van de jaarrekening geschieden binnen de wettelijke kaders, dat wil zeggen dat publicatie voor 1 juni van het daaropvolgende jaar plaatsvindt. De jaarrekening voldoet aan de gestelde eisen zoals vastgelegd in de Regeling Jaarverslaggeving WTZi en is voorzien van een accountantsverklaring.

Aan het eind van de looptijd van elk jaarplan en het beleidsplan wordt geëvalueerd of de benoemde eindresultaten ook daadwerkelijk zijn behaald in dat jaar of in de beleidsperiode. Indien dit niet het geval is wordt het beleid bijgesteld of indien dit juist wel is gebeurd wordt het voortgezet. Tevens wordt beoordeeld of en zo ja, in hoeverre, het beleidsplan moet worden bijgesteld naar aanleiding van externe en/of interne ontwikkelingen. Dit laatste gebeurt in de voorbereiding op de kaderbrief. De inhoudelijke toelichting op het financiële beleid in 2014 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 2014 als volgt samengesteld:

	Functie	Jaar herbenoeming 2 ^e zittingsperiode	Jaar aftreden (m.i.v. 1 januari)
Dhr. W. Vogel	Voorzitter		2016
Mw. A. Duenk-Huinink	Vice-voorzitter		2015
Mw. L. Geurts	Lid		2016
Dhr. K. Horneman	Secretaris	2016	
Dhr. J. Luesink	Lid		2017
Mw. J. Richter-Reebergen	Lid		2017
Dhr. B. Spaai	Lid (miv 1-9-2014)	2019	
Dhr. G. Stronks	Lid (miv 1-9-2014)	2019	

De cliëntenraad vergadert 2x per maand, waarvan 1x per twee maanden een overlegvergadering in aanwezigheid van de algemeen directeur.

Er is jaarlijks overleg met de:

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

Ook wordt ieder jaar een in- en een extern werkbezoek gepland. Intern heeft er dit jaar een werkbezoek aan de tijdelijke OK's (in verband met renovatie OK-complex) plaatsgevonden. Een extern werkbezoek heeft dit jaar niet plaatsgevonden. Wel heeft de cliëntenraad deelgenomen aan de Dag van de Gastvrijheid en heeft zitting gehad in de jury voor de wedstrijd "Goede voorbeelden binnen het SZ". De cliëntenraden van de drie Gelderse samenwerkende ziekenhuizen, Slingeland Ziekenhuis, Rijnstate en Ziekenhuis Gelderse Vallei, zijn voor overleg bijeen geweest in het Slingeland Ziekenhuis. Ook is de cliëntenraad van Sensire op bezoek geweest.

Onderstaande functionarissen hebben met de cliëntenraad gesproken naar aanleiding van onderwerpen die op dat moment actueel waren:

- S. Drevers, directeur financiën en markt.
- F. Reijnders stafvertegenwoordiger kwaliteit en veiligheid.
- M. Ellens, medewerker patiëntwaarderingsonderzoek.

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

Belangrijke onderwerpen die in 2014 aan de orde zijn gekomen:

- Nieuwbouw (plannen).
- Procedure benoeming leden klachtencommissie/ jaarverslag klachtencommissie.
- Gastvrijheid met Sterren / deelname Dag van de Gastvrijheid.
- Ambulanceverkeer in de Loolaan.
- Intentieverklaring samenwerking Slingeland – Sensire - Azora.
- Palliatief team.
- Sterftcijfers.
- Acute zorg in de regio / Herinrichting spoedeisende zorg.
- Oncologisch samenwerkingsverband.
- Het beleid ten aanzien van onverzekerde patiënten.
- Kaderbrief 2015.
- Werving en selectie 2 nieuwe cliëntenraadsleden.
- Wachtkamerbeleid.
- Evaluatie reorganisatie zorgafdelingen.
- Kwaliteit en veiligheid.
- Het invoeren van een patiëntwaarderingsonderzoek.

De cliëntenraad heeft advies uitgebracht over de volgende onderwerpen:

- Voordracht nieuwe leden van de Klachtencommissie.
- Benoeming voorzitter Raad van Toezicht.
- Ziekenhuisbrede klantbeloften in het kader van PAK.
- Voorgenomen fusie van de maatschappen orthopedie van Streekziekenhuis Koningin Beatrix Ziekenhuis en het Slingeland Ziekenhuis.
- Profielschets algemeen directeur/bestuurder.
- Voorgenomen besluit tot benoeming leden Raad van Toezicht.
- Poster handhygiëne in het kader van formuleren van klantbeloften.
- Samenwerkingsovereenkomst met het "Medisch Specialistisch Bedrijf Slingeland" i.o.
- Participatie in de Apotheek " Oude IJssel".
- Missie en Visie van de Alliantie Regionale Top Zorg (A.R.T.Z.)

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

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

3.4 Verslag van de Ondernemingsraad

Werkwijze

De ondernemingsraad komt wekelijks 4 uur bijeen. Omdat wij hebben gekozen voor het huiswerkvrrije 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 ondermeer 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.

Samenstelling van de ondernemingsraad

Met ingang van 1 januari 2012 is de ondernemingsraad gestart met een nieuwe zittingstermijn. De volgende personen maken deel uit van de ondernemingsraad in 2014:

Dagelijks Bestuur	Jolien Hoefsmit, voorzitter Wilma Boswell, vice-voorz. Thea Willekes, secretaris	Fysiotherapeut Verpl. Longgeneeskunde Secr. polikliniek Reumatologie
Sociaal Beleid (SB)	Petra Seegers Diny Freriks Patricia Kaatman Nicole Camstra (m.i.v. 1/4/14) Dorine van Hagen Hennie Thus	Servicepunt documentbeheer Verpl. Chirurgie/MDL Doktersassistent polikliniek Heelkunde Gipsverbandmeester Longfunctie analist pacemakertechnicus
Veiligheid, Gezondheid, Welzijn, Milieu (VGWM)	Susan van Krimpen Wilbert Bovenmarsch Gonny de Vrugt Gerard Schreur	Staffunctionaris MGV Verpl. Spoedeisende Hulp Secr. Acute opname afdeling Centraal applicatiebeheer
Financiën en Economie (F&E)	André Bruil Rudi Waning	Verpl. Gynaecologie Informatisering & Automatisering
Ondersteuning	Mientje Wensink Petrina van Engelenburg	Notulist Ambtelijk secretaris

De vice-voorzitter is tevens lid van de commissie VGWM. Daarnaast is in 2014 besloten de commissie F&E te versterken met 2 leden: Wilma Boswell en Diny Freriks maken derhalve ook deel uit van deze commissie.

De belangrijkste onderwerpen die de ondernemingsraad heeft behandeld (advies dan wel instemmingsrecht) zijn de volgende.

Veiligheid Gezondheid Welzijn en Milieu

- Planning RI&E's 2014.
- RI&E van diverse afdelingen.
- Verlenging contract bedrijfsarts.
- Poster handhygiëne.

Sociaal Beleid

- diensttijdenwijzigingen dialyse Varsseveld.
- notitie garantiesalarissen: (ingetrokken).
- aanpassing verklaring omtrent gedrag.
- afschaffen verplichte aanwijzing vakantiedagen: *wijziging beleid opleidingsbudget.
- werkkostenregeling, aanpassing fietsregeling.
- werktijdenwijziging recovery.
- wijziging vakantieregeling.

Financieel

De commissie F&E heeft periodiek overleg over de begroting en de kwartaaloverzichten. Daarnaast heeft de commissie waar nodig een inbreng in de behandeling van de verschillende onderwerpen voor wat betreft het financiële deel

- *Uitbesteding vloerenonderhoud:*

Organisatie

- opheffing intern uitzendbureau.
- herinrichting organisatie Spoedeisende Hulp.
- invoering EPD en personele consequenties.
- strategisch opleidingsplan 2014-2018.
- nieuwe leden raad van toezicht.
- profielschets algemeen directeur.
- samenwerkingsovereenkomst medisch specialistisch bedrijf en ziekenhuis.
- reorganisatie typekamer en centraal medisch archief.
- reorganisatie secretariaten polikliniek.
- wijziging managementstructuur cluster Kliniek & Facilitair.

Los van de hierboven genoemde onderwerpen is vermeldenswaardig, dat de collega's in het ziekenhuis de ondernemingsraad steeds beter weten te vinden voor vragen en advies over uiteenlopende onderwerpen. De ondernemingsraad is er trots op, dat hij goed bekend is en veelvuldig ingeschakeld wordt door medewerkers in alle geledingen van de organisatie.

3.5 Verslag van Bestuur van de Vereniging Medische Staf

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

De samenstelling van het bestuur VMS was in 2014 als volgt:

- | | |
|---|--|
| - K.C.A. van Engelenburg, chirurg | voorzitter. |
| - M. Bijkerk, anesthesioloog | vice-voorzitter/secretaris/penningmeester. |
| - Dr. G.E.M. Kienstra, neuroloog (v.a. 1 juli 2014) | vrij gekozen lid. |
| - Dr. S.J. van den Hazel, MDL-arts | lid, vanuit kamer vrijgevestigde specialisten. |
| - J.H.J.M. Smeets, radioloog (tot 1 mei 2014) | lid, vanuit kamer vrijgevestigde specialisten. |
| - B. Schenk, radioloog (v.a. 1 mei 2014) | lid, vanuit kamer vrijgevestigde specialisten. |
| - Mw. E.V.M. Vermeulen, kinderarts | lid, vanuit kamer dienstverband specialisten. |
| - Dr. C.W. van Haselen, dermatoloog | lid, vanuit kamer dienstverband specialisten. |
| - Mw. C. Polman | coördinator/beleidsmedewerker medische staf. |

Conform de statuten van de Vereniging waren 4 van de 7 bestuursleden aangewezen door de twee kamers, die deel uitmaken van de Vereniging Medische Staf, te weten de kamer vrijgevestigde specialisten en de kamer dienstverband specialisten. De drie overige leden van het bestuur, die ook de functies van voorzitter, secretaris en penningmeester in 2014 bekleedden, waren gekozen door de leden van de VMS. De Raad van Mandatarissen is verantwoordelijk voor de continuïteit van het bestuur VMS.

Raad van Mandatarissen

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

Toekomstige positionering medische staf

Met de invoering van de integrale bekostiging in 2015 zal het grensvlak tussen kosten- en honorariumdeel gaan verdwijnen. Intern, per ziekenhuis, zal voortaan overeengekomen worden welk deel van de omzet ter dekking van de ziekenhuiskosten zal zijn en welk deel voor de vrijgevestigde medisch specialist is. Gesprekken over nieuwe vormen van betrokkenheid van de medisch specialist

bij het ziekenhuis, variërend van een collectief dienstverband tot een medisch specialistisch bedrijf dat aandeelhouders kent van het ziekenhuis, werden in 2014 in dat kader dan ook voortgezet.

Gedurende het traject 'Medisch Specialist 2015' zijn diverse mogelijkheden verkend om tot een toekomstbestendige samenwerking met het ziekenhuis te komen. Onder begeleiding van extern deskundigen is een vijftal werkgroepen aan de slag gegaan om belangrijke onderwerpen omtrent dit onderwerp nader uit te werken. Zo hielden werkgroepen zich bezig met het verdien- en verdeelmodel, het goodwillvraagstuk, de overgang van vrije vestiging naar dienstverband en vice versa, en met de organisatie-inrichting van het Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB). Enkele werkgroepen bestonden naast medisch specialisten uit directieleden en/of managers van het ziekenhuis. Zo ook de kerngroep, door welke het traject werd gecoördineerd.

In november 2014 werd besloten het MSB definitief in de vorm van een coöperatie in te richten, waarbij uiteindelijk alle vrijgevestigde medisch specialisten met hun (veelal nog op te richten) Personal Holding BV toe zouden gaan treden. Voor de kamer van specialisten in dienstverband bleef de situatie daarmee ongewijzigd. Afsproken werd dat de Vereniging Medische Staf ook na de oprichting van het MSB per 1 januari 2015 zal bestaan uit medisch specialisten in vrije vestiging en medisch specialisten in loondienst.

Samenwerking Rijnstate, Gelderse Vallei en Slingeland Ziekenhuis

Ook in 2014 is de samenwerking tussen de drie ziekenhuizen op basis van de Samenwerkingsovereenkomst Rijnstate, Slingeland Ziekenhuis, Ziekenhuis Gelderse Vallei inzake de verdeling van de hoogcomplexe/laagvolume chirurgie verder tot uitvoering gebracht. In het najaar is aan deze samenwerking de merknaam 'A.R.T.Z. (Alliantie Regionale Topzorg) toegevoegd. A.R.T.Z. staat voor complexe medisch-specialistische zorg in de regio Gelderland. Uitgangspunt van de samenwerking is dat patiënten uit de regio Ede-Arnhem-Doetinchem zoveel als mogelijk is, behandeld kunnen blijven worden in minimaal één van de drie ziekenhuizen, met inachtneming van de kwaliteits- en volumenormen voor die medische behandelingen.

In het najaar van 2014 is het visiedocument ten aanzien van het Oncologisch Centrum vastgesteld, waarin de visie, missie en ambitie voor het A.R.T.Z. Oncologisch Centrum is opgenomen. De visie en ambitie vormt de basis om versneld de implementatie van het Oncologisch Centrum in gang te zetten. Naast een uitwerking van de ambities worden in dit document ook aandachtspunten en randvoorwaarden beschreven die de realisatie kunnen stimuleren.

Elke maand vindt over de samenwerking tussen de drie ziekenhuizen bestuurlijk overleg plaats. In 2014 zijn ook de gesprekken over de verdeling van de (complexe) acute zorg verder voortgezet. Dit om gezamenlijk de dialoog met de zorgverzekeraars aan te kunnen gaan over de toekomstige infrastructuur van de (complexe) spoedeisende zorg in onze regio.

Samenwerking Streekziekenhuis Koningin Beatrix en Slingeland Ziekenhuis

In de loop van 2014 heeft het bestuur van de VMS een begin gemaakt met de verkenning van de samenwerking met het Streekziekenhuis Koningin Beatrix (SKB) te Winterswijk. Aanleiding tot dit gesprek vormden verschillende actuele ontwikkelingen. In het eerste gesprek tussen beide stafbesturen in de zomer van 2014 kwam de historie tussen beide staven ter sprake, alsmede de huidige en toekomstige problematiek waarbij beide stafbesturen een duidelijke meerwaarde zagen in een hernieuwde toenadering van beide staven.

Kwaliteit en Patiëntveiligheid

Kwaliteit en Patiëntveiligheid is ook in 2014 één van de speerpunten van de VMS geweest. Kwaliteit en Patiëntveiligheid maakt een vast punt uit van de agenda van de maandelijkse vergaderingen van de Raad van Mandatarissen. Dr. F.J.L. Reijnders, stafvertegenwoordiger Kwaliteit & Veiligheid, licht onderwerpen, passend bij Kwaliteit en Patiëntveiligheid, tijdens dit agendapunt nader toe. In 2014 waren dit bijvoorbeeld VIM meldingen, Informed Consent, HSMR cijfers.

In 2014 hebben 4 stafbijeenkomsten 'Kwaliteit & Veiligheid' plaatsgevonden. Voor deze bijeenkomsten zijn alle leden van de Vereniging uitgenodigd, alsmede alle arts-assistenten. De volgende onderwerpen zijn in 2014 aan bod gekomen:

- Sterftcijfers en dossieronderzoek.
- Necrologiebespreking (2x).
- Leren van incidenten.

Spoedeisende zorg

In 2014 is het onderzoek aangaande de spoedeisende zorg in de organisatie verder voortgezet, met als doel deze te verbeteren. Dat wil zeggen het inkorten van wachttijden op de spoedeisende hulp en het verbeteren van de doorstroom naar de AOA. Directe aanleiding voor het onderzoek was de toenemende ontevredenheid van patiënten (kenbaar gemaakt door suggestiekaarten en klachten) en medewerkers. Na intensief overleg tussen ziekenhuis en medische staf is uiteindelijk eind 2014 besloten om de adviezen, van de speciaal daartoe in het leven geroepen werkgroep, over te nemen voor wat betreft de positie van de SEH-artsen, de beschikbaarheid van poortspecialismen en de verplaatste zorg op de SEH. Dat wil zeggen dat vanaf eind 2014:

- de KNMG-geregistreerde SEH-arts voortaan medisch inhoudelijk de hoofdbehandelaar zal zijn voor spoedpatiënten op de SEH.
- specialisten de beschikbaarheid garanderen voor spoedpatiënten binnen de norm van de eigen wetenschappelijke vereniging en/of zoveel sneller als de situatie van de patiënt dat vereist.
- een patiënt, die van de polikliniek naar de SEH wordt verplaatst vanwege de specifieke faciliteiten, niet onder verantwoordelijkheid van de SEH-artsen valt, doch wordt gezien en eventueel opgenomen door de poortspecialist of dienst A(N)IOS/ AAZ.

Vertrouwenspersonen VMS

Binnen de medische staf bestaat de Toetsingsprocedure Disfunctioneren Medisch Specialisten. Deze procedure is bedoeld om te onderzoeken of er wel of geen sprake is van disfunctioneren van een individuele medisch specialist en eventueel maatregelen te treffen. Echter, er zijn ook situaties denkbaar waarbij deze procedure niet het passende instrument is. Het gaat vaak om zaken die onderling op te lossen zijn, bijvoorbeeld, een conflict tussen twee collega's, of wanneer het met een individuele medisch specialist niet goed gaat. Het bestuur VMS ziet het als haar verantwoordelijkheid dit soort problemen tijdig te ondervangen en wil signalen in deze serieus nemen. Zij wil de mogelijkheid bieden om op een veilige manier het gesprek aan te gaan en een persoonlijk baken te bieden voor medisch specialisten, die hieraan behoefte hebben. Derhalve heeft de medische staf in 2014 een tweetal medisch specialisten benoemd in de functie van vertrouwenspersoon,. De vertrouwenspersonen zijn op twee manieren binnen de VMS inzetbaar:

- Op verzoek van een medisch specialist, werkzaam in het Slingeland Ziekenhuis.
- Op verzoek van het stafbestuur, in geval de interne VMS-procedure '(Vermoeden van) problematisch gedrag van medisch specialisten' van toepassing is.

In beide situaties geldt uiteraard de strikte vertrouwelijkheid van de inhoud van de gevoerde gesprekken.

Mortaliteitsonderzoek als kwaliteitsinstrument

De verhoogde SMR (Standard Mortality Rate) waarde over 2013 was voor de directie aanleiding tot het laten verrichten van nader onderzoek. Op basis van deze verhoogde SMR waarden heeft de dossiercommissie, bestaande uit gespecialiseerde verpleegkundigen en medisch specialisten, 83 dossiers geselecteerd en daar in de 2e helft van 2014 onderzoek naar verricht. De DHD (Dutch Hospital Data) methode werd hierbij gehanteerd. De dossiercommissie, onder leiding van dr. H. Muller, zal in 2015 zijn belangrijkste adviezen en aanbevelingen, naar aanleiding van dit onderzoek, aan de directie en de medische staf kenbaar maken.

Belangrijke gegevens die geregistreerd moeten worden, zijn hoofd- en nevendiagnoses. In 2014 heeft het bestuur VMS zich samen met de directie ingezet om de registratie verder op orde te brengen en het dossieronderzoek en necrologiebesprekingen binnen de organisatie verder te verbeteren en te continueren.

Appraisal & Assessment

Als belangrijkste succesfactor voor het optimaal evalueren van het functioneren van medisch specialisten, wordt een goed opgeleide appraisor genoemd. In 2014 zijn 7 medisch specialisten opgeleid tot appraisor. Het aantal appraisors binnen de Vereniging is daarmee toegenomen tot 29.

Eind 2014 had 80% van het totaal aantal stafleden deelgenomen aan een tweejaarlijks IFMS gesprek. De maatregelen die reeds in 2013 zijn genomen om het aantal IFMS gesprekken te bevorderen, heeft daarmee in 2014 zijn vruchten afgeworpen.

4. **Beleid, inspanningen en prestaties**

4.1 **Meerjarenbeleid**

Missie 'Samen sterk in kwaliteit'

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

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

Visie

De toekomstvisie van het Slingeland Ziekenhuis kan worden getypeerd als:

Slingeland Regio^{plus} Ziekenhuis

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

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

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

Strategische concepten

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

Zorginhoudelijk aanbod

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

Huis op orde / Continu verbeteren

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

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

4.2 Jaarplan 2014

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

De hoofddoelstellingen voor het jaarplan 2014 kunnen kort en krachtig als volgt worden geformuleerd:

1. Van kernwaarden naar klantbeloften.
2. Versterking van het marktaandeel.
3. Verbeteren Kwaliteit en veiligheid.
4. Gezonde exploitatie.

Hieronder wordt weergegeven in hoeverre de beoogde resultaten zijn gerealiseerd.

Doelstelling 1: Van kernwaarden naar klantbeloften.

Het Slingeland Ziekenhuis heeft de afgelopen jaren gewerkt aan het programma PAK. Hierin zijn de kernwaarden van het ziekenhuis opgenomen:

- Patiëntgericht.
- Aandachtig en betrokken.
- Kundig en veilig.

Het jaar 2014 heeft in het teken gestaan van het kenbaar maken aan patiënten, bezoekers en inwoners van onze klantbeloften. Dit is onder andere gebeurd door:

- Vaststelling uniforme klantbeloften.
- Bord bij ingang van het ziekenhuis.
- Kernwaarden bij alle afdelingen zichtbaar.
- Dag van de gastvrijheid.
- Training gesprekstechnieken polibezoeken.

Met de PAK ambassadeurs op alle afdelingen is hier hard aan gewerkt. Met het publiceren van de klantbeloften is de projectmatige fase afgerond en nemen de afdelingen zelf initiatieven om het verder te ontwikkelen.

Voor Kwaliteit en veiligheid is transparantie een groot goed. Dit past goed bij het concept glazen ziekenhuis. Het Slingeland Ziekenhuis heeft daarom een deel van de website ingericht met resultaten van zorg en neemt deel aan het kwaliteitsportaal van de NVZ.

Het Slingeland Ziekenhuis heeft met deze inspanningen een eerste plaats bereikt als meest patiëntvriendelijk ziekenhuis en een 6^o plaats als meest gastvrije ziekenhuis. Dit is een bevestiging dat

de genomen acties resultaat hebben. Hierop zijn wij als ziekenhuis trots. We zijn echter nog niet klaar en blijven ons verbeteren.

Doelstelling 2: Versterking van het marktaandeel

Het Slingeland Ziekenhuis blijft werken aan het versterken van haar positie in de regio. Het Slingeland Ziekenhuis ziet verdere toestroom van patiënten in 2014 uit de gebieden Doesburg, Zevenaar, Rijnwaarden en Montferland (Didam). Deze ontwikkeling is al enkele jaren zichtbaar. In 2014 het meest merkbaar met de zorg voor zwangerschap, bevalling en pasgeborene uit de Liemers. In 2014 was sprake van een lichte krimp in het eigen kernwerkgebied.

Voorts wordt de positie in de markt verder versterkt door het onderhouden van goede relaties met de huisartsen in de regio, het openen van een prikpost in Didam en het met thuiszorg vormgeven van chronische zorg achter de voordeur van de patiënt (domotica / e-health).

Op het gebied van de hoog complexe laag volume zorg is succesvol de samenwerking gezocht met de ziekenhuizen Gelderse Vallei en Rijnstate.

Doelstelling 3: Verbeteren kwaliteit en veiligheid

Kwaliteit en veiligheid is een belangrijk onderwerp waar landelijk en in het Slingeland Ziekenhuis aan gewerkt wordt. Het Slingeland Ziekenhuis heeft als doel een professioneel en volwassen veiligheidsmanagementsysteem te realiseren. Hiervoor zijn meerdere jaren uitgetrokken. Het Slingeland Ziekenhuis heeft in 2014 veel inspanning geleverd op dit dossier en voortgang geboekt. We zijn echter nog niet tevreden met waar we staan en werken ook de komende jaren aan het volwassen kwaliteit en veiligheidsmanagementsysteem en uitkomsten van zorg.

Resultaten in 2014 zijn:

- Goede inhaalslag uitvoeren van functioneringsgesprekken medisch specialisten (IFMS).
- Patiënttevredenheidsonderzoeken (CQI en PROMS) laten goede resultaten zien.
- Groot deel VMS thema's zijn uit projectfase en in fase van monitoring en verbetering via de lijnorganisatie.
- Project medische verantwoordelijkheidsdeling verbeterd.
- Veiligheid operatieve processen verder geborgd.
- Inrichting organisatie conform eisen BRMO.

Risico's en aandachtspunten zijn:

- Resultaten van zorg zijn op onderdelen lager dan gemiddeld.
- HSMR is significant hoger dan gemiddeld.

Doelstelling 4: Gezonde exploitatie

Het Slingeland Ziekenhuis heeft eind 2013 besloten om de nieuwbouw verder vorm te geven. Dit legt een druk op de resultaten van het ziekenhuis. Enerzijds een verhoging van de afschrijvingen op bestaande gebouwen en anderzijds de meerkosten van een nieuwe locatie in de vorm van afschrijvingslasten en rente. In 2014 zijn specifieke afspraken gemaakt met de zorgverzekeraars Achmea en Menzis over hun bijdrage (2 miljoen per jaar), met andere zorgverzekeraars wordt nog gesproken. Het overige deel (ca 50%) wordt door het ziekenhuis binnen de eigen exploitatie opgelost. Hiermee is een basis gelegd waarmee de nieuwbouw verder uitgewerkt en gerealiseerd kan worden.

Binnen de exploitatie heeft het Slingeland Ziekenhuis te maken met hogere uitgaven dan begroot voor:

- Medicatie.
- Onderzoeken door derden.
- Personeel niet in loondienst.
- Advieskosten.

Dit is gecompenseerd op andere gebieden binnen de exploitatie van het Slingeland Ziekenhuis. In het bijzonder zijn er meevallers voor investeringen en afschrijvingen, ICT, rentekosten, training en scholing en fiscale zaken.

Daarnaast is in de jaarrekening een voorziening opgenomen voor het verdwijnen van arbeidsplaatsen als gevolg van automatisering van processen met de komst van het EPD.

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:
 - a) Praktisch aan de slag op de werkvloer via Instrument voor Zelfevaluatie Patiëntveiligheidscultuur (IZEP).
 - b) Stijgende lijn ten aanzien van aantal VIM's & PRISMA's.
 - c) Borging implementatie richtlijnen gericht op terugdringen schade:
 - 11 landelijke veiligheidsprojecten.
 - Hygiënerichtlijnen.
 - Veldnormen, Inspectierichtlijnen etc.
3. Vergroten resultaatgerichtheid op het gebied van kwaliteit en patiëntveiligheid via het uitbouwen van de monitor en het werken met het dashboard.
4. Borging kwaliteit- en veiligheidsmanagementsysteem.

In dit en het volgend hoofdstuk benoemen wij enkele van de belangrijkste ontwikkelingen uit 2014.

NIAZ Heraccreditatie

Het Slingeland Ziekenhuis is sinds 2007 geaccrediteerd door het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ). In april 2012 is het accreditatiebewijs voor vier jaar verlengd. Het accreditatiebewijs betreft zowel het kwaliteits- als het veiligheidsmanagementsysteem.

In juni 2013 vond het toetsingsbezoek plaats op de tien verbeterpunten die uit het NIAZ-accreditatiebezoek naar voren zijn gekomen. De auditoren concludeerden dat van de in totaal tien verbeterpunten, negen verbeterpunten adequaat en één verbeterpunt deels adequaat zijn opgepakt. Dit laatste verbeterpunt is medio 2013 afgerond.

In november 2015 vindt opnieuw een vierdaagse NIAZ-audit plaats. De voorbereiding van dit heraccreditatietraject is medio 2014 gestart.

Interne audits

In 2014 zijn vijftien van de geplande achttien interne audits uitgevoerd op afdelingen. De drie overige vinden plaats in het eerste kwartaal van 2015. Tijdens de audit toetsen interne auditoren of een afdeling voldoet aan de NIAZ Kwaliteitsnorm Zorginstelling 2.3.

Keurmerken

Het Slingeland Ziekenhuis hanteert, naast het NIAZ, nog andere keurmerken en systemen. In 2014 betrof dit de volgende:

- De afdeling Dialyse beschikt sinds 2006 over een HKZ-certificaat.
- Het Klinisch Chemisch en Hematologisch Laboratorium is sinds 2002 in het bezit van een accreditatiebewijs van het CCKL. Het Medisch Microbiologisch Laboratorium is sinds november 2012 in het bezit van het accreditatiebewijs van het CCKL. Het bewijs geeft aan dat het laboratorium voldoet aan de nationaal en internationaal gestelde kwaliteitseisen voor medische laboratoria.
- De afdelingen kindergeneeskunde en verloskunde hebben sinds 2010 het WHO/UNICEF borstvoedingscertificaat. Dit keurmerk geeft aan dat het Slingeland Ziekenhuis voldoet aan de internationaal vastgestelde criteria, de tien vuistregels voor borstvoeding.
- De Vereniging Kind en Ziekenhuis heeft de kinderafdeling en de kinderdagverpleging van het Slingeland Ziekenhuis elk een bronzen 'Smiley' toegekend. Dit betekent dat de afdelingen voldoen aan de basiscriteria die de vereniging Kind en Ziekenhuis hanteert en dat zij zich positief onderscheiden door hun voorzieningen voor ouders en kind.
- Gastvrijheidszorg is een belangrijke pijler van waardevolle zorg. Het Slingeland Ziekenhuis werkt steeds gericht aan een gastvrijheidsbeleid. "Gastvrijheidszorg met sterren" is een waarderingssysteem voor de kwaliteit van gastvrijheid in zorginstellingen, waarbij maximaal vijf sterren zijn te behalen. Belangrijke onderdelen van gastvrijheid in de zorg zijn natuurlijk gezond en lekker eten en servicegerichtheid. Maar ook de manier waarop medewerkers cliënten helpen, is van belang. Het Slingeland Ziekenhuis heeft vier sterren gekregen in 2014. In de beoordeling zijn complimenten gegeven voor gastvrijheid, betrokkenheid, aandacht, deskundigheid en veiligheid.
- Het Slingeland Ziekenhuis heeft sinds 2007 het keurmerk voor Vaatzorg ontvangen van de Hart en Vaatgroep. Het keurmerk geeft aan dat het Slingeland Ziekenhuis voldoet aan de kwaliteitscriteria

voor goede vaatzorg van de Vereniging van Vaatpatiënten. De criteria hebben betrekking op de specialisatie van de artsen, de onderlinge samenwerking, de reikwijdte van het behandelingsaanbod en mogelijkheden voor diagnostiek.

- Het Slingeland Ziekenhuis heeft een 'Roze Lintje' van de Borstkankervereniging Nederland. Dit betekent dat voldaan wordt aan de basiseisen voor patiëntgerichte borstkankerzorg.
- De Nederlandse Stomavereniging heeft het Slingeland Ziekenhuis een 'Groen vinkje' voor colo-/ileostomazorg gegeven.
- Het Slingeland Ziekenhuis heeft voor meerdere behandelingen het TopZorg-keurmerk ontvangen van zorgverzekeraar Menzis. Voor alle TopZorg behandelingen geldt dat de behandeling voldoet aan hoge kwaliteitseisen, patiënten snel terecht kunnen voor een behandeling en goed geïnformeerd worden over de behandeling en de nazorg.
- Het Slingeland Ziekenhuis is door zorgverzekeraar Achmea uitgeroepen tot kwaliteitsziekenhuis voor de operaties bij dikke darmkanker en voor de behandeling heupvervangende. De ziekenhuizen die de kwalificatie krijgen, scoren bovengemiddeld op de door Achmea geselecteerde aandoeeningen. Om aan ziekenhuizen het stempel 'kwaliteitsziekenhuis' te kunnen geven, is er gekeken naar de aspecten medische kwaliteit, wachttijden en doorlooptijden en patiëntgerichtheid.

4.4 Kwaliteitsbeleid ten aanzien van patiënten/cliënten

4.4.1 Kwaliteit van zorg

Waardering patiënten

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

- CQI (Consumer Quality Index)-enquête.
- Suggestiekaarten.
- klachten (zie 4.4.3).
- cliëntenraad (zie 3.3).
- zorgkaart Nederland.

Ter aanvulling vinden eventueel enquêtes of interviews plaats op vakgroep- of afdelingsniveau. Daarnaast vinden evaluatiegesprekken plaats tussen patiënt en hulpverlener.

CQI enquêtes

De Consument Quality Index (CQI) is een landelijke enquête naar ervaringen van patiënten. De PROM's is een meting naar het effect van de behandeling. In 2014 hebben de volgende onderzoeken plaatsgevonden onder patiënten van ziekenhuizen:

CQI/PROMS themagemiddelden Rughernia	Score 2014 @
Informatie zorgaanbieder	**
Wachttijd	**
Contact met de zorgverlener	**
NPS (zou u het ziekenhuis aanbevelen bij anderen)	11,5 (bench-mark: 11,9)

CQI/PROM's Themagemiddelden spataderen	Score 2014 @
Spataderbehandeling (informatie en behandelplan)	***
Nazorg & probleem- en klachtafhandeling.	***
Contact/informatie en samenwerking in zorginstelling	**
Patientenvoorlichting in zorginstelling	**
Veines SYM (verschil in symptomen vier weken voor en na behandeling)	**
Veines QOL (verschil in kwaliteit van leven voor en na behandeling)	**
NPS (zou u het ziekenhuis aanbevelen bij anderen)	37,4 (bench-mark: 30,3)

CQI Themagemiddelden mammacare (borstkanker)	Score 2014 @
Mammacare goedaardig:	
Bejegening en informatie	***
Afstemming en samenwerking	***
Hoeveelheid en begrijpelijkheid informatie	**
Wachttijd	***
Probleem- en klachtafhandeling	***
Privacy	**

NPS (zou u het ziekenhuis aanbevelen bij anderen)	58,6 (bench-mark: 61,1)
Mammacare kwaadaardig:	
Bejegening en informatie	**
Hoeveelheid en begrijpelijkheid informatie	**
Wachttijd	**
Meebeslissen behandeling	**

CQI/PROM's totale heup/knie	Score 2014 @@
Communicatie over medicijngebruik	***
Communicatie met artsen	**
Communicatie met verpleegkundigen	**
Pijnbestrijding	**
NPS (zou u het ziekenhuis aanbevelen bij anderen)	50,2 **
PROMS scores: verschil in effect voor en na behandeling:	
Heup	**
Knie	**
Kwaliteit van leven	**
Gezondheidstoestand	**
Pijn in rust	***
Pijn tijdens belasting	***
Ervaren complicaties	***
Verzuim	**

@

- * = ziekenhuis scoort significant lager dan gemiddeld
- ** = ziekenhuis scoort gemiddeld
- *** = ziekenhuis scoort significant hoger dan gemiddeld

Suggestiekaarten

Patiënten kunnen, via suggestiekaarten, op een laagdrempelige manier suggesties doen voor verbeteringen. In 2014 werden bijna 2000 suggestiekaarten ingediend. Zoals ieder jaar is het merendeel van deze suggestiekaarten positief. Iedere maand worden er suggestiekaarten geoormd waar nadere analyse en of verbetering op moet plaatsvinden. Acties, die afdelingen naar aanleiding van deze kaarten ondernemen, worden centraal geregistreerd.

Slingeland Ziekenhuis verkozen tot meest patiëntvriendelijke ziekenhuis

Het Slingeland Ziekenhuis is door de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) verkozen tot meest patiëntvriendelijke ziekenhuis. Van de 10 genomineerde ziekenhuizen mocht het Slingeland Ziekenhuis uiteindelijk de prijs in ontvangst nemen. Slingeland werd geroemd om de duidelijke uitleg, het geduld van de medewerkers, de pijnbestrijding en het vermogen om patiënten gerust te stellen. Om de patiëntvriendelijkheid van de ziekenhuizen te beoordelen werd gebruik gemaakt van de waarderingen op ZorgkaartNederland.nl.

Kwaliteitsvenster

In Nederland is in 2014 is het Kwaliteitsvenster patiënten en andere belangstellenden ontwikkeld. Het Kwaliteitsvenster bestaat uit tien 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, een landelijke 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 Kwaliteitsinstituut Nederland (voorheen Zichtbare Zorg).
- 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 het 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.

Het jaar 2014 laat een toename zien van het aantal op te leveren indicatoren. 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

De Hospital Standardised Mortality Ratio is een indicator om sterfte in ziekenhuizen te vergelijken waarbij rekening is gehouden met relevante casemixfactoren. De HSMR wordt over een periode van drie jaar berekend. Bij kortere periodes neemt de vergelijkbaarheid tussen ziekenhuizen af. De HSMR over de periode 2011 – 2013 in het Slingeland Ziekenhuis bedroeg 108. Over 2013 was de HSMR 113. Het landelijk gemiddelde ligt op 100. De HSMR in het Slingeland Ziekenhuis was in 2013 significant hoger dan het landelijk gemiddelde. De Standardised Mortality Ratio van enkele tientallen aandoeningen staat gepubliceerd op de website van het ziekenhuis. (zie: <https://www.slingeland.nl/sterftecijfers/ruwe-en-gecorrigeerde-sterftecijfers/1646/1714>).

Het Slingeland Ziekenhuis heeft onderzoek gedaan naar alle patiënten die in 2013 zijn overleden met een hogere SMR. Hieruit komen twee belangrijke oorzaken van de hogere HSMR naar voren:

1. Nevendiaagnosen registreren: Uit het rapport blijkt dat het Slingeland Ziekenhuis ongeveer de helft minder nevendiaagnoses van patiënten registreert dan het landelijk gemiddelde. Uit het interne onderzoek blijkt dat deze nevendiaagnosen wel in het dossier van de patiënt staan, maar dat deze niet in de landelijke registratie zijn verwerkt. Het sterftecijfer valt hierdoor onterecht hoger uit. Want als niet alle bijkomende ziektes van patiënten goed gerapporteerd zijn, lijkt de kans op overlijden van de patiënt onterecht lager dan in werkelijkheid het geval is. Afgelopen maanden is gewerkt aan het verbeteren van de registratie van (neven-)diagnosen van patiënten die in 2014 opgenomen zijn geweest in de landelijke database. Het resultaat hiervan is dat de voorlopige HSMR van 2014 een daling laat zien.
2. Opname patiënten in terminale fase: In het rapport staat dat in het Slingeland Ziekenhuis bijna twee keer zoveel opnamen zijn met palliatieve zorg dan het landelijk gemiddelde van ziekenhuizen. Intern onderzoek bevestigt dat een groot deel van de patiënten al in een terminale fase werd opgenomen. Zij kwamen naar het Slingeland Ziekenhuis om daar te sterven. Het is niet duidelijk of patiënten een bewuste keuze maken om te sterven in het ziekenhuis, of dat ze in deze laatste fase liever in een huiselijke setting willen blijven als hiervoor voldoende ondersteuning beschikbaar is. Het Slingeland Ziekenhuis wil samen met ouderenzorg en huisartsen onderzoeken of er mogelijkheden zijn om de zorg aan patiënten in de terminale fase te verbeteren.

Een commissie van medisch specialisten blijft maandelijks de dossiers van overleden patiënten onderzoeken op mogelijkheden voor kwaliteitsverbetering. De commissie is getraind in een internationaal erkende methode 'IHI Global TriggerTool' om dit te onderzoeken. De commissie controleert standaard het dossier van de patiënt aan de hand van een lijst van 60 aspecten. Als zich een complicatie heeft voorgedaan onderzoekt de commissie of er gehandeld is volgens de standaarden van de medische beroepsgroep en of overlijden mogelijk voorkomen had kunnen worden.

4.4.2 Klachten

4.4.2.1 Samenstelling Klachtencommissie

Externe leden:

- mevrouw mr. A. Wiltink, advocaat, voorzitter.
- mevrouw mr. drs. T. de Looff, jurist, op voordracht van het Zorgbelang Gelderland.
- de heer drs. J. Berting, voormalig huisarts.
- de heer drs. B.H.M. Bos, voormalig huisarts.

Interne leden:

- de heer L. Schaars, IC verpleegkundige Slingeland Ziekenhuis, op voordracht van de ondernemingsraad.
- de heer dr. D. Scharn, vaatchirurg Slingeland Ziekenhuis, op voordracht van de medische staf Slingeland Ziekenhuis.
- mevrouw drs. E. Dannenberg, radioloog Slingeland Ziekenhuis, op voordracht van de medische staf Slingeland Ziekenhuis.

Ambtelijk secretaris

- mevrouw M.C.H. Leenders-Klink

Klachtenregeling

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

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

Op grond van de WKCZ moet elke zorginstelling beschikken over een klachtenregeling. Hulpverleners en zorginstellingen zijn verplicht om klachten volgens de regels van de WKCZ te behandelen. In deze regeling is vastgelegd hoe met klachten van patiënten wordt omgegaan. Patiënten kunnen, naar wens, gebruikmaken van goed toegankelijke en professionele klachtenopvang, -bemiddeling en/of -behandeling.

Het doel van de klachtenregeling is recht te doen aan klager en verweerder en aldus zo mogelijk klagers onvrede weg te nemen en zodoende de kwaliteit van zorg te verbeteren.

In 2014 heeft de klachtencommissie 12 klachtbrieven ontvangen.

- Bij 4 klachten uit 2013 is in 2014 een uitspraak gedaan.
- Bij 1 klacht uit 2013 wordt in 2015 een uitspraak gedaan.
- Bij 4 klachten uit 2014 is in 2014 een uitspraak gedaan.
- Drie klachten uit 2014 zijn in 2014 ingetrokken door klager.
- Vijf klachten uit 2014 zijn nog in behandeling en daarover wordt de uitspraak verwacht in 2015.

4.4.2.2 Klachtenfunctionaris

Klachtenopvang en –afhandeling

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

- De klacht behandelen zo dicht mogelijk bij het niveau waarop de klacht is ontstaan.
- Een onpartijdige behandeling van de klacht.
- Zo weinig mogelijk formaliteiten bij het indienen van een klacht, 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 2014 werden door 331 mensen een klacht ingediend, dit is een stijging ten opzichte van 2013. Voor deze stijging is geen duidelijke oorzaak te vinden.

Door 24 personen werd een schadeclaim ingediend, dit aantal ligt hoger dan in 2013 toen 17 schadeclaims werden ingediend. Ook voor deze stijging is geen verklaring voor handen.

Klachten kunnen schriftelijk, telefonisch, via een persoonlijke afspraak en per e-mail worden ingediend. Het aantal klachten bedraagt minder dan 0,4% van het aantal unieke bezoekers in het Slingeland Ziekenhuis.

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

Tabel: Klachten per categorie

	2010	2011	2012	2013	2014	2010	2011	2012	2013	2014
Aantal klagers	232	263	310	283	331	232	263	310	283	331
<i>categorie:</i>	<i>aantal</i>	<i>aantal</i>	<i>aantal</i>	<i>aantal</i>	<i>aantal</i>	%	%	%	%	%
Behandel technisch: medisch (86) verpleegk. (36)	78	117	130	127	122	29	34	26	31.1	25
relationeel	147	163	208	167	206	54	48	42	41.2	43
organisatorisch	18	31	102	44	68	6.7	9	20	10.8	14
bouw/terrein	11	14	15	11	18	4.1	4	3	2.7	4
financieel	17	18	44	58	67	6.0	5	9	14.2	14
TOTAAL aantal klachten	271	343	499	407	481	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 patiënten die de moeite hebben genomen om hun klacht / verbeterpunt kenbaar te maken zijn tevreden als in een bemiddelingsgesprek toelichting wordt gegeven op de toedracht van het gebeurde, als aangegeven wordt waarom iets onontkoombaar was of wanneer er spijt wordt betuigd over een ongelukkige gang van zaken.

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 van de patiënten die de moeite hebben genomen om hun klacht / verbeterpunt kenbaar te maken willen een signaal afgeven en spreken de wens uit dat ze door het melden van een klacht hopen te voorkomen dat een andere patiënt hetzelfde meemaakt. Als dit signaal op goede wijze wordt ontvangen en relaties worden hersteld, leidt dit voor de betreffende klagers tot tevredenheid. Denk hierbij aan klachten over onheuse bejegening en onduidelijke uitleg of een gebrek aan informatie. Soms hebben deze patiënten verwachtingen waaraan niet kan worden voldaan. Ook hier is goede uitleg belangrijk.

254 personen waren na behandeling van de klacht tevreden over de uitkomst. 24 personen waren niet en 30 niet geheel tevreden met de uitkomst. Van de mensen die via e-mail een klacht hebben ingediend, en ook via dit kanaal een reactie wensen op hun klacht, is niet altijd bekend of ze tevreden

zijn met de afhandeling van de klacht. In 2014 was dit het geval bij 22 personen. Momenteel loopt nog 1 klacht uit 2014. Hiervan is nog niet bekend of de klager tevreden is over de uitkomst.

Van de 24 personen die niet tevreden waren over de uitkomst van hun klacht, zijn 4 personen naar de Klachtencommissie gegaan en 8 personen hebben een claim ingediend. 16 personen hebben rechtstreeks een claim ingediend, waarmee het totale aantal claimanten in 2014 op 24 komt.

In 2014 veelvuldig genoemde klachten zijn:

- bejegening van de patiënt.
- discontinuïteit in zorg na ontslag van de klinische patiënt.
- lange wachttijd op de afdeling Spoedeisende Hulp.
- verkeerde of gemiste diagnose.
- onvoldoende begeleiding en uitleg bij onderzoek en/of behandeling.
- klachtuiting van de patiënt niet serieus nemen.
- (mis)communicatie.
- behandelen op SEH in plaats van verwijzen naar HAP, hierdoor hoge rekening (eigen risico).
- hoogte van een ontvangen rekening niet in verhouding tot (kortdurend) bezoek aan een specialist.
- klachten over hoge parkeerkosten.
- onduidelijkheid over ontvangen rekeningen met betrekking tot bezoeken en of behandelingen ziekenhuis.
- onduidelijkheid over datum en tijdstip van ontslag.
- lange wachttijd afspraak polikliniek.
- lange wachttijd op onderzoek.
- coördinatie/afstemming tussen zorgverleners.
- samenwerking/overdracht tussen zorgverleners.

Mede naar aanleiding van deze klachten zijn acties uitgezet. Enkele belangrijke zijn hieronder weergegeven:

- Verbeteren werkwijze op de spoedeisende hulp gericht op verbeterde besluitvorming, logistiek, bouw. Allen met als doel de wachttijden en doorlooptijden te verkorten. (project loopt nog)
- Informatievoorziening over kosten van zorg en nota's is verbeterd. Dit is onder andere gebeurd door foldermateriaal te maken en de website uit te breiden.
- Artsen hebben training gevolgd in beter voeren van gesprekken op de polikliniek.

4.4.3 Toegankelijkheid

In bijgevoegd schema staat aangegeven wat de gemiddelde toegangstijd is per specialisme over heel 2014:

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

4.4.4 Activiteiten kwaliteit en veiligheid

Veiligheidstoets

Alle leidinggevenden en directieleden voeren jaarlijks een veiligheidstoets uit op alle afdelingen van het Slingeland Ziekenhuis. In 2014 zijn alleen onderdelen getoetst die in 2013 nog niet maximaal scoorden. De gemiddelde score voor het Slingeland Ziekenhuis was in 2013 een 8 en steeg in 2014 naar een 9,1. De scores per afdeling lopen uiteen van een 5,4 tot een 10. De resultaten op de diverse items zijn verbeterd ten opzichte van vorig jaar. Vorig jaar waren er nog diverse onderwerpen die rond de 6 scoorden. Resultaten op de hygiëne-items zijn vastgehouden of verbeterd.

Prospectieve Risico Inventarisaties

In 2014 hebben zeven prospectieve risico-inventarisaties plaats gevonden, onder andere op het gebied van nieuwe apparatuur.

Kwaliteits- en veiligheidsprojecten

Het Slingeland Ziekenhuis heeft deelgenomen aan het Landelijk Veiligheidsprogramma, dat meerdere jaren heeft gelopen. Alle 11 thema's van het veiligheidsprogramma, met als doelstelling om de schade aan patiënten met 50% te verminderen, zijn geïmplementeerd. In 2014 heeft verdere borging en verbetering plaatsgevonden:

- Het project medicatieverificatie is afgerond. Verificatie bij opname en ontslag vindt op alle afdelingen plaats.
- Er is hard gewerkt aan het verbeteren en borgen van het project High Risk Medicatie. De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft een onverwacht toetsingsbezoek afgelegd. De conclusie in de rapportage is: "Uw ziekenhuis voldoet aan de voorwaarden voor verantwoorde zorg rondom van toepassing zijnde normen op het gebied van High Risk Medicatie. Samengevat komt het erop neer dat er, sinds het 1e bezoek van de inspectie, aantoonbaar verbetermaatregelen zijn doorgevoerd ter optimalisering van de zorgprocessen rondom High Risk medicatie. Dit heeft een positieve uitwerking gehad op de patiëntveiligheid en kwaliteit van zorg rondom (het klaarmaken en toedienen van) High Risk medicatie in het Slingeland Ziekenhuis."
- Om de thema's 'Lijnsepsis' en 'Postoperatieve wondinfecties' beter te borgen is herinrichting van de digitale PREZIES-module nodig. Dit project heeft in 2014 beperkt voortgang gekregen en krijgt een vervolg in 2015.

- Er is een e-learning module 'Vitaal bedreigde patiënt' ontwikkeld. Alle verpleegkundigen zijn verplicht om deze module iedere twee jaar te volgen. Teams worden daarna geschoold in de SBAR, een methode met als doel de communicatie tussen verschillende hulpverleners te verbeteren onder andere in kritische spoedsituaties.
- Uit metingen blijkt dat de richtlijnen vanuit de VMS-thema's Contrastnefropathie en Acut Coronair Syndroom breed worden nageleefd. Ook de thema's Kwetsbare Ouderen en Pijn worden breed nageleefd, doch hier is verbetering mogelijk.

Daarnaast liepen in 2014 de volgende projecten en activiteiten op het gebied van kwaliteit en veiligheid:

- Het project digitaal inrichten en verbeteren van Informed Consent is uitgevoerd en wordt in 2015 afgerond.
- Er heeft onderzoek plaatsgevonden naar methoden voor waarderingsonderzoek onder patiënten. In de eerste helft van 2015 start een pilot met een nieuwe methode van kort-cyclisch meten onder patiënten.
- Essentiële eisen uit het 'Convenant veilige toepassing van medische technologie in het ziekenhuis' zijn ingevoerd. In juli heeft onverwacht bezoek plaatsgevonden van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. In de rapportage staat: "Uw ziekenhuis voldoet op de getoetste onderdelen in voldoende mate aan de voorwaarden voor veilig gebruik van medische technologie in het ziekenhuis. Op een aantal punten wordt nog niet geborgd gescoord."
- In overeenstemming met de landelijke richtlijnen voor Pré-, Per- en Postoperatief Traject zijn de afgelopen jaren op kritische momenten in het traject die een operatiepatiënt doorloopt checklijsten en stopmomenten doorgevoerd. In 2014 zijn deze checklijsten en stopmomenten gedigitaliseerd en er is op diverse onderdelen gewerkt aan verbeteringen in het operatief proces. Op verzoek van de projectgroep heeft een voormalig Inspecteur voor de Gezondheidszorg een driedaagse audit uitgevoerd op het operatiecentrum, verpleegafdelingen en poliklinieken. De conclusie luidt: "TOP123 is goed ingeburgerd in het ziekenhuis, medewerkers beschikken over de noodzakelijke kennis. Stopmomenten 3, 5 en 6 zijn geborgd. Stopmomenten 1 en 4 behoeven op onderdelen aandacht. Op stopmomenten 2 en 7 zijn verbetermaatregelen noodzakelijk." Daarnaast is geconcludeerd dat er verbeteringen gewenst zijn met betrekking tot een aantal randvoorwaarden.
- Het nieuwe beleid vrijheidsbeperkende maatregelen is ingevoerd. Dit beleid is gericht op het zoveel mogelijk beperken van vrijheidsbeperkende maatregelen, bijvoorbeeld door deskundigheidsbevordering van verpleegkundigen, het inzetten van ultra lage bedden en een specifiek alarmeringssysteem en door rooming in van familie/vrienden.
- Landelijke richtlijnen voor sedatie op andere afdelingen dan het operatiecentrum zijn ingevoerd.
- De landelijke richtlijnen voor bestrijding van resistente micro-organismen (BRMO) zijn ingevoerd. In het Slingeland Ziekenhuis waren in 2013 24 onderdelen 'goed', 9 'voldoende', 3 'matig' en 2 'onvoldoende'. De Inspectie legde ziekenhuizen met een onvoldoende een corrigerende maatregel op: binnen zes maanden diende aangetoond te worden dat ze de zorg naar voldoende niveau hebben gebracht. Het Slingeland Ziekenhuis heeft deze maatregelen binnen de gestelde tijd gerealiseerd. Maandelijks vindt controle plaats van de naleving van de MRSA/BRMO risico-inventarisatie bij opname. De gemiddelde score van alle klinische afdelingen in het laatste kwartaal schommelde rond de 80% (norm Inspectie: 70%).

4.4.5 Veilig Incidenten Melden

Inleiding

De Centrale VIM-commissie (CVC) (VIM = Veilig Incidenten Melden) is een adviescommissie die als doel heeft een bijdrage te leveren aan de verbetering van de patiëntveiligheid. Dit gebeurt op grond van binnengekomen meldingen, afkomstig van medewerkers en medisch specialisten. De commissie kwam in 2014, 9 keer in vergadering bijeen.

Centrale VIM-Commissie

Algemeen

De volgende activiteiten hebben plaatsgevonden:

- Aanpassingen aan VIM-formulier, onder andere VIM-vinkje voor melders om melding onder aandacht te brengen van Centrale VIM Commissie (CVC).
- Het afhandelen van VIM-meldingen is vereenvoudigd door de autorisatiefase eruit te halen.
- Doorsturen van VIM-meldingen naar andere afdelingen is vereenvoudigd, waarbij de anonimiteit van melder is gewaarborgd.
- Het meldingsformulier Medicatie is zodanig aangepast dat dit nu overeenkomt met het formulier dat naar de CMR gestuurd kan worden.
- Het Tel-vimformulier is in gebruik genomen (o.a. FT/ET, DT, MPM, KCHL, Dialyse, transferbureau, verpleegafdeling beschouwend, MGV, ICU, kinderneonatalogie, CSA, Poli-functieafdeling cardiologie).
- Er heeft een Kwalitaria plaatsgevonden "Veilig melden", georganiseerd door de CVC.
- Er is gestart met het maken van Trendanalyses per soort meldingsformulier.
- Er zijn 6 scholingen geweest om 46 nieuwe decentrale VIM-teamleden te scholen.

Cijfers

Het totaal aantal meldingen is wederom gestegen ten opzichte van het voorliggende jaar. Ging het in 2013 nog om 3735 meldingen, in 2014 werden 4211 meldingen gedaan.

Meldingen	2014	2013	2012	2011	2010
<i>Categorie:</i>					
Valincidenten	118	114	100	116	121
Medicatie	490	515	563	512	434
Materiaal /instrumentarium	282	318	293	256	150
Preoperatieve zaken	291	235	254	179	156
Transfusieketen/hemovigilantie	8	17	18	26	13
Dialyseformulier	0	286	303	286	-
Overig	1756	1.569	1.156	1.099	691
KCHL/MML	1042	681	629	-	-
Tel-vim (v.a. eind aug '14)	224	-	-	-	-
totaal aantal meldingen:	4211	3735	3.619	2.474	1.581
Index t.o.v. 2010:	266%	236%	228%	156%	100%

De toename in 2014 wordt deels veroorzaakt doordat de Tel-vim in gebruik is genomen en het aantal "overige meldingen" is toegenomen. De werkeenheden dialyse meldt sinds april 2011 digitaal in iTask en daardoor zijn de meldingen via het dialyseformulier afgenomen tot 0.

Samenstelling van de Centrale VIM-Commissie

- De heer F.J.L. Reijnders, gynaecoloog (voorzitter).
- De heer C. van Arkel, internist/oncoloog.
- Mevrouw D.G. van Gijssel, ziekenhuisapotheker.
- De heer R.A.C. Koot, patholoog.
- De heer S. de Rijk, anesthesioloog.
- De heer D. Smits, longarts (v.a. 1-7-2014).
- Mevrouw H. Meijer, teamleider dermatologie.
- Mevrouw J. Jansen, verpleegkundige kindergeneeskunde.
- Mevrouw I. van der Wijst, kwaliteitsfunctionaris KCHL.
- Mevrouw L. Janssen, unitmanager marktunit Vrouw en Kind.
- Mevrouw M. Janssen, leidinggevende paramedici/geestelijke verzorging/MPM (tot 1-6-2014).
- Mevrouw G.S. Spronk, klinisch geriater (tot 1-6-2014).
- Mevrouw M. Elshof, Centrale VIM-Coördinator.
- Mevrouw R. Smit, secretaresse (tot 1 dec. 2014).
- Mevrouw K. Buil, secretaresse (v.a. 1 dec. 2014).

Adviezen

De coördinator en voorzitter van de Centrale Vim-commissie krijgen bericht van meldingen met een hoge urgentie. Naar aanleiding van deze meldingen zijn de volgende acties ondernomen:

Er is advies gegeven de meldingen te analyseren via de Prisma-methode met als resultaat:

- Venflons en kraantjes worden besteld bij dezelfde firma om losschieten te voorkomen.
- De middelen die gebruikt worden om voeding per sonde of infuus toe te dienen krijgen dezelfde kleur zodat vergissingen voorkomen kunnen worden.
- Consensus tussen vakgroepen omtrent het toepassen van de richtlijn Medicatie bij Kwetsbare ouderen.
- Criteria voor functieonderzoek en spoedplaatsen bij cardiologie zijn beschreven.
- Aanpassen folder over lasertherapie met uitleg over werkwijze en mogelijke risico's.

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.

Ziekteverzuim

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

Ten opzichte van 2013 is het verzuimpercentage licht gedaald van 4,5% naar 4,4%. In de analyse van 2014 is aanvullend gewerkt vanuit het gedragsmodel van Falke en Verbaan. Hierin wordt aandacht besteed aan het aantal nulverzuimers. Dit jaar lag de focus vooral op het terugbrengen van het frequente verzuim. Zowel het korte verzuim, het middellange verzuim als het aantal nulverzuimers is gedaald. Daartegenover staat een stijging van het lange en zeer lange verzuim. Deze stijgingen betreffen voor al de medewerkers die 55 jaar en ouder zijn. Met behulp van "het huis van werkvermogen" zijn een aantal afdelingen begeleid met als doel vitaliteit bespreekbaar te maken en acties te definiëren en te ondernemen. Deze acties zijn erop gericht de medewerkers meer regie in handen te geven over eigen gezondheid en vitaliteit.

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

Verloop en vacaturevervulling

Als gevolg van maatschappelijke veranderingen in de zorg en door de toepassing van nieuwe technologieën verwachten we de komende jaren een gestaag beperkte terugloop van de personeelsformatie. Daarnaast verwachten we dat de vraag naar hoger geschoold personeel toeneemt als gevolg van nieuwe en strengere kwaliteitseisen. Deze ontwikkelingen leiden de komende jaren tot verlaging van het aandeel lager en middelbaar geschoolde medewerkers en een relatieve groei van hoger opgeleide medewerkers.

De arbeidsmarkt reageert vertraagd op de ontwikkelingen, waardoor de werkgelegenheidskansen in de ziekenhuiszorg positief worden gewaardeerd. Er is nog steeds sprake van voldoende (verpleegkundige) studenten op het MBO en HBO. Wij verwachten beter te kunnen anticiperen op de eerder geschetste ontwikkelingen door het op grote schaal aanbieden van stages aan voornamelijk HBO geschoolden (via leerunits en onderzoek arrangementen). Gezien de ontwikkelingen op de arbeidsmarkt verwachten we op korte termijn geen grote problemen bij het vervullen van de meeste vacatures. Het vervullen van managementposities blijkt nog steeds niet eenvoudig, vooral aan de kant van de marktunits.

Tabel: Verloop personeel	Aantal personeelsleden	Aantal fte
Instream personeel in loondienst (totaal) in verslagjaar	149	96,7
Uitstroom personeel in loondienst (totaal) in verslagjaar	99	66,0

Tabel: Vacatures	Aantal vacatures einde verslagjaar	Aantal moeilijk vervulbare vacatures einde verslagjaar
Totaal personeel	20	1
Personeel met patiëntgebonden functies	15	0

4.5.2 Kwaliteit van het werk

Organisatieontwikkeling

In een sterk veranderende omgeving is er continue sprake van aandacht voor organisatieontwikkeling. De vraag is steeds of de organisatiestructuur en de verdeling van taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden zodanig zijn ingericht dat we de interne en externe toekomstige ontwikkelingen goed kunnen opvangen en een blijvende toegevoegde waarde kunnen blijven bieden aan de patiënten in onze regio. Gericht op de verwachte toekomstige ontwikkelingen gaat het hier dus om de organisatie proactief vorm te geven. In 2014 hebben de laatste organisatie onderdelen de slag gemaakt naar een meer resultaatgerichte inrichting en cultuur. Door benoeming van teamleiders en managers is het op diverse plaatsen gekomen tot een splitsing van het operationele en tactische leidinggeven. De functies zijn in principe ingenomen door zittend personeel. Daarbij is de geschiktheid en de ontwikkelbaarheid getoetst door middel van een vorm van 360 graden beoordeling en een assessment. De benoeming werd afgerond op basis van een Persoonlijk OntwikkelPlan (POP). Opleiding, begeleiding en coaching is voor alle betrokkenen gestart. Om de impact van veranderingen in de omgeving, de techniek en/of automatisering proactief te bepalen en maatregelen te treffen is een steeds grotere samenwerking tussen verschillende disciplines nodig.

Opleidingsbeleid

De aangekondigde subsidie in het kader van de kwaliteitsimpuls voor ziekenhuizen, bood de ruimte om strategisch opleiden vorm en inhoud te geven. Het strategisch opleidingsbeleid van het Slingeland Ziekenhuis is beschreven en vastgesteld. De ontvangen subsidie heeft ervoor gezorgd dat de visie ook vertaald kon worden naar concrete acties. De focus van het strategisch opleiden is dat leren op en tijdens het werk het meest effectief is (70%). Hier ligt ook de verbinding met het strategisch plan van het ziekenhuis waarin het continue verbeteren als kernelement van het realiseren van de strategie is benoemd. De inzet van de subsidie in 2014 heeft er onder andere toe geleid dat we in de komende jaren het "lean" denken en werken in de organisatie willen introduceren. Het doel van lean is het waarborgen van het continue verbeteren (en leren) en dit te versterken op alle niveaus in onze organisatie.

Om kritische kennis en vaardigheden te waarborgen en deze regelmatig te trainen en/of te toetsen is een leermanagementsysteem ingevoerd en ingericht. De prioriteit lag bij het waarborgen van de kennis en vaardigheden op het gebied van de risicovolle medische apparatuur. Eind 2014 zijn alle relevante medewerkers aangesloten. Via het Leerplein SZ kunnen zij zowel de voorbehouden handelingen als de kennis en vaardigheden met betrekking tot risicovolle medische apparatuur laten toetsen. Ze beschikken over een individuele monitor om te kijken of zij voldoen aan de gestelde eisen. Er zijn acties gestart om de beperkte financiële ruimte in het "normale" opleidingsbudget beter in te zetten/benutten en de aanvragen anders en meer in gezamenlijkheid in te richten. Doel hiervan is te zoeken of en op welke wijze er ruimte gecreëerd kan worden voor strategisch opleiden en het budget niet alleen te benutten voor kennis onderhoud.

In 2014 was het projectmanagement één van de belangrijke verbeteracties. Met het oog daarop zijn managers en projectleiders getraind en zijn in een aantal gevallen projectleiders begeleid en gecoacht. Ook deze training en coaching konden tot stand komen door de subsidie in het kader van de kwaliteitsimpuls. Spin of van deze training en coaching is dat zowel de projectorganisatie als de ondersteunende processen, procedures en formats zijn ontworpen.

Vitaliteit

Dankzij een speciaal aanbod van zorgverzekeraar IZZ heeft het Slingeland Ziekenhuis een training voor teamleiders kunnen organiseren, gericht op "Energiek leidinggeven". Daarnaast worden jaarlijks op een beperkt aantal afdelingen Vitaliteitsworkshops georganiseerd. Doel daarvan is om vitaliteit en

duurzame inzetbaarheid op de afdeling en van de medewerkers gezamenlijk in kaart te brengen en verbeteracties te definiëren en te ondernemen. In 2014 zijn twee teams hiermee bezig geweest.

Inzet flexibele medewerkers

Ter voorbereiding op de invoering van de Wet Werk en Zekerheid en de onduidelijkheid over de mogelijkheden om bv. 0-uren overeenkomsten in de zorg aan te gaan, zijn diverse mogelijkheden onderzocht om de noodzakelijke flexibele schil te handhaven binnen de daarvoor gestelde kaders. Groot probleem was de continue onzekerheid over een eventueel ministerieel verbod op 0-uren overeenkomsten en anderzijds het uitblijven van de nieuwe CAO.

Het Slingeland Ziekenhuis heeft een rapportage en signalering ontwikkeld waarmee de inzet van 0-uren contracten/invalidemedewerkers kan worden bewaakt en besproken. Dit mede naar aanleiding van eerdere discussies met de vakbonden. Toepassing van deze middelen heeft geleid tot het omzetten van een aantal 0-uren contracten (geen CAO) naar min-max contracten (wel CAO). Ook is gebleken dat een groot deel van de invalkrachten met een 0-uren overeenkomst niet in vaste dienst wil komen. Voor deze medewerkers is het erg belangrijk dat ze meer regel- en keuzevrijheid ervaren en die niet willen opgeven. Anderzijds is het Slingeland Ziekenhuis ook duidelijk over de rechten en plichten, oftewel alle rechten (arbeidsvoorwaarden) dan ook alle plichten (werkoverleg, diensten e.d.). De gegevens zijn ook met de vakbonden besproken.

Arbeidsvoorwaarden

De verplichtte invoering van de Werkkostenregeling met ingang van 1 januari 2015 leverde veel onduidelijkheid op, vooral voor de onderdelen van het meerkeuzepakket aan arbeidsvoorwaarden. De langdurige onduidelijkheid over het budget (1,4%, 1,5 %, 1,2%) en de onduidelijkheid over de voorgenomen “verbeteringen” hebben gezorgd voor veel discussie. Uiteindelijk heeft het Slingeland Ziekenhuis besloten om een voorzichtige koers te varen. Wel is besloten het bestaande meerkeuzepakket te handhaven hetzij met een aangepaste en beperktere fietsregeling. In de fietsregeling 2015 kan elke medewerker eenmaal per 5 jaar maximaal € 750,= inzetten voor de aanschaf van een fiets (binnen de fiscale kaders bruto salaris/vergoedingen). Daarbij wordt afgezien van een parkeerplaats op het parkeerterrein van het Slingeland Ziekenhuis.

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) en het Ziekenhuis Rampen Opvangplan (ZiROP). 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, 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.

De verantwoordelijkheid voor arbeidsveiligheid ligt bij de afdelingen en medewerkers zelf. De arbo- en milieufunctionarissen ondersteunen en adviseren daarin. Er zijn onder andere 125 werkplekonderzoeken gedaan. Verder zijn diverse bijeenkomsten gehouden voor til- en transferspecialisten en ergocoaches en is voorlichting gegeven over werkhoudingen op een aantal afdelingen.

Risico Inventarisatie en -Evaluatie (RI&E)

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

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

Op dit moment is op de meeste afdelingen een uitgebreide RI&E uitgevoerd. Vier RI&E's zijn uitgesteld tot 2015, met name vanwege (ver)bouw op betreffende afdelingen. De RI&E's van de diverse (kleine) werkeenheden (directie, PO&O, planning en control, typekamer en transferbureau) zijn ook verplaatst naar 2015 en zullen in een aangepaste vorm worden uitgevoerd. Op dat moment is van iedere afdeling een actuele RI&E.

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

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, 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 2014. In werkelijkheid zijn dat in totaal 493 SLIM meldingen geworden.

Overzicht meldingen per onderwerp:

Onderwerp	Totaal
(Bijna) ongeval	51
Cytostatica calamiteit	4
Prik,- spat,- snijaccident	10
Schoonmaak gevonden naalden e.d.	2
CSA- materiaalincidenten	98
Agressie, geweld en bedreiging	103
Diefstal	2
Werkdruk	9
Werkwijze	37
Arbeidsmiddelen	7
Klachten	87
Klachten Bouw	14
Klimaatklachten	16
Overig	53
Totaal	493

Het valt op dat 51 (bijna)ongevallen zijn gemeld, waarvan 1 melding met lichamelijk letsel (zonder verzuim). Analyse en benodigde acties zijn uitgevoerd. Tevens het aantal meldingen omtrent agressie, geweld en bedreiging. Hiervoor is extra aandacht geweest in 2014. Zie de extra toelichting hierna.

Agressie en geweld 2014

Vanaf 2014 t/m 1^e kwartaal 2015 neemt het Slingeland Ziekenhuis deel aan het landelijke project "Veilig werken in de Zorg". Dit houdt in dat incidenten en meldingen omtrent agressie en geweld in de zorg extra worden gevolgd. Tevens wordt door een extern bureau ondersteuning gegeven bij de aanpak van agressie en geweld. In 2014 zijn 103 SLIM meldingen gedaan omtrent agressie en geweld. De beveiliging is in 2014 in totaal 180 keer door Slingeland personeel opgeroepen voor agressie. Deze worden gerapporteerd door de Beveiliging: soms wordt door de afdeling ook een SLIM-melding gedaan, maar niet altijd (verbeterpunt).

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. Zo worden onder andere trainingen gehouden. Als iemand erg agressief is, wordt overwogen een waarschuwing of een toegangsverbod te geven (in 2014 is 3 keer een officiële waarschuwing gegeven middels brief van de directie en 4 keer iemand als persona non grata verklaard). Tevens wordt in een aantal gevallen aangifte gedaan (5 keer in 2014, waarvan 2 aangiftes waarbij de medewerkers anoniem bleven). In december zijn 3 rechtszaken geweest, waarbij een veroordeling van de daders plaatsvond.

Beveiliging

Het Slingeland Ziekenhuis heeft een eigen (erkende) bedrijfsbeveiligingsdienst. De beveiliging is verantwoordelijk voor bewakings- en beveiligingswerkzaamheden met als doel preventief op te treden tegen agressie en andere ongewenste onregelmatigheden om patiënten, bezoekers, medewerkers en aanwezige personen op het terrein en in de openbare gebouwen van de organisatie een veilige omgeving te bieden. Tevens is men verantwoordelijk voor het uitvoeren van controles ter voorkoming van schade aan gebouwen en installaties. Vanzelfsprekend staat veiligheid hoog in het vaandel en maken de beveiligers deel uit van de bedrijfshulpverlening als ploegleider. Gastvrijheid en aanvoelen van mensen in de specifieke ziekenhuis omgeving spelen daarin een belangrijke rol. In 2014 is de beveiliging 180 keer opgeroepen in verband met agressie binnen het Slingeland Ziekenhuis.

Convenant Toegepaste Zorg en Veiligheid

Het Convenant Toegepaste Zorg en Veiligheid is opgesteld om een eenduidige handwijze 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 2014 zijn verschillende casussen aan de orde geweest.

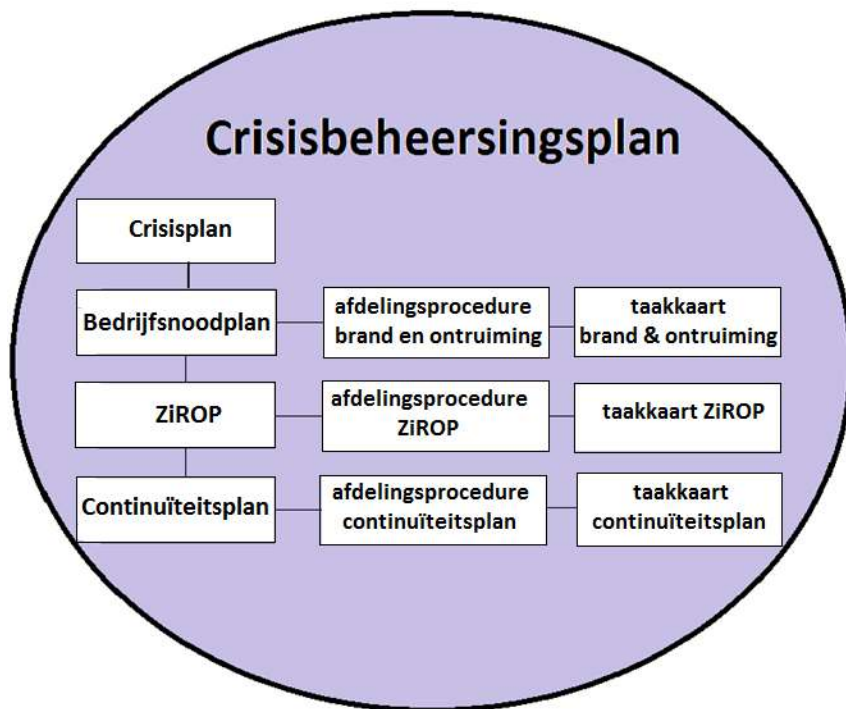
Crisisbeheersingsplan

Het Slingeland Ziekenhuis heeft een Crisisbeheersingsplan, dat bestaat uit:

- Crisisplan (gewijzigde naam van het "Calamiteitenplan 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 crisisbeheersingsplan.

Bedrijfsnoodplan

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

Brandveiligheid

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

De bedrijfshulpverlening van het Slingeland Ziekenhuis bestaat uit medewerkers van het KCHL, afdeling huisvesting en techniek, ICU-verpleegkundigen en de beveiliging. In 2014 werden op 4 dagen onderdelen van het bedrijfsnoodplan geoefend met de bedrijfshulpverleners in samenwerking met een brandweer- en BHV-opleidingscentrum. Centrale onderdelen van deze oefeningen zijn het ontruimen van een afdeling, het benaderen en beheersbaar houden of blussen van een brand en de samenwerking met de brandweer. Alle BHV-ers en ploegleiders zijn NIBHV-gecertificeerd. Tevens zijn de BHV-ers op de locaties Gezellenlaan en Varsseveld opgeleid en getraind. Verspreid over 2014 vonden daarnaast op 88 werkeenheden en afdelingen ontruimingsoefeningen plaats. De meeste waren voldoende; 2 zijn overgedaan vanwege te lage prestatie. In 2014 vond dagelijks een check plaats van vrije doorgang tot brandslangen en van vluchtroutes. De brandweer heeft twee keer de bouwkundige en elektronische aspecten van brandveiligheid gecontroleerd die zijn vastgelegd in de gebruiksvergunning. Tevens is een controlebezoek geweest op de locatie Gezellenlaan. Naar aanleiding daarvan kwamen een aantal verbeteracties naar voren, die zijn adequaat opgepakt.

ZiROP

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

Continuïteitsplan

Het continuïteitsplan is gericht op de vragen 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 2014 is samen met de Gelderse Vallei en Rijnstate een traject ingezet om een gezamenlijk continuïteitsplan op te zetten, waarbij ieder ziekenhuis eigen processen en acties in kaart brengt die belangrijk zijn om de zorgcontinuïteit te borgen. Zo nodig kunnen ziekenhuizen elkaar bij calamiteiten ondersteunen. In 2015 krijgt dit een vervolg.

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. Het ZiROP is in 2014 meerdere malen aangepast, onder andere naar aanleiding van de ervaring van eerdere calamiteiten en ZiROP oefeningen. Voor het Beleidsteam en het Operationele team zijn calamiteitenkoffers ingericht. In deze koffers zitten alle benodigdheden te gebruiken ten tijde van een calamiteit.

Opleiden

In 2014 zijn 4 sleutelfunctionarissen Operationeelteam (OT) en Beleidsteam (BT) opgeleid door middel van de Hospital Major Incidents Management and Support (HMIMS). Daarmee hebben 30 van de 35 huidige leden van het OT en BT de opleiding gevolgd. Tevens hebben 16 van de 18 sleutelfunctionarissen de Masterclass gevolgd. Daarnaast hebben 8 van de 11 secretaresses met een rol binnen het OT en BT de opleiding loggen en plotten gevolgd. Naast de opleidingen, verzorgd door het AZO, zijn er door de medewerker Veiligheid voorlichtingen gegeven op diverse afdelingen.

Trainen

Medewerkers van de Spoedeisende Hulp zijn getraind met het simulatieprogramma ISEE. ISEE is een softwareprogramma voor training en evaluatie van crisismanagement. Daarbij worden de logistieke processen op de SEH, OK en IC nagebootst ten tijde van een calamiteit. Een oefenonderdeel hierbij is het trainen van de logistieke processen en behandelcapaciteit ten tijde van een calamiteit. De medewerker Veiligheid wordt ingezet als instructeur.

Multibel

Voor het automatisch oproepen van medewerkers ten tijde van een ZiROP wordt het MultiBel alarm gebruikt. Elk kwartaal worden de bellijsten geactualiseerd. Bij het actualiseren is een terugkoppeling gedaan naar medewerkers die op hetzelfde telefoonnummer bereikbaar zijn. Het in werking stellen van dit Multibel alarm wordt elke maandag door de medewerkers van de telefooncentrale geoefend. Tevens is de procedure om het Multibelalarm in werking te zetten 1 maal real life geoefend. 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 2014 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. Naast de ketenverantwoordelijkheid van materialen, producten en stoffen is energiebesparing voor het Slingeland Ziekenhuis een belangrijk onderwerp om verder te ontwikkelen.

4.7 Financieel beleid

Exploitatie

Het exploitatieresultaat over 2014 bedraagt € 1.577.710. Dit is 1,2% van de totale bedrijfsopbrengsten van € 136,0 miljoen.

De opbrengsten van het Slingeland Ziekenhuis zijn in 2014 licht gestegen met € 1,1 miljoen ten opzichte van 2013. De totale zorgopbrengst over 2014 is € 125.591.0000. Bij de vergelijking met de omzet 2013 dient rekening te worden gehouden met het feit dat in 2013 veel incidentele opbrengsten over oude jaren zijn verantwoord. In 2014 is de schatting van de schadelastomzet over 2013 geactualiseerd waarbij de toegerekende overvulling over 2013 opwaarts is bijgesteld en verrekend met de verantwoorde zorgomzet in 2014.

De contractwaarde 2014 inclusief nacalculatie is gestegen met 3,3% ten opzichte van 2013. Dit zijn volume en prijseffecten.

Het kostenniveau van het Slingeland Ziekenhuis kent in 2014 een stijging van € 6,2 miljoen ten opzichte van 2013 met een totaal van € 133,4 miljoen. Deze mutatie kent in hoofdlijnen 3 oorzaken.

1. De personeelskosten zijn gestegen met € 3,2 miljoen (4%) vanwege cao-effecten (€ 1,1 miljoen), sociale lasten inzake wao-premie (€ 1,0 miljoen), personele voorzieningen (€ 450.000) en overige mutaties voor een bedrag van € 425.000. De personele formatie is in 2014 conform het niveau 2013.
2. De overige bedrijfskosten zijn met € 5,3 miljoen gestegen vanwege de huurkosten van de tijdelijke OK ad € 2,6 miljoen. Daarnaast zijn de dure geneesmiddelen met € 1,0 miljoen gestegen. Dit geldt eveneens voor de automatiseringskosten (€ 300.000) en de verzekeringskosten medische aansprakelijkheid (€ 160.000).
3. Tenslotte zijn de afschrijvingen met € 2,4 miljoen gedaald. In 2013 is er versneld afgeschreven over een aantal specifieke projecten in verband met de aangekondigde nieuwbouwplannen in 2022 teneinde ultimo 2022 tot een waardering van nihil te komen.

Investerings

Het investeringsniveau in 2014 bedroeg € 15,3 miljoen ten behoeve van gebouwen, medische inventarissen, facilitaire inventarissen en ICT voor respectievelijk € 7,6 miljoen, € 3,7 miljoen, € 1,5 miljoen en € 2,4 miljoen.

Liquiditeit

De liquiditeitspositie van het Slingeland Ziekenhuis is in 2014 met € 27,4 miljoen toegenomen tot € 49,1 miljoen ultimo 2014 (2013: € 21,7 miljoen). Deze mutatie wordt met name veroorzaakt door de zeer late facturatie over 2013, welke gedeeltelijk pas in 2014 is geïncasseerd.

De operationele kasstroom kende in 2014 een positief resultaat van € 46,8 miljoen.

De investeringsuitgaven in 2014 hadden een omvang van € 14,7 miljoen en zijn daarmee 32% achtergebleven bij de aanvankelijke planning.

De financieringskasstroom had een omvang van € 4,7 miljoen.

De liquiditeitsontwikkeling heeft conform planning en 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 ook om investeringsuitgaven te beperken en het saldo van lang vreemd vermogen zo veel mogelijk te verlagen.

Bedrijfsresultaat

Het bedrijfsresultaat vóór rente en vóór afschrijvingen (EBITDA) is in 2014 met € 7,5 miljoen afgenomen. Dit wordt veroorzaakt door een stijging van de bedrijfslasten ad € 8,5 miljoen (€ 3,3 miljoen personeelskosten en € 5,3 miljoen materiële kosten) en hogere bedrijfsopbrengsten ad € 1,1 miljoen.

Het bedrijfsresultaat vóór rente en na afschrijvingen (EBIT) is gedaald met € 5,1 miljoen en kent een omvang van € 2,6 miljoen. De lagere afschrijvingen ad € 2,4 miljoen compenseren de hoge bedrijfslasten. De mate waarin het bedrijfsresultaat dekkend is voor de rentelasten (ICR) bedraagt 1,32 (2013: 3,51). De DSCR (mate waarin het resultaat vóór rente en afschrijvingen dekkend is voor de verschuldigde rente en aflossing) bedraagt 2,19.

Vermogensniveau en solvabiliteit

Het vermogensniveau wordt uitgedrukt in het eigen vermogen als percentage van de gerealiseerde omzet. Het vermogensniveau van het Slingeland Ziekenhuis bedraagt met een eigen vermogen van € 34,5 miljoen per balansdatum 25% van de omzet. De standaardnorm van 20% is daarmee ruim gerealiseerd en geeft voldoende weerstandsvermogen voor mogelijke negatieve resultaten in de toekomst. De solvabiliteit (eigen vermogen ten opzichte van het totaal vermogen) is in 2014 gegroeid van 22,8% in 2013 naar 23,3% in 2014. Deze ontwikkeling wordt veroorzaakt doordat het eigen vermogen in verhouding meer is gestegen dan het vreemde vermogen.

4.8 ICT-beleid

In 2014 heeft ICT vooral in het teken van de invoering van het EPD gestaan.

Poliklinisch EVS

Ter voorbereiding op het EPD is in het voorjaar gestart met de implementatie van het poliklinisch medicatie voorschrijven. Dit project is medio 2014 succesvol afgerond. Parallel daaraan is ook het project Cytostatica gestart en opgeleverd.

Ordercommunicatie

Om een goede aansluiting te vinden bij de inrichting van het EPD zijn de beleidsorders geïntroduceerd en de onderliggende verpleegkundige, laboratoria en radiologieorders aangepast. Ook zijn de orders voor medebehandelingen en ICC's ingericht.

EPD

Begin 2014 is gestart met de voorbereidingen op de invoering van het EPD. Daarbij zijn werkprocessen in kaart gebracht en gestandaardiseerd. Medio 2014 zijn de reviewdagen voor het basisdossier en vervolgens voor de specialismedossiers van start gegaan. In december zijn deze reviewdagen met de eerste testdag afgesloten.

TOP 123

De eerste helft van 2014 zijn er nog een aantal onderdelen en de laatste fase, stop 3 opgeleverd.

Project reductie print- en drukwerkkosten

Vanuit de taskforce niet-zorg is het project reductie print- en drukwerkkosten geïnitieerd. Hiervoor is, na aanbesteding, een huurovereenkomst met Canon aangegaan en zijn de bestaande Lexmark printers en MFP's vervangen door Canonapparatuur. Gelijktijdig is het concept follow-me printing geïnitieerd, waardoor gebruikers werkplekonafhankelijk kunnen printen.

Technisch

In 2014 zijn ten behoeve van de invoering van het EPD circa 400 beeldschermen vervangen door breedbeeldschermen en circa 100 werkstations bijgeplaatst. De EZIS server is vervangen door de zo genaamde "high available" servers die bij uitval de taken van elkaar over kunnen nemen. Deze servers voldoen nu aan de actuele eisen en zijn door ChipSoft, de EPD leverancier, gevalideerd. Ook het gehele Citrixpark, waarop de werkstations "draaien" zijn vervangen en zijn daardoor geschikt voor het werken met het EPD.

4.9 Commissies & adviesorganen

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

4.10 Toekomstig beleid

Externe ontwikkelingen

Er zijn een aantal ontwikkelingen in de externe omgeving die van belang zijn voor de accenten die de organisatie in 2015 in het beleid legt:

De invoering van het verplicht eigen risico bij de zorgverzekering heeft direct effect op de vraag naar zorg. Steeds meer mensen denken na over de vraag wanneer en bij wie zij zorg consumeren. Dit

betreft zowel de aandoeningen met lage ziektelast, als de verwijzingen welke voortkomen uit het reduceren van onzekerheid. Steeds vaker worden ingrepen uitgevoerd door huisartsen of wordt contact gezocht met de zorgverzekeraar.

Tegelijkertijd kopen de zorgverzekeraars selectiever in. Er komen in toenemende mate polissen op de markt, waarbij patiënten in ruil voor een lagere premie naar een select aantal ziekenhuizen wordt verwezen (budgetpolis). Voor de kleinere ziekenhuizen is dit een extra bedreiging ten aanzien van de marktpositie vanwege omvang en decentrale ligging.

De discussie over de concentratie en spreiding van de zorg heeft zich in 2014 in concrete voorstellen van de zorgverzekeraars voor herverdeling van zorg vertaald, met name de (complexe) acute zorg. Op last van de ACM zijn deze momenteel niet verder uitgewerkt. De verwachting is dat deze in 2015 weer op de agenda komen op basis van door het kwaliteitsinstituut ontwikkelde normen.

Zorgverzekeraars verwachten van ziekenhuizen dat zij minder en slimmer zorg gaan leveren. Dit vertaalt zich enerzijds lagere prijzen voor producten. Anderzijds verwachten zorgverzekeraars dat ziekenhuizen onnodige zorg niet leveren en daar waar mogelijk zorg laten uitvoeren door de 1e lijn.

De overheid en landelijke partijen zijn in het laatste hoofdlijnenakkoord overeengekomen de groeirimte te beperken tot 1,5% in 2014, en 1% per jaar tot en met 2017. Rekening houdende met ontwikkelingen in academische centra, overhevelingen naar de wijk zorg en het scherp inkopen van zorgverzekeraars moet rekening gehouden worden met dalende opbrengsten voor het ziekenhuis.

Door toezichthouders (met name IGZ) en de zorgverzekeraars worden de zorgprestaties van de ziekenhuizen strenger beoordeeld, en bij onvoldoende resultaten heeft dit direct sancties tot gevolg. De inspectie grijpt met name hard in als zij een cultuur aantreft waarin afwijkende resultaten gebagatelliseerd worden, veiligheidsrisico's onvoldoende worden onderkend en hier te reactief op wordt gereageerd. Bestuurlijke boetes en uitsluiting van contractering zijn geen uitzondering meer. Dit betekent dat de resultaten van ziekenhuizen steeds meer onder druk komen te staan en de onderlinge concurrentie verder aanscherpt. Het zal naar verwachting leiden tot fusies en strategische samenwerkingen tussen ziekenhuizen.

In de media is op verschillende momenten aandacht geweest voor onjuiste declaraties in de zorg. Dit heeft geleid tot het niet goedkeuren van de jaarrekeningen 2013 door accountants. In 2014 is meer duidelijkheid gegeven over registratiewijzers en is een selfassessment uitgevoerd om de jaren tot 2013 te controleren en af te sluiten. Vanaf 2014 zal sprake zijn van verscherpte controle door zorgverzekeraars. Daarnaast zullen door extra gegevens aan patiënten over de ingediende nota's bij zorgverzekeraars, meer vragen bij het ziekenhuis komen over de juistheid van de declaraties.

Er ontstaat hiermee meer en meer druk bij ziekenhuizen. Enerzijds om op het gebied van kwaliteit en veiligheid een steeds hoger niveau te realiseren. Anderzijds het minder geld uitgeven aan de medisch specialistische zorg. Dit maakt dat het ziekenhuis met minder geld een hogere kwaliteit van zorg moet leveren. Het mag duidelijk zijn dat dit een uitdaging is.

Ambitie en doelen 2015

Op basis van het strategische beleidsplan 2010-2015 en de externe ontwikkelingen, staan voor 2015 de volgende 3 belangrijke ziekenhuisbrede doelstellingen centraal:

1. Behouden van een goed exploitatieresultaat
2. Behalen NIAZ accreditatie
3. Ontwikkelen nieuwbouwperspectief

In het ziekenhuisjaarplan 2015 is per doelstelling een plan van aanpak opgenomen. Dit plan van aanpak beschrijft hoe het Slingeland Ziekenhuis de doelstellingen denkt te behalen. Iedere drie maanden wordt hierover een rapportage opgesteld die door de directie besproken wordt. Tezamen met kwaliteit en veiligheid wordt dit gerapporteerd aan de Raad van Toezicht. Ook voor financiën wordt de rapportage met de Raad van Toezicht besproken.

4.11 Overzicht commissies 2014

De commissies rapporteren aan het team van portefeuillehouders.

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

Het team van portefeuillehouders bewaakt:

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

	Zuil 1 Financiën	Zuil 2 Kwaliteit & Veiligheid Wetenschap & Opleiding Huisvesting	Zuil 3 Zorg & Logistiek	Zuil 4 Facilitaire zaken Medische Ondersteuning
Overleg portefeuillehouders	financiering, begroting, onderhandelingen zorg-verzekeraars, honorarium- budget	kwaliteit, veiligheid, NIAZ, inspectie gezondheidszorg, opleidingen, arbeidsmarkt, innovatie	patiëntenzorg en patiënten-logistiek inrichting kliniek en polikliniek	facilitaire zaken, (medische) ondersteuning
Portefeuillehouder directie	S. Dreviers	G. Huisman	E. Bomers	G. Groenendijk
Portefeuillehouder med.staf	M. Bijkerk S. van den Hazel	T. van Engelenburg A. Malmberg E. Vermeulen	J. Smeets / B. Schenk	C. van Haselen
	* Commissie DBC & DOT	* Stuurgroep kwaliteit & patiënt veiligheid	* Oncologiecommissie	* OK-commissie
	* Investeringscommissie	* Medisch ethische commissie	* Coördinatie commissie traumatologie	* Laparoscopiecom. OC
	* Investeringsvoorbereidingscommissie	* Reanimatiecommissie	* IC-commissie	* Sedatiecommissie
	* Materiaal advies commissie (MAC)	* Dossiercommissie	* Commissie orgaan- en weefseldonatie	* Commissie laserveiligheid
		* Centrale meldingscommissie Veilig Incident Melden	* Platform medicatie en veiligheid	* Commissie stralingshygiëne
		* Calamiteitencommissie	* Geneesmiddelencommissie	* Infectiecommissie
		* Klachtencommissie	* Commissie medische gassen	* Decubituscommissie
		* Stuurgroep ICT	* Werkgroep melding kindermishandeling, huiselijk geweld	* Transfusiecommissie
		* Centrale opleidingscommissie	* PTO + Commissie ouderenzorg	* Antistollingscommissie
		* BIG commissie	* Stuurgroep acute zorg	* Com. vrijheidsbeperkende maatregelen
		* ICH/GCP	* PTO vaatlijden	* Stuurgroep veiligheid en medische techniek
		* Bibliotheekcommissie	* PTO ouderen	* Kunstcommissie
		* IBC-FWG commissie		
		* WGBO		

Basisset prestatie-indicatoren IGZ		2013	gemiddelde ziekenhuizen 2013	2014
1.1.	Pijn na een operatie			
1.1.1	percentage gestandaardiseerde pijnmetingen bij postoper.pat. op verpl afd	95,5%	89,1%	93,6%
1.1.2	Percentage pat. met op enig moment een pijnscore boven de 7 in de eerste 72 uur na operatie	3,8%	6,9%	5,2%
1.1.2	aantal patiënten waarbij systematisch een pijnscore is gemeten: tenminste 6 metingen per patiënt in de eerste 72 uur na een operatie			2636
1.2	Heroperaties heupfractuur			
	heroperaties na interne fixatie collum femoris fractuur	0,0%	2,1%	0,0%
	heroperaties na behandeling collum femoris fractuur met endoprothese	6,7%	2,1%	2,7%
	heroperaties na interne fixatie petrochantere fractuur	1,3%	1,9%	1,2%
	% pre-operatieve beoordeling geriatrieteam bij heupfractuur 70 jr eo (nieuw in 2014)			77,8%
	Operaties			
1.3.1.	% juist uitgevoerde stop-momenten IV	97,5%	97,2%	99,4%
1.4.1.	tijdige peroperatieve antibiotica profylaxe	97,6%	89,9%	99,6%
1.8.1	aanwezigheid gebruikeroverleg minimaal invasieve chirurgie (nieuw in 2014)			ja
3.1	Wondzorg			
	beschikbaarheid wondexperice-centrum	ja		ja
	registratie pat. met diabetische voetwonden vigs. Texas classificatie	ja		ja
	aantal patiënten met graad 1	onbekend		146
	aantal patiënten met graad 2	onbekend		31
	aantal patiënten met graad 3	onbekend		27
3.2.	Ondervoeding			
	Percentage screening ondervoeding pre-op onderzoek	49,2%	79,1%	85,7%
	Percentage patiënten na screening geëvalueerd als ondervoed	3,2%	4,6%	1,8%
	Percentage kinderen gescreend op ondervoeding in de kliniek	79,4%	73,4%	71,30%
	Percentage kinderen geëvalueerd als ondervoed	4,4%	8,6%	2,2%
	Percentage ernstig ondervoede patiënten met adequate eiwitname op 4e opnamedag	35,0%	51,4%	45,6%
	Percentage ondervoede kinderen met adequate eiwitname op 4e opnamedag	17,2%	77,3%	85,7%
3.3.	Delirium			
	% afdelingen/poliklinieken waar bij meer dan 80% van de pat. van ≥70jr. een risicoscore is vastgelegd	90,9%	84,9%	70,0%
	% patiënten met verhoogd risico op delirium, waarbij observatie via DOSS of CAM heeft plaatsgevonden	67,9%	75,2%	78,7%
5.	Oncologie			
5.1.	beschikbaarheid specifiek MDO voor urologische tumoren	ja		ja
5.5.1	% blaasca besproken in MDO	94,1%	97,7%	100,0%

5.2	borstkanker					
	% patiënten bij wie kankerweefsel is achtergebleven na een eerste borstsparende operatie		5,5%	5,7%	moet nog binnenkomen van IKNL	
	% patiënten bij wie niet bekend is of kankerweefsel is achtergebleven na een eerste borstsparende operatie		0,0%	0,7%	moet nog binnenkomen van IKNL	
	% patiënten mamma ca waarbij binnen max 5 weken na PA gestart is met neo-adjuvante chemotherapie			83,0%	moet nog binnenkomen van IKNL	
6.	Hart en vaten					
6.2.	sterfte pat > 70 jr in het jaar na 1e adm. consult op de poli cardiologie		5,8%	7,0%	5,6%	
6.3.	% pat. Met STEMI-infarct dat vervoerd is naar PCI-centrum		91,8%	77,0%	82,1%	
	hoeveel pat behandeld met trombolyse		0		1	
	% STEMI patiënten met intake hartvalidatie (nieuw in 2014)		ja		75,6%	
6.4	registratie belangrijke gegevens inbrengen pacemakers		ja		ja	
	toetsing eigen gegevens aan externe referenties		ja		ja	
	volume pacemakers		111	145	116	
	aantal interventies < 90 dagen voor oplossen probleem PM of ICD		7,2%	3,4%	3,5%	
5.3	longchirurgie					
	aantal pat met anatomische resectie		21	52	22	
5.4	gastro-intestinaal					
	ongeplande <u>reinterventies</u> na resectie primaire colorectale ca		6,5%	10,3%	moet nog binnenkomen van DICA	
6.	Hart en vaten					
6.1.	volume electieve aneurysma abdominale aorta operaties		30	54	26	
8.	Maag-darm-lever (MDL) nieuw in 2014					
8.1.	Digitale verslaglegging endoscopie		nvt		ja	
8.2.	% endoscopieën waarbij TOP volledig is uitgevoerd		nvt		100,0%	
9.	Verloskunde					
9.1	% spontane partus NTSV-groep - verwezen naar 2e lijn vóór start bevalling		48,9%	59,6%	56%	
	% spontane partus NTSV-groep - verwezen naar 2e lijn tijdens ontsluiting of uitrijving		52,8%	59,2%	62%	
	% spontane partus NTSV-groep - totaal		50,6%	59,5%	58%	
9.2	aantal perinatale lokale audits			3	1	
	infectieziekten					
	Pneumonie: toediening antibiotica binnen 4 uur na opname voor Community Acquired pneumonia (CAP)		98,3%	95,1%	98,2%	
10.	Kwetsbare groepen (nieuw in 2014)					
10.1.1	% geriatrie pat. met 1e bezoek geriatrie polikliniek of dagkliniek, waarbij gevalideerd screeningsinstrument voor vaststellen ondervoeding is gebruikt				80,2%	
10.2.1	% pat. met electieve colenchirurgie, gescreend met gevalideerd instrument voor kwetsbaarheid				95,7%	
10.2.2	% als kwetsbaar beoordeelde pat. dat pre-operatief is beoordeeld door een geriater/internist ouderengeneeskunde.				50,0%	
11.	Algemeen kwaliteitsbeleid					

11.1.1	% deelname jaargesprek		nee		75,3%		nee
11.1.2	% deelname IFMS gesprek		37,6%		78,3%		79,8%
11.2.1	regeling mogelijk disfunctioneren specialisten		ja				ja
12	Onverwacht lange opnameduur						
12.2.2	% patiënten met opnameduur 50% hoger dan verwacht		10,4%		11,5%		nog niet bekend DHD
	DICA		2013		gemiddelde ziekenhuizen 2014		2014
	aneurysma (DSAA) (NIEUW in 2014)						
1	Aantal patiënten dat primair electief is geopereerd.						26
2	Beschikbaarheid 24/7 interventieteam?						ja
3	Worden alle AAA procedures uitgevoerd door een (endo)vasculair specialist?						ja
4	% primair electief geopereerde patiënten dat preoperatief in het MDO is besproken.				92,1%		100,0%
5	Percentage primair geopereerde patiënten geregistreerd in de DSAA, waarvan de registratie volledig is.				98,0%		100,0%
	Carotischirurgie (DACI) (NIEUW in 2014)						
1.	Aantal patiënten						31
2.	Hoeveel medisch specialisten voornen endarteriectomieën (CEA) of carotis stenting (CAS) uit?Zizo4						4
3a	aantal endarteriectomieën						31
3b	aantal stentings						0
4.	% patiënten dat een carotis interventie ondergaat en geregistreerd is in de DACI, waarbij de informatie in de registratie volledig is.				98,4%		100%
5.	% patiënten dat een carotisinterventie onderging bij wie preoperatief sprake was van een symptomatische carotisvernauwing.				85,1%		90,3%
	Colorectaal carcinoom (DSCA)						
1	Percentage patiënten met primair colorectaal carcinoom, waarbij registratie in DSCA volledig is		100,0%		99,6%		100,0%
2	volume colonoperaties voor carcinoom (bron: SONCOS)						89
	volume rectumoperaties voor carcinoom (bron: SONCOS)						41
3a	aantal patiënten met resectie vanwege primair coloncarcinoom						84
3b	aantal patiënten met resectie vanwege een primair rectumcarcinoom						40
3c1	aantal patiënten met resectie vanwege een primair dubbeltumor, waarvan beide gelegen in het colon						5
3c2	aantal patiënten met resectie vanwege een primair dubbeltumor, waarvan beide gelegen in het rectum						1
3c3	aantal patiënten met resectie vanwege een primair dubbeltumor, gelegen in colon en rectum						0
4	Percentage patiënten, dat een electieve resectie ondergaat vanwege primair colorectaal carcinoom, bij wie preoperatief het gehele colon in beeld is gebracht		75,3%		85,9%		86,8%
5	Percentage patiënten, dat een resectie ondergaat vanwege primair rectumcarcinoom, dat preoperatief in een multidisciplinair team wordt besproken (norm >90%)		100,0%		97,9%		100,0%

6a	Percentage patiënten dat een resectie ondergaat i.v.m. een primair colon carcinoom, met een wachttijd van < 5 weken tussen PA en enige vorm van therapie		70,1%	52,8%
6b	Mediane wachttijd patiënten met een resectie i.v.m. een primair colon carcinoom, met een wachttijd van < 5 weken tussen PA en enige vorm van therapie		28	34
7a	Percentage patiënten dat een resectie ondergaat i.v.m. een primair rectum carcinoom, met een wachttijd van < 5 weken tussen PA en enige vorm van therapie		53,7%	63,2%
7b	Mediane wachttijd patiënten met een resectie i.v.m. een primair rectum carcinoom, met een wachttijd van < 5 weken tussen PA en enige vorm van therapie		34	33
8	Percentage patiënten, dat een resectie ondergaat vanwege een cT4 rectumcarcinoom, dat een vorm van preoperatieve radiotherapie heeft ondergaan		88,0%	100,0%
9	Percentage patiënten, jonger dan 75 jaar, dat een resectie ondergaat vanwege een stadium III coloncarcinoom, dat met aanvullende chemotherapie wordt behandeld		85,6%	100,0%
10	Percentage patiënten, dat een resectie ondergaat vanwege een primair rectumcarcinoom, bij wie de circumferentiële resectie marge (CRM) bekend is		96,7%	100,0%
11	Percentage patiënten dat een resectie ondergaat vanwege een primair rectumcarcinoom met een bekende CRM, bij wie de CRM positief is		5,2%	2,5%
12	Percentage patiënten, dat een resectie ondergaat vanwege primair stadium II coloncarcinoom (pT3-4N0M0), bij wie 10 of meer lymfeklieren uit het resectiepreparaat zijn onderzocht	86,1%	94,9%	96,7%
	DAVC (Vaatchirurgie generiek) (NIEUW in 2014)			
1	Is op uw ziekenhuislocatie een vasculair behandelteam beschikbaar?			ja
2	Is er op uw ziekenhuislocatie een wekelijks multidisciplinair vaatoverleg waarop vaatchirurgische patiënten worden besproken waarvan de uitkomsten worden vastgelegd in het patiëntendossier?			ja
3	Wordt aan elke patiënt schriftelijke of digitale informatie verstrekt voorafgaand aan de electieve behandeling?			ja
4	Kan elke patiënt onder behandeling van een (endo)vasculair specialist op uw ziekenhuislocatie tijdens kantooruren telefonisch vragen stellen, waarbij hij/zij de zelfde dag antwoord krijgt?			ja
5	Alle arteriële en complex veneuze operatieve vasculaire interventies worden door of onder supervisie van een gecertificeerd vasculair specialist uitgevoerd			ja
6	Alle arteriële en complex veneuze endovasculaire interventies worden door of onder supervisie van een gecertificeerde endovasculair specialist uitgevoerd.			ja
7	De ziekenhuisorganisatie biedt cardiovasculair risicomangement (CVRM) aan, conform de vigerende richtlijnen en is dit CVRM protocolair vastgelegd.			ja
	Conclusie			voldoet aan norm
	Mammacarcinoom (NBCA)			
	proces- en uitkomstindicatoren			
1	Deelname aan de NABON mammaprocedure (norm >90%)		99,3%	100,0%
2	Percentage patiënten bij wie er volledige pathologie verslaglegging zoals gedefinieerd is vastgelegd (norm >90%)		96,6%	95,2%
3	Percentage patiënten met een HER2 positieve bepaling		16,2%	13,0%

4	Percentage patiënten met een ER positieve bepaling		84,2%	88,9%
5	Percentage patiënten met een PR positieve bepaling		69,1%	56,9%
6	Percentage patiënten dat pre-behandeling is besproken in een multidisciplinair team en bij wie een digitaal verslag beschikbaar is (norm >90%) Zizo	97,2%	97,7%	99,4%
7	Percentage patiënten dat postoperatief is besproken in een multidisciplinair team en bij wie een digitaal verslag beschikbaar is (norm >90%)	95,9%	98,7%	98,7%
8	Percentage patiënten met een BI-RADS eindcategorie in de verslaglegging (norm >90%)		98,6%	98,1%
9	Percentage patiënten met een MRI-mamma bij neo-adjuvante chemotherapie		88,6%	56,2%
10	Percentage patiënten met een MRI-mamma bij primaire operatie		30,5%	19,9%
11	Percentage patiënten met neo-adjuvante systemische therapie dat prebehandeling gezien wordt door de radiotherapeut		46,1%	50,0%
12a	Irradicaliteit bij eerste mammasparende operatie voor invasief mammacarcinoom (tumor meer dan focaal aanwezig) na neo-adjuvante therapie		6,7%	0,0%
12b	Irradicaliteit bij eerste mammasparende operatie voor invasief mammacarcinoom (onbekend of tumorweefsel aanwezig is) zonder neo-adjuvante therapie		1,8%	0,0%
13a	Irradicaliteit bij eerste mammasparende operatie voor invasief mammacarcinoom (tumor meer dan focaal aanwezig) zonder neo-adjuvante therapie (norm <15%)		4,5%	2,7%
13b	Irradicaliteit bij eerste mammasparende operatie voor invasief mammacarcinoom (onbekend of tumorweefsel aanwezig is) na neo-adjuvante therapie (norm <15%)		0,4%	1,3%
14a	Irradicaliteit bij eerste mammasparende operatie voor DCIS (tumor meer dan focaal aanwezig) zonder neo-adjuvante therapie (norm <30%)		18,8%	11,1%
14b	Irradicaliteit bij eerste mammasparende operatie voor DCIS (onbekend of tumorweefsel aanwezig is) na neo-adjuvante therapie (norm <30%)		1,5%	0,0%
15	Schildwachtklieprocedures bij pN0(i-), meer dan 5 klieren verwijderd (norm <5%)		1,9%	2,2%
16	Schildwachtklieprocedures bij pN0(i+), meer dan 5 klieren verwijderd (norm <5%) (opgesplitst)		3,6%	0,0%
17a	Percentage pat. waarbij een enkele borstsparende operatie voor invasief mammaca. is uitgevoerd als definitieve chir. behandeling		92,8%	90,7%
17b	Percentage pat. waarbij een borstsparende operatie (al dan niet gevolgd door een re-excisie)voor invasief mammaca. is uitgevoerd als definitieve chir. behandeling		96,3%	98,7%
18a	Percentage pat. met DCIS waarbij een enkele borstsparende operatie voor invasief mammaca. is uitgevoerd als definitieve chir. Behandeling		85,2%	88,9%
18b	Percentage pat. met DCIS waarbij een borstsparende operatie (al dan niet gevolgd door een re-excisie)voor invasief mammaca. is uitgevoerd als definitieve chir. behandeling		92,5%	88,9%
19a	Percentage patiënten met een invasief M0 mammaca. en een primaire ablatieve ingreep dat een directe reconstructie (totaal) onderging		20,1%	10,5%
19b	Percentage patiënten met een invasief M0 mammaca. en een primaire ablatieve ingreep dat een directe reconstructie met prothese onderging		17,9%	7,0%
19c	Percentage patiënten met een invasief M0 mammaca. en een primaire ablatieve ingreep dat een directe reconstructie met autoloog weefsel onderging		1,1%	0,0%

19d	Percentage patiënten met een invasief M0 mamma. en een primaire ablatieve ingreep dat een directe reconstructie met een prothese en autoloog weefsel onderging		1,1%		3,5%
20a	Percentage patiënten met DCIS en een primaire ablatieve ingreep dat een directe reconstructie (totaal) onderging		44,4%		37,5%
20b	Percentage patiënten met DCIS en een primaire ablatieve ingreep dat een directe reconstructie met prothese onderging		37,4%		37,5%
20c	Percentage patiënten met DCIS en een primaire ablatieve ingreep dat een directe reconstructie met autoloog weefsel onderging		3,3%		0,0%
20d	Percentage patiënten met DCIS en een primaire ablatieve ingreep dat een directe reconstructie met een prothese en autoloog weefsel onderging		3,4%		0,0%
21	Percentage patiënten dat radiotherapie krijgt bij lokaal uitgebreid mamma carcinoom (exclusief T3N0) waarvoor ablatio mammae		80,6%		100,0%
22	Percentage patiënten dat radiotherapie krijgt bij DCIS na borstsparende behandeling		84,1%		85,7%
23a1	Percentage pat. met een invasief M0 mamma. dat geopereerd is en behandeld is met neo-adjuvante systemische therapie		12,0%		13,4%
23a2	Percentage pat. met een invasief M0 mamma. dat geopereerd is en behandeld is met neo-adjuvante systemische therapie (excl. Trastuzumab)		30,6%		31,0%
23a3	Percentage pat. met een invasief M0 mamma. dat geopereerd is en behandeld is met neo-adjuvante of adjuvante systemische therapie (excl. Trastuzumab)		42,0%		44,4%
24a	% pat. met wachttijd ≤5 wk tussen diagnose en aanvang neo-adjuvante chemotherapie		80,9%		93,8%
25a	% pat. met wachttijd ≤5 wk tussen diagnose en eerste operatie (exclusief directe reconstructie) (norm >90%)		87,4%		88,7%
26a	% pat. met wachttijd ≤5 wk tussen diagnose en eerste operatie met directe reconstructie		55,2%		12,5%
27a	% pat. met wachttijd ≤5 wk tussen laatste chirurgische ingreep en start radiotherapie		51,3%		43,6%
28a	% pat. met wachttijd ≤5 wk tussen eerste dag laatste chemotherapie kuur en start radiotherapie		82,5%		66,7%
29a	% pat. met wachttijd ≤5 wk tussen operatie en aanvang adjuvante chemotherapie		63,7%		47,8%
30a	% pat. met wachttijd ≤5 wk tussen radiotherapie en aanvang adjuvante chemotherapie		93,5%		90,0%
	longcarcinoom (DL-SA)				
3a	aantal patiënten dat een resectie ondergaat wegens een primair longcarcinoom				21
3b	aantal patiënten met een mediastinoscopie				8
3c	aantal patiënten met metastasectomie				4
3d	aantal pat. Dat een andere thoracale ingreep ondergaat				20
4	Het aantal anatomische parenchymresecties in de vorm van een segmentresectie, lobectomie of pneumonectomie, dat is verricht op de ziekenhuislocatie voor benigne of maligne pathologie				22
7	Wordt in uw ziekenhuis standaard de behoefte aan psychosociale zorg bepaald voor patiënten gediagnosticeerd met een kanker. S-Alg				ja
8	Wordt de patiënt met een verdenking op of met longcarcinoom vooraf geïnformeerd indien de patiënt bij een vervolgspraak door een andere longarts dan de vaste longarts* wordt gezien (bij onvoorziene verhindering van de vaste longarts)? §				ja

9	Wie is op uw ziekenhuislocatie het vaste aanspreekpunt voor de patiënt met longcarcinoom? §				case-manager
10	Krijgt de patiënt met longcarcinoom een telefoonnummer mee op papier dat hij buiten kantooruren kan bellen voor dringende vragen. §				ja
11	Hanteert uw ziekenhuislocatie een antwoordtermijn voor telefoontjes, van de patiënt met longcarcinoom, waarbinnen hij antwoord op zijn vraag krijgt §				ja, binnen 1 dag
12	Krijgt de patiënt met longcarcinoom een email adres mee op papier waar hij naar toe kan mailen §				ja
13	Hanteert uw ziekenhuislocatie een antwoordtermijn voor e-mails van de patiënt met longcarcinoom, waarbinnen hij antwoord op zijn vraag krijgt? §				ja
14	tijdsduur 1e consult §				20 min.
15	Hoe gaat uw ziekenhuislocatie om met patiënten die meer tijd willen inruimen of nodig hebben dan standaard wordt ingepland voor een consult bij de longarts §				Er wordt meer tijd ingeruimd als patiënt tijdens maken afspraak hierom vraagt.
17	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			94,2%	100,0%
19a	Percentage geoperieerde patiënten met een niet-kleincellig longcarcinoom dat preoperatief in een multidisciplinair team (MDO) wordt besproken ZIZO 3, S3		ZIZO is nscl en sclc	99,0%	100,0%
19b	Percentage geoperieerde patiënten met een niet-kleincellig longcarcinoom dat postoperatief in een multidisciplinair team (MDO) wordt besproken			96,6%	94,1%
20a	Percentage patiënten, dat een resectie ondergaat vanwege primair niet-kleincellig longcarcinoom, waarbij tijdens het preoperatief MDO het klinisch TNM stadium bekend is			97,2%	100,0%
20b	Percentage patiënten, dat een resectie ondergaat vanwege primair niet-kleincellig longcarcinoom, waarbij tijdens het postoperatief MDO het pathologisch TNM stadium bekend is			98,3%	100,0%
24	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 ZIZO 2		ZIZO is nscl en sclc	63,1%	33,3%
CVA (CVAB)					
1	Percentage TIA en CVA patiënten ingevuld in de CVAB				117,4%
2a	aantal nieuwe pat. met intracerebrale bloeding				55
2b	aantal nieuwe pat. met herseninfarct				354
2c	aantal nieuwe pat. met TIA				292
4	Percentage patiënten met compleet record (voor gewenste indicatoren)				13,2%
5a	Deur-tot-naald tijd (mediaan) van het totaal aantal getromboliseerde patiënten met infarct		37 min	29	31
5b	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			30	32
5c	Deur-tot-naald tijd (mediaan) van het totaal aantal getromboliseerde patiënten met infarct dat overdag doordeweeks aankomt op SEH			28	29
6a	Beginsymptoom-tot-deur tijd (mediaan) van totaal aantal CVA-patiënten			136	60
6b	Beginsymptoom-tot-deur tijd (mediaan) van het aantal patiënten met een infarct			140	60

7a	De gemiddelde tijd in uren verstreken tussen het tijdstip waarop een patiënt met een TIA wordt aangemeld in het ziekenhuis (fysiek of telefonisch) en het afronden van de TIA-diagnostiek (exclusief onderzoek naar carotisstenose (duplex, CTA, MRA))	27,5		28
7b	De mediane tijd in uren verstreken tussen het tijdstip waarop een patiënt met een TIA wordt aangemeld in het ziekenhuis (fysiek of telefonisch) en het afronden van de TIA-diagnostiek (exclusief onderzoek naar carotisstenose (duplex, CTA, MRA))			24
8	% patiënten dat binnen 3 weken na eerste consult in de tweede lijn wordt geïntervenieerd.		87,2%	83,3%
9a	Het percentage patiënten dat intraveneuze behandeling (trombolysse) onderging, als fractie van alle opgenomen patiënten met een herseninfarct. ZIZo, B2	22,1%	18,2%	16,4%
	Het percentage patiënten dat intraveneuze behandeling (trombolysse) onderging, als fractie van alle opgenomen patiënten met een herseninfarct, tijdens de avonden, nachten en het weekend. ZIZo, B3		19,2%	19,3%
	Het percentage patiënten dat intraveneuze behandeling (trombolysse) onderging, als fractie van alle opgenomen patiënten met een herseninfarct, overdag doordeeweeks ZIZo, B4		18,0%	13,5%
10	Aantal dagen (mediaan) dat een CVA patiënt verblijft in het ziekenhuis. B9		6	6
Parkinson (DPIA)				
2	Aantal patiënten onder behandeling per ziekenhuislocatie/functionele behandeldeenheid			269
3	Aantal patiënten onder behandeling per ParkinsonNet fysiotherapeut			vervallen
7	Aantal fte, gespecialiseerd Parkinsonverpleegkundige			0,2
10	Percentage patiënten dat Parkinson medicatie gebruikt			vervallen
11	Percentage patiënten met een complexe behandeling (DBS, duodopa, apomorfine)			vervallen
13	Percentage (heup)fracturen bij patiënten met Parkinson per regio/functionele behandeldeenheid			vervallen
15	Percentage ziekenhuisopnames per ziekenhuis			vervallen
Heupprothese (LROI)				
1	Volume THP en KHP			278
2	Volume als gevolg van infectie (aantal heuprevisies die behandeld worden als gevolg van een infectie of verdenking op infectie)			8
3	Aantal acetabulumcups categorie 1A			226
	Aantal acetabulumcups categorie 1B			0
4	Aantal femurstelen categorie 1A			224
	Aantal femurstelen categorie 1B			0
5	Volledigheid registratie LROI			89%
6a	Percentage diepe wondinfecties binnen 30 dagen			1,5%
6b	Bron percentage wondinfecties binnen 30 dagen			PREZIES + zelf gemeten
7a	Aantal orthopedisch chirurgen dat heuprevisiechirurgie uitvoert			4
	laagste aantal heuprevisies dat een orthopedisch chirurg heeft uitgevoerd			4
7b	Aantal orthopedisch chirurgen dat primaire THP plaatst			4
	laagste aantal THP door een orthopedisch chirurg geplaatst			49

8	Beschikbaarheid MDO					ja
9	Afspraken op één dag					nee
10	Gebruik van Decision-aid					ja
11	Meten van PROMs volgens NOV-advies					ja
Knievervang (LROI)						
1	Volume TKP en UKP					181
2	Volume als gevolg van infectie (aantal revisies die behandeld worden als gevolg van een infectie of verdenking op infectie)					2
3	Type geplaatste TKP's					
	Biomet OXFORD PKR					1
	Corin Rotaglide					38
	Zimmer NexGen					133
4	Volledigheid registratie LROI					94,9%
5a	Percentage diepe wondinfecties binnen 30 dagen					0%
5b	Bron percentage wondinfecties binnen 30 dagen					PREZIES + zelf gemeten
6a	Aantal orthopedisch chirurgen dat knievisiechirurgie uitvoert laagste aantal knievisies dat een orthopedisch chirurg heeft uitgevoerd					3
6b	Aantal orthopedisch chirurgen dat primaire TKP plaatst laagste aantal TKP door een orthopedisch chirurg geplaatst					3
7	Beschikbaarheid MDO					4
8	Afspraken op één dag					21
9	Gebruik van Decision-aid					ja
10	Pijnstilling/verdooving: 5 mogelijke opties					nee
11	Wordt artroscoopie alleen ingezet bij slotklachten of bij het uitsluiten/behandelen van een andere diagnose dan artrose?					ja
Overige indicatoren (voorheen Zichtbare Zorg)						
			2013	gemiddelde ziekenhuizen 2013	2014	
Constitutioneel eczeem						
1a	Rechtsstreekse toegang tot dermatoloog of verpleegkundige bij verergering klachten?		ja		ja	ja
1b	Schrijftelijke werkspraken mbt rechtsstreekse toegang?		ja		ja	ja
2	Aantal pat. behandeld met systemische immunosuppressiva		< 10 patiënten			10-50 pat.p.jr.
Psoriasis						
1	% pat. behandeld met lichttherapie		21,3%		18,8%	30,7%
2	% pat. behandeld met biologicals		2,2%		6,4%	1,7%
3	Volume aantal patiënten		357		588	401
Hernia inguinalis/Liesbreuk						
	% lokale anesthesie bij open operaties		1,4%		7,0%	2,3%

	aantal open operaties	269	167	245
	aantal laparoscopische operaties	68	136	62
	Varices/Spataderen			
1	Percentage pat. varices bij wie voorafgaand aan invasieve ingreep duplex is uitgevoerd	97,7%	97,4%	96,8%
2	Volume aantal geopereerde patiënten vaatchirurgie	713	385	233
	Toepassing endovasculaire behandeltechnieken?	ja	ja	ja
	Percentage toepassing behandeltechnieken			
	- strippen VSM met crosssectomie	11,4%	5,8%	10,6%
	- EVLT	14,8%	27,6%	14,0%
	- radiofrequente endovasculaire technieken	0,0%	32,2%	0,0%
	- sclerocompressietherapie	23,8%	23,5%	11,8%
	- overige operaties	1,1%	19,7%	3,8%
	Osteoporose (facultatief)			
1.	% BMD (Dexa) meting 50-80 jaar) bij patient met fractuur	8,5%	32,6%	7,9%
	% BMD (Dexa) meting ≥80 jaar) bij patient met fractuur	3,5%	16,5%	vervallen
	Carpale tunnel-syndroom (CTS)			
1.	% pat. met EMG <6 mnd. voorafgaande aan ingreep	96,9%	88,3%	99,3%
2.	% postop. wondinfecties binnen 30 dagen na ingreep	0,8%	0,6%	0,8%
3.	% postop. controle < 6 weken	99,7%	90,8%	98,7%
	Galblaasverwijdering			
1	% heropnames na galblaasverwijdering	1,5%	2,9%	0,0%
2	Volume aantal galblaasverwijderingen	268	277	297
	Dementie			
1.	Aanwezigheid protocol acetylcholinesterase-remmers	ja	87,8%	ja
2.	Aanwezigheid MDO dementie	ja	97,8%	ja
	Baarmoederhalsafwijking (CIN)			
1	% pat. behandeld voor CIN dmv cervix exconisatie	0%	6,2%	0,0%
2	% behandelde pat. voor CIN 2-3 met normale cervixcytologie 3-9 maanden na behandeling	100%	87,9%	92,9%
	Zwangerschap en bevalling			
1	Verloskundig samenwerkingsverband	ja	ja	ja
2a	% primaire sectio's bij a terme nullipara met eenling in hoofdligging	1,0%	1,3%	2,1%
2b	VOKS-percentiel primaire sectio's	29	50	44
3	epidurale analgesie	35,1%	26,6%	29,0%
	Maligne lymfoom			
	Doorlooptijd diagnostiek < 28 dagen	100%	94,9%	100,0%
	Gestructureerd overleg	ja	ja	ja
	Volume aantal behandelde pat.	216	245	233
	Nierdialyse			

1.	% pat met gemid ureum/kreatinine-klaring > 15 ml bij start dialyse		0,0%	3,1%	0,0%
2.	% pat. waarbij < 6 maanden na start dialyse de transplantatiestatus bekend is		68,4%	85,1%	85,0%
3.	% pat. met werkzame dialysetoegang na > 6 mnd. behand. op predialysepoli		90,9%	85,1%	75,0%
4a.	Aantal pre-emptieve transplantaties		2	8,0	0
4b.	Aantal chronische dialysepat.		73	131	89
5b.	Aantal PD pat.		16	24	13
	Aantal HD pat.		91	128	122
	Diabetes				
1	Organisatiestructuur van diabeteszorg	ja	ja	ja	ja
2	Laboratorium jaarcontrole:				
	HbA1c	98,3%	95,4%	97,5%	
	kreatinine	94,8%	94,6%	94,5%	
	microalbumine	85,1%	80,7%	84,2%	
	cholesterol	87,6%	85,7%	87,0%	
	HDL-cholesterol	87,3%	83,9%	86,9%	
3	Bloeddruk gemeten	90,9%	96,1%	87,7%	
4	Voetzorg	80,8%	85,2%	77,2%	
5	HbA1c kinderen < 6 jr waarde < 58 mmol/mol	66,7%	39,4%	0,0%	
	HbA1c kinderen 6 - 12 jr waarde < 58 mmol/mol	40,0%	34,0%	33,3%	
	HbA1c adolescenten kinderen 12 - 18 jr waarde < 58 mmol/mol	29,7%	24,3%	28,2%	
	HbA1c adolescenten > 18 jr waarde < 58 mmol/mol	33,3%	22,7%	17,6%	
	HbA1c kinderen < 6 jr waarde > 86 mmol/mol	0,0%	5,7%	0,0%	
	HbA1c kinderen 6 - 12 jr waarde > 86 mmol/mol	0,0%	6,1%	0,0%	
	HbA1c adolescenten 12 - 18 jr waarde > 86 mmol/mol	10,8%	14,8%	7,7%	
	HbA1c adolescenten > 18 jr waarde > 86 mmol/mol	11,1%	14,8%	5,9%	
6	aantal diabetes gerelateerde acute opnames	3	7,7	1	
	aantal kinderen < 6 jr acuut opgenomen	0	0,8	0	
	aantal kinderen 6-12 jr acuut opgenomen	0	2,4	0	
	aantal adolescenten 12-18 jr acuut opgenomen	3	3,8	1	
	aantal adolescenten > 18 jr acuut opgenomen	0	0,5	0	
7	aantal kinderartsen in kinderdiabetesteam	3	2,5	3	
	aantal door diabetesteam behandelde kinderen en adolescenten	64	100,5	72	
	Lage rug hernia en stenose (DSSR)				
1a	deelname DSSR zizo; A-4	ja	ja	nee	
5a	aantal lage rug hernia operaties, Zizo; A-3b	87	83	83	
5a	aantal lage rug stenose operaties	42	38	38	
5b	aantal nieuw geopereerde pat. per operatietechniek hernia geïnstrumenteerd			0	
5b	aantal nieuw geopereerde pat. per operatietechniek hernia niet-geïnstrumenteerd			83	

6	aantal wervelkolomchirurgen per ziekenhuislocatie, ZiZo; A-3a	1	1
7a	aanwezigheid multidisciplinair rugteam, ZiZo;B-2a	ja	ja
9	Aanwezigheid zorgpad lage rug hernia, ZiZo; B-5a	ja	ja
9	Aanwezigheid zorgpad lage rug stenose	ja	ja
14a	Percentage re-operaties binnen 30 dagen ZiZo; A-2	0,0%	0,2%
Cataract/Staaroperaties			
1	Complicatie achterkapselruptuur met glasvocht in voorste oogkamer (peroperatief)	0,1%	0,3%
2	volume cataractoperaties	1087	1510
	percentage in NOG ingevoerde operaties	100%	100%
Meniscus en voorste kruisband			
1.	% diagn. MRI ≤ 1 jr. voor de ingreep meniscus	46,3%	59,8%
2.	Aantal voorste kruisband reconstructies	60	62
3.	% pat. met knie artrose dat een artroscopie heeft ondergaan	5,2%	5,3%
4.	% heroperaties aan zelfde knie < 1 jr. na artroscopie	0,8%	3,8%