
Slingeland
Ziekenhuis



Jaardocument
Slingeland Ziekenhuis
2015

Deel I Maatschappelijk Verslag

Vastgesteld in directievergadering d.d. 10 mei 2016
Goedgekeurd in raad van toezicht vergadering d.d. 24 mei 2016

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	11
3.1 BESTUUR EN TOEZICHT	11
3.1.1 Zorgbrede Governance Code	11
3.1.2 Raad van Bestuur	11
3.1.3 Raad van Toezicht	12
3.2 BEDRIJFSVOERING	16
3.3 VERSLAG VAN DE CLIËNTENRAAD	17
3.4 VERSLAG VAN DE ONDERNEMINGSRAAD	19
3.5 VERSLAG VAN BESTUUR VAN DE VERENIGING MEDISCHE STAF	21
4. BELEID, INSPANNINGEN EN PRESTATIES	23
4.1 MEERJARENBELEID	23
4.2 JAARPLAN 2015	24
4.3 ALGEMEEN KWALITEITSBELEID	27
4.4 KWALITEITSBELEID TEN AANZIEN VAN PATIËNTEN/CLIËNTEN	28
4.4.1 Resultaten kwaliteit van zorg	28
4.4.2 Klachten	30
4.4.3 Toegankelijkheid	32
4.4.4 Activiteiten kwaliteit en veiligheid	32
4.4.5 Veilig Incidenten Melden	33
4.4.6 Calamiteitencommissie	37
4.5 KWALITEIT TEN AANZIEN VAN MEDEWERKERS	37
4.5.2 Kwaliteit van het werk	38
4.5.3 Veiligheid van het werk	39
Agressie en geweld 2015	41
4.6 SAMENLEVING	43
4.7 FINANCIËEL BELEID	44
4.8 ICT-BELEID	45
4.9 COMMISSIES & ADVIESORGANEN	46
4.10 TOEKOMSTIG BELEID	46
4.11 OVERZICHT COMMISSIES 2015	48
4.12 SCORETABEL EXTERNE KWALITEITSINDICATOREN VERSLAGJAAR 2015	49

1. Voorwoord

Dit jaarverslag beschrijft de activiteiten en resultaten van het Slingeland Ziekenhuis over het jaar 2015. In het voorwoord hebben wij de belangrijkste zaken voor u samengevat.

Strategie

Het Slingeland Ziekenhuis heeft besloten om te streven naar intensieve samenwerking met het Streekziekenhuis Koningin Beatrix in Winterswijk. In onze ogen biedt dit voor de toekomst de beste mogelijkheden om aan de inwoners van de Achterhoek kwalitatief hoogwaardige ziekenhuiszorg te blijven bieden. De besprekingen tussen beide ziekenhuizen verliepen buitengewoon voorspoedig en resulteerden medio december in het besluit van de beide besturen om over te gaan tot een bestuurlijke fusie. Dit besluit kreeg brede instemming, zowel binnen de ziekenhuizen als bij alle stakeholders in de regio. Het besluit is in januari 2016 ter goedkeuring voorgelegd aan de Nederlandse Zorgautoriteit.

De samenwerking met de ziekenhuizen in Arnhem en Ede in de Alliantie Regionale Topzorg (A.R.T.Z.) heeft inmiddels de eerste vruchten afgeworpen. Op het gebied van de acute zorg zijn afspraken gemaakt over een gezamenlijk continuïteitsplan; voor de oncologische zorg hebben vier tumorwerkgroepen grote voortgang geboekt in het uitwerken van protocollen en het maken van werkafspraken. Uitgangspunt hierbij is: decentraal wat kan, om de toegankelijkheid voor patiënten zo goed mogelijk te waarborgen, en centraal wat uit het oogpunt van kwaliteit en veiligheid gewenst en nodig is.

Het Slingeland Ziekenhuis heeft samen met haar zorgpartners en met zorgverzekeraar Menzis verdere invulling gegeven aan haar visie op het toekomstige zorglandschap in de Achterhoek. In het belang van de patiënten wordt een naadloze aansluiting van de curatieve zorg, de verpleegkundige zorg en de maatschappelijke zorg beoogd. Uitgangspunt is voortdurend streven de zorg zo dicht mogelijk bij de patiënt te brengen. Dit wordt vorm gegeven in verschillende zorgprogramma's voor onder meer mensen met chronische ziekten en in innovatieve projecten waar ICT wordt ingezet om ziekenhuiszorg thuis aan te bieden.

De voorbereidingen voor het realiseren van een nieuw ziekenhuis zijn in een stroomversnelling gekomen. Met de gemeente Doetinchem zijn verdere stappen gezet om te komen tot wijziging van het bestemmingsplan voor de beoogde locatie. Daarnaast is er een globaal programma van eisen uitgewerkt, uitgaande van onze visie op de ziekenhuiszorg in de toekomst en van ideeën die zijn opgedaan in werkbezoeken aan andere ziekenhuizen. Het streven is een compact, maar kwalitatief hoogwaardig ziekenhuis.

Organisatie

De invoering van de integrale bekostiging van de ziekenhuiszorg heeft ertoe geleid dat de vrijgevestigde medische specialisten zich hebben verenigd in een nieuwe rechtspersoon, het Coöperatief MSB Slingeland. Het Slingeland Ziekenhuis heeft goede afspraken kunnen maken met de coöperatie over de samenwerking en onderlinge dienstverlening, uitgaande van een sterk gevoelde gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de goede kwaliteit en doelmatigheid van onze patiëntenzorg.

In juni nam G.P.M. Huisman afscheid als bestuurder/algemeen directeur van het Slingeland Ziekenhuis. Hij werd per 1 juni opgevolgd door C.W.J.M. van Ewijk.

Resultaten

Het Slingeland Ziekenhuis heeft in 2015 opnieuw veel aandacht besteed aan de kwaliteit en veiligheid van de patiëntenzorg. In een gezamenlijke beleidsnotitie van directie en stafbestuur "Samen sterk in kwaliteit" werd de leidende rol van de medisch specialisten en zorgprofessionals helder verwoord. Visiedocumenten over de ouderenzorg en de rol van de verpleegkundigen in de toekomst werden breed besproken, zowel binnen het ziekenhuis als met zorgpartners. De oplevering van het nieuwe elektronische patiëntendossier en van het nieuwe operatiecomplex gaven een positieve impuls aan de voortdurende kwaliteitsverbetering. In de operatiekamers en op de afdelingen worden belangrijke kwaliteitsindicatoren dagelijks gemeten en waar nodig werden maatregelen genomen om de kwaliteit en veiligheid verder te verbeteren. De bereidheid om incidenten te melden en te onderzoeken is breed aanwezig. Dit resulteerde in positieve rapportages van onder meer de Inspectie voor de Gezondheidszorg. In november beoordeelde het NIAZ het ziekenhuis ten behoeve van de

hernieuwing van de accreditatie en kwam tot een zeer positief oordeel. Het keurmerk NIAZ Best Practice is behaald.

Het Slingeland ziekenhuis sluit het jaar af met positief resultaat van € 6,3 miljoen. De gerealiseerde rentabiliteit (resultaat/omzet) over 2015 bedraagt 3,8%. De solvabiliteit (eigen vermogen/totaal vermogen) ultimo 2015 komt daarmee op 29%. De financiële gezondheid van het ziekenhuis is daarmee verder versterkt.

Slot

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

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

2. Profiel van de organisatie

2.1 Algemene identificatiegegevens

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

2.2 Structuur van het concern

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

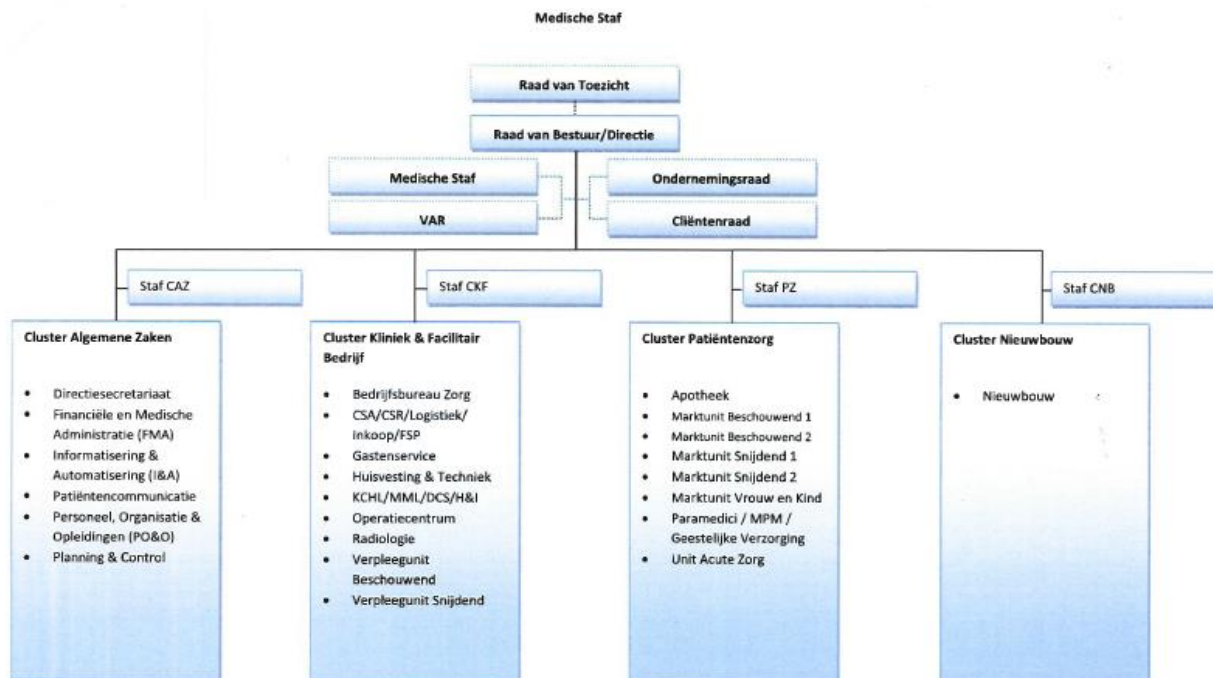
Het Slingeland Ziekenhuis wordt bestuurd door een éénhoofdige raad van bestuur (i.c. de algemeen directeur), die verantwoording aflegt aan de raad van toezicht. De algemeen directeur vormt samen met twee (tot 1 mei 2015:3) clusterdirecteuren de directie van het Slingeland Ziekenhuis.

De medisch specialisten van eenzelfde specialisme zijn georganiseerd in vakgroepen. De Vereniging Medische Staf is het organisatorisch kader van alle medisch specialisten in het Slingeland Ziekenhuis. De Vereniging Medische Staf communiceert met de leden via de raad van mandatarissen waarin een vertegenwoordiger vanuit elke vakgroep zitting heeft. Vakgroepen hebben een medisch manager die samen met de manager van de marktunit verantwoordelijk is voor het optimaal functioneren van de marktunit. De medisch manager is in bijna alle gevallen ook de mandataris van de vakgroep. Per 1 januari 2015 zijn de vrijgevestigde medisch specialisten met hun eigen Personal Holding BV toegetreden tot het Coöperatief MSB Slingeland U.A. In een overeenkomst is vastgelegd wat de positie van de Vereniging Medische Staf en van het MSB is en op welke wijze jaarlijks afspraken worden gemaakt tussen het MSB en het Slingeland Ziekenhuis over het leveren van medische diensten. Het MSB bestuur is met twee leden vertegenwoordigd in het bestuur van de Vereniging Medische Staf.

De Ondernemingsraad en de Cliëntenraad hebben formele adviesbevoegdheden in overeenstemming met de wet. Hoofdstuk 3 bevat nadere informatie over de activiteiten in 2015 van de Cliëntenraad, de Ondernemingsraad en de Vereniging Medische Staf.

In 2015 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. | - Mond-, Kaak- en Gezichtschirurgie. |
| - Cardiologie. | - Neurologie. |
| - Chirurgie. | - Neurochirurgie. |
| - Dermatologie. | - Oogheelkunde. |
| - Farmacie. | - Orthopedische chirurgie. |
| - Gynaecologie en verloskunde. | - Pathologie. |
| - Interne geneeskunde. | - Plastische chirurgie. |
| - Keel-, Neus- en Oorheelkunde. | - Psychiatrie (GGNet). |
| - Kindergeneeskunde. | - Radiologie. |
| - Klinische chemie. | - Reumatologie. |
| - Klinische geriatrie. | - Revalidatiegeneeskunde (Groot Klimmendaal). |
| - Longziekten. | - Urologie. |
| - Medische microbiologie. | |
| - Medische psychologie. | |

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	2015	2014	2013
Erkende bedden	420	420	420
• Intensive care	10	10	10
• Hartbewaking	8	8	8
7x 24 spoedeisende hulp	Ja	Ja	Ja

Productie	2015	2014	2013
Geopende productie@	161.900	160.670	160.054
Opmnames	15.925	16.177	15.758
Eerste Polibezoeken @@	83.257	93.007	103.836
Dagopnames	10.421	11.472	16.808
Verpleegdagen	71.778	74.631	77.473
Aantal verkeerde beddagen@@@	1.071	796	920
Percentage verkeerde beddagen@@@	1,49%	1,05%	1,17%
Gemiddeld aantal verpleegdagen	4,4	4,6	4,6
Gemiddeld aantal verpleegdagen per specialisme			
Interne geneeskunde	6,0	6,8	6,3
Cardiologie	3,9	3,8	4,3
Longziekten	6,2	5,9	6,2
Reumatologie	5,5	16,0	7,5
MDL	5,4	5,1	5,2
Kindergeneeskunde	3,6	4,2	4,1
Neurologie	4,4	4,6	4,7
Heelkunde	4,5	4,9	4,7
Urologie	3,8	3,8	4,1
Orthopedie	4,8	5,2	5,5
Plastische chirurgie	2,3	2,7	2,5
Gynaecologie/ verloskunde	2,7	2,4	2,5
KNO	2,2	2,4	2,4
Oogheelkunde			
Mond kaak / aangezichtschirurgie	2,0	2,1	2,0

@:totale geopende productie verminderd met lege trajecten waarbij jaren 2013 en 2014 op zelfde peildatum als 2015 zijn gegenereerd.

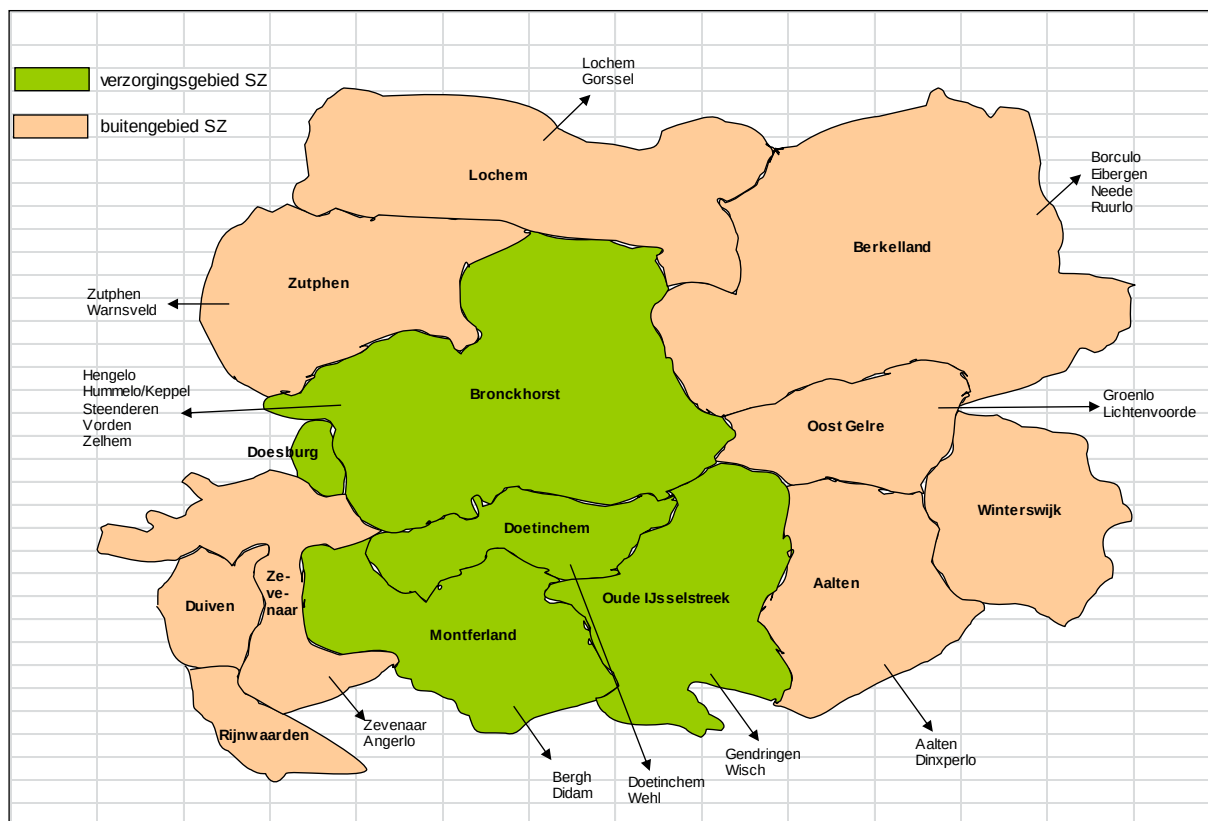
@@: Aantal polibezoeken is vanaf 2015 gedaald ten gevolge van verscherpte definitie inzake registratie polibezoeken in kader van self assessment onderdeel verlengde arm.

@@@: stijging 2015 wordt veroorzaakt door invoering zorgtransitie per 2015

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

2.3.3 Werkgebieden

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



2.4 Samenwerkingsrelaties

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

Tabel: Overzicht relaties

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

LHV Kring Gelre-IJssel Caransscoop Zorgbelang Gelderland Zorg en Welzijn		
Beleids Overleg Huisartsen Zorg Huisartsen en verpleeghuisartsen	algemeen directeur directeur patiëntenzorg	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
Overleg bestuur Huisartsen Vereniging Oude IJssel	algemeen directeur directeur patiëntenzorg	Doel: informatieuitwisseling. Frequentie: 2 x per jaar
Regionaal bestuursoverleg ARTZ: Gelderse Vallei Ede Rijnstate Arnhem	algemeen directeur	Doel: topzorg in de regio Gelderland door een samenwerkingsverband. Frequentie: 1 x per maand
Klimmendaal	directeur patiëntenzorg	Doel: ontwikkeling revalidatiezorg in en om het ziekenhuis.
GGD	directeur patiëntenzorg	Doel: bijdragen aan preventie.
GGNet	directeur patiëntenzorg	Doel: optimale samenwerking en medische dienstverlening.
Stichting Sravana, hospice	directeur patiëntenzorg	Lid van Adviesraad
Regionaal Orgaan Acute Zorg	algemeen directeur	Doel: afstemming t.a.v. acute zorg, incl. het Ziekenhuis-rampenopvangplan, in de regio van het Radboudumc. Frequentie: 2 tot 3 x per jaar
Oogzorgnetwerk	directeur patiëntenzorg	Lid van het netwerk Doel: kwaliteitsverbetering op gebied van oogzorg.
Opleidingsoverleg Oost-Nederland (OOR ON)	algemeen directeur	Doel: afstemming opleiding medisch specialisten in de regio van Radboudumc. Frequentie: 4 x per jaar
Hogeschool Arnhem Nijmegen en Graafschap College	directeur patiëntenzorg	Doel: zekerstellen instroom medisch personeel en doorontwikkeling eigen medewerkers.
Work Field Committee Master Care and Technology Saxion en Fontis Hogeschool	directeur patiëntenzorg	Doel: doorontwikkeling eigen medewerkers.
Relaties toezichthouders en financiers		
Zorgverzekeraars	algemeen directeur	Doel: maken van financiële afspraken over productie en kwaliteit.
Banken/Waarborgfonds	algemeen directeur	Doel: informatieverstrekking over ontwikkelingen in het ziekenhuis met financiële consequenties. Frequentie: 1 x per jaar
Interne Gremia		
Ondernemingsraad (OR)	algemeen directeur	Doel: bijeenkomst van de ondernemingsraad en de ondernemer, vertegenwoordigd door de bestuurder van de onderneming. Frequentie: 1 x per 6 weken

Bestuur Vereniging Medische Staf (VMS)	directie	Doel: informatie-uitwisseling en bespreking van beleidsaspecten tussen directie en stafbestuur. Frequentie: 1 x per 2 weken
Cliëntenraad	algemeen directeur	Doel: overleg met adviesorgaan conform WMCZ Frequentie: 6 x per jaar
Verpleegkundige Advies Raad	algemeen directeur	Doel: informatieuitwisseling over zaken die de verpleegkundige beroepsinhoud raken. Frequentie: 1 x per jaar.
	directeur patiëntenzorg directeur kliniek & facilitair bedrijf	Doel: terugkoppeling vanuit de VAR en terugkoppeling directie over voortgang adviezen. Frequentie: 4 x per jaar
Lidmaatschappen		
NVZ ziekenhuizen	algemeen directeur	De vereniging richt zich als brancheorganisatie van de ziekenhuizen primair op de collectieve behartiging van zorginhoudelijke, sociale en economische belangen van de leden.
Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen	algemeen directeur	De vereniging richt zich op de belangenbehartiging van de algemene ziekenhuizen.
Deelnemingen		
Vasovasio BV	algemeen directeur	Doel: samenwerking voor het gezamenlijk verlenen van medisch specialistische zorg aan patiënten op het gebied van de vasovasotomie.

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
C.W.J.M. van Ewijk	voorzitter	Lid Raad van Toezicht Spectrum

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 Raad van Toezicht**Samenstelling Raad van Toezicht per 31-12-2015**

	<i>Functie</i>	<i>Nevenfuncties</i>	<i>Deskundigheid</i>
Fr.C.A. Jaspers (voorzitter)	Voormalig bestuurder Universitair Medisch Centrum Groningen	- 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 - Adviserend lid bestuur Stichting Maggie's Centers Nederland Groningen	Bestuurlijk / Zorg / Kwaliteit en veiligheid
P.A.M. Stortelder (vice-voorzitter)	Directeur/eigenaar Wopereis Groep te Doetinchem	- Voorzitter bedrijvenkring Bronckhorst - Bestuurslid Samen- werkende Ned. Staalbouwgroep Oost	Bestuurlijk / Bedrijfseconomisch
C.L. Bruinsma (lid)	Lid Raad van Bestuur Lentis	- Lid Kamer Psychiatrie Stichting Bols - Vice-voorzitter GGZ Nederland - Vice-voorzitter bestuur Stichting Benchmark GGZ - Voorzitter algemene vergadering Opleidings- consortium Psychiatrie NO	Bestuurlijk / Zorg / Kwaliteit & veiligheid

E. Heijink (lid)	Directeur/eigenaar Rensa groep		Bestuurlijk / Bedrijfseconomisch
Mevr. M.N. Pieters (lid)	Directeur Publieke Gezondheid GGD Gelderland-Zuid		Bestuurlijk / Zorg / Kwaliteit & veiligheid
Mevr. 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.voorzitter Commissie van Beroep Actiz - lid Geschillencom. VV&T - voorzitter Centrale Cliëntenraad Cordaan	Bestuurlijk / Zorg Kwaliteit en veiligheid

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.

Volgens het rooster van aftreden zou de tweede zittingstermijn van mevrouw A. van den Wildenberg per 31 december 2015 zijn beëindigd. Het betreft de zetel die op voordracht van de Cliëntenraad werd ingevuld. In het perspectief van de besprekingen over een bestuurlijke fusie met het Streekziekenhuis Koningin Beatrix in Winterswijk heeft de Raad van Toezicht afgesproken om vacatures voorlopig aan te houden. De Raad van Toezicht hecht er echter aan dat één van zijn leden zitting heeft op voordracht van de Cliëntenraad. Daarom heeft de raad, na ruggenspraak met de Cliëntenraad, besloten de zittingstermijn van mevrouw Van den Wildenberg met een half jaar te verlengen tot 1 juli 2016. De Raad van Toezicht stelt het erg op prijs dat mevrouw Van den Wildenberg zich hiertoe bereid heeft verklaard. De gremia zijn schriftelijk over dit besluit geïnformeerd.

Rooster van aftreden Raad van Toezicht

	<i>Leeftijd</i>	<i>Datum benoeming</i>	<i>Datum herbenoeming 2^e zittingsperiode</i>	<i>Datum aftreden bij herbenoeming</i>
Fr.C.A. Jaspers	65	01-10-2014	01-01-2019	01-01-2023
P.A.M. Stortelder	58	01-01-2009	01-01-2013	01-01-2017
C.L. Bruinsma	51	01-01-2015	01-01-2019	01-01-2023
E. Heijink	62	01-01-2013	01-01-2017	01-01-2021
Mevr. M.N. Pieters	51	01-01-2015	01-01-2019	01-01-2023
Mevr. A. van den Wildenberg	66	03-09-2007	01-01-2012	01-01-2016 verlengd tot 01-07-2016

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 2015 is gebaseerd op de adviesregeling van de Nederlandse Vereniging van Toezichthouders Gezondheidszorginstellingen (NVTZ) van 2009. De WNT2 wordt per 1 januari 2016 ook van toepassing voor toezichthouders.

Functie	2015
Voorzitter Raad van Toezicht	€ 12.000,-
Lid Raad van Toezicht	€ 8.000,-
Bedragen zijn exclusief BTW	

Presentielijst vergaderingen Raad van Toezicht 2015

	23-02	13-04	19-05	15-06	31-08	22-09	26-10	14-12
Fr.C.A. Jaspers	x	x	x	x	x	x	x	x
P.A.M. Stortelder	x	x	x	x	x	-	x	x
C.L. Bruinsma	x	x	x	x	x	x	x	x
E. Heijink	x	x	x	x	x	x	x	x
Mevr. dr.ir. M.N. Pieters	x	x	x	x	x	x	x	x
Mevr. A. van den Wildenberg	x	x	x	x	x	-	x	x

Benoeming nieuwe bestuurder

In juni 2015 heeft de heer G.P.M. Huisman afscheid genomen als bestuurder van het Slingeland Ziekenhuis. De Raad van Toezicht heeft veel waardering voor de inzet en het werk van de heer Huisman. Er staat een goede organisatie die opereert vanuit patiënten perspectief. De heer Huisman is er in geslaagd een goede onderlinge relatie op te bouwen tussen organisatie en medische staf. Er is een visie voor de langere termijn, het ziekenhuis heeft een financieel gezonde basis en het thema kwaliteit & veiligheid is goed in beweging gezet, maar zal in het kader van compliance nog wat aangescherpt moeten worden.

De Raad van Toezicht heeft de heer C.W.J.M. van Ewijk per 1 juni 2015 benoemd tot bestuurder / algemeen directeur, als opvolger van de heer Huisman. De Raad van Toezicht acht de heer Van Ewijk zeer geschikt voor deze functie, omdat hij veel kennis en ervaring heeft in de zorg en beschikt over een uitgebreid netwerk.

In het verslagjaar heeft de Raad van Toezicht acht maal een vergadering gehad in aanwezigheid van de bestuurder. Er kunnen vier hoofdthema's worden onderscheiden die in 2015 aan de orde zijn geweest:

1. De rol van de Raad van Toezicht en het eigen functioneren in een nieuwe samenstelling met een nieuwe voorzitter.
2. De rol van de nieuwe bestuurder en diens rol en relatie met de medische staf na de herstructurering als gevolg van de invoering van het systeem van integrale tarieven.
3. Kwaliteit en patiëntveiligheid.
4. Voornemen bestuurlijke fusie met het Streekziekenhuis Koningin Beatrix in Winterswijk en nieuwbouwplannen Slingeland Ziekenhuis.

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

- Goedkeuring Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording 2014:
 - Deel I, maatschappelijk verslag 2014.
 - Deel II, jaarrekening 2014.
- Goedkeuring treasury plan 2015.

- Goedkeuring inzake plannen nieuwbouw:
 - Projectorganisatie nieuwbouw.
 - Ondertekening anterieure overeenkomst met de gemeente Doetinchem.
 - Verwerving gronden.
- Goedkeuring Samenwerkingsovereenkomst Slingeland Ziekenhuis en de MKA-chirurgie Achterhoek BV (in het kader van de invoering van integrale tarieven).
- Benoeming de heer C.W.J.M. van Ewijk per 1 juni 2015 tot algemeen directeur / bestuurder.
- Goedkeuring ondertekening intentieverklaring tot overname Ascon door het Slingeland Ziekenhuis en het Streekziekenhuis Koningin Beatrix in Winterswijk.
- Vaststelling reglement auditcommissie financiën, ICT en nieuwbouw (commissie Raad van Toezicht).
- Vaststelling reglement commissie kwaliteit & veiligheid (commissie Raad van Toezicht).
- Goedkeuring voorbereiding voorgenomen (bestuurlijke) fusie met het Streekziekenhuis Koningin Beatrix in Winterswijk:
 - Projectstructuur.
 - Vertegenwoordiging Raad van Toezicht.
 - Projectaanpak en inhuren externe adviseurs.
 - Doelen en randvoorwaarden voor de samenwerking ter voorbereiding van de voorgenomen (bestuurlijke) fusie.
- Goedkeuring Meerwaardedocument 2.0: "Samen verder naar regionaal beter. Deskundige zorg dichtbij" inzake de voorgenomen (bestuurlijke) fusie tussen het Slingeland Ziekenhuis en het Streekziekenhuis Koningin Beatrix in Winterswijk.
- Goedkeuring voorgenomen besluit van de bestuurders om een bestuurlijke fusie tussen het Slingeland Ziekenhuis en het Streekziekenhuis Koningin Beatrix in Winterswijk tot stand te brengen.
- Goedkeuring intentieovereenkomst om per 1 juli 2016 de bestuurlijke fusie tussen het Slingeland Ziekenhuis en het Streekziekenhuis Koningin Beatrix in Winterswijk tot stand te brengen.
- Goedkeuring Ziekenhuisjaarplan 2016.
- Goedkeuring Begroting 2016.
- Goedkeuring om de voorgenomen fusie tussen het Slingeland Ziekenhuis en het Streekziekenhuis Koningin Beatrix in Winterswijk te melden bij de NZa en daarna bij de ACM.
- Goedkeuring akte van oprichting Stichting Samenwerkende Ziekenhuizen Slingeland en Koningin Beatrix.

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

- De voorgenomen (bestuurlijke) fusie tussen het Slingeland Ziekenhuis en het Streekziekenhuis Koningin Beatrix in Winterswijk is elke vergadering onderwerp van bespreking geweest. Het overleg is steeds gebeurd aan de hand van documenten die door de gezamenlijke stuurgroep, waarin de voorzitters en vice-voorzitters van beide raden van toezicht, beide bestuurders en de voorzitters van beide medische staven actief hebben geparticipeerd, vooraf waren beoordeeld en besproken. De voorbereidingen hebben geresulteerd in het rapport "Resultaat van verkenning naar een bestuurlijke fusie" waarin de volgende onderwerpen in samenhang zijn gebundeld:
 - Visie en meerwaarde van een bestuurlijke fusie.
 - Het proces met de stakeholders.
 - De projectaanpak en tijdsplanning.
 - Een schets van de nieuwe organisatie (governance).
 - Financieel meerjarenmodel.
 - Borging van kwaliteit & veiligheid.
 - Informatisering & automatisering.
 - De risico's en beheersmaatregelen.
 - Communicatieplan.
- De ontwikkelingen rondom het thema kwaliteit & patiëntveiligheid hadden in 2015 de speciale aandacht van de Raad van Toezicht. De bestuurder en de Raad van Toezicht hebben geconstateerd dat de structuur, het systeem en daarmee ook de borging van kwaliteit & veiligheid beter kunnen worden verankerd in de organisatie. Een campagne om kwaliteit & veiligheid centraal te stellen onder medewerkers zal worden ingezet.
- Ook tijdens de jaarlijkse ontmoeting met een delegatie van de medische staf is gesproken over het thema kwaliteit & veiligheid. Directie en medische staf hebben gezamenlijk de notitie "Samen sterk

in kwaliteit" uitgebracht, waarin de leidende rol van de medisch specialisten op het gebied van kwaliteit & veiligheid is uitgewerkt.

- De Raad van Toezicht heeft zich gebogen over zijn eigen structuur en werkwijze. De rol van de Raad van Toezicht moet helder zijn bij de complexe ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg. Gekozen is onder meer voor een commissiestructuur. Invoering hiervan is uitgesteld in het perspectief van de voorgenomen (bestuurlijke) fusie met het Streekziekenhuis Koningin Beatrix in Winterswijk.
Dit geldt ook voor de uitwerking van werkafspraken voor de nieuwe Raad van Toezicht na de bestuurlijke fusie, het overleg tussen Raad van Toezicht en Raad van Bestuur. De Raad van Toezicht zal hierover al wel intern en met de Raad van Toezicht van het Streekziekenhuis Koningin Beatrix in discussie gaan om zich een beeld te vormen en een visie te ontwikkelen.
- Rapportage Ernst & Young accountants, uitkomsten initieel onderzoek management letter 2014.
- Verslag van de externe accountant over het jaar 2014 in aanwezigheid van de externe accountant.
- Bespreken 1^e, 2^e en 3^e kwartaalrapportage ziekenhuisjaarplan 2015 en kwaliteit & veiligheid.
- Bespreken 1^e, 2^e en 3^e financiële kwartaalrapportage 2015.
- Tijdelijke aanpassing topstructuur ter borging van de continuïteit van de directie.
- Bespreking ontwikkeling klachten en claims, in aanwezigheid van de klachtenfunctionaris en de stafvertegenwoordiger kwaliteit & veiligheid.
- De Raad van Toezicht heeft kennis genomen van de terugkoppeling van de resultaten van de audit door het NIAZ in het kader van de heraccreditatie van het Slingeland Ziekenhuis. Het auditteam was bijzonder positief over de bevindingen in ons ziekenhuis. Twee leden van de Raad van Toezicht hebben een gesprek gehad met het auditteam.
- De bestuurder heeft de Raad van Toezicht geïnformeerd over de resultaten van het medewerkers onderzoek dat in 2015 is uitgevoerd. De respons was goed en uit de scores kwam een positief beeld van het ziekenhuis. De medewerkers blijken zich te herkennen in de doelstellingen van het ziekenhuis en hieruit blijkt hun betrokkenheid. De uitkomsten van het onderzoek liggen hoger dan de benchmark. Voor de onderdelen die net even minder scoren, is een ziekenhuisbreed actieplan gemaakt dat is vertaald naar unit- en teamplannen.
- De Raad van Toezicht is geïnformeerd over de inrichting (structuur en zeggenschap) van de privékliniek vasovasotomie, de VasoVaso BV, waarin het Slingeland Ziekenhuis participeert.

Het jaargesprek met de bestuurder is op 15 oktober 2015 gevoerd door de voorzitter en vice-voorzitter. De resultaten van dit gesprek zijn aan de overige leden van de Raad van Toezicht gerapporteerd.

De Raad van Toezicht heeft zijn eigen functioneren op 26 oktober 2015 geëvalueerd. De verwachting is dat het raadswerk substantieel meer tijd zal gaan vergen. Niet alleen vanwege de verdere uitwerking van de voorgenomen fusie met het Streekziekenhuis Koningin Beatrix in Winterswijk, maar ook omdat de raad qua werkwijze een verdiepingsslag wil maken, onder andere met de instelling van commissies. Deze verdieping in onderwerpen sluit aan bij de ontwikkelingen rond governance en toezichthouden. De Raad van Toezicht gaat meer op detailniveau volgen wat er in de organisatie gebeurt. Kwaliteit & veiligheid, financiën en prospectief risicomanagement zijn daarbij specifieke aandachtspunten.

Aandachtspunt voor het komende jaar is het afleggen van werkbezoeken aan afdelingen om te ervaren wat er op de werkvloer leeft, maar ook om de betrokkenheid van de Raad van Toezicht te tonen.

Een delegatie van de Raad van Toezicht heeft een overlegvergadering met de Cliëntenraad bijgewoond op 6 oktober 2015 en met de Ondernemingsraad op 27 oktober 2015.

Verder is er op 2 oktober 2015 een eerste officiële gezamenlijke bijeenkomst geweest van de Raden van Toezicht van het Slingeland Ziekenhuis en van het Streekziekenhuis Koningin Beatrix Winterswijk.

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. Gelet op de aanvraag tot een bestuurlijke fusie met het Streekziekenhuis Koningin Beatrix te Winterswijk (SKB) is de termijn van het strategisch beleidsplan verlengd. De bestuurlijke fusie met het SKB zal leiden tot een nieuw strategisch beleidsplan voor beide ziekenhuizen. 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 een maandelijks 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 2015 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 2015 als volgt samengesteld:

	Functie	Jaar herbenoeming 2 ^e zittingsperiode	Jaar aftreden
Dhr. W. Vogel	Voorzitter		2016
Dhr. J. Luesink	Vice-voorzitter		2017
Dhr. K. Horneman	Secretaris	2016	
Mw. L. Geurts	Lid		2016
Mw. J. Richter-Reebergen	Lid		2017
Dhr. B. Spaai	Lid	2019	
Dhr. G. Stronks	Lid	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.
- Verpleegkundigen Advies Raad.
- Ondernemingsraad.
- Organisatie Zorgbelang (in verband met het aan hen uitbestede enquête-recht).

Ook wordt ieder jaar een in- en een extern werkbezoek gepland. Intern heeft er dit jaar geen werkbezoek plaatsgevonden. Een extern werkbezoek is dit jaar gebracht aan de cliëntenraad van Azora. De cliëntenraad heeft een studiedag (extern) georganiseerd onder leiding van het Landelijk Steunpunt Medezeggenschap (LSR), met als thema onze interne werkwijze. Ook is deelgenomen aan de Dag van de Gastvrijheid en heeft een CR-lid zitting gehad in de jury voor de wedstrijd "Goede voorbeelden binnen het SZ". Tevens heeft de cliëntenraad zitting genomen in de Adviesgroep nieuwbouw. De cliëntenraden van de drie Gelderse samenwerkende ziekenhuizen, Slingeland Ziekenhuis, Rijnstate en Ziekenhuis Gelderse Vallei, zijn voor overleg bijeen geweest. Op initiatief van de cliëntenraad is een pilot gestart met leestafels in de poliklinieken die te zijner tijd ook specifieke patiëntinformatie zal bevatten. Ook heeft het Slingeland Ziekenhuis als gastheer opgetreden voor een regionale bijeenkomst van cliëntenraden georganiseerd door het LSR.

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

- M. Ellens, medewerker patiëntwaarderingsonderzoek.
- S. van Krimpen, staffunctionaris MGV & coördinator vrijwilligers.
- G. den Boer, programmamanager fusie.
- F. Bongers, coördinator Transferbureau.
- K. Veenhuizen, relatiemanager 1e lijns zorg.
- M. Elout, hoofd financiën en medische administratie.
- C. Polman, coördinator medische staf.
- H. Kuenen, secretaresse Medisch Specialistisch Bedrijf.
- J. Goeman en K. Jansen, geestelijke verzorging.

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 2015 aan de orde zijn gekomen:

- Nieuwbouwplannen.
- Bestuurlijke fusie met het SKB te Winterswijk.

- Sterftcijfers.
- Acute zorg in de regio / Herinrichting spoedeisende zorg.
- Visiedocument Zorglandschap West Achterhoek.
- Oncologisch samenwerkingsverband (ARTZ).
- Ziekenhuisjaarplan 2015.
- Kaderbrief 2016.
- Werving en selectie 2 nieuwe cliëntenraadsleden.
- Patiëntwaarderingsonderzoek.
- Kwaliteit en veiligheid.
- Voorbereiding NIAZ accreditatie.
- Ouderenbeleid SZ, “de cliënt centraal”.

De cliëntenraad heeft gevraagd advies uitgebracht over de volgende onderwerpen:

- Voordracht lid Klachtencommissie.
- Aanstelling nieuwe bestuurder middels een kennismakingsgesprek.
- Gewijzigde klachtenregeling.
- Contractering landschapsarchitectuur nieuwbouw.
- Project A4 definitiefase nieuwbouw zorg- en werkprocessen.
- Contractering Twijnstra Gudde met betrekking tot nieuwbouw.
- Visiedocument en projectvoorstel “De verpleegkundige van de toekomst”.
- Informele aanvraag bestuurlijke fusie met het SKB Winterswijk.
- Formele aanvraag bestuurlijke fusie met het SKB Winterswijk.

Ongevraagd advies is gegeven over:

- Het PR-beleid van het ziekenhuis.
- Het de cliënt centraal stellen in projectplannen.
- Kwaliteit en veiligheid naar aanleiding van de kwartaalrapportage over het 2^e kwartaal.

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

- Ambtelijk secretaris.
- Lidmaatschap LSR.
- Deelname scholing/ symposia/ congressen.
- Vergaderruimte.

3.4 Verslag van de Ondernemingsraad

Werkwijze

De ondernemingsraad komt wekelijks 4 uur bijeen. Omdat wij hebben gekozen voor het huiswerkvrije model, wordt niet iedere week met de hele ondernemingsraad vergaderd. De vaste commissies gebruiken deze uren ook om hun stukken voor te bereiden, onderling te overleggen en besprekingen te beleggen met 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. In 2015 zijn we begonnen met een nieuwe zittingstermijn. Omdat we evenveel aanmeldingen als vacatures hadden, kon iedereen gekozen worden conform de regeling in de Wet op de Ondernemingsraden.

Het streven is nog steeds om zoveel mogelijk papierarm te gaan werken. Ook in 2015 hebben we weer stappen gezet in deze digitalisering. Alle OR-leden hebben nu ook extern, via een beveiligde verbinding, toegang tot de bestanden van de ondernemingsraad.

Samenstelling van de ondernemingsraad

Met ingang van 1 januari 2015 is de ondernemingsraad gestart met een nieuwe zittingstermijn. De volgende personen maken deel uit van de ondernemingsraad in 2015:

Dagelijks Bestuur

Jolien Hoefsmit, voorzitter
Wilma Boswell, vice-voorz.
Thea Willekes, secretaris
Petra Seegers

Fysiotherapie
Verpleegafdeling longgeneeskunde
Polikliniek Reumatologie
Servicepunt documentbeheer

Sociaal Beleid (SB)

Veiligheid, Gezondheid, Welzijn, Milieu (VGWM)	Diny Freriks	Verpleegafdeling Chirurgie/MDL
	Patricia Kaatman	Polikliniek Heelkunde
	Annemiek Foederer	Polikliniek Urologie
	Dorine van Hagen	Polikliniek Longgeneeskunde
	Nicole Camstra	Gipskamer/SEH
	Gonny de Vrugt	Acute Opname afdeling
	Wilbert Bovenmarsch	Spoedeisende Hulp
	Wilma Boswell	Verpleegafdeling longgeneeskunde
	José Koenders	Acute Opname afdeling
	Susan v Krimpen	Projectbegeleider Gastvrijheid
Financieel Beleid (FB)	Gerard Schreur (tot 1/7/2015)	Centraal applicatiebeheer
	Lysanne Mos (miv 1/9/2015)	Verpleegafdeling Gynaecologie
	Wilma Boswell	Verpleegafdeling longgeneeskunde
	Rudi Waning	Informatisering & Automatisering
Ondersteuning	Diny Freriks	Verpleegafdeling Chirurgie/MDL
	Mientje Wensink	Notulist
	Petrina van Engelenburg	Ambtelijk secretaris

De ondernemingsraad heeft in 2015 de volgende onderwerpen behandeld. Indien niet anders vermeld, heeft de ondernemingsraad ingestemd dan wel positief geadviseerd.

Veiligheid Gezondheid Welzijn en Milieu

- RI&E F2, dagverpleging.
- RI&E dialyse.
- RI&E N2.
- RI&E A2.
- RI&E B2.
- RI&E bouwdeel G.
- RI&E functieafdeling MDL.
- Gewijzigd beleid opname PLB: in de nieuwe CAO zijn meerdere wijzigingen opgenomen voor opname van het opgebouwde PLB-budget. Daarom moest het interne beleid rondom de PLB ook worden aangepast. Wij hebben hierover uitgebreid gecommuniceerd in ons OR Infobulletin en ook vanuit de afdeling P&O wordt/is extra informatie gegeven over alle wijzigingen.
- Diensttijdenwijziging verpleegafdeling en MGv B2.
- Verlenging contract bedrijfsarts.

Sociaal Beleid

- Aanpassing diensten polikliniek longgeneeskunde - longfunctie (pilot)
- Diensttijdenwijziging centrale keuken - bandmedewerkers
- Wijziging ketenbepaling tijdelijke contracten Slingeland Ziekenhuis: de directie heeft voorgesteld om vanaf juli 2015 de jaarcontracten in te korten tot contracten van 11 maanden, als reactie op de wijzigingen in de wetgeving rond ontslagbepalingen en flexibel werken. De ondernemingsraad begrijpt de achterliggende motivatie en heeft ingestemd met deze wijziging in de ketenbepaling.
- Diensttijdenwijziging verpleegafdeling N2 - verpl.
- Diensttijdenwijziging verpleegafdeling A2/N2 – MGv.

Algemeen

- Visiedocument en projectvoorstel: verpleegkundige van de toekomst
- Sinds 2012 wordt er op landelijk niveau nagedacht over de toekomstige invulling van de functie verpleegkundige. Hiervoor is in eerste instantie bekeken hoe de patiënt zich ontwikkelt, zowel in klachtenpatroon als ook in gedrag en vraaggedrag. Er is door meerdere personen en instanties onderzoek gedaan naar de diverse aspecten rondom de toekomstige behoefte aan verpleegkundige zorg, maar tot een eensluidende landelijke visie op 'de verpleegkundige van de toekomst' heeft dit nog niet geleid. Wel zijn er afspraken gemaakt met opleidend Nederland over met name de competenties die op het HBO-v aan de orde moeten gaan komen en vanuit die afspraken is, onder meer door de V&VN de intentie uitgesproken om de inrichting van de verpleegkundige zorg in de ziekenhuizen met ingang van 2020 te laten aansluiten op de eerste lichting afgestudeerde HBO-v ers 'nieuwe stijl'. Inmiddels is ook binnen het Slingeland Ziekenhuis

een visiedocument gemaakt en op basis hiervan is een projectvoorstel gemaakt om te komen tot een toekomstbestendig verpleegkundig profiel.

- Ziekenhuisbreed plan van aanpak naar aanleiding van het medewerkersonderzoek 2015: In het voorjaar is een groot medewerkertevredenheidsonderzoek (MTO) gehouden, dat door erg veel mensen is ingevuld. Een adviesbureau, SKB in Amsterdam, heeft alle ingevulde vragenlijsten verwerkt en naar aanleiding van de resultaten is, in overleg met de ondernemingsraad, een plan gemaakt om de resultaten met iedereen te delen en om te gaan werken aan de verbeterpunten.
- In september/oktober hebben alle teamleiders een training gevolgd, waarin ze geleerd hebben op welke manier ze, met het meeste resultaat, deze verbeteracties op hun eigen afdeling kunnen gaan inzetten. Vanuit de resultaten van het MTO worden, samen met het team, maximaal 3 verbeterpunten benoemd, en per punt wordt, opnieuw samen met het team, bekeken welke actie het best tot de gewenste verbetering kan leiden. De ondernemingsraad heeft ingestemd met dit plan van aanpak.

Organisatie

- Organisatie ontwikkeling afdeling Inkoop
- Ontwikkeling functiegebouw Apotheek: binnen de apotheek hebben de afgelopen tijd zeer grote en vaak ingrijpende veranderingen plaatsgevonden, in zowel de bereiding, de uitgifte van medicijnen, maar ook door de invoering van de zogenaamde opname- en ontslagmedicatie verificatie. De huidige taakfunctiebeschrijvingen voldeden niet meer en daarom is het volledige functiegebouw op zijn kop gegaan. Alle medewerkers konden aangeven welke taken/werkzaamheden ze wilden gaan verrichten en daarop is een nieuwe verdeling van taken en functies gemaakt. Medewerkers, voor wie het nodig is, krijgen scholing zodat iedereen voldoende toegerust kan zijn of worden voor alle aspecten van de nieuwe functie. Hierover is zeer regelmatig gecommuniceerd en alle medewerkers zijn goed begeleid in alle veranderingen. De ondernemingsraad onderschrijft de noodzaak voor deze grote veranderingen en heeft hiermee ingestemd. Het is een langdurige onrustige situatie binnen de apotheek, dus voldoende zorg en aandacht voor alle betrokkenen blijft voorlopig nog erg belangrijk.
- Fusieplannen SZ-SKB: eind 2014 is de ondernemingsraad voor het eerst geïnformeerd over de fusieplannen voor het Slingeland Ziekenhuis en het Streekziekenhuis Koningin Beatrix in Winterswijk. De overtuiging dat een fusie noodzakelijk is om ook in de toekomst alle bewoners van de Achterhoek goede, bereikbare en kwalitatief hoogwaardige zorg te kunnen blijven bieden, heeft ervoor gezorgd, dat de directeuren van beide ziekenhuizen elkaar hebben opgezocht. Ook door de medische staven en vanuit de individuele vakgroepen zijn initiatieven gestart tot samenwerking dan wel fusie van vakgroepen. De ondernemingsraad is gedurende het hele jaar 2015 nauw betrokken bij en veelvuldig op de hoogte gesteld van de stand van zaken. Sinds de zomer hebben wij ook contact met de ondernemingsraad van het SKB, zodat wij inmiddels ook weten, dat men 'in het SKB' op dezelfde enthousiaste wijze toeleeft naar het moment dat de bestuurlijke fusie een feit zal zijn. De ondernemingsraad heeft, net als de cliëntenraad en de vereniging medische staf, een positief advies afgegeven op de fusieplannen.
- Nieuwbouw: Eind maart 2015 is het startschot gegeven voor de nieuwbouw. Vanaf dat moment zijn er allerlei activiteiten gestart die nodig zijn in de voorbereiding voor de nieuwbouw. Medio 2015 is het ziekenhuis een nieuwe fase ingegaan. In deze fase wil het ziekenhuis een programma van eisen opstellen, waaraan het nieuwe ziekenhuis moet voldoen. Er is een positief advies gegeven op het voornemen om de nieuwe fase in te gaan. Maar ook op het voornemen om een extern deskundig adviesbureau in te schakelen, die gaat helpen bij het opstellen van dit programma van eisen. Daarnaast heeft de directie voorgesteld om een landschapsarchitect in de hand te nemen, die kan helpen om een zodanig gebouw neer te zetten, dat het allemaal past binnen de omgeving en waarbij rekening gehouden kan worden met allerlei aspecten van en in het specifieke landschap om het nieuwe gebouw heen.

3.5 Verslag van Bestuur van de Vereniging Medische Staf

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

De samenstelling van het bestuur VMS was in 2015 als volgt:

- dr. G.E.M. Kienstra, neuroloog voorzitter

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

Raad van Mandatarissen

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

Medisch specialistisch bedrijf

Per 1 januari 2015 zijn, met uitzondering van de mka-chirurgen, de vrijgevestigde medisch specialisten met hun eigen Personal Holding BV toegetreden tot het Coöperatief MSB Slingeland U.A. (MSB). Dit als gevolg van de invoering van de integrale bekostiging per 1 januari 2015, waarmee het zelfstandig declaratierecht van de medisch specialisten is komen te vervallen. De invoering van de integrale tarieven per 1 januari 2015 is voor het ziekenhuis en de vrijgevestigde medisch specialisten aanleiding geweest tot het sluiten van een samenwerkingsovereenkomst. In deze overeenkomst is vastgelegd wat de positie van de VMS is en van het MSB, en zijn afspraken gemaakt over de wijze waarop jaarlijks afspraken worden gemaakt tussen het MSB en het ziekenhuis over het leveren van medische diensten. Het bestuur MSB is met twee leden vertegenwoordigd in het bestuur VMS. De drie mka-chirurgen zijn niet tot het MSB toegetreden, maar hebben met elkaar een BV opgericht. De VMS bestaat ook na de oprichting van het MSB uit medisch specialisten in vrije vestiging en medisch specialisten in loondienst.

Intentieverklaring

In het jaar 2015 is de voorgenomen bestuurlijke fusie tussen het Slingeland Ziekenhuis en het Streekziekenhuis Koningin Beatrix te Winterswijk voor de medische staf een belangrijk gespreksonderwerp geweest. In mei 2015 hebben de medische staven van de beide ziekenhuizen hun intentie uitgesproken om op termijn één medische staf te gaan vormen. Voor de overbruggingsperiode, geldend vanaf de fusiedatum tot aan de vorming van één medische staf, is afgesproken een overkoepelend stafbestuur (OSB) te vormen, dat als de medisch strategische partner van de Raad van Bestuur zal gaan fungeren. Hierbij anticiperend op de eenwording van de beide medische staven. Eind 2015 is een begin gemaakt met de oprichting van dit OSB.

NIAZ accreditatie

De voorbereidingen voor de NIAZ accreditatie in november 2015 maakten voor de medische staf eveneens een groot deel van de werkzaamheden uit. Zo werd bijvoorbeeld de laatste hand gelegd aan het verbeteren van de complicatieregistratie en informed consent en is gewerkt aan het vergroten van de betrokkenheid van de medische staf bij het onderwerp Kwaliteit & Veiligheid. Gedurende de voorbereidingen van de NIAZ accreditatie alsmede tijdens de accreditatie zelf werd een grote betrokkenheid onder de medische staf ervaren.

Samenwerking 1^e lijn

Samenwerking met de 1^e lijn heeft in 2015 veel aandacht gekregen. Naast de gebruikelijke informele contactmomenten tussen 1^e en 2^e lijn (bijvoorbeeld de halfjaarlijkse klinische conferentie) is onder andere een begin gemaakt aan de organisatie van een meerdaagse compagnonscursus en aan een transmuraal project aangaande passende zorg in de laatste levensfase. De betrokkenheid en bereidheid onder medisch specialisten, huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde om een bijdrage te leveren aan deze initiatieven is groot.

Samenwerking Rijnstate, Gelderse Vallei en Slingeland Ziekenhuis

In 2015 heeft de samenwerking tussen ziekenhuis Rijnstate, Slingeland Ziekenhuis en ziekenhuis de Gelderse Vallei verder vorm gekregen (A.R.T.Z.). Elke maand vindt over de samenwerking tussen de drie ziekenhuizen bestuurlijk overleg plaats. De voorzitter en de beleidsmedewerker van de medische staf nemen hier ook aan deel. In 2015 hebben de tumorwerkgroepen, waar ook een aantal medisch specialisten van het Slingeland Ziekenhuis zitting in hebben, uitwerking gegeven aan het concept achter A.R.T.Z.: realisatie van de waarden excellent, vertrouwd en samen.

Kwaliteit en Patiëntveiligheid

Eén van de speerpunten van de VMS is Kwaliteit en Patiëntveiligheid. Kwaliteit en Patiëntveiligheid maakt een vast punt uit van de agenda van de maandelijkse vergaderingen van de Raad van Mandatarissen. De heer dr. F.J.L. Reijnders, stafvertegenwoordiger Kwaliteit & Veiligheid, licht onderwerpen tijdens dit agendapunt nader toe, passend bij kwaliteit en patiëntveiligheid. Daarnaast zijn er in 2015 weer meerdere stafbijeenkomsten 'Kwaliteit & Veiligheid' georganiseerd voor de medische staf en arts-assistenten. Besprekingen van diverse thema's (onder andere medische verantwoordelijkheid, anti-stolling, vitaal bedreigde patiënt) zijn hierbij afgewisseld met necrologiebesprekingen.

Appraisal & Assessment

Eind 2015 heeft 93% van het totaal aantal stafleden deelgenomen aan een tweejaarlijks IFMS gesprek. De verbeter slag die hier in 2014 in werd behaald, heeft de medische staf in 2015 verder voortgezet.

4. Beleid, inspanningen en prestaties

4.1 Meerjarenbeleid

Missie 'Samen sterk in kwaliteit'

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

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

Visie

De toekomstvisie van het Slingeland Ziekenhuis kan worden getypeerd als:

Slingeland Regio^{plus} Ziekenhuis

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

1. Het Slingeland Ziekenhuis wil een "maatschappelijke partner" zijn op het gebied van specialistische basiszorg in de Achterhoek. Als maatschappelijk partner is het Slingeland Ziekenhuis actief in regionale en transmurale samenwerkingsverbanden. Tevens zoekt het Slingeland Ziekenhuis regionaal actief aansluiting bij gemeentelijke taken rondom gezondheidszorgpreventie en de WMO.
2. Het Slingeland Ziekenhuis wil zich bovengemiddeld en bovenregionaal onderscheiden op medisch inhoudelijk gebied en op de manier waarop de zorg wordt geleverd. Dit is terug te vinden in de "Plus" typering, waarmee het Slingeland Ziekenhuis de reikwijdte van haar eigen regio kan overstijgen.

3. Het Slingeland Ziekenhuis wil een “solide” zorginstelling zijn, waarbij er geen twijfel bestaat over kwaliteit, veiligheid of financiële positie. Dit betekent dat het Slingeland Ziekenhuis in de regio bekend staat als een gezonde instelling, waar de patiënten van op aan kunnen.

Vanuit de missie en visie is een strategie opgebouwd. De strategie bestaat uit drie strategische concepten, een zorginhoudelijk aanbod 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.
- Vaatlijden.
- 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 2015

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 van groot belang.

De hoofddoelstellingen voor het jaarplan 2015 kunnen kort en krachtig als volgt worden geformuleerd:

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

Hieronder wordt weergegeven in hoeverre de beoogde resultaten zijn gerealiseerd.

Doelstelling 1: Behalen NIAZ heraccreditatie

De afgelopen jaren is door het Slingeland Ziekenhuis hard gewerkt aan kwaliteit en veiligheid en daarmee ook aan de heraccreditatie van het NIAZ.

In 2007 vond er in het Slingeland Ziekenhuis voor het eerst een audit plaats. Dat verliep succesvol en zo ook de heraccreditatie 4 jaar later. Het NIAZ legt elke heraccreditatie de lat hoger, daar het NIAZ wil dat een organisatie steeds verder komt wat betreft veiligheidscultuur waarin 5 fasen worden onderscheiden. Daar waar het bij de vorige heraccreditatie volstond om ergens tussen de 2e en 3e fase te scoren was de doelstelling voor nu om ergens tussen de 3^e en 4^e fase te zitten; dat we niet alleen aan veiligheid werken omdat het moet, maar dat we het zelf belangrijk vinden en elkaar op veiligheid aanspreken, alert zijn op risico's én continu werken aan verbetering.

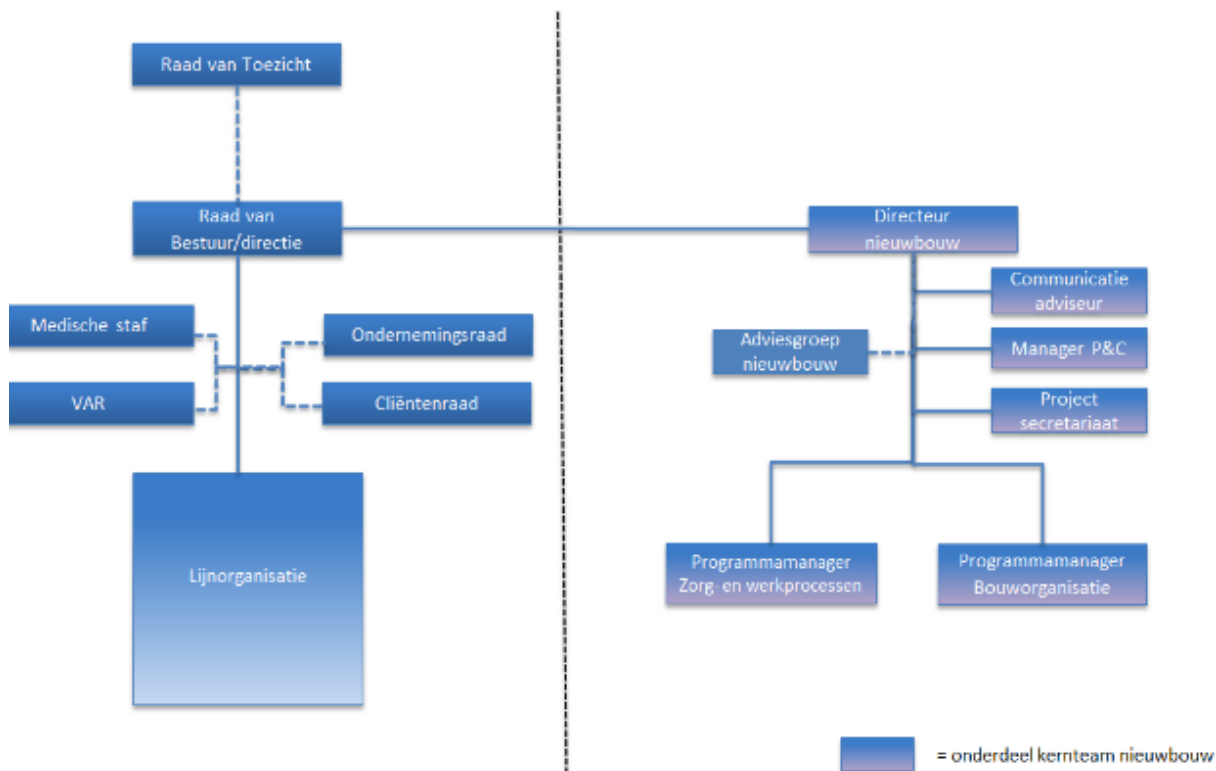
Van 24 tot en met 27 november 2015 is het Slingeland Ziekenhuis bezocht door het NIAZ. Vooruitlopend op dit bezoek zijn in 2015 specifieke acties georganiseerd om het Slingeland Ziekenhuis voor te bereiden op deze heraccreditatie middels onder andere pre auditscans, druk bezochte kwalitair bijeenkomsten en gerichte communicatie over het heraccreditatie traject. Eind februari 2016 heeft het NIAZ aangegeven dat het accreditatiebewijs van het NIAZ wordt verlengd én dat ons ziekenhuis "best practice" ziekenhuis is geworden. Zorginstellingen die voor meer dan 95% voldoen aan de landelijke kwaliteitsnormen van het NIAZ komen in aanmerking voor het predicaat "best practice". Het Slingeland Ziekenhuis voldoet aan alle (100%) eisen uit de norm. Dit is een grote prestatie.

Doelstelling 2: Ontwikkelen nieuwbouwperspectief

In 2015 is voortvarend gestart met het voorbereiden op de nieuwbouw. Enkele belangrijke resultaten die zijn behaald worden onderstaand toegelicht.

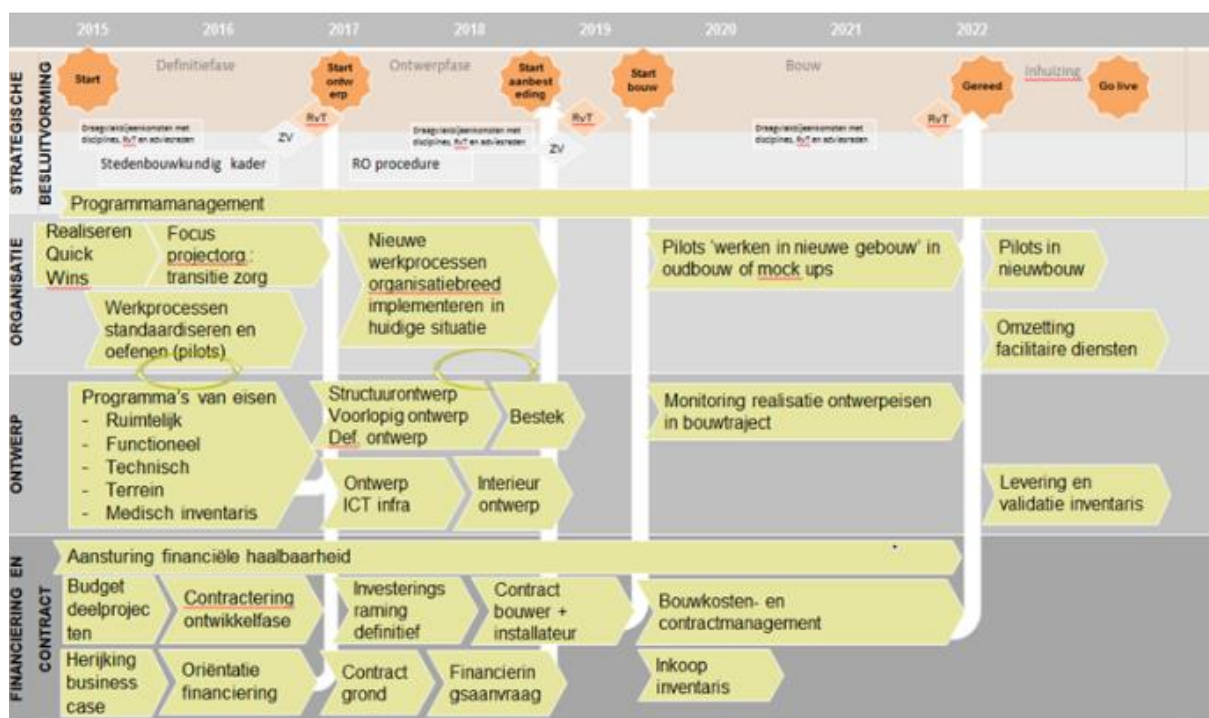
Aanstellen programmadirecteur en inrichting projectorganisatie

In maart 2015 is de projectorganisatie van de nieuwbouw vormgegeven onder leiding van de projectdirecteur Nieuwbouw. Onderdeel van de projectorganisatie is de adviesgroep Nieuwbouw die met name zorgdraagt voor verbinding tussen het bouwprogramma en de ziekenhuisorganisatie en gevraagd en ongevraagd advies verstrekt.



Opstellen globaal meerjarenplan

Door het programmabureau is een globaal meerjarenplan opgesteld dat in de loop van de tijd verder wordt verfijnd.



Contracteren landschapsarchitect en adviesbureau ter begeleiding Programma van eisen Nieuwbouw

In 2015 is een tweetal extern adviseurs gecontracteerd om het Slingeland Ziekenhuis te adviseren inzake de nieuwbouw. De heer N. Wissing vervult de rol van landschapsarchitect en Twijnstra Gudde begeleidt inzake het opstellen van een programma van eisen.

Gesloten overeenkomsten

In april 2015 hebben het Slingeland Ziekenhuis, de gemeente Doetinchem en het Waterschap Rijn en IJssel een tweetal overeenkomsten getekend, te weten overeenkomsten tussen:

- Het Slingeland Ziekenhuis en de Gemeente Doetinchem waarin de medewerking en het kostenverhaal is geregeld. De afspraken richten zich met name op de activiteiten van de Gemeente Doetinchem inzake het opstellen van het benodigde bestemmingsplan en de aankoop door het Slingeland Ziekenhuis van de benodigde gronden.
- Het Slingeland Ziekenhuis, de Gemeente Doetinchem en het Waterschap Rijn en IJssel, betreffende de beoogde nieuwbouw. De essentie van deze overeenkomst tussen de drie partijen is de gezamenlijke ambitie om een innovatief en duurzaam ziekenhuis te bouwen, zo mogelijk energie- en klimaatneutraal.

Overige resultaten

- Start werkconferenties en uitwerking belangrijke onderdelen van het programma van eisen in specifieke themagroepen.
- Besprekingen met bancaire instellingen ter verkenning van haalbaarheid financiering nieuwbouw.

Doelstelling 3: Behouden van een goed exploitatieresultaat

Het Slingeland ziekenhuis heeft haar financiële positie in 2015 verder versterkt door realisatie van een positief exploitatieresultaat. Dit resultaat van € 6,3 miljoen ligt € 4,8 miljoen hoger dan begroot. Deze afwijking wordt in de opbrengsten verklaard door afwikkeling van zorgopbrengsten over oude jaren (€ 3,5 miljoen), de subsidie kwaliteitsimpuls (€1,2 miljoen) en overige opbrengsten (€1,2 miljoen). De totale kosten zijn overschreden met € 1,3 miljoen vanwege advieskosten en vergoeding van aanloopkosten MSB.

Het Slingeland Ziekenhuis heeft eind 2013 besloten om nadere vorm te geven aan de nieuwbouwplannen. Vanaf 2013 zijn daardoor de afschrijvingslasten van vaste activa verhoogd om in 2022 de bestaande locatie zonder restwaardes te kunnen verlaten. Deze maatregel zal de exploitatieresultaten in de jaren 2013 t/m 2022 neerwaarts beïnvloeden.

4.3 Algemeen kwaliteitsbeleid

Kwaliteitsbeleid

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

1. Afdelingen ondernemen acties gericht op het vergroten van de PAK-factor: Patiëntgericht, Aandachtig, Kundig & Veilig.
2. Versterken veiligheidscultuur, onder andere door:
 - Het vergroten van de meldingscultuur, hetgeen blijkt uit een toenemend aantal meldingen van (bijna) incidenten en risicovolle situaties.
 - Borging implementatie landelijke richtlijnen gericht op het terugdringen van schade aan patiënten:
 - Elf landelijke veiligheidsprojecten.
 - Hygiënerichtlijnen.
 - Veldnormen en Inspectierichtlijnen.
3. Vergroten resultaatgerichtheid op het gebied van kwaliteit en patiëntveiligheid via het uitbouwen van de monitor en het werken met het dashboard.
4. Borging kwaliteit- en veiligheidsmanagementsysteem.

In dit en het volgend hoofdstuk benoemen wij enkele van de belangrijkste ontwikkelingen uit 2015.

NIAZ Heraccreditatie

Het Slingeland Ziekenhuis is sinds 2007 geaccrediteerd door het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ). Het accreditatiebewijs betreft zowel het kwaliteits- als het veiligheidsmanagementsysteem. In november 2015 heeft opnieuw een vierdaagse NIAZ-audit plaatsgevonden. De audit is zeer goed verlopen. Het Slingeland Ziekenhuis heeft het predikaat "Best Practice" ontvangen en het accreditatiebewijs is opnieuw voor vier jaar verlengd.

Keurmerken

Het Slingeland Ziekenhuis hanteert, naast het NIAZ, nog andere keurmerken en systemen. In 2015 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 de laboratoria voldoen 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.
- 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 2015 en eindigde op de zesde plaats in de lijst van ziekenhuizen.
- 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.
- Het Slingeland Ziekenhuis heeft voor meerdere behandelingen een keurmerk ontvangen van zorgverzekeraars:
 - CZ goede zorg bij borstkanker.
 - Zilveren Kruis pluscertificaat behandeling van een herseninfarct.

- Zilveren Kruis pluscertificaat diabeteszorg voor kinderen.
- Zilveren Kruis pluscertificaat diabeteszorg voor volwassenen.
- Het Slingeland Ziekenhuis beschikt ten slotte over de volgende keurmerken van patiëntenverenigingen:
 - Vaatkeurmerk.
 - Goede stomazorg.
 - Kwaliteitszegel dermatologie.
 - Patiëntenwijzer longkanker.
 - Groene vinkje darmkankerzorg.
 - Groene vinkje Bloed- en Lymfklierkanker.
 - Groene vinkje prostaatkanker.
 - Spataderkeurmerk.
 - Sterren voor Apneuzorg (vier sterren).

4.4 Kwaliteitsbeleid ten aanzien van patiënten/cliënten

4.4.1 Resultaten kwaliteit van zorg

Waardering patiënten

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

- CQI (Consumer Quality Index)-enquête.
- Suggestiekaarten.
- Feedbackradar.
- Klachten (zie 4.4.3).
- Cliëntenraad (zie 3.3).
- Zorgkaart Nederland.

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 2015 hebben de volgende onderzoeken plaatsgevonden onder patiënten van ziekenhuizen:

CQI/PROMS themagemiddelden Cataract	Score
Communicatie en zorg door artsen	***
Communicatie met verpleegkundigen	***
Ervaren resultaat van de operatie	**
Allergieën en bijwerkingen	***
Patiëntenparticipatie	***
NPS (zou u het ziekenhuis aanbevelen bij anderen)	67,1
Promotors	72%
Detractors	5%

CQI/PROM's themagemiddelden Totale Heup/Knie	Score
Communicatie met artsen	**
Communicatie met verpleegkundigen	**
Pijnbestrijding	***
Patiëntenparticipatie	***
NPS (zou u het ziekenhuis aanbevelen bij anderen)	63,9 (**)
Promotors	70%
Detractors	6%
HOOS-PS verschilscore	**
KOOS-PS verschilscore	**
EQ 5D verschilscore	**
NRS verschilscore pijn in rust	**
NRS verschilscore pijn tijdens belasting	**

* = ziekenhuis scoort significant lager dan gemiddeld

** = ziekenhuis scoort gemiddeld

*** = ziekenhuis scoort significant beter dan gemiddeld

Suggestiekaarten

Patiënten kunnen, via suggestiekaarten, op een laagdrempelige manier suggesties doen voor verbeteringen. In 2015 werden ongeveer 1700 suggestiekaarten ingediend. Zoals ieder jaar is het merendeel van deze suggestiekaarten positief. Iedere maand worden er suggestiekaarten geoordeeld waar nadere analyse en of verbetering op moet plaatsvinden. Acties, die afdelingen naar aanleiding van deze kaarten ondernemen, worden centraal geregistreerd.

Feedbackradar

Via het systeem FeedbackRadar is het mogelijk om “realtime” patiëntwaarderingen te inventariseren. Deze waardering wordt uitgedrukt in cijfers en open antwoorden. Het systeem voorziet in een dashboard, een rapportagemodule en het opstellen en monitoren van verbeteracties. Hierdoor kan er direct worden geacteerd op ervaringen van patiënten. In 2015 zijn diverse afdelingen en poliklinieken, in totaal negen, gestart met het meten van patiëntwaardering via FeedbackRadar. Er zijn in totaal 1345 (respons: 65,5%) vragenlijsten ingevuld. Het gemiddelde rapportcijfer is een 8,1.

De Netto Promotor Score (NPS) bedraagt +36. De NPS is een algemene klantentevredenheidsscore, die wordt berekend aan de hand van de vraag in welke mate de patiënt het ziekenhuis aan zou bevelen aan mensen in hun omgeving. De NPS-score kan liggen tussen de -100 en +100. Een positieve score betekent een positief resultaat.

Op basis van de resultaten hebben de afdelingen verbeteracties opgesteld om de zorg te verbeteren.

Kwaliteitsvenster

In Nederland is in 2014 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, het landelijk gemiddelde en/of de norm.

Zie: <https://www.nvz-kwaliteitsvenster.nl/ziekenhuizen/6630#.U3CxA7zCTcs>

Prestatie-indicatoren

Een van de belangrijke strategische concepten van het Slingeland Ziekenhuis is het Glazen ziekenhuis. Het Slingeland Ziekenhuis wil transparant zijn met betrekking tot de prestaties die zij levert. Het Slingeland Ziekenhuis werkt dan ook mee aan een groot aantal landelijke uitvragen van kwaliteitsindicatoren:

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

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

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

Sterftecijfers

De Hospital Standardised Mortality Ratio is een indicator om sterfte in ziekenhuizen te vergelijken waarbij rekening is gehouden met relevante casemixfactoren. Over 2014 was de HSMR 79. De HSMR in het Slingeland Ziekenhuis was in 2014 significant lager dan het landelijk gemiddelde (100). De Standardised Mortality Ratio van diagnosegroepen staat gepubliceerd op de website van het ziekenhuis (zie: <https://www.slingeland.nl/sterftecijfers/ruwe-en-gecorrigeerde-sterftecijfers/1646/1714>). De landelijke berekeningen van de definitieve HSMR cijfers 2015 volgen in het derde kwartaal 2016. De voorlopige HSMR 2015 blijft laag, rond de 79.

4.4.2 Klachten

4.4.2.1 Samenstelling Klachtencommissie

Externe leden

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

Interne leden

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

Klachtenregeling

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

De klachtencommissie van het Slingeland Ziekenhuis is een belangrijke schakel in het proces van kwaliteitsverbetering binnen de instelling. De uitgangspunten bij de behandeling van klachten zijn een zorgvuldige en vertrouwelijke behandeling, een onafhankelijke beoordeling op basis van "hoor en wederhoor" van klager en verweerder en een vlotte afhandeling. De klachtencommissie doet een uitspraak, eventueel begeleid door een aanbeveling aan de directie.

De klachten

In 2015 heeft de klachtencommissie 12 klachtbrieven ontvangen

- Bij 1 klacht uit 2013 is in 2015 een uitspraak gedaan.
- Bij 5 klachten uit 2014 is in 2015 een uitspraak gedaan.
- Bij 5 klachten uit 2015 is in 2015 een uitspraak gedaan.
- Twee klachten uit 2015 zijn in 2015 ingetrokken door de klager.
- Vijf klachten uit 2015 zijn nog in behandeling en daarover wordt de uitspraak verwacht in 2016.

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 2015 werd door 268 mensen een klacht ingediend, dit is een forse daling ten opzichte van 2014.

Voor deze daling is geen duidelijke oorzaak aan te geven.

Door 9 personen werd een schadeclaim ingediend. Ook dit aantal ligt aanzienlijk lager dan in 2014 toen 24 schadeclaims werden ingediend. Voor deze daling is eveneens geen verklaring voorhanden. Klachten kunnen schriftelijk, telefonisch, via een persoonlijke afspraak en per e-mail worden ingediend.

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

Tabel: Klachten per categorie

	2011	2012	2013	2014	2015	2011	2012	2013	2014	2015
Aantal klagers	263	310	283	331	268	263	310	283	331	268
<i>categorie:</i>	<i>aantal</i>	<i>aantal</i>	<i>aantal</i>	<i>aantal</i>	<i>aantal</i>	<i>%</i>	<i>%</i>	<i>%</i>	<i>%</i>	<i>%</i>
Behandel technisch: medisch (68) verpleegk. (22)	117	130	127	122	90	34	26	31.1	25	25
relatieel	163	208	167	206	170	48	42	41.2	43	47
organisatorisch	31	102	44	68	56	9	20	10.8	14	15
bouw/terrein	14	15	11	18	7	4	3	2.7	4	2
financieel	18	44	58	67	41	5	9	14.2	14	11
TOTAAL aantal klachten	343	499	407	481	364	100	100	100	100	100

Bemiddeling

Klachtenbemiddeling is gericht op het oplossen van het probleem dat de oorzaak is van de onvrede. Luisteren, uitpraten, begrip kweken en eventueel verontschuldigen aanbieden kan een oplossing zijn. De meeste klagers zijn tevreden als in een bemiddelingsgesprek toelichting wordt gegeven op de toedracht van het gebeurde, als aangegeven wordt waarom iets onontkoombaar was of wanneer 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 klagers willen een signaal afgeven en spreken de wens uit, dat ze door het melden van een klacht hopen te voorkomen dat een andere patiënt hetzelfde meemaakt. Als dit signaal op goede wijze wordt ontvangen en relaties worden hersteld, leidt dit voor de betreffende klagers tot tevredenheid. Denk hierbij aan klachten over onheuse bejegening of onduidelijke uitleg en/of een gebrek aan informatie. Soms hebben klagers verwachtingen waaraan niet kan worden voldaan. Ook hier is goede uitleg belangrijk.

214 klagers waren na behandeling van de klacht tevreden over de uitkomst. 12 personen waren niet en 10 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 2015 was dit het geval bij 32 personen.

Van de 22 personen die niet of niet geheel tevreden waren met de uitkomst van hun klacht, kondigden 7 personen aan naar de Klachtencommissie te gaan. 13 personen waren voornemens een schadeclaim in te dienen, waarvan 3 personen in 2015 daadwerkelijk een schadeclaim hebben ingediend. Van de personen die in 2014 niet tevreden waren met de uitkomst van hun klacht, hebben 2 personen alsnog een schadeclaim ingediend in 2015.

4 personen hebben rechtstreeks, zonder contact met de Klachtenfunctionaris, een schadeclaim ingediend, waarmee het totale aantal claimanten in 2015 op 9 komt.

In 2015 veelvuldig genoemde klachten zijn:

- Bejegening van de patiënt.
- (Mis) communicatie.
- Discontinuïteit in zorg na ontslag van de klinische patiënt, onder andere medicatie en vervolgafspraken.
- Onduidelijkheid over datum en tijdstip van ontslag.
- Coördinatie/afstemming tussen zorgverleners.
- Samenwerking/overdracht tussen zorgverleners.
- Verkeerde of gemiste diagnose.
- Letselschade als gevolg van onderzoek en/of behandeling.
- Onvoldoende begeleiding en uitleg bij onderzoek en/of behandeling.
- (Medische) klachten van de patiënt niet serieus nemen.
- Veelvuldig verzetten van afspraken door poliklinieken.
- Onvoldoende communicatie over kosten behandelingen.
- Onduidelijkheid over ontvangen rekeningen met betrekking tot bezoeken en/of behandelingen ziekenhuis.
- Lange wachttijd op de afdeling Spoedeisende Hulp.

4.4.3 Toegankelijkheid

In bijgevoegd schema staat aangegeven wat de gemiddelde toegangstijd in weken is per specialisme over heel 2015:

Specialisme	polikliniek	dagbehandeling	kliniek
Interne Geneeskunde	2.3	1.0	1.0
Cardiologie	3.2	2.8	3.1
Longziekten	2.0	1.0	1.0
Reumatologie	2.7	1.0	1.0
Gastro-enterologie	2.7	1.0	1.0
Pijnbestrijding	4.0	1.0	n.v.t.
Chirurgie	1.6	5.4	5.4
Urologie	1.7	4.1	4.2
Orthopedie	2.8	3.9	4.7
Plastische Chirurgie	1.0	2.0	2.0
Gynaecologie	3.3	3.3	3.8
Kindergeneeskunde	1.3	1.0	1.0
Neurologie	2.3	1.0	1.0
Dermatologie	1.3	1.0	n.v.t.
KNO	1.5	4.1	3.7
Oogheelkunde	3.3	1.8	n.v.t.
Kaakchirurgie	1.0	4.0	4.0
Klinische Geriatrie	3.4	4.3	n.v.t.
Radiologie	1.0	n.v.t.	n.v.t.

4.4.4 Activiteiten kwaliteit en veiligheid

Van veiligheidstoets naar veiligheidsronde

Leidinggevenden en directieleden voeren sinds 2008 jaarlijks een veiligheidstoets uit op alle afdelingen van het Slingeland Ziekenhuis. Afgelopen jaar heeft deze meer het karakter gekregen van een veiligheidsronde. Een veiligheidsronde heeft een meer open benadering en past beter bij het doel van het Slingeland Ziekenhuis om veiligheidsbewustzijn te stimuleren.

Prospectieve Risico Inventarisaties

In 2015 hebben 41 prospectieve risico-inventarisaties plaats gevonden, onder andere op het gebied van nieuwe apparatuur.

Kwaliteits- en veiligheidsprojecten

De afgelopen jaren is er een groot aantal landelijke richtlijnen uitgekomen om risico's voor patiënten in ziekenhuizen te verminderen en de zorg nog veiliger te maken. Het Slingeland Ziekenhuis heeft al deze richtlijnen ingevoerd en werkte ook afgelopen jaar weer hard aan het verder optimaliseren.

Belangrijke kwaliteits- en veiligheidsprojecten in 2015 waren:

- NIAZ-heraccreditatie: ter voorbereiding op de externe audit zijn alle onderdelen van het kwaliteitssysteem opnieuw geëvalueerd en op onderdelen verbeterd.
- Digitalisering TOP Veiligheid Operatief Traject: de stop- en checkmomenten in het operatieve traject van de patiënt zijn in 2015 voor alle patiëntgroepen gedigitaliseerd.
- Veiligheid medische technologie: alle eisen uit het 'Convenant veilige toepassing van medische technologie in het ziekenhuis' zijn ingevoerd. In 2015 is met name gewerkt aan het verbeteren van het aanschaftraject en de borging van bekwaamheden. Het Slingeland Ziekenhuis heeft zich extern laten toetsen op de naleving van het Convenant. Aan de hand hiervan zijn op onderdelen verdere verbeteringen doorgevoerd.
- Landelijke VMS-veiligheidsthema's: ook in 2015 is gewerkt aan de verdere verbetering en borging van de elf VMS-veiligheidsthema's. De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft twee onverwachte toetsingsbezoeken in het Slingeland Ziekenhuis afgelegd gericht op de naleving van de VMS-thema's sepsis, vitaal bedreigde patiënt en postoperatieve wondinfecties. De Inspectie concludeerde dat de VMS-thema's volledig zijn ingevoerd en een evaluatiecyclus hebben en heeft geen verbeterpunten aangegeven.
- Huiselijk geweld: de richtlijn inzake kindermishandeling en huiselijk geweld naar aanleiding van de nieuwe wettelijke bepalingen is in 2015 ingevoerd.
- Informatiebeveiliging: een auditteam van de Commissie Intercollegiale Toetsing Informatieveiligheid van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen heeft het Slingeland Ziekenhuis beoordeeld op het gebied van informatiebeveiliging. Aan de hand hiervan zijn verbeteringen doorgevoerd gericht op de borging van het "Information Security Management System (ISMS)".

4.4.5 Veilig Incidenten Melden

Centrale VIM-Commissie

Inleiding

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

Algemeen

- De commissie kwam 5 keer in vergadering bijeen en daarnaast nog in kleinere subcommissies.
- Er heeft een Kwalitair-bijeenkomst plaatsgevonden in februari; de Kwalitair-bijeenkomst van het najaar is doorgeschoven naar 26 januari 2016. Insteek van de bijeenkomsten is onder andere een cultuuromslag te bewerkstelligen bij medewerkers, waarbij het idee van klikken omgebogen wordt naar een meldcultuur waarbij de kwaliteitsverbetering voorop staat. Onderwerpen waren vallen, de kwetsbare oudere en Veiligheid en Techniek.
- Het aantal afdelingen dat gebruik is gaan maken van het Tel-VIM formulier is toegenomen. Het aanpassen van en in gebruik nemen van nieuwe formulieren heeft enige vertraging opgelopen omdat de applicatiebeheerder van iTask vanwege het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd zijn functie eind 2015 heeft beëindigd.
- Er zijn 3 scholingen gegeven voor nieuwe decentrale VIM-teamleden (aantal = 21)
- Er is een nieuw meldformulier in gebruik genomen waarbij externe klanten een Transmurale melding kunnen doen. Deze meldingen worden afgehandeld door de coördinator Transferbureau.
- Een afvaardiging van de Centrale VIM Commissie heeft in november 2015 gesproken met externe auditoren in het kader van de NIAZ accreditatie.

Cijfers

Het totaal aantal meldingen is wederom gestegen ten opzichte van het voorliggende jaar. Ging het in 2014 om 4211 meldingen, in 2015 werden in totaal 6870 meldingen gedaan. De Decentrale VIM-Teams zorgen voor een toegenomen aandacht voor veilig melden op de werkeenheden. Ook het instellen van de Tel-VIM, een vereenvoudigd meldingstype, heeft geleid tot een stijging van het aantal meldingen.

Meldingen	2015	2014	2013	2012	2011	2010
<i>Categorie:</i>						
Valincidenten	168	118	114	100	116	121
Medicatie	510	490	515	563	512	434
Materiaal /instrumentarium	364	282	318	293	256	150
Preoperatieve zaken	245	291	235	254	179	156
Transfusieketen/hemovigilantie	11	8	17	18	26	13
Dialyseformulier	0	0	286	303	286	-
Overig	1877	1756	1.569	1.156	1.099	691
KCHL/MML	699	1042	681	629	-	-
Tel-VIM (v.a. eind aug '14)	2937	224	-	-	-	-
TIM (Transmurale meldingen) sinds 2015	59					
Totaal aantal meldingen:	6870	4211	3735	3.619	2.474	1.581
Index t.o.v. 2010:	434%	266%	236%	228%	156%	100%

Adviezen

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

- Het verbeteren van de faciliteiten in de oefenzaal van de fysiotherapie.
- Toename van het aantal valincidenten.
- Nieuwe generatie medicatiebewaking.
- Ondersteuning sedatiecommissie bij MDL-patiënten.
- Voorschrijven van preoperatieve antibiotica en medicatie bij allergieën.
- Ingangskeuring gehuurd materiaal.
- Voorschrijven totale parenterale voeding (TPV) in thuissituatie.

Trendanalyse

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

Transfusie en hemovigilantie

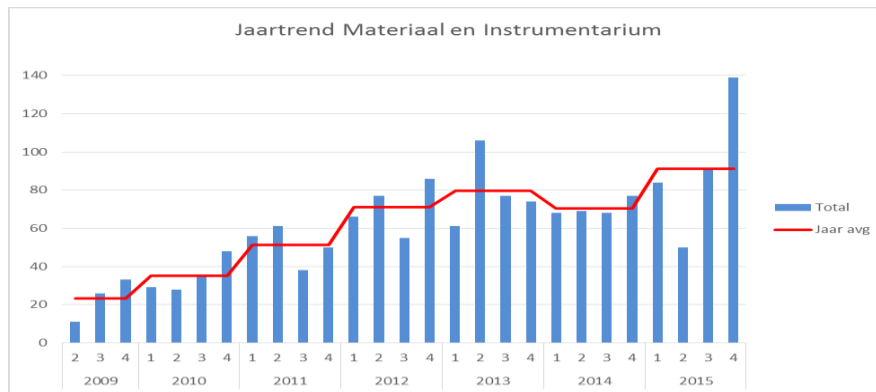
De gegevens die voortkomen uit iTask worden opgestuurd naar de Transfusiecommissie en worden daar geanalyseerd en opgenomen in het jaarverslag van de Transfusiecommissie.

Medicatie

Uit de trendanalyse medicatiemeldingen is gebleken dat de bevoorrading in het weekend moet verbeteren. Meldingen over het niet accorderen van recepten heeft ook een aantal verbeterpunten opgeleverd. Dit zijn onder andere het verbeteren van de aanspreekcultuur op dit punt bij betrokkenen en scholing door de apotheek aan (arts-)assistenten. Ook heeft een apotheker scholing gegeven aan specialisten over het voorschrijven van preoperatieve antibiotica en medicatie bij allergieën.

Materiaal en Instrumentarium

Uit de trendanalyse blijkt dat het aantal meldingen toeneemt. Dit is een indicatie voor de toename van de meldcultuur (zie grafiek hieronder). De meldingen betreffende Materiaal en Instrumentarium worden elk kwartaal doorgesproken met de teamleider van de CSA/CSR. Uit dit overleg is gebleken dat er een goede terugkoppeling plaatsvindt naar het team van de CSA en CSR en dat er hier een goede aanspreekcultuur heerst. Uit de analyse van medische apparatuur blijkt er geen sprake te zijn van een bepaalde trend in apparatuur waarover gemeld wordt.



Preoperatieve zaken

Uit VIM meldingen is gebleken dat perioperatieve antibioticaprofylaxe niet altijd conform de afspraken wordt voorgeschreven. Tijdens een bijeenkomst kwaliteit en patiëntveiligheid voor de medische staf is hier aandacht aan besteed en de module digitaal aanvragen van operatieve ingrepen aangepast.

Valincidenten

Er is in 2015 een toename te zien geweest van 42% van het aantal gemelde valincidenten(168) ten opzichte van 2014 (118) ondanks de extra aandacht die er voor dit thema is geweest.

Er is een Kwalitaria-bijeenkomst geweest in 2015 waarin expliciet aandacht is geweest voor de toename van het aantal valincidenten en vermeende oorzaken. Naar aanleiding van de trendanalyse valincidenten is er een werkgroep Valpreventie opgericht. Er is met behulp van de PRISMA-analyses gekeken naar de oorzaken van vallen. Ook is er een aantal specifieke casussen bestudeerd. Hieruit is gebleken dat de oorzaken anders zijn dan aangegeven door de melders. De hoogste risico's worden gezien bij toiletgang in de nachtelijke uren.

Oorzaken	Patiëntgerelateerd	Organisatorische	Menselijk (medewerker)	Technisch
Vimmelding	87%	4%	15%	5%
Prisma-analyse	30%	17%	41%	7%

Naar aanleiding van de analyse zijn er aanbevelingen geformuleerd, zoals:

- Screening kwetsbare ouderen moet binnen 24 uur plaatsvinden, te starten op SEH.
- Uitkomsten screening moeten besproken worden met hoofdbehandelaar.
- Verpleegkundige diagnoses moeten worden aangepast.
- Hoofdbehandelaar moet acties uitzetten of geriater inschakelen.
- Er moet goed gekeken worden naar risicomedicatie.
- Folder Fysiotherapie "Blijf in beweging" zo nodig aanvullen met adviezen ten aanzien van voorkomen valincidenten.
- Toiletrondes houden volgens een afgesproken schema per patiënt.
- Aandacht voor VMS Kwetsbare oudere bij overplaatsing van patiënten naar een andere afdeling, vooral van hoog- naar laagrisicoafdeling en vervoer.
- Aandacht voor VMS- Kwetsbare oudere bij ontslag van patiënt om heropnames ten gevolg van valincidenten te voorkomen.
- Module VMS Kwetsbare oudere voor artsen, verpleegkundigen en paramedici.
- Onderzoek naar technische hulpmiddelen om risicogedrag van patiënten te kunnen detecteren op afstand (3D-sensor).
- Meer MDO's bij kwetsbare ouderen.

Het advies van de Centrale VIM-commissie is om deze aanbevelingen van de werkgroep mee te nemen bij het verbeterpunt VMS Kwetsbare oudere uit de externe NIAZ-audit 2015.

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

Tel-VIM

Door middel van een Tel-VIM kan er melding gemaakt worden van incidenten die aanleiding kunnen geven tot het herstellen van procesafwijkingen. Eind 2014 is er gestart met dit type meldingen (totaal 224) en in 2015 zijn er 2935 meldingen geregistreerd. De resultaten van acties die naar aanleiding van deze meldingen gedaan zijn moeten in de loop van 2016 geëvalueerd worden.

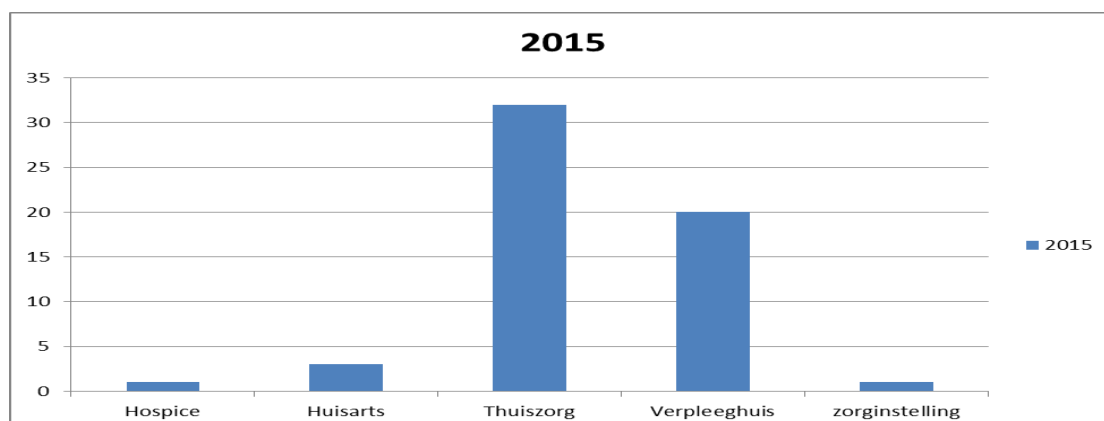
TIM

In 2015 is gestart met het Transmuraal melden door externen. Via de website van het Slingeland Ziekenhuis komt de melding binnen bij de coördinerend transferverpleegkundige en wordt de melding uitgezocht. In 2015 zijn er 57 meldingen geweest over onderstaande onderwerpen.

Aantal van Meldingsnummer	2015	Eindtotaal
Anders	2	2
Geen medicatie meegegeven	1	1
Geen overdracht palliatief team	1	1
Inhoud medische overdracht	2	2
Inhoud verpleegkundige overdracht	8	8
Medicatieoverdracht niet kloppend	1	1
Medische overdracht niet ontvangen	1	1
Niet op hoogte gebracht van ontslag	1	1
Onjuiste of onvoldoende of geen thuiszorg ingezet	10	10
Onjuiste of onvoldoende verblijfszorg ingezet	3	3
Ontbreken medicatieoverdracht	2	2
Ontbreken medische overdracht	5	5
Ontbreken/incomplete medicatieoverdracht	6	6
ontslagdatum niet goed doorgegeven aan thuiszorg	1	1
Bejegening	2	2
Onduidelijkheid vanuit TFB bij overdracht	5	5
datum ingang MSVT correspondeert niet met start zorgmoment	5	5
opdracht MSVT onvolledig, onjuist, onduidelijk.	1	1
Eindtotaal	57	57

De meldingen vanuit de thuiszorg hebben voornamelijk betrekking op de verpleegkundige overdracht, het onvolledig of onjuist inzetten van thuiszorg en vragen over de medicatieoverdracht.

De meldingen vanuit het verpleeghuis worden voornamelijk gedaan door de specialist ouderen geneeskunde (SOG) en hebben betrekking op het ontbreken van de medische overdracht en tevens vragen over de medicatieoverdracht. In 2015 heeft de Inspectie voor Gezondheidszorg een onderzoek gedaan naar de medische, verpleegkundige en medicatieoverdracht van gegevens vanuit de tweede lijn naar eerste en derde lijn. Voor 2016 moeten op dit punt verbeteracties worden ingezet, de uitkomsten van de TIM meldingen kunnen ons helpen inzicht te verkrijgen in de problemen en oorzaken met betrekking tot deze drie items. In de decentrale VIM commissie zijn de TIM's met betrekking tot de klachten van SOG over de medicatieoverdracht en het meegeven van medicatie vanuit de tweede lijn verder opgepakt in de ketenafspraken medicatieoverdracht.



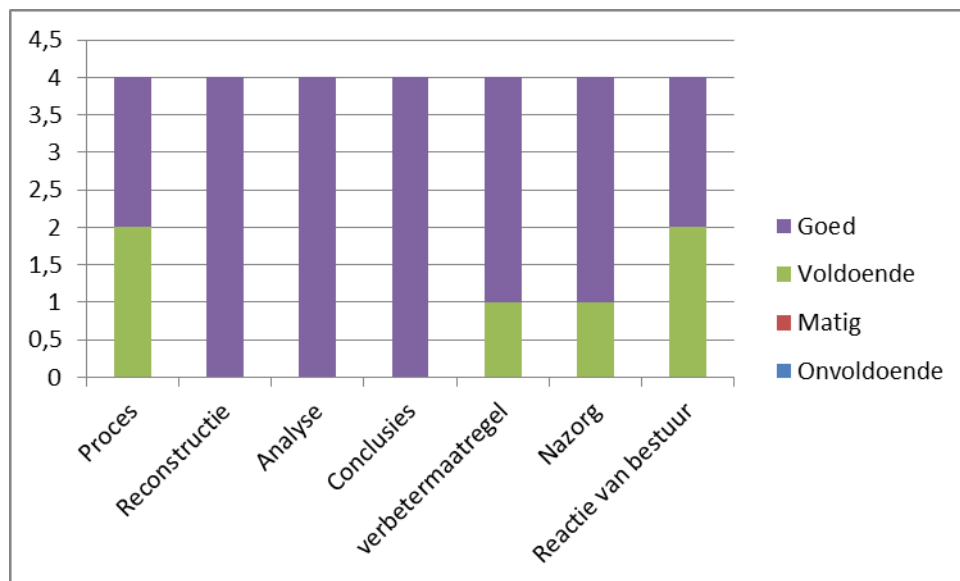
4.4.6. Calamiteitencommissie

Inleiding

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

Ontwikkelingen en activiteiten in het afgelopen jaar

In 2015 zijn 3 nieuwe calamiteiten gemeld aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en afgehandeld. Tevens is er één calamiteit afgehandeld uit 2014. De inspectie geeft een beoordeling over de rapportages, waarvan in de grafiek hieronder de resultaten te lezen zijn.



In zijn algemeenheid is het niet op tijd starten van het onderzoek bij een calamiteit een aandachtspunt (onderdeel proces). Tevens is onvoldoende de werkwijze van de borgingscommissie benoemd waardoor de reactie van het bestuur twee maal als voldoende is beoordeeld terwijl dit in de praktijk wel goed is geregeld.

Verbetervoorstellen / aandachtspunten verwoord in de rapportages aan de IGZ:

- Er wordt scholing gegeven over genoemde onderwerpen en er is een presentatie beschikbaar over de benodigde kennis voor voorschrijvers van antibiotica.
- Opstellen inwerkprocedure / plan medisch specialisten inclusief scholing/instructie.
- Verpleegkundigen zijn bekend met de te nemen acties die voortkomen uit afgenomen scores en de kennis omtrent het tijdig inschakelen van de verpleegkundig consulent geriatrie (zonder verwijzing van de arts) moet verbeterd worden.
- Hoofdbehandelaar dient zelf actief bij verpleegkundige navraag te doen naar eventuele situatie van kwetsbare ouderen.
- Bij elke overname wordt er gecontroleerd of alle acties zijn uitgezet.
- De check op de operatie-indicatie wordt door elke orthoptist op dezelfde wijze uitgevoerd en vastgelegd en op een vastgelegd tijdstip in het rooster uitgevoerd.
- Elke complicatie wordt door de oogartsen bijgehouden in het complicatieregistratiesysteem van EZIS tenzij deze in landelijke database worden genoteerd.

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 2014 is het verzuimpercentage licht gedaald van 4,4% naar 4,2%. Het lijkt erop dat deze daling mede veroorzaakt is, door de inzet van vitaliteitsbijeenkomsten op afdelingen met een relatief hoog verzuim. Met name de vitaliteitsessies met teams en de invoering van gesprekken naar aanleiding van frequent verzuim dragen bij aan deze verlaging.

Tabel: Ziekteverzuim (excl. zwangerschapsverlof)	Percentage
Verzuim totaal personeel in loondienst	4,2%

Verloop en vacaturevervulling

Het aantal personeelsleden neemt af vanwege de invoering van het EPD en invoering van andere vormen van digitalisering. Gedwongen vertrek van personeel als gevolg van deze ontwikkelingen heeft (nog) niet plaatsgevonden. Wel leidt het tot een uitstroom die hoger is dan de instroom van personeel. Tevens neemt het aantal vacatures af.

De arbeidsmarkt levert tot nu toe geen problemen op voor de vervulling van vacatures. De verwachting is dat de arbeidsmarkt zal aantrekken vanwege betere economische vooruitzichten. Ook wordt verwacht dat door de vergrijzing de vraag zal gaan groeien terwijl door ontgroening het potentiële aanbod afneemt.

Het Slingeland Ziekenhuis heeft met het oog daarop acties ondernomen om in een vrij vroeg stadium het aanwezige toekomstige aanbod in de regio te beïnvloeden door bij te dragen in beroepskeuze oriëntatie en een ruim stagebeleid.

Tabel: Verloop personeel	Aantal personeelsleden	Aantal fte
Instroom personeel in loondienst (totaal) in verslagjaar	107	74,3
Uitstroom personeel in loondienst (totaal) in verslagjaar	136	89,7

Tabel: Vacatures	Aantal vacatures einde verslagjaar	Aantal moeilijk vervulbare vacatures einde verslagjaar
Totaal personeel	34	1
Personeel met patiëntgebonden functies	28	0

4.5.2 Kwaliteit van het werk

Organisatieontwikkeling

In 2015 is ook voor de laatste units het geplande proces van organisatieontwikkeling afgerond. Dit betreft dan de inrichting en positionering van de leidinggevende posities. Organisatieontwikkeling als proces houdt natuurlijk nooit op en met het oog op de borging is in 2015 een meerjarenprogramma gestart voor de verdere ontwikkeling van de teamleiders, door opleiding, training, oefening en intervisie. Het introduceren van Lean in de organisatie biedt kansen om de teamleiders en medewerkers meer grip en invloed te geven op het continue verbeteren van het eigen werkproces.

Opleidingsbeleid

Ook in 2015 is aandacht besteed aan het optimaliseren en versterken van het opleidingsbeleid enerzijds en de uitvoering daarvan anderzijds. Vanuit de visie dat leren en ontwikkelen altijd moet bijdragen aan het concreet borgen en verbeteren van kwaliteit en veiligheid en/of van het optimaliseren van de processen wordt ook veel aandacht besteed aan opleiden, trainen en oefenen, vooral dat laatste wordt gekoppeld aan leren op de werkplek door concrete opdrachten.

Veel aandacht is besteed aan het optimaal inzetten van het "normale opleidingsbudget" door het terugdringen van de onderbenutting van het jaarbudget en het toekennen van de CZO opleidingsubsidies aan de afdeling waar de opleiding plaatsvindt.

Mede als gevolg van de subsidie "Kwaliteitsimpuls personeel ziekenhuizen" is het strategisch opleidingsplan in 2015 verbeterd en is veel tijd besteed aan het optimaal inzetten van de gelden voor het structureel verbeteren van de ziekenhuiszorg. In 2015 is een groot deel van deze subsidie besteed

aan de invoering van Lean in de organisatie, de begeleiding van de invoering van het basis EPD en het versterken van de voorlichtingsgesprekken met de patiënt.

Medewerkers onderzoek

In 2015 heeft een medewerkers onderzoek plaatsgevonden. Zowel de opkomst, bijna 70%, als de uitkomsten, waren op organisatie niveau erg positief. De medewerker geeft de organisatie een 7,5. Deze uitslag is gelijk aan de door het SZ gestelde target. Andere strategische doelen blijken goed verankerd te zijn bij ons personeel. De scores op deze onderwerpen scoren ook vaak significant hoger dan de benchmark. We denken dan aan Kwaliteit (7,1), Vitaliteit (Scores tussen 6,3 en 7,1), tevreden over functie (84%) en tevreden over het werken bij het Slingeland Ziekenhuis (86%). Lager scoort de toekomstzekerheid (6,7). Het verbeterpotentieel zit vooral bij individuele units. Zowel op organisatie niveau als op unitniveau zijn plannen ontwikkeld en acties ingezet. Met alle teamleiders zijn workshops georganiseerd om ook per team een operationeel plan te maken, gericht op het behouden van de sterke punten en het selecteren van tenminste één verbeterpunt.

Arbeidsomstandigheden

Het bezoek van de Inspectie SZW leverde nieuwe inzichten op. Ons arbo beleid zit erg goed in elkaar, echter in de naleving zijn we soms te "vriendelijk". Daarom kregen we de aanwijzing om zorg te dragen voor een betere borging van de kennis en vaardigheden om agressie en geweld te voorkomen en waar nodig er beter mee om te gaan. Om deze reden is vastgesteld dat medewerkers die een grote kans hebben om in aanraking te komen met agressie en geweld een verplichte e-learning te laten volgen tenminste eens in de 5 jaar. Andere acties zijn in voorbereiding. De tweede aanwijzing had betrekking op het uitbreiden van de personen alarmering, voor situaties tijdens avond en nachtdiensten. Hiervoor is overgeschakeld op multifunctionele DECT-telefoons, die in een aantal gevallen ook nog effectiever zijn dan de oude systemen.

Inzet flexibele medewerkers

De invoering van de wet werk en zekerheid heeft de mogelijkheden om een flexibele schil te handhaven sterk verminderd. Hierdoor wordt het veel moeilijker om snel te reageren op piek en ziek. Terwijl steeds meer blijkt dat een piek in het werkaanbod soms sterk en langdurig samenhangt met ziekte. We doelen hier vooral op de laatste griep epidemieën. De epidemie zorgt voor een groter aanbod en tegelijk voor een grotere uitval van werknemers. Een ander gevolg is dat een aantal medewerkers met een 0 uren overeenkomst eerder en langer zonder werk zitten. Een deel daarvan wil niet eens een vast dienstverband hebben. Er vinden acties plaats om de personeelsbezetting op andere wijzen op orde te houden.

Arbeidsvoorwaarden

De nieuwe CAO biedt vooral meer mogelijkheden om de PLB in te zetten. Om de medewerkers beter te informeren over de mogelijkheden is een folder ontwikkeld, met een aantal aansprekende voorbeelden om PLB op te nemen.

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 en Veiligheid is de centrale rol als het gaat om zorg voor samenhang met andere veiligheidsaspecten binnen het Slingeland Ziekenhuis, zodat een integrale veiligheidsgedachte ontstaat. Norm daarbij is dat tenminste voldaan wordt aan wet- en regelgeving op het werkterrein.

De verantwoordelijkheid voor arbeidsveiligheid ligt bij de afdelingen en medewerkers zelf. Belangrijk daarbij is de inzet van ergocoaches op de afdelingen. De arbo- en milieufunctionarissen ondersteunen en adviseren daarin. Er zijn onder andere 106 werkplekonderzoeken gedaan en is voorlichting gegeven over werkhoudingen op een aantal afdelingen.

Risico Inventarisatie en -Evaluatie (RI&E)

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

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

Eind 2015 is op alle afdelingen c.q. werkeenheden een uitgebreide RI&E uitgevoerd. Tevens is de algemene RI&E geüpdatet. Daarin staan ziekenhuisbrede onderwerpen, zoals regelingen en beleid. Daarmee is de cyclus afgerond. Gestart is inmiddels met de volgende cyclus van 4 jaar, waarbij tevens een nieuwe methode wordt ontwikkeld en te zijner tijd wordt ingevoerd voor de RI&E's.

SLingeland Incidentenmelding Medewerkers (SLIM)

Het is een verplichting incidenten te melden die kunnen leiden tot eventuele materiële, lichamelijke en/of psychische schade voor medewerkers. Dat kan via SLIM (SLingeland Incidentenmelding Medewerkers). Medewerkers kunnen dan via een elektronisch formulier onder andere ongevallen, beroepsziekten, schokkende gebeurtenissen, diefstal, agressie & geweld en bedreigingen melden (opmerking: SLIM voor medewerkersveiligheid, VIM-formulier voor patiëntveiligheid). Alle SLIM-meldingen worden centraal verzameld bij het team Arbo, Milieu en Veiligheid. Waar nodig wordt actie genomen door de afdeling van de melder. De regie van de melding ligt bij de teamleider/unitmanager. Uit de meldingen kan lering getrokken worden en verbeteringen worden doorgevoerd. Om te stimuleren dat medewerkers meer onveilige situaties melden, is gestreefd naar 500 meldingen in 2015. In werkelijkheid zijn dat in totaal 536 SLIM meldingen geworden.

Overzicht meldingen per onderwerp:

Onderwerp	Totaal
(Bijna) ongeval	30
Afvalverwerking	13
Agressie, geweld, bedreiging en schokkende gebeurtenis	60
Onheuse bejegening	25
Emotionele gebeurtenis	10
Arbeidsmiddelen	5
Bestelling/bevoorrading	8
Biologische agentia	5
CSA- achtergebleven materiaal	165
Cytostatica	2
Fout tijdens werk	20
Gevaarlijke stoffen	2
Klachten	41
Klachten Bouw	1
Klimaatklachten	32
Lichamelijk letsel	6
Overig	20
Prikaccident	1
Schoonmaak gevonden naalden e.d.	3
Safety naalden	1
Storing	5
Werkdruk	12
Werkwijze	69
Totaal:	536

Het valt op dat 30 (bijna) ongevallen zijn gemeld. Tevens is het aantal meldingen omtrent agressie, geweld en bedreiging aanzienlijk (60). Hiervoor is extra aandacht geweest in 2015. Zie de toelichting hierna.

Agressie en geweld 2015

Vanaf 2014 t/m het 2^e kwartaal 2015 heeft het Slingeland Ziekenhuis deelgenomen aan het landelijke project "Veilig werken in de Zorg". Dit houdt in dat incidenten en meldingen omtrent agressie en geweld in de zorg extra zijn gevolgd. Tevens is door een extern bureau ondersteuning gegeven bij de aanpak van agressie en geweld. In 2015 zijn 60 SLIM meldingen gedaan omtrent agressie en geweld. De beveiliging is in 2015 in totaal 101 keer door medewerkers 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.

In februari 2015 heeft de Inspectie SZW een inspectie uitgevoerd. Veel was goed geregeld, echter met betrekking tot agressie en geweld moesten extra acties ingezet worden, met name in het verbeteren van de alarmering, melding door medewerkers en in training omgaan met agressie en geweld. Daarop is een e-learnprogramma aangeschaft, een voorstel voor praktijktrainingen opgesteld en zijn Dect-telefoons aangeschaft om de alarmeringsmogelijkheden te verbeteren.

Als iemand erg agressief is, wordt overwogen een waarschuwing of een toegangsverbod te geven. Tevens wordt in een aantal gevallen aangifte gedaan. Het Slingeland Ziekenhuis heeft een procedure afgesproken met Justitie en Politie om in specifieke gevallen namens medewerkers aangifte te doen, waarbij de medewerkers anoniem blijven. Tot nu toe is dat 3 keer gedaan, wat in alle gevallen geleid heeft tot een veroordeling van de daders. Daarnaast kunnen medewerkers uiteraard zelf aangifte doen. Ook dat wordt ondersteund door het ziekenhuis, wanneer medewerkers daar behoefte aan hebben.

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.

Convenant Toegepaste Zorg en Veiligheid

Het Convenant Toegepaste Zorg en Veiligheid is opgesteld om een eenduidige handelswijze tussen medewerkers van ziekenhuizen, politie en justitie af te spreken. De convenantpartijen binnen de veiligheidsregio Noord- en Oost-Gelderland zijn de Politie, Justitie, Sint Jansdal Ziekenhuis te Harderwijk, Gelre Ziekenhuizen te Apeldoorn en Zutphen, Streekziekenhuis Koningin Beatrix te Winterswijk en het Slingeland Ziekenhuis te Doetinchem. In 2015 zijn verschillende casussen aan de orde geweest.

Crisisbeheersingsplan

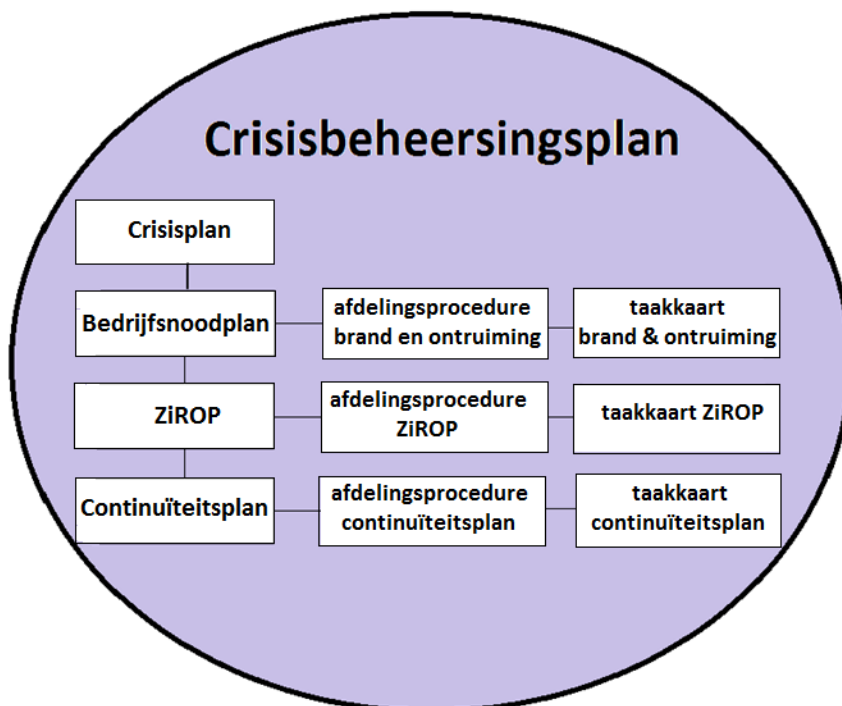
Het Slingeland Ziekenhuis heeft een Crisisbeheersingsplan, dat bestaat uit:

- Crisisplan.
- 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 van toepassing op het moment dat er een interne calamiteit geschiedt en de reguliere bedrijfsvoering gehandhaafd dient te worden.

Brandveiligheid

De bedrijfshulpverlening in het Slingeland Ziekenhuis is opgesteld op basis van 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 2015 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 2015 vonden daarnaast op 83 werkeenheden en afdelingen ontruimingsoefeningen plaats. De meeste waren voldoende; 3 zijn overgedaan vanwege te lage prestaties. In 2015 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. 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 en 2015 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, welke belangrijk zijn om de zorgcontinuïteit te borgen, in kaart hebben gebracht. Zo nodig kunnen ziekenhuizen elkaar bij calamiteiten ondersteunen. December 2015 is aan managers gevraagd de inventarisatie te controleren voor hun afdelingen en zo nodig aanvullende acties uit te voeren. Centraal houdt de werkeenheid Arbo, Milieu en Veiligheid een overzicht bij van alle maatregelen.

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 2015 meerdere malen aangepast, onder andere naar aanleiding van een evaluatie van diverse ZiROP oefeningen. Het Beleidsteam en het Operationele team hebben tevens een tabletop oefening gehouden. 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 2015 zijn 5 sleutelfunctionarissen Operationeelteam (OT) en Beleidsteam (BT) opgeleid door middel van de Hospital Major Incidents Management and Support (HMIMS). Daarmee hebben 31 van de 35 huidige leden van het OT en BT de opleiding gevolgd. Tevens hebben de sleutelfunctionarissen de Masterclass gevolgd en hebben de meeste secretaresses met een rol binnen het OT en BT de opleiding loggen en plotten gevolgd. Deelname aan verplichte opleiding of training wordt geregistreerd en bijgehouden. Naast de opleidingen verzorgt door het AZO, zijn er door de ZiROP beheerder en het hoofd ZiROP voorlichtingen gegeven op diverse afdelingen.

Trainer

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.

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 2015 zijn drie dergelijke controles gedaan. Tevens is afvalverwerking een van de onderwerpen in de Risico Inventarisatie en – Evaluatie (RI&E) per afdeling/unit.

Belangrijk aandachtspunt voor de komende jaren is het duurzaamheidsbeleid. Dit betekent dat het huidige milieubeleid tegen het licht wordt gehouden en verder gespecificeerd wordt op duurzaamheidsaspecten. Bedoeling is om het huidige milieubeleid te toetsen aan de Milieuthermometer Zorg.

4.7 Financieel beleid

Exploitatie

Het exploitatieresultaat over 2015 bedraagt € 6.296.040. Dit is 3,8% van de totale bedrijfsopbrengsten van € 163,8 miljoen.

Ontwikkeling ten opzichte van 2014

De opbrengsten van het Slingeland Ziekenhuis zijn in 2015 met € 27,8 miljoen gestegen ten opzichte van 2014 en bedragen € 163,7 miljoen. Belangrijkste oorzaak van deze ontwikkeling betreft de introductie van integrale tarieven. Vanaf 2015 zijn de tarieven van zorgproducten voor ziekenhuis en honorarium geïntegreerd. Gevolg hiervan is dat de honorariumcomponent onderdeel van de ziekenhuismomzet is geworden. De overige opbrengsten zijn met € 1 miljoen gestegen vanwege hogere doorbelasting van medisch personeel en vanwege externe leveringen van medicijnen.

Het kostenniveau van het Slingeland Ziekenhuis kent in 2015 een stijging van € 23,1 miljoen ten opzichte van 2014 met een totaal van € 157,4 miljoen. Deze mutatie kent in hoofdlijnen 2 oorzaken.

1. Honorarium vrijgevestigd specialisten (€ 21,9 miljoen) vanwege de bovengenoemde introductie van integrale tarieven.
2. De overige bedrijfskosten zijn met € 1,2 miljoen gestegen vanwege onderzoeks- en advieskosten voor de fusie en nieuwbouw (€ 1,6 miljoen), compensatie van aanloopkosten van het medisch specialistisch bedrijf (€ 1 miljoen) en hogere ICT-kosten (+ € 1 miljoen). Overschrijdingen worden gecompenseerd door lagere huurkosten (€ 1,8 miljoen) voor onder meer het tijdelijke ok complex.

Het bedrijfsresultaat vóór rente en vóór afschrijvingen (EBITDA) is in 2015 met € 4,8 miljoen toegenomen tot € 19,4 miljoen vanwege hogere opbrengsten voor zorg (€ 5 miljoen), doorbelastingen (€ 1 miljoen) en ook hogere bedrijfskosten (€ 1,2 miljoen). Het bedrijfsresultaat vóór rente en na afschrijvingen (EBIT) is gestegen met € 4,6 miljoen en kent een omvang van € 7,3 miljoen. De stijging bij de EBIT ligt in de lijn met de stijging bij de EBITDA, omdat de afschrijvingen in 2015 nagenoeg gelijk zijn aan 2014. De mate waarin het bedrijfsresultaat dekkend is voor de rentelasten (ICR) bedraagt 4,05 (2014: 1,32) bij een norm van tenminste 2. De DSCR (mate waarin het resultaat vóór rente en afschrijvingen dekkend is voor de verschuldigde rente en aflossing) bedraagt 2,99 bij een norm van tenminste 1,25.

Resultaat in relatie tot de begroting

De afwijking van € 4,8 miljoen ten opzichte van het begrootte resultaat van € 1,5 miljoen kan voor € 3,5 miljoen worden toegeschreven aan de zorgopbrengsten. € 3,1 miljoen hiervan betreft zorgomzet over oude jaren. Daarnaast is een subsidie kwaliteitsimpuls ontvangen van € 1,2 miljoen. De activiteiten voor deze kwaliteitsimpuls zijn voor 50% gerealiseerd tijdens reguliere bedrijfsvoering hetgeen een productiviteitsontwikkeling van €600.000 impliceert. De overschrijding van de patiëntgebonden kosten ad € 300.000 is productie gerelateerd. De onderschrijding van de kapitaallasten vanwege de toerekening van renovatiekosten OK aan 2014 ad € 1,5 miljoen wordt in het resultaat tenslotte geneutraliseerd door hogere kosten voor inhuur van personeel (€500.000) en advieskosten voor nieuwbouw en fusie (€ 1 miljoen).

Investerings

Het investeringsniveau in 2015 bedroeg € 12,0 miljoen ten behoeve van gebouwen, medische inventarissen, facilitaire inventarissen en ICT voor respectievelijk € 5,7 miljoen, € 4,2 miljoen, € 0,7 miljoen en € 1,4 miljoen. De meest omvangrijke investeringen betroffen de renovatie van de OK, de uitbreiding van de poli MDL, groot onderhoud van de noodstroomvoorziening, software inzake het EPD en de aanschaf van een niersteenvergruizer.

Liquiditeit

De liquiditeitspositie van het Slingeland Ziekenhuis is in 2015 met € 17,2 miljoen afgenomen tot € 31,8 miljoen ultimo 2015 (2014: € 49,1 miljoen). Deze mutatie wordt met name veroorzaakt door de afrekening van overvullingen van afgesloten schadelastcontracten in 2015 en de late facturatie over 2015, welke gedeeltelijk pas in 2016 is ontvangen.

De operationele kasstroom kende in 2015 een positief resultaat van € 2,2 miljoen. De investeringsuitgaven in 2015 hadden een omvang van € 12,9 miljoen en zijn daarmee 10,9% achtergebleven bij de laatst geldende liquiditeitsbegroting. De financieringskasstroom betrof een uitgave van € 6,5 miljoen aan rente en aflossingen. De liquiditeitsontwikkeling heeft conform verwachting niet tot financieringsbehoefte en het aantrekken van vreemd vermogen geleid. Met het oog op de aanstaande nieuwbouw en herhuisvesting blijft de doelstelling de komende jaren om investeringsuitgaven te beperken en het saldo van lang vreemd vermogen zo veel mogelijk te verlagen.

Vermogensniveau en solvabiliteit

Het vermogensniveau wordt uitgedrukt in het eigen vermogen als percentage van de gerealiseerde omzet. Dit vermogensniveau van het Slingeland Ziekenhuis ultimo 2015 bedraagt met een eigen vermogen van € 40,7 miljoen 25% bij een norm van 20%. Het weerstandsvermogen voor mogelijke negatieve resultaten in de toekomst is daarmee ruim toereikend. De solvabiliteit (eigen vermogen ten opzichte van het totaal vermogen) is in 2015 gegroeid naar 29,3% (2014: 23,3%). Deze ontwikkeling wordt veroorzaakt door de toevoeging van het jaarrekeningresultaat aan het eigen vermogen en door de daling van het vreemde vermogen vanwege afrekening van overvulling schadelastcontracten 2012 en 2013 met zorgverzekeraars en de aflossing van langlopende leningen.

4.8 ICT-beleid

In 2015 heeft ICT vooral in het teken van de invoering van het EPD (Elektronisch Patiënten Dossier) en EPD gerelateerde modules gestaan.

Ordercommunicatie

In het kader van de inrichting van het EPD zijn in 2015 de medische en verpleegkundige opdrachten geïntroduceerd. Hiermee kan de arts opdrachten digitaal overdragen aan de verpleegkundige.

EPD

Nadat in 2014 alle voorbereidingen voor de invoering van het EPD zijn afgerond, is begin januari 2015 de 2^e en laatste testdag afgesloten en is daarna gestart met de opleidingen van de eindgebruikers waarna eind februari 2015 het EPD ziekenhuisbreed in gebruik is genomen. Een 7-tal taskforces heeft tot eind september 2015 een aantal operationele processen verbeterd. In de periode augustus/september 2015 heeft er een enquête met betrekking tot de invoering en gebruik van het EPD plaatsgevonden. Aan deze enquête heeft 46% van de 540 uitgenodigde medewerkers en artsen deelgenomen. De invoering van het EPD is door 75% van de respondenten als soepel ervaren. Het gebruik van het EPD wordt door deze groep met een ruime 7 gewaardeerd. In Q1 2016 vindt de eerste content-update van het EPD plaats.

Patiënt Data Management Systeem

In mei 2015 is de implementatie van het Patiënt Data Management Systeem (PDMS) op de Intensive Care Unit gestart. Bevindingen en resultaten uit onder andere monitoren en beademingsapparatuur wordt hiermee automatisch aan het elektronisch dossier toegevoegd. In november 2015 is deze functionaliteit in gebruik genomen.

Hemovigilantie

Na een grondige inventarisatie van verschillende oplossingen rondom de registratie van toediening van bloed en bloedproducten heeft het Slingeland Ziekenhuis gekozen om de modules Cybertrack van de firma MIPS te implementeren. Deze is gekoppeld met het ziekenhuis informatie systeem EZIS zodat vanuit het EPD de registratie van deze bloed- en bloedproducten in te zien is. In het najaar 2015 is gestart met de gefaseerde uitrol van deze functionaliteit over de verschillende klinische afdelingen.

Her-implementatie PREZIES

Nadat in 2013 een maatwerkimplementatie van PREZIES (een meetsysteem dat inzicht biedt in hoe vaak infecties in een ziekenhuis voorkomen en deze afzet tegen landelijke referentiecijfers) binnen de EZIS functionaliteit niet de gewenste aanleveringen op heeft geleverd, is begin 2015 gestart met een her-implementatie van de standaard content oplossing van PREZIES. Deze is eind 2015 succesvol afgesloten met een 3-tal goedgekeurde aanleveringen.

Implementatie GDS ten behoeve van Azora

In het najaar 2014 is gestart met de aanschaf van een Geneesmiddelen Distributie Systeem (GDS) en de inrichting hiervan ten behoeve van Azora. Bij het gebruik van een GDS zijn de geneesmiddelen per toedientijdstip verpakt in zakjes, soms per medicijn. Het ingevoerde GDS is geïntegreerd met de apotheekmodule van het EZIS waardoor het voorgeschreven recept automatisch in een uitgifte op patiëntniveau wordt omgezet. In het voorjaar 2015 is deze oplossing in gebruik genomen.

Herinrichting ZISCON

Vooruitlopend op de migratie naar de opvolger van het Ziekenhuis Informatie Systeem EZIS5.2, HiX genaamd, is binnen de werkeenheid informatisering gestart met een herinrichting van de autorisaties (bevoegdheden ten aanzien van toegang tot de verschillende onderdelen) binnen dit systeem. Dit is een bijzonder kritisch en complex project waar de eindgebruiker geen gevolgen van mag ondervinden. Dit project loopt nog tot medio 2016 door. Op enkele kleine uitzonderingen na, heeft de gebruikersorganisatie hier geen hindernissen van ondervonden.

Technisch

Ten behoeve van de invoering van het vernieuwde en uitgebreide patiëntenportal, waarbij de patiënt toegang krijgt tot zijn/haar eigen dossierinformatie, heeft in de 2^e helft van 2015 de technische inrichting van SharePoint plaatsgevonden. Deze inrichting voldoet aan de strengste eisen ten aanzien van het gebruik van DigiD. Doordat de Windowsserver 2003 vanaf medio 2015 niet meer door Microsoft ondersteund wordt heeft een grootscheepse migratie plaatsgevonden. Voor die servers waar geen migratie mogelijk is, zijn alternatieve beveiligingsoplossingen ingezet.

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 is een aantal ontwikkelingen in de externe omgeving die van belang zijn voor de beleidsmatige accenten voor 2016:

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 zijn 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, omdat het nauwelijks mogelijk is voor deze ziekenhuizen polissen te offeren, door de decentrale ligging, dan wel de schaal van het ziekenhuis.

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

De overheid en landelijke partijen zijn in het laatste hoofdlijnenakkoord overeengekomen de groei ruimte te beperken tot 1,5% in 2014, en 1% per jaar tot en met 2017. Rekening houdende met ontwikkelingen in academische centra, overhevelingen naar de wijkzorg 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 de afgelopen jaren op verschillende momenten aandacht geweest voor onjuiste declaraties in de zorg. In 2014 is meer duidelijkheid gegeven over registratiewijzers en is een selfassessment uitgevoerd om de jaren tot 2013 te controleren en af te sluiten.

De belangenorganisaties NVZ, NFU en ZN hebben besloten om samen nog meer in te zetten op structurele samenwerking bij de efficiënte inrichting van de declaratie- en controleketen. Deze afspraken zijn vastgelegd in een convenant uitgewerkt in een handreiking rechtmatigheidscontroles 2014 en 2015 welke door het Slingeland Ziekenhuis zijn toegepast.

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 2016

In het ziekenhuisjaarplan 2016 staan de volgende 3 belangrijke ziekenhuisbrede doelstellingen centraal:

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

Uitwerking van het ziekenhuisjaarplan vindt plaats in het actieplan en de programmakalender 2016 waarbij per programma staat beschreven welke projecten bijdragen aan het realiseren van de programmadoelstellingen. 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 2015

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.

Overlegstructuur	Stuurgroep Kwaliteit & Veiligheid 1x per maand	Overlegmoment directeur kliniek & facilitair bedrijf, medisch manager radiologie en medisch manager dermatologie 1x per maand	Overlegmoment tussen MSB bestuur - algemeen directeur 1x per maand	Stuurgroep ICT 1x per ca. 5 weken	overleg voorzitter VMS - algemeen directeur 1x per 2 à 3 weken	Overleg voorzitter VMS - directeur patientenzorg 1x per maand
Commissies	MEC	OC commissie	investeringsvoorbereidings commissie (IVC)	klankbordgroep EPD	IBC/FWG commissie	oncologiecommissie
	Dossiercommissie	laparoscopie commissie		programma ICT	stuurgroep strategie	Centrale Opleidingscommissie
	Klachtencommissie	decubitus commissie	commissie zorgregistratie	commissie informatie- beveiliging	stuurgroep fusie	programma ouderenzorg
	watercommissie	transfusiecommissie	stuurgroep zorgverkoop		stuurgroep ARTZ	platform ziekenhuispsychiatrie
	commissie BIG	antistollingscommissie			stuurgroep zorgvisie	programma vaatlijden
	commissie ICH/GCP	commissie vrijheids- beperkende maatregelen				programma oncologie
	commissie IFMS	materiaal advies commissie				commissie acute zorg (met onderdeel commissie reanimatie)
	Calamiteitencommissie/ Centrale VIM commissie	adviesgroep nieuwbouw				IC commissie
	Platform Medicatie & Veiligheid	commissie orgaan & weefseldonatie				wergroep klinische conferentie
	Geneesmiddelencommissie	kunstcommissie				benoemingsadviescommissie (BAC)
	Commissie medische gassen	programma nieuwbouw				wergroep klinische conferentie
	Antibioticacommissie/A-team	programma nieuwbouw				programma acute en intensieve zorg
	Sedatiecommissie	programma electieve zorg				programma Vrouw & Kind
	Commissie laserveiligheid	stuurgroep Ascon				programma faciliteren 1e lijn
	Commissie Stralingshygiëne					programma chronische zorg
	Infectiecommissie/TBC					wergroep compagnoncursus
	Commissie Veiligheid & Medische Technologie					
	Zirop					
	commissie HSMR					
	commissie medische verantwoordelijkheidsdeling					
	bibliotheekcommissie					
	programma Kwaliteit & Veiligheid					
	commissie documentbeheer					

4.12 Scoretabel externe kwaliteitsindicatoren verslagjaar 2015

capaciteitsafdelingen	2014	gemiddelde ziekenhuizen 2014	2015
Basisset prestatie-indicatoren IGZ			
<i>Pijn na een operatie</i>			
percentage gestandaardiseerde pijnmetingen bij postoper.pat. op verpl afd	93,6%	92,2%	96,9%
Percentage pat. met op enig moment een pijnscore boven de 7 in de eerste 72 uur na operatie	5,2%	6,8%	7,8%
<i>Ziekenhuisbrede pijnmeting (1.1. is post-operatieve pijnmeting)</i>			
Pijnprotocol voor detectie en behandeling van pijn bij klinische niet-operatieve patiënten			ja
Beschikbaarheid pijnservice die ook voor niet-operatieve patiënten wordt geraadpleegd			ja
Beschikbaarheid ziekenhuisbreed registratiesysteem/EPD waarin de pijnscores worden vastgelegd			ja
<i>Ondervoeding</i>			
Percentage kinderen gescreend op ondervoeding in de kliniek	71,30%	78,8%	89,3%
Percentage kinderen geclassificeerd als ondervoed	2,2%	7,0%	2,9%
Percentage ernstig ondervoede volwassen patiënten met adequate eiwitinname op 4e opnamedag	45,6%	51,3%	55,8%
Percentage ondervoede kinderen met adequate eiwitinname op 4e opnamedag	85,7%	69,2%	57,1%
Percentage screening ondervoeding pre-op onderzoek	85,7%	82,9%	81,6%
Percentage patiënten na screening geclassificeerd als ondervoed	1,8%		1,5%
<i>Delirium</i>			
% afdelingen/poliklinieken waar bij meer dan 80% van de pat. van ≥70jr. een risicoscore is vastgelegd	70,0%	88,8%	80,0%
% patiënten met verhoogd risico op delirium, waarbij observatie via DOSS of CAM heeft plaatsgevonden	78,7%	78,5%	85,0%
<i>intensive care</i>			
aantal kinderen dat beademd is <72 uur		3,8	3
totaal aantal beademingsuren van deze kinderen		55	14
deelname NICE			ja
Indicatoren Zichtbare Zorg			
<i>spoedeisende hulp (SEH)</i>			
Is op uw ziekenhuislocatie 24/7 een CT inclusief CTA inzetbaar en worden deze direct aansluitend door een hiervoor bekwaam medisch specialist beoordeeld en vastgelegd in het medisch dossier?	ja		ja
Bent u een level 1 traumacentrum conform de levelcriteria van de NVT?	nee		nee
Zo ja, is er in uw traumacentrum 24/7 een traumateam beschikbaar conform de levelcriteria van de NVT?	nvt		nvt
overige zorgafdelingen	2014	gemiddelde ziekenhuizen 2013	2015
Basisset prestatie-indicatoren IGZ			
<i>Medicatieproces</i>			
elektronisch voorschrijven			alle categorieën "ja"
Medicatieverificatie bij opname bij kinderen			57,7%
Medicatieverificatie bij opname bij volwassenen 70 jaar en ouder			99,6%
Medicatieverificatie bij ontslag bij kinderen			onbekend
Medicatieverificatie bij ontslag bij volwassenen 70 jaar en ouder			70,5%
<i>Surveillance ziekenhuisinfecties</i>			
incidentiëmeting via PREZIES van postoperatieve wondinfecties	ja		ja
% gemeten patiënten	100%	98,9%	100%
prevalentiëmeting via PREZIES van postoperatieve wondinfecties	ja		ja

% gemeten patiënten	100%	95,3%	100%
zijn er n.a.v. surveillance interventies gepleegd?	ja		ja
hadden de interventies het gewenste resultaat?	ja		ja
incidentiemeting via PREZIES van lijnsepsis	ja		ja
% gemeten patiënten	100%	94,6%	100,0%
prevalentiemeting via PREZIES van lijnsepsis	ja		ja
% gemeten patiënten	100%	84,1%	100%
cardiologie	2014	gemiddelde ziekenhuizen 2014	2015
Basisset prestatie-indicatoren IGZ			
Hart en vaten			
% pat. Met STEMI-infarct dat vervoerd is naar PCI-centrum	82,1%	84,0%	100,0%
% STEMI patiënten met intake hartrevalidatie (nieuw in 2014)	75,6%	79,0%	99,0%
registratie belangrijke gegevens inbrengen pacemakers	ja		ja
toetsing eigen gegevens aan externe referenties	ja		ja
volume pacemakers	116	140	109
aantal interventies < 90 dagen voor oplossen probleem PM of ICD	3,5%	3,5%	2,8%
chirurgie	2014	gemiddelde ziekenhuizen (SAZ) 2014	2015
Indicatoren Zichtbare Zorg			
Hernia inguinalis/Liesbreuk			
% lokale anesthesie bij open operaties	2,3%	5,7%	1,7%
aantal open operaties	245	116	241
aantal laparoscopische operaties	62	137	63
Is het mogelijk online een afspraak te maken?	nee	33% ja	nee
Varices/Spataderen			
Percentage pat. varices bij wie voorafgaand aan invasieve ingreep duplex is uitgevoerd	96,8%	99,0%	96,5%
welke specialismen behandelen?			dermatoloog vaatchirurg
Worden endovasculaire behandeltechnieken toegepast?			ja
Welke behandeltechnieken?			alle mogelijke behalve foamsclerocompressie
VCSS-score reproduceerbaar geregistreerd?			nee
schatting % geregistreerde VCSS scores			nvt
Osteoporose			
% BMD (Dexa) meting 50-80 jaar) bij patient met fractuur	7,9%	30,4%	11,9%
Carpale tunnel-syndroom (CTS)			
% pat. met EMG <6 mnd. voorafgaande aan ingreep	99,3%	93,2%	99,0%
% postop. <u>diepe</u> wondinfecties binnen 30 dagen na ingreep	0,8%	0,7%	0,3%
% postop. controle < 6 weken	98,7%	93,8%	98,2%
volume chirurgen (nieuw in 2015)			6
Galblaasverwijdering			
% heropnames na galblaasverwijdering	0,0%	2,7%	0,0%
Volume aantal galblaasverwijderingen	297	232	276
Basisset prestatie-indicatoren IGZ	2014	gemiddelde ziekenhuizen 2014	2015
Heroperaties heupfractuur			
heroperaties na interne fixatie collum femoris fractuur	0,0%	1,7%	3,8%
heroperaties na behandeling collum femoris fractuur met endoprothese	2,7%	1,7%	7,9%
heroperaties na interne fixatie pertrochantere fractuur	1,2%	1,6%	0%
% pre-operatieve beoordeling geriatrieteam bij heupfractuur 70 jr eo (nieuw in 2014)	77,8%	76,2%	57,8%
deelname DLSA			98,1%
Wondzorg			

beschikbaarheid wondexpertise-centrum	ja		ja
registratie pat. met diabetische voetwonden vlgs. Texas classificatie	ja		ja
In 2016 wijziging definitie: indeling graden gewijzigd.			
aantal patiënten met graad 1	146		90
aantal patiënten met graad 1	71,6%	58,4%	73,2%
aantal patiënten met graad 2	31		20
aantal patiënten met graad 2	15,2%	20,6%	16,3%
aantal patiënten met graad 3	27		13
aantal patiënten met graad 3	13,2%	21,0%	10,6%
Oncologie			
borstkanker			
plastisch chirurg structureel aanwezig bij MDO	ja	89,8%	ja
% patiënten bij wie kankerweefsel is achtergebleven na een eerste borstsparende operatie	3,4%	4,9%	4,9%
% patiënten bij wie niet bekend is of kankerweefsel is achtergebleven na een eerste borstsparende operatie	1,1%	0,5%	0,0%
% patiënten mamma waarbinnen max 5 weken na PA gestart is met neo-adjuvante chemotherapie	93,8%	81,7%	82,6%
longchirurgie			
aantal pat met anatomische resectie	22	55	24
Hart en vaten			
volume electieve aneurysma abdominale aorta operaties	26	52	27
Carotischirurgie			
registratie in DACI	ja	99,0%	100,0%
% operaties >21 dagen na aanmelding bij neuroloog	16,7%	7,4%	7,5%
mediaan wachttijd tussen aanmelding neuroloog en operatie	15	n.b.	15
% complicaties	0%	3,4%	0,0%
Kwetsbare groepen (nieuw in 2014)			
% pat. met electieve colonchirurgie, gescreend met gevalideerd instrument voor kwetsbaarheid	95,7%	89,3%	98,5%
% als kwetsbaar beoordeelde pat. met electieve colonchirurgie dat pre-operatief is beoordeeld door een geriater/internist ouderengeneeskunde.	50,0%	54,7%	40,0%
DICA	2014	gemiddelde ziekenhuizen 2015 (DICA)	2015
aneurysma (DSAA) (NIEUW in 2014)			
Aantal patiënten dat primair electief is geopereerd.	26		27
Beschikbaarheid 24/7 interventieteam?	ja		ja
% primair electief geopereerde patiënten dat preoperatief in het MDO is besproken.	100,0%	86,4%	88,9%
Percentage primair geopereerde patiënten geregistreerd in de DSAA, waarvan de registratie volledig is.	100,0%	97,6%	100,0%
% primair electief geopereerde patiënten overleden binnen 30 dagen na operatie of in de zelfde opname	7,7%	1,9%	5,7%
% primair electief geopereerde patiënten met complicaties binnen 30 dagen na operatie of in de zelfde opname	11,5%	18,7%	11,3%
% primair electief geopereerde patiënten met een re-interventie vanwege een complicatie	0,0%	5,1%	1,9%
% primair electief geopereerde patiëntendat ongepland is opgenomen binnen 30 dagen na operatie	0,0%	6,6%	5,7%
Carotischirurgie (DACI) (NIEUW in 2014)	2014	gemiddelde DICA 2015	2015
Aantal patiënten	31		40
Hoeveel medisch specialisten voeren endarteriectomieën (CEA) of carotis stenting (CAS) uit?	4		4
aantal endarteriectomieën	31		40
aantal stentings	0		0
% patiënten dat een carotis interventie ondergaat en geregistreerd is in de DACI, waarbij de informatie in de registratie volledig is.	100%	98,4%	100%

% patiënten dat een carotisinterventie onderging bij wie preoperatief sprake was van een symptomatische carotisvernauwing.	90,3%	85,1%	95%
% patiënten dat binnen 3 weken na eerste consult in de tweede lijn wordt geïntervenieerd.	83,3%	87,2%	92,50%
Colorectaal carcinoom (DSCA)	2014	gemiddelde ziekenhuizen 2015 (DICA)	2015
Percentage patiënten met primair colorectaal carcinoom, waarbij registratie in DSCA volledig is	100,0%	97,3%	100
volume colonoperaties voor carcinoom (bron: SONCOS)	89		71
volume rectumoperaties voor carcinoom (bron: SONCOS)	41		36
aantal patiënten met resectie vanwege primair coloncarcinoom	84		71
aantal patiënten met resectie vanwege een primair rectumcarcinoom	40		36
aantal patiënten met resectie vanwege een primair dubbeltumor, waarvan beide gelegen in het colon	5		5
aantal patiënten met resectie vanwege een primair dubbeltumor, waarvan beide gelegen in het rectum	1		0
aantal patiënten met resectie vanwege een primair dubbeltumor, gelegen in colon en rectum	0		0
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	52,8%	70,0%	53,3%
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	63,2%	55,7%	68,8%
Percentage patiënten, jonger dan 75 jaar, dat een resectie ondergaat vanwege een stadium III coloncarcinoom, dat met aanvullende chemotherapie wordt behandeld. Leeswijzer: % moet zo hoog mogelijk zijn.	100,0%	85,8%	81,8%
Percentage patiënten dat een resectie ondergaat vanwege een primair rectumcarcinoom met een bekende CRM, bij wie de CRM positief is Leeswijzer: Positieve CRM = irradicaal; % moet zo laag mogelijk zijn.	2,5%	5,1%	0,0%
Percentage patiënten, dat een resectie ondergaat vanwege primair stadium II coloncarcinoom (pT3-4N0M0), bij wie 10 of meer lymfeklieren uit het resectiepreparaat zijn onderzocht	96,7%	95,7%	97,4%
Percentage patiënten dat een resectie ondergaat vanwege een primair coloncarcinoom, dat een gecompliceerd beloop heeft	16,6%	15,0%	15,7%
Percentage patiënten dat een resectie ondergaat vanwege een primair coloncarcinoom dat binnen 30 dagen of tijdens de opname overlijdt	1,8%	2,5%	2,9%
Percentage patiënten dat een resectie ondergaat vanwege een primair rectumcarcinoom dat een gecompliceerd beloop heeft	21,6%	20,0%	20,8%
Percentage patiënten dat een resectie ondergaat vanwege een primair rectumcarcinoom dat binnen 30 dagen of tijdens de opname overlijdt	6,6%	1,2%	1,9%
Percentage patiënten dat een resectie ondergaat vanwege een primair colorectaal carcinoom bij wie failure to rescue optreedt	10,1%	9,8%	10,2%
Mammacarcinoom (NBCA)	2014	gemiddelde DICA 2015	2015
A. Structuurindicatoren			
aantal nieuw gediagnosticeerde patiënten met invasief borstkanker of DCIS dat op uw ziekenhuislocatie is behandeld door chirurg en/of medisch oncoloog in de periode 1 oktober 2014 tot en met 30 september 2015?	161		159
totaal aantal nieuw gediagnosticeerde patiënten met een lokaal, regionaal of afstandsrecidief van hun borstkanker dat op uw ziekenhuislocatie is behandeld door chirurg en/of medisch oncoloog in de periode 1 oktober 2014 tot en met 30 sept 2015?	12		12
Hoeveel internisten zijn er werkzaam op uw ziekenhuislocatie?	9		9
Hoeveel van deze internisten behandelen nieuwe patiënten met borstkanker?	2		2
Hoeveel gecertificeerde internist-oncologen zijn er werkzaam op uw ziekenhuislocatie?	1		2

Hoeveel gecertificeerde internist-oncologen werkzaam op uw ziekenhuislocatie hebben in het verslagjaar borstkankerpatiënten behandeld?	1		2
Hoeveel NVvH chirurgen zijn er werkzaam op uw ziekenhuislocatie?	9		10
Hoeveel NVvH chirurgen op uw ziekenhuislocatie behandelen nieuwe patiënten met borstkanker?	3		3
Hoeveel gecertificeerde NVCO-chirurg-oncologen zijn er werkzaam op uw ziekenhuislocatie?	3		3
Hoeveel gecertificeerde NVCO-chirurg-oncologen, werkzaam op uw ziekenhuislocatie hebben in het verslagjaar borstkankerpatiënten behandeld?	3		3
Hoeveel radiotherapeuten zijn betrokken bij uw ziekenhuis?	10		11
Hoeveel radiotherapeuten zijn betrokken bij de behandeling van nieuwe patiënten met borstkanker?	10		4
Is de voorziening tot invriezen van tumorweefsel op uw ziekenhuislocatie aanwezig?	ja		nee
Wordt op uw ziekenhuislocatie bij alle patiënten met borstkanker de behoefte aan psychosociale zorg standaard en bij herhaling in kaart gebracht met een gevalideerd signaleringsinstrument? (bijvoorbeeld met behulp van de LAST-meter)	ja		ja
Maakt op uw ziekenhuislocatie een klinisch psycholoog onderdeel uit van het multidisciplinaire mammateam (vast of op afroep)?	ja		ja
B. Proces- en uitkomstindicatoren			
algemeen			
Deelname aan de NABON mammaregistratie (norm >90%)	100,0%	97,8%	97,5%
diagnostiek radiologie			
Percentage patiënten met een BI-RADS eindcategorie in de verslaglegging (norm >90%)	98,1%	99,8%	100,0%
Percentage patiënten met een MRI-mamma bij neo-adjuvante chemotherapie	56,2%	90,5%	100,0%
Percentage patiënten met een MRI-mamma bij primaire operatie	19,9%	33,0%	18,8%
diagnostiek pathologie			
Percentage patiënten bij wie er volledige pathologie verslaglegging zoals gedefinieerd is vastgelegd (norm >90%)	95,2%	98,5%	95,8%
Percentage patiënten met een HER2 positieve bepaling (HER2-positieve tumoren hebben neiging extra snel te groeien, zijn dus agressiever)	13,0%	12,5%	17,2%
Percentage patiënten met een ER positieve bepaling (ER-positieve tumoren bevatten receptoren voor het hormoon oestrogeen en reageren goed op oestrogeen-blokkerende medicijnen)	88,9%	84,5%	94,2%
Percentage patiënten met een PR positieve bepaling (PR-positieve tumoren bevatten receptoren voor het hormoon proteron en reageren goed op progesteron-blokkerende medicijnen)	56,9%	69,0%	67,4%
multidisciplinair teamoverleg (MDO)			
Percentage patiënten dat pre-behandeling is besproken in een multidisciplinair team en bij wie een digitaal verslag beschikbaar is (norm >90%)	99,4%	98,4%	99,4%
Percentage patiënten dat postoperatief is besproken in een multidisciplinair team en bij wie een digitaal verslag beschikbaar is (norm >90%)	98,7%	99,0%	99,4%
behandeling operatief			
% Irradicaliteit bij eerste mammasparende operatie voor invasief mammacarcinoom (tumor meer dan focaal aanwezig) zonder neo-adjuvante therapie (norm <15%)	2,7%	4,5%	3,9%
% Irradicaliteit bij eerste mammasparende operatie voor invasief mammacarcinoom (onbekend of tumorweefsel aanwezig is) zonder neo-adjuvante therapie (norm <15%)	1,3%	0,4%	0,0%
% Irradicaliteit bij eerste mammasparende operatie voor DCIS (tumor meer dan focaal aanwezig) (norm <30%)	11,1%	18,8%	28,6%
% Irradicaliteit bij eerste mammasparende operatie voor DCIS (onbekend of tumorweefsel aanwezig is) (norm <30%)	0,0%	1,6%	0,0%
behandeling directe reconstructie			
Percentage patiënten met een invasief M0 mamma. en een primaire ablatieve ingreep dat een directe reconstructie (totaal) onderging	10,5%	25,6%	0,0%

Percentage patiënten met een invasief M0 mamma. en een primaire ablatieve ingreep dat een directe reconstructie met prothese onderging	7,0%	23,3%	0,0%
Percentage patiënten met een invasief M0 mamma. en een primaire ablatieve ingreep dat een directe reconstructie met autoloog weefsel onderging	0,0%	1,2%	0,0%
Percentage patiënten met een invasief M0 mamma. en een primaire ablatieve ingreep dat een directe reconstructie met een prothese en autoloog weefsel onderging	3,5%	1,1%	0,0%
Percentage patiënten met DCIS en een primaire ablatieve ingreep dat een directe reconstructie (totaal) onderging	37,5%	49,0%	33,3%
Percentage patiënten met DCIS en een primaire ablatieve ingreep dat een directe reconstructie met prothese onderging	37,5%	42,4%	16,7%
Percentage patiënten met DCIS en een primaire ablatieve ingreep dat een directe reconstructie met autoloog weefsel onderging	0,0%	2,5%	0,0%
Percentage patiënten met DCIS en een primaire ablatieve ingreep dat een directe reconstructie met een prothese en autoloog weefsel onderging	0,0%	4,1%	16,7%
behandeling radiotherapie			
Percentage patiënten met neo-adjuvante systemische therapie dat prebehandeling gezien wordt door de radiotherapeut	50,0%	48,8%	37,5%
Percentage patiënten dat radiotherapie krijgt bij lokaal uitgebreid mammacarcinoom (exclusief T3N0) waarvoor ablatio mammae	100,0%	83,4%	100,0%
Percentage patiënten dat radiotherapie krijgt bij DCIS na borstsparende behandeling	85,7%	84,1%	100,0%
behandeling systemische therapie			
Percentage pat. met een invasief M0 mamma. dat geopereerd is en behandeld is met neo-adjuvante systemische therapie	13,4%	14,5%	13,7%
Percentage pat. met een invasief M0 mamma. dat geopereerd is en behandeld is met adjuvante systemische therapie (excl. Trastuzumab)	31,0%	28,8%	32,8%
Percentage pat. met een invasief M0 mamma. dat geopereerd is en behandeld is met neo-adjuvante of adjuvante systemische therapie (excl. Trastuzumab)	44,4%	42,6%	46,6%
doorlooptijden			
% pat. met wachttijd ≤5 wk tussen diagnose en aanvang neo-adjuvante chemotherapie	93,8%	81,2%	82,6%
% pat. met wachttijd ≤5 wk tussen diagnose en eerste operatie (exclusief directe reconstructie) (norm >90%)	88,7%	85,0%	90,8%
% pat. met wachttijd ≤5 wk tussen diagnose en eerste operatie met directe reconstructie	12,5%	55,9%	0,0%
% pat. met wachttijd ≤5 wk tussen laatste chirurgische ingreep en start radiotherapie	43,6%	55,4%	47,4%
% pat. met wachttijd ≤5 wk tussen eerste dag laatste chemotherapie kuur en start radiotherapie	66,7%	79,1%	0,0%
% pat. met wachttijd ≤5 wk tussen operatie en aanvang adjuvante chemotherapie	47,8%	65,1%	41,7%
% pat. met wachttijd ≤5 wk tussen radiotherapie en aanvang adjuvante chemotherapie	90,0%	93,4%	93,5%
Vereisten voor Roze Lintje			
plastisch chirurg maakt vast deel uit van mammateam en is standaard aanwezig in het MDO	nee		ja
longcarcinoom (DLSA)	2014	gemiddelde ziekenhuizen DICA 2015	2015
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	100,0%	89,6%	94,4%
Aantal nieuw met longcarcinoom gediagnosticeerde patiënten behandeld in het ziekenhuis (SONCOS)		nb	133
aantal patiënten dat een resectie ondergaat wegens een primair longcarcinoom	21	nb	23
aantal patiënten met een mediastinoscopie	8	nb	4
aantal patiënten met metastasectomie	4	nb	6
aantal pat. Dat een andere thoracale ingreep ondergaat	20	nb	19

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	nb	24
Percentage geopereerde patiënten met een niet-kleincellig longcarcinoom dat postoperatief in een multidisciplinair team (MDO) wordt besproken	94,1%	96,7%	83,3%
Percentage patiënten, dat een resectie ondergaat vanwege primair niet-kleincellig longcarcinoom, waarbij tijdens het preoperatief MDO het klinisch TNM stadium bekend is	100,0%	96,7%	100,0%
Percentage patiënten, dat een resectie ondergaat vanwege primair niet-kleincellig longcarcinoom, waarbij tijdens het postoperatief MDO het pathologisch TNM stadium bekend is	100,0%	99,0%	100,0%
% patiënten waarbij het klinisch TNM stadium overeenkomt met het pathologisch TNM	29,4%	45,5%	33,3%
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	33,3%	64,2%	62,5%
Percentage patiënten dat binnen 30 dagen of binnen de zelfde ziekenhuisopname na resectie vanwege een niet-kleincellig longcarcinoom is overleden (berekend over 2 jaren).	0,0%	2,3%	0,0%
Percentage patiënten waarbij een gecompliceerd beloop na resectie vanwege een primair niet-kleincellig longcarcinoom is opgetreden (berekend over 2 jaren)	2,7%	14,0%	6,9%
Percentage patiënten dat een resectie ondergaat vanwege een primair niet-kleincellig longcarcinoom, waarbij er sprake is van een irradicale resectie (berekend over 2 jaren)	2,9%	6,3%	0,0%
dermatologie	2014	gemiddelde ziekenhuizen (SAZ) 2014	2015
Indicatoren Zichtbare Zorg			
Constitutioneel eczeem			
Rechtstreekse toegang tot dermatoloog of verpleegkundige bij verergering klachten?	ja	ja	ja
Schrijfelijke werkafspraken mbt rechtstreekse toegang?	ja	ja	ja
Aantal pat. behandeld met systemische immunosuppressiva	10-50 pat.p.jr.		10-50 pat.p.jr.
Worden patiënten met constitutioneel eczeem op uw ziekenhuislocatie behandeld door een vast multidisciplinair team?	nee	85% ja	nee
Is er een gespecialiseerd verpleegkundige of een verpleegkundig specialist betrokken in het behandeltraject van een patiënt met constitutioneel eczeem?	nee	81% ja	nee
uitvoering (dubbelblinde) voedselprovocaties	nee	64% ja	nee
Psoriasis			
% pat. behandeld met lichttherapie	30,7%	24,0%	31,8%
% pat. behandeld met biologicals	1,7%	7,3%	2,5%
Volume aantal patiënten	401	406	446
Wordt de uitleg aan patiënten met psoriasis ondersteund door beeldmateriaal: foto's en plaatjes	nee	75% ja	ja
Wordt de uitleg aan patiënten met psoriasis ondersteund door beeldmateriaal: filmpjes of videomateriaal	nee	20% ja	nee
Is het mogelijk om online een afspraak te maken?	nee	35% ja	nee
DICA	2014	gemiddelde ziekenhuizen 2014	2015
Melanoom			
Patiënten met een stadium IIIc en/of stadium IV melanoom worden standaard overlegd en/of verwezen naar een hiervoor geregistreerd ziekenhuis in uw regio			ja
Aantal chirurgen met aantoonbare ervaring schildwachtklierprocedure; melanoomspecifiek			5
Wordt in uw ziekenhuis standaard verwezen naar informatie over Stichting melanoom?	nee	89% ja	ja
Is er in uw ziekenhuis een 'zorgpad melanoom' aanwezig? (gebaseerd op de IKNL standaard)	nee	81% ja	ja

Wordt in uw ziekenhuis het 'zorgpad melanoom' gepubliceerd op de website van het ziekenhuis?	nee		ja
Is er in uw ziekenhuis een patiëntenversie van het 'zorgpad melanoom' welke op de website van het ziekenhuis wordt gepubliceerd?	nee	40% ja	ja
geriatrie	2014	gemiddelde ziekenhuizen (SAZ) 2014	2015
Indicatoren Zichtbare Zorg			
Dementie			
Aanwezigheid MDO dementie	ja		ja
frequentie MDO	1 x p week		1 x p week
aantal min p patiënt voor uitslaggesprek geriater/neuroloog	90	75	30
Wordt de uitleg aan (mantelzorgers van) patiënten met dementie ondersteund door beeldmateriaal: foto's en plaatjes	nee	72% ja	nee
Is het mogelijk om, in deze diagnose- en/of behandelingsruimten, alle mogelijke afspraken/ onderzoeken rondom zorg voor dementie op één dag te laten plaatsvinden?	nee	87% ja	nee
Basisset prestatie-indicatoren IGZ	2014	gemiddelde ziekenhuizen 2014	2015
heupfractuur			
% pre-operatieve beoordeling geriatrieteam bij heupfractuur 70 jr eo (nieuw in 2014)	77,8%	76,2%	57,8%
Kwetsbare groepen			
% geriatrie pat. met 1e bezoek geriatrie polikliniek of dagkliniek, waarbij gevalideerd screeningsinstrument voor vaststellen ondervoeding is gebruikt	80,2%	86,2%	91,9%
% pat. met electieve colonchirurgie, gescreend met gevalideerd instrument voor kwetsbaarheid	95,7%	89,3%	98,5%
% als kwetsbaar beoordeelde pat. met electieve colonchirurgie dat pre-operatief is beoordeeld door een geriater/internist ouderengeneeskunde.	50,0%	54,7%	100,0%
gynaecologie/verloskunde	2014	gemiddelde ziekenhuizen (SAZ) 2014	2015
Indicatoren Zichtbare Zorg			
Baarmoederhalsafwijking (CIN)			
% pat. behandeld voor CIN dmv cervix exconisatie	0,0%	4,1%	1,3%
% behandelde pat. voor CIN 2-3 met normale cervixcytologie 3-9 maanden na behandeling	92,9%	85,7%	92,3%
Zwangerschap en bevalling	2014	gemiddelde ziekenhuizen 2014	2015
Verloskundig samenwerkingsverband	ja	ja	ja
% primaire sectio's bij a terme nullipara met eenling in hoofdligging	2,1%	1,3%	0,5%
VOKS-percentiel primaire sectio's	44	48	8
epidurale analgesie	29,2%	27,0%	38%
Basisset prestatie-indicatoren IGZ	2014	gemiddelde ziekenhuizen 2014	2015
Verloskunde			
% spontane partus NTSV-groep - verwezen naar 2e lijn vóór start bevalling	56%	60,8%	67%
% spontane partus NTSV-groep - verwezen naar 2e lijn tijdens ontsluiting of uitdrijving	62%	60,0%	62%
% spontane partus NTSV-groep - totaal	58%	60,5%	65%
aantal perinatale lokale audits	1	3	2
interne geneeskunde	2014	gemiddelde ziekenhuizen (SAZ) 2014	2015
Indicatoren Zichtbare Zorg			
Diabetes			

Laboratorium jaarcontrole:			
HbA1c	97,5%	95,7%	97,8%
kreatinine	94,5%	94,3%	93,9%
microalbumine	84,2%	81,4%	83,9%
cholesterol	87,0%	84,7%	86,0%
HDL-cholesterol	86,9%	83,1%	85,9%
Bloeddruk gemeten	87,7%	98,2%	99,5%
Voetzorg	77,2%	91,7%	86,0%
Osteoporose			
% BMD (Dexa) meting 50-80 jaar bij patiënt met fractuur	7,9%	30,4%	11,9%
Osteoporoseverpleegkundige: Wat is het minimum aantal controleafspraken dat de patiënt met osteoporose op uw ziekenhuislocatie heeft bij de osteoporoseverpleegkundige?	1,00	1,55 aantal zks. heeft minimum van 2	1
Internist: Wat is het minimum aantal controleafspraken dat de patiënt met osteoporose op uw ziekenhuislocatie heeft bij de internist?	1,00	1,66 aantal zks. heeft minimum van 2	1
Over welke onderwerpen wordt informatie op papier standaard meegegeven aan de patiënt met osteoporose?			
- Osteoporose en angst en risico's bij lichamelijke contacten en seksualiteit	nee	32% ja	ja
- SERM's en warmtestuwingen of zweetaanvallen	nee	31% ja	ja
- Teriparatide en pijn als bijwerking	nee	48% ja	ja
- Parathyroïd hormoon en controle op hypercalciëmie	nee	45% ja	ja
Krijgt de patiënt met osteoporose een e-mailadres mee op papier waar hij vragen naartoe kan mailen?	nee	63% ja	ja
Chronische nierschade			
% pat met gemid ureum/kreatinineklaring > 15 ml bij start dialyse	0,0%	2,6%	0,0%
% pat. waarbij < 6 maanden na start dialyse de transplantatiestatus bekend is	85,0%	92,2%	100,0%
% pat. met werkzame dialysetoegang na > 6 mnd. behand. op predialysepoli	75,0%	84,8%	100,0%
Aantal pre-emptieve transplantaties	0	1,3	0
Aantal chronische dialysepat.	89	81	89
Aantal PD pat.	13	16	13
Aantal HD pat.	122	83	80
Aantal thuis HD patiënten			7
kindergeneeskunde	2014	gemiddelde ziekenhuizen 2014	2015
Basisset prestatie-indicatoren IGZ			
Ondervoeding			
Percentage kinderen gescreend op ondervoeding in de kliniek	71,30%	78,8%	89,3%
Percentage kinderen geclassificeerd als ondervoed	2,2%	7,0%	2,9%
Percentage ondervoede kinderen met adequate eiwitname op 4e opnamedag	85,7%	69,2%	57,1%
Medicatieproces			
Medicatieverificatie bij opname bij kinderen			57,7%
Medicatieverificatie bij ontslag bij kinderen			onbekend
	2014	gemiddelde ziekenhuizen (SAZ) 2014	2015
Indicatoren Zichtbare Zorg			
Diabetes			
HbA1c kinderen ≤ 18 jr waarde < 58 mmol/mol			25,4%
HbA1c kinderen > 18 jr waarde < 58 mmol/mol			26,7%
HbA1c kinderen ≤ 18 jr waarde > 86 mmol/mol			10,2%
HbA1c kinderen > 18 jr waarde > 86 mmol/mol			13,3%
aantal diabetes gerelateerde acute opnames	1	4,9	2
aantal kinderen < 18 jr acuut opgenomen			2
aantal kinderen > 18 jr acuut opgenomen			0
aantal kinderartsen in kinderdiabetesteam	3	4,6	3
aantal door diabetesteam behandelde kinderen en adolescenten	72	58,9	74

kno	2014	gemiddelde ziekenhuizen 2014	2015
Basisset prestatie-indicatoren IGZ			
ZATT			
implementatie ZATT richtlijn (indicatie (adeno-)tonsillectomie)			ja
longgeneeskunde	2014	gemiddelde ziekenhuizen 2014	2015
Basisset prestatie-indicatoren IGZ			
infectieziekten			
Pneumonie: toediening antibiotica binnen 4 uur na opname voor Community Acquired pneumonia (CAP)	98,2%	96,9%	100,0%
DICA	2014	gemiddelde ziekenhuizen 2014	2015
Wordt in uw ziekenhuis VATS lobectomie aangeboden bij patiënten die een resectie ondergaan, vanwege een niet-kleincellig longcarcinoom	ja		ja
Wie is op uw ziekenhuislocatie het vaste aanspreekpunt voor de patiënt met longcarcinoom?§	case-manager		case-manager
Hanteert uw ziekenhuislocatie een antwoordtermijn voor e-mails van de patiënt met longcarcinoom, waarbinnen hij antwoord op zijn vraag krijgt? §	binnen 1 dag		binnen 2 dagen
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.		Er wordt meer tijd ingeruimd als patiënt tijdens maken afspraak hierom vraagt.
Wordt in uw ziekenhuis standaard de behoefte aan psychosociale zorg bepaald voor patiënten gediagnosticeerd met een kanker. S-Alg	ja		ja
maag-darm-leverziekten (mdl)	2014	gemiddelde ziekenhuizen 2014	2015
Basisset prestatie-indicatoren IGZ			
Maag-darm-lever (MDL) nieuw in 2014			
Digitale verslaglegging endoscopie	ja		ja
% endoscopieën waarbij TOP volledig is uitgevoerd	100,0%	94,4%	100,0%
deelname ERCP kwaliteitsregistratie			nee
Indicatoren Zichtbare Zorg	2014	gemiddelde ziekenhuizen 2014	2015
IBD			
Krijgt de patiënt met IBD een telefoonnummer mee op papier of digitaal waarop hij tijdens avond, nacht en weekend voor dringende vragen een zorgverlener kan bereiken?	nee	65% ja	ja
Krijgt de patiënt met IBD een e-mailadres mee op papier of digitaal waar hij vragen naar toe kan mailen die op werkdagen binnen 24 uur beantwoord worden?	nee	78% ja	ja
DICA	2014	gemiddelde ziekenhuizen 2014	2015
slokdarm/maag (DUCA)			
Niet chirurgische behandelmethoden voor patiënten met een slokdarm- of maagcarcinoom			
- Chemotherapie			ja
- Radiotherapie			nee
- Chemoradiotherapie			nee
- Plaatsen van een stent			ja
- Targeted therapie			ja
aanwezigheid wekelijks MDO voor slokdarm en maag ca.			ja

Specifieke samenstelling multidisciplinair team en samenwerkingsovereenkomst.			alles ja
Is er een samenwerkingsovereenkomst met één of meerdere referentiecentra voor consultatie waarin onderlinge afspraken zijn vastgelegd?			ja
Is er de mogelijkheid tot wekelijkse consultatie van een vertegenwoordiger van het referentiecentrum bij dit multidisciplinaire overleg?			ja
Uit welk referentiecentrum is deze vertegenwoordiger afkomstig?			Rijnstate Radboud
Aantal geregistreerde MDL artsen met ervaring in interventie scopieën.			4
Standaard aanbod van psychosociale zorg aan patiënten met een oncologische aandoening.			ja
Wordt er op uw ziekenhuislocatie bij patiënten met een maagcarcinoom standaard onderzocht of er een indicatie is voor onderzoek naar een erfelijk gen dat maagcarcinoom kan veroorzaken?			ja
Krijgen familieleden van de patiënt met een maagcarcinoom waarbij mogelijk sprake is van een erfelijke aanleg, op uw ziekenhuislocatie standaard een screening aangeboden op de aanwezigheid van maagcarcinoom?			ja
neurochirurgie	2014	gemiddelde ziekenhuizen 2014	2015
DICA			
Lage rug hernia en stenose (DSSR)			
deelname DSSR zizo; A-4	nee		nee
aantal lage rug hernia operaties, ZiZo; A-3b	83		78
aantal lage rug stenose operaties	38		28
aantal nieuw geopereerde pat. per operatietechniek hernia geïnstrumenteerd	0		0
aantal nieuw geopereerde pat. per operatietechniek hernia niet-geïnstrumenteerd	83		78
aantal wervelkolomchirurgen per ziekenhuislocatie, ZiZo; A-3a	1		1
aanwezigheid multidisciplinair rugteam, ZiZo; B-2a	ja		ja
Aanwezigheid zorgpad lage rug hernia, ZiZo; B-5a	ja		ja
Aanwezigheid zorgpad lage rug stenose	ja		ja
Percentage re-operaties binnen 30 dagen ZiZo; A-2	0,0%	0,2%	0,0%
neurologie	2014	gemiddelde ziekenhuizen 2014	2015
Indicatoren Zichtbare Zorg			
Hoofdpijn			
Wordt een kind, op verdenking van migraine, standaard gezien door een neuroloog op uw ziekenhuislocatie?	nee	61% ja	nee
Wordt schriftelijk en/of digitaal informatie verstrekt aan de patiënt over hormonale invloeden van anticonceptie?	nee		ja
Basisset prestatie-indicatoren IGZ	2014		
Parkinson			
% Parkinson patiënten dat is geregistreerd in DPIA	0		
DICA	2014	gemiddelde ziekenhuizen 2014	
CVA (CVAB)			
Percentage TIA en CVA patiënten ingevuld in de CVAB	117,4%		100,0%
percentage nieuwe pat. met een TIA of CVA t.o.v. vorig jaar	55		146%
aantal klinisch opgenomen pat. met CVA			452
aantal poliklinisch behandelde pat. met CVA			0
aantal klinisch opgenomen pat. met TIA			145
aantal poliklinisch behandelde pat. met TIA			0
Deur-tot-naald tijd (mediaan) van het totaal aantal getromboliseerde patiënten met infarct	31	29	27
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	32	30	26

Deur-tot-naald tijd (mediaan) van het totaal aantal getromboliseerde patiënten met infarct dat overdag doordeweeks aankomt op SEH	29	28	28
Begin-tot-deur tijd (mediaan) van totaal aantal CVA-patiënten	60	136	73
Begin-tot-deur tijd (mediaan) van het aantal patiënten met een infarct	60	140	73
Begin-tot-deur tijd (mediaan) van het aantal patiënten met een intracerebrale bloeding	nb	nb	50
Het percentage patiënten dat intraveneuze behandeling (trombolysie) onderging, als fractie van alle opgenomen patiënten met een herseninfarct.	16,4%	18,2%	22,2%
Het percentage patiënten dat intraveneuze behandeling (trombolysie) onderging, als fractie van alle opgenomen patiënten met een herseninfarct, <u>tijdens de avonden, nachten en het weekend.</u>	19,3%	19,2%	28,7%
Het percentage patiënten dat intraveneuze behandeling (trombolysie) onderging, als fractie van alle opgenomen patiënten met een herseninfarct, <u>overdag doordeweeks</u>	13,5%	18,0%	17,2%
Aantal dagen (mediaan) dat een CVA patiënt, ontslagen naar huis of vervolginstelling, verblijft in het ziekenhuis.			6
Aantal dagen (mediaan) dat een CVA patiënt, ontslagen naar een ander ziekenhuis, verblijft in het ziekenhuis.			3
Parkinson (DPIA)	2014	gemiddelde ziekenhuizen 2014	2015
Aantal patiënten onder behandeling per ziekenhuislocatie/functionele behandel eenheid	269		269
aantal fte. parkinsonverpleegkundigen	0,2		0,2
operatiekamers	2014	gemiddelde ziekenhuizen 2014	2015
Basisset prestatie-indicatoren IGZ			
Operaties			
% juist uitgevoerde stop-momenten IV	99,4%	98,0%	99,9%
% operaties waarbij antibioticaprofylaxe is gegeven		97,4%	96,3%
% tijdige peroperatieve antibiotica profylaxe	99,6%	92,8%	95,7%
aanwezigheid gebruikersoverleg minimaal invasieve chirurgie	ja		ja
oogheelkunde	2014	gemiddelde ziekenhuizen (SAZ) 2014	2015
Indicatoren Zichtbare Zorg			
Cataract/Staaroperaties			
Deelname kwaliteitsregistratie cataract NOG	ja		ja
% ingrepen volledig ingevoerd in kwaliteitsregistratie	100%		100,0%
% patiënten geopereerd aan beide ogen met 2 weken tussen de operaties			99,7%
% patiënten geopereerd aan beide ogen binnen 12 maanden			50,7%
Wordt PROM CatQuest uitgevoerd?			ja, hiermee is gestart eind 2015.
aangeboden lens: monofocale lens	ja		ja
aangeboden lens: monofocale torische lens	ja		ja
aangeboden lens: bifocale lens	nee	27% ja	ja
aangeboden lens: multifocale lens	nee	56% ja	ja
aangeboden lens: multifocale torische lens	nee	47% ja	ja
orthopedie	2014	gemiddelde ziekenhuizen (SAZ) 2014	2015
Indicatoren Zichtbare Zorg			
Meniscus en voorste kruisband			
Aantal voorste kruisband reconstructies	66	49	55
Arthroscopie bij patiënten boven de 55 jaar (nieuwe definitie in 2015!!!) Terughoudendheid bij arthroscopie is geboden!			27,2%
% heroperaties aan zelfde knie < 1 jr. na arthroscopie	1,2%	3,6%	2,0%
LROI	2014	gemiddelde ziekenhuizen (SAZ) 2014	2015

Heupprothese (LROI)			
Volume THP	278	260	297
volume KHP			18
heuprevisies als gevolg van een infectie of verdenking op infectie met verwijdering prothese zonder directe terugplaatsing			1
heuprevisies niet als gevolg van een infectie of verdenking op infectie met totale vervanging van prothese			7
heuprevisies niet als gevolg van een infectie of verdenking op infectie met gedeeltelijke vervanging van prothese			16
heuprevisies niet als gevolg van een infectie of verdenking op infectie met verwijdering prothese zonder directe terugplaatsing			0
Percentage acetabulumcups categorie 1A			100%
Aantal acetabulumcups categorie 1B			0%
Aantal femurcomponenten categorie 1A			99,2%
Aantal femurcomponenten categorie 1B			0,0%
Aantal femurcomponenten categorie overige			0,8%
Volledigheid registratie LROI THP	89%		99,30%
Percentage diepe wondinfecties binnen 90 dagen			2,02%
Bron percentage wondinfecties binnen 90 dagen			Prezies en eigen registratie
Aantal orthopedisch chirurgen dat heuprevisiechirurgie uitvoert	4	2,7	6
aantal heuprevisies per orthopedisch chirurg			resp. 1 2 11 15 4 3
Aantal orthopedisch chirurgen dat primaire THP plaatst	4	4,1	6
Aantal primaire THP's per specialist			resp. 6 59 74 74 70 12
Samenstelling MDO			alle genoemde professionals
Afspraken op één dag	nee	72% ja	nee
Gebruik van Decision-aid bij THP	ja		ja
responspercentage PROM's			72,7%
Knievervanging (LROI)			
Volume TKP en UKP	181	214	209
knierevisies met totale vervanging tgv infectie			0
knierevisies met gedeeltelijke vervanging tgv infectie			0
knierevisies met verwijdering prothese zonder directe terugplaatsing tgv infectie			1
knierevisies met totale vervanging zonder infectie			6
knierevisies met gedeeltelijke vervanging zonder infectie			7
knierevisies met verwijdering prothese zonder directe terugplaatsing zonder infectie			0
Type geplaatste TKP's			
Biomet OXFORD PKR	1		
Corin Rotaglide	38		
Zimmer NexGen	133		192
Volledigheid registratie LROI	94,9%		99,5%
Percentage diepe wondinfecties binnen 90 dagen			0,52%
Bron percentage wondinfecties binnen 90 dagen			Prezies en eigen registratie
Aantal orthopedisch chirurgen dat knierevisiechirurgie uitvoert	3	2,5	3
aantal knierevisies per orthopedisch chirurg			resp. 2 6 6
Aantal orthopedisch chirurgen dat primaire TKP plaatst	4	4	5

aantal TKP per orthopedisch chirurg			resp. 28 65 55 31 11
Bespreking pat. met knierevisie tgv infectie in MDO	ja		ja
deelname MDO			alle genoemde professionals
Afspraken op één dag: konden alle voorbereidende onderzoeken plaatsvinden op één dag?	nee		nee
Gebruik van Decision-aid	ja		ja
Pijnstilling/verdooving: 5 mogelijke opties	4 opties aangeboden		4 opties aangeboden
worden PROM's gemeten volgens NOV-advies?			ja
Basisset prestatie-indicatoren IGZ	2014	gemiddelde ziekenhuizen 2014	2015
Heroperaties heupfractuur			
heroperaties na interne fixatie collum femoris fractuur	0,0%	1,7%	3,8%
heroperaties na behandeling collum femoris fractuur met endoprothese	2,7%	1,7%	7,9%
heroperaties na interne fixatie pertrochantere fractuur	1,2%	1,6%	0%
% pre-operatieve beoordeling geriatrieteam bij heupfractuur 70 jr eo (nieuw in 2014)	77,8%	76,2%	nnb
certificering orthopedisch chirurg-traumatoloog			
certificering orthopedisch chirurg-traumatoloog			ja
aantal gecertificeerde orthopedisch chirurg-traumatologen			2
plastische chirurgie	2014	gemiddelde ziekenhuizen (SAZ) 2014	2015
Indicatoren Zichtbare Zorg			
Carpale tunnel-syndroom (CTS)			
% pat. met EMG <6 mnd. voorafgaande aan ingreep	99,3%	93,2%	99,0%
% postop. <u>diepe</u> wondinfecties binnen 30 dagen na ingreep	0,8%	0,7%	0,3%
% postop. controle < 6 weken	98,7%	93,8%	98,2%
volume plast chirurgen (nieuw in 2015)			6
Basisset prestatie-indicatoren IGZ	2014	gemiddelde ziekenhuizen 2014	2015
Operaties			
explantatie borstimplantaten na cosmetische chirurgie			0%
urologie	2014	gemiddelde ziekenhuizen 2014	2015
Basisset prestatie-indicatoren IGZ			
Oncologie			
beschikbaarheid specifiek MDO voor urologische tumoren	ja		ja
% blaasca besproken in MDO	100,0%	98,6%	100%
overige	2014	gemiddelde ziekenhuizen 2014	2015
Basisset prestatie-indicatoren IGZ			
Algemeen kwaliteitsbeleid			
% deelname jaargesprek	nee	72,9%	nee
% deelname IFMS gesprek	79,8%	81,4%	93,5%
regeling mogelijk disfunctioneren specialisten	ja		ja
Onverwacht lange opnameduur /heropnamen			
% patiënten met opnameduur 50% hoger dan verwacht	11,6%	13,9%	nnb