



Jaardocument 2006  
Gelre ziekenhuizen

## Inhoud

Maatschappelijk verslag .....	3
Hoofdstuk 1 Uitgangspunten van de verslaglegging.....	3
Hoofdstuk 2 Profiel van de organisatie .....	4
2.1. Algemene gegevens .....	5
2.2. Structuur van het concern.....	6
2.3 Kerngegevens.....	7
2.3.1 Kernactiviteit en nadere typering .....	7
2.3.2 Productie, personeel en opbrengsten.....	8
2.3.2.1 Kerngegevens.....	8
2.3.3 Werkgebieden.....	10
2.4 Belanghebbenden.....	11
Hoofdstuk 3 Governance .....	13
3.1 Bestuur en toezicht .....	13
3.1.1 Zorgbrede Governancecode.....	13
3.1.2 Raad van Bestuur .....	13
3.1.3 Raad van Toezicht.....	15
3.2. Bedrijfsvoering .....	18
3.3 Cliëntenraad.....	18
Hoofdstuk 4 Beleid, inspanningen en prestaties.....	19
4.1 Meerjarenbeleid .....	19
4.2 Algemeen beleid .....	22
4.3 Algemeen kwaliteitsbeleid .....	24
4.4 Kwaliteitsbeleid t.a.v. patiënten .....	26
4.4.1 Kwaliteit van zorg.....	30
4.4.4 Klachten .....	31
4.4.5 Toegankelijkheid .....	33
4.4.6 Veiligheid patiënten .....	33
4.5 Kwaliteit t.a.v. medewerkers .....	36
4.6 Samenleving .....	40
4.7 Financieel beleid.....	41
Bijlage 1. Personalialia .....	43
Bijlage 1.1 Raad van Toezicht .....	43
Bijlage 1.2 Raad van Bestuur .....	44
Bijlage 1.3 Samenstelling Medische Staf.....	45
Bijlage 1.4 Zorgeenheden en Medisch Ondersteunende Diensten.....	48

## Maatschappelijk verslag

### Hoofdstuk 1 Uitgangspunten van de verslaglegging

In dit jaardocument geeft Gelre ziekenhuizen inzicht in het profiel van de organisatie, de beleidsdoelstellingen van 2006, welke activiteiten zijn ondernomen en wat de resultaten hiervan zijn geweest. De Raad van Toezicht en de Raad van Bestuur leggen verantwoording af in dit verslag. Een toelichting wordt gegeven op het kwaliteitsbeleid en de resultaten die hiermee zijn geboekt in 2006. Tevens wordt aandacht besteed aan het veiligheidsmanagement, personeelsbeleid en de financiële resultaten. In hoofdstuk 3 is met name te lezen op welke wijze Gelre ziekenhuizen inhoud geeft aan Corporate Governance, met name de implementatie van de Zorgbrede Governancecode. Met dit jaarverslag wordt voldaan aan de nieuwe voorschriften voor jaarverslaglegging voor zorginstellingen.

De prestaties van alle ziekenhuizen worden gemeten en transparant gemaakt door de zogenaamde prestatie-indicatoren. Deze worden gepresenteerd op de website [www.ziekenhuizen transparant.nl](http://www.ziekenhuizen transparant.nl) en niet herhaald in dit jaarverslag. De verplichte bijlagen van dit jaarverslag zijn ingevuld via een webenquête (via [www.jaarverslagenzorg.nl](http://www.jaarverslagenzorg.nl)). Deze bijlagen bevatten nadere kwantitatieve en kwalitatieve informatie in tabelvorm.

## Hoofdstuk 2 Profiel van de organisatie

Gelre ziekenhuizen vormt, in samenhang met de eerste en derdelijnsgezondheidszorg, een transmuraal zorgnetwerk in de regio Apeldoorn – Zutphen, met een totale adherentie van 280.000 inwoners. De verzorgingsregio kenschetst zich door twee grotere woonkernen: de gemeenten Apeldoorn (156.000 inwoners waarvan ruim 136.000 in de stad Apeldoorn) en Zutphen (47.000 inwoners, grotendeels in de stad Zutphen). In deze gemeenten bevinden zich de twee locaties van Gelre ziekenhuizen. Gelre ziekenhuizen biedt in de gehele regio acute zorg dichtbij de patiënt en voldoet aan de vraag naar poliklinische en klinische medisch specialistische zorg. Daarnaast worden ook commerciële zorgproducten en facilitaire producten aangeboden.

In februari 2004 is de “Zorgvisie Gelre ziekenhuizen” uitgebracht. De Raad van Bestuur en de medisch stafbesturen hebben in de Zorgvisie gezamenlijk de missie en ambities van Gelre ziekenhuizen geformuleerd.

Gelre ziekenhuizen heeft de volgende missie geformuleerd:

*Het bieden van hoogwaardige medisch specialistische diagnostiek, behandeling en zorg aan patiënten in hun eigen leefomgeving. Patiënten beleven de zorg als veilig, betrouwbaar en deskundig en worden in een patiëntvriendelijke sfeer opgevangen. De kernwaarden voor de identiteit van Gelre zijn: deskundig, betrokken, bereikbaar en behulpzaam.*

De twee locaties van Gelre ziekenhuizen bieden 7 x 24 uur acute zorg. Dat is ook nodig gezien de grootte en de aard van de verzorgingsregio. Er is dus geen sprake van verdeling van zorg (specialismen) over de locaties. Gelre gaat uit van het benutten van de eigen specifieke kracht van beide locaties.

Drie kernbegrippen duiden de ambities: hoogwaardige zorg, hoogwaardige patiëntenservice en hoogwaardige organisatie. In de Zorgvisie worden deze begrippen verder uitgewerkt.

### *Optimale spreiding van zorg*

In de Zorgvisie wordt met behulp van een toetsingsmodel voor de spreiding van zorg beoordeeld in hoeverre bepaalde zorgtypen zowel in Apeldoorn als in Zutphen aangeboden of geconcentreerd moeten worden in hetzij in Apeldoorn hetzij in Zutphen. Dit model is ontwikkeld door KPMG, in opdracht van de NVZ. Het resultaat van deze beoordeling is geweest dat wij van mening zijn dat chronische patiënten en patiënten die voor een electieve, kortdurende, standaardingreep komen deze zorg zo dichtbij mogelijk aangeboden moeten krijgen, dus gedecentraliseerd. Dit vanwege het specifieke karakter van de regio, namelijk twee qua karakter verschillende gebieden aan weerszijden van de IJssel. Daarbij is de werkelijke afstand van Apeldoorn naar Zutphen in kilometers wellicht niet erg groot, maar wordt de afstand door de inwoners wel als groot beleefd. Ingrepen die electief zijn maar een langere behandelingsduur kennen zouden daarentegen wel geconcentreerd aangeboden kunnen worden, hetzij in Apeldoorn hetzij in Zutphen. Electieve meer complexe zorg met een hoog niveau van nazorg voor een kleine doelgroep dient geconcentreerd te worden aangeboden (in Apeldoorn).

### *Optimale benutting van de locaties*

De twee locaties van Gelre ziekenhuizen bieden 7 x 24 uur acute zorg. Dit is nodig gezien de grootte en aard van de verzorgingsregio's van beide locaties. Gelre ziekenhuizen gaat uit van het benutten van de eigen specifieke kracht van de locaties door in te spelen op de verschillen marktkenmerken. Bij het realiseren van de ambitie een volwaardig opleidingsziekenhuis te worden ligt het accent op de locatie Apeldoorn. Gelre ziekenhuizen beschikt over 11 erkende medisch specialistische opleidingen: Interne geneeskunde, Algemene Chirurgie, KNO, Gynaecologie/Verloskunde, Anesthesiologie, Kindergeneeskunde, Cardiologie, Oogheelkunde, Radiologie, Ziekenhuisapotheker, Klinische Pathologie. Daarnaast worden er stages verleend in het kader van de opleiding Huisartsgeneeskunde.

Het voor de opleidingsambitie benodigde opleidingsklimaat kan een spanningsrelatie opleveren met de eis om als ziekenhuis zo doelmatig mogelijk te werken: opleiden vraagt extra inzet van mensen en middelen. Het belang van doelmatig werken geeft daarom het accent aan

de locatie Zutphen. Gelre ziekenhuizen wil daar excelleren op doelmatige en flexibele (electieve) zorgproductie die in concurrentie wordt geleverd. De locatie Zutphen kan daar, door haar geringere omvang en door het geringere accent op opleiden, een goede invulling aan geven door het leveren van extra electieve zorg. Beide locaties zullen echter 7 x 24 uren medisch specialistische zorg in de volle omvang moeten blijven bieden om de bevolking in de regio op een verantwoorde manier te kunnen bedienen. Dat laatste heeft voor wat betreft de locatie Zutphen in de eind 2005 van het ministerie van VWS ontvangen "startbrief" (zie verderop onder Nieuwbouw locatie Zutphen) geleid tot de formulering dat de locatie Zutphen moet blijven functioneren als volwaardig basisziekenhuis, dus inclusief spoedeisende hulp en de daarbij behorende poortspecialismen.

#### *Vernieuwbouw locatie Apeldoorn*

Gelre ziekenhuizen beschikt in Apeldoorn thans nog over twee locaties: de locatie Lukas en de locatie Juliana. In 2002 is begonnen met de nieuwbouw en renovatie van de locatie Lukas, welke eind 2008 zal zijn afgerond, waarna in 2009 de locatie Juliana zal worden afgestoten. In 2006 heeft een groot aantal afdelingen en poliklinieken reeds zijn intrede genomen in de nieuwbouw. De planning van de vernieuwbouw loopt op schema.

#### *Nieuwbouw locatie Zutphen*

De locatie in Zutphen kampt met asbestproblematiek. Gezien de hoge saneringskosten kondigde Gelre ziekenhuizen in juni 2005 aan dat, samen met het Ministerie van VWS, de mogelijkheden onderzocht zouden worden om nieuwbouw te gaan plegen in Zutphen. In december 2005 ontving Gelre ziekenhuizen van de Directeur-generaal Gezondheidszorg, namens de minister van VWS, een zogenaamde 'Startbrief', inhoudende medewerking aan de nieuwbouw zonder nacalculatie. Op basis daarvan is in januari 2006 door de Raad van Bestuur besloten over te gaan tot de bouw van een nieuw ziekenhuis in Zutphen. De uitkomst van het overleg met het Ministerie van VWS betekent dat Gelre ziekenhuizen zelf de risico's gaat dragen voor de te plegen investeringen. De verkregen toestemming voor nieuwbouw is geen garantie meer voor de bekostiging van alle kapitaallasten die uit de investering voortvloeien. Vooruitlopend op het nieuwe systeem hangt de hoogte van de vergoeding af van de hoeveelheid zorg die door het ziekenhuis wordt geleverd. De uitvoering van de nieuwbouw wordt daarmee sterk afhankelijk van het vermogen van het ziekenhuis om de investeringen in de nieuwbouw te kunnen terugverdienen in de toekomst. Gelre ziekenhuizen is daarmee het eerste ziekenhuis in Nederland dat op eigen verantwoordelijkheid over de bouw van het nieuwe ziekenhuis zal gaan beslissen. In 2006 is een zorgconcept ontwikkeld voor de locatie Zutphen, is een businessplan gemaakt om banken en verzekeraars ervan te overtuigen om te investeren in het nieuwe ziekenhuis, is een doortimmerd structuurontwerp gemaakt en is hard gewerkt aan de wijziging van het bestemmingsplan, die de bouw van het nieuwe ziekenhuis aan de zuidzijde van de bestaande locatie mogelijk moet maken. De bouw van het ziekenhuis zal eind 2007 van start gaan, zodat het nieuwe ziekenhuis in de eerste maand van 2010 in gebruik kan worden genomen.

## **2.1. Algemene gegevens**

### *Algemene identificatiegegevens*

Naam verslagleggende rechtspersoon:	Stichting Gelre ziekenhuizen
Adres:	Albert Schweitzerlaan 31, 7334 DZ Apeldoorn
Algemeen telefoonnummer	(055) 581 81 81
Algemeen faxnummer:	(055) 581 89 99
Identificatienummer Nza:	010-0505
Nummer Kamer van Koophandel:	08083266
Internetpagina:	<a href="http://www.gelreziekenhuizen.nl">www.gelreziekenhuizen.nl</a>

## 2.2. Structuur van het concern

### Juridische structuur

Gelre ziekenhuizen kent een stichtingsvorm. Naast de Stichting Gelre ziekenhuizen is aanwezig Gelre ziekenhuizen Services Holding B.V.

Gelre ziekenhuizen Services Holding B.V. kent een viertal onderdelen:

- Gelre ziekenhuizen Diensten B.V.
- Gelre ziekenhuizen Vastgoed B.V.
- Gelre ziekenhuizen Participaties B.V.
- Gelre ziekenhuizen Publieke Voorzieningen B.V.

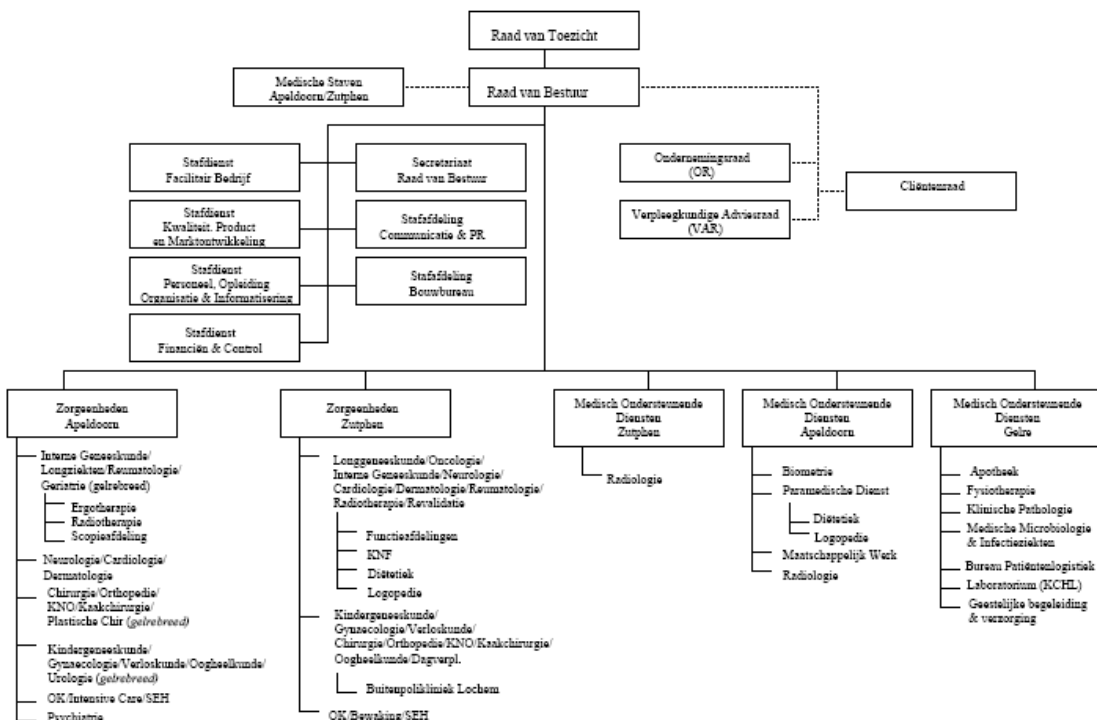
### Organisatorische structuur

Stichting Gelre ziekenhuizen kent een Raad van Toezicht bestaande uit zeven leden en wordt bestuurd door een driehoofdige Raad van Bestuur (de samenstelling van de Raad van Toezicht en Raad van Bestuur is opgenomen in bijlage C).

Op beide locaties (Apeldoorn en Zutphen) functioneert een Vereniging Medische Staf en op concernniveau functioneert een Holdingstaf.

De lijnorganisatie kent de volgende onderdelen:

- 34 zorgeenheden met een duale managementstructuur: zorgmanager en medisch manager vormen het zorgbestuur van een zorgeenheid
- 13 medisch ondersteunende diensten
- 5 stafdiensten: Facilitair Bedrijf, Financiën & Control, Kwaliteit Product en Marktontwikkeling, Personeel Opleidingen Organisatie & Informatisering en Communicatie & PR
- Adviesorganen: Ondernemingsraad, Cliëntenraad, Verpleegkundige Adviesraad



## 2.3 Kerngegevens

### 2.3.1 Kernactiviteit en nadere typering

#### Zorg

Gelre ziekenhuizen is in oktober 1999 ontstaan uit een fusie van het Ziekenhuiscentrum Apeldoorn, bestaande uit de locaties Lukas en Juliana, en het Streekziekenhuis Het Spitaal te Zutphen. Gelre ziekenhuizen is een algemeen ziekenhuis voor de regio Apeldoorn-Zutphen met locaties in Apeldoorn en Zutphen.

Gelre ziekenhuizen biedt medisch specialistische zorg in regionale samenhang met andere vormen van zorg. Daartoe maakt zij deel uit van op regionaal niveau functionerende ketens van aanbieders van zorg, zoals huisartsen, thuiszorginstellingen, verpleeghuizen, verzorgingshuizen, revalidatiecentra en instellingen voor geestelijke gezondheidszorg. Een goede samenwerking met deze beroepsbeoefenaren en instellingen is van essentieel belang om in de voortdurende ontwikkeling van zorgketens onze verantwoordelijkheid te kunnen nemen. Gelre ziekenhuizen biedt poliklinische, dagverpleging en klinische zorg in de regio's Apeldoorn en Zutphen. Daarnaast worden facilitaire services en, op beperkte schaal, commerciële zorgproducten aangeboden. Het ziekenhuis biedt zorgverlening aan op het niveau 'state of the art'.

Het ministerie van VWS heeft Gelre ziekenhuizen in 1997 aangewezen als één van de drie zogenaamde speerpuntziekenhuizen. Zij worden uitgedaagd om voor de toekomst noodzakelijke vernieuwingen vorm en inhoud te geven. Voor Gelre ziekenhuizen betekent dit een ontwikkeling tot ziekenhuis-nieuwe-stijl, waarin sprake is van een beperkte klinische capaciteit, een verschuiving van klinische naar poliklinische behandeling, dagbehandeling en 'short stay'-opnames. Gelre ziekenhuizen speelt in op nieuwe behoeften van patiënten in onze regio. Kwaliteitsverbetering en innovatie van ons zorgaanbod en van onze infrastructuur, waaronder de informatie- en communicatietechnologie, staan hoog in het vaandel. Hierin vindt het concept van ziekenhuis 'nieuwe stijl' onder meer zijn uitwerking.

#### Opleiding

Gelre ziekenhuizen is een algemeen opleidingsziekenhuis. Er zijn 11 medisch specialistische opleidingen: Interne geneeskunde, Algemene Chirurgie, KNO, Gynaecologie/Verloskunde, Anesthesiologie, Kindergeneeskunde, Cardiologie, Oogheelkunde, Radiologie, Ziekenhuisapotheker, Klinische Pathologie. Daarnaast worden stages verleend voor de opleiding Huisartsgeneeskunde. In totaal zijn circa 40 arts-assistenten in opleiding aan het ziekenhuis verbonden. Gelre ziekenhuizen heeft hiertoe een overeenkomst met het UMCU. Alleen voor de opleiding algemene chirurgie zijn er contacten met het AMC. Daarnaast participeert Gelre ziekenhuizen in de SUMMA-opleiding (School of Utrecht Medical Masters). De SUMMA-opleiding betreft een verkorte opleiding geneeskunde voor excellente studenten en is vormgegeven door het UMCU, waarvan de co-schappen exclusief in Gelre ziekenhuizen plaatsvinden. Hiervoor zijn in het ziekenhuis circa 40 stageplaatsen beschikbaar. Wensen zijn er nog ten aanzien van de opleiding neurologie, longgeneeskunde, orthopedie en klinische chemie. Ten behoeve van de verdere professionalisering, coördinatie, didactische deskundigheid en administratieve ondersteuning is in de afgelopen jaren het bureau O&O (Opleiding & Onderzoek) opgezet, dat onder de functionele leiding staat van de coördinator medisch onderwijs.

## 2.3.2 Productie, personeel en opbrengsten

### 2.3.2.1 Kerngegevens

*Kerngegevens capaciteit, personeel en opbrengsten*

<b>Kerngegevens</b>	<b>Aantal/bedrag</b>
<b>Capaciteit</b>	
Gemiddeld aantal feitelijke deeltijdplaatsen op 31 december	--
Aantal feitelijk beschikbare bedden (klinische en dag/deeltijdbehandeling) op 31 december	707
Waarvan feitelijk beschikbare PAAZ-bedden	36
<b>Personeel</b>	
Aantal personeelsleden in loondienst exclusief medisch specialisten op 31 december	3.592
Aantal FTE personeelsleden in loondienst exclusief medisch specialisten op 31 december	2.277
Aantal medische specialisten (loondienst + inhuur + vrij beroep) op 31 december	176
Aantal FTE medische specialisten (loondienst + inhuur + vrij beroep) op 31 december	153,6
<b>Bedrijfsopbrengsten</b>	
Totaal bedrijfsopbrengsten verslagjaar	197.592.000
<i>Waarvan wettelijk budget voor aanvaardbare kosten</i>	174.080.000
<i>Waarvan overige bedrijfsopbrengsten</i>	23.512.000

*Productiegegevens*

<b>Productie</b>	
Aantal in verslagjaar geopende DBC's	250.474
Percentage verkeerde-bed-patiënten gemiddeld in verslagjaar	2,3%
Aantal opnamen exclusief overnamen en dagverpleging in verslagjaar	29.292
Waarvan opnamen in PAAZ	380
Aantal ontslagen patiënten in verslagjaar	47.729
Aantal eerste polikliniekbezoeken in verslagjaar	173.310
Waarvan eerste poliklinische contacten in PAAZ	1.152
Aantal overige polikliniekbezoeken in verslagjaar	277.455
Waarvan overige poliklinische contacten in PAAZ	3.339
Aantal dagverplegingsdagen (normaal en zwaar) of deeltijdbehandelingen in verslagjaar	26.048
Waarvan deeltijdbehandelingen in PAAZ	0
Aantal klinische verpleegdagen in verslagjaar	178.682
Waarvan klinische verpleegdagen in PAAZ	11.045



*Vergunningen op grond van artikel 2 Wet bijzondere medische verrichtingen op 31 december*

<b>Categorie</b>	<b>Vergunning</b>	<b>Ja/nee</b>
Transplantaties	Niertransplantatie	Nee
	Harttransplantatie	Nee
	Longtransplantatie	Nee
	Levertransplantatie	Nee
	Pancreastransplantatie	Nee
	Transplantatie van de dunne darm	Nee
	Haematopoëtische stamceltransplantaties	Nee
	Transplantatie van de eilandjes van Langerhans	Nee
Radiotherapie		Nee
Bijzondere neurochirurgie		Nee
Hartchirurgie	Openhartoperatie (OHO)	Nee
	Automatic implantable cardioverter defibrillator (AICD)	Nee
	Ritmecirurgie	Nee
	Percutane transluminale coronaire angioplastiek (PTCA)	Nee
Klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing		Nee
In vitro fertilisatie (IVF)		Nee
Neonatale intensive care unit (NICU)		Nee

*Aanwijzingen op grond van artikel 8 Wet bijzondere medische verrichtingen op 31 december*

<b>Aanwijzing</b>	<b>Ja/nee</b>
Pediatrie intensive care unit (PICU)	Nee
Hemofiliebehandeling	Nee
Traumazorg	Nee
Pijnrevalidatie en revalidatietechnologie	Nee
HIV-behandelcentra (Humaan immunodeficiëntie virus)	Nee
Cochleaire implantaties	Nee
Uitnameteams orgaandonatie	Nee

*Capaciteit per locatie*

<b>Type capaciteit</b>	<b>Apeldoorn</b>	<b>Zutphen</b>
Feitelijk beschikbare bedden	461	246
waarvan bedden voor hartbewaking	12	6
waarvan bedden voor intensive care met mogelijkheid voor beademing	10	2
waarvan bedden voor intensive care zonder mogelijkheid voor beademing	0	4

*Spoedeisende Hulp per locatie*

	<b>Apeldoorn</b>	<b>Zutphen</b>
De locatie beschikt over een afdeling Spoedeisende hulp	ja	ja
De afdeling Spoedeisende hulp is een 7x24-uursafdeling van minimaal het basis ziekenhuisniveau	ja	ja

### 2.3.3 Werkgebieden

Gelre ziekenhuizen heeft als werkgebied de regio Apeldoorn-Zutphen en omstreken.  
De adherentiecijfers zijn als volgt:

Adherentie	Gelre	Apeldoorn	Zutphen
Klinisch	274.825	185.000	90.000
poliklinisch	277.187	182.000	95.000



## 2.4 Belanghebbenden

Gelre ziekenhuizen kent een groot aantal stakeholders, als volgt in te delen:

- patiënten(organisaties)
- verwijzers en andere zorgaanbieders
- zorgverzekeraars
- banken en financiers
- vrijwilligers
- koepelorganisaties
- overheden (gemeentelijk, provinciaal, landelijk) en inspecties
- bouworganisaties
- consultants
- omwonenden
- media

In 2005 is door Gelre ziekenhuizen, in samenwerking met de Alysis Zorggroep in Arnhem een stakeholdersbijeenkomst georganiseerd. Tijdens deze druk bezochte dag zijn de ziekenhuislocaties van Gelre en Alysis in Apeldoorn en Arnhem bezocht en zijn presentaties en rondleidingen verzorgd.

### Patiëntenorganisaties

Gelre ziekenhuizen onderhoudt goede contacten met Zorgbelang Gelderland, de koepelorganisatie voor alle patiëntenorganisaties in de provincie Gelderland. In 2006 is een "Samenwerkingsovereenkomst tussen Zorgbelang Gelderland en Gelre ziekenhuizen betreffende medezeggenschap van patiënten van Gelre ziekenhuizen" gesloten. Op basis van deze samenwerkingsovereenkomst heeft Zorgbelang Gelderland een succesvolle rol vervuld in de werving van vier leden voor de in 2006 nieuw gevormde Cliëntenraad van Gelre ziekenhuizen.

### Zorgverzekeraars

Voor Gelre ziekenhuizen is Agis de belangrijkste zorgverzekeraar. Jaarlijks vindt intensief overleg plaats over de productie-afspraken, zowel voor het A- als het B-segment. Structureel vindt overleg plaats in het "Lokaal Overleg" dat voorbereid wordt in het "Technisch Overleg".

### Overheden, Inspecties / Toezichthouders

De Raad van Bestuur vindt een goed contact met het college van B&W van de gemeenten Apeldoorn en Zutphen van belang. Vanwege de vernieuwbouw in Apeldoorn en het nieuw te bouwen ziekenhuis in Zutphen vindt er de laatste jaren frequent overleg plaats in een goede verstandhouding, zowel met de genoemde colleges als met het College bouw zorginstellingen en het College sanering zorginstellingen. Met de provincie Gelderland vindt overleg plaats in het kader van het Mobiliteitsplan van het ziekenhuis. Met dit plan participeert Gelre ziekenhuizen in een Europees gesubsidieerd project. Daarnaast is er in het kader van de bouw Zutphen overleg met de provincie in verband met een extra aftakking aan de rotonde op de Den Elterweg in Zutphen, die voor het nieuwe ziekenhuis een verbeterde aansluiting zal vormen en voor de omwonenden minder verkeersoverlast met zich mee zal brengen. De provincie heeft aangegeven hieraan medewerking te willen verlenen.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) wordt door de Raad van Bestuur, indien nodig, op transparante wijze geïnformeerd over calamiteiten die hebben plaatsgevonden. In 2006 is de Aspergillus-problematiek in de vernieuwbouw Apeldoorn een belangrijk onderwerp van overleg geweest. De genomen maatregelen zijn door de IGZ als meer dan adequaat getypeerd.

### Andere zorgaanbieders

Gelre ziekenhuizen heeft met een groot aantal zorgaanbieders in en buiten de regio overleg. Er is structureel overleg met de regionale huisartsenverenigingen, thuiszorgorganisaties, verpleeg- en verzorgingshuizen in de regio Apeldoorn-Zutphen en omgeving.

Gelre ziekenhuizen participeert daarnaast in de volgende samenwerkingsverbanden:

- Radiotherapeutisch Instituut Stedendriehoek en Omstreken (RISO)

## Jaardocument 2006 – Maatschappelijk verslag Gelre ziekenhuizen

- Integraal Kankercentrum Stedendriehoek Twente (IKST)
- GGNet, inzake de ontwikkeling van de RGC in Zutphen
- Spatie, inzake de ontwikkeling van de RGC in Apeldoorn
- Stichting Ambulance Zorg Noord Oost Gelderland
- Transmuraal Netwerk Cure regio Zutphen
- Transmuraal Netwerk Cure regio Apeldoorn
- Netwerk Palliatieve Zorg regio Oost-Veluwe
- Netwerk Palliatieve Zorg regio Zutphen

### Omwonenden

In het kader van de bouwwerkzaamheden vindt zowel in Apeldoorn als in Zutphen regelmatig overleg plaats met vertegenwoordigers van omwonenden van beide ziekenhuislocaties.

## Hoofdstuk 3 Governance

### 3.1 Bestuur en toezicht

#### 3.1.1 Zorgbrede Governancecode

Gelre ziekenhuizen hanteert de Zorgbrede Governance Code. In 2005 zijn door de Raad van Toezicht en de Raad van Bestuur de volgende documenten aangepast c.q. opgesteld, op basis van deze Zorgbrede Governance Code:

- Statuten van de Stichting Gelre ziekenhuizen.
- Reglement Raad van Toezicht.
- Reglement betreffende de samenstelling en procedure van benoeming, schorsing en ontslag van leden van de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht.
- Reglement Raad van Bestuur.

In de nieuwe statuten wordt ondermeer expliciet aandacht besteed aan de onafhankelijkheid van de leden van de Raad van Toezicht en is het enquêterecht vastgelegd. Er is een geheel nieuw reglement Raad van Toezicht dat aansluit bij de statuten, het reglement Raad van Bestuur en het reglement betreffende de samenstelling en de procedure benoeming, schorsing en ontslag van leden van de Raad van Bestuur en Raad van Toezicht. In het laatste reglement is ondermeer het algemene profiel van de leden van de Raad van Toezicht aangepast, aansluitend bij de door de NVTZ aangegeven eisen. Het ziekenhuis heeft de principes van de zorgbrede governancecode opgevolgd en nageleefd. In deze paragraaf geeft het ziekenhuis aan op welke wijze deze principes zijn toegepast.

#### *Maatschappelijke verantwoording*

De Raad van Bestuur van Gelre ziekenhuizen staat open voor en bevordert periodiek overleg met de relevante stakeholders die actief zijn binnen het verzorgingsgebied. Het ziekenhuis registreert en publiceert haar prestaties op basis van de landelijk vastgestelde prestatie-indicatoren op de daarvoor bestemde website. Bij de opstelling van dit jaardocument is rekening gehouden met de principes uit de Health Care Governance. Het ziekenhuis beschikt over adequate interne procedures ten aanzien van het opstellen en de publicatie van het jaardocument en de jaarrekening. De externe accountant woont de vergaderingen van de Raad van Toezicht bij, waarin zijn verslag betreffende het onderzoek van de jaarrekening wordt besproken en waarin wordt besloten over de goedkeuring van de jaarrekening. Het verslag van de externe accountant ingevolge de vigerende Regeling Jaarverslaggeving Zorginstellingen bevat datgene wat de externe accountant met betrekking tot de jaarrekening en het jaarverslag en de overige gegevens onder de aandacht van de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht dient en wenst te brengen. De externe accountant heeft de voor de controle van de jaarrekening 2006 (evenals voor de jaarrekening 2005) belangrijkste interne beheersingsaspecten onder andere beoordeeld aan de hand van het door de accountant ontwikkelde Healthcare Control Web. De gedetailleerde bevindingen per onderdeel zijn opgenomen in de managementletter.

In de managementletter 2006 werd door de externe accountant het volgende geconstateerd: "De uitkomsten van het Healthcontrol Web over 2006 laten op meerdere onderdelen een duidelijke verbetering zien ten opzichte van de uitkomsten over het boekjaar 2005. Deze verbetering is door Gelre gerealiseerd op alle onderdelen, met uitzondering van het onderdeel huisvesting en juridische aspecten. Het beeld dat uit de score van het Healthcontrol Web 2006 komt is, dat Gelre op meerdere onderdelen hoger scoort dan het gemiddelde van de ziekenhuissector over 2005. (Managementletter 2006 Stichting Gelre ziekenhuizen opgesteld door PricewaterhouseCoopers).

#### 3.1.2 Raad van Bestuur

De Raad van Bestuur draagt de eindverantwoordelijkheid voor de kwaliteit en de continuïteit van Gelre ziekenhuizen. De Raad van Bestuur (RvB) is daartoe belast met de algehele voorbereiding, vaststelling en uitvoering van het beleid. Hij doet dit binnen de

beleidsdocumenten, goedgekeurd door de Raad van Toezicht, conform de statuten en het bestuursreglement. Daarnaast heeft hij de hoogste leiding in de organisatie en ziet hij toe, dat het beleidsplan voor de organisatie wordt uitgevoerd. De RvB functioneert als collegiaal bestuur en kent een voorzitter.

In het kader van deze algemene opdrachten hebben de leden van de RvB taken te vervullen, die zich uitstrekken tot verschillende facetten van de besturing, te weten: planning, coördinatie, communicatie (intern en extern) en representatie. De taakomschrijving van een lid van de RvB is een nadere invulling van deze facetten. Naast de algemene taak van de RvB bestaan er specifieke taken voor ieder lid van de RvB. Deze taken zijn verbonden aan de functie van lid RvB en betreffen zijn specifieke aandachtsgebieden.

Met inachtneming van de statutaire goedkeuringsbevoegdheden van de RvT voert de RvB een beleid, dat gericht is op:

- een kwalitatief hoogwaardige zorgverlening, waarbij - naast daarvoor noodzakelijk rendement - klantgerichtheid en innovatie uitgangspunt zijn;
- het mogelijk maken van medisch-specialistische opleidingen.

Ter realisatie daarvan stelt de RvB voor de middellange en lange termijn een ziekenhuisbeleidsplan op, waarvan een medisch beleidsplan onderdeel uitmaakt. Dit ziekenhuisbeleidsplan krijgt zijn realisatie via de jaarlijkse beleids- en begrotingscyclus en het opstellen van jaarplannen. De RvB doet hiervan jaarlijks verslag via het jaardocument.

De leden van de RvB zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het functioneren van de RvB als het leidinggevende orgaan van de organisatie.

De leden van de RvB zijn tezamen en afzonderlijk voor de gehele organisatie verantwoording verschuldigd aan de RvT. Het afleggen van de verantwoording geschiedt in de reguliere vergaderingen van de RvT met de gehele RvB. Onderwerpen die de goedkeuring van de RvT behoeven worden door de RvB schriftelijk ingebracht ter vergadering van de RvT en, desgewenst, mondeling toegelicht. De voorzitter van de RvB vervult hierbij een coördinerende rol.

Jaarlijks biedt de RvB aan de RvT, in ieder geval, ter goedkeuring aan:

- de exploitatiebegroting;
- de investeringsbegroting;
- de financieringsbegroting van exploitatie, investeringen en herfinancieringen.

De Raad van Toezicht wordt tevens, gekoppeld aan de kwartaalrapportages structureel geïnformeerd over:

- rapportages vanuit het structurele patiëntenwaarderingsonderzoek;
- medische prestaties, aan de hand van de IGZ-prestatie-indicatoren;
- het verloop van de wacht- en toegangstijden.

Jaarlijks worden door de voorzitter en vice-voorzitter van de Raad van Toezicht functioneringsgesprekken gevoerd met de individuele leden van de Raad van Bestuur en met de drie leden gezamenlijk. Ter voorbereiding hierop worden gesprekken gevoerd met de ondernemingsraad, de cliëntenraad en de directeur POO&I.

De Raad van Bestuur heeft in 2006 wekelijks vergaderd. De belangrijkste onderwerpen van besluitvorming hebben betrekking gehad op: de voortgang van de vernieuwbouw Apeldoorn en het businessplan en structuurplan ten behoeve van de nieuwbouw Zutphen, realisatie van één ziekenhuisinformatiesysteem, registratie en ontwikkelingen ten aanzien van DBC's, AO/IC en datakwaliteit, totstandkoming van de HRM nota, de ontwikkeling van een gedragscode Gelre ziekenhuizen, ontwikkeling veiligheidsmanagementsysteem, resultaten prestatie-indicatoren, de intensieve zorg in Apeldoorn en Zutphen, de totstandkoming van een nieuwe Cliëntenraad, de aspergillusproblematiek in Apeldoorn, ontwikkelingen ten aanzien de indikking van het zorgmanagement, de initiële NIAZ accreditatie, ontwikkeling Hospittheek, dotteren in de Stedendriehoek, realisatie van verschillende multidisciplinaire poliklinieken en diverse reorganisaties.

In hoofdstuk 4 wordt een aantal van deze onderwerpen nader besproken.

Daarnaast voert de Raad van Bestuur structureel intern overleg met:

- de medisch stafbesturen Apeldoorn en Zutphen (tweewekelijks)
- de directeuren van de stafdiensten (gezamenlijk maandelijks, daarnaast bilateraal)

- de zorgmanagers (gezamenlijk maandelijks, daarnaast bilateraal)
- de Ondernemingsraad (maandelijks)
- de Cliëntenraad (heeft in 2006 niet plaatsgevonden vanwege afwezigheid van cliëntenraad, zie paragraaf 2.2)

Voor de samenstelling van de Raad van Bestuur wordt verwezen naar bijlage 2. De bezoldiging van de leden van de Raad van Bestuur is opgenomen in de jaarrekening.

### 3.1.3 Raad van Toezicht

Het ziekenhuis wordt bestuurd volgens het Raad van Toezichtmodel. De Raad van Toezicht heeft tot taak toezicht te houden op de Raad van Bestuur en op de algemene gang van zaken in de instelling en richt zich bij de vervulling van zijn taak naar het belang van de instelling. De Raad van Toezicht functioneert conform de gestelde vereisten in de Zorgbrede Governance Code, het bepaalde in de statuten en het reglement Raad van Toezicht. Jaarlijks worden functionerings- en beoordelingsgesprekken gevoerd met de leden van de Raad van Bestuur, individueel en gezamenlijk. De Raad van Toezicht evalueert zijn eigen functioneren tweejaarlijks. De Raad van Toezicht acht namelijk een tweejaarlijkse evaluatie toereikend bij een vergaderfrequentie van vijf keer per jaar, dit in afwijking van het gestelde in de Zorgbrede Governance Code. Gekoppeld aan deze tweejaarlijkse zelfevaluatie vindt tevens een evaluatiegesprek plaats over het wederzijds functioneren van Raad van Toezicht en Raad van Bestuur.

De Raad van Toezicht bestaat uit zeven leden en benoemt één van de leden als voorzitter. De Cliëntenraad van Gelre ziekenhuizen heeft het recht om een bindende voordracht te doen voor de benoeming van één lid van de Raad van Toezicht. Deze zetel wordt op dit moment bezet door de heer Bakker. Elk lid van de Raad van Toezicht dient onafhankelijk te zijn. In de statuten is beschreven wanneer een lid van de Raad van Toezicht als niet onafhankelijk kan worden aangemerkt. In principe vergadert de Raad van Toezicht vijf keer per jaar, in aanwezigheid van de voltallige Raad van Bestuur. Frequent wordt, gekoppeld aan een reguliere vergadering, een themabespreking gevoerd. De thema's zijn veelal afgeleid van de actuele ontwikkelingen in de ziekenhuiszorg en de concrete ontwikkelingen binnen Gelre ziekenhuizen.

In het reglement Raad van Toezicht zijn de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de Raad van Toezicht en specifiek de voorzitter van de Raad van Toezicht nader uitgewerkt. Tevens zijn in het reglement afspraken vastgelegd ten aanzien van de vergaderfrequentie, besluitvormingsprocedures, handelwijze in geval van tegenstrijdige belangen en de relatie tussen Raad van Toezicht en Raad van Bestuur en Raad van Toezicht en Cliëntenraad, Ondernemingsraad en Bestuur Medische Staf.

De Raad van Toezicht beschikt over een profielschets voor zijn omvang en samenstelling. In deze profielschets is rekening gehouden met de aard van de instelling en haar activiteiten en de gewenste deskundigheid en achtergrond van de leden van de Raad van Toezicht.

#### Bijeenkomsten

De Raad van Toezicht heeft in 2006 vijf reguliere vergaderingen gehouden en één extra vergadering, alle in aanwezigheid van de leden van de Raad van Bestuur. Daaraan voorafgaand vond telkens een voorbereidend agendaoverleg plaats tussen de voorzitter Raad van Bestuur, de voorzitter Raad van Toezicht en de secretaris van de Raad van Toezicht. Een delegatie van de Raad van Toezicht heeft in december een overleg met de voltallige ondernemingsraad gevoerd, in aanwezigheid van de Raad van Bestuur. Tijdens dit overleg is door de Raad van Toezicht bij de ondernemingsraad gepolst hoe de ondernemingsraad het functioneren van de Raad van Bestuur beoordeelt. Anderzijds heeft de Raad van Toezicht de ondernemingsraad geïnformeerd over de voor de Raad van Toezicht belangrijke thema's in het verslagjaar. Zoals reeds in paragraaf 2.2. beschreven heeft de Cliëntenraad van Gelre ziekenhuizen zich eind 2005 collectief teruggetrokken. Medio 2006 heeft er een gesprek plaatsgevonden tussen de op dat moment nieuw benoemde voorzitter van de Cliëntenraad en de heer Bakker, lid Raad van Toezicht op voordracht van de Cliëntenraad, over de samenstelling van de nieuw te vormen Cliëntenraad. In samenwerking met Zorgbelang Gelderland is vervolgens in 2006 geworven voor acht nieuwe leden van de Cliëntenraad. De Raad van Toezicht is dan ook verheugd dat eind november 2006 een nieuwe Cliëntenraad geïnstalleerd kon worden.

In een informele setting heeft de Raad van Toezicht over diverse onderwerpen gesproken met de medisch stafbesturen Apeldoorn en Zutphen, in aanwezigheid van de Raad van Bestuur. In 2005 heeft een zelfevaluatie plaatsgevonden inzake het eigen functioneren van de Raad van Toezicht en het wederzijds functioneren van Raad van Toezicht en Raad van Bestuur. In september 2007 zal deze zelfevaluatie opnieuw aan de orde zijn.

#### Besluiten

De Raad van Toezicht verleende in het verslagjaar 2006 goedkeuring aan:

- de jaarrekening 2005;
- de profielschets van twee nieuwe leden van de Raad van Toezicht (per 1 juli 2007);
- het businessplan nieuwbouw locatie Zutphen;
- benoeming twee nieuwe leden Raad van Toezicht per 1 juli 2007;
- de begroting 2007.

Daarnaast zijn uiteraard de financiële kwartaalrapportages (zowel voor de exploitatie als voor de vernieuwbouw Apeldoorn) en het accountantsverslag 2005 besproken en is aan de Raad van Bestuur decharge verleend betreffende het financiële jaarverslag over 2005, op grond van een toelichting door de accountant.

Tijdens iedere vergadering van de Raad van Toezicht worden de door de RvB-leden op schrift gestelde “Rapportages vanuit de aandachtsgebieden” besproken. Door middel van deze rapportages informeren de leden van de Raad van Bestuur de Raad van Toezicht over de belangrijkste ontwikkelingen binnen de portefeuilles van de Raad van Bestuur. Vanuit deze rapportages hebben in 2006 onder meer de volgende onderwerpen aandacht gekregen:

- de vorming van een RGC in Apeldoorn en Zutphen;
- het ICT beveiligingsbeleid en de realisatie van één ZIS;
- de sanering van de locatie Juliana in Apeldoorn;
- de onderhandelingen met de zorgverzekeraars over de productieafspraken;
- problemen binnen een aantal maatschappen;
- de evaluatie van de operatie “indikking zorgmanagement”;
- de relatie tussen Raad van Bestuur en Medisch Stafbesturen;
- de Aspergillus problematiek in Apeldoorn;
- risicomangement;
- het financiële beleid vanuit het ministerie van VWS;
- strategische zorgmarketing.

In de vorm van een themabespreking heeft de Raad van Toezicht aandacht besteed aan:

- Het kwaliteitsbeleid van Gelre ziekenhuizen;
- Gelre als opleidingsziekenhuis;
- Gelre Vernieuwd Poliklinisch Werken;
- Ontwikkelingen binnen het Facilitair Bedrijf.

Uiteraard is door de Raad van Toezicht in het verslagjaar veel aandacht besteed aan de voortgang van de vernieuwbouw van de locatie Apeldoorn en de voorbereidingen voor de nieuwbouw van de locatie Zutphen. Medio 2006 heeft Raad van Toezicht met vreugde kunnen constateren dat binnen de gestelde termijn een gedegen businessplan gereed was ten behoeve van de nieuwbouw Zutphen, dat de ondersteuning heeft van de zorgverzekeraars.

In het voorjaar van 2006 hebben de voorzitter en de vice-voorzitter van de Raad van Toezicht functioneringsgesprekken gevoerd met de individuele leden van de Raad van Bestuur en met de Raad van Bestuur gezamenlijk.

#### Commissies

De Raad van Toezicht kent geen auditcommissie en geen remuneratiecommissie. Hier is bewust voor gekozen omdat de voltallige Raad van Toezicht van mening is dat de zaken die normaliter in deze commissies besproken worden op een kwalitatief verantwoorde wijze door de voltallige Raad van Toezicht kunnen worden behandeld. Wel is het zo dat met betrekking tot het financieel beleid één lid van de Raad in deze over specifieke deskundigheid beschikt en daarmee binnen de Raad een specifieke rol vervult. Zaken aangaande de rechtspositie, arbeidsvoorwaarden en bezoldiging van de Raad van Bestuur worden tevens binnen de voltallige Raad van Toezicht behandeld, waarbij een specifieke rol is weggelegd voor de



voorzitter en vice-voorzitter van de Raad. Zo voeren zij de jaarlijkse functioneringsgesprekken met de leden van de Raad van Bestuur.

#### Mutaties Raad van Toezicht

De Raad van Toezicht bestond gedurende het jaar 2006 uit zeven leden, waarmee de relevante specifieke deskundigheden voldoende vertegenwoordigd zijn. Op basis van het rooster van aftreden hebben de heren Nieuwerkerke en Van Venrooy per 1 juli 2006 afscheid genomen van de Raad van Toezicht. Zij hebben ieder gedurende twee zittingstermijnen deel uit gemaakt van de Raad. Per 1 juli 2006 zijn als hun opvolgers benoemd de heer Bruins Slot en mevrouw Hijweege. De heer Bruins Slot zal met ingang van 1 juli 2007 het voorzitterschap overnemen van de heer Besemer, die per die datum terugtreedt, eveneens na twee zittingstermijnen.

Voor de samenstelling, schema van aan- en aftreden en relevante nevenfuncties van de Raad van Toezicht wordt verwezen naar bijlage 1. De bezoldiging van de voorzitter en leden van de Raad van Toezicht staat vermeld in de jaarrekening.

### 3.2. Bedrijfsvoering

In het verslagjaar is een inventarisatie gemaakt van de risicogebieden voor Gelre ziekenhuizen. Risico's met betrekking tot omzet, kwaliteit, grote projecten, beschikbare middelen, operationele beschikbaarheid, sponsoring, governance, arbeidsverhoudingen en management zijn in kaart gebracht. Per gebied is geïnventariseerd in hoeverre er sprake is van systematische rapportage en de aanwezigheid van een beheerssystematiek.

De onderkende risico's zijn daarna ondergebracht in vier kwadranten (consolideren, investeren, negeren, afwegen kosten/baten) om zo tot een prioriteitstelling te komen. De meeste aandacht gaat nu uit naar risico's waarin moet worden geïnvesteerd gezien de kans op het zich voordoen ervan en de impact die het heeft.

### 3.3 Cliëntenraad

Zoals reeds in paragraaf 2.2 beschreven kende Gelre ziekenhuizen in het verslagjaar 2006 geen Cliëntenraad. De Cliëntenraad van Gelre ziekenhuizen heeft zich namelijk eind 2005 collectief teruggetrokken. Reden hiervoor was een meningsverschil met de Raad van Bestuur over de benoemingscriteria voor leden van de Cliëntenraad. De Raad van Bestuur is van mening dat niet voor benoeming in aanmerking kunnen komen:

- personen die een functie vervullen in een organisatie of (onderdeel van een) onderneming die een strategisch commerciële relatie onderhoudt met Gelre ziekenhuizen, teneinde te voorkomen dat door het lidmaatschap van de Cliëntenraad een oneigenlijke vermenging kan plaatsvinden met de relatie die het ziekenhuis met een dergelijke partij onderhoudt;
- werknemers in dienst van Gelre ziekenhuizen of anderszins tot Gelre ziekenhuizen toegelatenen.

De Cliëntenraad kon zich hier in algemene zin niet in vinden en was van mening dat in beginsel van de integriteit van de persoon dient te worden uitgegaan.

In samenwerking met Zorgbelang Gelderland is vervolgens in 2006 geworven voor 8 nieuwe leden van de Cliëntenraad. De Raad van Bestuur is dan ook verheugd dat eind november 2006 een nieuwe Cliëntenraad geïnstalleerd kon worden.

De reguliere afspraken aangaande de facilitering van de Cliëntenraad zijn uiteraard gehandhaafd. De Cliëntenraad heeft de beschikking over een eigen budget conform het advies van de landelijk steunpunt cliëntenraden (LSR) en beschikt over eigen secretariële ondersteuning. Vergaderingen kunnen kosteloos in het ziekenhuis worden gehouden.

Een inwerkprogramma voor nieuwe leden van de Cliëntenraad is ontwikkeld om kennis te maken met de ontwikkelingen binnen het ziekenhuis, de relevante contactpersonen en de gang van zaken ten aanzien van de beleids- en begrotingscyclus.

Eenmaal per vier weken vindt overleg plaats tussen het dagelijks bestuur van de Cliëntenraad en de portefeuillehouder Raad van Bestuur over lopende zaken binnen Gelre ziekenhuizen, te verwachten adviesaanvragen en bespreekpunten met de Cliëntenraad. De portefeuillehouder Raad van Bestuur is een aantal keren per jaar aanwezig bij de vergadering van de Cliëntenraad. Daarnaast is het lid Raad van Toezicht, op voordracht van de Cliëntenraad, eenmaal per jaar aanwezig bij de vergadering van de Cliëntenraad.

## Hoofstuk 4 Beleid, inspanningen en prestaties

### 4.1 Meerjarenbeleid

#### *Missie*

In februari 2004 is de “Zorgvisie Gelre ziekenhuizen” uitgebracht. De Raad van Bestuur en de medisch stafbesturen hebben in de Zorgvisie gezamenlijk de missie en ambities van Gelre ziekenhuizen geformuleerd.

Gelre ziekenhuizen heeft de volgende missie geformuleerd:

*Het bieden van hoogwaardige medisch specialistische diagnostiek, behandeling en zorg aan patiënten in hun eigen leefomgeving. Patiënten beleven de zorg als veilig, betrouwbaar en deskundig en worden in een patiëntvriendelijke sfeer opgevangen. De kernwaarden voor de identiteit van Gelre zijn: deskundig, betrokken, bereikbaar en behulpzaam.*

Bij de missie spelen de maatschappelijke ontwikkelingen een belangrijke rol. De overheid heeft de afgelopen jaren de verantwoordelijkheid voor de zorgverlening in toenemende mate neergelegd bij de zorgverzekeraars en zorgaanbieders, maar tegelijkertijd allerlei controle-systemen ontwikkeld waardoor er hoge eisen worden gesteld aan de transparantie van de zorg.

De rol van de zorgverzekeraar en de patiënt zal steeds belangrijker worden.

Het is nog onduidelijk hoe precies de rolverdeling zal worden; vooralsnog zullen de zorgverzekeraars hier leidend in zijn. Gelre ziekenhuizen acht het van belang om vanuit de optiek van de patiënt te kijken, omdat die uiteindelijk ook bepalend moet zijn voor de opstelling van de zorgverzekeraar.

Daarnaast is de rol van de huisarts van groot belang: als verwijzer en als adviseur van de patiënt.

Voor Gelre ziekenhuizen is de toenemende marktwerking ook een kans om zich steeds beter te richten op de wensen en behoeften van de patiënt. Marketing, gericht op de positionering van zorgaanbieders, is daarbij belangrijk.

#### **Ambities**

Gezien de missie en de ontwikkelingen in de samenleving richt de strategie van Gelre ziekenhuizen zich op drie kernbegrippen die de ambities duiden:

hoogwaardige zorg, hoogwaardige patiëntenservice en hoogwaardige organisatie. Deze ambities zijn als volgt beschreven:

##### Hoogwaardige zorg

- veilige zorg: voorkómen en voorkómen van onbedoelde schade voor de patiënt
- zorginnovatie
- subspecialisaties
- opleidingsziekenhuis
- kenniscentrum

##### Hoogwaardige patiëntenservice

- verbetering patiëntenrouting
- ketenzorg
- veranderende relatie met de eerste lijn

##### Hoogwaardige organisatie

- operational excellence en ICT
- verbeteren en versterken HRM

##### Hoogwaardige zorg

###### *Veilige zorg*

Naar schatting (uitgaande van een situatie in Nederland die vergelijkbaar is met die in de Verenigde Staten, Canada, Australië en Engeland) zouden jaarlijks 3000-6000 patiënten in Nederlandse ziekenhuizen overlijden als gevolg van de wijze waarop de zorg georganiseerd is.

Gelre ziekenhuizen onderkent dit probleem en besteedt expliciete aandacht aan het voorkomen en voorkómen van onbedoelde schade voor de patiënt.

#### *Zorginnovatie*

Gelre heeft reeds een groot aantal succesvolle multidisciplinaire poliklinieken ontwikkeld, zowel in Apeldoorn als in Zutphen. Voorbeelden zijn de mammapoli, hartfalenpoli, duizeligheidscentrum, hoofdpijnpoli, geheugenpoli, slaappoli, dyspnoepoli en vaatrisicopoli. Dat Gelre continu aan zorginnovatie werkt blijkt ook uit de realisatie van een stroke service op beide locaties, een technoteam, trombolysie-afspraken met de ambulancediensten en andere innovaties. Gelre zal ook in de toekomst de zorgprocessen steeds blijven afstemmen op de specifieke behoeften van de patiënt en de kwaliteit van de zorg verbeteren. Service aan de patiënt en doelmatigheid zijn hierbij richtinggevend. De locatie Zutphen kan hierin een bijzondere rol vervullen omdat gebleken is dat in deze locatie zorgvernieuwing en kwaliteitsverbeteringen veelal makkelijker en sneller te realiseren zijn vanwege de kleinere schaal en korte communicatielijnen.

#### *Subspecialisatie*

Op dit moment kent Gelre de subspecialisaties vaatchirurgie, longchirurgie, oncologische chirurgie, traumatologie, nefrologie, gastro-enterologie, hematologie, hartcatheterisatie, IVF/fertiliteit, pijnbestrijding en MDL (maag-darm-lever artsen). Vanuit een nauwere samenwerking tussen maatschappen in Apeldoorn en Zutphen zullen meer subspecialisaties ontwikkeld worden. De aanwezigheid van subspecialisaties is ook van belang met het oog op het in huis hebben van meerdere medisch specialistische opleidingen.

#### *Opleidingsziekenhuis*

Een belangrijke pijler in de ambitie om hoogwaardige zorg te kunnen blijven leveren is het streven een volwaardig opleidingsziekenhuis te worden. Een gezond opleidingsklimaat komt primair ten goede van de kwaliteit van zorg. Er zijn elf medisch specialistische opleidingen: Interne geneeskunde, Algemene Chirurgie, KNO, Gynaecologie/Verloskunde, Anesthesiologie, Kindergeneeskunde, Cardiologie, Oogheelkunde \*, Radiologie, Ziekenhuisapotheker en Klinische Pathologie \*. Daarnaast worden er stages verleend in het kader van de opleiding Huisartsgeneeskunde. (\* verkregen in 2006). Daarnaast participeert Gelre ziekenhuizen in de SUMMA-opleiding (School of Utrecht Medical Masters, zie hoofdstuk 2.3.1). Het streven is om nog opleidingserkenningen te verkrijgen voor orthopedie, neurologie, klinische chemie en urologie. Een en ander zal in belangrijke mate bepaald worden door de ontwikkelingen binnen AOOR-verband en de afspraken van het Capaciteitsorgaan. Het streven komt niet alleen voort uit het besef dat Gelre, als groot algemeen ziekenhuis, een bijzondere maatschappelijke verantwoordelijkheid draagt, maar ook vanuit de behoefte een lerende organisatie te zijn en de professionele kwaliteit te verhogen. Daarmee willen wij aantrekkelijk blijven voor nieuwe jonge professionals en de huidige professionals de mogelijkheid bieden zichzelf te blijven ontwikkelen. De invulling van de opleidingsambitie zal met name op de locatie Apeldoorn plaatsvinden. Het beleid ten aanzien van deze locatie is namelijk al gedurende vele jaren gericht op de groei naar een volwaardig opleidingsziekenhuis. Ook de omvang van de locatie Apeldoorn is hierin een medebepalende factor. De locatie Zutphen zal aan de opleidingsambitie een duidelijke eigen bijdrage leveren zoals nu ook reeds plaatsvindt door middel van participatie in de opleiding van co-assistenten en haio's (huisartsen in opleiding). De regio ten aanzien van medisch specialistische opleidingen zal echter in Apeldoorn liggen.

#### *Kenniscentrum*

Onlosmakelijk verbonden aan het zijn van een opleidingsziekenhuis is de aanwezigheid van een kenniscentrum. Ten grondslag aan het kenniscentrum ligt de scheiding van front- (patiëntencontacten) en back office activiteiten. Ook in het nieuw te bouwen ziekenhuis in Zutphen zal op deze wijze gewerkt gaan worden. Consequentie is dat zowel in Apeldoorn als in Zutphen meerdere medisch specialisten van dezelfde poli-unit gebruik gaan maken en dat administratieve taken van zowel secretariaatsmedewerkers als professionals niet op de polikliniek uitgevoerd worden, maar op een andere plek in het ziekenhuis. Op deze wijze worden de schaarse polikliniekruimten zo efficiënt mogelijk benut.

### Hoogwaardige patiëntenservice

#### *Verbetering patiëntenrouting*

Verbetering van de patiëntenrouting door middel van business process redesign vond in 2006 (evenals de jaren daarvoor) in Apeldoorn plaats onder de titel “Gelre Vernieuwd Poliklinisch Werken” (GVPW) en in Zutphen binnen het project “Kwaliteitsbevorderende Activiteiten Zutphen”(KAZ). Eind 2006 zijn deze projecten samengevoegd onder één paraplu “Gelre zorgtrajecten”. Gelrebreed worden poliklinische zorgprocessen herontworpen met als uitgangspunten:

- korte toegangstijden (in ieder geval binnen de Treeknormen);
  - de patiënt verblijft niet onnodig in het ziekenhuis;
  - de noodzakelijke onderzoeken zijn uitgevoerd vóórdat de zorgverlener de patiënt ziet;
  - korte doorlooptijd van het diagnostisch en therapeutisch proces;
  - gewerkt wordt op basis van evidence based medicine;
  - informatie is op iedere plek beschikbaar (mits de gebruiker geautoriseerd is).
- Eind 2006 zijn 36 zorgtrajecten herontworpen en beschreven. Meer over GVPW en KAZ kunt u lezen in paragraaf 4.3.

#### *Ketenzorg*

Gelre heeft tot op heden hard gewerkt aan het tot stand brengen van (verticale) ketenzorg, zowel in de regio Apeldoorn als in de regio Zutphen. Met name in de locatie Zutphen is deze ketenzorg, in relatie tot de landelijke ontwikkelingen, al vroeg en in een snel tempo ontstaan. Het relatief kleine ziekenhuis kent korte communicatielijnen, zowel intern als extern (huisartsen, verpleeg- en verzorgingshuizen en geestelijke gezondheidszorg). Hierdoor zijn er op dit moment zeer hechte zorgketens aanwezig waardoor patiënten niet onnodig in het ziekenhuis verblijven en de overgang van ziekenhuisopname naar thuissituatie met thuiszorg, soepel verloopt.

Zowel in de regio Zutphen als in de regio Apeldoorn functioneert een Transmuraal Netwerk Cure met als participanten de regionale huisartsenvereniging, de thuiszorg, de verpleeghuizen en het ziekenhuis. Resultaten van dit netwerk zijn onder andere een netwerk palliatieve zorg, een netwerk stroke service en een hartfalenpolikliniek.

In Apeldoorn is al geruime tijd een transmuraal forum operationeel en zijn er nauwe samenwerkingsrelaties tussen huisartsen en medisch specialisten die onder andere hebben geresulteerd in transmurale werkafspraken en het jaarlijks gezamenlijk organiseren van een transmurale conferentie. Zowel in Apeldoorn als in Zutphen is op het ziekenhuisterrein een RGC (Regionaal GGZ Centrum) in ontwikkeling die in verbinding staat met het ziekenhuis.

#### *Veranderende relatie met de eerste lijn*

Knelpunten in de huisartsenzorg (tekort aan huisartsen, stijgende zorgvraag, toenemende managementvragen bij grotere samenwerkingsverbanden, onvoldoende regionale ondersteuningsstructuur en problemen t.a.v. de telefonische bereikbaarheid van huisartsenposten) maken dat de relatie tussen ziekenhuis en huisartsen/erstelijnszorg wijzigt. In de veranderende relatie met de eerstelijnszorg en het oplossen van de knelpunten in de huisartsenzorg ziet Gelre een drietal terreinen waarin het ziekenhuis een rol kan vervullen: de transmurale zorg aan chronisch zieken (inzet nurse practitioners vanuit het ziekenhuis), het faciliteren van huisartsen in de breedste zin van het woord (van het bieden van huisvesting voor een huisartsenpost tot bijvoorbeeld de afvalverwerking van spuiten e.d.) en de bevordering van elektronische informatie-uitwisseling. Ten aanzien van de ICT streeft Gelre naar de toegang van huisartsen tot het elektronisch patiëntendossier.

### Hoogwaardige organisatie

#### *Operational excellence en ICT*

Het high level concept betekent mede dat logistieke processen optimaal georganiseerd dienen te zijn, zowel vanuit de optiek van efficiency als vanuit de optiek van patiëntvriendelijkheid. Binnen GVPW en KAZ (eind 2006 samengevoegd tot “Gelre zorgtrajecten”) worden de poliklinische zorgprocessen zodanig georganiseerd dat er korte toegangstijden zijn en patiënten voor diagnostisch onderzoek en diagnosestelling slechts één bezoek aan het ziekenhuis behoeven te brengen. Waar mogelijk worden de noodzakelijke onderzoeken

verricht vóóordat de zorgverlener de patiënt ziet, waardoor de doorlooptijd van het diagnostisch en therapeutisch proces zo kort mogelijk is. Door middel van taakdifferentiatie worden medisch specialisten, verpleegkundigen en andere zorgverleners zo efficiënt mogelijk ingezet. Het streven naar operational excellence blijkt ook uit het groeiende aantal multidisciplinaire poliklinieken en de ontwikkeling van “behandelstraten” (heup- en knieoperaties, cataractoperaties).

Gelre werkt hard aan de toepassing van ICT in het verbeteren van zorg- en logistieke processen. Een vrijwel papierloos ziekenhuis is daarbij de doelstelling. De implementatie van het elektronisch patiëntendossier staat hierin centraal. Digitalisering van beelden en spraakherkenning worden eveneens toegepast.

#### *Verbeteren en versterken HRM*

In 2006 kwam de beleidsnota Human Resources tot stand. Daarin wordt – gelet op externe ontwikkelingen en de strategie van Gelre ziekenhuizen – nader aangegeven welke HR-thema's de komende jaren van groot belang zijn.

Het werken met competenties is in de grotere organisaties al langer gangbaar. In het verslagjaar zijn – na vaststelling van de beleidsmatige kaders – op een beperkt aantal afdelingen pilot-studies gerealiseerd. Afhankelijk van het resultaat van deze pilotstudies wordt de komende jaren het werken met competenties verder uitgewerkt. De personeelsplanning blijft een punt van aandacht. In het verslagjaar werd periodiek de ontwikkelingen voor wat betreft de instroom van verpleegkundigen (in opleiding) gevolgd en werd bijgestuurd op de instroom. Gelre ziekenhuizen is er in geslaagd om alle vacatures te vervullen, mede door voortzetting van het door de Raad van Bestuur vastgestelde opleidingsbeleid. In 2006 werd verder uitwerking gegeven aan het leeftijdsgerichte HR-beleid. Er werd thematisch aandacht besteed aan dit thema door middel van een aantal workshops, met als doel het denken op de langere termijn te versterken en nog eens te verduidelijken welke mogelijkheden er bestaan.

## 4.2 Algemeen beleid

### **Aandachtspunten 2006**

In de kaderbrief 2006 zijn de aandachtspunten 2006 benoemd, gekoppeld aan de hoofddoelstellingen hoogwaardige zorg, hoogwaardige patiëntenservice en hoogwaardige organisatie. Onderstaand treft u de doelstellingen met de hiertoe ondernomen (belangrijkste) activiteiten aan, waarbij tevens het resultaat is vermeld.

#### Hoogwaardige zorg

Voor wat betreft de hoogwaardige zorg lag de focus op het verbeteren en bevorderen van de patiëntveiligheid (te beginnen met medicatieveiligheid) en het verder vormgeven van het opleidingsklimaat/kenniscentrum.

In 2006 is gestart met twee pilots “blamefree decentraal melden” op de afdelingen Spoedeisende Hulp in Zutphen en Cardiologie in Apeldoorn. Door (bijna) incidenten op afdelingsniveau (in plaats van op centraal niveau bij de MIP commissie) te melden en te bespreken kunnen verbeteractiviteiten sneller worden ingevoerd. Tevens is gestart met de ontwikkeling van een veiligheidsmanagementsysteem (VMS). Doelstelling is om de basiselementen uit het VMS begin 2007 beschikbaar te hebben. De basiselementen zijn:

- vaststellen beleid & strategie en doelstellingen gericht op veiligheid;
- veiligheidscultuur;
- voorwaarden vaststellen voor het VMS;
- incident melden;
- prospectieve risico-inventarisatie.

In Apeldoorn is een nieuw geneesmiddelendistributiesysteem ontwikkeld waarbij de arts de medicatie elektronisch voorschrijft (EVS) en op elektronische wijze controle plaatsvindt vóór toediening aan de patiënt. Het EVS functioneert in combinatie met de BAP-kar (Bedside Assortment Picking). Werd door de introductie van het EVS het aantal toedienfouten op de afdeling neurologie al teruggebracht van 3,4% naar 1,7%; de introductie van de BAP-kar bracht dit percentage nog verder terug naar 0,8%.

In 2006 is in de vernieuwde locatie Apeldoorn het auditorium gereed gekomen. Daarnaast zal in 2008 het (transmuraal) kenniscentrum gereed zijn met lesruimten, bibliotheek, audiovisuele middelen en ontmoetingsruimten. Het centrum is er voor alle medewerkers maar met name voor medisch specialisten, arts-assistenten en huisartsen. In de nieuwbouwplannen voor de locatie Zutphen is eveneens een kenniscentrum opgenomen.

In 2006 is het aantal medisch specialistische opleidingen opnieuw uitgebreid. Nieuwe opleidingen zijn de oogheelkunde en klinische pathologie. Ten behoeve van de verdere professionalisering, coördinatie, didactische deskundigheid en administratieve ondersteuning is in de afgelopen jaren het bureau O&O (Opleiding & Onderzoek) opgezet, dat onder de functionele leiding staat van de coördinator medisch onderwijs.

#### Hoogwaardige patiëntenservice

Voor wat betreft hoogwaardige patiëntenservice lag de focus in 2006, evenals voorgaande jaren, op verbetering van de patiëntenrouting en de doorstroming (met name GVPW en KAZ). Vanuit dit oogpunt en vanuit het oogpunt van positionering is het tevens van belang om de ketenzorg (inclusief keten-DBC's) actief verder vorm te geven en hierover structureel afspraken te maken met de diverse zorgaanbieders in ons adherentiegebied.

De projecten GVPW (Apeldoorn) en KAZ (Zutphen) zijn eind 2006 samengevoegd onder één paraplu: "Gelre zorgtrajecten". Eind 2006 zijn 36 zorgtrajecten herontworpen en beschreven. Meer over GVPW en KAZ kunt u lezen in paragraaf 4.3.

In de locatie Zutphen is vanuit het transmuraal netwerk cure enige jaren geleden een schakelafdeling in het ziekenhuis ontwikkeld die onder auspiciën van het verpleeghuis valt. In 2006 is besloten deze afdeling met ingang van 2007 te sluiten. Reden is dat bezettingsgraad van de bedden in 2006 slechts 50% of minder was. De doorstroming van patiënten is in de loop der jaren dusdanig verbeterd, dat de schakelafdeling niet meer nodig blijkt. Afspraken zijn gemaakt over de doorplaatsingen van patiënten naar de eerste lijn, zodat het huidige niveau van patiëntendoorstroming kwalitatief en kwantitatief gehandhaafd blijft.

#### Hoogwaardige organisatie

Voor wat betreft de hoogwaardige organisatie lag de focus bij de ICT met name de realisatie van een nieuw Gelre breed ZIS. In 2006 is het traject gestart om te komen tot één ZIS voor beide locaties van Gelre ziekenhuizen dat extra functionaliteiten dient te hebben op het gebied van logistiek en het zorgdossier. Het aanbestedingsproces heeft, na een extra verduidelijkingsronde voor de leveranciersselectie, uiteindelijk drie potentiële leveranciers opgeleverd. Aan hen is gevraagd te offreren op het Request for Proposal, dat is opgesteld op basis van het Programma van Eisen.

De planning is dat de basis van het nieuwe ZIS in 2008 zal worden geïmplementeerd.

De implementatie van het elektronisch patiëntendossier heeft in 2006 flinke vooruitgang geboekt. Eind 2006 functioneert het elektronisch patiëntendossier op vrijwel alle poliklinieken, zowel in Apeldoorn als in Zutphen.

In 2006 is, naar aanleiding van een aantal incidenten waardoor de continuïteit van de ICT-systemen verstoord raakte, een uitgebreide inventarisatie gedaan naar de mogelijkheden om in de toekomst storingen zoveel mogelijk te voorkomen. Hieruit is voortgekomen dat in het najaar van 2006 de opdracht is verleend aan een externe auditor om nader onderzoek te doen naar de velden technische infrastructuur, IT-organisatie en samenwerking zorg-IT. Begin 2007 zullen vanuit deze audit concrete aanbevelingen en maatregelen voortvloeien die als referentiekader kunnen dienen voor de hoge eisen die gesteld dienen te worden aan de ICT om de patiëntenzorg te kunnen waarborgen.

Voor de verdere implementatie van de DBC-systematiek verwijzen wij u naar paragraaf 4.7 Financieel beleid

### **Bouw**

#### Apeldoorn

Het jaar 2006 stond voornamelijk in het teken van de bouw. In Apeldoorn vonden in 2006 de eerste verhuizingen plaats naar de nieuwbouw in de locatie Lukas. De poliklinieken anesthesiologie, klinische geriatrie, revalidatiegeneeskunde, het klinisch chemisch hematologisch laboratorium, medische microbiologie en infectieziekten, de KNO-kinderdagverpleging, de gynaecologie/verloskunde, kind en jeugd, fysiotherapie en apotheek

namen hun intrek in de nieuwe gebouwdelen. De planning van de nieuwbouw ligt op schema; naar verwachting kunnen de bouwwerkzaamheden eind 2008 worden afgerond.

Eind maart ging de eerste paal de grond in voor de nieuwbouw van het RGC op het terrein van de locatie Lukas. Ook die bouw ligt op schema; het RGC zal na de zomer van 2007 in gebruik genomen kunnen worden.

Minder gunstig was in 2006 de aspergillusproblematiek. De aspergillus-schimmel komt veel voor in bouwstof en een bij de bouw van ziekenhuizen bekend risico is de infectie van IC-patiënten met deze schimmel. Dit kan bij het deel van de patiëntengroep dat te maken heeft met een verminderde weerstand een potentieel dodelijke infectie veroorzaken. Uiteraard zijn vanaf de start van de bouw maatregelen getroffen om dit risico zo goed mogelijk te beheersen. De verwevenheid van bouwactiviteiten en de continuering van het bedrijf is echter groot, zodat het beheersen van het stof een grote en continue inspanning vergt. Ondanks alle voorzorgsmaatregelen is de aspergillus-uitbraak twee patiënten fataal geworden. Bijgestaan door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) is op basis van dit besmettingsrisico gekeken hoe herhaling kan worden voorkomen. Vooruitlopend op de definitieve rapportage van de IGZ is, mede op basis van overleg met de Inspectie, een beheersplan opgesteld waarin onder meer een ander faseringsplan voor de renovatie van de hoogbouw randvoorwaardelijk is. De IGZ heeft in april 2007 haar definitieve rapportage van het onderzoek uitgebracht en de maatregelen als meer dan adequaat getypeerd.

#### Zutphen

Naast de vorderingen in de vernieuwbouw Apeldoorn zijn in 2006 de serieuze voorbereidingen gestart voor een nieuw te bouwen ziekenhuis in Zutphen. Als gevolg van de nieuwe wijze van bekostiging van de nieuwbouw van het ziekenhuis in Zutphen is in 2006 een businessplan opgesteld. Aan het businessplan ligt een gedegen marktonderzoek alsmede een scenario-analyse ten grondslag. Daaruit is de keuze van een zorgconcept "electieve en chronische speerpunten" geresulteerd dat aan het criterium robuust voldoet. Dit zorgconcept moet verder worden uitgewerkt, maar hieruit kunnen al wel de noodzakelijke investeringslast en de te verwachten exploitatie-effecten bij verschillende scenario's worden afgeleid. Het businessplan is door de banken en het Waarborgfonds gunstig ontvangen. Tevens is positief overleg gevoerd met de zorgverzekeraars. In januari 2007 is een financieringsregeling getroffen. Een doortimmerd structuurontwerp is inmiddels gereed. De bouw zal eind 2007 beginnen en het streven is om in het eerste kwartaal van 2010 het nieuwe ziekenhuis te kunnen openen. Het nieuwe ziekenhuis zal direct ten zuiden van het huidige ziekenhuis worden gebouwd. Voordeel hiervan is dat Gelre ziekenhuizen reeds eigenaar van de grond is. Wel is een wijziging van het bestemmingsplan nodig. De gemeente Zutphen verleent daaraan alle medewerking.

### **4.3 Algemeen kwaliteitsbeleid**

#### Gelre prestatie-indicatoren

Om regelmatig te kunnen toetsen in welke mate Gelre ziekenhuizen 'op de goede weg is' zijn specifieke Gelre prestatie-indicatoren geformuleerd. Uitgaande van de zorgvisie van Gelre waarin de ambities zijn benoemd, zijn de kritische succesfactoren vertaald in doelstellingen die meetbaar zijn (prestatie-indicatoren). Ook de doelstellingen van het 'going-concern' van de organisatie zijn vertaald in prestatie-indicatoren. Daarnaast zijn de zogenaamde IGZ (Inspectie Gezondheids Zorg) indicatoren toetsbaar geformuleerd om ook daar de ambitie helder te kunnen maken. Deze set van indicatoren vormt de basis van het kwaliteitssysteem van Gelre ziekenhuizen. Het systeem doorloopt een jaarlijkse cyclus van plan, do, check en act. Jaarlijks wordt vastgesteld welke indicatoren, met daaraan gekoppeld een norm, richting en inhoud geven aan het beleid.

Hieronder wordt een kort overzicht gegeven van de Gelre-prestatie-indicatoren 2006

Gekoppeld aan de zorgvisie zijn indicatoren geformuleerd op:

- a. Verhogen van de veiligheid: gericht op het verlagen van de drempel m.b.t. het melden van incidenten en het opvolgen van adviezen n.a.v. risico-inventarisatie, incidenten en klachten);
- b. Goede toegankelijkheid: gericht op de toegangstijd van de poliklinieken en wachttijd voor opname;



- c. Versnellen van de doorstroomtijden: gericht op de doorlooptijden, de herhaalfactor op de polikliniek, het nakomen van afspraken en opnameduur.

Gekoppeld aan het going concern zijn indicatoren geformuleerd op:

- a. Behalen van de poliklinische adherentie;
- b. Waardering van huisartsen en patiënten;
- c. Telefonische bereikbaarheid;
- d. Waardering van medewerkers en het houden van jaargesprekken.

In relatie tot de Prestatie-Indicatoren van de IGZ zijn Gelre indicatoren geformuleerd op:

- a. Veiligheid: gericht op decubitus, registratie bloedtransfusiereacties, registratie post-operatieve wondinfecties, complicatieregistraties en oogcontrole diabetespatiënten;
- b. Snelheid van handelen: gericht op heupoperaties en de diagnose mammatumor;
- c. Beschikbaarheid gegevens basisset prestatie-indicatoren inspectie.

NIAZ, initiële accreditatie

Eind november 2004 is formeel gestart met het project initiële NIAZ-accreditatie. In totaal 23 afdelingen verdeeld over drie locaties nemen deel aan het project. Deze 23 afdelingen zijn die afdelingen waar patiënten in principe relatief de meeste risico's lopen en zijn tevens door het NIAZ verplicht gesteld.

Aan de hand van de instellingsbrede norm 'Kwaliteitsnorm zorginstelling' en de verschillende NIAZ-afdelingsnormen zijn in totaal meer dan 200 processen beschreven.

Om te toetsen of ook daadwerkelijk wordt gewerkt zoals vastgelegd in de procesbeschrijvingen en protocollen zijn interne audits uitgevoerd door 18 NIAZ projectgroepen die hiervoor een tweedaagse training hebben gevolgd. Deze audits vinden twee keer per jaar plaats.

Van elke audit is een auditrapport opgesteld waarin de geconstateerde tekortkomingen zijn aangegeven. Aan de hand van het auditrapport geeft de betreffende manager aan waardoor de afwijking is veroorzaakt, welke corrigerende maatregelen er genomen worden en wanneer deze gerealiseerd zijn.

De externe audit door het NIAZ heeft plaatsgevonden in week 39 (26 t/m 29 september) van 2006, gevolgd door een korte terugrapportage aan de organisatie.

De formele rapportage wordt begin 2007 uitgebracht. Op basis hiervan wordt door Gelre ziekenhuizen een actieplan opgesteld. Als dit actieplan door NIAZ wordt geaccepteerd zal in juni 2007 de initiële accreditatie worden verleend. In het eerste kwartaal van 2008 zal vervolgens worden getoetst of het actieplan ook daadwerkelijk is uitgevoerd.

### **Ontwikkeling en verbetering processen**

Gericht op de ontwikkeling en verbetering van de zorgprocessen hebben in 2006 twee projecten gelopen: GVPW (Gelre Vernieuwd Poliklinisch Werken) in Apeldoorn en KAZ (Kwaliteitsbevorderende Activiteiten Zutphen) in Zutphen. Aangezien deze twee projecten veel overlap hebben is eind 2006 besloten deze projecten samen te voegen tot één project: Zorgtrajecten Gelre ziekenhuizen.

De ontwikkeling en verbetering van de processen richt zich primair op de patiëntgerichtheid en daarnaast op doelmatigheid en efficiëntie. Toegangstijd, doorlooptijd en patiënttevredenheid zijn de belangrijkste ijkpunten voor de zorgeenheden bij beschrijving en verbetering van de zorgtrajecten.

Een van de gevolgen van de beschrijving en het herontwerp van zorgtrajecten is de standaardisering van de communicatie met patiënten. Daarnaast is, op basis van de resultaten van een pilot, besloten om in 2007 te starten met een ziekenhuisbrede training gericht op service-aspecten.

Bij de komst van het nieuwe Ziekenhuis Informatie Systeem (ZIS) in 2007 worden de logistieke vereisten van de beschreven zorgtrajecten meegenomen bij de implementatie.

In 2006 zijn in totaal 36 zorgtrajecten herontworpen en geïmplementeerd. Deze trajecten worden in 2007 geborgd waarbij gekeken zal worden of de gestelde doelen zijn gehaald.

#### **Kwaliteit maatschappen/vakgroepen**

In Apeldoorn is de medische staf in 2006 gestart met interne visitatie. Interne visitatie is een intercollegiale doorlichting van de organisatie en kwaliteit van de patiëntenzorg. Daartoe voert een aantal beroepsgeenoten uit het eigen ziekenhuis, het visitatieteam, een onderzoek uit bij een eenheid die de interne visitatie heeft aangevraagd. Beoordeeld wordt hoe de patiëntenzorg in de betreffende praktijk is georganiseerd en hoe er wordt samengewerkt met verwijzers en andere afdelingen. Het visitatieteam beoordeelt vooral de wijze waarop en de omstandigheden waaronder het vak wordt uitgeoefend. De visitatoren beoordelen niet hoe hun collega's functioneren. Een interne visitatie vindt eenmaal per vier jaar plaats. In 2006 heeft bij drie vakgroepen een interne visitatie plaatsgevonden.

De medisch staf in Zutphen heeft zich in 2006 met name gericht op de actualisatie van zorgprotocollen, het schrijven van beleidsplannen en jaarverslagen per vakgroep en de toename van complicatieregistratie. Inmiddels hanteert 65% van de vakgroepen een complicatieregistratie en bestaat er een actueel beleidsplan voor 15 van de 17 vakgroepen.

#### **4.4 Kwaliteitsbeleid t.a.v. patiënten**

##### *Patiëntenwaarderingsonderzoek Gelre ziekenhuizen*

Op alle verpleegafdelingen en poliklinieken binnen Gelre ziekenhuizen zijn gedurende het hele jaar steekproefsgewijs vragenlijsten uitgereikt met vragen over de zorgverlening in Gelre ziekenhuizen. Elk kwartaal zijn de ziekenhuisbrede en locatiebrede resultaten intern bekend gemaakt. De afdelingen en poliklinieken die per kwartaal meer dan dertig vragenlijsten terug hebben gekregen krijgen dan een rapportage over de afdeling.

De respons van de poliklinische patiënten bleef nogal eens achter op de verwachting. Besloten is daarom om in 2006 de vragenlijsten schriftelijk te gaan toezenden en te participeren in het landelijke onderzoek van Prismant. Door in dit landelijke onderzoek te participeren worden tevens benchmark gegevens verkregen.

Het doel van dit onderzoek is om te weten waar we onze zorgverlening kunnen verbeteren en dit vervolgens ook te doen. Als richtlijn voor verbetering zijn per vraag normen vastgesteld. Bijvoorbeeld de vraag: 'Wat vond u van de mate waarin uw privacy gerespecteerd werd?' Hierbij is een norm gesteld dat in ieder geval 90% van de patiënten hierover een positief oordeel moet geven. Als dit percentage niet gehaald wordt, dan is dit een duidelijke aanwijzing dat dit onderwerp extra aandacht moet krijgen.

Over de attitude (houding/bejegening) van de medewerkers en de artsen op de polikliniek zijn patiënten erg tevreden. Het gemiddelde rapportcijfer voor de polikliniek is een 7,8. In 2005 was dit een 7,7 en in het laatste kwartaal van 2004 toen het onderzoek gestart is, een 7,6.

De informatie over de verdere medische behandeling na opname blijkt Gelrebreed onder de gestelde norm te scoren. 91% van de patiënten geeft aan hierover tevreden te zijn, terwijl wij zelf vinden dat dit 95% (de norm) zou moeten zijn.

Over de attitude van verpleegkundigen en artsen in de kliniek zijn patiënten erg tevreden. Het gemiddelde rapportcijfer voor de kliniek is een 7,8, in 2005 was dit 7,9 en in het laatste kwartaal van 2004 een 7,4.

##### *Specifiek onderzoek onder staarpatiënten*

Uit onderzoek bij de zorgeenheid Oogheelkunde in Apeldoorn bleek dat zorgverleners die betrokken zijn bij de behandeling van staar van hun patiënten een ruime 8 te krijgen.

Meer dan 90% is tevreden over de mondelinge voorlichting en het schriftelijke voorlichtingsmateriaal krijgt gemiddeld een 8,4 als rapportcijfer. De groepsvoorlichting scoort met een 8,5 zelfs nog iets hoger.

#### *CAHPS onderzoek verzekeraar*

Op initiatief van zorgverzekeraar AGIS is de ziekenhuis-CAHPS ontwikkeld om klantervaringen van verzekerden te meten met betrekking tot de genoten zorg in een ziekenhuis. CAHPS staat voor Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems. Het is een gestandaardiseerde methode voor het meten van ervaringen van patiënten/consumenten met de zorg en met hun zorgverzekeraar. Het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) heeft hiervoor de Hospital CAHPS vragenlijst vertaald uit het Engels en aangepast aan de Nederlandse situatie. Van de 16 AGIS-ziekenhuizen scoorde Gelre ziekenhuizen in 2006 op de eerste plaats. Vergeleken met het onderzoek in 2005 scoren wij iets beter op de 'informatie over een nieuw geneesmiddel' en iets slechter met betrekking tot 'de informatie bij ontslag'. Dit laatste correspondeert dus duidelijk met de resultaten van ons eigen patiëntenwaarderingsonderzoek. Punten waarop wij opvallend goed scoren in vergelijking met de andere ziekenhuizen zijn 'de fysieke omgeving' en de 'verpleegkundige diensten'. Inmiddels is 'CAHPS' ondergebracht in een stichting en heet nu de CQ-index. De CQ Index (Consumer Quality Index) is een gestandaardiseerde systematiek voor meten, analyseren en rapporteren van klantervaringen in de zorg.

#### **Kort overzicht van diverse projecten, zoals multidisciplinaire poliklinieken, zorg vernieuwingsprojecten en transmurale projecten**

##### *Kwaliteitsbeleid Delier*

In april 2006 is een kwaliteitsbeleid ingevoerd voor patiënten met delier, een acuut optredende verwardheid als gevolg van een lichamelijke aandoening of het gebruik van (genees)middelen. Vooral oudere patiënten zijn hiervoor meer kwetsbaar. Het ontwikkelde beleid is ondermeer gericht op preventie en op het werken volgens landelijke richtlijnen

##### *Vaatrisicopoli*

In 2006 is gewerkt aan het opzetten van een multidisciplinaire vaatrisicopoli in Apeldoorn, die op 2 januari 2007 van start is gegaan. Bij patiënten die al bekend zijn met een vaatprobleem wordt een risicometing verricht. Op de vaatrisicopoli worden de risicofactoren structureel opgespoord en krijgt de patiënt een behandeladvies.

##### *Dagelijkse thoraxfoto afgeschaft*

De dagelijkse thoraxfoto bij IC-patiënten in Apeldoorn is sinds 1 maart 2006 afgeschaft. Onderzoek van de afdelingen ICU en radiologie in Apeldoorn heeft uitgewezen dat de meerwaarde van een dergelijke routinefoto zeer beperkt is. Nu wordt er alleen nog een foto gemaakt als daar aanleiding voor is. Het onderzoeksteam won met dit onderzoek de Gelreprijs 2005.

##### *Teledermatologie*

Dermatologie in Apeldoorn is in oktober begonnen met consult op afstand door de invoering van teledermatologie. Een vernieuwend initiatief dat de huisartsen in staat stelt om zelf meer patiënten met huidproblemen te behandelen. De verwachting is dat hierdoor het aantal verwijzingen naar de poli zal afnemen.

##### *Achillespeesbrace*

Een van de Apeldoornse gipsverbandmeesters ontwikkelde een brace voor patiënten met een gescheurde achillespees, als alternatief voor de traditionele behandeling met gips of tape na de operatie. Voordelen hiervan zijn het comfort voor de patiënt, een lager aantal complicaties en een kortere revalidatieperiode. Met de brace kunnen mensen na tien tot dertien weken weer voorzichtig beginnen met sporten, terwijl na zes tot acht weken gips de revalidatieperiode nog moest beginnen en daardoor gemiddeld negentien weken duurde.

##### *Gezinsgerichte zorg*

Met de verhuizing van de afdeling verloskunde naar de nieuwe afdeling in de locatie Lukas werd ook een nieuwe werkwijze geïntroduceerd: gezinsgerichte zorg. Moeder en kind blijven daarbij onder alle omstandigheden bij elkaar. De traditionele zalen hebben plaatsgemaakt voor éénpersoonskamers die in een huiselijke sfeer zijn ingericht. De vaders kunnen blijven slapen op de bedbank. Elke kamer is uitgerust met tv, dvd, koelkast, magnetron en waterkoker. Ook de rol van de verpleegkundige is anders bij gezinsgerichte zorg: naast zorgverlener zijn zij rolmodel en coach geworden. De verzorging van het kind wordt zoveel mogelijk door de ouders zelf gedaan.

#### *Dyspnoepoli Zutphen*

Een longarts in Zutphen heeft het initiatief genomen voor het opzetten van een dyspnoepoli. Mensen die last hebben van kortademigheid en verwezen zijn door hun huisarts worden niet meer van het kastje naar de muur gestuurd, maar in één ochtend onderzocht door een multidisciplinair team. Bij het onderzoek zijn zowel de longarts, de cardioloog, long- en hartfalenverpleegkundige, hartecho- en röntgenlaborant, longfunctieanalist en twee assistenten betrokken. Aan het eind van de ochtend krijgt de patiënt direct de uitslag van het onderzoek.

#### *Toepassing dunne laag cytologie door Klinische Pathologie*

Longcytologisch onderzoek wordt bemoeilijkt door het snel teruglopen van de kwaliteit van de cellen na de bronchoscopie en door de aanwezigheid van bloed in het preparaat. De technische kwaliteit van het onderzoeksmateriaal bleek veel beter te zijn bij de nieuwe techniek dan bij de conventionele methode. Datzelfde geldt voor de diagnostische kwaliteit. Bovendien kost het microscopisch onderzoek minder tijd zodat de patiënt sneller de uitslag verneemt. De Klinische Pathologie heeft in Venetië een prijs ontvangen voor hun onderzoek naar de effecten van de nieuwe techniek.

#### *MS- en Parkinsonpoli*

Sinds april functioneert in Apeldoorn een aparte polikliniek voor patiënten die lijden aan de ziektes MS of Parkinson. In Zutphen is in september een verpleegkundig spreekuur opgezet voor deze patiënten

#### *Borstkankermanifestatie*

Op 18 oktober vond in de locatie Apeldoorn de eerste borstkankermanifestatie plaats. De manifestatie werd gehouden om de aandacht te vestigen op preventie en vroegdiagnostiek van borstkanker. Er was veel belangstelling van inwoners van Apeldoorn voor de lezingen en de stands.

#### *Elektronisch voorschrijven en BAP-kar*

De Gelreprijs 2006 is toegekend aan de ziekenhuisapotheek voor het elektronisch voorschrijfsysteem (EVS) in combinatie met de BAP-kar (Bedside Assortment Picking). Het aantal toedienfouten is door de combinatie van EVS en BAP-kar aanzienlijk afgenomen, wat een grote kwaliteitsverbetering betekent. Werd door het EVS het aantal toedienfouten op de afdeling Neurologie in het Lukas al teruggebracht van 3,4% naar 1,7%; de introductie van de BAP-kar bracht dit percentage nog verder terug naar 0,8%. Voor de combinatie van beide systemen bestaat veel belangstelling vanuit andere ziekenhuizen.

#### *Overdracht aan bed patiënt*

Op de afdeling chirurgie in Zutphen is een nieuwe werkwijze gestart voor de overdracht van de vroege naar de late dienst. Aan het bed van de patiënt wordt de late dienst voorgesteld en er wordt kort en bondig informatie uitgewisseld die relevant is voor de zorg 's avonds. Tegelijkertijd worden infusen, pompen, catheters en eventuele wonden gecontroleerd. Er zijn voorzorgsmaatregelen getroffen zodat er tijdens de ronde geen storingen door piepers of telefoons kunnen plaatsvinden. Patiënten hebben aangegeven deze extra aandacht op een dag zeer te waarderen.

#### *Bestrijding klinische ondervoeding: invoering SNAQ*

Dertig procent van alle patiënten blijkt bij de opname klinisch ondervoed te zijn. In 2005 is in Gelre gestart met SNAQ, een gevalideerde methode voor de herkenning en bestrijding van ondervoeding. Het streven is dat minstens 80% van alle patiënten worden gescreend. Uit de

## Jaardocument 2006 – Maatschappelijk verslag Gelre ziekenhuizen

procesevaluatie bleek dat Gelre 72% scoorde. Tijdens de pilot was nog maar 49% van de ondervoede patiënten binnen 24 uur bij de diëtist, inmiddels is dit 70%.

#### 4.4.1 Kwaliteit van zorg

Om tot heldere doelstellingen te komen in de zorg is door Gelre ziekenhuizen een vertaalslag gemaakt van een deel van de IGZ prestatie-indicatoren en is vastgesteld in welke mate we deze prestatie-indicatoren in 2006/2007 willen behalen (normen vastgesteld). Dit heeft geleid tot de volgende doelstellingen en resultaten in 2006:

Doelstelling	Behaalde resultaten in 2006
• 5% of minder decubitusgevallen die in het ziekenhuis is ontstaan.	3,9%
• 2% of minder nieuwe decubitusgevallen op het totaal aantal patiënten voor een heupvervangng.	2,91%
• 100% elektronische beschikbaarheid op afdelingen van voorgeschreven en verstrekte medicatie tijdens het patiëntencontact.	100%
• 70% elektronische beschikbaarheid op polikliniek van voorgeschreven en verstrekte medicatie tijdens het patiëntencontact.	5%
• 75% van de maatschappen/vakgroepen houden een klinische complicatieregistratie bij.	67,74%
• meer dan 40% van de maatschappen/vakgroepen participeren in een landelijke complicatieregistratie.	12,9%
• bij meer dan 80% van alle postoperatieve patiënten vindt een gestandaardiseerde pijnmeting plaats (met uitzondering van dagbehandelingspatiënten).	100% (op verkoever)
• er vinden geen operaties buikslagader via de lies plaats, of meer dan tien.	62
• er vinden geen slokdarmoperaties plaats, of meer dan tien.	14
• minder dan 2% van de electieve operaties worden binnen 24 uur voor de operatie afgezegd.	1,3%
• bij meer dan 80% van de bij de internist bekende patiënten met diabetes vindt jaarlijks een oogheelkundige controle plaats.	80%
• heropnames hartfalen patiënten vindt in 10% of minder plaats.	11%
• 95% van de patiënten met een heupfractuur wordt binnen 24 uur geopereerd.	85,45%

#### 4.4.4 Klachten

De wijze waarop Gelre ziekenhuizen omgaat met klachten:

*Informatie voordat er sprake is van een klacht*

Korte informatie over 'hoe te handelen bij een klacht' wordt vermeld in de algemene polikliniekfolder en in de algemene opnamebrochure. Hierin wordt tevens verwezen naar de klachtenfolder.

Elke nieuwe poliklinische patiënt ontvangt de polikliniekfolder en elke patiënt die wordt opgenomen ontvangt de opnamebrochure.

De klachtenfolder is beschikbaar op elke afdeling in het ziekenhuis waar patiënten komen. Tevens is deze folder verkrijgbaar bij de receptie en de klachtenfunctionaris

*Procedure indien er sprake is van een klacht*

Uitgangspunt bij een klacht is dat de klager eerst in onderling overleg met de betrokkenen tot een oplossing van de klacht tracht te komen. Indien de klager dit niet kan of wil, wordt hij doorverwezen naar de klachtenfunctionaris. Tevens krijgt de klager (schriftelijk) informatie over de klachtenprocedure. De melding van een klacht kan zowel mondeling, telefonisch als schriftelijk plaatsvinden..

De klachtenfunctionaris informeert vervolgens de klager over de mogelijke stappen:

1. alleen registratie van de klacht om als signaal ter preventie te gebruiken;
2. klachtenfunctionaris neemt contact op met verweerder en vraagt om een reactie of een nadere toelichting en koppelt dit terug naar klager;
3. klachtenfunctionaris bespreekt in een persoonlijk gesprek de klacht met de verweerder en informeert de klager over de uitkomsten van dit gesprek;
4. klachtenfunctionaris organiseert gesprek tussen klager en verweerder;
5. klachtenfunctionaris organiseert gesprek tussen klager en verweerder waarbij hij aanwezig is;
6. behandeling door de Klachtencommissie.

Indien de klager aangeeft de klacht behandeld te willen hebben door de Klachtencommissie (dit kan direct zijn, maar ook na het doorlopen van stap 2, 3, 4 of 5) ontvangt de klager, desgevraagd, het reglement van de Klachtencommissie.

*Waarborging onafhankelijkheid klachtencommissie*

Om de onafhankelijkheid van de klachtencommissie te kunnen waarborgen is de meerderheid van de leden van de klachtencommissie (6 van de 10) niet werkzaam bij Gelre ziekenhuizen.

*Taken klachtencommissie*

In eerste instantie beoordeelt de commissie of de klacht ontvankelijk is. Vervolgens wordt op basis van de behandeling van de klacht een uitspraak gedaan over de gegrondheid van de ingediende klacht.

Op basis daarvan kan de klachtencommissie een aanbeveling uitbrengen aan de verweerder en/of de Raad van Bestuur van Gelre ziekenhuizen.

De klachtencommissie kan ook op basis van meerdere klachten concluderen dat er structurele tekortkomingen in de zorg zijn en brengt dan hierover een aanbeveling uit aan de Raad van Bestuur van Gelre ziekenhuizen.

De klachtencommissie kan ook aanbevelingen uitbrengen m.b.t. het klachtenreglement van de commissie. Dit heeft in 2006 geleid tot een wijziging om herziening van een uitspraak mogelijk te maken, naar aanleiding van nieuw gebleken feiten en omstandigheden en een wijziging om het herstel mogelijk te maken van kennelijke schrijffouten in een uitspraak.

*Klachten behandeld door de klachtencommissie*

De klachtencommissie heeft in 2006 over 22 klachten een uitspraak gedaan, verdeeld over tien klagers (één klager heeft vaak meerdere klachten). Van deze klachten zijn er vijf gegrond verklaard en 14 ongegrond. Drie klachten bleken niet ontvankelijk te zijn.

De klachtencommissie heeft een aanbeveling gedaan aan de Raad van Bestuur om bij patiënten met een psychische aandoening, die opgenomen worden voor een somatische aandoening, tenminste éénmaal en zonodig vaker, de psychiatrische verpleegkundige in consult te roepen. Dit is over het algemeen reeds een gangbare zaak. Wel heeft dit de discussie losgemaakt of er bij elke patiënt, die wordt opgenomen voor een somatische aandoening, tijdens de intake een screening zou moeten plaatsvinden op psychische aandoeningen. De mogelijkheid om hiervoor een pilot op te starten wordt nog nader besproken.

Daarnaast is een aanbeveling gedaan om de informatie over risico's bij bepaalde operaties altijd schriftelijk te verstrekken of anders na te sturen.

Conform de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) wordt in Gelre ziekenhuizen de informatie altijd mondeling verstrekt en desgewenst schriftelijk. Voor de meeste ingrepen zijn folders aanwezig die verstrekt worden aan de patiënt.

#### *Klachten behandeld door de klachtenfunctionarissen*

In 2006 zijn 561 klachten behandeld door de klachtenfunctionarissen. Dit zijn er 153 meer dan in 2005. Voor een deel is de stijging te verklaren uit de landelijke trend die laat zien dat het aantal klachten van patiënten voortdurend toeneemt, maar er zijn ook andere oorzaken.

In 2006 zijn er bijvoorbeeld veel meer klachten dan in voorgaande jaren geweest over de hoogte en de onduidelijkheid van de rekening. In 2005 waren dit 19 klachten, in 2006 zijn hierover 47 klachten ontvangen. Dit is een probleem dat landelijk speelt en is ontstaan na invoering van de Diagnose Behandeling Combinatie (DBC's).

Daarnaast is een deel van de stijging toe te schrijven aan de beslissing om in het laatste kwartaal van 2006 klachten die verwoord waren in de enquêteformulieren van het patiëntenwaarderingsonderzoek mee te nemen in de klachtenregistratie. Het ging hierbij om 56 enquêtes met vaak meerdere klachten en/of opmerkingen.

Opvallend is dat klachten die in enquêtes worden geuit zich veelal richten op verpleegkundigen. Van de klachten die direct binnenkomen bij de klachtenfunctionarissen is ongeveer de helft gericht op medisch specialisten en maar zo'n 15% op verpleegkundigen. Naast de toename in het aantal klachten zien we ook een duidelijke stijging in het aantal vragen rond het inzagerecht dossier en verzoeken om kopieën van het dossier.

De top vijf van onderwerpen waarover in 2006 in Gelre ziekenhuizen het meeste geklaagd is:

1. Nonchalante behandeling;
2. Patiënt had andere verwachtingen;
3. Afspraken zijn niet nagekomen;
4. Onduidelijkheden in de rekening;
5. Onjuiste behandeling.

Klachtenfunctionarissen hebben zowel individuele adviezen uitgebracht richting zorgverleners als ook afdelings- of ziekenhuisbrede adviezen.

De individuele adviezen richten zich veelal op communicatie en bejegening.

Daarnaast zijn er adviezen uitgebracht met betrekking tot:

- verbetering van de logistiek van dossiers;
- een klacht als casuïstiek binnen het werkoverleg aan de orde te stellen om op die manier herhaling te voorkomen;
- aanpassen presentatie gegevens wachttijden op de website van Gelre ziekenhuizen;
- eenduidig verwerken van faxrecepten binnen één polikliniek;
- rond ontslag en overplaatsing meer duidelijkheid en overleg met direct betrokkenen wie de regie voert;
- informatie over wachttijd op de afdeling voordat de patiënt naar de operatiekamer gaat.



#### 4.4.5 Toegankelijkheid

##### *Toegangstijden/wachttijden*

De toegangstijden/wachttijden worden maandelijks gepubliceerd op de website van Gelre ziekenhuizen. Het streven is dat de ingrepen/behandelingen in ieder geval plaatsvinden binnen de Treeknormen.

Daarnaast zijn er diverse zorgtrajecten waarbinnen andere afspraken zijn gemaakt met betrekking tot de toegangstijd en wachttijd, maar altijd binnen de Treeknormen.

Geconstateerd is dat de toegangstijden en wachttijden zijn toegenomen in 2006, maar voor het grootste deel nog altijd binnen de normen vallen. Uit de wachtlijstoverzichten blijkt tevens dat de vraag naar zorg is toegenomen.

In de polikliniek is de overschrijding van de norm nergens meer dan twee weken, met uitzondering van de pijnbestrijding/anesthesie Zutphen. Deze wachtlijst ligt ver boven de Treeknorm.

Bij een aantal specialismen zijn de wachttijden in het laatste kwartaal 2006 toegenomen: orthopaedie, plastische chirurgie, algemene chirurgie en oogheelkunde.

Conform de landelijke rekenmethodiek worden de patiënten die zelf aangeven iets later behandeld te willen worden, wel meegeteld in de berekening van de wachttijd. Hierdoor ontstaat bij sommige specialismen een wat vertekend beeld van de wachtlijsten

Uit het patiëntenwaarderingsonderzoek blijkt dat 90% van de poliklinische patiënten tevreden is over de toegangstijd en 90% van de klinische patiënten tevreden is over de snelheid waarmee men kon worden opgenomen.

94% van de patiënten is tevreden over de snelheid waarmee (onderzoeks)uitslagen bekend waren.

##### *Telefonische bereikbaarheid*

In 2006 is een nieuwe telefooncentrale in gebruik genomen. De verwachting was dat daardoor de telefonische bereikbaarheid veel beter zou worden. Uit cijfers blijkt dat het toch nog niet helemaal is zoals wij zouden willen. Bij zo'n 15% van de telefoongesprekken blijkt er geen verbinding tot stand te komen met de centrale van het ziekenhuis.

Daarnaast is het streven dat 95% van de binnenkomende gesprekken op de centrale van het ziekenhuis binnen 30 seconden wordt beantwoord ook niet behaald. Dit blijkt nog maar gehaald te worden bij ruim 80% van het aantal bellers.

##### *Bereikbaarheid van het ziekenhuis*

98% van de patiënten geven aan tevreden te zijn over de bereikbaarheid van het ziekenhuis en 94% is tevreden over de parkeergelegenheid.

##### *Deskundigheid*

98% van de patiënten geeft een positief oordeel over de bekwaamheid/deskundigheid van specialisten. Voor verpleegkundigen is hetzelfde tevredenheidspercentage behaald.

#### 4.4.6 Veiligheid patiënten

Patiëntveiligheid richt zich op het voorkómen van onbedoelde schade aan de patiënt. Bij het bevorderen van patiëntveiligheid gaat het niet primair om het vermijden van complicaties en ongewenste uitkomsten, maar om het optimaliseren van het zorgproces, waardoor de kans op vermijdbare schade zoveel mogelijk wordt beperkt.

Gelre ziekenhuizen heeft het risico van aansprakelijkheid ondergebracht bij de Onderlinge Waarborgmaatschappij voor Instellingen in de Gezondheidszorg MediRisk B.A.

In het kader van dit lidmaatschap participeert Gelre ziekenhuizen in een gezamenlijk schadepreventieprogramma, waarvan risico-inventarisaties een vast terugkerend onderdeel uitmaken. In 2007 zullen de operatiekamers worden bezocht door risk managers van MediRisk. De resultaten van deze inventarisaties worden in vergelijkende zin beoordeeld en voorzien van gerichte aanbevelingen naar ons teruggekoppeld. Mede in het kader van het binnen ons ziekenhuis op te zetten Veiligheid Management Systeem zullen deze aanbevelingen door ons nader worden geanalyseerd, waarna zonodig verbetermaatregelen worden genomen.

In Gelre ziekenhuizen dienen alle gebeurtenissen, al dan niet veroorzaakt door menselijk handelen of nalaten bij onderzoek, behandeling, verpleging of verzorging van de patiënt(en), welke tot een schadelijk gevolg heeft geleid of had kunnen leiden, gemeld te worden bij de MIP commissie (commissie Meldingen Incidenten Patiëntenzorg)

In 2006 zijn er in totaal 1022 meldingen gedaan bij de MIP commissie. Ten opzichte van 2005 is dit een stijging van 11,4 % (898 meldingen)

Onderverdeling van de meldingen in 2006:  
26,5% valincidenten (271)  
42,1% medicatie/infusie/bloedproducten (430)  
27,9% behandelingen en verrichtingen(285)  
3,5 % overige meldingen (36)

Bij 20% van de meldingen heeft dit geleid tot een tijdelijk tot ernstig ongemak voor de patiënt en bij 10% van de meldingen heeft dit geleid tot een aanvullende behandeling en/of verlengde opname.

Een aantal adviezen en acties naar aanleiding van meldingen:

- Bij opname patiënt en familie informeren over de risico's op vallen, waarbij het belang wordt benadrukt van het gebruik van stevige pantoffels in het ziekenhuis en beslist niet op sokken gaan lopen;
- Invoering delier protocol. Delier is een psycho-organische aandoening die regelmatig gezien wordt bij patiënten. Vooral oudere patiënten blijken een grotere kans te hebben op het ontwikkelen van een delier. Geschat wordt dat 10% van de patiënten een delier doormaakt tijdens het verblijf in het ziekenhuis;
- Bij bepaalde patiënten een belmatje op de vloer naast het bed, zodat de verpleging wordt gewaarschuwd indien patiënt uit bed komt. Hiermee loopt momenteel een proef op één afdeling;
- Betrekken apotheek bij opname patiënt ter voorkoming verschillen in thuis- en ziekenhuismedicatie. Hiervoor benadert de ziekenhuisapothek de stads/dorpsapothek. Hiervoor loopt momenteel een proef;
- Aanwezig blijven bij de patiënt totdat hij zijn medicijnen heeft ingenomen;
- Dubbel check bij klaarmaken infuus, maar ook dubbelcheck bij ophangen infuuszakken en (intraveneuze) injecties. Protocol is in 2006 ziekenhuisbreed ingevoerd;
- Verbeteren verslaglegging en voorkomen dat overschrijving uit dossier moet plaatsvinden. Het EPD (Elektronisch Patiënten Dossier) is voor de poliklinische fase al ingevoerd op veel afdelingen, maar nog niet overal; voor het klinisch verblijf worden voorbereidingen getroffen;
- Ziekenhuisbrede invoering protocol links/rechts verwisseling;
- Overdracht patiënt aan bed zodat tevens een controle plaatsvindt of alles nog klopt (bijvoorbeeld aansluitingen). Tevens speelt zo ook de patiënt een rol mee: hoort alles en kan ook zelf ingrijpen als er iets niet wordt verteld of onduidelijk is. Dit gebeurt nu op één afdelingen met een positieve evaluatie. Aanbevolen om dit ook op andere afdelingen in te voeren.

Gelre ziekenhuizen streeft naar laagdrempeligheid ten aanzien van meldingen. Veelal blijkt de oorzaak een systeemfout te zijn, maar dit valt pas op wanneer er meerdere vergelijkbare meldingen plaatsvinden. Door systeemfouten uit het zorgproces te halen wordt de veiligheid sterk verbeterd. De zorg moet zo georganiseerd worden dat de kans op een menselijke fout zoveel mogelijk geminimaliseerd wordt. Helemaal uit te sluiten zal hij nooit zijn.

De zorg wordt steeds ingewikkelder. Steeds meer disciplines zijn betrokken bij de patiënt. Naarmate er meer disciplines betrokken zijn bij de patiënt wordt de kans op systeemfouten steeds groter. De meeste risico's zitten nu eenmaal in de overdracht van de ene zorgverlener naar de ander.

Met behulp van de landelijk ontwikkelde quick scan op het gebied van patiëntveiligheid is de huidige situatie in Gelre ziekenhuizen in kaart gebracht. Op basis van de uitkomsten hiervan wordt in 2007 gestart met de implementatie van het Veiligheidsmanagementsysteem.

*Pilot decentraal digitaal melden*

Om het aantal meldingen te verhogen, te zorgen voor een snellere feedback aan de melder en verbeteringen sneller te kunnen invoeren is in november 2006 een pilot gestart op twee afdelingen met decentraal en digitaal melden.

In Apeldoorn vindt deze pilot plaats op de afdeling Cardiologie, in Zutphen op de afdeling Spoedeisende Hulp (SEH).

Uit ervaringen van andere ziekenhuizen, o.a. de Isala klinieken in Zwolle, is gebleken dat wanneer meldingen decentraal gemeld kunnen worden, dus op de eigen afdeling en niet bij een centrale MIP commissie, er een grote toename is van het aantal meldingen. De drempel voor het melden is dan lager geworden en men raakt meer gemotiveerd tot melden omdat bespreking plaatsvindt binnen een PVC (PatiëntVeiligheidsCommissie binnen de eigen afdeling), waardoor terugkoppeling en invoering van verbeteringen veel sneller plaatsvindt. Naast het decentraal melden is tevens het digitaal melden ingevoerd. Het digitaal melden staat garant voor een gestandaardiseerde manier van melden, voorkomt een papierwinkel bij de PVC, kopiëren hoeft niet meer plaats te vinden en analyses op de meldingen kunnen snel worden uitgevoerd.

De pilot loopt tot mei 2007. Bij positieve evaluatie is het de bedoeling om vervolgens tot een ziekenhuisbrede invoering te komen.

## 4.5 Kwaliteit t.a.v. medewerkers

### Arbeidsomstandigheden

Verzuim en reïntegratie

Verzuimtabel 1

Jaar	2002	2003	2004	2005	2006
Verzuimdagen (kalenderdagen)	61.679	52.721	56.971	56.254	52.669
Verzuimdagen (werkdagen)	44.056	37.658	40.694	40.181	36.819
Werkdagen verzuim uitgedrukt in fte	169	144	156	154	144
Vershil t.o.v. vorig jaar	-28	-24	+11	- 2	- 10
Werkdagen verzuim uitgedrukt in loonkosten	€ 6.777.912	€ 5.793.516	€ 6.243.397	€ 6.100.000	€ 5.640.000,-
Vershil t.o.v. vorig jaar	- € 1.156.264	- € 984.396	+€ 449.881	- € 143.397	- € 460.000,-

Verzuimtabel 2

Jaar	2002	2003	2004	2005	2006	landelijk
Verzuim meldingen.	4.205	4.601	4.685	5.043	4.532	
Verzuimfrequentie	1,45	1,5	1,5	1,58	1,53	1,50
Verzuim dagen (kalenderdagen)	61.679	52.721	56.971	56.254	52.669	
Verzuim duur	14,6	11,1	11,8	10,7	12	10,3
<b>Verzuim %</b>	<b>6,0</b>	<b>4,8</b>	<b>5,1</b>	<b>4,7</b>	<b>* 4,8</b>	
Verzuim 1 <sup>e</sup> ziekte jaar					4,3	4,4
1 t/m 7 dagen	1,4	1,5	1,5	1,2	1,1	1,1
8 t/m 14 dagen	0,6	0,5	0,6	0,4	0,4	0,4
15 t/m 42 dagen	4,1	2,8	3,1	0,4	0,41	0,5
43 t/m 365 dagen				2,6	2,25	2,5
> 365 dagen				0,6	0,61	

\* vanaf 2007 wordt één percentage gehanteerd voor verzuim; in 2006 zijn de kosten al berekend over het 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> jaar samen.

Uit de tabel blijkt dat het verzuim in 2006 terecht is gekomen op een nog nooit binnen Gelre ziekenhuizen bereikt punt: 4,3%.

#### Tweede ziektejaar

De werkgever is ook verantwoordelijk voor het verzuim in het tweede jaar. Dit geldt zowel voor de verzuimbegeleiding als de reïntegratie, maar ook voor wat betreft de loonkosten. In 2006 betrof het verzuim in het tweede ziekte jaar 0,5%. In totaal stroomden twee medewerkers volledig door naar de WGA.

Gedurende het jaar werd € 144.000,- uitgegeven aan kosten die samenhangen met interventies en behandelingen. Daar tegen over werden inkomsten verworven uit diverse regelingen, zoals Amber, No-risk polissen en premiekorting. In totaal werd € 148.500,- toegekend.

#### Arbeidsvoorwaarden

##### Loonontwikkeling

In het kader van de CAO-ziekenhuizen werd besloten de lonen met ingang van 1 april 2006 te verhogen met 1,75 %.

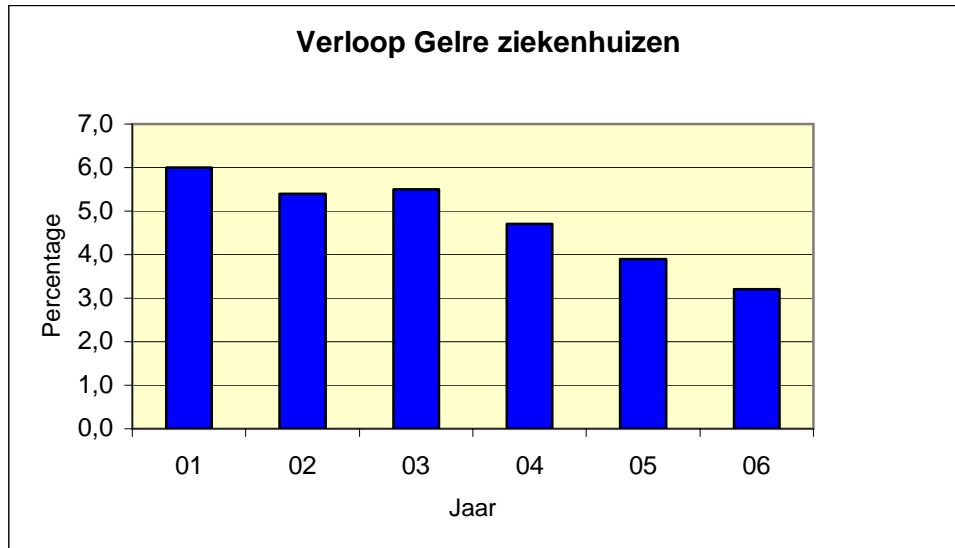
### *In- en uitdiensttredingen*

#### Arbeidsmarkt en vacatures

In het jaar 2006 werden 196 vacatures gemeld. In 2005 was sprake van 150 vacatures. Vrijwel alle vacatures werden vervuld. Alleen op de OK staan langdurig vacatures open voor de functie Operatie-assistent.

#### Verloop

Uit de verloopcijfers (zie hieronder) wordt duidelijk dat de uitstroom verder is terug gelopen.



Het betreft het verloop van de arbeidsovereenkomst voor onbepaalde tijd. Het verloop onder verpleegkundige functies is licht toegenomen tot 4,4% tegenover 4,1% in 2005.

#### *Onderzoek Medewerkertevredenheid*

In 2006 werd – in samenwerking met Effectory – onderzoek gedaan naar de medewerkertevredenheid op de aspecten: werkzaamheden, arbeidsomstandigheden, werkdruk, collega's, leidinggevende, organisatie, beloning, ontwikkelingsmogelijkheden en betrokkenheid. Er werden 3.241 lijsten verstrekt, waarvan er 1.405 werden ingevuld. Dit komt overeen met een respons van 43,4%. De resultaten zijn derhalve representatief. De algemene tevredenheid werd uitgedrukt met een 7,0, waarmee de score van Gelre ziekenhuizen overeenkwam met de score op dit punt van de Nationale Tevredenheids Index. Dit stemt tot tevredenheid. Hoewel er, wanneer we afdelingen afzonderlijk beschouwen, redelijk grote verschillen zichtbaar waren, zijn er op voorhand een aantal aandachtspunten op instellingsniveau.

#### *Werkdruk*

Een aanhoudend hoge werkdruk is een sterke verzuimindicator. Veel respondenten geven aan te weinig tijd te hebben voor de taken en te weinig zelf de tijd te kunnen indelen.

#### *Arbeidsomstandigheden*

Met name binnen de Zorgeenheden en de Medische Ondersteunende Diensten is aanvullend onderzoek nodig naar de hoofdoorzaken. Het kan daarbij gaan om bijvoorbeeld onveiligheidsgevoelens, opvang na ernstige incidenten in de zorg, maar ook om veiligheidsinstructies en arbeidsomstandigheden in beperkte zin.

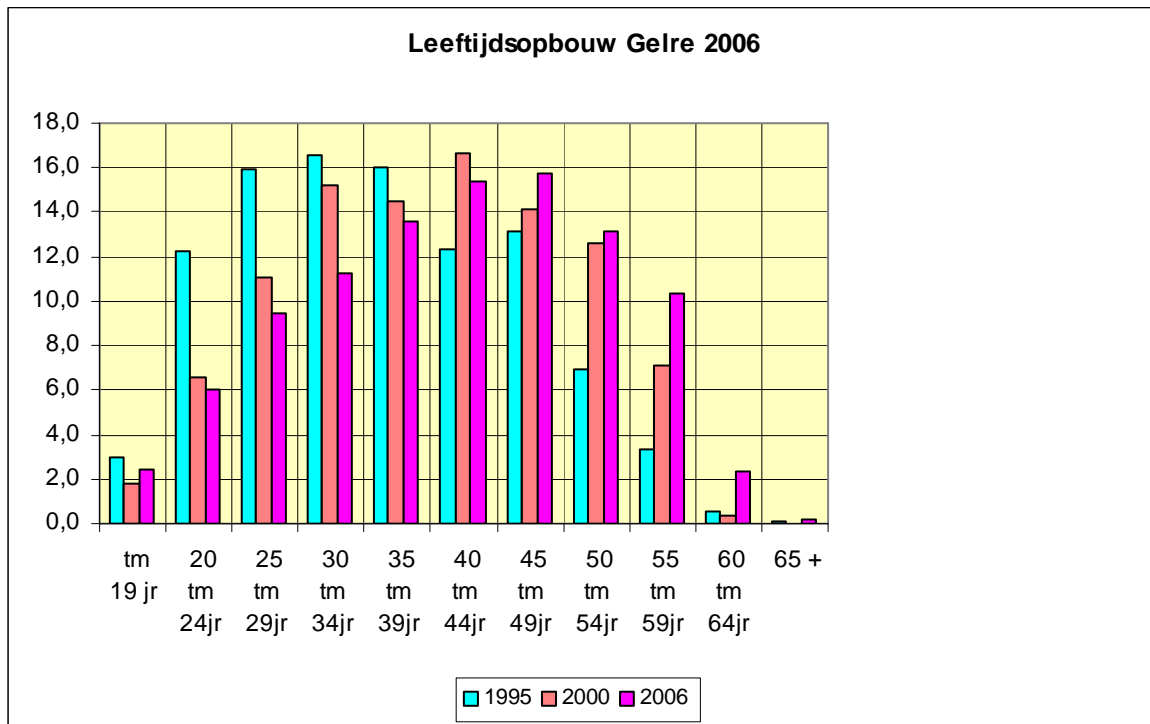
#### *Beloning*

Op dit punt zullen we nader onderzoek moeten doen naar de gegevens. Punt van onderzoek is ondermeer de mate van ontevredenheid over bijvoorbeeld het vaste salaris of de vraag of men met name ontevreden is over de beloning die specifiek te maken heeft met extra prestaties.

*Ontwikkelmogelijkheden*

In 2005 en 2006 was sprake van een aanzienlijke onderbenutting van de begrote opleidingsmiddelen. Orde grootte € 350.000,-. Het merendeel van de budgethouders gaf als reden aan dat er geen tijd was om de medewerkers vrij te maken voor de aangevraagde opleiding. Algemeen wordt erkend dat het kunnen volgen van een opleiding/het kunnen ontwikkelen een belangrijke factor is in de waardering die men heeft voor de organisatie waar men werkt. Vanuit overwegingen van behoud van personeel is het van groot belang deze trend om te buigen. Gelre scoorde een onvoldoende voor wat betreft de doorgroeimogelijkheden, de aandacht voor de loopbaanontwikkeling en de opleidingsmogelijkheden.

Leeftijdsopbouw



	1995	2000	2006
Gemidd. lft	36,0	39,5	41,2

De grafiek laat zien dat de gemiddelde leeftijd de afgelopen tien jaar maar liefst met vijf jaar is toegenomen.

Verloop personeel	Aantal personeelsleden	Aantal fte
Instroom personeel in loondienst (totaal) in verslagjaar	115 onbepaalde tijd en 375 bepaalde tijd overeenkomst	
Waarvan personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies	Onbekende definitie	
Uitstroom personeel in loondienst (totaal) in verslagjaar	148 onbep tijd en 234 overeenkomst bepaalde tijd	
Waarvan personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies	onbekend	

*Ziekteverzuim personeel exclusief zwangerschapsverlof, volgens Vernetdefinitie, in percentages*

<b>Personeelsformatie</b>	<b>Percentage</b>
Verzuim totaal personeel in loondienst	4,3%
Verzuim personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies in loondienst	onbekend

*Vacatures*

<b>Vacatures</b>	<b>Totaal aantal vacatures per 31 december van het verslagjaar</b>	<b>Aantal moeilijk vervulbare vacatures per 31 december van het verslagjaar</b>
Totaal personeel	15	3
Personeel met patiënt- c.q. cliëntgebonden functies	7	3

De moeilijk vervulbare vacatures betreffen met name OK-assistenten.

## 4.6 Samenleving

Gelre ziekenhuizen is met ruim 3000 medewerkers, medisch specialisten en vrijwilligers een belangrijke werkgever, zowel in de regio Apeldoorn als in de regio Zutphen en levert daarmee een wezenlijke bijdrage aan de economie.

Jaarlijks wordt door Gelre ziekenhuizen zowel in Apeldoorn als in Zutphen de zeer succesvolle “Doedag” georganiseerd. Een dag waarop middelbare scholieren kunnen kennismaken met het ziekenhuis en de mogelijkheden van opleiding en werk binnen het ziekenhuis. Gelre ziekenhuizen stelt zich op het standpunt dat in het verlengde van de arbeidsmarktproblematiek een continue werving van jonge mensen van groot belang is voor de continuïteit van de te leveren zorg in het ziekenhuis. De Doedag is hiervoor een belangrijk en succesvol middel gebleken.

In het verslagjaar is een HRM-nota uitgebracht, voor nadere informatie hierover verwijzen wij u naar hoofdstuk 4.1.

De opleidingsfunctie van Gelre ziekenhuizen heeft in 2006 een nieuwe impuls gekregen door de oprichting van het Bureau Opleiding & Onderzoek. Vanuit het bureau O&O krijgen het opleidingsbeleid en de coördinatie en ondersteuning van alle opleidingsactiviteiten centraal vorm. Meer hierover leest u in hoofdstuk 4.

Regelmatig wordt Gelre ziekenhuizen benaderd met het verzoek of wij initiatieven of projecten willen sponsoren. De Raad van Bestuur is hierin echter zeer terughoudend omdat hij zich op het standpunt stelt dat de premiegelden die het ziekenhuis ter beschikking worden gesteld niet zijn bedoeld om naar eigen inzicht andere doelen te sponsoren. Gelre ondersteunt desalniettemin een aantal projecten op het terrein van ontwikkelingssamenwerking, te weten de Stichting Medic en de Stichting Eardrop. De hulp vanuit Gelre betreft hier echter producten (hulpmiddelen, apparatuur e.d.) die anders geen bestemming zouden hebben gehad.

Gelre ziekenhuizen hecht een grote waarde aan een goed milieubeleid. Een verantwoorde zorg voor het milieu betekent het beheersen van de energie- en goederenstromen binnen het eigen bedrijfsproces, waardoor verspilling wordt voorkomen. De zorgeenheden/afdelingen zijn verantwoordelijk voor de beheersing van de processen op zorgeenheden/afdelingsniveau. Onder kwaliteit wordt in zorginstellingen vooral de kwaliteit van patiëntenzorg verstaan. Door erkenning van de maatschappelijke verantwoordelijkheid dient milieuzorg zich echter ook aan als een primair zorgterrein. De kwaliteit van patiëntenzorg en de kwaliteit van milieuzorg zijn met elkaar verbonden. In dit verband kunnen wezenlijke veranderingen in de kwaliteit van de milieuzorg daarom vaak alleen maar worden bereikt in samenhang met verbeteringen in de totale kwaliteit van de organisatie.



## 4.7 Financieel beleid

In 2006 is voor het derde opeenvolgende jaar een positief resultaat bereikt (€ 1,7 miljoen). Dit is hoger dan begroot, maar lager dan behaald in 2005.

### Productie 2005-2006

De gerealiseerde productie van 2006 was wederom hoger dan in 2005:

- De poliklinische productie is 1,0% hoger;
- Het aantal opnamen is 1,0% lager
- Het aantal dagopnamen is 6,2% hoger

	Werkelijk 2005	Werkelijk 2006
Gewogen EPB's	159.328	161.024
Gewogen opnamen	32.715	33.131
Dagopnamen	24.507	26.047

### Financieel resultaat

Het financiële resultaat bedraagt € 1,7 miljoen positief, inclusief € 0,8 miljoen positief resultaat over voorgaande jaren. Het operationele resultaat over het jaar 2006 bedraagt € 0,9 miljoen. In de begroting 2006 is uitgegaan van een positief resultaat van € 0,5 miljoen en is een bedrag voor beleidsruimte opgenomen van € 1,0 miljoen. Ten opzichte van de begroting zijn hieronder de belangrijkste verschillen weergegeven;

1.	Begroot Positief R.A.K.	€ 0,5 miljoen	
2.	Vrijval beleidsruimte	<u>€ 1,0 miljoen</u>	€ 1,5 miljoen
3.	Extra opbrengsten		
-	Productie FB parameters A-segment	-/- € 1,0 miljoen	
-	B-segment	€ 0,9 miljoen	
-	Eerste lijn	€ 1,8 miljoen	
-	Uitbreiding capaciteit specialisten	€ 0,8 miljoen	
-	Uitbreiding capaciteit Agio's	€ 0,8 miljoen	
-	Budgetkorting prestatiecontract	-/- € 0,4 miljoen	
-	Overige opbrengsten	<u>€ 0,1 miljoen</u>	€ 3,0 miljoen
4.	Extra kosten		
	Hogere algemene kosten (met name advieskosten, ITIL-project en IT-audit)	€ 0,9 miljoen	
	- Patiëntgebonden kosten		
	implantaten	€ 1,0 miljoen	
	laboratoriummiddelen	€ 0,5 miljoen	
	kosten apparatuur	€ 0,3 miljoen	
	geneesmiddelen	€ 0,2 miljoen	
	overige posten	<u>€ 0,2 miljoen</u>	
		€ 2,2 miljoen	
	- Terreingebonden kosten	-/- € 0,2 miljoen	
	- Mutatie nacalculerbare kosten	<u>€ 0,7 miljoen</u>	€ 3,6 miljoen
	Per saldo		€ 0,9 miljoen

Bestemming resultaat

Het resultaat van € 1,7 miljoen zal worden toegevoegd aan de Reserve Aanvaarbare Kosten met als belangrijkste oogmerk de benodigde versterking van onze solvabiliteit.

Ontwikkeling liquiditeit

De liquiditeit is in 2006 verbeterd. De verhouding tussen vorderingen (inclusief onderhanden werk) en liquide middelen enerzijds en vlottende passiva (inclusief financieringoverschot) anderzijds bedraagt 0,88 en is verbeterd ten opzichte van vorig jaar (0,81).

Ontwikkeling solvabiliteit

Door voornoemd financieel resultaat stijgt het eigen vermogen van € 17,0 naar € 18,7 daarnaast is door de inbreng van het kinderdagverblijf de Imme het totale vermogen toegenomen met € 0,4 tot totaal € 19,1 miljoen.

Dit komt neer op een budgetratio (conform de berekening van het Waarborgfonds) van 10,1%. Ten opzichte van 2005 (10,0%) is dit een summiere verbetering wat betekent dat de groei van vermogen in de pas loopt met de stijging van het WTG-budget. Het WTG-budget is (tijdelijk) ook extra verhoogd met 10,2 miljoen ten behoeve van de versnelde afschrijving asbestgerelateerde boekwaarde Zutphen. Anders was het budgetratio meer gestegen. Gegeven het feit dat een percentage van tussen de 12 en 15% op dit moment door veel partijen als een gezonde financiële positie wordt gezien, is mede in het licht van de verdere marktontwikkeling en de invoering van het NKC-model, is een solvabiliteitsverbetering gewenst.

## Bijlage 1. Personalia

### Bijlage 1.1 Raad van Toezicht

Samenstelling d.d. 31 december 2006

Naam, functie in RvT, Geboortedatum en woonplaats	Hoofdfunctie	Relevante nevenfuncties	Datum eerste benoeming en datum van aftreden	Komt in aanmerking voor her- benoeming
prof. mr. J.W.J. Besemer, voorzitter  16-04-1946, Apeldoorn	Hoogleraar Geo-informatie- infrastructuur Technische Universiteit Delft	Lid bestuur Oude en Nieuwe Gasthuis	1 april 1999;  1 juli 2007	Nee
drs. G.J.M. de Cock, vice-voorzitter  25-10-1940, Nieuwegein	Commissaris en adviseur	Voorzitter RvC CAK Den Haag Lid RvT De Geestgronden, Bennebroek	1 april 2000;  1 juli 2008	Nee
prof. dr. J.C. Looise, lid  15-10-1949 Apeldoorn	Hoogleraar Personeelsmanagement en Organisatieontwikkeling Universiteit Twente	Geen	1 april 1999;  1 juli 2007	Nee
J.A. Bakker, Lid  24-06-1950 Apeldoorn	Voorzitter Raad van Bestuur Zorgspectrum Het Zand Zwolle	Penningmeester Contactgroep Gezondheidszorg- beleid Secretaris St. De Groene Steen	1 april 2000;  1 juli 2008	Nee
mw. M.J. Louppen- Laurant, lid  04-06-1950 Arnhem	Senior consultant Capgemini	Lid bestuur Het Dorp Lid RvT Siza- dorpgroep Lid RvT Lindenhout lid RvT Iriszorg Voorzitter RvT Bureau Jeugdzorg Overijssel	1 april 2000;  1 juli 2008	Nee
mr. H.J.E. Bruins Slot, lid 16-08-1948 Apeldoorn	Voorzitter Raad van Bestuur Nederlandse Publieke Omroep	Lid Vereniging Aegon Vz RvC Rabobank Apeldoorn e.o. Vz Bond Heemschut Vz RvT Muiderslot Lid RvT Koninklijke Effatha Guyot Groep	1 juli 2006;  1 juli 2010	Ja
mw. M.G. Hijweege, lid 02-04-1958 Gorssel	Ondernemer: Zijwegen BV		1 juli 2006;  1 juli 2010	Ja

## Bijlage 1.2 Raad van Bestuur

Samenstelling d.d. 31 december 2006

Naam	Functie	geboortedatum	Nevenfuncties	Werkzaam in de huidige functie sinds
drs. R.V.W.M. Lantain	voorzitter	06-09-1949	Voorzitter Raad van Toezicht Ambulancezorg Noord Oost Gelderland  Bestuurslid Stichting Vermogensbeheer Hoenderloogroep  Werkgeverslid Bestuur PGGM	01-03-2003
G.J. Heuver, arts, MMO	lid	18-02-1960	Voorzitter Raad van Toezicht MEE Oost Gelderland  Lid Raad van Toezicht RISO  Lid Commissie Besturing en Bekostiging, NVZ	01-09-1997
drs. M.A. Imkamp	lid	04-05-1959		01-03-2003
mw. ir. A.J. Boer	secretaris	16-12-1958		01-11-2001

## Bijlage 1.3 Samenstelling Medische Staf

### Medisch Stafbestuur Apeldoorn:

Dr. P.H.M. van de Weijer, voorzitter  
Dr. J.D.E. van Suijlen, vice-voorzitter  
T. van Bommel  
H.W. Slis  
Mw. A. Jerzewski  
H.W. Bolhuis

### Medisch Stafbestuur Zutphen:

Dr. M.L.M.J. Goessens, voorzitter  
H.G. J. van Cappelle, vice-voorzitter  
Dr. Y.K. Nio  
Mw. H.C. Tjeerdsma

### Leden Medische Staf:

#### Anesthesiologen Gelre:

E.J. Buijs  
L.G.J. Coenen  
P.G. van Delden  
J.J. Hermans  
P.H. van 't Hoff  
mw. F.D.M. Hommes  
P.W.G. Kuipers  
J.F. Martina  
M Oedairadjsingh  
E.L.P.M. van der Poel  
B.J. van Praagh  
mw. M.D.F.N. Rademaker  
mw. M.P. Roukens

#### Artsmicrobiologen Gelre:

F.G.C. Heilmann  
mw. dr. S. Kuipers  
mw. M.C.A. Wegdam-Blans  
dr. ing. A.G.M. van der Zanden, moleculair bioloog

#### Cardiologen Apeldoorn:

L. Cozijnsen  
dr. B.E. Groenemeijer  
dr. W.T.J. Jap Tjoen San  
mw. dr. A. Jerzewski  
E.M. Koomen  
mw. D.M. Nicastia  
dr. R.A. Waalewijn

#### Cardiologen Zutphen:

J.R. de Jong (per 8-1-2007)  
A.C.P. Maas (per 1-2-2007)  
A.C. Tans  
J.J.C. Westendorp  
mw. N.Y.Y. al-Windy

### Chirurgen Apeldoorn:

H.W. Bolhuis  
dr. W.H. Bouma  
H.C.L.J. Buscher  
dr. E.J. Hesselink  
M. Hogervorst  
P.L. Klemm  
dr. W.B. Lastdrager  
J.G.J. Roussel

### Chirurgen Zutphen:

mw. M.I.A. van Engeland (per 1-6-2007)  
dr. M.L.M.J. Goessens  
mw. J.M.A. Ketel  
E.J. van Nieuwenhoven  
H.W. Palamba  
R.H. Schreve (tot 1-2007)

### Dermatologen Apeldoorn:

mw. H.E. Boonstra  
dr. A.M. van Coevorden  
dr. M. Tjioe  
mw. L.A. Veldwachter

### Dermatologen Zutphen:

J.A. Emsbroek  
mw. C.C.M. van Gerven

### Gynaecologen Apeldoorn:

L.J. van Dam  
mw. A.J.M. Huisjes  
dr. M. Huisman  
mw. dr. K.M. Paarlberg  
mw. dr. G.J. Scheffer-Nijssen  
dr. W.A. Spaans  
dr. P.H.M. van de Weijer

### Gynaecologen Zutphen:

mw. Y.A.J.M. Dabekausen  
J.H. Deelen  
R.J.C.I. Sassen  
E.H.J. Zanders

### Intensivisten Apeldoorn:

dr. J.H. Rommes  
dr. P.E. Spronk

### Internisten Apeldoorn:

dr. J.N.M. Barendregt  
T. van Bommel  
B.W. van den Berg  
J.C. Janssen  
mw. dr. J.M. Smit  
dr. R.P. Verhoeven  
dr. C.G. Schaar  
mw. dr. S.A. Radema  
mw. Y.M. Vermeeren

Internisten Zutphen:

L. Ausema  
dr. O.A. van Dobbenburgh  
mw. dr. E.E.M. van Ginneken  
dr. J. van der Laan  
mw. S. Nauta  
mw. G.W. Semplonius

Kaakchirurgen Apeldoorn:

B.J. Dokter  
R. Walhof

Kaakchirurgen Zutphen:

W.J. Josephus Jitta  
P. Lührman  
M.R. Reinkingh

Kinderartsen Apeldoorn:

mw. C.M. Bakker  
R.A. Bruinsma  
mw. T.A. de Heer-Groen  
M. Hofkamp  
L. Lunshof  
D.J. Pot  
mw. dr. M.H. Rövekamp  
Prof.dr. C.H. Schröder

Kinderartsen Zutphen:

R. Kohl  
mw. M.J. Spaan-Groenemeijer  
H.F.H. Thijs  
mw. T.S. Verhoeks  
P. Winterdijk

Klinisch chemici Gelre:

dr. H.J. Adriaansen  
J.P.M.M. Jaspers (tot 1-1-2007)  
dr. J.S. Kamphuis  
dr. J.A. Remijn (per 1-1-2007)  
dr. J.D.E. van Suijlen

Klinisch genetisch consulent

mw. B.P.M. van Nesselrooy

Klinisch fysicus Gelre:

ir. P.B. de Munckklinisch fysicus

Klinisch gerieters Gelre:

mw. J.H. Kalf  
mw. H. Paling (per 1-5-2007)  
mw. W. te Water

Klinisch pathologen Gelre:

mw. dr. C.E. Essed  
mw. M.G. Looyen-Salamon (  
T.A.J.M. Manschot  
H.M. Peters  
dr. E.F. Weltevreden

Klinisch psychologen Apeldoorn:

D.A. Dijkman  
mw. M.L. Hulsbergen  
J.L.B.C.M. Sandmann

Klinisch psychologen Zutphen:

E.J. Overdorp (GGNet)

KNO-artsen Apeldoorn:

dr. P.P.G. van Benthem  
dr. T.D. Bruintjes  
dr. R.J.B. Hemler  
K.J. Langenhuijsen

KNO-artsen Zutphen:

dr. R.J.H. Ensink  
F.J. Mud  
S. Sluyter

Longartsen Apeldoorn:

M. Bülbül  
mw. E.G.M. Cobben-Beld  
dr. R. Hage  
M.J. Möllers  
mw. J.J.C.M. Rooijmans-Rietjens

Longartsen Zutphen:

E. Lammers  
P.B. Luursema  
R.H.U. Rammeloo

Maag-darm-leverartsen Apeldoorn:

dr. R.J. Lieveerse  
dr. R.J. Robijn  
H. Akol (per 16-1-2007)

Neurochirurgen Apeldoorn:

F.C. de Beer  
dr. D.J. Zeilstra

Neurologen Apeldoorn:

H.P. Bienfait  
B. van Kooten  
dr. R.B. van Leeuwen  
mw. D. Skallebaek  
E. van Wensen

Neurologen Zutphen:

mw. P.J.E. Eekers  
mw. F.E. Strijks  
mw. H.C. Tjeerdsma  
H.J.D. de Zwart

Oogartsen Apeldoorn:

N.J.F. Buisman  
J.H.P. Dijkman  
A.J.M. van Hogerwou  
J.J. Scheenloop  
mw. N.E.M.L. Tang

Oogartsen Zutphen:

J.S. Kasanardjo  
dr. A.F. Meijer  
dr. Y.K. Nio

Orthopaedisch chirurgen Apeldoorn:

E. Breemans  
T. Burbach  
R.H. Jansen  
E.E.J. Raven  
K. Schäffer

Orthopaedisch chirurgen Zutphen:

H.G.J. van Cappelle  
J. Frejlach  
dr. P.H.G.E. Strens

Orthopedagoog Apeldoorn:

F.L.M.H. van den Bekerom

Plastisch chirurgen Gelre:

mw. C.A.M. Oostrom  
D.A.U.M.J. Schiettecatte  
mw. B.S.A. Schwencke-König  
dr. W.J. Theuvenet

Psychiaters Apeldoorn:

H. Snoeij  
J.G. Upmeijer

Psychiaters Zutphen:

GGNet

Radiologen Apeldoorn:

Apeldoorn:  
dr. C. Bendien  
F.H.L. Bröker  
dr. J.W.C. Gratama  
W. ten Hove  
P.C. Nass  
R.J.P. van Nidek  
H.W. Slis  
J.L.M. de Win

Radiologen Zutphen:

mw. H.H.J. Baretta-Kooi  
A.R. v.d. Biezenbos  
mw. S.L.E. Elbers  
J.H.M.A. Krens  
P.G. Sijbrandij

Radiotherapeuten Apeldoorn:

H.J. te Loo  
E.J.A. Vonk

Radiotherapeuten Zutphen:

mw. J. Bekker  
P. Bouma

Reumatologen Apeldoorn:

dr. F. Eggelmeijer  
S.H. Oei  
J.M. van Woerkom

Reumatologen Zutphen:

mw. H.H. Nuver-Zwart  
D.R. Siewertsz van Reesema

Revalidatieartsen Apeldoorn :

mw. K. Dankoor  
mw. E.A.P. Verhaak-Grootscholten

Revalidatieartsen Zutphen :

mw. E. Zoetemeijer  
T. Semeijn

Urologen Gelre:

D.F. Eijken  
A.G.A. de Vlaam  
W. IJzerman  
P.J. Zwaan

Ziekenhuisapothekers Gelre:

G.B. Drese  
mw. C.M. Essink-Tjebbes  
R.M. Posthuma  
J.J.W. Ros  
G. de Weerd

## Bijlage 1.4 Zorgeenheden en Medisch Ondersteunende Diensten

Zorgeenheden Gelrebreed	Zorgmanager	Medisch manager
Anesthesiologie	P. Brouwer (Apeldoorn) en M. Huis in't Veld (Zutphen)	E. J. Buys (Apeldoorn) en J.J. Hermans (Zutphen)
Plastische Chirurgie	G. Voogt	W.J. Theuvenet
Urologie	P. Mascini	P.J. Zwaan
Geriatric	R. Reitsma	mw. J.H. Kalf

Medisch Ondersteunende Diensten Gelrebreed	Afdelingshoofd
Apotheek	G. de Weerd
Klinische Pathologie	dr. E.F. Weltevreden, M.W. van Rossum
Klinisch Chemisch Hematologisch Laboratorium	dr. J.D.E. van Suijlen
Medische Microbiologie en Infectieziekten	dr. ing. A.G.M. v.d. Zanden

Zorgeenheden Apeldoorn	Zorgmanager	Medisch manager
Intensive Care	P. Brouwer	Dr. J.H. Rommes
Interne Geneeskunde	R. Reitsma	mw. Y.M Vermeeren
Chirurgie	G. Voogt	Dr. W.B. Lastdrager, J.G.J. Roussel
Orthopaedie	G. Voogt	R.H. Jansen
KNO	G. Voogt	Dr. T.D. Brintjes
Dermatologie	mw. A. Reiter-Terlouw	mw. H.E. Boonstra
Psychiatrie	M. Kraa	H. Snoeij
Neurologie	mw. A. Reiter-Terlouw	B. van Kooten
Gynaecologie / Verloskunde	P. Mascini	mw. dr. K.M. Paarlberg
Oogheelkunde	P. Mascini	A.J.M. van Hogerwou
Kaakchirurgie	G. Voogt	B.J. Dokter, R. Walhof
Cardiologie	mw. A. Reiter-Terlouw	E.M. Koomen
Longziekten	R. Reitsma	mw.J.J.C.M. Rooijmans-Rietjens
Reumatologie	R. Reitsma	dr. F. Eggelmeijer
Kind en Jeugd	P. Mascini	prof. dr. C.H. Schröder
Revalidatiegeneeskunde	G. Voogt	Mw. E.A.P. Verhaak-Grootsholten

Medisch Ondersteunende Diensten Apeldoorn	Afdelingshoofd / Zorgmanager	Medisch manager
Operatiekamers	P. Brouwer	J.G.J. Roussel, P.W.G. Kuipers
Spoedeisende Hulp	P. Brouwer	J.G.J. Roussel
Scopie-afdeling	R. Reitsma	mw. E.G.M. Cobben-Beld, B.W. van den Berg
Biometrie	R.A. de Jong	dr. R.J.B. Hemler
Radiologie	W. ten Hove	P.C. Nass



<b>Zorgeenheden Zutphen</b>	<b>Zorgmanager</b>	<b>Medisch manager</b>
IC / CC	M. Huis in't Veld	L. Ausema, A.C. Tans, dr. M.L.M.J. Goessens
Interne Geneeskunde	W. Vletter	dr. O.A. van Dobbenburgh
Dermatologie	W. Vletter	J.A. Emsbroek
Neurologie	W. Vletter	mw. H.C. Tjeerdsma
Gynaecologie / Verloskunde	H.J. Koppelman	mw.Y.A.J.M. Dabekausen
Kindergeneeskunde	H.J. Koppelman	mw. M.J. Spaan-Groenemeijer
Chirurgie	H.J. Koppelman	mw. J.M.A. Ketel
Orthopaedie	H.J. Koppelman	H.G.J. van Cappelle
Oogheekunde	H.J. Koppelman	dr. A.F. Meijer en Y.K. Nio, aanspreekpunt maatschap
KNO	H.J. Koppelman	F.J. Mud, aanspreekpunt maatsch.
Mondheekunde	H.J. Koppelman	W.J. Josephus Jitta, aanspreekpunt maatsch.
Cardiologie	W. Vletter	A.C. Tans
Longziekten / Oncologie	W. Vletter	P.B. Luursema
Reumatologie	W. Vletter	mw. H.H. Nuver-Zwart

<b>Medisch Ondersteunende Diensten Zutphen</b>	<b>Afdelingshoofd / Zorgmanager</b>	<b>Medisch manager</b>
Operatiekamers	M. Huis in't Veld	J.J. Hermans
Spoedeisende Hulp	M. Huis in't Veld	L. Ausema, A.C. Tans, dr. M.L.M.J. Goessens
Radiologie	R. Heus	A.R. van den Biezenbos