

gelre ziekenhuizen



Gelre ziekenhuizen

Jaardocument 2007

Hierbij bieden wij u het maatschappelijk verslag 2007 aan van Gelre ziekenhuizen.



Raad van Bestuur
Drs. R.V.W.M. Lantain, voorzitter



Raad van Toezicht
Mr. H.J.E. Bruins Slot, voorzitter

Inhoudsopgave:

1.	Uitgangspunten van de verslaggeving	4
2	Profiel van de Organisatie	5
2.1	Algemene identificatiegegevens	5
2.2	Structuur van het concern	6
2.2.1	Juridische structuur	6
2.2.2	Organisatorische structuur	6
2.2.3	Besturingsmodel	8
2.3	Kerngegevens	10
2.3.1	Kernactiviteiten en nadere typering	10
2.3.2	Cliënten, capaciteit, productie, personeel en opbrengsten	11
2.3.3	Werkgebieden	13
2.4	Belanghebbenden	13
2.4.1	Patiënten(organisaties)	14
2.4.2	Zorgverzekeraars	14
2.4.3	Huisartsen	14
2.4.4	Andere zorgaanbieders	15
2.4.5	Omwonenden	16
3	Bestuur, toezicht en bedrijfsvoering	17
3.1	Bestuur en toezicht	17
3.1.1	Zorgbrede Governancecode	17
3.1.2	Raad van Bestuur	18
3.1.2.1	Het jaar 2007, een overzicht	21
3.1.3	Raad van Toezicht	26
3.2	Bedrijfsvoering	30
3.3	Cliëntenraad	35
3.4	Ondernemingsraad	37
3.5	Verpleegkundige Adviesraad	39
4	Beleid, inspanningen en prestaties	41
4.1	Meerjarenbeleid	41
4.2	Algemeen beleid	43
4.3	Algemeen kwaliteitsbeleid	44
4.5.1	Personeelsbeleid	52
4.5.2	Kwaliteit van het werk	54
4.6	Samenleving	55
4.6.1	Doe-dag	55
4.6.2	Landelijke imagocampagne	56
4.6.3	Mobiliteitsmanagement	56
4.6.4	Milieubeleid	58
4.6.5	Sponsoring	59
Bijlage 1:	Raad van Toezicht	60
Bijlage 2:	Presentielijst vergaderingen Raad van Toezicht 2007	63
Bijlage 3:	Samenstelling Raad van Bestuur per 31 december 2007	64
Bijlage 4:	Portefeuilleverdeling Raad van Bestuur	65
Bijlage 5:	Overzicht stafdiensten	66
Bijlage 6:	Zorgeenheden en Medisch Ondersteunende Diensten	66
Bijlage 7:	Medische staven Apeldoorn en Zutphen	68

1. Uitgangspunten van de verslaggeving

Voor u ligt het jaardocument 2007 van Gelre ziekenhuizen. In dit document legt Gelre ziekenhuizen verantwoording af over haar beleid, activiteiten en prestaties in het jaar 2007.

De Regeling Verslaglegging WTZi verplicht alle zorginstellingen met ingang van het verslagjaar 2007 het jaardocument te hanteren. Gelre ziekenhuizen heeft over het verslagjaar 2006, hoewel het toen nog vrijwillig kon worden toegepast, ook reeds het jaardocument gehanteerd.

Raad van Toezicht en de Raad van Bestuur leggen in dit jaardocument verantwoording af.

Uitgangspunt is een zo compleet mogelijk beeld te schetsen van hetgeen zich in 2007 binnen Gelre ziekenhuizen heeft afgespeeld. Een toelichting wordt gegeven op het kwaliteitsbeleid en de resultaten die hiermee zijn geboekt in 2007. Tevens wordt aandacht besteed aan het veiligheidsmanagement, ICT-beleid, personeelsbeleid en de financiële resultaten. In hoofdstuk 3 is te lezen op welke wijze Gelre ziekenhuizen inhoud geeft aan Corporate Governance.

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 en niet herhaald in dit verslag.

De verplichte bijlagen van dit jaarverslag zijn ingevuld via DigiMV. Deze bijlagen bevatten nadere kwantitatieve en kwalitatieve informatie in tabelvorm.

Het jaardocument is tot stand gekomen onder verantwoordelijkheid van de Raad van Bestuur.

De accountant heeft controle uitgeoefend op de jaarrekening en de verenigbaarheid van het maatschappelijk verslag met deze jaarrekening. Zijn oordeel is verwoord in de accountantsverklaring, die in dit jaardocument is opgenomen.

2 Profiel van de Organisatie

2.1 Algemene identificatiegegevens

Stichting Gelre ziekenhuizen

Postbus 9014

7300 DS Apeldoorn

telefoon (055) 581 81 81

www.gelreziekenhuizen.nl

Identificatienummer(s) NZa: 010-0505

KvK-nummer rechtspersoon: 08083266

Gelre ziekenhuizen kent drie ziekenhuislocaties en een buitenpolikliniek:

Locatie Lukas *

Bezoekadres: Albert Schweitzerlaan 31, 7334 DZ Apeldoorn

Postadres: Postbus 9014 7300 DS Apeldoorn

Algemeen telefoonnummer: (055) 581 81 81

Locatie Juliana

Bezoekadres: Sprengeweg 70, 7314 ET Apeldoorn

Postadres: Postbus 9014 7300 DS Apeldoorn

Algemeen telefoonnummer: (055) 581 81 81

Locatie Het Spitaal

Bezoekadres: Ooyerhoekseweg 8, 7207 BA Zutphen

Postadres: Postbus 9020, 7200 GZ Zutphen

Algemeen telefoonnummer: (0575) 592 592

Polikliniek Lochem

Bezoekadres: Zwiepseweg 105, 7241 GR Lochem

Postadres: Zwiepseweg 105, 7241 GR Lochem

Algemeen telefoonnummer: (0573) 257 922

* De Raad van Bestuur is gevestigd in de locatie Lukas. In deze locatie, waar gedurende de afgelopen jaren een vernieuwingsoperatie heeft plaatsgevonden, zullen eind 2008 alle patiëntgebonden en niet patiëntgebonden afdelingen en diensten voor Apeldoorn zijn ondergebracht. Daarna zal de locatie Juliana worden gesloten.

2.2 Structuur van het concern

2.2.1 Juridische structuur

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

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.

2.2.2 Organisatorische structuur

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 hoofdstuk 3). Gelre ziekenhuizen is een geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf waarin op tactisch niveau sprake is van duaal management: alle zorgeenheden kennen een zorgbestuur bestaande uit een zorgmanager en een medisch manager. De maatschappen/vakgroepen ontvangen een vergoeding om uit hun midden een medisch manager voor een beperkt aantal uren per week vrij te stellen.

Op beide locaties (Apeldoorn en Zutphen) functioneert een Vereniging Medische Staf en op concernniveau functioneert een Holdingstaf. Beide Verenigingen Medische Staf kennen een medisch stafbestuur. Daarnaast functioneert er per locatie een Stafmaatschap, ter behartiging van de financiële belangen van de aangesloten vrijgevestigde medisch specialisten. De Raad van Bestuur voert tweewekelijks overleg met de voorzitters van de medisch stafbesturen en de voorzitters van de stafmaatschappen.

In de loop van 2007 is door de medisch stafbesturen een evaluatie gehouden ten aanzien van het functioneren van de Holdingstaf. Geconstateerd is dat de Holdingstaf niet heeft opgeleverd wat werd verwacht. Kern is dat de medische staven in Apeldoorn en Zutphen sterk zijn gericht op het functioneren van de eigen ziekenhuislocatie en dat de meerwaarde van de Holdingstaf slechts op enkele terreinen wordt ervaren. Dit heeft er eind 2007 toe geleid de vergaderingen van de Holdingstaf in 2008 in frequentie te verlagen en het accent meer op de eigen ziekenhuislocatie te richten. Deze ontwikkeling loopt parallel met de besturingsdiscussie waarover verderop in dit hoofdstuk een nadere toelichting volgt.

De lijnorganisatie kent de volgende onderdelen:

34 zorgeenheden met een duale managementstructuur: zorgmanager en medisch manager vormen het zorgbestuur van een zorgeenheid

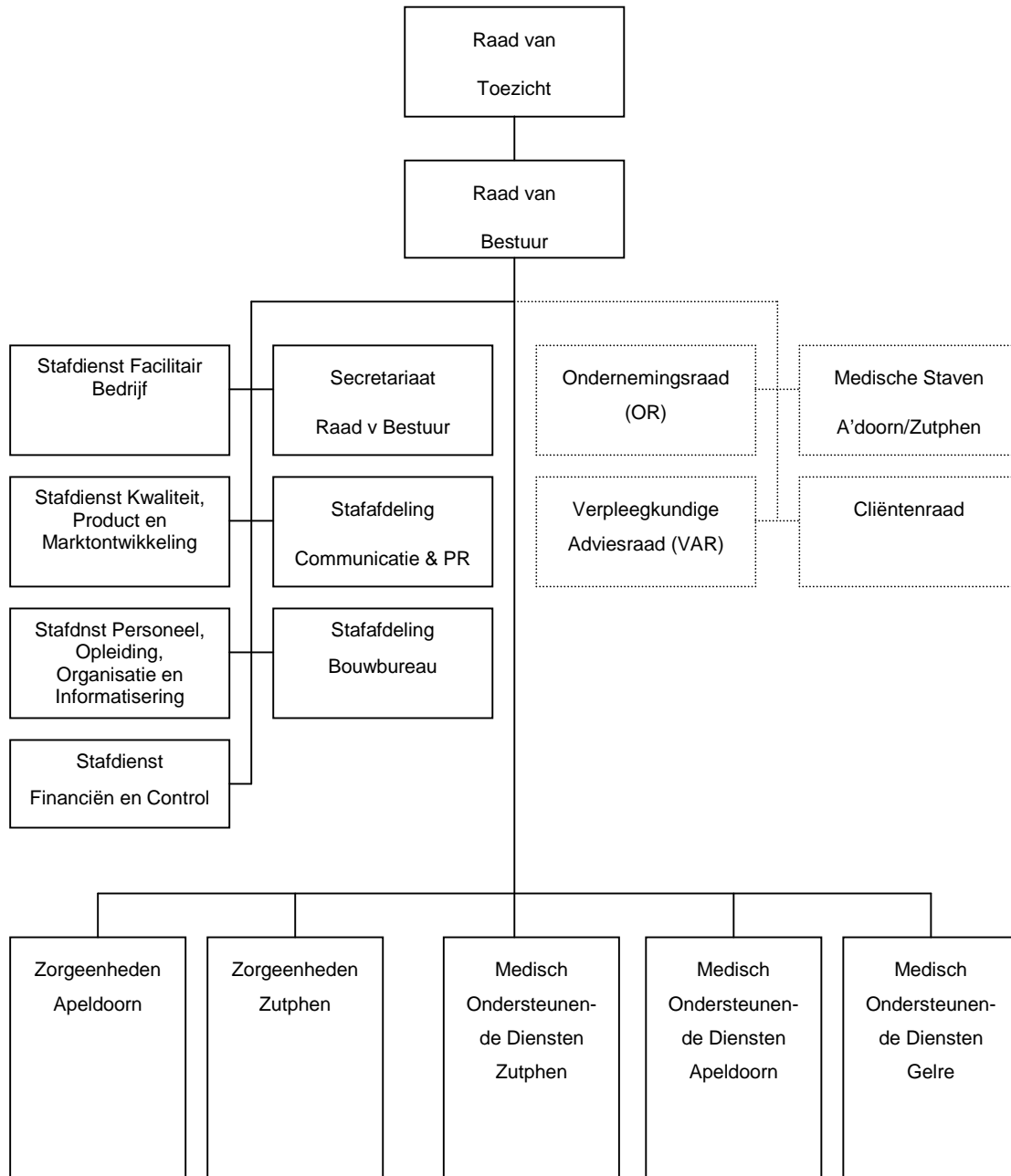
13 medisch ondersteunende diensten

5 stafdiensten: Facilitair Bedrijf, Financiën & Control, Kwaliteit Product en Markontwikkeling*, Personeel Opleidingen Organisatie & Informatisering en Communicatie & PR

Adviesorganen: Ondernemingsraad, Cliëntenraad, Verpleegkundige Adviesraad

* In de loop van het jaar 2007 is besloten de stafdienst Kwaliteit Product en Markontwikkeling (KPM) op te heffen. Er is, gezien de ontwikkelingen in de zorgsector, voor gekozen meer expliciet aandacht

te besteden aan zorgmarketing en patiëntveiligheid. Om dit te kunnen realiseren wordt een nieuwe stafdienst Marketing & Portfolio en een bureau 'Veiligheid en Klachten' ingericht, hiërarchisch rechtstreeks onder de Raad van Bestuur. De stafmedewerkers van de stafdienst KPM zijn ondergebracht bij de stafdienst POO&I, de stafdienst Marketing & Portfolio en het bureau Veiligheid en Klachten. De wervingsprocedure voor een directeur Marketing & Portfolio is eind 2007 gestart.



2.2.3 Besturingsmodel

Gelre ziekenhuizen wordt bestuurd volgens het Raad van Toezichtmodel. De Raad van Toezicht is tezamen met de Raad van Bestuur verantwoordelijk voor de corporate governance structuur van de Stichting Gelre ziekenhuizen en voor de naleving van de principes van de Zorgbrede Governancecode op basis van het principe 'comply or explain'.

In 2005 zijn op basis van de Zorgbrede Governancecode de volgende documenten aangepast:

- Statuten van de Stichting Gelre ziekenhuizen;
- Reglement van de 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.

Besturingsdiscussie

In de loop van het jaar 2007 is tussen Raad van Bestuur en Medisch Stafbesturen een discussie ontstaan over het besturingsmodel van Gelre ziekenhuizen. De start van deze 'Besturingsdiscussie' is gelegen in de plannen van het medisch stafbestuur Apeldoorn om als medische staf meer verantwoordelijkheid te willen nemen voor het te voeren beleid in het ziekenhuis. Daartoe heeft het medisch stafbestuur zogenaamde 'Stafkoepels' ingericht die themagewijs (Kwaliteit, ICT, HRM) in samenspraak met de stafdiensten binnen de ziekenhuisorganisatie en in afstemming met de Raad van Bestuur het beleid zouden moeten vormgeven. Ook heeft het medisch stafbestuur in evaluatieve zin uitspraken gedaan over de organisatiestructuur van de zorgeenheden en de aansturing van het primaire proces. Tijdens de eerste bijeenkomst in het kader van de besturingsdiscussie bleek echter dat beide medisch stafbesturen met name wilden spreken over het verkrijgen van meer vrijheden voor de twee ziekenhuislocaties (Apeldoorn en Zutphen). Wel is duidelijk gesteld dat men niet wilde defuseren.

Gezamenlijk is geconstateerd dat de fusie tussen de ziekenhuizen in Apeldoorn en Zutphen – daterend van 1999 – weliswaar voordelen heeft opgeleverd, maar dat deze, behoudens enkele medische samenwerkingsverbanden, beperkt zijn gebleven tot schaal- en efficiencyvoordelen door integratie van medisch ondersteunende diensten, stafdiensten en facilitair bedrijf. Ten aanzien van het primaire proces is nog steeds sprake van twee ziekenhuizen. De Raad van Bestuur heeft zich op het standpunt gesteld dat het valt te betreuren dat de potentiële voordelen van de fusie slechts zo beperkt kunnen worden benut, zeker gelet op de marktontwikkelingen die de lading van Gelre ziekenhuizen als merk alleen maar meer gewenst maken. Hij heeft echter moeten constateren dat de weerstanden die daartoe moeten worden overwonnen zo veel contraproductieve energie opleveren dat per saldo het resultaat negatief is. Dat in aanmerking nemende zijn er voor de Raad van Bestuur geen overwegende bezwaren om meer differentiatie tussen de ziekenhuislocaties toe te staan, maar de Raad van Bestuur heeft vanuit de wettelijke kaders een bestuurlijke verantwoordelijkheid op Gelre niveau op de terreinen continuïteit van de onderneming, afweging van de belangen van de stakeholders, kwaliteit en verantwoord ondernemen.

Raad van Bestuur en medisch stafbesturen hebben medio 2007 gezamenlijk besloten een externe adviseur in de discussie te betrekken. De heer S. de Waal (geassocieerd senior partner Boer & Croon en directeur Public SPACE) heeft hiertoe individuele gesprekken gevoerd en een aantal discussiebijeenkomsten begeleid, hetgeen heeft geresulteerd in een adviesrapport dat in het voorjaar

van 2008 is gepresenteerd en bediscussieerd. De besturingsdiscussie zal in 2008 verder worden gevoerd. Het streven is medio 2008 een besluit te nemen over het toekomstige besturingsmodel.

Medezeggenschapsstructuur

Gelre ziekenhuizen kent op strategisch niveau de volgende adviesorganen:

- Vereniging Medische Staf Apeldoorn
- Vereniging Medische Staf Zutphen
- Ondernemingsraad
- Cliëntenraad
- Verpleegkundige Advies Raad

Deze organen geven gevraagd en ongevraagd advies aan de Raad van Bestuur over het strategisch beleid van Gelre ziekenhuizen en over voorgenomen besluiten. Op de medezeggenschap van de Ondernemingsraad en de Cliëntenraad is specifieke wetgeving van toepassing: de Wet op de Ondernemingsraden (WOR) en de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ).

In de paragrafen 3.3 tot en met 3.6 wordt meer informatie gegeven over het overleg met deze adviesorganen en de door hen uitgebrachte adviezen.

2.3 Kerngegevens

2.3.1 Kernactiviteiten en nadere typering

Gelre ziekenhuizen biedt als algemeen ziekenhuis medisch specialistische zorg en daaraan gerelateerde verpleging en verzorging. De verzorgingsregio kenschetst zich door twee grotere woonkernen: de gemeenten Apeldoorn. In deze gemeenten bevinden zich de twee locaties van Gelre ziekenhuizen. Daarnaast bevinden zich in de regio de gemeenten Epe, Voorst, Brummen, Lochem, Bronckhorst en Berkelland. De adherentiecijfers voor Gelre in totaal en specifiek in de gemeenten Apeldoorn en Zutphen staan vermeld in paragraaf 2.3.3. Gelre ziekenhuizen biedt in de gehele regio acute zorg dichtbij de patiënt en voldoet aan de vraag naar curatieve, poliklinische en klinische, medisch specialistische zorg. Daarnaast worden ook commerciële zorgproducten en facilitaire producten aangeboden.

Gelre ziekenhuizen beschikt over de volgende medische specialismen:

Anesthesiologie
Cardiologie
Chirurgie
Dermatologie
Geriatric
Gynaecologie/Verloskunde
Intensive Care
Interne Geneeskunde
Kaakchirurgie
Kindergeneeskunde
Klinische Chemie en Hematologie
Klinische Fysica
Keel- Neus- en Oorheelkunde
Longziekten
Maag-Darm-Leverziekten
Medische Microbiologie
Medische Psychologie
Moleculaire Diagnostiek
Neurologie
Neurochirurgie
Nucleaire Geneeskunde
Oogheelkunde
Orthopedische Chirurgie
Pathologie
Plastische Chirurgie
Psychiatrie
Pijnbestrijding
Radiologie
Reumatologie
Revalidatiegeneeskunde
Urologie
Ziekenhuisapotheek

2.3.2 Cliënten, capaciteit, productie, personeel en opbrengsten

Kenmerken	werkelijk *) 2007	Werkelijk 2006	Werkelijk 2005	Werkelijk 2004
Adherentie				
- klinisch	270.017	270.192	274.825	269.231
- poliklinisch	283.775	284.085	277.187	281.261
Capaciteit:				
- gewogen specialistenplaatsen conform erkenning (exclusief agio's)	117,74	115,57	111,52	111,17
- bedden (erkenning) incl. bedden t.b.v. dagopnamen (excl. erkenning PAAZ)	925	925	925	925
Productie:				
- opnamen (excl. PAAZ)	30.248	28.912	28.598	29.359
- verpleegdagen (excl. PAAZ)	165.789	167.637	166.678	173.267
- dagopnamen	27.927	26.047	24.507	21.712
- 1e polikliniekbezoeken (EPB) (excl. PAAZ)	177.517	171.637	169.120	167.369
- herhalingsbezoeken (excl. PAAZ)	279.251	273.262	267.585	286.747
Personeel en kosten				
- aantal fte (excl. PNIL)	2.284	2.184	2.150	2.184
- personeelskosten (x € 1.000)	116.277	108.791	104.645	102.516
- gem. kosten per fte.	50.909	49.813	48.672	46.940
- totale kosten (x €. 1.000)	217.194	195.846	174.383	165.692
Budget aanvaardbare kosten	182.728	174.080	160.417	162.374
Opbrengst derden	33.744	23.512	18.530	7.167
Totaal opbrengsten: (x € 1.000)	216.472	197.592	178.947	169.541
- eigen vermogen	2.335	2.335	2.335	2.335
- weerstandsvermogen (RAK)	17.429	8.818	7.072	3.036
- bestemmingsreserves	2.379	7.427	7.427	6.927
- niet collectief gefinancierd vrij vermogen	806	475	148	148
Totaal eigen vermogen (x € 1.000)	22.949	19.056	16.982	12.446
Weerstandsvermogen	22.949	18.374	17.686	11.689
Risicobudget	216.472	181.998	164.296	156.887
Solvabiliteitspercentage conform WfZ	10,6%	10,1%	10,0%	7,5%

Jaardocument Gelre ziekenhuizen 2007, maatschappelijk verslag

Lang vreemd vermogen (x € 1.000)	185.591	175.201	143.188	107.581
Investerings immateriële activa (nieuwbouw Apeldoorn)		0	0	0
Investerings gebouwen en installaties	40.724	48.510	41.421	28.393
Investerings inventarissen	<u>9.397</u>	<u>2.513</u>	<u>10.197</u>	<u>6.962</u>
Investerings totaal	50.121	51.023	51.619	35.355
Kengetallen (excl. PAAZ):				
- gemiddelde verpleegduur	5,5	5,8	5,8	5,9
- gemiddelde aantal bezette bedden (incl. dagopnamen)	531	531	524	533
- aantal opnamen per 1000 EPB	170	168	169	175
- aantal dagopnamen per 1000 EPB	157	152	145	130
- aantal dagopnamen/aantal opnamen	0,92	0,90	0,86	0,74
- herhalingsfaktor polikliniekbezoeken	1,6	1,6	1,6	1,7

*) De cijfers 2007 zijn gebaseerd op de geconsolideerde jaarrekening, de andere jaren zijn op basis van de enkelvoudige jaarrekening

2.3.3 Werkgebieden

Adherentie

	Apeldoorn	Zutphen	Gelre
Poliklinisch	182.436	95.430	277.866
Klinisch (+dagverpl.)	179.829	95.398	275.227

Kaart verzorgingsgebied:



2.4 Belanghebbenden

Naast de medezeggenschap van medewerkers (via de Ondernemingsraad) en cliënten (via de Cliëntenraad) kent Gelre ziekenhuizen kent een groot aantal externe stakeholders, als volgt in te delen:

- patiënten(organisaties)
- zorgverzekeraars
- huisartsen
- andere zorgaanbieders
- overheden (gemeentelijk, provinciaal, landelijk) en inspecties
- omwonenden

2.4.1 Patiënten(organisaties)

De patiënt is vanzelfsprekend de belangrijkste direct belanghebbende van Gelre ziekenhuizen. Zoals gezegd is in de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen de medezeggenschap van cliënten vastgelegd. De relatie tussen de Raad van Bestuur en de Cliëntenraad is, na de totstandkoming van een nieuwe Cliëntenraad eind 2006, goed te noemen. Er is sprake van constructief overleg in een goede sfeer en adviezen van de Cliëntenraad worden door de Raad van Bestuur ter harte genomen. Daarnaast is er een goed contact 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 eind 2006 nieuw gevormde Cliëntenraad van Gelre ziekenhuizen.

Gelre ziekenhuizen heeft in de jaren 2002 tot en met 2006 een eigen structureel patiënttevredenheidsonderzoek uitgevoerd om de mening van de patiënt te vernemen over de zorg- en dienstverlening. Alhoewel hier zinvolle resultaten uit naar voren zijn gekomen, moest worden geconcludeerd dat de respons - met name op de poliklinieken - te wensen overliet. Daarom is voor de jaren 2007 en verder besloten te participeren in het landelijke patiënttevredenheidsonderzoek van Prismant. Een bijkomend voordeel van dit onderzoek is dat het een benchmark oplevert met andere ziekenhuizen. De resultaten van dit patiënttevredenheidsonderzoek in 2007 staan beschreven in hoofdstuk 4.

Gelre ziekenhuizen kan over deze resultaten tevreden zijn. Desalniettemin heeft het geleid tot verschillende verbeteractiviteiten, met name rondom de aspecten informatie, vertrek en nazorg.

2.4.2 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'. Ook in 2007 heeft met de zorgverzekeraars intensief overleg plaatsgevonden in het kader van de te maken productieafspraken. Overeenstemming is bereikt over een groeipercentage van ruim twee procent, met daarnaast een nacalculatie voor de acute en urgente zorg alsmede voor de eerstelijnsproductie. Tevens is overeenstemming bereikt over uitbreiding van de capaciteit bij de specialismen cardiologie en revalidatiegeneeskunde.

2.4.3 Huisartsen

Zowel in de regio Apeldoorn (tien keer per jaar) als in de regio Zutphen (vier keer per jaar) is er structureel overleg tussen de Raad van Bestuur, het medisch stafbestuur en het bestuur van de Regionale Huisartsenvereniging. Naast bespreking van operationele zaken wordt gericht overleg gevoerd over de samenwerking aangaande de ontwikkeling van zorgtrajecten en transmurale werkafspraken, afstemming over ICT-ontwikkelingen en samenwerking ten aanzien van de spoedeisende hulp en huisartsenposten.

2.4.4 Andere zorgaanbieders

Gelre ziekenhuizen heeft met een groot aantal zorgaanbieders in en buiten de regio een samenwerkingsovereenkomst en/of participeert in een aantal samenwerkingsverbanden:

- Radiotherapeutisch Instituut Stedendriehoek en Omstreken (RISO)
- Integraal Kankercentrum Stedendriehoek Twente (IKST)
- GGNet, inzake de ontwikkeling van de RGC's in Zutphen en 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

Voorts is er structureel overleg met de thuiszorgorganisaties, verpleeg- en verzorgingshuizen in de regio Apeldoorn-Zutphen en omgeving.

Transmurale zorg

De transmurale netwerken cure bestaan circa vijf jaar. Vanwege de veranderingen in de zorg (marktwerking en noodzaak tot rendementsverbetering) is gekeken naar een vernieuwde opzet van deze netwerken, waarbij het vrijblijvende karakter van de samenwerking omgezet wordt in een niet-vrijblijvende en een meer op resultaat gerichte structuur en werkwijze. Daarbij staat de verbetering van de transmurale patiëntenlogistiek en de ontwikkeling van keten DBC's centraal. Binnen de regio Apeldoorn hebben met name de verpleeg- en verzorgingshuizen (Zorggroep Apeldoorn) perspectief geboden voor nauwere samenwerking op basis van minder vrijblijvende afspraken. Gelre zal dan ook met deze zorgpartner een nauwere samenwerking aangaan.

Binnen het Netwerk Cure Zutphen is tussen ziekenhuis, verpleeghuis, huisartsen en thuiszorg een samenwerkingsmodule ontwikkeld ten behoeve van COPD, op basis waarvan tot een keten DBC voor COPD-zorg kan worden gekomen. Er zal worden bekeken of deze module ook in Apeldoorn ontwikkeld kan worden.

Relatie met andere ziekenhuizen

Eind 2006 is met het Deventer Ziekenhuis samenwerking gezocht in het streven te komen tot een PCI centrum (dotteren) in de regio Stedendriehoek. Daartoe is een gezamenlijke aanvraag ingediend bij het ministerie van VWS.

Ten aanzien van de low volume chirurgie is op initiatief van het Integraal Kankercentrum Oost overleg tot stand gekomen tussen het Universitair Medisch Centrum St. Radboud, het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis, Alysis Zorggroep (Ziekenhuis Rijnstate), Ziekenhuis Gelderse Vallei, Ziekenhuis St. Jansdal, Slingeland Ziekenhuis, Maasziekenhuis, Ziekenhuis Zevenaar en Gelre ziekenhuizen.

Het overleg heeft geleid tot een voorstel voor concentratie van de slokdarmchirurgie en de pancreaschirurgie. Het voorstel houdt in om de pancreaschirurgie binnen Gelderland te concentreren binnen Gelre ziekenhuizen en Ziekenhuis Rijnstate. De slokdarmchirurgie zou geconcentreerd worden in Nijmegen (Universitair Medisch Centrum St. Radboud en Canisius Wilhelmina Ziekenhuis). Nadere uitwerking van het voorstel zal in 2008 gestalte krijgen.

Overheden en Inspecties

De Raad van Bestuur acht 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. Met name het nieuwbouwproces in Zutphen heeft geleid tot een zeer voortvarend traject van bestuurlijke

besluitvorming ten aanzien van de publieke aspecten met betrekking tot ruimtelijke ordening, milieu, bouw en verkeer.

In het kader van de nieuwbouw Zutphen heeft overleg plaatsgevonden 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 hier haar medewerking aan te zullen 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 2007 heeft geen gestructureerd overleg met de Inspectie plaatsgevonden. Wel is er intensief contact met de Inspectie geweest naar aanleiding van de afwikkeling van de aspergillusbesmetting (in 2006) en de afwikkeling van enkele calamiteiten waaronder met name de brand.

Gelre ziekenhuizen heeft geparticipeerd in verschillende onderzoeken van de IGZ waaronder "Thematisch toezicht medisch microbiologisch handelen", "OCR procedures", "Laparoscopische operaties" en Pre- en peri-operatief proces".

2.4.5 Omwonenden

In het kader van de bouwwerkzaamheden vindt regelmatig en gestructureerd overleg plaats met de omwonenden van de ziekenhuizen in Apeldoorn en Zutphen.

3 Bestuur, toezicht en bedrijfsvoering

3.1 Bestuur en toezicht

3.1.1 Zorgbrede Governancecode

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

- 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. De Raad van Toezicht heeft besloten dit enquêterecht toe te kennen aan de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF), waarbij is vastgelegd dat, indien de NPCF van dit recht gebruik zou willen maken, zij dit ter advisering voorlegt aan de Cliëntenraad van Gelre ziekenhuizen.

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 volgens het principe 'comply or explain'. 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 inclusief 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 2007 belangrijkste interne beheersingsaspecten onder andere beoordeeld aan de hand van het door de accountant ontwikkelde Healthcare Control Web. De bevindingen per onderdeel zijn opgenomen in het accountantsverslag bij de jaarrekening. Door de externe accountant is geconstateerd dat de interne beheersing in opzet van goed niveau is. Op vrijwel alle onderdelen van het health control web is sprake van een tenminste gelijke of betere score dan in 2006. Ook wordt door de accountant geconstateerd dat Gelre ziekenhuizen op vrijwel alle onderdelen hoger scoort dan gemiddeld in vergelijking met de andere ziekenhuizen die de accountant bij het Health Care Web heeft betrokken. Wel is er nog een aantal aandachtspunten waarover de accountant zijn advies heeft uitgebracht.

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 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. De Raad van Bestuur functioneert als collegiaal bestuur en kent een voorzitter. Met inachtneming van de statutaire goedkeuringsbevoegdheden van de Raad van Toezicht voert de Raad van Bestuur een beleid, dat gericht is op:

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

De leden van de Raad van Bestuur zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het functioneren van de RvB als het leidinggevende orgaan van de organisatie en zijn tezamen en afzonderlijk verantwoording verschuldigd aan de Raad van Toezicht. Het afleggen van de verantwoording geschiedt in de reguliere vergaderingen van de Raad van Toezicht in aanwezigheid van de voltallige Raad van Bestuur. Onderwerpen die de goedkeuring van de Raad van Toezicht behoeven worden door de Raad van Bestuur schriftelijk ingebracht ter vergadering van de Raad van Toezicht en desgewenst mondeling toegelicht. De voorzitter van de Raad van Bestuur vervult hierbij een coördinerende rol.

Jaarlijks biedt de Raad van Bestuur aan de Raad van Toezicht, in ieder geval, ter goedkeuring aan:

- de exploitatiebegroting;
- de investeringsbegroting;
- de jaarrekening.

De Raad van Toezicht wordt tevens structureel geïnformeerd over:

- productieresultaten, personele en materiële kosten (kwartaalrapportages);
- rapportages vanuit het 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 kent een portefeuillevdeling: ieder lid van de Raad van Bestuur heeft een aantal specifieke aandachtsgebieden. De portefeuillevdeling is opgenomen in de bijlage.

Vergaderingen Raad van Bestuur

De Raad van Bestuur vergadert wekelijks, in aanwezigheid van de secretaris Raad van Bestuur. Tevens vindt wekelijks een informeel overleg plaats, eveneens in aanwezigheid van de secretaris Raad van Bestuur. De belangrijkste onderwerpen van besluitvorming/bespreking in de formele vergaderingen van de Raad van Bestuur hebben betrekking gehad op:

Kwaliteit:

- reorganisatie stafdienst KPM en totstandkoming nieuwe stafdienst Marketing & Portfolio;
- patiëntwaarderingsonderzoek: participatie aan Prismant onderzoek en resultaten van dit onderzoek;
- plan van aanpak integraal kwaliteitsmanagementsysteem;
- initiële accreditatie NIAZ;
- veiligheidsmanagementsysteem en veilig incidenten melden;

Medische zaken:

- realisatie multidisciplinair Oncologisch Centrum Apeldoorn;
- inrichting nieuwe afdeling 8^e verdieping locatie Apeldoorn;
- intensieve zorg in Apeldoorn en Zutphen;
- PCI/ICD in de Stedendriehoek;
- low volume chirurgie in Gelderland;
- realisatie van verschillende multidisciplinaire poliklinieken;
- transmurale zorg in regio's Apeldoorn en Zutphen;

Marktontwikkeling:

- realisatie Hospitheel;
- strategische zorgmarketing en lading Gelre merk
- buitenpolikliniek Epe-Vaassen;

Personele en sociale zaken:

- beleidsnotitie HRM;
- personele problematiek inzake werving afdelingscoördinatoren en polikliniekcoördinatoren;
- de ontwikkeling van een gedragscode Gelre ziekenhuizen;

Organisatie:

- afronding Model Klinische Capaciteit;
- besturingsdiscussie;
- samenwerking laboratoria Gelre ziekenhuizen en problematiek medische microbiologie;
- ziekenhuisrampenopvangplannen;
- aanpak problematiek patiëntenlogistiek Apeldoorn;

Financiën en Productie:

- voortgang registratie en facturatie DBC's;
- AO/IC en datakwaliteit;
- jaarrekening 2006 en kaderbrief 2008;
- actualisering van de meerjarenprognose;
- investeringsbegroting Apeldoorn 2007-2009;
- uurtarief medisch specialisten;

Bouwzaken/huisvesting:

- de voortgang van de vernieuwbouw Apeldoorn;
- herstel brandschade en evaluatie brand locatie Apeldoorn;
- programma van eisen, ontwerpfasen en de gunningsprocedure van de nieuwbouw Zutphen;

ICT:

- ICT strategie en ruimtebehoefte;
- implementatie van één ziekenhuisinformatiesysteem: SAP-4-ZIS;
- totstandkoming Platform ICT.

Een aantal van deze onderwerpen wordt hieronder in paragraaf 3.1.2.1 kort toegelicht.

Overleg Raad van Bestuur en medisch stafbesturen

De Raad van Bestuur voert structureel tweewekelijks overleg met de medisch stafbesturen in Apeldoorn en Zutphen (voorzitters medisch stafbesturen Apeldoorn en Zutphen en voorzitters stafmaatschap Apeldoorn en ondernemerscommissie Zutphen). In het verslagjaar is in dit overleg met name gesproken over:

- realisatie multidisciplinair Oncologisch Centrum Apeldoorn;
- buitenpolikliniek Epe-Vaassen;
- patiëntwaarderingsonderzoek: participatie aan Prismant onderzoek en resultaten van dit onderzoek;
- evaluatie zomersluiting/beddenproblematiek locatie Apeldoorn en aanpak problematiek patiëntenlogistiek Apeldoorn;
- besturingsdiscussie;
- realisatie van verschillende multidisciplinaire poliklinieken;
- strategische zorgmarketing en lading Gelre merk;
- wervingsprocedures en toelatingen nieuwe medisch specialisten;
- IGZ rapport preoperatief traject;
- protocol medische verantwoordelijkheden rond de patiënt (hoofdbehandelaarschap);
- problematiek medische microbiologie en samenwerking laboratoria;
- reanimatiebeleid Gelre ziekenhuizen;
- intensieve zorg locaties Zutphen en Apeldoorn;
- interne visitatie medische staf Apeldoorn;
- reorganisatie stafdienst KPM en totstandkoming nieuwe stafdienst Marketing & Portfolio;
- patiëntveiligheidsbeleid/veiligheidsmanagementsysteem/medicatieveiligheid;
- beleid behandelingsbeperking;
- low volume chirurgie;
- implementatie van één ziekenhuisinformatiesysteem: SAP-4-ZIS

Overleg Raad van Bestuur en Ondernemingsraad

Tussen de Raad van Bestuur (portefeuillehouder) en de Ondernemingsraad vindt maandelijks de overlegvergadering plaats. Een week daaraan voorafgaand vindt een informeel- en agendaoverleg plaats tussen de Raad van Bestuur en het dagelijks bestuur van de ondernemingsraad. Voor de belangrijkste onderwerpen van overleg wordt verwezen naar paragraaf 3.4. De voltallige Raad van Bestuur is een à twee keer per jaar te gast tijdens de cursus van de Ondernemingsraad, waarbij deze gelegenheid wordt benut om meer uitgebreid met elkaar te spreken over een of meerdere thema's die op dat moment voor Gelre actueel zijn.

Overleg Raad van Bestuur en Cliëntenraad

De Raad van Bestuur (portefeuillehouder Zorg) voert maandelijks overleg met het dagelijks bestuur van de Cliëntenraad over lopende zaken binnen Gelre ziekenhuizen, te verwachten adviesaanvragen en bespreekpunten met de Cliëntenraad. De Cliëntenraad ontvangt als input voor dit overleg maandelijks een overzicht van de voor de Cliëntenraad relevante onderwerpen die in de vergaderingen van de Raad van Bestuur aan de orde zijn geweest. Daarnaast is de Raad van Bestuur een aantal keren per jaar aanwezig in een vergadering van de Cliëntenraad. Een keer per jaar is het lid van de Raad van Toezicht, benoemd op voordracht van de Cliëntenraad, aanwezig in de vergadering van de Cliëntenraad. Voor de belangrijkste met de Cliëntenraad besproken onderwerpen en de door de Cliëntenraad uitgebrachte adviezen wordt verwezen naar paragraaf 3.3

Daarnaast voert de Raad van Bestuur structureel overleg met:

- de directeuren van de stafdiensten (gezamenlijk maandelijks, daarnaast bilateraal);
- de zorgmanagers (gezamenlijk maandelijks, daarnaast bilateraal).

Voor de samenstelling van de Raad van Bestuur, de nevenfuncties en de portefeuillevindeling wordt verwezen naar de bijlage. De bezoldiging van de leden van de Raad van Bestuur is opgenomen in de jaarrekening.

3.1.2.1 Het jaar 2007, een overzicht

Nieuwbouw Apeldoorn en de brand

Voortvarend is in 2007 verder gewerkt aan de vernieuwbouw van de locatie Lukas in Apeldoorn. Vele afdelingen konden in 2007 hun nieuwe huisvesting in gebruik nemen. In het voorjaar werd besloten tot een herziening van de fasering van de renovatie van de verpleegafdelingen (twee verpleegtorens). Aanvankelijk was het de bedoeling om de verpleegtorens achtereenvolgens te vernieuwen. Om de contractuele bouwtijd op 57 maanden te kunnen handhaven is echter besloten om de verpleegafdelingen in één keer te renoveren. Ten behoeve van deze planningsversnelling was het nodig om extra tijdelijke huisvesting te benutten. Naast de reeds aanwezige tijdelijke huisvesting – het Provisorium – is extra tijdelijke huisvesting geplaatst om aldaar verpleegafdelingen tijdelijk in te kunnen huisvesten.

Op 11 juni 2007 vond er een brand plaats in een van de technieschachten. Gelukkig waren er geen gewonden, maar de brand heeft tot omvangrijke rookschade geleid en daarnaast voor vertraging in de vernieuwbouw gezorgd. Om de bouworganisatie niet te belasten met de afwikkeling van de brandschade is een apart project Brandmeester opgezet. Uitgangspunt was dat het ziekenhuis ongehinderd door zou kunnen functioneren en de gevolgen voor de vernieuwbouw zoveel mogelijk zouden worden beperkt. Binnen het project Brandmeester is enorm hard gewerkt aan

- het managen van de continuïteit van de ziekenhuisorganisatie en het herstel van de aangetaste bouwdelen en installaties,
- de administratieve en financiële verwerking en
- de verzekeringsdekking.

De werkzaamheden vanuit het project Brandmeester zullen tot juni 2008 in beslag nemen en dankzij de enorme inspanningen zal de vertraging in de vernieuwbouw tot circa twee maanden beperkt kunnen blijven.

Intern is de brand op gedegen wijze geëvalueerd. Hieruit is een aantal voorstellen voortgekomen voor aanpassing van het interne calamiteitenplan. Dit betreft met name de afstemming tussen de regiefunctie brandweer-intern crisisteam, de samenstelling van het crisisteam, de materiële en personele bezetting van de BHV-organisatie en de wijze waarop in geval van een calamiteit zo effectief mogelijk intern kan worden gecommuniceerd. Daarnaast moet nog meer aandacht worden besteed aan instructie van medewerkers over en oefening van het interne calamiteitenplan. De interne evaluatie is toegezonden aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Ook vanuit de GHOR heeft een evaluatie plaatsgevonden.

De bouw van de RGC is eind 2007 nagenoeg afgerond en het gebouw is grotendeels in gebruik genomen door inhuizing van de PAAZ.

Nieuwbouw Zutphen

Zoals reeds in het Jaardocument 2006 beschreven is Gelre ziekenhuizen het eerste ziekenhuis in Nederland dat een nieuw ziekenhuis bouwt volgens het nieuwe bouwregime. In december 2005 ontving Gelre ziekenhuizen van het ministerie van VWS de zogenaamde 'Startbrief', inhoudende medewerking aan de nieuwbouw zonder nacalculatie. De bereikte overeenstemming met het ministerie betekent dat Gelre zelf de risico's draagt voor de te plegen investeringen. De verkregen

toestemming voor nieuwbouw is geen garantie meer voor de bekostiging van de kapitaallasten. De uitvoering van de nieuwbouw wordt daarmee sterk afhankelijk van het vermogen van Gelre om de investeringen in de toekomst terug te kunnen verdienen vanuit de met de productie behaalde inkomsten. Nadat in 2006 een zorgconcept en een businessplan zijn ontwikkeld is op basis van dit businessplan begin 2007 een financieringsregeling afgesloten.

Voor de ontwerpfase van het nieuwe ziekenhuis is Gelre ziekenhuizen een samenwerking aangegaan met Royal Haskoning. Royal Haskoning is hiertoe een samenwerkingsrelatie aangegaan met Wiegerinck architecten. Door het projectteam Haskoning-Wiegerinck-Gelre is vervolgens een doortimmerd structuurontwerp gemaakt en is gewerkt aan de wijziging van het bestemmingsplan, die de bouw van het nieuwe ziekenhuis aan de zuidzijde van de bestaande locatie mogelijk moet maken. In 2007 is vanuit het structuurontwerp eerst gewerkt aan de afronding van het ontwerp van het casco en vervolgens aan het inbouwpakket van verpleegafdelingen en de zogenaamde hotfloor (medisch-technisch complexe afdelingen zoals OK, IC, SEH). De aanbestedingsprocedure is in de zomer van 2007 gestart en heeft geleid tot het ondertekenen van een aanneemovereenkomst met Trebbe Bouw op 3 april 2008.

Het ontwerpproces heeft plaatsgevonden onder verantwoordelijkheid van de Stuurgroep Ontwerpfase, bestaande uit de voltallige Raad van Bestuur, de voorzitter medisch stafbestuur, een vertegenwoordiging vanuit de medische staf Zutphen, de zorgmanagers en het management medisch ondersteunende diensten, de directeuren F&C, POO&I en Facilitair Bedrijf, de projectleider en Royal Haskoning. Door de stuurgroep zijn meerdere werkconferenties georganiseerd waarin de ontwerpplannen werden gedeeld en bediscussieerd met de organisatie. Zoveel als mogelijk zijn de gemaakte opmerkingen verwerkt in de plannen. Het mag als een prestatie worden betiteld dat de ambitieuze planning om in het eerste kwartaal van 2010 het nieuwe ziekenhuis te kunnen openen, aan het eind van het verslagjaar 2007 nog steeds op schema lag.

Verkoop locatie Juliana

Ten aanzien van de verkoop van de locatie Juliana is in 2005 met de gemeente Apeldoorn een intentieovereenkomst afgesloten. De intentieovereenkomst formuleerde de intentie om te komen tot een samenwerkingsovereenkomst. Dit is echter niet gelukt. De gemeente wilde namelijk in de samenwerkingsovereenkomst een aantal passages opnemen over de bestemming na herontwikkeling die Gelre ziekenhuizen, mede op aandringen van de gemachtigde bij het College sanering zorginstellingen, niet wilde accepteren. Er heeft zich vervolgens een proces afgespeeld waarin Gelre ziekenhuizen opdracht heeft gegeven te onderzoeken wat de mogelijkheden en opbrengsten zouden zijn binnen de door de gemeente gestelde randvoorwaarden. Tevens zijn optimalisatiemodellen opgesteld die in mindere mate de randvoorwaarden van de gemeente meenamen. De gemeente is in dit proces op ambtelijk niveau betrokken geweest. Uiteindelijk is door het bestuur van Gelre ziekenhuizen en het gemeentebestuur geconstateerd dat de standpunten van de gemeente en het ziekenhuis niet met elkaar in overeenstemming waren te brengen. Hierna is door Gelre ziekenhuizen met instemming van het College sanering zorginstellingen de procedure van tendering in gang gezet. De verkoop is inmiddels in een vergevorderd stadium.

Speerpuntendiscussie

Als vervolg op de keuze van het zorgconcept voor de nieuwbouw Zutphen, is besloten tot een traject Speerpuntontwikkeling op Gelre-niveau. Doelstelling was de verdere uitwerking van het zorgconcept "electieve en chronische speerpunten" middels een traject waarin maatschappen en vakgroepen van de huidige locaties Zutphen en Apeldoorn met elkaar in gesprek gaan met als doel te komen tot een wederzijdse invulling van deze electieve en chronische speerpunten. Voor de locatie Apeldoorn werd hiertoe eveneens een analyse van de marktsituatie (zoals in 2006 reeds voor Zutphen was gedaan) opgesteld. Eind 2007 moet echter geconstateerd worden dat dit traject van speerpuntontwikkeling, op

een manier waarbij een en ander tussen de maatschappen van de beide locaties is afgestemd, moeizaam is verlopen en niet tot concrete resultaten heeft geleid. De prioriteit is door de medisch stafbesturen bij de besturingsdiscussie gelegd.

Marktpositionering en strategische marketing

In het voorjaar van 2007 is met inzet van een extern deskundige op het gebied van strategische marketing (R.van Kralingen) een traject gestart gericht op identificatie van een bij de identiteit van de organisatie passend waardenpatroon om op basis daarvan het merk 'Gelre' te kunnen laden. Het traject heeft duidelijk gemaakt dat de identiteit van een onderneming van fundamenteel belang is voor de strategische marketing ervan. De identiteit die, mede door een onderzoek via intranet waarbij alle medewerkers hun mening konden geven, uit het traject naar voren kwam vertoonde een goede basis voor succesvolle marketing maar behoefde nog verdere accentuering. Daarnaast werd geconcludeerd dat het noodzakelijk was om een keuze te maken voor twee tot maximaal drie speerpunten van onderscheidende medische kwaliteit. Dat raakte direct de hierboven genoemde speerpuntendiscussie, waarmee de verdere invulling van het traject strategische zorgmarketing in 2007 niet kon worden afgerond.

ICT beleid

Het ICT-beleid van Gelre ziekenhuizen is de afgelopen tien jaar gevormd op basis van een drietal uitgangspunten:

- De eisen die door het ministerie van VWS werden gesteld in de high-level bouwtoestemming van de ziekenhuislocaties in Apeldoorn;
- De notie bij de start van de fusie in 1999 tussen de ziekenhuizen in Apeldoorn en Zutphen dat een keuze voor één ziekenhuisinformatiesysteem, hetzij voor het toentertijd net ingevoerde Chipsoft-systeem in Zutphen, hetzij voor het naar tevredenheid functionerende PinkRoccade systeem in Apeldoorn, een grote culturele ingreep in de broze fusierelatie zou zijn;
- De herhaalde opmerking van de accountant in de afgelopen jaren dat het risico met name voor wat betreft de DBC registratie en validatie van de aanwezigheid van twee verschillende ziekenhuisinformatiesystemen te groot was.

Het beleid op basis van de high-level aanwijzing is gericht geweest op het verder introduceren van ICT-ondersteuning in het primaire proces. Hiervoor is een programma met maatregelen opgezet om eerst de infrastructuur te verbeteren, met name het netwerk, en daarna de introductie van zorggerichte applicaties, te weten:

- digitale röntgen/PACS;
- spraakherkenning met name op röntgenafdelingen en bij de klinische pathologie;
- de implementatie van een elektronisch patientendossier (EPD) op de poliklinieken.

Eind 2007 is bovengenoemd programma afgerond: op alle poliklinieken wordt gewerkt met een EPD, digitale röntgenbeelden door middel van PACS is in werking en spraakherkenning wordt op genoemde afdelingen toegepast.

De komende jaren zullen de inspanningen met name gericht zijn op de ondersteuning van de zorg door middel van:

- het verpleegkundig/klinisch EPD;
- het zogenaamde non-dicom PACS dat alle bestaande papieren archieven moet vervangen;
- het elektronisch medicatie voorschrijven/apotheeksysteem;
- de elektronische communicatie met verwijzers en patiënten.

Binnen de ICT-organisatie werd de beheerslast van twee verschillende ziekenhuissystemen steeds groter, namen de kansen op incidenten steeds meer toe en ontstonden er ook een aantal grote incidenten. Deze incidenten zijn reden geweest om in 2007 een audit te laten uitvoeren door de firma

Verdonck, Klooster & Associates (VKA) naar de storingsgevoeligheid van de ICT-infrastructuur en de wijze waarop de ICT-organisatie is ingericht, met name op het vóórkomen van incidenten en in het geval van incidenten het managen daarvan. Uit dit onderzoek is naar voren gekomen dat, behoudens enkele aanpassingen, de technische kant van de ICT-infrastructuur solide is uitgevoerd. De aanbevelingen ten aanzien van het oplossen van enkele zogenaamde 'single points of failures' en het uitbreiden van de 'test- en acceptatieomgeving' zijn overgenomen en geïmplementeerd. Daarnaast zijn aanbevelingen met betrekking tot de ICT-organisatie (waarbij met name bedoeld wordt op de wijze waarop tussen gebruikers en de afdeling automatisering afspraken worden gemaakt over reële verwachtingen die men mag hebben ten aanzien van continuïteit van systemen, welke normen daarvoor worden aangelegd, en de kosten die met deze normen gepaard gaan) overgenomen. In ICT managementtechnische termen gaat het om de implementatie van functioneel beheer enerzijds en het service level- management anderzijds.

Omdat begin 2001/2002 helder werd dat er een betere integratie van de twee functionerende ziekenhuisinformatiesystemen noodzakelijk was, is eerst getracht om 'onder water' de beide systemen te koppelen. Ondanks het feit dat dit technisch lastig was werden intern wel de mogelijkheden daartoe gezien. De medewerking van de leveranciers, die daarvoor noodzakelijk was, ontbrak helaas. In 2007 is daarom besloten één nieuw geïntegreerd ziekenhuisinformatiesysteem (ZIS) aan te schaffen. Bij de zoektocht naar dit nieuwe ZIS voor Gelre ziekenhuizen is een zorgvuldig proces gevolgd. De start was het formuleren van een programma van eisen voor het nieuwe systeem. Belangrijke hoofdlijnen daarvan waren:

- Het systeem moet de door Gelre geformuleerde Zorgvisie ondersteunen, met name daar waar het de ideeën achter het project Gelre Zorgtrajecten betreft (ordering, afspraken, zorgtrajectondersteuning en communicatie met verwijzers en patiënten).\
- De verworvenheden van het EPD moeten kunnen worden overgenomen.
- Het moet een systeem zijn dat zoveel mogelijk ziekenhuisfunctionaliteiten kan ondersteunen (om het grote aantal losse applicaties van verschillende leveranciers terug te dringen).
- Het systeem moet technisch toekomstvast zijn en de leveranciers moet ook op lange termijn een marktspeler blijven.

Op basis van deze criteria is de principekeuze op SAP gevallen, met GSD als leverancier van de ziekenhuisspecifieke software. In 2008 is gestart met de implementatie. Om invloed op de ontwikkeling bij deze ZIS-leveranciers te blijven behouden is Gelre toegetreden tot de gebruikersvereniging van SAP-ziekenhuizen en zal daarin een actieve rol gaan spelen. In hoofdstuk 4.3.1 wordt nader ingegaan op het onderwerp informatisering.

Patiëntveiligheidsbeleid

Conform het landelijk beleid is in 2007 het patiëntveiligheidsbeleid van Gelre ziekenhuizen vastgesteld. Het veiligheidsmanagementsysteem (VMS) dat alle ziekenhuizen in Nederland geacht worden te realiseren, zal binnen Gelre bestaan uit de volgende elementen:

- veiligheidsbeleid en –strategie;
- het creëren van een 'veilige' cultuur;
- veilig incidenten melden (VIM);
- prospectieve risicoanalyse van risicovolle processen;
- integraal systeem van continue verbetering.

Daarnaast geldt als doelstelling om op de tien, landelijk vastgestelde, inhoudelijke thema's een reductie van vermijdbare onbedoelde schade te bereiken.

Het patiëntveiligheidsbeleid maakt onderdeel uit van het kwaliteitsmanagementsysteem. Het implementatieplan voor het VMS is in december 2007 tijdens goed bezochte conferentiedagen op

beide locaties van Gelre ziekenhuizen toegelicht, waarbij 2008 als 'Jaar van patiëntveiligheid' is uitgeroepen. Voor de implementatie van het VMS is een stuurgroep geïnstalleerd, bestaande uit de Raad van Bestuur (portefeuillehouder), een vertegenwoordiging vanuit de medische staven en een veiligheidsfunctionaris, die de implementatie zal gaan aansturen.

In het kader van het patiëntveiligheidsbeleid is besloten om rechtstreeks onder de portefeuillehouder Raad van Bestuur een bureau 'Veiligheid en Klachten' te realiseren. Eind 2007 is de werving gestart om voor dit bureau een coördinator-veiligheidsfunctionaris aan te trekken.

Ten aanzien van het veilig melden van incidenten hebben in 2007 op twee afdelingen succesvolle pilots gedraaid. Gebleken is dat een situatie is gecreëerd waarin medewerkers en medisch specialisten zich veilig voelen om risicovolle situaties te melden. Het aantal meldingen in de pilots was beduidend hoger dan in de situatie daarvoor en op basis van de meldingen zijn sneller en meer verbeteringen doorgevoerd op afdelingsniveau. Medewerkers hebben hierdoor het gevoel gekregen dat melden zinvol is en dat dit concreet tot verbetering kan leiden. Op basis van deze succesvolle pilots is besloten het VIM vervolgens Gelrebreed uit te rollen.

NIAZ-accreditatie

In 2006 heeft de audit plaatsgevonden voor de initiële NIAZ-accreditatie. In maart 2007 ontving Gelre het definitieve NIAZ auditrapport. Dit auditrapport gaf een aantal verbeterpunten aan waarvoor een actieplan moest worden opgesteld ter beoordeling door het NIAZ. Daarop is een negatief oordeel van het NIAZ gevolgd. Gelre ziekenhuizen heeft daarop het besluit genomen om beroep tegen dit besluit van het NIAZ aan te tekenen bij de commissie, die daartoe door het NIAZ is ingesteld.

In januari 2008 is door de commissie het door Gelre aangetekende beroep afgewezen. Voor Gelre is dit reden om zich te bezinnen op de verdere te volgen strategie. Zo vroeg als mogelijk in 2008 zal de Raad van Bestuur in overleg met de medisch stafbesturen hierover een besluit nemen.

Problematiek medische microbiologie en samenwerking laboratoria

Veel energie en aandacht heeft de Raad van Bestuur moeten besteden aan de vakgroep medische microbiologie en infectieziekten (MMI). De verhoudingen binnen de vakgroep waren dusdanig verstoord geraakt dat het noodzakelijke bleek in te grijpen. Daarnaast voelde de vakgroep er niets voor om mee te werken aan de ambitie van de Raad van Bestuur nauwere samenwerking te bewerkstelligen tussen de laboratoria van de klinische chemie en hematologie, de klinische pathologie, de medische microbiologie en de apotheek met als doelstelling verbetering van de efficiency en kwaliteit. Besloten is een onderzoek te laten verrichten door prof. drs. ir. W.J. Vrakking naar de mogelijkheden van integratie van de laboratoria. De ontevredenheid binnen de vakgroep heeft er toe geleid dat drie van de vier artsmicrobiologen ontslag hebben genomen.

Mede op basis van het door de heer Vrakking uitgebrachte advies ten aanzien van de functionele, operationele en hiërarchische aansturing van de laboratoria is gekozen voor een nieuw, door de hoofden van de laboratoria ondersteund, samenwerkingsmodel.

Uurtarief medisch specialisten

Eind 2007 is met de stafmaatschap (Apeldoorn) en de ondernemerscommissie (Zutphen) overleg gevoerd over de uurtarieven die door de medisch specialisten kunnen worden gedeclareerd als onderdeel van de DBC-prijzen. De Raad van Bestuur hanteerde in dit overleg het standpunt dat meer dan wat via de bekostiging door het ziekenhuis wordt ontvangen niet beschikbaar kan zijn voor de honoraria van medisch specialisten. Wel was er de bereidheid om op stringente condities winstdelingsarrangementen af te spreken. In januari 2008 is uiteindelijk een principe overeenstemming bereikt, uitgaande van € 132 per uur (te indexeren) en op geleide van de door de Raad van Bestuur gedane nadere voorstellen voor een winstdeling van 50% in extra rendement respectievelijk extra productie met een maximum van € 6.

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 patiëntenzorg. 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 werd in het verslagjaar 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. Op basis van de verscherpte governance eisen op basis van het nieuwe WTZi-Uitvoeringsbesluit heeft de Raad van Toezicht in januari 2008 besloten het in de statuten opgenomen artikel met betrekking tot deze onafhankelijkheid opnieuw aan te scherpen in relatie tot de betrokkenheid van een partner of familielid van het RvT-lid bij de ziekenhuisorganisatie als werknemer/medisch specialist c.q. het zelf de instelling hebben bestuurd gedurende de afgelopen twaalf maanden c.q. zelf bestuurslid is van een rechtspersoon waarin een bestuurslid van de instelling waarop hij toezicht houdt lid van de Raad van Toezicht is. De Raad is echter niet zo ver gegaan dat zij de periode van drie jaar voorafgaande aan de benoeming ook te laten gelden voor de echtgenoot, geregistreerde partner of andere levensgezel, pleegkind of bloed- of aanverwant tot in de tweede graad. De Raad heeft besloten hiervoor alleen de periode van lidmaatschap van het toezichthoudend orgaan hanteren. Daarmee acht de Raad het voorkómen van vermenging van belangen voldoende gewaarborgd

De Raad van Toezicht vergadert in principe 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 2007 vijf reguliere vergaderingen gehouden en één extra vergadering, alle in aanwezigheid van de leden van de Raad van Bestuur (voor presentie per toezichthouder zie bijlage 2). 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. In september is door de Raad van Toezicht de tweejaarlijkse zelfevaluatie gehouden. De resultaten hiervan worden hieronder nader toegelicht.

Door planningstechnische problemen heeft er in 2007 geen overleg plaatsgevonden tussen een delegatie van de Raad van Toezicht en de voltallige Ondernemingsraad (in aanwezigheid van de Raad van Bestuur). In 2008 staat een overleg tussen Raad van Toezicht en Ondernemingsraad weer gepland. Tijdens dit overleg wordt door de Raad van Toezicht gepolst hoe de Ondernemingsraad tegen het beleid en het functioneren van de Raad van Bestuur aankijkt, hetgeen input vormt voor de jaarlijkse functioneringsgesprekken met de leden van de Raad van Bestuur. Anderzijds informeert de Raad van Toezicht de Ondernemingsraad over de voor de Raad van Toezicht belangrijke thema's in het verslagjaar.

De heer Bakker, lid Raad van Toezicht op voordracht van de Cliëntenraad, heeft in het verslagjaar een aantal keren overleg met de Cliëntenraad gevoerd vanwege de beëindiging van zijn lidmaatschap van de Raad van Toezicht per 1 juli 2008. Daar de Cliëntenraad sinds november 2006 in een compleet nieuwe samenstelling functioneert was overleg gewenst over met name het profiel van een nieuw voor te dragen lid Raad van Toezicht.

Besluiten

De Raad van Toezicht verleende in het verslagjaar 2007 goedkeuring aan:

- de jaarrekening 2006;
- de profielschets van drie nieuwe leden van de Raad van Toezicht (per 1 juli 2008), waarvan een lid op voordracht van de Cliëntenraad;
- de financieringsstructuur voor de nieuwbouw locatie Zutphen;
- voorbereiding van de benodigde investeringen voor de locatie Zutphen (agendering meerjareninvesteringsbegroting Zutphen volgt in 2008);
- benoeming van een van de drie nieuw te benoemen leden Raad van Toezicht per 1 juli 2008 (de overige benoemingen volgen in 2008);
- de begroting 2008.

Daarnaast zijn uiteraard de financiële kwartaalrapportages (zowel voor de exploitatie als voor de vernieuwbouw Apeldoorn) en het accountantsverslag 2006 besproken en is aan de Raad van Bestuur decharge verleend betreffende het financiële jaarverslag over 2006, op grond van een toelichting door de accountant. Ook heeft de Raad van Toezicht met instemming kennis genomen van de meerjarenprognose 2007 – 2012 en ondersteunt zij de in het kader van deze meerjarenprognose te nemen maatregelen voor 2008.

Uiteraard is door de Raad van Toezicht in het verslagjaar veel aandacht besteed aan de voortgang van de vernieuwbouw van de locatie Apeldoorn, de brand op diezelfde locatie, de verkoop van de locatie Juliana en de voorbereidingen voor de nieuwbouw van de locatie Zutphen. Begin 2007 is het structuurontwerp Zutphen aan de Raad van Toezicht gepresenteerd. Eind 2007 heeft wederom een presentatie voor de Raad van Toezicht plaatsgevonden vanuit de stuurgroep ontwerpfasen Zutphen, waarin met name aandacht is besteed aan de indeling van de poliklinieken, hotfloor en verpleegafdelingen en de daaraan ten grondslag liggende ideeën en concepten.

Expliciet aandacht is besteed aan de resultaten van het patiëntenwaarderingsonderzoek door Prismant, de onderzoeken uitgevoerd door Elsevier, Algemeen Dagblad, Roland Berger en de resultaten van de CQ-index, uitgevoerd door de zorgverzekeraars onder hun verzekerden.

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 2007 onder meer de volgende onderwerpen aandacht gekregen:

- de problematiek medische microbiologie en de samenwerking tussen de laboratoria;
- de aanbestedingsprocedure nieuwbouw Zutphen;
- de procedure inzake de subsidiëring asbestgerelateerde sloopkosten in Zutphen;
- de continuïteit in de ICT-voorzieningen;
- de aanbestedingsprocedure t.b.v. één nieuw ziekenhuisinformatiesysteem;
- het bekostigingssysteem in de ziekenhuiszorg;
- de onderhandelingen met de zorgverzekeraars over de productieafspraken;
- de problemen bij de verzelfstandiging van de maatschap Maag- Darm en Leverziekten;
- de realisatie van een Hospitheel in Apeldoorn;
- de realisatie van een eerstelijns diagnostisch centrum;
- de NIAZ accreditatie;
- de speerpuntendiscussie;
- de totstandkoming van een PCI-centrum in de Stedendriehoek;
- de bedden capaciteit en patiëntenlogistiek;
- de continuïteit van de IC-zorg in Zutphen;
- het patiëntveiligheidsbeleid;
- de transmurale zorg;
- de onderhandelingen over het uurtarief medisch specialisten;
- strategische zorgmarketing.

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

- Het beleid en de activiteiten van de stafdienst Personeel, Opleidingen, Organisatie en Informatisering;
- Psychiatrische zorg;
- Besturingsdiscussie.

In het voorjaar van 2007 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. Terugkoppeling naar de voltallige Raad van Toezicht is hierop gevolgd.

Zelfevaluatie

In september heeft de Raad van Toezicht zijn tweejaarlijkse zelfevaluatie gehouden. De voorbereiding voor de evaluatie heeft op dezelfde wijze plaatsgevonden als de jaren daarvoor (2005 en 2003). Ieder lid van de Raad van Toezicht heeft een individuele schriftelijke reactie aangeleverd aan de hand van een checklist van aandachtspunten met betrekking tot Health Care Governance. De Raad van Bestuur heeft eveneens een reactie aangeleverd. De reacties zijn door de secretaris Raad van Bestuur tot één document omgezet en voorafgaand aan de bijeenkomst aan een ieder toegezonden. De Raad van Toezicht heeft eerst een interne evaluatie gehouden en aansluitend is de evaluatie voortgezet in aanwezigheid van de Raad van Bestuur.

Alle leden van de Raad zijn tevreden over het functioneren van de Raad van Toezicht als toezichthoudend orgaan. Kernbegrippen zijn: goede onderlinge verhoudingen, open en plezierige sfeer, respect voor elkaar, transparant, evenwichtig, professioneel, voldoende ruimte voor een ieder om zijn/haar mening te geven en een goede dialoog.

Als belangrijkste aandachtspunten werden naar voren gebracht:

- meer aandacht voor kwaliteit van de zorg, klachten, fouten, incidenten, prestatie-indicatoren, medische prestaties, personele ijkpunten en ethische kwesties;
- contact tussen Raad van Toezicht en medische staf.

Tijdens de bespreking van deze aandachtspunten is tussen Raad van Toezicht en Raad van Bestuur afgesproken dat de Raad van Toezicht structureel zal worden geïnformeerd over klachten, fouten en bijna-fouten. De themabijeenkomsten worden door de Raad van Toezicht zeer gewaardeerd en deze zullen dus, op basis van de actualiteit worden gecontinueerd.

Het strategisch marketingbeleid is voor de Raad van Toezicht een zeer relevant onderwerp. Na de komst van de directeur Marketing & Portfolio zal hier een themabespreking aan worden gewijd waarin ook besproken zal worden op welke wijze de Raad van Toezicht haar toezichtsrol op dit terrein wil vervullen. Jaarlijks zal een informeel contact tussen Raad van Toezicht en medisch stafbesturen plaatsvinden.

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 van Toezicht 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 van de Raad. De voorzitter voert, tezamen met een roulerend lid van de Raad, de jaarlijkse functioneringsgesprekken met de leden van de Raad van Bestuur.

Mutaties Raad van Toezicht

De Raad van Toezicht bestond gedurende het jaar 2007 uit zeven leden, waarmee de relevante specifieke deskundigheden voldoende vertegenwoordigd zijn. Op basis van het rooster van aftreden hebben de heren Besemer (voorzitter) en Looise per 1 juli 2007 afscheid genomen van de Raad van Toezicht. Zij hebben ieder gedurende twee zittingstermijnen deel uit gemaakt van de Raad. Per 1 juli 2007 heeft de heer Bruins Slot (toegetreten tot de Raad per 1 juli 2006) het voorzitterschap van de heer Besemer overgenomen. Als nieuwe leden zijn per 1 juli 2007 benoemd de heren van der Zijl en Eppink.

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

3.2 Bedrijfsvoering

Beleids- en begrotingscyclus

1 Beleidskader

Door de Raad van Bestuur is in overleg met de medische staven een meerjarenbeleidsplan vastgesteld. In dit beleidsplan zijn de belangrijkste speerpunten van beleid weergegeven die een vertaling vragen in de afdelingsplannen.

2 Meerjarenprognose

Gelre ziekenhuizen kent een meerjarenprognose (5 jaar). Deze wordt elk jaar in september geactualiseerd.

3 Meerjaren investeringsbegroting

Gelre ziekenhuizen kent ook meerjareninvesteringsbegrotingen, die elk jaar worden geactualiseerd. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen de medische en overige inventaris voor Apeldoorn en voor Zutphen en de ICT-investeringsbegroting.

4 Jaarlijkse beleids- en begrotingscyclus

Deze cyclus bestaat uit een aantal sturingsinstrumenten: de kaderbrief, de jaarplannen per afdeling, de exploitatiebegroting en de periodieke rapportages.

Kaderbrief

Jaarlijks wordt een kaderbrief vastgesteld door de Raad van Bestuur.

Deze bevat de missie en ambities, de belangrijke interne en externe ontwikkelingen, de prestatie-indicatoren en de begrotingsprocedure

Jaarplannen

De managers/zorgbesturen stellen jaarlijks een jaarplan op. Hierin wordt weergegeven hoe elke eenheid in wil spelen op de externe ontwikkelingen en welke marktkansen zij willen realiseren. Tevens wordt hierin weergegeven wat de verwachte productie is, welke middelen hiervoor nodig zijn en wat de prestatie-indicatoren zijn.

Deze plannen worden vervolgens met de Raad van Bestuur besproken en waar nodig aangevuld respectievelijk aangepast. De Begrotings Advies Commissie adviseert de Raad van Bestuur.

Vervolgens worden deze plannen vastgesteld. In de loop van het jaar wordt een voortgangsgesprek gevoerd tussen de manager/het zorgbestuur en de Raad van Bestuur.

Exploitatiebegroting

De begroting 2007 is opgesteld na overleg met de managers/zorgbesturen. De managers/zorgbesturen geven aan welke personele en materiële kosten zij verwachten voor het komende jaar. De totale begroting wordt besproken in de Begrotings Advies Commissie en vervolgens met de Raad van Bestuur. Tenslotte wordt deze begroting in december vastgesteld.

Periodieke rapportages

Maandelijks ontvangen de Raad van Bestuur, de managers /zorgbesturen rapportages om te kunnen sturen en risico's te beheersen. Het gaat dan om de rapportage ziekteverzuim, de rapportage personele kosten, de financiële rapportage en de productierapportage. De uitkomsten worden periodiek besproken met de managers. De Raad van bestuur bespreekt dit periodiek met de leden van de Raad van Toezicht.

Kernpunten financieel beleid

a. Groei van de productie

Voor 2007 en jaren daarna willen wij de productiegroei minimaal gelijk hebben aan de gemiddelde groei in Nederland, anders verliezen wij ongewenst marktaandeel.

Zodoende is het ook mogelijk om de zgn. efficiencykortingen van de overheid op te vangen zonder directe sociale gevolgen. Indien er immers geen productiegroei zou zijn, zou er ook geen extra opbrengst zijn en dan zijn de efficiencykortingen van de overheid alleen te bereiken met kostenverlaging en dat betekent in veel gevallen minder personeel.

b. Efficiencyverbetering

Dit ligt in het verlengde van het voorgaande. In 2007 is eerst geprobeerd meer zicht te krijgen op de efficiency van de verschillende onderdelen van het ziekenhuis. Dit is gebeurd door een zgn. benchmarkonderzoek. Uit dit onderzoek komt het volgende naar voren:

- de efficiency is vergeleken met andere ziekenhuizen iets beter dan gemiddeld;
- met name de efficiency van de poliklinieken en klinieken is redelijk tot goed, enkele uitzonderingen daargelaten;
- bij een aantal Medisch Ondersteunende en Algemeen Ondersteunende Diensten is de efficiency minder dan gemiddeld in Nederland en zijn er duidelijk verbeteringen te realiseren

Op basis van dit inzicht zal in 2008 gericht op een aantal plaatsen worden gewerkt aan efficiencyverbetering. Bij een aantal geormerkte medisch ondersteunende diensten zal getracht worden dit met behulp van zgn. BPR de processen te verbeteren en zodoende de efficiency te verhogen.

Voor alle algemeen ondersteunende diensten zal in 2008 met behulp van een zgn. overheadvalue analyse (OVA) kritisch naar alle producten van deze AOD'en worden gekeken om zodoende de doelmatigheid te verbeteren.

Daarnaast is voor de klinische zorg een model klinische capaciteit (MKC) ontwikkeld. Hiermee kan op basis van de verwachte productie worden bepaald hoeveel formatie nodig is. Op basis van dit model heeft een herschikking van de totale formatie in de kliniek over de verschillende verpleegafdelingen plaatsgevonden. Het is de bedoeling om voor de polikliniek ook een soortgelijk model te ontwikkelen.

c. Rendementsdenken en rendementsverbetering

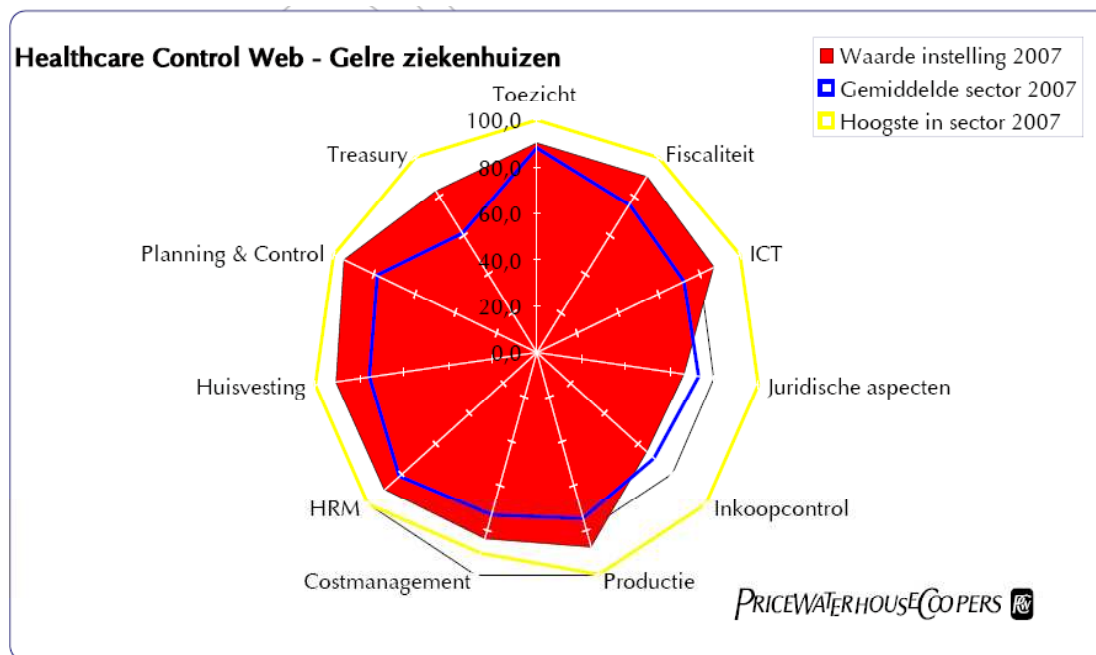
In een concurrerende omgeving is het nodig om continu te werken aan efficiencyverbetering en is het gewenst om te blijven groeien.

Daarnaast is inzicht in het rendement per onderdeel en per product van groot belang om hier ook gericht op te kunnen sturen. In 2007 is hier in voorbereidende zin al aan gewerkt. Dit heeft tot twee resultaten geleid:

- Kostprijzen per DBC die naast verkoopprijzen per DBC kunnen worden gezet;
- Rendement per specialisme op basis van hetgeen onder de vorige bullit is genoemd, gecombineerd met de verwachte volumina van deze specialismen.

Interne beheersing

De interne beheersing van Gelre ziekenhuizen is bij de controle van de jaarrekening 2007 door PWC beoordeeld op basis van hun Healthcare Control Web. Hieruit komt naar voren dat Gelre ziekenhuizen op vrijwel alle onderdelen hoger scoort dan gemiddeld. In onderstaand overzicht is dit weergegeven:



De interne beheersing rondom de inkoop en juridische aspecten ligt op een lager niveau dan bij de andere deelnemer aan het Healthcare Ccontrol Web. Ten aanzien van inkoop is reeds een verbetertraject ingezet, dit is echter in 2007 nog niet volledig afgerond en zal naar verwachting tot een ander resultaat leiden in het web van 2008. Ten aanzien van de juridische aspecten is in 2007 aanvang gemaakt met de centrale coördinatie en bewaking van juridische verplichtingen voortvloeiend uit contracten. Dit zal in 2008 nog verder doorontwikkeld worden en dan naar verwachting ook leiden tot een andere score in het web.

Financiële resultaten

De financiële situatie van Gelre ziekenhuizen was in het jaar 2006 goed en voor 2007 was een sluitende begroting opgesteld, echter exclusief een toevoeging aan de Reserve Aanvaardbare Kosten (RAK). Het exploitatieresultaat over 2007 is uiteindelijk € 0,7 miljoen negatief.

De gerealiseerde productie van 2007 was wederom hoger dan in 2006:

- De poliklinische productie is 3,7 % hoger
- Het aantal opnamen is 5,6 % hoger
- Het aantal dagopnamen is 7,5 % hoger

	Werkelijk 2007	Werkelijk 2006
Gewogen EPB's	166.927	161.024
Gewogen opnamen	34.978	33.131
Dagopnamen	27.964	26.047

De stijging van de productie was in 2007 groter dan voorgaande jaren.

Een verdere substitutie van opnamen naar dagopnamen heeft wederom plaatsgevonden.

De gemiddelde verpleegduur is weer verder gedaald van 5,8 naar 5,5 verpleegdag.

Het financiële resultaat bedraagt € 0,7 miljoen negatief. Het negatieve resultaat wordt mede veroorzaakt door afkoopsommen ter waarde van € 700.000 en een extra reservering van

€ 450.000 voor nog te betalen BTW. Zonder deze kosten die voor een deel een eenmalig karakter hebben, is er sprake van een beperkt positief operationeel resultaat.

Ten opzichte van de begroting zijn hieronder de belangrijkste verschillen weergegeven:

1. Begroot			
- Resultaat		€ 0,0miljoen	
2. Vrijval beleidsruimte		<u>€ 1,0miljoen</u>	€ 1,0miljoen
3. Extra opbrengsten			
- Productie FB parameters A-segment		€ 0,3miljoen	
- B-segment		€ 0,8miljoen	
- Eerste lijn en overige productie		€ 1,7miljoen	
- Uitbreiding capaciteit specialisten		€ 0,4miljoen	
- Uitbreiding capaciteit agio's		€ 0,2miljoen	
- Budgetkorting overheid		-€ 0,1miljoen	
- Overige opbrengsten		<u>€ 1,0miljoen</u>	€ 4,3miljoen
4. Extra kosten			
- Hogere personele kosten		€ 2,6miljoen	
- Hogere voedings- en hotelmatige kosten		€ 0,5miljoen	
- Hogere algemene kosten		€ 1,9miljoen	
- Patientgebonden kosten			
Implantaten	€ 1,0miljoen		
laboratoriummiddelen	€ 0,6miljoen		
geneesmiddelen	€ 0,2miljoen		
overige posten	<u>€ 0,5miljoen</u>		
		€ 2,3miljoen	
- Terreingebonden kosten		€ 1,0miljoen	
- Lagere rente en afschrijvingskosten*		<u>-€ 2,3miljoen</u>	€ 6,0miljoen
Per saldo			-€ 0,7miljoen

* De lagere rente- en afschrijvingskosten worden veroorzaakt door het feit dat investeringen in medische inventaris en in ICT later worden gedaan dan voorzien, terwijl hier wel al een hoger bedrag voor was begroot. Dit is een tijdelijk voordeel dat naar verwachting voor een deel ook nog in 2008 kan optreden.

Bestemming resultaat

Het resultaat van € 0,7 miljoen zal worden onttrokken aan het eigen vermogen.

Ontwikkeling liquiditeit

De liquiditeit is in 2007 licht verslechterd. De verhouding tussen vorderingen (inclusief onderhanden werk) en liquide middelen enerzijds en vlottende passiva (inclusief financieringsoverschot) anderzijds bedraagt 0,84 en in vorig jaar (0,88).

Ontwikkeling solvabiliteit

Het eigen vermogen daalt als gevolg van het negatieve resultaat van € 0,7 miljoen. Tegelijkertijd is er sprake van een positieve ontwikkeling van het eigen vermogen als gevolg van de nacalculatie over voorgaande jaren. Deze bedraagt € 4,3 miljoen. Per saldo stijgt het eigen vermogen van € 19,3 miljoen naar € 22,9 miljoen. Dit komt neer op een budgetratio van 12,6 % conform de oude regels van het Waarborgfonds Zorg (in 2006 11 %). Het Waarborgfonds heeft zijn definitie aangescherpt. Volgens de nieuwe definitie komt de budgetratio neer op 10,6%.

Gegeven het feit dat een percentage van circa 15 % op dit moment door veel partijen als een gezonde financiële positie wordt gezien, is nog een verdere solvabiliteitsverbetering gewenst.

3.3 Cliëntenraad

In het jaar 2006 kende Gelre ziekenhuizen geen Cliëntenraad. Eind 2005 had de Cliëntenraad zich namelijk collectief teruggetrokken. Reden hiervoor was een meningsverschil met de Raad van Bestuur over de benoemingscriteria voor leden van de Cliëntenraad.

Eind 2006 is er een geheel nieuwe Cliëntenraad gevormd bestaande uit 8 leden, inclusief de voorzitter. Ten behoeve van de totstandkoming van deze nieuwe Cliëntenraad is voor de jaren 2007 en 2008 een samenwerkingsovereenkomst gesloten met Zorgbelang Gelderland. Vier van de acht leden van de Cliëntenraad zijn voorgedragen door Zorgbelang Gelderland en door de Raad van Bestuur benoemd en vier leden zijn door de Raad van Bestuur rechtstreeks geworven en benoemd. Indien zich in 2007 en 2008 vacatures in de Cliëntenraad voordoen op zetels die in samenspraak met Zorgbelang Gelderland zijn ingevuld, dan zullen deze ook weer op voordracht van Zorgbelang Gelderland worden ingevuld.

De Cliëntenraad werkt op basis van de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen als een formeel adviesorgaan van de Raad van Bestuur. Het huishoudelijk reglement van de Cliëntenraad is door de Cliëntenraad in 2007 geactualiseerd. Doelstelling van de Cliëntenraad is om binnen het kader van de doelstellingen van de instelling de gemeenschappelijke belangen van de cliënten te behartigen. De Cliëntenraad heeft er bewust voor gekozen om in beginsel op strategisch niveau de Raad van Bestuur gevraagd en ongevraagd te adviseren en in de regel alleen rechtstreeks met de Raad van Bestuur te communiceren. Wel worden, om goed te kunnen adviseren, belangrijke conferenties en bijeenkomsten in het ziekenhuis bijgewoond en worden op ad hoc basis functionarissen uit het ziekenhuis in een vergadering van de Cliëntenraad uitgenodigd om een toelichting te geven over specifieke onderwerpen.

De Raad van Bestuur (portefeuillehouder Zorg) voert maandelijks overleg met het dagelijks bestuur van de Cliëntenraad over lopende zaken binnen Gelre ziekenhuizen, te verwachten adviesaanvragen en bespreekpunten met de Cliëntenraad. De Cliëntenraad ontvangt als input voor dit overleg maandelijks een overzicht van de voor de Cliëntenraad relevante onderwerpen die in de vergaderingen van de Raad van Bestuur aan de orde zijn geweest. Daarnaast is de Raad van Bestuur een aantal keren per jaar aanwezig in een vergadering van de Cliëntenraad. Een keer per jaar is het lid van de Raad van Toezicht, benoemd op voordracht van de Cliëntenraad, aanwezig in de vergadering van de Cliëntenraad.

Faciliteiten

De Cliëntenraad heeft de beschikking over een eigen budget conform het advies van het Landelijk Steunpunt Cliëntenraden (LSR) en beschikt over eigen secretariële ondersteuning. Vergaderingen kunnen kosteloos in het ziekenhuis worden gehouden en telefoon-, kopieer- en faxapparatuur staan voor de Cliëntenraad kosteloos ter beschikking evenals de verzending van post.

Er is een vacatieregeling vastgesteld: de voorzitter ontvangt per bijgewoonde vergadering € 150,- en de leden € 75,-. Daarnaast kunnen de leden reiskosten en andere onkosten declareren.

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.

Samenstelling

Per 31 december 2007 is de samenstelling van de Cliëntenraad als volgt:

	Jaar van aftreden	Herbenoembaar
De heer dr. A.P.H. van der Vet (voorzitter)	01-07-2010	ja, 1 x 4 jaar
De heer drs. H.J.H.J. van den Hout	01-07-2010	ja, 1 x 4 jaar
Mevrouw mr. E.L.A.M. de Kerf	01-07-2010	ja, 1 x 4 jaar
Mevrouw drs. M.M.E. Horensma	01-07-2010	ja, 1 x 4 jaar
De heer mr. J. Riemersma	01-11-2010	ja, 1 x 4 jaar
De heer H. Fagel	01-11-2010	ja, 1 x 4 jaar
De heer A.A.J. Reumer	01-11-2010	ja, 1 x 4 jaar
De heer G.P. Teunis	01-11-2010	ja, 1 x 4 jaar

Adviezen

In het verslagjaar is door de Raad van Bestuur advies gevraagd aan en door de Cliëntenraad advies uitgebracht over de volgende onderwerpen:

- Patiëntveiligheidsbeleid Gelre ziekenhuizen;
- Vlekkenplan poliklinieken nieuwe locatie Zutphen;
- Wachtconcept nieuwe locatie Zutphen: centraal of decentraal wachten;
- Inrichting spreekkamers polikliniek en inrichting standaard verpleegafdeling nieuwe locatie Zutphen;
- Begroting 2008

3.4 Ondernemingsraad

Gelre ziekenhuizen kent sinds de fusie in 1999 één ondernemingsraad (OR). De OR en de bestuurder (G.J. Heuver) komen maandelijks bijeen in de OR-overlegvergadering. De bestuurder laat zich hierbij ondersteunen door het hoofd Personeelszaken en de secretaris Raad van Bestuur. Ter afstemming en ter voorbereiding op de overlegvergadering vindt maandelijks een informeel agendaoverleg plaats, waarbij aanwezig zijn het dagelijks bestuur van de OR, de ambtelijk secretaris van de OR, de Raad van Bestuur, het hoofd personeelszaken en de secretaris Raad van Bestuur

De OR wil optimale zorg voor de medewerkers stimuleren. Kerntaak van de OR is het voortdurend bewaken, stimuleren en toetsen of deze zorg voldoende aandacht krijgt. De belangen van de organisatie worden uiteraard meegenomen in de oordeel- en besluitvorming.

In 2007 varieerden de adviesonderwerpen van een Profielschets leden Raad van Toezicht tot een Herziening Stappenplan Reorganisatie. Adviesaanvragen waren onder andere:

- Profielschets leden Raad van Toezicht en benoeming leden Raad van Toezicht;
- Integratieplan KCHL;
- reorganisatie en ontvlechting stafdienst KPM;
- Herziening Stappenplan Reorganisatie.

De Ondernemingsraad heeft met de Raad van Bestuur afspraken gemaakt over de wijze waarop de OR wordt betrokken bij kleine reorganisaties binnen een afdeling, die geen grote personele gevolgen hebben. De OR wordt op de hoogte gehouden van de ontwikkelingen, maar er wordt geen formeel adviestraject doorlopen. Kleine reorganisaties in 2007 waren onder andere:

- Aanpassing structuur OK Apeldoorn;
- Positionering pacemakertechniek Gelre ziekenhuizen;
- Zorgeenheid Interne Geneeskunde Apeldoorn: opsplitsen in Zorgeenheid Interne Geneeskunde en Zorgeenheid Maag Darm Leverziekten.

Over regelingen op het gebied van het sociaal beleid van de onderneming, heeft de ondernemingsraad instemmingsrecht. Binnen Gelre ziekenhuizen zijn in 2007 vooral wijzigingen arbeidstijden, roosters en deeltijdbeleid onderworpen aan het instemmingsrecht.

Instemmingsaanvragen waren onder andere:

- Nachtdiensten arts-assistenten Gynaecologie/Verloskunde Apeldoorn
- Bedrijfstijdverlenging MRI Apeldoorn;
- Parttimebeleid KCHL;
- Parttimebeleid Personeelszaken;
- Deeltijdbeleid Functieafdeling Zutphen;
- Deeltijdbeleid Zorgeenheid Heelkunde Apeldoorn;
- Werktijden en roosters Verkoever Zutphen

Op het gebied van Arbo gaat veel aandacht naar de gezondheid, veiligheid en welzijn van de medewerkers. Instemming werd verleend aan onder meer:

- Plannen van aanpak behorende bij de RI&E van diverse afdelingen;
- Arbojaarplan;

Advies werd gegeven over onder andere het Milieujaarplan.

Verder stonden regelmatig meer algemene onderwerpen op de agenda van de overlegvergadering:

- Opzet en resultaat Medewerkers Tevredenheids Onderzoek (MTO);
- Evaluatie dienstroostersysteem OK Apeldoorn;
- Beleidsnotitie competentie management binnen Gelre ziekenhuizen;
- Nieuwbouw Zutphen en voortgang vernieuwbouw Apeldoorn.

De ondernemingsraad overlegt maandelijks met de Raad van Bestuur (afgevaardigde: de heer G.J. Heuver) Daarnaast wordt veel overleg gevoerd o.a. met hoofd Personeelszaken, directeur Financiën en Control en leidinggevenden van diverse afdelingen.

Per 31 december 2007 bestond de OR uit de volgende personen:

Naam:	Functie in het ziekenhuis:
Dhr. C. (Cees) Eikelboom, voorzitter	Facilitair Bedrijf, afd. receptie
Dhr. F. (Fred) Jurrjens, vice-voorzitter	IC-Verpleegkundige
Dhr. F. (Frans) van Lent, secretaris	Facilitair Bedrijf, stafbureau
Dhr. J. (Jean) Mochèl	Fysiotherapie
Dhr. H. (Harry) Meijer	Dienst Financiën en Control
Dhr. B. (Bas) Lokker	Facilitair Bedrijf, beddencentrale
Mw. R. (Rian) Sterckel	Poli Reumatologie
Dhr. J. (Joop) Sellink	Radiologie
Dhr. P. (Pieter) Versteeg	Endoscopie
Dhr. H. (Henk) ter Haar	Klinisch Chemisch Hematologisch Laboratorium
Dhr. B. (Bert) Wierink	Bewakingsafdeling
Dhr. W. (Wim) Das	PAAZ
Mw. M. (Marianne) de Witte	Personeelszaken
Dhr. R. (René) Smit	Spoedeisende Hulp

De OR wordt ondersteund door het secretariaat, gehuisvest in de locatie Lukas:

Mw. S. (Sylvia) van Berkel	Ambtelijk secretaris
Mw. M. (Marian) Kock	Secretaresse

3.5 Verpleegkundige Adviesraad

De doelstelling van de Verpleegkundige Adviesraad (VAR) is het bewaken en bevorderen van de kwaliteit van de verpleegkundige zorgverlening en professionalisering van de verpleegkundige beroepsgroep in Gelre ziekenhuizen.

Om dat te bereiken worden adviezen uitgebracht over beroepsinhoudelijke aangelegenheden, worden ontwikkelingen gevolgd met betrekking tot beroepsinhoudelijke aangelegenheden en worden de kwaliteit en kwaliteitseisen met betrekking tot de verpleegkundige zorgverlening vastgesteld en geoptimaliseerd.

De VAR bestaat uit een bestuur van tien leden: vijf leden uit de locatie Zutphen en vijf leden uit de locatie Apeldoorn. Alle leden zijn als verpleegkundige/ verzorgende werkzaam binnen Gelre ziekenhuizen. De bestuursleden besteden per jaar 80 uren aan de VAR. Gestreefd wordt naar een evenredige verdeling over de verschillende zorgeenheden. Het Dagelijks Bestuur wordt gevormd door de voorzitter en de ambtelijk secretaris. Het Dagelijks Bestuur heeft regelmatig overleg met de Raad van Bestuur, portefeuillehouder zorg.

De VAR houdt zich thema-gewijs bezig met onderwerpen die spelen op het gebied van de verpleegkundige beroepsuitoefening binnen Gelre ziekenhuizen en op regionaal en landelijk niveau. De thema's zijn toegewezen aan een of twee leden van het VAR-bestuur en zij zijn expert in hun onderwerp.

Regelmatig brengt het bestuur gevraagd en ongevraagd advies uit aan de organisatie over deze thema's. Actuele thema's op dit moment zijn:

- evidence based practice;
- de nieuwbouw in Zutphen;
- het elektronisch verpleegkundig dossier;
- patiëntveiligheid en taakherschikking.

Deze thema's sluiten aan bij de missie en ambitie van Gelre ziekenhuizen.

Bereikte resultaten in 2007:

- Algemeen eisenkader: Het AEK wordt ondergebracht in de lijn en een vast onderdeel in de jaarplannen van de zorgeenheden. En hiermee ook in de beleidscyclus en het MKC.
- 12 mei: organisatie van de dag van de Zorg: ongeveer 120 mensen bezochten het schaduwtochtcollege.
- Evidence Based Practice: de VAR bracht advies uit dit te implementeren in de basis cursus voor de zorgcoördinatoren. Dit advies wordt opgevolgd.
- Protocol VTGM en dubbel aftekenen door de verpleegkundige: hierover is advies uitgebracht en dit is overgenomen. Het advies dit protocol voor te leggen aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg is niet overgenomen.
- EPD en EVD: verpleegkundigen nemen deel in de diverse werk- en gebruikersgroepen betreffende het nieuwe SAP4ZIS.
- Herregistratie BIG en Portfolio: een VAR-lid heeft deelgenomen in de werkgroep, dit thema wordt nu door de zorgmanagers geïmplementeerd.
- Nieuwbouw Zutphen: De VAR houdt een vinger aan de pols. Hierbij wordt in de gaten gehouden dat de verpleegkundigen inspraak hebben in het bouwproces en dat hun mening wordt gehoord.
- Patiëntveiligheid: De VAR heeft een bijdrage geleverd aan het VMS door aandacht vragen voor onderwerpen die betrekking hebben op Patiëntveiligheid en VIM.
- Taakherschikking: de VAR heeft de notitie van de zorgmanagers van advies voorzien.
- Verpleegkundige databank: het advies van de VAR om op intranet een verpleegkundige database op te zetten met daarin alle lopende en afgesloten verpleegkundige projecten is gehonoreerd.

- Visie op zorg: hierover zijn gesprekken gaande met de Raad van Bestuur betreffende de uitwerking en de visie en implementatie op de afdelingen.
- Communicatie en PR: de VAR publiceert regelmatig in het personeelsblad Gelrevue over bovenstaande onderwerpen.

Naam:	Functie binnen de VAR:
Mw. G. (Greet) Nieuwland	Voorzitter
Mw. Y (Yvonne) van Betlehem	Secretaris
Mw. A. (Annemiek) Kersten-Hendriksen	Lid
Mw. M. (Mirella) Koenjer	Lid
Mw. S. (Sandra) Haverkamp	Lid
Mw. S. (Silvia) Scholten	Lid
Mw. G. (Gerrie) Geessinck	Lid
Dhr. G. (Gerrit) Groothedde	Lid
Mw. S. (Sjoukje) Engelen	Lid
Mw. M. (Marlies) Huurnink	Lid

Op 31 december 2007 waren er twee vacatures, waarvan er één per 1 april 2008 is ingevuld door mw. W. (Wijnie) de Lange.

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.

Klanten

Gelre ziekenhuizen verleent diensten aan 3 soorten klanten: patiënten, huisartsen en zorgverzekeraars.

- Patiënten ontvangen van Gelre ziekenhuizen een kwalitatief hoogwaardige zorgverlening in de vorm van een snelle diagnose, behandeling en advisering en een excellente bejegening en service.
- Huisartsen worden door Gelre ziekenhuizen zo goed mogelijk ondersteund door integrale ketenzorg voor hun patiënten, snelle verwijzingsmogelijkheden, toegankelijkheid van medisch specialisten en snelle en adequate elektronische gegevensuitwisseling.
- Zorgverzekeraars kunnen rekenen op toetsbare kwaliteit van zorg tegen een concurrerende prijs en een innovatieve zorgpartner

Zorg

Gelre ziekenhuizen biedt medisch specialistische en verpleegkundige behandeling en zorg in het eigen verzorgingsgebied van de patiënt via kwalitatief hoogwaardige zorgtrajecten. De patiënt komt voor de medisch specialist en alle medische, logistieke en service aspecten zijn op elkaar afgestemd om het bezoek en de behandeling snel en succesvol te laten verlopen. Patiënten beleven de zorg als toegankelijk, veilig, betrouwbaar en deskundig. Gelre ziekenhuizen participeert actief in regionale zorgnetwerken, zodat voor patiënten de overgang naar een aanpalende zorgvorm soepel verloopt.

Gelre ziekenhuizen streeft naar adequate kostenbeheersing van de zorg, maar wenst wel rendement te maken zodat investeringen in innovatie en kwaliteit van zorg mogelijk zijn en de continuïteit van de zorg gewaarborgd is.

Medewerkers

Onze medewerkers handelen naar de kernwaarden bereikbaar, betrokken, behulpzaam en deskundig. Zij richten zich vanuit hun professionaliteit en integriteit op een zo maximaal mogelijk dienstverlening aan de patiënt.

Gebouw

In de gebouwde omgeving van Gelre ziekenhuizen staat de patiënt centraal. Flexibiliteit van zorg wordt maximaal mogelijk gemaakt. De ontvangst en het verblijf van patiënten vinden plaats in een omgeving, die past bij de menselijke maat en de onderlinge communicatie helpt.

Techniek

De patiënt komt voor de medisch specialist en de medische technologie ondersteunt de medisch specialist in de medische diagnose en behandeling van de patiënt. Informatisering wordt ingezet voor een efficiënte patiëntenlogistiek, voor de ondersteuning van de zorgtrajecten en voor een duidelijke communicatie tussen medisch specialisten en patiënten

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: vóórkomen 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

Meerjarenbeleidsplan 2001-2006 ten einde

Het in 2000-2001 opgestelde meerjarenbeleidsplan 2001-2006 liep eind 2006 ten einde. Het lag in de bedoeling in het jaar 2007 een nieuw meerjarenbeleidsplan te ontwikkelen. Een drukke beleidsagenda, de voorbereiding van de implementatie van een nieuw ziekenhuisinformatiesysteem ter vervanging van de twee aanwezige systemen in Zutphen en Apeldoorn, de vernieuwbouw in Apeldoorn en de intensieve voorbereiding van de nieuwbouw in Zutphen, een brand op de locatie Lukas in Apeldoorn en patiëntenlogistieke problemen (verkeerde bedproblematiek) en last but not least de besturingsdiscussie, hebben er echter toe geleid dat de totstandkoming van een nieuw meerjarenbeleidsplan is doorgeschoven naar het jaar 2008. Dat wil niet zeggen dat het jaar 2007 bestuurd is zonder beleid voor de middellange termijn. Op deelterreinen zijn beleidsnotities voorhanden (HRM, ICT, businessplan Zutphen, kwaliteitszorg) die ook in 2007 richtinggevend zijn geweest voor het te voeren beleid. Voor deze onderwerpen wordt verwezen naar de betreffende paragrafen in dit hoofdstuk.

4.2 Algemeen beleid

Gelre ziekenhuizen heeft eerder de strategische keuze gemaakt om één integraal, nieuw ziekenhuisinformatiesysteem te ontwikkelen. Naast de hoge kosten van het beheer van twee systemen speelde daarin ook de ineffectiviteit van de informatieverschaffing en het beheer mee. Tevens streeft Gelre ziekenhuizen ernaar om de centrale positie van de patiënt en zijn/haar zorgtrajecten beter te faciliteren met informatievoorziening. Met de nieuwe generatie ziekenhuisinformatiesystemen is dat mogelijk. Het nieuwe systeem zal eveneens de logistieke processen in het ziekenhuis gericht ondersteunen.

Begin 2007 is na een Request for Proposal uit een shortlist van drie leveranciers SAP verkozen. Bij de verdere uitwerking van het contract is gebruik gemaakt van referentie bezoeken aan andere ziekenhuizen, die met SAP werken. Op 28 november 2007 hebben Gelre ziekenhuizen en GSD Duitsland het contract ondertekend. GSD (onderdeel van Siemens) treedt op als implementatiepartner voor het SAP systeem. De voorbereiding voor de implementatie is december 2007 gestart, de daadwerkelijk start vond plaats op 8 januari 2008. De implementatieperiode duurt naar verwachting tot in 2010.

EPD

In 2007 is het EPD op een aanzienlijk aantal poliklinieken in zowel Apeldoorn als Zutphen (KNO en Longen) verder uitgerold. Er zijn in samenwerking met MCS een aantal belangrijke wijzigingen doorgevoerd. Eind 2007 wordt nu ook de medische specialisten brief als aanvullende dienst elektronisch naar de huisartsen in de COPA regio verstuurd. Zodra deze elektronische versturing de papieren correspondentie volledige kan vervangen zal in overleg met medisch specialisten en huisartsen deze papieren correspondentie gestopt kunnen worden.

De preoperatieve screening wordt zowel in Apeldoorn als in Zutphen volledig in het EPD gedaan. Ook ondersteunende afdelingen als de Fysiotherapie en Diëtetiek zijn het EPD op de poli en inde kliniek gaan gebruiken. Op de spoedeisende hulp te Zutphen is men inmiddels ook met het EPD van start gegaan.

EPD en Spraakherkenning

In 2007 zijn een chirurg en orthopeed te Apeldoorn met succes begonnen om met behulp van de spraakherkenningsoftware van G2Speech tekst digitaal in het EPD in te spreken. Het is de bedoeling om in 2008 Spraakherkenning in combinatie met het EPD Gelrebreed op de poliklinieken aan te bieden aan medisch specialisten.

Het EPD wordt door Orthopedie en Gastro-enterologie te Apeldoorn ook in de kliniek gebruikt. Beide specialismen hebben daarvoor hun 'eigen' EPD voor alle medisch specialisten en arts-assistenten (i.v.m. consulten) opengesteld.

EVS

Er is in de afgelopen jaren veel door Gelre ziekenhuizen geïnvesteerd om in samenwerking met TM-Software (EVS leverancier) tot een zo goed mogelijk EVS en logistiek apotheeksysteem te komen dat zowel in de polikliniek als in de kliniek te gebruiken is. Door o.a. faillissement van de software leverancier is dit helaas niet optimaal gelukt. Het is daarom de bedoeling om in 2008 met een andere EVS leverancier dit traject weer op te pakken. Om de medicatieveiligheid te vergroten zal aansluitend in 2008 het ook mogelijk worden dat de thuis- en ontslagmedicatie via de OZIS koppeling tussen de openbare apotheken en het ziekenhuis worden uitgewisseld.

Dialyse

Op verzoek van de Dialyseafdeling is hun specifieke informatiebehoefte in de afgelopen jaren grondig geanalyseerd en in een rapport vastgelegd. Omdat in 2008 het aantal dialysetoelen zal verdubbelen en hun informatiebehoefte daardoor zal vergroten, moet er in 2008 een keuze gemaakt worden voor een softwareoplossing die de processen en HKZ kwaliteitsregistratie op de Dialyseafdeling kan ondersteunen.

ICT-infrastructuur

Als vervolg op de ICT-Audit, uitgevoerd in 2006 door Verdonck, Klooster & Associates, zijn een aantal maatregelen geïmplementeerd die een grote bijdrage leveren aan de continuïteit van de ICT-infrastructuur. Het netwerk tussen de locaties is overgezet van straalverbindingen naar redundante glasvezelverbindingen. Deze bieden naast een hogere beschikbaarheid ook ruim voldoende capaciteit om het enorm toenemende netwerkverkeer de komende jaren aan te kunnen. De backup-faciliteiten zijn vervangen en uitgebreid om voor nog meer systemen een hoge beschikbaarheid te kunnen garanderen. Ook het opslagnetwerk is vervangen, waarbij het advies is opgevolgd om voortaan alle data van de centrale systemen op twee locaties op te slaan. De brand in de locatie Lukas toonde eens te meer aan dat het voorbereiden op calamiteiten en het plannen van continuïteitsmaatregelen van zeer groot belang is voor de gehele ziekenhuisorganisatie. De brand heeft ondanks de grote impact op de technische installaties van het ziekenhuis niet tot uitval van systemen geleid, maar wel een aantal verbetermogelijkheden in de infrastructuur aan het licht gebracht die begin 2008 geïmplementeerd zullen zijn.

De in 2006 gestarte invoering van procesmatig werken begint zijn vruchten af te werpen. De Incident en Problem management processen geven een duidelijke efficiency verbetering te zien. In 2007 is ook het Change Management proces vormgegeven. Dit heeft geresulteerd in een duidelijke kwaliteitsverbetering tijdens veranderingen in de ICT infrastructuur. In 2008 zal extra aandacht gegeven worden aan de relatie met de klanten en eindgebruikers, dit in samenwerking met de binnen de afdeling O&I vorm te geven Functioneel Beheer Organisatie.

4.3 Algemeen kwaliteitsbeleid

NIAZ

Volgend op de accreditatieaudit van 26 tot en met 29 september 2006 werd in maart 2007 het definitieve NIAZ auditrapport toegezonden. Het rapport geeft de bevindingen weer van het auditteam ten aanzien van de 12 werkplekbezoeken die zijn afgelegd en de ruim 60 interviews die zijn uitgevoerd. Verder staan in het auditrapport 11 sterke punten en 13 verbeterpunten opgesomd samen met de feitelijke onderbouwing in de vorm van documenten en/of interviews. De belangrijkste sterke punten zijn:

- Instellingsbrede zorgvisie met een specifiek visie voor locatie Zutphen
- Inspirerende kwaliteitsprojecten KAZ (Kwaliteitsverhogende Activiteiten Zutphen) en GVPW (Gelre Vernieuwd Poliklinisch Werken)
- Kwaliteitssysteem van de voedingsdienst
- Kwaliteitssysteem van de afdeling Dialyse
- Interne visitatie binnen de medische staf Apeldoorn
- Benutten van resultaten van het medewerkerstevredenheidsonderzoek

De belangrijkste verbeterpunten zijn:

- Implementatie van het kwaliteitsbeleid in de organisatie;
- Integreeren van het kwaliteitsbeleid van de medische staf en de instelling;
- Uitvoeren en borgen van het onderhoud en beheer van medische apparatuur;

- Benutten van de resultaten van metingen van patiënten en klantenwaardering;
- Ontwikkelen, implementeren en borgen van het geplande veiligheidsmanagementsysteem

Voor de 13 verbeterpunten heeft Gelre een actieplan opgesteld waarbij voor elk verbeterpunt is aangegeven welke acties hiervoor ondernomen zullen worden en op welke termijn deze gerealiseerd zullen zijn. Dit actieplan is in juni 2007 naar het NIAZ gestuurd ter beoordeling. Met de uitvoering van de betreffende acties is gelijk een start gemaakt.

In augustus kwam het besluit van NIAZ om Gelre ziekenhuizen geen initiële accreditatie toe te kennen omdat de auditoren in het aangeleverde actieplan nog onvoldoende verbeterpunten zagen, met name op de gebieden verbetercultuur en borging van kwaliteit. Omdat deze conclusie niet nader onderbouwd was, met name niet in relatie tot het actieplan met verbeterpunten dat ter beoordeling bij het NIAZ was ingeleverd, heeft Gelre in oktober formeel beroep aangetekend tegen de uitspraak van het NIAZ in beroep, bij de commissie die daarvoor door het NIAZ is ingesteld.

CCKL-accreditatie

Het laboratorium van Klinische Pathologie werd in december officieel geaccrediteerd door het CCKL (Coördinatie Commissie ter bevordering van de Kwaliteitsbeheersing op het gebied van Laboratoriumonderzoek in de Gezondheidszorg).

Zorgtrajecten Gelre ziekenhuizen

De projecten Gelre Vernieuwd Poliklinisch Werken (GVPW) en Kwaliteitsverhogende Activiteiten Zutphen (KAZ) zijn samengevoegd tot één project: Zorgtrajecten Gelre ziekenhuizen. Het project is gericht op het ontwikkelen en verbeteren van poliklinische, medisch ondersteunende en klinische zorgprocessen. 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 zorgenheden bij beschrijving en verbetering van de zorgtrajecten.

Er is een start gemaakt met de borging van de binnen GVPW en KAZ beschreven zorgtrajecten door na te gaan of de gestelde doelen gehaald worden. Waar dit niet het geval is, wordt een actieplan opgesteld. Op verschillende poliklinieken is naar aanleiding van de borging gestart met het herorganiseren van de planning en roostering. Verder is de faxverwijzing geëvalueerd bij medewerkers en huisartsen.

Naast de borging is verder gegaan met het beschrijven en herontwerpen van zorgtrajecten. In totaal zijn er ongeveer 100 zorgtrajecten beschreven en herontworpen. De rol van de Medisch Ondersteunende Diensten binnen de zorgtrajecten en de communicatie met huisartsen (door transmurale werkafspraken) hebben hierbij aandacht gehad.

Een start is gemaakt met een analyse van de polikliniekorganisatie. Deze analyse dient als voorbereiding op de komende verandering van de werkprocessen in het kader van de nieuwbouw (Zutphen), het nieuwe ziekenhuisinformatiesysteem en de ontwikkeling van zorgtrajecten.

Kwaliteit maatschappen/vakgroepen

In 2007 is vanuit het medisch stafbestuur Apeldoorn is veel aandacht besteed aan het opzetten dan wel verbeteren van de complicatieregistratie bij alle maatschappen.

Tijdens de interne visitaties in Apeldoorn wordt de complicatiebespreking aan de orde gesteld.

In 2007 zijn vijf interne visitaties uitgevoerd. Het betrof visitaties bij de volgende zorgenheden:

- Klinische Pathologie;
- Psychiatrie;

- Interne geneeskunde;
- Keel-, Neus- en Oorheelkunde;
- Klinische geriatrie.

De vijf uitgevoerde visitaties hebben geleid tot een aantal concrete aanbevelingen, welke zijn vastgelegd in de vertrouwelijke visitatierapporten. De aanbevelingen concentreren zich met name rondom de thema's: beleid (beleidsplan, realisatie beleidsvoornemens), samenwerking met andere specialismen/afdelingen, kwaliteit van het overleg en continuïteit van patiëntenzorg.

Landelijk patiënttevredenheidsonderzoek

In 2007 heeft Gelre ziekenhuizen voor het eerst meegedaan aan het landelijk patiënttevredenheidsonderzoek van Prismant. 17 medisch specialismen waren betrokken in het onderzoek, waarbij patiënten zijn bevraagd over zowel klinische als poliklinische ervaringen. De resultaten zijn per locatie gepresenteerd (Apeldoorn, Zutphen en Lochem). Het doel van het onderzoek was te achterhalen hoe tevreden patiënten zijn op de aspecten: ontvangst, bejegening en verzorging/behandeling door verpleegkundigen, polikliniekmedewerkers en artsen, informatie, zelfstandigheid en (vertrek en) nazorg. Prismant heeft de resultaten gepresenteerd in een interne vergelijking en tevens waar mogelijk een vergelijking gemaakt met de andere deelnemende algemene ziekenhuizen.

In de benchmarking met specialismen uit andere ziekenhuizen scoort een groot aantal specialismen een Best Practice, maar alleen de specialismen Orthopedie en Plastische Chirurgie (beiden in de locatie Zutphen) scoren op alle 6 aspecten een Best Practice.

De resultaten zijn met de betrokken zorgmanagers besproken en zijn waarnodig input geweest voor het ingang zetten van verbeteractiviteiten in 2008 o.a. rondom de aspecten informatie, vertrek en nazorg. De onderzoeksresultaten zijn intern verspreid en aan de cliëntenraad overhandigd.

Conclusies

Rapportcijfer kliniek:	
Gelre ziekenhuizen locatie Apeldoorn	7,76
Gelre ziekenhuizen locatie Zutphen	7,82
Gemiddeld	7,79

Rapportcijfer polikliniek	
Gelre ziekenhuizen Apeldoorn	7,62
Gelre ziekenhuizen Zutphen	7,72
Gelre ziekenhuizen Lochem	7,67
Gemiddeld	7,67

Overzicht van verbeterprojecten en zorgvernieuwingstrajecten

In 2007 zijn verschillende initiatieven ter verbetering van de kwaliteit van zorg opgestart en geïmplementeerd.

Postoperatieve pijn onder controle

De pijnbeleving van geopereerde patiënten werd eind 2006 en begin 2007 onderzocht in het kader van het project 'Postoperatieve pijn onder controle'. De meetgegevens worden gebruikt voor verbeteringen in de postoperatieve pijnbestrijding. Het doel is om 90 procent van alle in Gelre geopereerde patiënten pijnvrij te krijgen, of tenminste hun pijn onder controle brengen.

Fotodynamische Therapie

De Apeldoornse dermatologen zijn in mei gestart met Fotodynamische Therapie om huidkanker en diverse voorstadia daarvan te behandelen. Deze nieuwe behandelmethode is veel minder pijnlijk dan behandelingen met bijvoorbeeld stikstof, laat geen littekens na en levert evengoed een goed resultaat op.

ERAS

Sinds 2007 is het CBO-protocol ERAS Gelrebreed ingevoerd. De meerwaarde van het protocol ERAS is dat gewerkt wordt volgens nieuwe inzichten. Zo is van een aantal handelingen rond een darmoperatie bekend dat die het individuele resultaat verbeteren. Hierdoor is de herstelperiode na een darmoperatie verkort.

Voorlichtingsfilms onderzoeken

De maatschap Longartsen in Apeldoorn heeft een reeks voorlichtingsfilms gemaakt voor patiënten over verschillende onderzoeken, zoals bronchoscopie. Het doel is patiënten aan de hand van de film beter voor te bereiden; men kan zien in welke setting het onderzoek gebeurt en hoeveel tijd het kost. De ervaring leert dat de films stressverlagend werken.

Ontwikkeling websites voor patiënten en bezoekers

Medio 2007 is een project gestart voor de ontwikkeling van websites voor medisch specialisten en medisch ondersteunende diensten, in eerste instantie voor patiënten en bezoekers. De websites worden opgezet volgens een standaard raamwerk, in samenwerking met betrokken specialisten en leidinggevenden. Na een langdurig voorbereidingstraject zijn de eerste websites eind van het verslagjaar online gegaan. Het betrof de websites van de afdelingen Radiologie in Apeldoorn en Zutphen.

Oncologisch Centrum Apeldoorn

Op 1 oktober ging het Oncologisch Centrum Apeldoorn (OCA) van start. Het OCA omvat een nieuwe multidisciplinaire verpleegafdeling op de locatie Lukas en streeft verder naar een multidisciplinaire samenwerking op de dagbehandeling en polikliniek. Het doel is om de totale keten van de zorg, dus de voorlichting, preventie, diagnose, behandeling en nazorg in samenhang uit te voeren. Internist-oncoloog Sandra Radema: "door onze krachten te bundelen kunnen we de patiënt nog meer kwaliteit bieden."

Multidisciplinaire poliklinieken

Ook in 2007 zijn verschillende multidisciplinaire poliklinieken geïmplementeerd.

In Apeldoorn betrof dit de Lyme poli en de MS en Parkinson poli; in Zutphen waren dit de Down poli, Dyspnoe poli en de Fractuur en osteoporose poli kliniek.

Door de multidisciplinaire samenwerking kan diagnostiek vaak in een dag worden afgerond, waardoor patiënten minder vaak naar het ziekenhuis hoeven te gaan.

Omgedraaid spreekuur

Diabetespatiënten bezoeken gemiddeld drie keer per jaar de internist en één keer per jaar de diabetesverpleegkundige. In Het Spitaal is dat omgedraaid voor de patiënten met ongecompliceerde diabetes mellitus type 1 en 2. Dat levert kwaliteitsverbetering op, omdat er naast de behandeling met medicatie meer aandacht is voor de leefstijl en de psychologische aspecten van diabetes.

Zorgprogramma gynaecologische oncologie

Sinds januari 2007 werken de gynaecologen van Apeldoorn, Zutphen en Deventer samen in het zorgprogramma gynaecologische oncologie. Deze samenwerking is hierdoor geïntensiveerd en heeft

geleid tot eenduidige afspraken binnen én buiten de ziekenhuizen, een grotere rol voor de oncologieverpleegkundigen en een uniforme voorlichting aan patiënten met baarmoederhals- eierstok- of baarmoederkanker.

Borstvoedingscertificaat

De afdeling Verloskunde in Zutphen nam in mei het Borstvoedingscertificaat van WHO/Unicef in ontvangst. Een kroon op het werk dat verzet is om doelbewust beleid te ontwikkelen op het gebied van borstvoeding, gericht op het optimaliseren van de kwaliteit van zorg voor moeder en kind. Zo'n tachtig procent van de aanstaande moeders in ons land kiezen na goede voorlichting bewust voor borstvoeding.

Digitaal GIP-z

In september werd de ziekenhuisbrede implementatie van het digitale GIP-z (Geneesmiddelen Informatie folders voor Patiënten in het Ziekenhuis) voltooid. Met dit programma wordt tegemoet gekomen aan de vraag naar meer informatie over geneesmiddelen. De folders uit het GIP-z zijn qua vorm, inhoud en taalgebruik volledig gestandaardiseerd en getest op leesbaarheid en begrijpelijkheid. Het programma is niet alleen voor patiënten een uitkomst, maar ook voor verpleegkundigen, leerlingen en andere zorgverleners.

Ontwikkeling Gelrebrede protocollen

Een aantal belangrijke protocollen rondom het levenseinde zijn tot stand gekomen en vastgesteld. Naast de richtlijn 'Sedatie in de terminale fase' betreft dit het "Protocol en Beleid Behandelingbeperking" en de "Richtlijn Euthanasie".

Tevens werd het 'Protocol medisch specialistische verantwoordelijkheid rond de patiënt' vastgesteld. In dit protocol staan de taken en verantwoordelijkheden van de arts in zijn/haar rol als hoofdbehandelaar, medebehandelaar of consulent duidelijk beschreven. De belangrijkste uitgangspunten daarbij zijn de kwaliteit en continuïteit van de zorg voor de individuele patiënt en duidelijkheid over de rol van iedere arts die bij die zorg is betrokken.

Veiligheidsmanagement systeem (VMS)

In 2008 wordt van zorginstellingen verwacht dat zij een expliciet systeem hebben opgezet om de veiligheid van patiënten in hun organisatie te verbeteren en te borgen. Het veiligheidsprogramma is gebaseerd op een geïntegreerde aanpak: ziekenhuizen en zorgverleners werken aan inhoudelijke verbeteringen van de zorgverlening of de organisatie daarvan. Er zijn landelijk 10 thema's vastgesteld. Deze thema's komen voort uit de praktijk, wetenschappelijke literatuur en uit de resultaten van het onderzoek naar vermijdbare onbedoelde schade en sterfte in Nederlandse ziekenhuizen.

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

Hiermee dient op korte termijn de gestelde doelstelling (50 procent minder vermijdbare onbedoelde schade in vijf jaar) te worden behaald.

In Gelre ziekenhuizen is door het bureau Patiëntveiligheid en klachten een adviesnotitie over dit onderwerp geschreven en een implementatieplan opgesteld: 'Ontwikkeling veiligheidsmanagementsysteem in Gelre ziekenhuizen'. Dit plan werd in september 2007 vastgesteld. Het VMS bestaat uit twee pijlers:

Pijler 1: Reduceren van vermijdbare onbedoelde schade op tien inhoudelijke thema's

Pijler 2: Implementeren van het veiligheidsmanagementsysteem, gericht op verbeteren van de veiligheidscultuur, veilig incidenten melden, prospectieve risicoanalyse en commissies die zich richten op patiëntveiligheid.

Het implementatieplan voor het VMS is in december 2007 tijdens goed bezochte conferentiedagen op beide locaties van Gelre ziekenhuizen toegelicht, waarbij 2008 als jaar van patiëntveiligheid in Gelre ziekenhuizen werd uitgeroepen.

Voor de implementatie van het patiëntveiligheidsmanagementsysteem (VMS) is een stuurgroep geïnstalleerd, bestaande uit leden van Raad van bestuur, - Medische staven en een veiligheidsfunctionaris, die de implementatie zal gaan aansturen.

Meldingen Incidenten Patiëntenzorg

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.

Naast de traditionele MIP-meldingen die bij de MIP-commissie wordt ingediend, is een start gemaakt met het decentraal melden en afhandelen van (bijna)incidenten.

In 2007 zijn er in totaal 1213 meldingen gedaan. Ten opzichte van 2006 is dit een stijging van 11,9% (1022 meldingen in 2006). Dit is inclusief de meldingen van de afdelingen SEH (Zutphen en B3 Cardiologie (Apeldoorn)).

Bij het melden van incidenten worden de volgende rubrieken gehanteerd:

- 24,8% valincidenten (301)
- 39,6% medicatie/infusie/bloedproducten (480)
- 30,6% behandelingen en verrichtingen (371)
- 5,0% overige meldingen (61)

Bij 20% van de meldingen heeft het incident geleid tot een tijdelijk tot ernstig ongemak voor de patiënt en bij 10% van de meldingen heeft dit geleid tot aanvullende behandeling en/of (verlengde) opname. Het aantal medicatiemeldingen is hoog. Bij een groot aantal meldingen gaat het echter om (bijna)incidenten, doordat de medewerker op tijd constateert dat er iets (bijna)fout gaat. De fout bereikt de patiënt dus niet.

Zo nodig worden meldingen na bespreking teruggekoppeld naar de betrokken melder, dienst of afdeling, het management, Medische stafbesturen en Raad van Bestuur.

De MIP-commissie heeft in 2007 meerdere locatiegebonden en ziekenhuisbrede adviezen uitgebracht. Bij de MIP-commissie is niet altijd bekend of en hoe een aanbeveling is gerealiseerd. Circa 40 procent van het aantal meldingen heeft geleid tot maatregelen.

Gerealiseerde adviezen:

- Het Handboek parenteralia met bijbehorende bekwaamheidscodes is geactualiseerd en opnieuw uitgegeven (papieren versie). Bij afwijkingen wordt conform een nieuw opgestelde procedure een aanvullend protocol opgesteld.
- Het Gelrebrede protocol 'Aanvragen en toedienen van bloedproducten' is geïmplementeerd
- Het Antibioticaformulier is geactualiseerd en op intranet geplaatst.
- Een verantwoordingssticker voor parafering bij het klaarmaken en controleren van intraveneuze medicatie is geïmplementeerd.

- Het document Verantwoordelijkheden medisch specialisten Gelre ziekenhuizen is opgesteld en ingevoerd. Hierin staan de taken en verantwoordelijkheden van hoofd- en medebehandelaar omschreven.
- Het signaleringssysteem van laboratoria KCHL is aangepast, waardoor afwijkende laboratoriumuitslagen, waarbij snel actie ondernomen dient te worden, voor belanghebbenden direct opvallen.
- Een Gelrebrede procedure Behandelingsbeperking, met een daarbij behorende checklist, is opgesteld en geïmplementeerd.
- Een procedure ECG draaien en beoordelen is in beide locaties ontwikkeld en ingevoerd.
- In de locatie Zutphen is het aantal verkoeverbieden uitgebreid en de openingstijden zijn verlengd.
- Het aantal arts-assistenten in de locatie Zutphen is uitgebreid tot 9 agnio's, zodat het mogelijk is om in de avonddienst twee arts-assistenten in te plannen.
- De Telemetrie bewaking in de locatie Zutphen is geoptimaliseerd.
- Inzake de beddenproblematiek (locatie Zutphen) is een plan opgesteld om tot vervroegde en gefaseerde vervanging van bedden te komen vanaf 2008.

Decentraal melden van Incidenten is Veilig Incidenten Melden (VIM).

Van november 2006 tot mei 2007 heeft een pilot decentraal (bijna)incidenten plaatsgevonden op twee afdelingen: SEH locatie in Zutphen en de afdeling Cardiologie in Apeldoorn. Op basis van de positieve uitkomsten van de pilot is besloten tot een Gelrebrede uitrol over te gaan.

Bij VIM kunnen medewerkers laagdrempelig en anoniem via een digitaal meldingsformulier (bijna)incidenten melden. Uiteraard blijft er een spanningsveld tussen de mogelijkheid om anoniem te kunnen melden en het bespreken van een melding met de afdelingsleiding. Uit de ervaringen met de pilot blijkt dat deze werkwijze niet tot problemen heeft geleid.

Op afdelingsniveau worden de meldingen door een patiëntveiligheidscommissie (PVC) besproken en vervolgens verbeteracties opgestart.

In de periode januari 2008 tot medio 2010 zal VIM op alle afdelingen en diensten "uitgerold" worden.

Rol van de MIP-commissie bij decentraal melden.

Door de invoering van decentraal melden zal de rol van de MIP-commissie geleidelijk veranderen. De MIP-commissie kan gevraagd en ongevraagd een melding analyseren, waarbij de ernst van het incident een belangrijk criterium is.

Daarnaast zal de MIP-commissie er op toe zien hoe incidenten op decentraal niveau worden afgehandeld. Tevens zullen gesignaleerde trends kenbaar gemaakt worden aan belanghebbenden. Op basis van trends, waarbij het risico voor de patiënt groot is, kan de MIP-commissie adviseren een Gelrebrede analyse uit te voeren en op basis van de uitkomsten verbeteracties in te voeren.

De Verpleegkundige Adviesraad VAR heeft de viering van de Dag van de Zorg aangegrepen om een schaduwtuchtcollege te organiseren. Aan de hand van een casus, gebaseerd op eigen ervaringen en op ervaringen vanuit de regionale tuchtcolleges werd een hoorzitting nagespeeld. Een schaduwtuchtcollege is een beproefd concept om verpleegkundigen kennis te laten maken met het college en de noodzaak van het bewuste handelen. En dat het werkte blijkt uit de reacties achteraf: verpleegkundigen vonden de nagespeelde situaties herkenbaar en confronterend.

Klachten behandeld door de klachtenfunctionarissen

In 2007 zijn 561 klachten behandeld door de klachtenfunctionarissen. Dit zijn er 46 meer dan in 2006. De groei van het aantal klachten is vooral te vinden bij de beroepsgroepen medisch specialisten en artsen in opleiding. Bij de laatste een toename van 38 procent. Deze toename is aanleiding bij artsen in opleiding en hun opleiders scholing te geven hoe om te gaan met klachten of beter hoe nog hoe deze te voorkómen.

De ontslagenquête is per 31 december 2006 afgeschaft. De verwachting dat daardoor het aantal klachten zou afnemen is niet uit gekomen.

De top vijf van onderwerpen waarover in 2007 in Gelre ziekenhuizen het meeste is geklaagd is ziet er ten opzichte van 2006 als volgt uit. Tussen haakjes is de plaats in 2006 aangegeven.

1. Afspraken zijn niet nagekomen (3);
2. Nonchalante behandeling (1);
3. Patiënt had andere verwachtingen (2);
4. Informatie over onderzoek en behandeling (6) ;
5. Lange wachttijden.

De 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 specifieke adviezen uitgebracht met betrekking tot:

- De rol van het hoofdbehandelaarschap bij patiënten met meerdere behandelaars onder de aandacht te brengen (bij patiënten en verpleging) en extra aandacht te vragen voor regievoering.
- De rapportage van dagbehandelingspatiënten uit te breiden en verbeteren.
- Het meedelen aan de patiënt dat Gelre een opleidingsziekenhuis is en dat daardoor soms meer dan strikt nodig vragen aan de patiënt worden gesteld.
- Het regelmatig toetsen van rapportage door verpleegkundigen.

4.4 Kwaliteitsbeleid ten aanzien van patiënten

Zie hiervoor hoofdstuk 4.3.

4.5. Kwaliteit ten aanzien van medewerkers

4.5.1 Personeelsbeleid

In het verslagjaar werd door de Raad van Bestuur een HR-beleidsnota vastgesteld. Op basis van een externe analyse en de eigen doelstellingen werd een beperkt aantal accenten vastgesteld die de komende jaren vorm moeten krijgen. Daarbij gaat het om personeelsplanning/voorziening met name op die functies die als kritisch kunnen worden beschouwd, management development (met als eerste speerpunt het middenkader binnen de zorgeenheden), performance management en tenslotte kennismanagement.

Arbeidsomstandigheden

Verzuim- en reïntegratie

	2006	2007
Verzuim meldingen	4.521	4.886
Verzuimfrequentie	1,52	1,59
Verzuimdagen totaal	36.834	42.754
Verzuimduur in dagen	10,4	13,0
Verzuimpercentage 1 ^e jaar	4,3%	4,5%
1 t/m 7 dg	1,1%	1,2%
8 t/m 14 dg	0,4%	0,4%
15 t/m 42 dg	0,5%	0,5%
43 t/m 365 dg	2,3%	2,5%
Verzuimpercentage 2 ^e jaar	0,5%	0,8%
Omgerekend fte 1 ^e jr	99	117

Het verzuim in 2007 is ten opzichte van 2006 gestegen met 0,5%. Deze trend doet zich ook in de branche voor, zij het dat het verzuim binnen Gelre ziekenhuizen sterker stijgt. Deze stijging gaf aanleiding tot een analyse en op basis daarvan zijn nadere afspraken gemaakt. De kosten van verzuim uitgedrukt in directe salariskosten zijn gestegen met € 825.000,-. De kosten van vervanging zijn daarin niet opgenomen. Als streefgetal binnen Gelre ziekenhuizen geldt 4,5% (gerekend over twee jaar verzuim).

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 2007 betrof het verzuim in het tweede ziekte jaar 0,84 % (t.o.v. 0,5% in 2006). In totaal stroomden vier medewerkers door naar de WGA (80-100%). Daarnaast kwamen vijf medewerkers in aanmerking voor een WGA uitkering < 35%.

Gedurende het jaar werd € 185.800,- uitgegeven aan kosten die samenhangen met interventies en behandelingen. Daar tegen over werden inkomsten verworden uit diverse regelingen, zoals Amber, No-risk polissen en premiekorting. In totaal werd € 146.000,- toegekend.

Arbeidsvoorwaarden

Loonontwikkeling

In het kader van de CAO-ziekenhuizen werd besloten de lonen met ingang van 1 april 2007 te verhogen met 1,4 %.

In en uit dienst

Arbeidsmarkt en vacatures

In het jaar 2007 werden 262 vacatures gemeld. Vrijwel alle vacatures werden vervuld. Moeilijk vervulbare vacatures bleken te zijn: arts-assistent Cardiologie, Operatie-assistent en Anesthesie-assistent.

Aantal vacatures per 31 december 2007: 16

Instroom

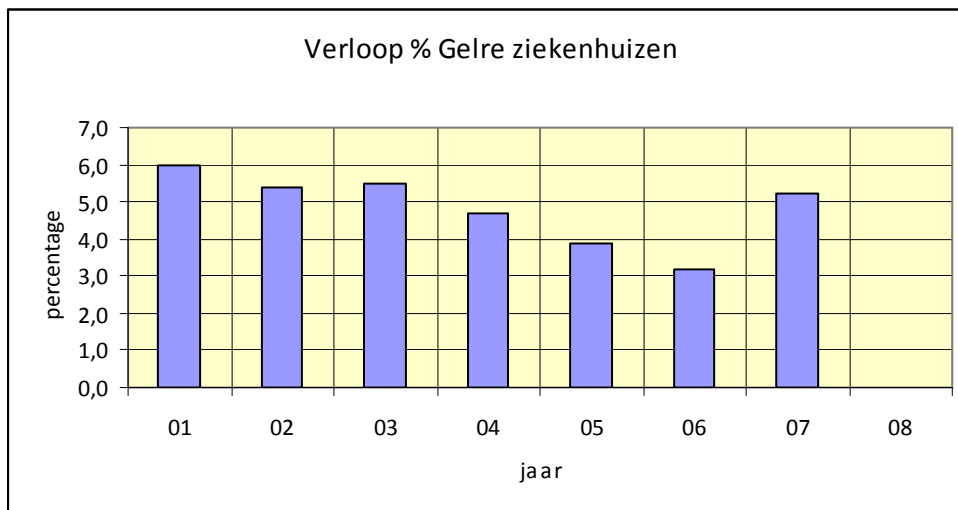
In 2007 traden 124 medewerkers (65,5fte) in dienst met een overeenkomst voor onbepaalde tijd en 465 medewerkers (215,4 fte) met een arbeidsovereenkomst voor bepaalde tijd. Exclusief vakantiekrachten en stagiaires.

Verloop

Uit de verloopcijfers (zie hieronder) wordt duidelijk dat de uitstroom ten opzichte van voorgaande jaren is toegenomen. Nadat het verloop in 2005 en 2006 daalde, is het in 2007 gestegen net boven het niveau van 2004. Overigens heeft deze stijging niet geleid tot personele problemen van enige omvang. De stijging van het verloop past in het historische beeld dat bij een stijgende economische groei de mobiliteit op de arbeidsmarkt toe neemt. Als de huidige economische groei door zet dan mogen we verwachten dat het verloop de komende jaren in lichte mate mee zal stijgen.

Het betreft het verloop van de arbeidsovereenkomst voor onbepaalde tijd.

Het verloop onder verpleegkundige functies is licht toegenomen tot 5 % tegenover 4,4% in 2006.



In 2007 traden 172 medewerkers uit dienst met een overeenkomst voor onbepaalde tijd en 295 (110 fte's) medewerkers met een arbeidsovereenkomst voor bepaalde tijd.

4.5.2 Kwaliteit van het werk

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. De resultaten van dit onderzoek zijn binnen de afdelingen besproken met de medewerkers. Dit overleg heeft geleid tot een groot aantal actieplannen gericht op verbetering van die factoren die binnen de afdeling daadwerkelijk beïnvloedbaar zijn. Op organisatieniveau werd een analyse opgesteld op de onderwerpen: Arbeidsomstandigheden, Beloning, Werkdruk en Ontwikkelingsmogelijkheden.

Arbeidsomstandigheden

De Risico Inventarisatie en Evaluatie en de gegevens uit het Medewerkertevredenheid Onderzoek hebben eveneens geleid tot aanpassingen en verbeteringen van de arbeidsomstandigheden. Dikwijls betrof het aspecten van werkveiligheid en de bekendheid met de geldende voorschriften.

Beloning

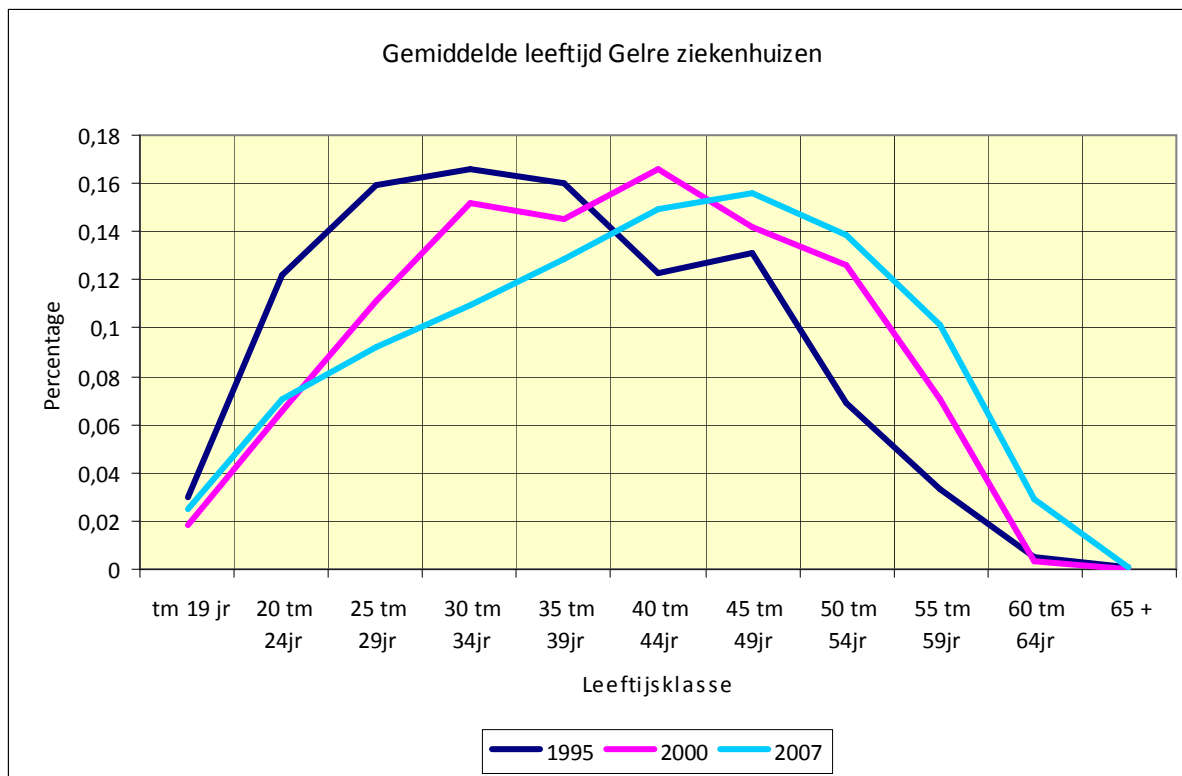
De algemene tevredenheid werd uitgedrukt met het cijfer 5,3 , waarmee we nauwelijks afweken van het gemiddelde van andere ziekenhuizen (5,2). De tevredenheid over de secundaire arbeidsvoorwaarden is voor verbetering vatbaar, ook al wijkt de score van Gelre ziekenhuizen nauwelijks af van die van de overigen ziekenhuizen (6,3 ten opzichte van 6,4).

Werkdruk

Op vele afdelingen wordt de werkdruk als relatief hoog ervaren. Als we de resultaten er bij betrekken op vragen als "Ik kan mijn werk goed loslaten als ik thuis kom" of "Ik kan mijn werk emotioneel gezien goed aan" dan ontstaat een ronduit positief beeld. Hieruit kan de conclusie worden getrokken dat de medewerkers het weliswaar druk hebben, maar dat we het niet als een probleem ervaren waar de medewerkers last van hebben buiten het werk. De vraag of de medewerkers het gevoel hebben hun taak naar behoren te kunnen uitvoeren wordt aanzienlijk minder positief beantwoord.

Ontwikkelmogelijkheden

In vergelijking met de overige ziekenhuizen (5,8) scoort Gelre ziekenhuizen met 5,7 vrijwel gelijk. Onze aandacht zou de komende jaren moeten uitgaan naar verbetering op de onderdelen loopbaan- en doorgroeimogelijkheden en opleidingsmogelijkheden.



	1995	2000	2007
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. Ten opzichte van 2006 is de gemiddelde leeftijd gelijk gebleven. Het is voor het eerst in jaren dat de gemiddelde leeftijd niet is gestegen. We zullen zien of daarmee een (voorlopig) eind is gekomen aan een jarenlang opgaande lijn.

4.6 Samenleving

4.6.1 Doe-dag

Gelre ziekenhuizen is met zijn 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.

Daarnaast wordt jaarlijks zowel in Apeldoorn als in Zutphen een groot aantal openbaar toegankelijke medische themabijeenkomsten georganiseerd voor betrokkenen, familie en geïnteresseerden.

4.6.2 Landelijke imagocampagne

Gelre ziekenhuizen doet mee aan de landelijke imagocampagne, die in mei werd gelanceerd onder het motto 'Het Ziekenhuis Zorgt'. Zowel in de ziekenhuizen als daarbuiten laten de ziekenhuismedewerkers zien dat toewijding, professionaliteit, daadkracht en vernieuwing voor ons iedere dag weer centraal staan. De meerjarige campagne heeft als doel het bestaande beeld over de Nederlandse ziekenhuizen meer aan te passen aan de realiteit.

4.6.3 Mobiliteitsmanagement

De bereikbaarheid van de ziekenhuizen wordt niet alleen bepaald door het woon-werkverkeer. Poliklinische patiënten en bezoekers veroorzaken ook parkeerproblemen en verkeersoverlast op het ziekenhuisterrein en in de omgeving ervan. Verder is er als gevolg van fusies een trend naar grotere ziekenhuisorganisaties, die meestal aan de rand van een stad zijn gevestigd. Die ziekenhuizen bieden steeds vaker ambulante zorg, waardoor het aantal bedden per ziekenhuis aanzienlijk vermindert. Dit is ook het geval in Apeldoorn, waar de huidige vestigingen Lukas en Juliana op de locatie Lukas worden geconcentreerd.

Gevolgen concentratie locaties Juliana en Lukas

	2004	2007	% +/-
Toename vloeroppervlak (Lukas)	30.533m ²	62.840m ²	+106%
Stijgend aantal (parttime) medewerkers	2.000	2.300	+15%
Dalend aandeel afstand woon-werk <2,6 km	21%	18%	-14%
Stijgend aandeel autogebruik(werknemers)	49%	56%	+14% ¹
Dalend aantal bedden	658	460	-30%
Stijgend aantal bezoeken ambulante zorg	250.000	300.000 ²	+20%

Zonder maatregelen zou de uitbreiding van de locatie Lukas en de uitbreiding van de ambulante zorg tot grote bereikbaarheidsproblemen leiden, mede omdat is afgesproken het aantal beschikbare parkeerplaatsen zoveel mogelijk te beperken.

Doelstellingen

Gelre ziekenhuizen heeft vanaf de start van het concentratietraject de mobiliteitsaspecten in het planningsproces meegenomen. Vanwege de ruimtelijke beperkingen die deze ontwikkeling met zich meebrengt heeft Gelre ziekenhuizen er alles aan gedaan om de vraag naar parkeerplaatsen te verminderen, zonder daarbij de omgeving te belasten. In 2004 is hiervoor de volgende doelstelling geformuleerd:

Aanpak (5 pijlers)

Mobiliteitsmanagement als vast onderdeel van plannen (pijler nr. 4)

Voor de bouwplannen was een wijziging van het bestemmingsplan nodig. Daarom kon de provincie Gelderland extra aandacht vragen voor de bereikbaarheid en het parkeren. Mobiliteitsmanagement is vanaf 2004 een vast onderdeel in de plannen en uitvoering van het reorganisatieproces in Gelre ziekenhuizen. Met de aanstelling van een mobiliteitsmanager blijft dit ook zo na afloop van Optimum2.

¹ +16% inclusief effect stijging aantal medewerkers

² 1.500 bezoeken per werkdag

Om de aanpak te begeleiden en aan te sturen zijn drie expertgroepen ingesteld:

1. Stuurgroep mobiliteitsmanagement
2. Projectgroep mobiliteitsmanagement
3. Projectgroep reengineering bedrijfsproces

De reiziger als vertrekpunt (pijler nr. 1)

Om doeltreffende mobiliteitsmaatregelen te kunnen nemen is in 1997 (personeel) en 2002 (patiënten, bezoekers en leveranciers) en in 2006 (personeel) onderzoek uitgevoerd. Bij dit onderzoek zijn de vervoerspatronen en de bereikbaarheidsproblemen in beeld gebracht naast het draagvlak voor de verschillende maatregelen.

Medewerkers

Bij de medewerkers is de aanpak gericht op het continueren van het hoge gebruik van de fiets:

- Aanbieden van alternatieven voor auto (poolfiets, shuttle, OV)
- Informeren over alternatieven (digitale reisinformatie op werkplek)
- Belonen gebruik van alternatieven (bike- en busmiles naar analogie airmiles)
- Parkeerregulering (nog geen betaald parkeren)

Om de voorgestelde en geïmplementeerde maatregelen te beoordelen en te evalueren zijn enkele gebruikersgroepen (medewerkers) ingesteld:

1. Gebruikersgroep parkeerfaciliteiten
2. Gebruikersgroep mobiliteits informatiepunt
3. Gebruikersgroep fietsers
4. Gebruikersgroep shuttledienst

Patiënten

Uit onderzoek onder patiënten en bezoekers is gebleken dat zij weinig aanleiding zien om de auto te laten staan, maar juist goede redenen te hebben om met de auto te komen. Vandaar dat bij de aanpak richting patiënten en bezoekers niet te zwaar is ingezet op het ontmoedigen van het gebruik van de auto. De aanpak is hier gericht op een zodanige sturing van het zorgproces dat de stroom patiënten en bezoekers beter wordt gespreid en dat onnodige bezoeken worden voorkómen.

- Spreiden vraag en aanbod zorg (mobiele prikposten, telefonisch spreekuur op piektijden, spreiden bezoeken, verlengen bedrijfstijd, uitplaatsen niet zorgfuncties)
 - Tijd
 - Plaats
- Aanpassen zorgprocessen (business process reengineering)
 - Versnellen
 - Vereenvoudigen
- Bundelen afspraken
 - Onderzoek
 - Poli
- Parkeerregulering en betaald parkeren
- Informeren over alternatieven (digitale reisinformatie en mobiliteits informatiepunt bij entree)

Ontwikkeling van marketingactiviteiten (pijler nr. 2)

De aanpak is verder ondersteund door middel van een viertal verschillende marketing activiteiten:

1. Een marketing strategische benadering van mobiliteitsmanagement
2. Marktonderzoeken onder verschillende doelgroepen
3. Marketingplannen, voor iedere maatregel
4. Paraplu communicatieplan

Geïntegreerde reisinformatie en communicatie (pijler nr. 3)

Medewerkers, bezoekers en patiënten kunnen gebruik maken van via internet en intranet verschaft reisinformatie en locatie informatie. Daarnaast is reisinformatie te verkrijgen via het mobiliteits informatiepunt bij de entree van het ziekenhuis. Tenslotte is een proef met een digitale informatiezuil met reisinformatie voorzien; eveneens bij de entree van het ziekenhuis.

Extra stimulerende maatregelen (pijler nr. 5)

De bij de eerste pijler genoemde maatregelen betreffende business process reengineering gaan veel verder dan het reguliere mobiliteitsmanagement, omdat hiermee de problemen bij de bron worden aangepakt. De reden om dit te doen is niet primair de bereikbaarheid, maar een effectievere en efficiëntere bedrijfsvoering. De mobiliteitseffecten zijn echter aanzienlijk in positieve zin (gemiddeld - 30% aantal verplaatsingen).

Resultaten Optimum project Gelre ziekenhuizen

- Goede relaties met de directe omgeving van het Lukas, gemeente Apeldoorn en provincie Gelderland
- Duidelijk zicht op de motivaties van personeel, bezoekers en patiënten voor hun reisgedrag en de (on)mogelijkheden dat te beïnvloeden
- Een goed functionerende shuttle
- Beperkt beloningssysteem voor fietsers en gebruikers shuttle bus
- Poolauto's en poolfietsen
- Invoering van gereguleerd en betaald parkeren (locaties Lukas en Juliana)
- Duidelijk zicht op de bedrijfsmatige mogelijkheden van betaald parkeren
- Een vast aangestelde mobiliteitsmanager
- Inzicht dat naast de "gewone" mobiliteitsmaatregelen, een andere manier van werken (BPR, virtuele en mobiele [diagnostische] diensten) en het uitplaatsen van niet zorggerelateerde functies een grote toegevoegde waarde heeft bij het oplossen van de problemen

4.6.4 Milieubeleid

Gelre ziekenhuizen is een sterk groeiende organisatie en ziet het als een uitdaging om deze groei te realiseren binnen alle randvoorwaarden op milieugebied. Wij verrichten een aanzienlijke inspanning om schadelijke gevolgen te voorkómen die kunnen ontstaan door onze bedrijfsvoering.

Bij dit alles mogen we niet vergeten dat het gaat om mensenwerk. Steun van onze medewerkers is noodzakelijk om een verantwoord milieubeleid te realiseren. Ons milieubeleid vormt een volwaardig onderdeel van het ondernemingsbeleid en is gebaseerd op de volgende uitgangspunten.

Uitgangspunten

Gelre hanteert een integrale definitie van het begrip 'milieu'. Het is een geheel van fysieke factoren in de omgeving dat direct of indirect invloed uitoefent op het menselijk welzijn. Daartoe behoren, behalve de gesteldheid van de bodem, water en lucht, ook de natuurlijke gesteldheid van de omgeving en de toestand van het binnenmilieu waarin men woont en verblijft.

- Een zekere belasting van het milieu moet als onvermijdelijk bijproduct van onze activiteiten worden geaccepteerd. Het is zaak deze belasting voortdurend in beeld te hebben en op grond van een kosten/batenafweging te minimaliseren. Dat hierbij actuele wettelijke voor- schriften en richtlijnen worden nageleefd mag vanzelfsprekend zijn. Daarnaast vormen de sociaal- maatschappelijke waarden, normen en opvattingen, voorkomend uit het inzicht om te komen tot een duurzame samenleving, een uitgangspunt.

- Gelre ziekenhuizen schept voorwaarden en faciliteiten ten behoeve van het milieu-zorgsysteem. Voor het interne milieuzorgsysteem gelden de volgende criteria:
 - het systeem voldoet aan de eisen die beschreven zijn in de norm ISO 1400;
 - het systeem is geschikt voor de aard, omvang en milieugevolgen van de activiteiten van Gelre ziekenhuizen.

Het Interne Milieuzorgsysteem is opgezet ter realisering van de navolgende doelstellingen:

- Het nakomen van de in de milieuwetgeving gestelde voorschriften en het anticiperen op nieuwe nationale en Europese regelgeving;
- Het opbouwen van een adequaat instrumentarium op bedrijfsniveau om de totale milieubelasting te beheersen en te beperken;
- Het doordringen van de gehele organisatie van de noodzaak om de nadelige effecten van de bedrijfsvoering op het milieu met name ten aanzien van emissie en afvalstromen zoveel mogelijk te beperken. Daarbij zullen ook optimalisatie van grondstof- en energierendement een belangrijke plaats krijgen;
- Het adequaat informeren van interne en externe betrokkenen en belangstellenden over de mate van milieubelasting en de gerealiseerde verbeteringen.

Aandachtsgebieden

Het milieubeleid van Gelre ziekenhuizen stimuleert activiteiten op de volgende gebieden:

- Milieuzorgprogramma Afvalstoffen;
- Milieuzorgprogramma Verontreinigingen van de bodem;
- Milieuzorgprogramma Energie;
- Milieuzorgprogramma Goederen;
- Milieuzorgprogramma Hinder;
- Milieuzorgprogramma Emissies naar de lucht;
- Milieuzorgprogramma Milieuzorg algemeen;
- Milieuzorgprogramma Lozingen op de riolering;
- Milieuzorgprogramma Afvoer Gevaarlijke stoffen;
- Milieuzorgprogramma Groenbeheer;
- Milieuzorgprogramma Vervoer;
- Milieuzorgprogramma Water.

Uitwerking

Het milieubeleid evenals de zorg voor veiligheid, gezondheid, welzijn en kwaliteitsbeleid zijn een integraal onderdeel van het ondernemingsbeleid. Tevens heeft zij een maatschappelijke betrokkenheid en verantwoordelijkheid jegens medewerkers, patiënten en bezoekers.

Gelre ziekenhuizen draagt zorg voor de vereiste voorlichting aan alle medewerkers. Ook wordt de deelname aan de noodzakelijke opleidingen ondersteund en aangemoedigd. De medewerkers ondersteunen bovenstaande doelstellingen en zijn zich hun verantwoordelijkheid terdege bewust.

4.6.5 Sponsoring

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.

Bijlagen

Personalia Raad van Toezicht, Raad van Bestuur, Stafdiensten, Zorgeenheden, medisch ondersteunende diensten en medische staven Per 31 december 2007

Bijlage 1: Raad van Toezicht

samenstelling d.d. 31 december 2007

Naam, Functie in RvT, Geboortedatum en Woonplaats	Hoofdfunctie	Relevante nevenfuncties	Datum eerste Benoeming Datum van aftreden	Komt in aanmerking voor herbenoem- ing
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
drs. G.J.M. de Cock vice-voorzitter 25-10-1940 Nieuwegein	Commissaris en adviseur	Voorzitter RvC CAK Bijzondere Zorgkosten Den Haag Voorzitter bestuur FENAC (Federatie van Nederlandse Audiologische Centra), Utrecht Voorzitter Werkcommissie Ziekenhuizen, College Bouw Zorginstellingen, Utrecht Lid Raad van Toezicht NSDSK (Ned. St. voor het dove en slechthorende Kind), A'dam Voorzitter Raad van Toezicht van een tweetal Gezondheids- centra, Nieuwegein	1 april 2000 1 juli 2008	Nee

Jaardocument Gelre ziekenhuizen 2007, maatschappelijk verslag

<p>J.A. Bakker, MBA</p> <p>lid</p> <p>24-06-1950</p> <p>Apeldoorn</p>	<p>Voorzitter Raad van Bestuur Zorgspectrum Het Zand Zwolle</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Penningmeester Contactgroep Gezondheidszorg-beleid • Secretaris St. De Groene Steen 	<p>1 april 2000</p> <p>1 juli 2008</p>	<p>Nee</p>
<p>mw. M.J. Louppen-Laurant</p> <p>lid</p> <p>04-06-1950</p> <p>Arnhem</p>	<p>Senior consultant Capgemini</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lid bestuur Het Dorp • Lid RvT Siza-dorpgroep • Lid RvT Lindenhout • lid RvT Iriszorg • Voorzitter RvT Bureau Jeugdzorg Overijssel 	<p>1 april 2000</p> <p>1 juli 2008</p>	<p>Nee</p>
<p>mw. M.G. Hijweege</p> <p>lid</p> <p>02-04-1958</p> <p>Gorssel</p>	<p>Ondernemer: Zijwegen BV</p>	<p>Geen overige nevenfuncties</p>	<p>1 juli 2006</p> <p>1 juli 2010</p>	<p>Ja</p>
<p>drs. R.R.H.M. van der Zijl</p> <p>lid</p> <p>15-08-1946</p> <p>Heusden</p>	<p>Voorzitter directie De Efteling BV</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lid Raad van Toezicht De Rooi Pannen te Tilburg • Lid Raad van toezicht Nederlandsch Bureau voor Toerisme en Congressen te Leidschendam • Lid Raad van Toezicht Stichting Recreatie te Den Haag • Voorzitter Stuurgroep Taskforce Multifunctionele Landbouw • Voorzitter Ondernemers-groep Innovatie in Recreatie • Lid Raad van Commissarissen Madurodam 	<p>1 juli 2007</p> <p>1 juli 2011</p>	<p>Ja</p>

<p>prof. dr. D.J. Eppink</p> <p>lid</p> <p>15-06-1944</p> <p>Putten</p>	<p>Hoogleraar Strategie en Omgeving</p> <p>Vrije Universiteit Amsterdam</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lid vier stichtingen Parc Spelderholt • Director of the Japan Strategic Management Society • Secretaris/penningmeester Stichting Lions Putten Pro-Am Golf wedstrijden 	<p>1 juli 2007</p> <p>1 juli 2011</p>	<p>Ja</p>
---	---	---	---------------------------------------	-----------

Bijlage 2: Presentielijst vergaderingen Raad van Toezicht 2007

Naam	26 jan	30 maart	11 mei	2 juli	28 sept.	21 dec
prof. Mr. J.W.J. Besemer	ja	ja	Ja	**	**	**
drs. G.J.M. de Cock	ja	ja	Nee	ja	ja	ja
J.A. Bakker	nee	ja	Ja	nee	ja	nee
mw. M.J. Louppen- Laurant	ja	ja	Ja	ja	ja	ja
prof. dr. J.C. Looise	ja	ja	Ja	**	**	**
mr. H.J.E. Bruins Slot	ja	ja	Ja	ja	ja	ja
mw. M.G. Hijweege	ja	ja	Ja	nee	ja	ja
drs. R.R.H.M. van der Zijl	*	ja	Ja	ja	ja	ja
prof. dr. D.J. Eppink	*	ja	Ja	nee	ja	ja

* Nog niet toegetreden tot RvT. Formeel toegetreden per 1 juli 2007, als toehoorder deelgenomen vanaf 1 maart 2007

** Afgetreden per 1 juli 2007

Bijlage 3: Samenstelling Raad van Bestuur per 31 december 2007

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 4: Portefeuilleverdeling Raad van Bestuur

Goedgekeurd in de vergadering van de Raad van Toezicht d.d. 28 april 2004

R.V.W.M. Lantain (voorzitter RvB)	M.A. Imkamp (lid RvB)	G.J. Heuver (lid RvB)
<p>Aandachtsgebieden</p> <p>NB: Alle onderstaande aandachtsgebieden zijn onderdeel van een gemeenschappelijk RvB-beleid, waarbij weliswaar één RvB-lid de primair verantwoordelijke is.</p>		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Positionering en Strategie ▪ Fusie ▪ GMSB ▪ Kwaliteit besluitvorming ▪ Stakeholdermanagement ▪ Kwaliteitszorg ▪ Financiën ▪ Ontwikkeling commerciële functies 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patiëntenzorg, incl. transmurale zorg, GHOR e.d. ▪ Samenwerking primair proces 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bouw en facilitaire zaken ▪ Informatisering ▪ Personeel en organisatie ▪ Opleidingen
<p>Interne overlegorganen/commissies</p>		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Raad van Toezicht ▪ R&D ▪ DORM (vz) ▪ Regiegroep (vz) ▪ Beleidsoverleggen beleids- en begrotingscyclus (gerelateerd aan hiërarchische verantwoordelijkheden) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Raad van Toezicht ▪ R&D ▪ DORM ▪ Regiegroep ▪ Zorgoverleg (vz) ▪ Beleidsoverleggen beleids- en begrotingscyclus (gerelateerd aan hiërarchische verantwoordelijkheden) ▪ VAR 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Raad van Toezicht ▪ R&D (vz) ▪ OR ▪ Kerngroep Bouw (vz) ▪ Kerncie Gelre Vernieuwt (vz) ▪ Beleidsoverleggen beleids- en begrotingscyclus (gerelateerd aan hiërarchische verantwoordelijkheden)
<p>Structurele externe overlegsituaties</p>		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lokaal overleg zorgverzekeraars (vz) ▪ NVZ (algemeen) ▪ Gemeentebesturen A en Z ▪ Ambulancezorg Noord Oost Gelderland 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CR ▪ RHV/DHV, eerste lijn ▪ Transmurale platforms A en Z ▪ Overleg derde lijn 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cie. Besturing & Bekostiging (NVZ) ▪ College Bouw ▪ RISO (lid RvT) ▪ IKST (lid RvT)

Bijlage 5: Overzicht stafdiensten

Facilitair Bedrijf.	Directeur: W.A.G. van Grimbergen
Financiën & Control.	Directeur: T.M.O. Jetten
Kwaliteit Product en Marktonwikkeling.	Directeur: mw. L. de Vos (tot 1 oktober 2007)
Personeel, Opleidingen, Organisatie & Informatisering.	Directeur: E.P. Bakker (tot 1 oktober 2007); T.Maas (vanaf 1 oktober 2007)
Communicatie & PR.	Hoofd: mw. M.A. Arendsen

Bijlage 6: Zorgeenheden en Medisch Ondersteunende Diensten

Gelre

Zorgeenheden Gelre

	zorgmanager	Medisch manager
Plastische Chirurgie	G. Voogt	W. Theuvenet
Revalidatie Geneeskunde	G. Voogt	mw E. Verhaak
Urologie	H. van Vegchel a.i.	P. Zwaan
Geriatricie	R. Reitsma	mw. A. Kalf

Apeldoorn

Zorgeenheden

	zorgmanager	Medisch manager
Intensive Care	P. Brouwer	J.H. Rommes
Interne Geneeskunde	R. Reitsma	mw Y. Vermeeren B. van den Berg vice-vz
MDL	R. Reitsma	H. Akol
Chirurgie	G. Voogt	W.B. Lastdrager J.G.J. Roussel
Orthopedie	G. Voogt	R.H. Jansen
KNO	G. Voogt	T. Bruintjes
Dermatologie	A. Reiter	mw. H.E. Boonstra
Psychiatrie	M. Kraa	H. Snoeij
Neurologie	A. Reiter	B. van Kooten
Gynaecologie/Verloskunde	H. van Vegchel a.i.	mw. M. Paarlberg
Oogheelkunde	H. van Vegchel a.i.	Mw. M.L. Tang
Kaakchirurgie	G. Voogt	R. Walhof
Cardiologie	A. Reiter	mw. D. Nicastia
Longziekten	R. Reitsma	mw.J.J.C.M. Rooijmans
Reumatologie	R. Reitsma	F. Eggelmeijer
Kind en Jeugd	H. van Vegchel a.i.	D.J. Pot

Medisch Ondersteunende Diensten

	zorgmanager	medisch manager
OK + anesthesiologie	P. Brouwer	J.G.J. Roussel P.W.G. Kuipers
Spoedeisende Hulp	P. Brouwer	J.G.J. Roussel
Apotheek		G. de Weerd
Scopie-afdeling	R. Reitsma	mw. E.G.M. Cobben
Biometrie	R.A. de Jong	R. Hemler E. van Wensen
Röntgen	H. Bronts	W ten Hove
Klinische Pathologie	M.W. v. Rossum	E.F. Weltevreden
Klinisch Chemisch Hematologisch Lab		J.D.E. van Suijlen
Medische Microbiologie en Infectieziekten	mw. C. Vecht a.i.	

Zutphen

Zorgeenheden

IC/CCU

Interne Geneeskunde

Oncologie

Dermatologie

Neurologie

Gynaecologie/Verloskunde

Kindergeneeskunde

Chirurgie

Orthopedie

Oogheelkunde

KNO

Mondheelkunde

Cardiologie

Longziekten

Reumatologie

zorgmanager

M. Huis in't Veld

W. Vletter

W. Vletter

W. Vletter

W. Vletter

H.J. Koppelman

H.J. Koppelman

H.J. Koppelman

H.J. Koppelman

H.J. Koppelman

H.J. Koppelman

H.J. Koppelman

W. Vletter

W. Vletter

W. Vletter

medisch manager

L. Ausema

(internist/intensivist)

A.C. Tans (cardioloog)

O.A. van Dobbenburgh

O.A. van Dobbenburgh

J. Emsbroek

mw.H.C. Tjeerdsma

mw.Y.A.J.M. Dabekausen

mw. M.J.S. Spaan,

mw. J.M.A. Ketel

H.G.J. v. Cappelle

F. Meijer

F.J. Mud

W. Josephus Jitta

A. Tans

P. Luursema

H. Nuver-Zwart

Medisch Ondersteunende Diensten zorgmanager

OK+ anesthesiologie

Spoedeisende Hulp

Apotheek

Röntgen

Klinische Pathologie

M.Huis in't Veld

M.Huis in't Veld

R. Heus

M.W. v. Rossum

medisch manager

J.J. Hermans

M. Goessens

G. de Weerd

A.R. van den Biezenbos

E.F. Weltevreden

Bijlage 7: Medische staven Apeldoorn en Zutphen

Medisch Stafbestuur Apeldoorn:

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

Medisch Stafbestuur Zutphen

dr. M.L.M.J. Goessens, voorzitter
mw. Y.A.J.M. Dabekausen, vice-voorzitter
E. Lammers, secretaris
dr. Y.K. Nio, penningmeester
mw. H.C. Tjeerdsma, lid qq voorzitter
ondernemerscommissie

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:

mw. dr. S. Kuipers

Cardiologen Apeldoorn:

L. Cozijnsen
dr. B.E. Groenemeijer
mw. dr. A. Jerzewski
E.M. Koomen
mw. D.M. Nicastia
dr. R.A. Waalewijn

Cardiologen Zutphen:

J.R. de Jong
A.C.P. Maas
A.C. Tans
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
E. van der Zaag

Chirurgen Zutphen

mw. M.I.A. van Engeland.
dr. M.L.M.J. Goessens
mw. J.M.A. Ketel
E.J. van Nieuwenhoven
H.W. Palamba

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

D.J. Pot

mw. dr. M.H. Rövekamp
Prof.dr. C.H. Schröder

Internisten Apeldoorn:

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

Kinderartsen Zutphen:

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

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

Klinisch chemici Gelre:

dr. H.J. Adriaansen
dr. J.S. Kamphuis
dr. J.A. Remijn
dr. J.D.E. van Suijlen
Klinisch genetisch consultant Apeldoorn:
mw. B.P.M. van Nesselrooy

Kaakchirurgen Apeldoorn:

B.J. Dokter
R. Walhof

Klinisch fysicus Gelre:

ir. P.B. de Munck

Kaakchirurgen Zutphen:

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

Klinisch gerieters Gelre:

mw. J.H. Kalf
mw. H.A. Paling
mw. W. te Water

Keel-, Neus-, Oorartsen Apeldoorn:

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

Klinisch pathologen Gelre:

Mw. H. Doornewaard
mw. dr. C.E. Essed
T.A.J.M. Manschot
H.M. Peters
dr. E.F. Weltevreden

Keel-, Neus-, Oorartsen Zutphen:

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

Klinisch psychologen Apeldoorn:

D.A. Dijkman
J.L.B.C.M. Sandmann
C. Wiebrands

Kinderartsen Apeldoorn:

mw. C.M. Bakker
R.A. Bruinsma
mw. T.A. de Heer-Groen
M. Hofkamp
L. Lunshof

Klinisch psychologen Zutphen:

E.J. Overdorp

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:

H. Akol
dr. R.J. Lieveerse
M. Oudkerk-Pool
dr. R.J. Robijn

Neurochirurgen Apeldoorn:

F.C. de Beer (Isala klinieken)
dr. D.J. Zeilstra (Isala klinieken)

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. E. Strijks
mw. M.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. K. Nio

Orthopedisch chirurgen Apeldoorn:

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

Orthopedisch chirurgen Zutphen:

H.G.J. van Cappelle
J. Frejlach

dr. P.H.G.E. Strens

Plastisch chirurgen Gelre:

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

Psychiaters Apeldoorn:

H. Snoeij
J.G. Upmeijer

Psychiaters Zutphen:

A. van den Ende (GGNet)
L.F.M. Goessens (GGNet)
dr. J.W. Hummelen (GGNet)
P. Naarding (GGNet)

Radiologen Apeldoorn:

Apeldoorn:
F.H.L. Bröker
dr. J.W.C. Gratama
W. ten Hove
J. Kardux
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 (RISO)
E.J.A. Vonk (RISO)

Radiotherapeuten Zutphen:

mw. J.M. Bekker (RISO)
P. Bouma (RISO)

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

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