

gelre ziekenhuizen



Gelre ziekenhuizen

Jaardocument 2008

Inhoudsopgave:

1	Uitgangspunten van de verslaggeving.....	3
2	Profiel van de Organisatie.....	4
2.1	Algemene identificatiegegevens	4
2.2	Structuur van het concern	5
2.2.1	Juridische structuur	5
2.2.2	Organisatorische structuur	5
2.2.3	Besturingsmodel	7
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	Kaart verzorgingsgebied	13
2.4	Belanghebbenden	13
2.4.1	Patiënten(organisaties)	14
2.4.2	Zorgverzekeraars	14
2.4.3	Huisartsen	15
2.4.4	Andere zorgaanbieders.....	15
2.4.5	Andere ziekenhuizen.....	17
2.4.6	Overheden en Inspecties	18
2.4.7	Omwonenden.....	19
3	Bestuur, toezicht en bedrijfsvoering.....	20
3.1	Bestuur en toezicht	20
3.1.1	Zorgbrede Governancecode	20
3.1.2	Raad van Bestuur	21
3.1.2.1	Het jaar 2008, een overzicht	25
3.1.3	Raad van Toezicht	29
3.2	Bedrijfsvoering	32
3.2.1	Beleids- en begrotingscyclus	32
3.2.2	Kernpunten financieel beleid.....	36
3.2.3	Interne beheersing	37
3.2.4	Financiële resultaten	38
3.3	Cliëntenraad.....	40
3.4	Ondernemingsraad	42
3.5	Verpleegkundige Adviesraad	44
3.6	Medisch Stafbestuur Apeldoorn.....	48
3.7	Medisch Stafbestuur Zutphen	49
4	Beleid, inspanningen en prestaties.....	50
4.1	Meerjarenbeleid	50
4.2	Algemeen beleid	52
4.3	Algemeen kwaliteitsbeleid.....	54
4.5	Kwaliteit ten aanzien van medewerkers.....	61
4.5.1	Personeelsbeleid.....	61
4.5.2	Kwaliteit van het werk	63
4.6	Samenleving	64
Bijlage 1:	Raad van Toezicht	71
Bijlage 2:	Presentielijst vergaderingen Raad van Toezicht 2008	74
Bijlage 3:	Samenstelling Raad van Bestuur per 31 december 2008	75
Bijlage 4:	Portefeuilleverdeling Raad van Bestuur	76
Bijlage 5:	Overzicht stafdiensten	77
Bijlage 6:	Medisch Ondersteunende Diensten	78
Bijlage 7:	Zorgeenheden.....	79
Bijlage 8:	Medische staven Apeldoorn en Zutphen	80

1 **Uitgangspunten van de verslaggeving**

Voor u ligt het jaardocument 2008 van Gelre ziekenhuizen. In dit document legt Gelre ziekenhuizen verantwoording af over haar beleid, activiteiten en prestaties in het jaar 2008.

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 2008 binnen Gelre ziekenhuizen heeft afgespeeld. Een toelichting wordt gegeven op het kwaliteitsbeleid en de resultaten die hiermee zijn geboekt in 2008. 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.

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

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

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 begin 2009 alle patiëntgebonden en niet patiëntgebonden afdelingen en diensten voor Apeldoorn zijn ondergebracht. De locatie Juliana is met ingang van 1 maart 2009 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 de bijlagen 1 en 3). Gelre ziekenhuizen kent een organisatiestructuur 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.

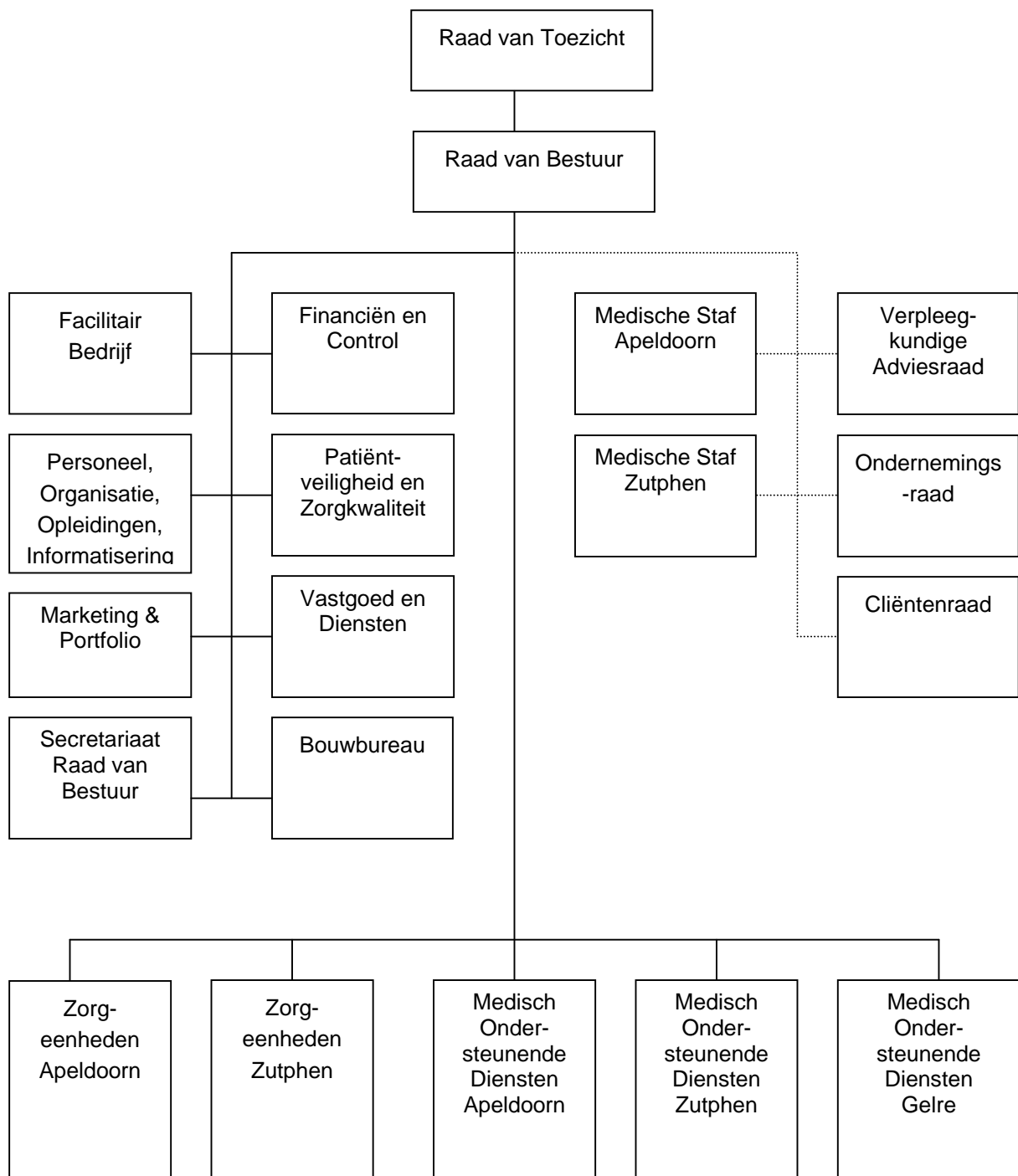
Op beide locaties (Apeldoorn en Zutphen) functioneert een Vereniging Medische Staf. Beide Verenigingen Medische Staf kennen een Medisch Stafbestuur. Daarnaast functioneert er in Apeldoorn een Stafmaatschap en in Zutphen een bedrijfsbureau, ter behartiging van de financiële belangen van de aangesloten vrijgevestigde medisch specialisten. De Raad van Bestuur voert per locatie maandelijks overleg met een delegatie van het Medisch Stafbestuur en de stafmaatschap c.q. bedrijfsbureau.

Naast de beide Verenigingen Medische Staven functioneerde tot medio 2008 een Holdingstaf. De ervaring van de afgelopen jaren leerde echter dat de medische staven in Apeldoorn en Zutphen sterk gericht zijn op het functioneren van de eigen ziekenhuislocatie en dat de meerwaarde van de Holdingstaf slechts op enkele terreinen werd ervaren. Dit heeft er in 2008 toe geleid dat, na aanvankelijk de frequentie van de vergaderingen van de Holdingstaf te verlagen, uiteindelijk de Holdingstaf is opgeheven.

Deze ontwikkeling loopt parallel met de in 2007 gestarte besturingsdiscussie tussen Raad van Bestuur en Medisch Stafbesturen. Deze besturingsdiscussie heeft in oktober 2008 geresulteerd in een besluit van de Raad van Bestuur om de organisatiestructuur van Gelre ziekenhuizen om te vormen tot een holdingmodel. Binnen dit holdingmodel zullen de beide ziekenhuizen gaan functioneren als resultaat verantwoordelijke eenheden (RVE-en) en worden de algemeen ondersteunende diensten en medisch ondersteunende diensten ondergebracht in twee shared service centers (een SSC AOD en een SSC MOD). Op holdingniveau functioneert een holdingbestuur met een kleine holding/concernstaf. Het besluit besturingsmodel wordt inhoudelijk nader beschreven in paragraaf 2.2.3.

Tot op heden kent 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
- 4 stafdiensten: Facilitair Bedrijf, Financiën & Control, Marketing & Portfolio en Personeel Opleidingen Organisatie & Informatisering
- 1 stafbureau: Bureau Patiëntveiligheid en Zorgkwaliteit
- Adviesorganen: Ondernemingsraad, Cliëntenraad, Verpleegkundige Adviesraad



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 de statuten van Gelre ziekenhuizen getoetst aan de in die periode tot stand gekomen landelijke Zorgbrede Governance Code. De Zorgbrede Governance Code bevat specifieke voor de zorgsector opgestelde eisen en criteria. Op basis van deze toetsing zijn in 2005 de volgende documenten aangepast c.q. opgesteld:

- Statuten;
- Reglement Raad van Toezicht;
- Reglement betreffende de samenstelling en procedure van benoeming, schorsing en ontslag van leden van de Raad van Bestuur en 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 2008 werden vanuit het nieuwe WTZi-Uitvoeringsbesluit zorginstellingen verplicht het zo te regelen dat voldaan wordt aan artikel 6.1 sub b nieuw, namelijk: "Het toezichthoudend orgaan is zodanig samengesteld dat de leden ten opzichte van elkaar, de dagelijkse en algemene leiding van de instelling en welk deelbelang dan ook onafhankelijk en kritisch kunnen opereren".

Op basis van deze eis is artikel 9.4 van de statuten opnieuw tegen het licht gehouden en aangepast. Het nieuwe artikel 9.4 is in de vergadering van de Raad van Toezicht in februari 2008 vastgesteld.

Holdingmodel

In 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.

De in 2007 en 2008 gevoerde besturingsdiscussie heeft in oktober 2008 geleid tot het besluit van de Raad van Bestuur om de organisatiestructuur van Gelre ziekenhuizen om te vormen tot een holdingmodel. Aan dit besluit is een voorgenomen besluit voorafgegaan dat ter advisering is voorgelegd aan de medisch stafbesturen, ondernemingsraad en cliëntenraad. In onderstaand definitief besluit wordt bij bepaalde punten gerefereerd aan de toelichting op dit voorgenomen besluit. Het voert te ver om in het Jaardocument 2008 het voorgenomen besluit op te nemen.

Het RvB-besluit luidt als volgt:

- a. Er worden afzonderlijke resultaatverantwoordelijke eenheden gevormd voor de ziekenhuizen Apeldoorn en Zutphen, te benoemen als respectievelijk Gelre Apeldoorn en Gelre Zutphen.
- b. Er worden twee resultaatverantwoordelijke eenheden gevormd voor 'shared services', die b.1: de huidige Algemeen Ondersteunende Diensten minus de onder j. genoemde functies omvatten, alsmede Gelre Services B.V. met uitzondering Gelre Participaties B.V. en b.2: de huidige Medisch Ondersteunende Diensten, en waarvan ook de huidige eenheden Biometrie, Functieafdeling, Dietetiek, Fysiotherapie en Scopieafdelingen deel moeten uitmaken.
- c. De bovengenoemde resultaatverantwoordelijke eenheden worden geleid door eigen directies, die, voor wat betreft de ziekenhuizen, tenminste bestaan uit een ziekenhuisdirecteur, vooralsnog voor wat betreft de medisch zaken handelend in samenwerking met een vertegenwoordiger van de respectievelijke medisch staven.
- d. De taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de directies van bovengenoemde resultaatverantwoordelijke eenheden staan omschreven in de toelichting op het voorgenomen besluit d.d. 3 juli 2009.
- e. De directies van Gelre ziekenhuis Apeldoorn en Gelre ziekenhuis Zutphen voeren intensief en gestructureerd overleg met de Medisch Stafbesturen van hun ziekenhuis en nemen op basis daarvan besluiten respectievelijk doen voorstellen die vallen binnen hun taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden.
- f. De directies van beide ziekenhuizen en van de Shared Service Centres (SCC's) voeren over de zaken die tot hun bevoegdheden behoren zelf het overleg met vooralsnog de Ondernemingsraad respectievelijk Cliëntenraad.
- g. Er wordt een strategiecomité op holdingniveau gevormd, waarvan de leden voor een periode van 4 jaar, op voordracht van de medisch Stafbesturen door de Raad van Bestuur worden benoemd,

ter advisering zonder last of ruggespraak in de majeure strategische zaken, in ieder geval zoals begrepen in de aanduiding daarvan in de toelichting op het voorgenomen besluit.

- h. Er is, naast frequent overleg tussen de desbetreffende directie en holdingbestuur, periodiek ook een dergelijk overleg waarbij de desbetreffende stafvoorzitter aanwezig is en er zijn in ieder geval functionele overlegverbanden op holdingniveau waaraan, naast de desbetreffende stafdirecteuren, ook vertegenwoordigers vanuit de medische staven deelnemen.
- i. De taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de Raad van Bestuur van de holding Gelre staan omschreven in de toelichting op het voorgenomen besluit d.d. 3 juli 2009.
- j. Onder de raad van Bestuur ressorteren rechtstreeks de functie van Controller, Treasurer en Financieel Economisch adviseur, alsmede die van HRM adviseur en secretaris Raad van Bestuur. Daarnaast ressorteert het Stafbureau Zorgkwaliteit en Patiëntveiligheid rechtstreeks onder de Raad van Bestuur. Vooralsnog zal ook de Stafdienst Marketing & Portfolio rechtstreeks onder de Raad van Bestuur ressorteren. Gelre Participaties BV zal vanuit de holding worden aangestuurd.
- k. De doorstructurering van de organisaties onder de directies van de RVE'en alsmede van de holdingstaf wordt in afzonderlijke voorgenomen besluiten uitgewerkt.

De implementatie van het besluit zal in de jaren 2009 en 2010 gestalte krijgen. Belangrijkste eerste stappen hierin zijn de werving van de twee directeuren voor de ziekenhuizen Gelre Apeldoorn en Gelre Zutphen, de benoeming van de directeur SSC AOD en de inrichting van deze SSC, de besluitvorming inzake de positionering van de afdelingen radiologie en daaropvolgend de benoeming van de directeur SSC MOD en de inrichting van de SSC MOD. Daarnaast zal verder worden gewerkt aan de vereiste financiële transparantie en spoedig een aanvang worden gemaakt met het opstellen van Service Level Agreements.

Het transitieproces, waarvoor het jaar 2009 is gereserveerd, zal worden aangestuurd door een viermanschap bestaande uit de voorzitter Raad van Bestuur, de beide stafvoorzitters en de voorzitter stafmaatschap Apeldoorn. Desgewenst kan de stafvoorzitter Zutphen zich vergezeld doen gaan van een lid van het bedrijfsbureau.

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.

In het nieuwe holdingmodel zal op strategisch niveau een Strategiecomité worden gevormd, waarvan de leden op voordracht van de Medisch Stafbesturen, door de Raad van Bestuur worden benoemd. Het Strategiecomité adviseert de Raad van Bestuur zonder last of ruggespraak over majeure strategische aangelegenheden.

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 en de gemeente Zutphen. 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 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
- Neurochirurgie
- Neurologie
- Nucleaire Geneeskunde
- Oogheelkunde
- Orthopedische Chirurgie
- Pathologie
- Plastische Chirurgie
- Psychiatrie
- Pijnbestrijding
- Radiologie
- Reumatologie
- Revalidatiegeneeskunde
- Urologie
- Ziekenhuisfarmacie

2.3.2 Cliënten, capaciteit, productie, personeel en opbrengsten

Kerncijfers					
Kenmerken	werkelijk *) 2008	werkelijk *) 2007	Werkelijk 2006	Werkelijk 2005	Werkelijk 2004
Adherentie					
- klinisch	270.127	270.017	270.192	274.825	269.231
- poliklinisch	283.433	283.775	284.085	277.187	281.261
Capaciteit:					
- gewogen specialistenplaatsen conform erkenning (exclusief agio's)	119,95	117,74	115,57	111,52	111,17
- bedden (erkenning) incl. bedden t.b.v. dagopnamen (excl. erkenning PAAZ)	925	925	925	925	925
Productie:					
- opnamen (excl. PAAZ)	30.736	30.248	28.912	28.598	29.359
- verpleegdagen (excl. PAAZ)	162.906	165.789	167.637	166.678	173.267
- dagopnamen	30.797	27.927	26.047	24.507	21.712
- 1e polikliniekbezoeken (EPB) (excl. PAAZ)	182.971	177.517	171.637	169.120	167.369
- herhalingsbezoeken (excl. PAAZ)	306.028	279.251	273.262	267.585	286.747
Kengetallen (excl. PAAZ):					
- gemiddelde verpleegduur	5,3	5,5	5,8	5,8	5,9
- gemiddelde aantal bezette bedden (incl. dagopnamen)	531	531	531	524	533
- aantal opnamen per 1000 EPB	168	170	168	169	175
- aantal dagopnamen per 1000 EPB	168	157	152	145	130
- aantal dagopnamen/aantal opnamen	1,00	0,92	0,90	0,86	0,74
- herhalingsfactor polikliniekbezoeken	1,7	1,6	1,6	1,6	1,7

Kenmerken	werkelijk *) 2008	werkelijk *) 2007	Werkelijk 2006	Werkelijk 2005	Werkelijk 2004
Personeel en kosten					
- aantal fte (excl. PNIL)	2.319	2.284	2.184	2.150	2184
- personeelskosten (x € 1.000)	121.478	116.277	108.791	104.645	102516
- gem. kosten per fte.	52.384	50.909	49.813	48.672	46940
- totale kosten (x € 1.000)	217.502	217.194	195.846	174.383	165.692
Budget aanvaardbare kosten	160.443	182.728	174.080	160.417	162.374
Opbrengst derden	57.693	33.744	23.512	18.530	7.167
Totaal opbrengsten: (x € 1.000)	218.136	216.472	197.592	178.947	169.541
- eigen vermogen	2.335	2.335	2.335	2.335	2.335
- weerstandsvermogen (RAK)	22.223	17.187	8.818	7.072	3.036
- egalisatiefonds afschrijvingen	1.394	1.394	0	0	0
- bestemmingsreserves	2.379	2.379	7.427	7.427	6.927
- niet collectief gefinancierd vrij vermogen	527	806	475	148	148
Totaal eigen vermogen (x € 1.000)	28.858	24.101	19.056	16.982	12.446
Weerstandsvermogen	28.858	24.101	18.374	17.686	11.689
Risicobudget	218.136	216.472	181.998	164.296	156.887
Solvabiliteitspercentage conform WfZ	13,23%	11,13%	10,10%	10,00%	7,45%
Lang vreemd vermogen (x € 1.000)	181.327	185.591	175.201	143.188	107.581
Investeringen gebouwen en installaties	58.474	40.724	48.510	41.421	28.393
Investeringen inventarissen	13.601	9.397	2.513	10.197	6.962
Investeringen totaal	72.075	50.121	51.023	51.619	35.355

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

2.3.3 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 structureel 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. Deze samenwerkingsovereenkomst is op 31 december 2008 geëindigd. Bij vacatures zullen nieuw te benoemen leden van de Cliëntenraad voortaan zonder bemiddeling van Zorgbelang Gelderland kunnen worden geworven. In het najaar van 2008 is er door Zorgbelang Gelderland contact met Gelre ziekenhuizen gezocht naar aanleiding van een aantal bij Zorgbelang binnen gekomen klachten. Deze klachten zijn met Zorgbelang besproken en nader geanalyseerd. Een en ander heeft er toe geleid dat de Raad van Bestuur met de Cliëntenraad afspraken heeft gemaakt om de binnen Gelre vigerende klachtenprocedure te verbeteren, met name ten aanzien van de informatie aan patiënten inzake de klachtenprocedure en de rol van de klachtenfunctionarissen daarin. Tevens zal er additionele training/supervisie plaatsvinden van de klachtenfunctionarissen bij hun bemiddelingstaken. Onder patiënten zal een tevredenheidsonderzoek worden gehouden naar de klachtenafwikkeling.

Gelre ziekenhuizen laat tweejaarlijks een patiëntenwaarderingsonderzoek uitvoeren door Prismant. De resultaten van dit landelijke onderzoek, dat in 2007 is uitgevoerd en wederom in 2009 zal worden uitgevoerd, laten zien op welke wijze de specialismen ten opzichte van elkaar worden beoordeeld en hoe zij ten opzichte van vergelijkbare specialismen in andere ziekenhuizen scoren. Op basis van de resultaten van het onderzoek van 2007 heeft Gelre ziekenhuizen concrete verbeteractiviteiten geïmplementeerd, met name ten aanzien van de aspecten informatie, vertrek en nazorg.

In 2008 zijn als pilot twee spiegelgesprekken uitgevoerd bij de afdelingen Cardiologie en Neurologie. Met deze kringgesprekken wordt feedback van patiënten over de geleverde zorg verkregen. Gelre ziekenhuizen heeft op basis van deze pilot besloten spiegelgesprekken in Gelre ziekenhuizen te gaan invoeren.

2.4.2 Zorgverzekeraars

Voor Gelre ziekenhuizen is Agis de belangrijkste zorgverzekeraar, gevolgd door respectievelijk Uvit, Achmea en Menzis.

Jaarlijks vindt intensief overleg plaats over de afspraken, zowel voor het A- als het B-segment. Structureel vindt overleg plaats in het 'Lokaal Overleg', dat voorbereid wordt in het 'Technisch Overleg'. Hier worden met name gezamenlijk afspraken gemaakt over de productie in het A-segment in termen van eerste polikliniek bezoeken, opnames, dagopnames en verpleegdagen. Het komt er op neer dat hier wordt afgesproken welke aantallen maximaal vergoed gaan worden.

Ook in 2008 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 eerstelijnsproductie. Tevens is overeenstemming bereikt over de uitbreiding van de capaciteit bij de specialismen chirurgie en kindergeneeskunde. Voor het B-segment dienen met elke zorgverzekeraar apart afspraken te worden gemaakt. Hierbij ligt de nadruk met name op de prijs en daarnaast ook steeds meer op de kwaliteit. Over volumina worden niet of nauwelijks afspraken gemaakt.

In 2008 hebben wij met alle Nederlandse zorgverzekeraars prijsafspraken gemaakt voor alle door ons geleverde DBC's.

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.

Het beleid van Gelre ziekenhuizen is gericht op binding van huisartsen aan het ziekenhuis; zij zijn immers de belangrijkste 'leveranciers' van patiënten. Gelre wil deze binding met name versterken door a. facilitering in ICT door middel van ondersteuning in verband met de verwijfsfunctie en correspondentie en b. facilitering in beschikbaarheid van eerstelijns diagnostiek.

In 2008 zijn de volgende zaken in de samenwerking met huisartsen aan de orde geweest:

- Eerste-tweede lijnsoverleg tussen MSB/RvB/Regionale Huisartsenverenigingen. In Apeldoorn heeft dit geresulteerd in een samenwerkingsovereenkomst inzake de regie op alle eerste-tweede lijnsvraagstukken.
- Integratie van de afdelingen spoedeisende hulp en de huisartsenposten, zowel in Apeldoorn als Zutphen.
- Ontwikkeling van een buitenpolikliniek in Epe in het eerstelijns centrum aldaar. Doelstelling is om naast behoud van marktaandeel, met name anderhalf lijnszorg te ontwikkelen vanuit een samenwerking tussen de huisartsen en aldaar werkende medisch specialisten.
- Ontwikkeling van een Eerstelijns Diagnostisch Centrum Apeldoorn, waarin ook de huisartsen kunnen participeren.
- Ontwikkeling van Transmurale Werkafspraken tussen huisartsen en medisch specialisten, zowel in Apeldoorn als Zutphen.
- Ketenzorg t.a.v. Diabetespatiënten en in ontwikkeling ten aanzien van COPD-patiënten.
- Ontwikkeling van een portal (ICT) ten behoeve van huisartsen, zowel in Apeldoorn als in Zutphen.

2.4.4 Andere zorgaanbieders

Gelre ziekenhuizen heeft met een groot aantal zorgaanbieders in en buiten de regio al dan niet geformaliseerde samenwerkingsrelaties en/of participeert in een aantal samenwerkingsverbanden:

- Samenwerkingsrelaties met verpleeg- en verzorgingshuizen
- Samenwerkingsrelaties met thuiszorgorganisaties
- Transmurale Netwerken Cure regio Zutphen en regio Apeldoorn
- GGNet (Geestelijke Gezondheidszorg)
- Netwerken Euthanasie en Palliatieve Zorg regio Oost-Veluwe en regio Zutphen

- Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ)
- Radiotherapeutisch Instituut Stedendriehoek en Omstreken (RISO)
- Integraal Kankercentrum Noord Oost Nederland
- Stichting Ambulance Zorg Noord Oost Gelderland

Verpleeg- en verzorgingshuizen

Het beleid van Gelre ziekenhuizen is gericht op een spoedige doorstroming van patiënten naar verpleeg- en verzorgingshuizen, indien nodig. Intern en in samenspraak met de belangrijkste samenwerkingspartners (Zorggroep Apeldoorn en Sutfene in Zutphen) wordt de patiëntenlogistiek en capaciteitsplanning hierop ingericht. Gewerkt wordt aan een gezamenlijke ontwikkeling van zorgprogramma's en ketenzorg.

In Apeldoorn heeft dit geleid tot een samenwerkingsovereenkomst op bestuurlijk niveau en een structureel gezamenlijk bestuurlijk overleg met een frequentie van een keer per kwartaal. Als eerste concrete resultaat van de samenwerkingsovereenkomst tussen Gelre ziekenhuizen en Zorggroep Apeldoorn is inmiddels een herstelafdeling voor medisch specialistisch uitbehandelde patiënten in voorbereiding.

In Zutphen heeft Sutfene inmiddels kenbaar gemaakt ook een dergelijke samenwerking na te streven. Dit is in voorbereiding.

Thuiszorgorganisaties

De samenwerking tussen Gelre ziekenhuizen en thuiszorgorganisaties is gericht op een garantie van doorstroming van patiënten vanuit het ziekenhuis naar de thuissituatie in die gevallen waarin patiënten thuiszorg nodig hebben. Ontwikkeling van zorgprogramma's staat hier centraal.

Belangrijk voor een goede doorstroming is de aanwezigheid van een techno-team in de thuiszorg, zoals in Apeldoorn op een goede wijze functioneert. Ten gevolge van een verscherping en bijstelling van de AWBZ indicatiestelling staat de financiering van dit technoteam echter op losse schroeven; bepaalde verrichtingen zoals intraveneuze antibiotica kuren thuis en VAC therapie worden namelijk niet meer vanuit de AWBZ gefinancierd. Gevolg hiervan is dat patiënten langer in het ziekenhuis moeten verblijven.

Een ander voorbeeld van samenwerking met de thuiszorg is de aanwezigheid van de reumaconsulent van de thuiszorg bij de spreekuren van de reumatologen in de ziekenhuizen in Apeldoorn en Zutphen. Specifieke taken van de reumaconsulent zijn voorlichting en instructie.

Transmurale netwerken Cure in Apeldoorn en Zutphen

Het van oudsher bestaande Transmuraal Netwerk Cure Zutphen (samenwerkingsverband tussen huisartsen, thuiszorg, Sutfene, Sensire (thuiszorg) en ziekenhuis) is opgeheven. Het netwerk bleek onvoldoende resultaatgericht te zijn. In Apeldoorn staat om dezelfde reden het Transmuraal Netwerk Cure "on hold".

Gelre ziekenhuizen wil in de plaats van deze transmurale netwerken, resultaat gerichte samenwerkingsovereenkomsten aangaan. Inmiddels heeft dit in Apeldoorn geleid tot de hierboven genoemde overeenkomst met de Zorggroep Apeldoorn.

GGNet (Geestelijke Gezondheidszorg)

Met GGNet wordt zowel in Apeldoorn als in Zutphen nauw samengewerkt. De samenwerking richt zich met name op de kortdurende (tot 1 jaar) geestelijke gezondheidszorg, en meer in het bijzonder de samenhang tussen geestelijke en somatische zorg.

De vorm waarin de samenwerking plaatsvindt is echter verschillend. In Apeldoorn is de PAAZ nog als (zeer goed renderende) zorgeenheid verbonden aan het ziekenhuis. In Zutphen is de PAAZ eind 90-er

jaren afgestoten aan GGNet. Beide PAAZ-en en gelieerde andere onderdelen van de acute psychiatrie van GGNet zijn gehuisvest annex het ziekenhuis in een RGC (Regionaal Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg), waarvan de ruimten van het ziekenhuis wordt gehuurd. Het beleid van Gelre is erop gericht de banden met de GGZ verder te versterken; zowel in zorginhoudelijke- als in facilitaire zin. De kortdurende psychiatrie (dwz tot 1 jaar) lijkt steeds nauwer verwant aan de somatische zorg, ook de financiering hiervan wordt op dezelfde leest (DBC's) geschoeid als de cure en komt in het tweede compartiment. Hiernaast is de psychiatrie ook een belangrijke factor in het creëren van een beweging om op een meer integrale wijze naar de zorg voor patiënten te kijken. Reden waarom Gelre de band tussen de psychiatrie en het ziekenhuis waar mogelijk wil versterken.

Concrete resultaten van de samenwerking met GGNet, los van de gerealiseerde RGC's in Apeldoorn en Zutphen zijn een geheugenpolikliniek in Zutphen, een spreekuur voor zwangeren met psychiatrische stoornissen in Apeldoorn en samenwerking op gebied van apotheek, laboratoria en facilitaire zaken

Overige Transmurale initiatieven

Naast bovengenoemde resultaten van transmurale samenwerking zijn de volgende initiatieven tot stand gekomen:

- Een gemeenschappelijk Transferbureau ten behoeve van de overplaatsing van patiënten vanuit ziekenhuis. Zowel in Apeldoorn als Zutphen ontstaan vanuit een samenwerkingsovereenkomst tussen ziekenhuis, (particuliere) thuiszorg en verpleeghuis/verzorgingshuizen.
- Een CVA zorgketen in Apeldoorn en Zutphen waarin participeren thuiszorg, huisartsen, revalidatiecentrum en verpleeghuis/verzorgingshuizen.
- Een Dementienetwerk in Apeldoorn en Zutphen waarin participeren gemeenten, huisartsen, verpleeg- en verzorgingshuizen, GGZ, thuiszorg en ziekenhuis (de geheugenpolikliniek van Gelre ziekenhuizen en GGNet maakt hier onderdeel van uit).
- In beide regio's functioneert een Netwerk Euthanasie en Palliatieve Zorg, waarin participeren vrijwilligersorganisaties, terminale thuiszorg, hospicezorg, huisartsen, verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorg en ziekenhuis.

Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ)

Gelre ziekenhuizen is ketenpartner in het ROAZ van de Traumaregio Zwolle. Ketenpartners in het ROAZ zijn de aanbieders van acute zorg in deze traumaregio. Dit regionale overleg vloeit voort uit de acute zorgparagraaf van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) en maakt afspraken over (een betere) samenwerking. Initiator van het overleg is de Isala klinieken, het ziekenhuis in de regio met de erkenning als Traumacentrum. De deelnemers aan het ROAZ stellen zich gezamenlijk tot doel om aan de hand van concrete verbeteringsinitiatieven te zorgen dat een patiënt met een acute zorgvraag zo snel mogelijk op de juiste plaats terecht komt voor diagnostiek en behandeling.

In hoofdstuk 4.6 wordt nader ingegaan op de activiteiten die in 2008 hebben plaatsgevonden.

2.4.5 Andere ziekenhuizen

Medisch specialistische opleidingen

Op het vlak van medisch specialistische opleidingen valt Gelre ziekenhuizen onder de opleidingsregio van het UMC Utrecht, maar valt de opleiding chirurgie onder het AMC.

PCI-ICD

Eind 2006 is met het Deventer Ziekenhuis samenwerking gezocht in het streven te komen tot een PCI-ICD centrum in de regio Stedendriehoek. Daartoe is een gezamenlijke aanvraag ingediend bij het ministerie van VWS. In het voorjaar van 2009 is echter geconstateerd dat de benodigde samenwerking tussen de maatschappen cardiologie van beide ziekenhuizen niet haalbaar is gebleken. Gelre ziekenhuizen zal daarom ten aanzien van de PCI's/ICD's nader onderzoeken of het functioneren als zelfstandig centrum haalbaar is.

Low volume chirurgie

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 Nijmegen (UMCN), 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 oorspronkelijke voorstel om de pancreaschirurgie binnen Gelderland te concentreren binnen Gelre ziekenhuizen en Ziekenhuis Rijnstate, waarbij alleen de oncologische pancreaschirurgie in het UMCN gedaan zou worden, is na wisseling van het hoogleraarschap in Nijmegen gewijzigd. Het UMCN heeft aangegeven de totale pancreaschirurgie zelf te willen behouden in samenwerking met Ziekenhuis Rijnstate. De gezamenlijke chirurgen binnen Gelderland opteren voor een model waarin steeds een perifeer ziekenhuis in samenwerking met het UMCN invulling geeft aan een bepaald type low volume chirurgie. De slokdarmchirurgie zou volgens dit model geconcentreerd worden in het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis en het UMCN. De leverchirurgie zou geconcentreerd moeten worden binnen Gelre ziekenhuizen en het UMCN. De gesprekken hierover tussen Gelre ziekenhuizen en het UMCN zijn nog gaande.

2.4.6 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 hieraan medewerking te zullen verlenen. Op 4 april 2008 is door burgemeester J.A. Gerritsen van Zutphen gezamenlijk met de Raad van Bestuur de openingshandeling verricht voor de start van de nieuwbouw in Zutphen. In zijn openingsspeech stond de heer Gerritsen stil bij de goede relaties tussen het college, ambtenaren en Gelre ziekenhuizen. Complimenten werden door hem uitgebracht ten aanzien van de wijze waarop door Gelre ziekenhuizen de benodigde procedures zijn gevolgd. De snelheid waarmee de nieuwbouw plaatsvindt werd door de heer Gerritsen gememoreerd: binnen het gemeentelijk apparaat was het begrip "Gelre-snelheid" inmiddels een gevleugeld begrip geworden.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) wordt door de Raad van Bestuur, indien nodig, op transparante wijze geïnformeerd over calamiteiten die hebben plaatsgevonden. In 2008 is op initiatief van de Raad van Bestuur van Gelre het gestructureerd overleg met de Inspectie, dat in 2007 niet had

plaatsgevonden, weer opgestart. Gelre ziekenhuizen heeft geparticipeerd in verschillende onderzoeken van de IGZ, waaronder:

- “Kwaliteit van reiniging en desinfectie van flexibele endoscopen”;
- “Toezicht pre- en peri-operatief proces”;
- “Minimaal invasieve chirurgie”;
- “Signalering en doorgeleiding van kindermishandeling op de afdeling spoedeisende hulp”;
- “Ketenveiligheid trombosezorg”;
- “Kwaliteitsniveau radiologie afdelingen”.

2.4.7 Omwonenden

In het kader van de bouwwerkzaamheden en de daarmee gepaard gaande parkeerproblematiek vindt gedurende de bouwprocessen in Apeldoorn en Zutphen regelmatig en gestructureerd overleg plaats met de omwonenden van de ziekenhuizen.

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 de statuten van Gelre ziekenhuizen getoetst aan de in die periode tot stand gekomen landelijke Zorgbrede Governance Code. De Zorgbrede Governance Code bevat specifieke voor de zorgsector opgestelde eisen en criteria.

Op basis van deze toetsing zijn in 2005 de volgende documenten aangepast c.q. opgesteld:

- Statuten;
- Reglement Raad van Toezicht;
- Reglement betreffende de samenstelling en procedure van benoeming, schorsing en ontslag van leden van de Raad van Bestuur en 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 2008 werden vanuit het nieuwe WTZi-Uitvoeringsbesluit zorginstellingen verplicht het zo te regelen dat voldaan wordt aan artikel 6.1 sub b nieuw, namelijk: "Het toezichthoudend orgaan is zodanig samengesteld dat de leden ten opzichte van elkaar, de dagelijkse en algemene leiding van de instelling en welk deelbelang dan ook onafhankelijk en kritisch kunnen opereren".

Op basis van deze eis is artikel 9.4 van de statuten opnieuw tegen het licht gehouden en aangepast. Het nieuwe artikel 9.4 is in de vergadering van de Raad van Toezicht in februari 2008 vastgesteld.

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 2008 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. De accountant is van mening dat de score van Gelre ziekenhuizen in het health care web bovengemiddeld is. Op een aantal punten scoort Gelre beneden het gemiddelde maar dat heeft te maken met wijzigingen in de gehanteerde methodiek (andere vragen). De Gelre-score is gebaseerd op het web inclusief een aantal nieuwe vragen, terwijl in de score van de andere ziekenhuizen waarmee Gelre is vergeleken, deze nieuwe vragen niet zijn opgenomen. Aandachtspunten voor Gelre zijn: de waardering van het onderhanden werk, inzicht hebben in kostprijzen en de verwerking van de verkoop van de locatie Juliana.

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 een roulerend lid 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 het hoofd Personeelszaken.

De Raad van Bestuur kent een portefeuillevverdeling: ieder lid van de Raad van Bestuur heeft een aantal specifieke aandachtsgebieden. De portefeuillevverdeling is opgenomen in bijlage 4.

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 gedurende het verslagjaar hebben betrekking gehad op:

Kwaliteit:

- implementatie Integraal Kwaliteitsmanagementsysteem;
- besluitvorming t.a.v. accreditatie door NIAZ of ISO 9001;
- implementatie Veiligheidsmanagementsysteem, inclusief veilig incidenten melden;
- calamiteitenprocedure;
- beleidskader gevaarlijke stoffen.

Medische zaken:

- protocol medisch specialistische verantwoordelijkheden rond de patiënt;
- aanpassing MRSA protocol;
- commissie ethiek en te bespreken thema's;
- oprichting Regiegroep Eerste- en Tweede lijns zorg, regio Apeldoorn;
- transmuraal CVA traject;
- situatie MDL-artsen Apeldoorn;
- businessplan schakelafdeling Apeldoorn;
- plan van aanpak signalering kindermishandeling Apeldoorn.

Marktontwikkeling:

- businessplan polikliniek Epe;
- PCI/ICD in de Stedendriehoek;
- low volume chirurgie in Gelderland;
- ontwikkeling Eerstelijns Diagnostisch Centrum Apeldoorn ;
- Topzorg predikaat Menzis.

Personele en sociale zaken:

- diverse FWG indelingen;
- diverse werktijdenwijzigingen;
- management development programma afdelingscoördinatoren en polikliniekcoördinatoren.

Organisatie:

- besturingsmodel Gelre ziekenhuizen: voorgenomen besluit en definitief besluit;
- uitbesteding Goederenlogistiek;
- reorganisatie patiëntenlogistiek Zutphen;
- organisatieontwikkeling Zutphen in het kader van de nieuwbouw;
- statutenwijziging in relatie tot nieuw WTZi-uitvoeringsbesluit;
- naamgeving Gelre ziekenhuizen;
- Gelre 2012: prioritering Gelrebrede projecten en onderlinge samenhang;
- beddenplan Apeldoorn;
- implementatie plan van aanpak patiëntenlogistiek;
- opzet en aanpak meerjarenbeleidsplan 2010-2014;
- overhead value analysis.

Financiën en Productie:

- maandelijks managementrapportages en kwartaalrapportages;
- meerjareninvesteringsbegrotingen Apeldoorn en Zutphen;
- meerjarenbegroting ICT;
- jaarrekening 2007, jaardocument 2007 en kaderbrief 2009;
- begroting 2009.

Bouwzaken/huisvesting:

- gunning nieuwbouw Zutphen;
- vaststelling bouwtekeningen Zutphen;
- afronding vernieuwbouw Apeldoorn;
- beroep inzake besluit College Sanering t.a.v. subsidiëring sloopkosten asbest;
- verkoop locatie Juliana;
- beheersplan luchtbehandeling OK's Apeldoorn en Zutphen;
- parkeerproblematiek Apeldoorn;
- aanbrengen gevel t.b.v. permanente bestemming Provisorium.

ICT:

- implementatie van één ziekenhuisinformatiesysteem: SAP-4-ZIS;
- implementatie RVC (niet-radiologie PACS);
- implementatie elektronisch medicatiesysteem;
- informatiesysteem dialyse-afdeling;
- plan van aanpak informatiebeveiligingsplan.

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 voerde op Gelre niveau structureel tweewekelijks overleg met een delegatie van de Medisch Stafbesturen in Apeldoorn en Zutphen (voorzitters Medisch Stafbesturen Apeldoorn en Zutphen en voorzitters stafmaatschap Apeldoorn en ondernemerscommissie Zutphen). Gedurende het verslagjaar is in het kader van het traject om te komen tot een RvB-besluit tot de vorming van een holding, besloten de frequentie van het overleg op Gelre niveau te verlagen naar een keer per maand en daarnaast te starten met een maandelijks overleg tussen Raad van Bestuur en Medisch Stafbesturen per ziekenhuislocatie onder de benaming "Lokaal Overleg Raad van Bestuur – Medisch Stafbestuur". Na totstandkoming van het besluit holdingmodel Gelre in oktober 2009 heeft het laatste overleg op Gelre niveau plaatsgevonden op 6 januari 2009.

In het verslagjaar is in deze overlegorganen tussen Raad van Bestuur en medisch stafbesturen met name gesproken over:

- besturingsmodel;
- low volume chirurgie;
- implementatie Integraal Kwaliteitsmanagementsysteem;
- besluitvorming t.a.v. accreditatie door NIAZ of ISO 9001;
- implementatie Veiligheidsmanagementsysteem, inclusief veilig incidenten melden;
- implementatie van één ziekenhuisinformatiesysteem: SAP-4-ZIS;
- intensieve zorg in Zutphen en Apeldoorn;
- uitbreidingsplan reumatologie Stedendriehoek;
- businessplan buitenpolikliniek Epe;
- MRSA protocol;
- procedure aanstelling waarnemer/chef de clinique;
- opname medische protocollen in DKS systeem;
- aanpak meerjarenbeleidsplan 2010-2014;

- IGZ indicatoren : resultaten 2007;
- kaderbrief 2009;
- beddenplan Apeldoorn;
- situatie MDL-artsen Apeldoorn;
- Eerstelijns Diagnostisch Centrum Apeldoorn;
- bewaking opnamestops Apeldoorn;
- PCI/ICD in de Stedendriehoek;
- visitatierapporten multidisciplinaire oncologische zorg Apeldoorn en Zutphen;
- rapport IGZ Operatief Proces (TOP2), incl. scores Gelre t.o.v. landelijke scores;
- protocol bloedtransfusie Jehova's getuigen;
- protocol overlijden, niet-natuurlijke dood;
- meerjareninvesteringsbegrotingen Apeldoorn en Zutphen;
- medisch beleidsplan Zutphen;
- ontwikkelingen in de diabeteszorg voor kinderen: Diabeter;
- discussiepunten t.a.v. ruimte-indeling nieuwbouw Zutphen.

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 één 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 overleg met:

- de directeurs van de stafdiensten (gezamenlijk maandelijks indien gewenst, daarnaast bilateraal);
- de zorgmanagers (gezamenlijk maandelijks, daarnaast bilateraal).

Voor de samenstelling van de Raad van Bestuur, de nevenfuncties en de portefeuillevindeling wordt verwezen naar bijlagen 3 en 4. De bezoldiging van de leden van de Raad van Bestuur is opgenomen in de jaarrekening.

3.1.2.1 Het jaar 2008, een overzicht

Nieuwbouw Apeldoorn

Het jaar 2008 kan beschouwd worden als het jaar waarin de vernieuwbouw Apeldoorn tot een afronding is gekomen. Bijna alle afdelingen hebben eind 2008 hun plek hebben gevonden in het vernieuwde gebouw aan de Albert Schweitzerlaan. Slechts de zorgeenheid Cardiologie, het medisch archief en de personeels- en salarisadministratie bleven nog achter in de locatie Juliana, maar ook deze afdelingen hebben in de eerste maanden van 2009 hun nieuwe huisvesting betrokken. Met als resultaat dat begin tweede kwartaal 2009 het Juliana kan worden overgedragen aan de nieuwe eigenaar, het BPF Bouwinvest (Bedrijfstakpensioenfonds voor de Bouwnijverheid). De officiële opening van Gelre Apeldoorn zal plaatsvinden op 19 mei 2009.

Medewerkers en medisch specialisten zijn verheugd te kunnen werken in het nieuwe, fraaie ziekenhuisgebouw. Ruimte, licht, verbeterde logistiek en alle specialismen in één gebouw maken het werken aangenamer maar vooral ook efficiënter.

Met het eindigen van het hoofdproject zal gedurende het eerste halfjaar van 2009 nog een aantal restprojecten afgerond dienen te worden. Het betreft:

- het definitief maken van het Provisorium;
- de sloop van het oude ketelhuis en de flat De Wijerd;
- de reparatie van de ontstane schade in het parkeerdek;
- de aanleg van de laatste extra parkeerplaatsen;
- de realisatie van de additionele kantoorwerkplekken in verband met de verhuizing van een aantal afdelingen van Zutphen naar Apeldoorn;
- de herindeling van het Kenniscentrum.

Verkoop locatie Juliana

Zoals hierboven reeds vermeld heeft de uitgezette tender in april 2008 geleid tot de verkoop van de locatie Juliana aan BPF Bouwinvest.

Nieuwbouw Zutphen

Gelre ziekenhuizen is 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. 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.

Nadat het jaar 2007 is besteed aan het ontwerpproces kon op 4 april 2008 door burgemeester Gerritsen van Zutphen het startsein worden gegeven voor de daadwerkelijke bouw. De bouw van het

casco is in 2008 zeer voorspoedig verlopen. De viering van het bereiken van het hoogste punt vond plaats op 5 maart 2009.

Het bouwproces in Zutphen vertoont grote verschillen met het proces van de vernieuwbouw in Apeldoorn. Allereerst is er het contrast dat veroorzaakt wordt door de wijziging in het bouwregime. In tegenstelling tot de relatief luxe uitvoering van het gebouw in Apeldoorn wordt Zutphen op een sobere wijze gebouwd met in verhouding minder vierkante meters per functie. Dit legt een druk op het ontwerpproces waarbij het nogal eens lastig is om de wensen van de gebruikers te verenigen met de ruimtelijke mogelijkheden. Daarnaast moeten ontwerpproces en daadwerkelijke bouw in een hoog tempo plaatsvinden om in 2010 ook daadwerkelijk het nieuwe ziekenhuis te kunnen openen.

Organisatie-ontwikkeling nieuwbouw Zutphen

Om de inrichting en werkwijze binnen de organisatie af te stemmen op het organisatieconcept dat ten grondslag ligt aan de nieuwbouw, is onder leiding van een stuurgroep in 2008 het project "Organisatie-ontwikkeling nieuwbouw Zutphen" gestart. Binnen dit project wordt in een groot aantal deelprojecten uitwerking gegeven aan een aantal belangrijke uitgangspunten: scheiding van front- en back-office activiteiten, centraal wachten - decentraal ontvangen en standaardisatie van spreek-/onderzoekkamers in de poliklinieken. Voorbeelden van deelprojecten zijn: HRM (herinrichting van werkprocessen en bijbehorende functies op de poliklinieken), project centraal-decentraal wachten, project patiëntenvoorlichting, project patiëntenlogistiek en capaciteitsplanning, project organisatie observatorium en spoedfunctie, project Moeder en Kind Centrum en project inrichting back-office en uitwerking kantoorconcept. In totaal gaat het om 46 deelprojecten die in 16 maanden tot resultaten moeten leiden, zodat de werkprocessen tijdig gereed zijn om in 2010 in de nieuwbouw te kunnen gaan functioneren.

Gelre 2012

In de loop van 2008 werd geconstateerd dat er organisatiebreed meer integratie, coördinatie, afstemming en communicatie noodzakelijk was ten aanzien van een viertal grote, Gelrebrede, projecten. Deze vier projecten zijn richtinggevend voor de belangrijkste doelstelling van Gelre ziekenhuizen, namelijk het ontwikkelen, verbeteren en vernieuwen van zorgtrajecten, mede met behulp van informatisering en automatisering. Er is een "Platform Integratie" gevormd, onder voorzitterschap van de Raad van Bestuur, dat de afstemming, integratie en communicatie ten aanzien van de vier grote projecten bewaakt.

Deze aanpak heeft, met name gericht op de interne communicatie, de naam "Gelre 2012" gekregen. Vanwege het belang van deze projecten in relatie tot de schaarse capaciteit heeft de Raad van Bestuur besloten om voor Gelre 2012 gedurende anderhalf à twee jaar in totaal 25 fte extra beschikbaar te stellen.

Voor de jaren 2008 en 2009 ligt de focus op de volgende vier projecten:

1. Procesoptimalisatie Zorg;
2. Patiëntenlogistiek;
3. Kwaliteitsmanagement en Patiëntveiligheid;
4. SAP-4-ZIS.

Het project Procesoptimalisatie Zorg bundelt de verschillende projecten die van invloed zijn op de werkwijze in de zorgeenheden, met name gericht op het werken met zorgtrajecten. Doel is het realiseren van een eenduidige, gestandaardiseerde en geïntegreerde werkwijze, zowel in de poliklinieken als op de verpleegafdelingen.

SAP-4-ZIS is het project dat tot doel heeft om van twee verschillende ziekenhuisinformatiesystemen te komen tot één Gelrebreed uniform ziekenhuisinformatiesysteem, namelijk SAP. Het nieuwe

ziekenhuisinformatiesysteem is een instrument/hulpmiddel om de centrale doelstelling - ontwikkeling en verbetering van zorgtrajecten - te ondersteunen.

Het project Patiëntenlogistiek is gericht op het optimaliseren van het capaciteitsmanagement.

Het project Kwaliteitsmanagement en Patiëntveiligheid is gericht op de realisatie van een integraal kwaliteitsmanagementsysteem inclusief een veiligheidsmanagementsysteem (VMS) hetgeen onder meer moet leiden tot een accreditatie via het NIAZ (Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen).

Onder auspiciën van het Platform Integratie is een prioritering en fasering in de projecten aangebracht, is facilitering gerealiseerd door middel van de inzet van extra personele capaciteit en zijn er scholings- en trainingsactiviteiten ontplooid. Daarnaast is een overall communicatietraject ontwikkeld.

De start van Gelre 2012 is Gelrebreed geïntroduceerd bij alle leidinggevenden met behulp van een film "Gelre 2012; beter!" waarin, naast een professionele acteur, medewerkers van Gelre ziekenhuizen optreden. Centraal in de film staat patiënt "meneer de Bruin". Getoond wordt hoe de zorg binnen Gelre er in 2012 zal uitzien en met behulp van flash backs wordt een relatie gelegd met de huidige situatie. Gedurende de jaren 2008 en 2009 worden regelmatig bijeenkomsten voor alle leidinggevenden georganiseerd waarin de voortgang van de vier projecten centraal staat, maar waarin ook met concrete beelden (korte filmpjes in de vorm van "the making of") wordt getoond hoe op verschillende afdelingen binnen Gelre wordt gewerkt aan de optimalisatie van zorgtrajecten. Deze korte filmpjes worden eveneens op Intranet geplaatst zodat zij voor alle medewerkers toegankelijk zijn.

Patiëntveiligheidsbeleid

Omdat het jaar 2008 binnen Gelre ziekenhuizen is uitgeroepen als "Jaar van de patiëntveiligheid" wordt hieraan op deze plek specifieke aandacht besteed.

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.

In het kader van het patiëntveiligheidsbeleid is besloten om rechtstreeks onder de portefeuillehouder Raad van Bestuur een bureau Patiëntveiligheid en Zorgkwaliteit in te richten. Voor de implementatie van het VMS is een stuurgroep geïnstalleerd, bestaande uit de Raad van Bestuur (portefeuillehouder), een vertegenwoordiging vanuit de medische staven en de in het voorjaar van 2008 aangestelde stafmedewerker patiëntveiligheid. Nadat in 2007 op twee afdelingen succesvolle pilots "Veilig Incidenten Melden" hadden plaatsgevonden, is het VIM in 2008 Gelrebreed geïmplementeerd. Ten aanzien van de tien, landelijk vastgestelde thema's, zijn binnen Gelre in 2008 de volgende vier thema's opgepakt:

- vroegtijdige herkenning van bedreiging van vitale functies bij patiënten;
- voorkomen van medicatiegerelateerde fouten;
- voorkomen van verwisseling bij en van patiënten;
- voorkomen van ziekenhuisinfecties na operatie.

Om het “Jaar van de patiëntveiligheid” kracht bij te zetten hebben de leden van de Raad van Bestuur op alle afdelingen een werkoverleg bijgewoond om met medewerkers te spreken over het thema patiëntveiligheid.

Eerstelijns Diagnostisch Centrum (EDC)

De eerstelijns productie (diagnostiek ten behoeve van huisartsen, met name in de vorm van laboratoriumbepalingen en radiodiagnostiek) vormt voor ziekenhuizen een belangrijke inkomstenbron. De concurrentie op dit terrein neemt toe en zorgverzekeraars zijn steeds minder geneigd om de ziekenhuizen voor deze eerstelijns productie te bekostigen. De Raad van Bestuur heeft daarom onder ogen gezien dat een deel van deze productie op termijn zeker zal wegvloeien en heeft daarom reeds in 2007 het initiatief genomen om over de oprichting van een EDC in Apeldoorn in gesprek te treden met mogelijke trekkers binnen het ziekenhuis, te weten het hoofd Klinisch Chemisch Hematologisch Laboratorium en de medisch manager Radiologie Apeldoorn. Belangrijk nevensdoel is het binden van de huisartsen aan Gelre ziekenhuizen door hen directer te betrekken bij dit product. Die binding betreft in de eerste plaats het EDC, maar vanwege de binding van dat centrum met het ziekenhuis, heeft dat ook een spin off. Eind 2008 was de businesscase gereed en de globale contouren van de juridische constructie bekend. Realisatie volgt in 2009. Het EDC zal een plek krijgen op het terrein van de voormalige ziekenhuislocatie Juliana.

Goederenlogistiek

Bij de planontwikkeling van de nieuwbouw Zutphen is besloten niet meer zelf te investeren in dure oppervlakte in het ziekenhuis voor goederenopslag en magazijnen, maar de hele goederenlogistiek uit te besteden aan een logistiek dienstverlener. Daartoe is een gedegen onderzoek uitgevoerd en een businesscase opgesteld, die een positief resultaat toont. Er heeft een aanbesteding plaatsgevonden die positief is afgerond en heeft geleid tot uitbesteding van de goederenlogistiek aan dienstverlener Hospital Logistics. Hospital Logistics zal een magazijn in Apeldoorn Noord gaan exploiteren. Hiermee is ook bereikt dat de sociale gevolgen voor de betrokken medewerkers van de huidige afdeling Logistiek hanteerbaar zijn. De Ondernemingsraad heeft dan ook een positief advies uitgebracht en met de bonden is onderhandeld over de sociale consequenties. De Ondernemingsraad heeft zich gerealiseerd dat uitbesteding van diensten in de toekomst waarschijnlijk vaker aan de orde zal zijn.

Buitenpolikliniek Epe

Onderzocht is in hoeverre het voor Gelre ziekenhuizen rendabel is om in Epe, ten noorden van Apeldoorn, een buitenpolikliniek te starten. Voor Gelre ziekenhuizen is een buitenpolikliniek in Epe interessant vanwege adherentiebehoud c.q. adherentiegroei en voor de huisartsgroep in Epe is de nabijheid van spreekuurhoudende medisch specialisten met de daarbij behorende diagnostische voorzieningen aantrekkelijk. De huisartsgroep had daartoe het plan een extra verdieping op hun bestaande huisvesting te plaatsen. In 2008 is een businessplan ontwikkeld, waarbij uitgegaan is van die spreekuurhoudende specialismen waarvoor een adherentiegroei te verwachten valt. Met de huisartsgroep en de betrokken maatschappen is uitgebreid overleg gevoerd, hetgeen geleid heeft tot een bijstelling van het businessplan ten aanzien van het aantal specialismen dat in Epe spreekuren zal gaan houden. Vooral nog betreft dit de interne geneeskunde, cardiologie, dermatologie, longziekten, oogheelkunde, orthopedie, reumatologie, kindergeneeskunde en gynaecologie/verloskunde.

Vervolgens zijn in 2009 de onderhandelingen met de huisartsgroep gestart over de huurvoorwaarden. De verwachting is dat deze onderhandelingen in het voorjaar van 2009 kunnen worden afgerond.

3.1.3 Raad van Toezicht

Het ziekenhuis wordt bestuurd volgens het Raad van Toezichtmodel. De Raad van Toezicht heeft tot taak toezicht te houden op de Raad van Bestuur en op de algemene gang van zaken in de instelling en richt zich bij de vervulling van zijn taak naar het belang van de instelling. De Raad van Toezicht functioneert conform de gestelde vereisten in de Zorgbrede Governance Code, het bepaalde in de statuten en het reglement Raad van Toezicht. Jaarlijks worden functionerings- en beoordelingsgesprekken gevoerd met de leden van de Raad van Bestuur, individueel en gezamenlijk. De Raad van Toezicht evalueert zijn eigen functioneren tweejaarlijks. 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 tot 1 juli 2008 bezet door de heer Bakker en vanaf die datum door de heer van den Hout. 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 laat 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 te hanteren. Daarmee acht de Raad het voorkomen 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. In het algemeen profiel van de Raad van Toezicht zijn de gewenste deskundigheden als volgt geformuleerd:

1. Ervaringen in de gezondheidszorgmarkt (met uitzondering van zittende ziekenhuisbestuurders);
2. Ervaring met arbeid en organisatie/HRM strategie;
3. Ervaring met Finance & Control;
4. Ervaring met bestuur en management van een grote non profit instelling/openbare sector;

5. Ervaring met commerciële dienstverlening aan eindgebruikers.

Overigens gelden voor alle leden van de Raad van Toezicht de volgende algemene eisen:

- Onafhankelijkheid;
- Blijk geven van zicht op politiek-maatschappelijke ontwikkelingen;
- Ervaring met het werken in en het toezicht op complexe organisaties;
- Affiniteit met de gezondheidszorg/ziekenhuiszorg.

Raad van Toezicht en Raad van Bestuur hebben in een zelfevaluatie gezamenlijk geconcludeerd dat een samenstelling van de Raad van Toezicht conform deze eisen evenwichtig en toereikend genoemd kan worden.

Bijeenkomsten

De Raad van Toezicht heeft in 2008 vijf reguliere vergaderingen gehouden, 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 2008 is geen zelfevaluatie gehouden; deze staat in het kader van de tweejaarlijkse cyclus weer gepland voor 2009. Een delegatie van de Raad van Toezicht heeft, conform de afspraak met de Ondernemingsraad, een overleg gevoerd met de voltallige Ondernemingsraad (in aanwezigheid van de Raad van Bestuur). Er is een algemeen gesprek met de Ondernemingsraad gevoerd over de samenwerking tussen Ondernemingsraad en RvB en de rol die de Raad van Bestuur vervult. Daarbij is aan de orde geweest of de belangrijke thema's door de Raad van Bestuur met de Ondernemingsraad worden gedeeld, in welke mate de Ondernemingsraad zich door de Raad van Bestuur bij deze thema's betrokken voelt en of men het gevoel heeft dat het beleid van de organisatie en de daadwerkelijke praktijk met elkaar sporen. Het gesprek vormt voor de Raad van Toezicht input voor de jaarlijkse functioneringsgesprekken met de leden van de Raad van Bestuur.

Halverwege het verslagjaar (per 1 juli) heeft er binnen de Raad van Toezicht een wisseling plaatsgevonden met betrekking tot de zetel op voordracht van de Cliëntenraad. Het nieuwe lid, de heer Van den Hout, is afkomstig uit de Cliëntenraad en heeft uiteraard zijn lidmaatschap van de Cliëntenraad per diezelfde datum beëindigd.

Conform de afspraak met de medisch stafbesturen van Apeldoorn en Zutphen vond in februari een informele ontmoeting plaats tussen de leden van de Raad van Toezicht en de leden van de medisch stafbesturen. Van beide zijden is deze ontmoeting als plezierig en zinvol ervaren. Thema's van gesprek waren met name de besturingsdiscussie en marktwerking.

Besluiten

De Raad van Toezicht verleende in het verslagjaar 2008 goedkeuring aan:

- de jaarrekening 2007 en jaardocument 2007;
- statutenwijziging in het kader van een aanscherping governance regels;
- meerjareninvesteringsbegroting Gelre Zutphen 2007-2011;
- meerjareninvesteringsbegroting Gelre Apeldoorn 2008-2009;
- meerjareninvesteringsbegroting ICT 2008-2012;
- benoeming van twee nieuwe leden Raad van Toezicht per 1 juli 2008;
- grondruil Gelre ziekenhuizen – Zorggroep Apeldoorn e.o.;
- procedure jaargesprekken met leden Raad van Bestuur;
- de begroting 2009.

Daarnaast zijn uiteraard de financiële kwartaalrapportages (zowel voor de exploitatie als voor de vernieuwbouw Apeldoorn) en het accountantsverslag 2007 besproken en is aan de Raad van Bestuur decharge verleend betreffende het financiële jaarverslag over 2007, op grond van een toelichting door

de accountant. Ook heeft de Raad van Toezicht met instemming kennis genomen van de meerjarenprognose 2008 – 2013 en ondersteunt zij de in het kader van deze meerjarenprognose te nemen maatregelen voor 2009.

Veel aandacht van de Raad van Toezicht is in het verslagjaar besteed aan de besturingsdiscussie. De Raad van Bestuur heeft de leden Raad van Toezicht tijdens iedere vergadering op de hoogte gebracht van de voortgang en gezamenlijk is veel gesproken over de wijze waarop door de Raad van Bestuur in deze materie moest worden geacteerd. Uiteraard is door de Raad van Toezicht ook veel aandacht besteed aan de aanbesteding en start van de nieuwbouw in Zutphen, de verkoop van de locatie Juliana en de afronding van de vernieuwbouw van de locatie Apeldoorn. Expliciet aandacht is besteed aan het strategisch belang van vastgoed.

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 2008 onder meer de volgende onderwerpen aandacht gekregen:

- samenwerkingsrelaties met andere ziekenhuizen, regionaal en landelijk;
- bekostiging ziekenhuiszorg;
- overleg en onderhandelingen met zorgverzekeraars;
- overeenstemming t.a.v. uurtarief medisch specialisten;
- voortgang accreditatie c.q. certificering via NIAZ;
- werving nieuwe artsmicrobiologen;
- situatie vakgroep MDL;
- de aanbestedingsprocedure nieuwbouw Zutphen;
- de juridische procedure inzake de subsidiëring asbestgerelateerde sloopkosten in Zutphen;
- SAP-4-ZIS (implementatie van één nieuw ziekenhuisinformatiesysteem);
- problematiek met GTI aangaande hun prestaties in de nieuwbouw Apeldoorn;
- transmurale zorg;
- kwaliteitsmanagementsysteem inclusief patiëntveiligheidsbeleid;
- patiëntenlogistiek;
- ontwikkeling nieuw meerjarenbeleidsplan;
- Eerstelijns Diagnostisch Centrum;
- verkoop locatie Juliana;
- integratie Gelrebrede projecten: Gelre 2012;
- uitbesteding goederenlogistiek;
- relatie met Zorgbelang Gelderland.

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

- het project SAP-4-ZIS;
- samenwerkingsrelaties.

In het voorjaar van 2008 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.

Commissies

De Raad van Toezicht kende geen auditcommissie en geen remuneratiecommissie. Hier is destijds 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. Door het rooster van aftreden is in de jaren 2006 t/m 2008 de Raad van Toezicht volledig van samenstelling gewijzigd. Dit heeft er eind 2008 toe geleid dat de Raad van Toezicht, met name vanwege het belang van good governance, heeft besloten een auditcommissie in te stellen, bestaande uit de heren Visscher en Eppink. De auditcommissie zal zijn functie gaan uitoefenen met ingang van 1 januari 2009 en zal zich specifiek richten op bestudering van de kwartaalrapportages, de begroting, jaarrekening (inclusief een gesprek met de accountant) en meerjarenprognose.

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

Mutaties Raad van Toezicht

De Raad van Toezicht bestond gedurende het jaar 2008 uit zeven leden, waarmee de relevante specifieke deskundigheden, zoals hierboven genoemd, voldoende vertegenwoordigd zijn. Op basis van het rooster van aftreden hebben mevrouw Louppen en de heren Bakker (lid op voordracht van de Cliëntenraad) en De Cock (vice-voorzitter) per 1 juli 2008 afscheid genomen van de Raad van Toezicht. Zij hebben ieder gedurende twee zittingstermijnen deel uitgemaakt van de Raad. Als nieuwe leden zijn per 1 juli 2008 benoemd mevrouw Meindersma en de heren Visscher en Van den Hout (de laatste op voordracht van de Cliëntenraad).

Voor de samenstelling, schema van aan- en aftreden, presentielijst vergaderingen en relevante nevenfuncties van de Raad van Toezicht wordt verwezen naar de bijlagen 1. en 2. De bezoldiging van de voorzitter en leden van de Raad van Toezicht staat vermeld in de jaarrekening.

3.2 Bedrijfsvoering

3.2.1 Beleids- en begrotingscyclus

3.2.1.1. Beleidskader

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.

De belangrijkste ontwikkelingen zijn met name:

- De DBC-ontwikkelingen en bekostiging. Het B-segment zal worden uitgebreid van 10 naar 20%, dus voor 20% vrije prijsvorming.
- De lumpsum voor het honorariumbudget wordt afgeschaft. De medisch specialisten ontvangen een vergoeding per DBC die is gebaseerd op een landelijk vastgestelde tijdsbesteding per DBC en een gemiddeld uurtarief dat voor alle specialisten in principe gelijk is. Toch zal de overheid een

zogenaamd Budgettair Kader Zorg (BKZ) willen handhaven, maar in het nieuwe systeem zal het veel lastiger zijn om dit te handhaven via algemene kortingen op de tarieven.

- De concurrentie zal verder toenemen. Dit betekent dat wij ook zelf actief moeten kijken waar marktkansen zijn en waar de concurrent mee bezig is.
- Concurrenieren of samenwerken zal hierbij ook regelmatig de vraag worden, waarbij in de keten van zorg de nadruk zal liggen op samenwerken.
- Toenemende vraag naar chronische zorg en zorgverzekeraars die de regiefunctie voor deze zorg voor een deel bij de huisarts leggen.
- Er zal steeds meer gevraagd worden om transparantie. Dit komt onder meer tot uitdrukking in de kwaliteitseisen die de zorgverzekeraars stellen, de prestatie-indicatoren van het IGZ en bij de accreditatie door het NIAZ.

Door de Raad van Bestuur is in overleg met de medische staven een meerjarenbeleidsplan vastgesteld dat geldt voor de periode 2002-2007. In dit beleidsplan zijn de belangrijkste speerpunten van beleid weergegeven die een vertaling vragen in de afdelingsplannen.

Voor 2008 geldt dit niet meer. In 2008 is de discussie over het nieuwe besturingsmodel afgerond. Er is voor gekozen om dit eerst te doen voordat de missie en ambitie worden geactualiseerd en een nieuw meerjarenbeleidsplan wordt opgesteld.

3.2.1.2 Meerjarenprognose

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

3.2.1.3 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.

3.2.1.4 Jaarlijkse beleids- en begrotingscyclus

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

periode	Activiteit	verantwoordelijkheid
April/mei	kaderbrief, omvattend: - financieel kader - beleidskader en prioriteiten - te volgen procedure	Raad van Bestuur
Mei/juni	productieprognoses	Stafmaatschap/Ondernemerscommissie / budgethouders
Juni	meerjareninvesteringsbegroting - opstellen voor Zutphen - eventueel aanpassen voor Apeldoorn	Budgethouders
Juni	- opstellen en inleveren conceptjaarplan incl. concept-begroting - actualiseren meerjareninvesteringsbegroting	Budgethouders met ondersteuning van stafdiensten
September	voorbereiding jaarplannen (technisch vooroverleg)	Begrotings Advies Commissie met budgethouders
September	doorrekenen van aanpassingen en opstellen geconsolideerde begroting	Financiën & Control
Oktober	signaleren knelpunten, bespreken concept-jaarplannen, adviseren over concept-begroting en benodigde aanpassingen in relatie tot de Zorgvisie	Begrotings Advies Commissie
Oktober	gezamenlijk bespreken begroting, knelpunten en vaststellen prioriteiten	Raad van Bestuur, Delegatie Overleg Raad van Bestuur en Medisch Stafbestuur en Begrotings Advies Commissie, OR als toehoorder
Oktober/ November	beleid- en budgetbesprekingen - kernpunten jaarplan - gesignaleerde knelpunten - advies BAC	Raad van Bestuur met budgethouders
Eind November	tweede gezamenlijke bespreking: keuzes bepalen	Raad van Bestuur, Delegatie Overleg Raad van Bestuur en Medisch Stafbestuur en Begrotings Advies Commissie, OR als toehoorder
November/ December	keuzes definitief maken, vaststellen intern budget, begroting ter advisering voorleggen aan Cliëntenraad en vervolgens ter goedkeuring RvT	Raad van Bestuur
December	definitieve begroting vaststellen en terugkoppelen naar budgethouders	Raad van Bestuur
Januari	vaststellen en ondertekenen deelbegrotingen	Raad van Bestuur met Budgethouders

3.2.1.5 Kaderbrief

Jaarlijks wordt de 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.

3.2.1.6 Jaarplannen

De managers/zorgbesturen stellen jaarlijks een jaarplan op. Hierin wordt weergegeven hoe elke eenheid wil inspelen 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.

De opbouw van de jaarplannen is in hoofdlijnen als volgt:

- Externe ontwikkelingen
 - . trends, kansen en bedreigingen
- Interne analyse
 - . sterktes en zwakten
- Noodzakelijke en gewenste acties
 - . ondernemersmogelijkheden en zorgvernieuwingen (in 2008 en verder)
 - . procesverbeteringen
 - . organisatieverandering
 - . welke problemen projectmatig aanpakken
- Productie
 - . FB-parameters
 - . 5-10 meest voorkomende DBC's
 - . ondersteunende diensten
- Prestatie-indicatoren (klant, financieel, medewerkers, interne processen, innovatie en ontwikkeling)
- Begroting (personeel, materieel, investeringsaanvragen 2006-2010, opleidingsbudget).

3.2.1.7 Exploitatiebegroting

De begroting 2008 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.

3.2.1.8 Periodieke rapportages

Maandelijks ontvangen de Raad van Bestuur en de managers /zorgbesturen rapportages om te kunnen sturen en om risico's te kunnen 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.

3.2.2 Kernpunten financieel beleid

3.2.2.1 Accentverschuiving van kostenbeheersing, via productieverhoging naar rendementsverbetering

Jarenlang heeft met name door de externe budgettering intern de nadruk gelegen op de kostenbeheersing, omdat de productie groei min of meer gerantsoeneerd was.

Sinds een jaar of zeven is het accent verschoven naar productieverhoging, opnieuw met name door het beleid van boter bij de vis: extra productie werd noodzakelijk geacht om de lange wachtlijsten in de ziekenhuiszorg weg te werken en deze extra productie werd ook vergoed. Gegeven het feit dat een behoorlijk deel van de kosten van het ziekenhuis vaste kosten zijn (gebouw, apparatuur en ook een deel van het personeel) kan productieverhoging leiden tot betere financiële resultaten.

Door de invoering van de DBC's is er nu meer zicht op de mate waarin DBC's en productgroepen meer of minder rendabel zijn. En hierover is ook vergelijkingsmateriaal. Dit betekent dat wij ons in een markt bevinden waar de concurrentie groter wordt en waar steeds meer vrije prijsvorming mogelijk is. Wij moeten ons meer gaan richten op het rendement per productgroep en beschikken hiervoor nu ook over de gegevens.

3.2.2.2 Groei van de productie

Voor 2008 en de jaren daarna willen wij de productiegroei minimaal gelijk hebben aan de gemiddelde groei in Nederland, anders verliezen wij ongewenst marktaandeel. Hierbij zal met name aandacht worden besteden aan die maatschappen/vakgroepen die in vergelijking met het ziekenhuis als geheel een lagere adherentie hebben. Daarnaast ondersteunen wij ook die vakgroepen die door middel van specifieke speerpunten een bovenregionale functie vervullen.

3.2.2.3 Efficiencyverbetering

Efficiencyverbetering ligt in het verlengde van het voorgaande. In 2007 is door een benchmarkonderzoek geprobeerd meer zicht te krijgen op de efficiency van de verschillende onderdelen van het ziekenhuis.

In 2008 is gestart met zogenaamde BPR-trajecten (Business Process Redesign) voor de medisch ondersteunende diensten en een OVA-onderzoek (Overhead Value Analyses) voor de algemeen ondersteunende diensten. De resultaten hiervan zijn voor een deel al in de begroting van 2009 verwerkt.

Daarnaast is de gemiddelde verpleegduur in 2008 weer verder verlaagd. Dit heeft ook direct invloed op de begroting middels het Model Klinische Capaciteit (MKC).

Hiermee wordt op basis van de verwachte productie bepaald hoeveel formatie nodig is.

Voor de polikliniek wordt een soortgelijk model ontwikkeld.

3.2.2.4 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 de volgende resultaten geleid:

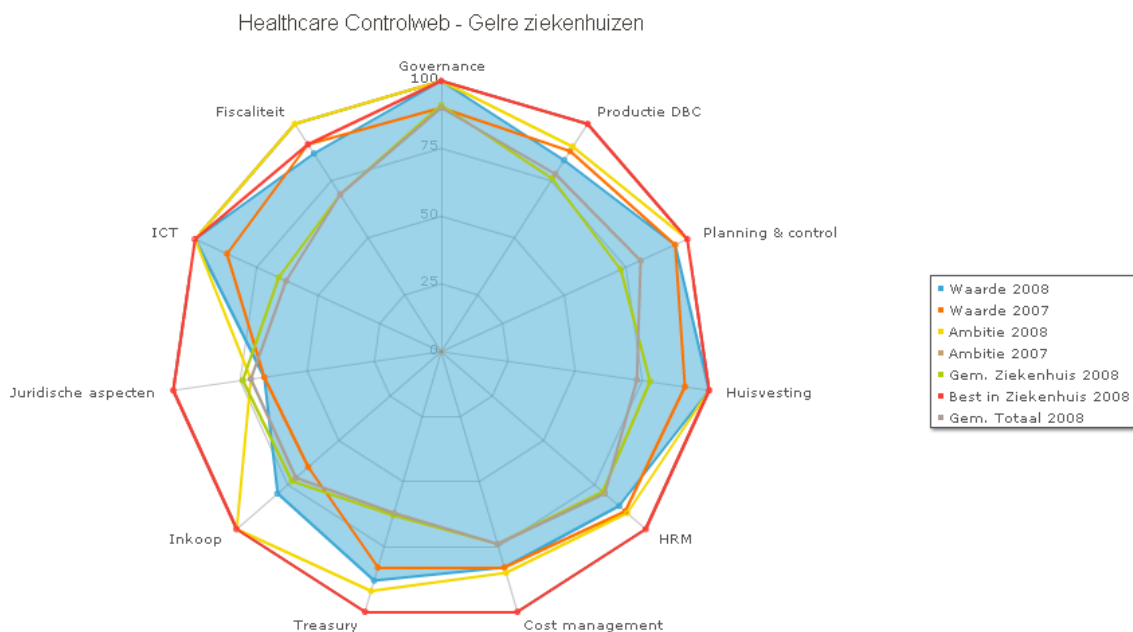
- Kostprijzen per DBC die naast verkoopprijzen per DBC kunnen worden gezet,
- Profielen per DBC die met landelijke profielen kunnen worden vergeleken en die intern tussen Apeldoorn en Zutphen kunnen worden vergeleken,
- Rendement per specialisme op basis van hetgeen hiervoor is genoemd, gecombineerd met de verwachte volumina van deze specialismen.

3.2.2.5 Verbetering van het weerstandvermogen

Door alle externe ontwikkelingen en met name door de sterke concurrentie en de andere wijze van financiering van de huisvesting zijn de risico's voor ziekenhuizen sterk vergroot. Dit vraagt om meer weerstandsvermogen, zoals ook tot uitdrukking komt in de hogere eisen die banken en het Waarborgfonds Zorg stellen. Het is al meerdere jaren het beleid van Gelre ziekenhuizen om dit te versterken en op een zodanig niveau te brengen dat de verwachte dip, als gevolg van de hogere huisvestingslasten die samenhangen met de nieuwbouw en in de eerste vijf jaar na realisatie van deze nieuwbouw niet volledig worden vergoed, op te kunnen vangen.

3.2.3 Interne beheersing

De interne beheersing van Gelre ziekenhuizen is bij de controle van de jaarrekening 2008 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:



Alleen de interne beheersing rondom de juridische aspecten ligt op een lager niveau dan bij de andere deelnemers aan het Healthcare Control Web. Ten aanzien van de juridische aspecten is in 2007 aanvang gemaakt met de centrale coördinatie en bewaking van juridische verplichtingen voortvloeiend uit contracten. Dit is in 2008 verder doorontwikkeld en zal naar verwachting in 2009 ook leiden tot een andere score in het web.

3.2.4 Financiële resultaten

Het jaar 2007 werd afgesloten met een negatief exploitatieresultaat van € 0,7 miljoen. Voor 2008 was een sluitende begroting opgesteld. Gedurende 2008 zag het er naar uit dat het jaar zou worden afgesloten met een negatief resultaat. Door een aantal effecten die pas na jaareinde bleken is het exploitatieresultaat over 2008 uiteindelijk uitgekomen op € 0,6 miljoen positief.

De gerealiseerde productie van 2008 was wederom hoger dan in 2007:

- De poliklinische productie is 2,7 % hoger
- Het aantal opnamen is 1,4 % hoger
- Het aantal dagopnamen is 10,1 % hoger

	Werkelijk 2008	Werkelijk 2007
Gewogen EPB's	171.488	166.927
Gewogen opnamen	35.483	34.978
Dagopnamen	30.798	27.964

De stijging van de productie van de dagopnamen was in 2008 groter dan voorgaande jaren. Dit wordt veroorzaakt doordat wederom verdere substitutie van opnamen naar dagopnamen heeft plaatsgevonden. De gemiddelde verpleegduur is weer verder gedaald van 5,5 naar 5,3 verpleegdag.

Het financiële resultaat bedraagt € 0,6 miljoen positief. Het positieve resultaat wordt met name veroorzaakt door een positief renteresultaat van € 1,4 miljoen. Zonder deze post, die voor een deel een eenmalig karakter heeft, is er sprake van een beperkt negatief operationeel resultaat.

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

1. Begroot resultaat	€ 0,5 miljoen	
2. Vrijval beleidsruimte	€ <u>1,0</u> miljoen	€ 1,5 miljoen
3. Extra opbrengsten		
- FB parameters A-segment / B-segment	€ 2,0 miljoen	
- Eerstelijns en overige productie	€ 0,4 miljoen	
- Uitbreiding capaciteit specialisten	€ 0,1 miljoen	
- Restcorrectie opleidingsplaatsen artsassistenten	€ -0,4 miljoen	
- Specifieke opleidingsplaatsen	€ -0,2 miljoen	
- Zorgvernieuwing	€ 0,1 miljoen	
- Budgetkorting overheid	€ -0,2 miljoen	
- Overige opbrengsten	€ <u>2,0</u> miljoen	€ 3,8 miljoen
4. Extra kosten		
- Hogere personele kosten	1,8 miljoen	
- Hogere voedings- en hotelmatige kosten	0,4 miljoen	
- Hogere algemene kosten	0,4 miljoen	
- Patiëntgebonden kosten		
- Implantaten	€ 0,8 miljoen	
- Laboratoriummiddelen	€ 0,4 miljoen	
- Geneesmiddelen	€ 0,4 miljoen	
- Apparatuur, instrumentarium	€ 0,2 miljoen	
- Overige posten	€ <u>0,5</u> miljoen	
	€ 2,3 miljoen	
- Terreingebonden kosten	€ 1,3 miljoen	
- Dotatie voorzieningen	€ 0,3 miljoen	
- Lagere rente en afschrijvingskosten	€ <u>-1,8</u> miljoen	€ 4,7 miljoen
Per saldo		€ 0,6 miljoen

Ontwikkeling liquiditeit

De liquiditeit is in 2008 verslechterd. De verhouding tussen vorderingen (inclusief onderhanden werk) en liquide middelen enerzijds en vlottende passiva (inclusief financieringsoverschot) anderzijds bedraagt 0,63 en in vorig jaar 0,80. Dit wordt veroorzaakt doordat de lopende bouwprojecten voor een groot deel met kortlopende financiering wordt gefinancierd, aangezien dit op dit moment de meest gunstige wijze van financiering is.

Ontwikkeling solvabiliteit

Met ingang van 2008 is de egalisatierekening afschrijving instandhoudingsinvesteringen in het eigen vermogen opgenomen. Dit is eveneens in het beginvermogen van 2008 aangepast, waardoor de solvabiliteit aan het begin van het jaar uitkomt op 11,1%. Het eigen vermogen is in 2008 met name sterk gestegen als gevolg van het effect van de verwerking van de positieve effecten uit de nacalculaties 2004 tot en met 2007. Daarnaast heeft het positieve resultaat van het boekjaar 2008 van € 0,6 miljoen een positief effect op het eigen vermogen. Het eigen vermogen is ten opzichte van 2007 gestegen met € 4,7 miljoen, waardoor de solvabiliteit ultimo 2008 uitkomt op 13,2%. 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 beperkte verdere solvabiliteitsverbetering gewenst.

3.3 Cliëntenraad

De huidige Cliëntenraad -benoemd eind 2006- bestaat uit 9 leden, waarvan er 5, inclusief de voorzitter, respectievelijk afkomstig zijn uit Apeldoorn en 4 uit Zutphen en omstreken. In 2008 nam de Cliëntenraad afscheid van 3 leden. Één werd door de Cliëntenraad voorgedragen en benoemd als lid van de Raad van Toezicht, één werd door de Raad voorgedragen als plaatsvervangend lid van de Klachtencommissie en één vertrok om persoonlijke redenen. De Raad mocht in 2008 4 nieuwe leden verwelkomen. twee leden zijn voorgedragen door Zorgbelang. Ten behoeve van de totstandkoming van de nieuwe Cliëntenraad in 2006 was voor de jaren 2007 en 2008 een samenwerkings-overeenkomst gesloten met Zorgbelang Gelderland. Deze overeenkomst is per 31 december 2008 geëxpireerd.

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. Indien nodig zal hij ook het participierend model hanteren door de mogelijkheid open te houden om ad hoc deel te nemen aan commissies en/of werkgroepen. Om goed te kunnen adviseren worden belangrijke conferenties en bijeenkomsten in en buiten 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 aanwezig geweest in één van de vergaderingen 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. Daarnaast kunnen de leden reiskosten en andere onkosten declareren.

De nieuwe leden van de Cliëntenraad zijn in staat gesteld 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 2008 is de samenstelling van de Cliëntenraad als volgt:

Naam:	Jaar van aftreden	Herbenoembaar
De heer dr. A.P.H. van der Vet (voorzitter)	01-07-2010	ja, 1 x 4 jaar
De heer A.A.J. Reumer (vice voorzitter)	01-11-2010	ja, 1 x 4 jaar
Mevrouw mr. E.L.A.M. de Kerf (secretaris/penningmeester)	01-10-2010	ja, 1 x 4 jaar
De heer H. A. Blankhart (lid)	10-11-2012	ja, 1 x 4 jaar
De heer H. C. Fagel (lid)	01-11-2010	ja, 1 x 4 jaar
Mevrouw H.M.G. Hermans (lid)	01-08-2012	ja, 1 x 4 jaar
Mevrouw M.A.H. Pieters-Schlatmann (lid)	01-08-2012	ja, 1 x 4 jaar
De heer G.P. Teunis	01-11-2010	ja, 1 x 4 jaar
Mevrouw A.H. Vrugink (lid)	10-11-2012	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:

- Plan van Aanpak implementatie Integraal Kwaliteitsmanagementsysteem;
- Besturingsmodel Gelre ziekenhuizen;
- Begroting 2009;
- Vlekkenplan en kwaliteit van wachten;
- Centraal of decentraal wachten;
- Patiëntveiligheidssysteem.

3.4 Ondernemingsraad

Gelre ziekenhuizen kent één Ondernemingsraad (OR), waarbinnen 17 leden participeren.

De Ondernemingsraad overlegt maandelijks met de Raad van Bestuur (bestuurder volgens de Wet op de Ondernemingsraden: de heer G.J.Heuver) De bestuurder laat zich hierbij ondersteunen door het hoofd Personeelszaken en de secretaris Raad van Bestuur.

Daarnaast voert de OR veel overleg met het hoofd Personeelszaken, de directeur Financiën en Control en de leidinggevenden van diverse afdelingen.

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. Tegelijkertijd neemt de OR de belangen van de organisatie mee in zijn oordeel- en besluitvorming.

In 2008 stonden twee grote trajecten centraal

1. De Uitbesteding van de functie Goederenlogistiek:
Na een lang traject van veelvuldig overleg en onzekerheid bij het betrokken personeel, is de toekomstige werkwijze Goederenlogistiek en de locatie van het magazijn -voor zover mogelijk- naar ieders tevredenheid neergezet. Het geheel wordt medio 2009 geïmplementeerd.
2. De Holdingstructuur:
Om te komen tot een zorgvuldige afweging heeft de OR gesprekken gevoerd met de Cliëntenraad; de Verpleegkundige Advies Raad; de Medische Staven en de Raad van Toezicht. Uiteraard is de Holdingstructuur meerdere malen besproken tijdens het overleg met de Raad van Bestuur.

Over regelingen op het gebied van het sociaal beleid van de onderneming, heeft de ondernemingsraad instemmingsrecht. Veel wijzigingen (arbeidstijden, roosters en deeltijdbeleid) zijn onderworpen aan het instemmingsrecht. Overige instemmingsaanvragen zijn onder andere:

- Beleid & Klachtenreglement Ongewenste Omgangsvormen;
- Regeling verklaring omtrent gedrag (VOG);
- Beleidskader gevaarlijke stoffen.

De voorgenomen wijziging Reiskostenregeling en de voorgenomen wijziging werktijden PAAZ krijgen geen instemming van de OR.

Op het gebied van de Arbeidsomstandigheden 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

De ondernemingsraad heeft met de Raad van Bestuur afspraken gemaakt over de wijze waarop de OR wordt betrokken bij kleine reorganisaties binnen de organisatie, 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 2008 waren onder andere:

- Integratie Diëtetiek locatie Apeldoorn en locatie Zutphen;
- Wijzigingen organisatiestructuur Applicatiebeheer;
- Reorganisatie Zorgeneid Interne Geneeskunde;
- Wijziging organisatiestructuur Klinische Pathologie Apeldoorn.

Tussentijdse verkiezingen

De OR werd begin 2008 geconfronteerd met drie vacatures. Reden om op 10 juni 2008 tussentijdse verkiezingen te houden. Met vijf kandidaten en een goede opkomst van collega's die van hun stemrecht gebruik maken, zijn de verkiezingen een succes geworden.

Samenstelling OR per 31 december 2008 (alfabetisch)

Joke van den Beld / Chirurgie (per 10 juni 2008)

Wim Das / PAAZ

Adri van Eijk / Cardiologie (per 10 juni 2008)

Cees Eikelboom, voorzitter OR / Facilitair Bedrijf

Henk ter Haar / Klinisch Chemisch Hematologisch Laboratorium

Fred Jurrjens, vice-voorzitter OR / IC-Verpleegkundige

Frans van Lent, secretaris OR / Facilitair Bedrijf

Bas Lokker / Facilitair Bedrijf

Harry Meijer / Dienst Financiën en Control

Jean Mochèl / Fysiotherapie

Joop Sellink / Radiologie

René Smit / Spoedeisende Hulp

Rian Sterckel / Poli Reumatologie

Pieter Versteeg / Endoscopie

Jeroen Vos / Beheer en Onderhoud (per 10 juni 2008)

Bert Wierink / Bewakingsafdeling

Marianne de Witte / Personeelszaken

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

Sylvia van Berkel, ambtelijk secretaris

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 uur 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:

Algemeen eisenkader (AEK)

De VAR wil het volgende resultaat bereiken: implementatie van 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.

Dit is besproken met de Raad van Bestuur en de zorgmanagers in 2007 en 2008 en goedgekeurd. Hierdoor kan het AEK gebruikt worden als instrument voor de professionalisering van de verpleegkundige beroepsgroep en wordt de verpleegkundige beroepsgroep zich bewust van het AEK. Zij kunnen het dan actief gebruiken als richtlijn voor hun verpleegkundig handelen.

12 mei: organisatie van de Dag van de Zorg

In 2007 en 2008 heeft de VAR de Dag van de Zorg georganiseerd. Het idee hierachter is op die dag een blijk van waardering te geven aan alle mensen in ons ziekenhuis die in de zorg werken, door hen een leuke, leerzame en interessante middag aan te bieden. In 2007 was dit een schaduwtochtcollege en in 2008 een middag over Humor in de zorg. De organisatie hiervan vraagt veel tijd en inzet van de VAR. Hier staat tegenover dat in 2007 ongeveer 120 mensen en in 2008 50 mensen de bijeenkomst bezochten. Dit is een tegenvaller. Bij navraag blijkt dat veel mensen het programma interessant vinden, maar hiervoor niet in hun vrije tijd willen terugkomen, het niet met hun privé-leven kunnen combineren of geen oppas kunnen/willen regelen. Veel medewerkers voelen dit aanbod niet als een blijk van waardering, maar als een aanslag op hun vrije tijd. Het VAR-bestuur heeft zich dan ook afgevraagd of we op deze manier moeten doorgaan of dat een andere invulling van de Dag van de Zorg wellicht beter wordt gewaardeerd.

Evidence Based Practice (EBP)

De VAR bracht begin 2007 advies uit aan de Raad van Bestuur EBP te implementeren en de zorgmanagers hiervoor als projectleiders aan te wijzen. De Raad van Bestuur heeft dit advies niet opgevolgd, omdat op dat moment aan andere zaken een hogere prioriteit werd toegekend. In december 2007 schreef de VAR een vervolgadvis, mede door het verschijnen van een rapport van het Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (LEVV), waaruit blijkt dat in veel ziekenhuizen niet Evidence Base wordt gewerkt, maar nog veel rituelen in stand worden gehouden. De LEVV adviseerde meer aandacht te besteden aan EBP in de basis cursus voor de zorgcoördinatoren. Dit advies wordt opgevolgd. De verdere afwikkeling hiervan ligt bij de afdeling Opleidingen, waarbij de een vinger aan de pols houdt.

Apotheekzaken

In april 2007 is door de VAR advies uitgebracht over het Protocol Voor Toediening Gereed Maken (VTGM) en dubbel aftekenen door de verpleegkundige. De VAR is akkoord met de voorgestelde werkwijze mits dit protocol wordt voorgelegd aan de Inspectie voor de Volksgezondheid. Dit laatste is niet overgenomen.

Elektronisch Patiënten Dossier en Elektronisch Verpleegkundig Dossier

Bij dit onderwerp houdt de VAR een vinger aan de pols: verpleegkundigen nemen deel in de diverse werk- en gebruikersgroepen betreffende het nieuwe SAP4ZIS

Herregistratie BIG en Portfolio

Een bestuurslid van de VAR heeft in 2007-2008 deelgenomen aan de werkgroep, die door de zorgmanagers is opgestart ten behoeve van de implementatie. In afwachting van wet- en regelgeving houdt de VAR de berichtgeving hierover in de gaten.

Nieuwbouw Zutphen

De leden van de VAR bezoeken de bouwbijeenkomsten. Hierbij wordt in de gaten gehouden of de verpleegkundigen inspraak hebben in het bouwproces en dat hun mening wordt gehoord. Zo nodig vindt hierover overleg plaats met de Raad van Bestuur.

Patiëntveiligheid

De VAR heeft een bijdrage geleverd aan het Veiligheidsmanagementsysteem (VMS) door aandacht te vragen voor onderwerpen die betrekking hebben op Patiëntveiligheid en Veilig Incidenten Melden (VIM).

Taakherschikking

Een notitie van de zorgmanagers over taakherschikking is door de VAR van advies voorzien, onder andere om te anticiperen op het nieuwe opleidingbeleid en om een standpunt in te nemen betreffende Nurse Practitioners in Gelre ziekenhuizen. Dit advies wordt niet overgenomen. De notitie is nu vastgesteld en het onderwerp is vanaf heden dan ook slapende. Bij nieuwe activiteiten op het gebied van taakherschikking zal dit aandachtsgebied weer worden opgepakt.

Verpleegkundige databank

Het advies van de VAR om op intranet een verpleegkundige database met daarin alle lopende en afgesloten verpleegkundige projecten op te zetten is gehonoreerd. De implementatie hiervan is gestart.

Visie op zorg

Signalen vanaf de werkvloer maakten duidelijk dat de visie op zorg van Gelre ziekenhuizen in de praktijk moeilijk is te concretiseren. Bij het samenstellen van een advies hierover bleek de materie weerbarstiger dan gedacht. Daarom zijn hierover gesprekken gaande met de Raad van Bestuur betreffende de uitwerking en concretisering van de visie.

Communicatie en PR

de VAR publiceert regelmatig in het personeelsblad GelreVue over bovenstaande thema's. Daarnaast heeft de VAR een eigen website met nieuws en interessante documenten.

Nieuwe thema's

In 2008 zijn twee nieuwe thema's toegevoegd aan onze aandachtsgebieden:

Overleg met de OR

In 2008 is overleg geweest met een afvaardiging van de Ondernemingsraad (OR). Besproken zijn de thema's waar de OR en de VAR zich mee bezig houden en waarin we samen kunnen werken. Met name de nieuwe bestuursstructuur van Gelre ziekenhuizen was een onderwerp van gesprek. Afgesproken is elkaar twee maal per jaar te spreken.

Regio-overleg VAR

In april 2008 is voor het eerst een bijeenkomst geweest van Verpleegkundige Advies Raden uit de regio Midden en Oost Nederland onder leiding van de regiocoördinator VAR van de beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). Deze bijeenkomsten zullen worden voortgezet. Het doel is gezamenlijke standpuntbepaling en ondersteuning van elkaar bij de diverse thema's.

Personele bezetting

In de VAR zitten verpleegkundigen die ambitieus zijn en daarom meer willen dan werken op de afdeling. Dat is ook de kracht van de VAR. Enig verloop is dus een natuurlijk gegeven binnen de VAR. De afgelopen periode echter waren er voor een aantal VAR-leden grotere uitdagingen die niet te combineren waren met het bestuurslidmaatschap van de VAR en werden een aantal mensen getroffen door verdrietige persoonlijke omstandigheden. Op dit moment maken nog twee leden van de oorspronkelijke bezetting uit begin 2007 deel uit van het VAR-bestuur.

De VAR nam in 2008 afscheid van:

Sybiel Aling, voorzitter VAR
Ria Klein Koerkamp, ambtelijk secretaris
Kim Buisman, bestuurslid
Anouk de Mutsert, bestuurslid
Chantal Aartsen, bestuurslid
Marlies Huurnink, bestuurslid
Gerrit Groothedde, bestuurslid
Ineke de Jong, bestuurslid
Gerrie Geessinck, bestuurslid
Yvonne van Betlehem, ambtelijk secretaris.

Nieuwe leden in 2008:

Greet Nieuwland, voorzitter van de VAR

Eveline Verbaan, secretaris

Sjoukje Engelen, bestuurslid

Silvia Scholten, bestuurslid

Sandra Haverman, bestuurslid

Wijnie de Lange, bestuurslid

Renko Rappard, bestuurslid

“Oud”-leden:

Mirella Baars, bestuurslid

Annemiek Hendriksen, bestuurslid

3.6 Medisch Stafbestuur Apeldoorn

De Vereniging Medische Staf Gelre ziekenhuizen, locatie Apeldoorn (MSB) is een belangenvereniging voor alle in Apeldoorn werkzame medisch specialisten. Zij had en heeft tot doel de kwaliteit en het medisch handelen van haar leden te bewaken en te verhogen, alsmede een bijdrage te leveren aan het vormen en uitvoeren van medisch beleid en het behartigen van functionele belangen van haar leden.

Het bestuur bestond in 2008 uit zes bestuursleden uit het verenigingsbestand, te weten, dr. P.H.M van de Weijer (voorzitter), Th. van Bommel, dr. H.J. Adriaansen, H.W. Slis, H.W. Bolhuis en mw. dr. A. Jerzewski. In 2008 telde de vereniging 139 leden, waarvan vier buitengewone leden. Voor hen werd maandelijks een algemene vergadering georganiseerd, terwijl het bestuur van de vereniging op een reguliere wekelijkse basis bij elkaar kwam.

Naast enkele onderwerpgerelateerde, pragmatisch ingestelde werkgroepen, waren een drietal regulier werkende commissies binnen het MSB actief, te weten; de Koepel Kwaliteit, de Koepel Opleidingen en de Koepel ICT. De koepels hadden een eigen verantwoordelijkheid en rapporteerden aan het MSB.

De Koepel Kwaliteit hanteerde in 2008 vier beleidsthema's, te weten het project vitaal bedreigde functies, de verbetering van de medicatieveiligheid, de voorkoming van sepsis en de halvering van het aantal postoperatieve wondinfecties.

Daarnaast was de koepel direct betrokken bij het opstellen van het kwaliteitsbeleid van Gelre ziekenhuizen. Zij leverde onder andere een bijdrage aan het Veiligheidsmanagementsysteem, de Commissie Interne Visitatie en de complicatieregistratie. Tevens was zij direct betrokken bij het opstellen van protocollen met betrekking tot de praktische uitvoering van de prestatie-indicatoren.

De Koepel Opleidingen heeft in 2008 aandacht besteed aan het opzetten van een cyclisch kwaliteitssysteem en de opzet van een skillslab. Daarnaast heeft de koepel een eerste aanzet geleverd bij de aanvraag van de STZ-status en nog op te zetten wetenschapscommissie.

De koepel ICT heeft ondersteuning geboden aan projecten met betrekking tot SAP-4-ZIS en de non-DICOM PACS. Daarnaast had zij een belangrijke inbreng in het EPD-project.

Voor het MSB stond 2008 voor een groot deel in het teken van de zogenaamde 'besturingsdiscussie', de discussie rondom het (nieuwe) organisatiemodel van het ziekenhuis. Samen met de leden van de vereniging is over betreffend onderwerp veelvuldig gesproken en gediscussieerd. Tijdens de vergadering van 10 december 2008 hebben de leden ingestemd met de organisatieverandering zoals die werd voorgesteld door de Raad van Bestuur van het ziekenhuis.

Andere belangwekkende onderwerpen voor het MSB in 2008 waren de opnamestops in samenhang met de beddenlogistiek, de verbouwing van het ziekenhuis in Apeldoorn, het ontmantelen van de locatie Juliana en de gevolgen daarvan voor de werkzaamheden van de medisch specialisten, de buitenpolikliniek Epe en de invulling vacante functies (onder andere artsmicrobiologen en MDL).

3.7 Medisch Stafbestuur Zutphen

De medische staf Zutphen bestaat uit 75 gewone leden en 13 buitengewone leden. Van de gewone leden zijn er 11 Gelrebreed werkzaam, 2 werkzaam in de Stedendriehoek en 5 werkzaam in Zutphen en Deventer.

In de eerste helft van 2008 bestond het stafbestuur uit dr. M. Goessens (voorzitter), Y. Dabekausen, E Lammers, K Nio en H. Tjeerdsma. In de loop van 2008 hebben verschillende bestuurswisselingen plaatsgevonden waardoor de samenstelling aan het eind van 2008 als volgt was: Y. Dabekausen (voorzitter), E. Lammers (vice-voorzitter), S. Sluyter (secretaris) en P. de Munck (penningmeester).

De belangrijkste thema's die in 2008 passeerden:

Nieuwbouw:

In 2010 zullen we een nieuw ziekenhuis betrekken. Gezien de financieringsstructuur is het noodzakelijk om een gebouw neer te zetten dat (gedeeltelijk) ook voor andere functies geschikt zou moeten zijn. Er moet efficiënt worden omgegaan met de beschikbare ruimte. Omdat de kwalitatief goede patiëntenzorg moet worden gecontinueerd is er veel aandacht voor de ontwikkeling / verandering van de organisatie in de nieuwbouw.

Medisch beleidsplan:

Er is een medisch beleidsplan geschreven voor de periode 2008-2011, gebaseerd op het gekozen zorgconcept voor de nieuwbouw. Hierin worden de visie en de ambitie van de medische staf van Zutphen verwoord en de betekenis daarvan voor het medisch beleid en de medische bedrijfsvoering. Dit plan is geaccordeerd door de staf op 1 juli 2008.

Besturingsdiscussie:

Er is een uitgebreide discussie geweest over een ander besturingsmodel van onze ziekenhuisorganisatie, daartoe genoodzaakt door de moeizame besluitvorming. Een ander besturingsmodel geeft meer ruimte aan de afzonderlijke locaties om zich te kunnen profileren. De staf heeft ingestemd met de door de Raad van Bestuur voorgestelde bestuursverandering van de organisatie.

Bedrijfsbureau:

Vanwege het vervallen van de lumpsumsystematiek is de Ondernemerscommissie beëindigd. Om kwaliteitsbeleid, financieel beleid en marketingvraagstukken beter vorm te geven is het Bedrijfsbureau opgericht. Door de opgebouwde kennis en expertise worden zowel individuele stafleden als de medische staf in het geheel ondersteund. Op 2 december 2008 heeft de staf de oprichting van het Bedrijfsbureau geaccordeerd.

In de diverse stuurgroepen, projectgroepen, werkgroepen en commissies hebben stafleden zitting gehad en hun bijdrage geleverd. Enkele actuele thema's: kwaliteitsmanagementsysteem, patiëntveiligheid, medicatieveiligheid, nieuwbouw en SAP-4-ZIS.

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 deze 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 drie 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

Nieuwe missie, visie en meerjarenbeleidsplan 2010-2014 in ontwikkeling

Het in 2000-2001 opgestelde meerjarenbeleidsplan 2001-2006 liep eind 2006 ten einde. Het lag in de bedoeling in de jaren 2007/2008 een nieuw meerjarenbeleidsplan te ontwikkelen. In 2008 is echter besloten om prioriteit te verlenen aan de vier Gelrebrede projecten (onder de noemer Gelre 2012), de nieuwbouw Zutphen, de afronding van de vernieuwbouw Apeldoorn en de besturingsdiscussie. Dat kon ook omdat ook zonder een meerjarenbeleidsplan besturing kon plaatsvinden omdat op deelterreinen beleidsnotities voorhanden waren (HRM, ICT, businessplan Zutphen, kwaliteitszorg). In het najaar van 2008 is gestart met de voorbereidingen voor een nieuw meerjarenbeleidsplan. Een plan van aanpak is opgesteld dat door Raad van Bestuur en Medisch Stafbesturen is vastgesteld. Als eerste stap is eind 2008 een inventarisatie gemaakt van de aanwezige Gelrebrede beleidsdocumenten en de hierin vastgelegde beleidskeuzes. De tweede stap zal gericht zijn op de te formuleren missie en visie. Missie (waartoe zijn wij ter aard) en visie (hoe zien wij de wereld om ons heen en wat betekent dat voor ons) zullen centraal staan in een aantal, begin 2009 te houden, interviews met sleutelfiguren binnen Gelre ziekenhuizen. De resultaten van deze interviews zullen worden vastgelegd in een document waarover vervolgens een gezamenlijk gesprek zal worden

gevoerd tussen de geïnterviewden. Doel is een gezamenlijk document "Missie en visie" te ontwikkelen dat als startdocument zal dienen voor een Gelrebrede werkconferentie. Dit startdocument zal een aantal wezenlijke vragen bevatten die in de werkconferentie beantwoord moeten worden om op basis daarvan ambities en meerjarendoelstellingen te formuleren.

De derde stap zal zijn dat een kleine werkgroep op basis van de resultaten van de werkconferentie de bouwstenen voor het nieuwe meerjarenbeleidsplan zal formuleren. Uiteindelijk zal, na accordering van deze bouwstenen, in de zomer van 2009 het nieuwe meerjarenbeleidsplan worden uitgewerkt dat ter advisering zal worden voorgelegd aan het Strategiecomité, de Ondernemingsraad en de Cliëntenraad. Streven is dat de Raad van Toezicht het nieuwe meerjarenbeleidsplan 2010-2014 in december 2009 kan goedkeuren.

4.2 Algemeen beleid

Gelre 2012

Gelre ziekenhuizen heeft eerder de strategische keuze gemaakt om één integraal, nieuw ziekenhuisinformatiesysteem (ZIS) 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. GSD (onderdeel van Siemens) treedt op als implementatiepartner voor het SAP systeem. Voor het gehele implementatietraject is de naam "SAP-4-ZIS" gekozen. Het is een omvangrijk proces dat in fasen zal worden doorlopen. De eerste fase "de blue print" is begin 2008 gestart. In deze fase moest de basale inrichting van de processen in de organisatie worden vastgesteld. Omdat fouten, onvolkomenheden of een onlogische opzet van de blue print in een latere fase zeer grote problemen kunnen veroorzaken was de inzet van alle essentiële gebruikers noodzakelijk om de blue print te kunnen valideren. De impact op de organisatie van met name de poliklinieken is bijzonder groot omdat daar meerdere verandertrajecten bij elkaar komen: ICT, de ontwikkeling van zorgtrajecten, de veranderingen in werkwijze als gevolg van de nieuwbouw in Zutphen, de inzet van het EPD en het proces om tot een NIAZ accreditatie te komen.

Geconcludeerd werd dat afstemming, prioritering en integratie van belang waren om binnen Gelre ziekenhuizen het SAP-4-ZIS traject goed te laten verlopen in relatie tot de andere, eveneens van belang zijnde, trajecten gericht op het ontwikkelen van zorgtrajecten, de implementatie van een kwaliteitsmanagementsysteem, de patiëntenlogistiek en de procesoptimalisatie. Ten behoeve van deze prioritering en integratie is een "Platform Integratie" ingesteld bestaande uit leden van de Raad van Bestuur, stafvoorzitters, een aantal zorgmanagers en de directeur POO&I. Het Platform Integratie draagt de verantwoordelijkheid om zorg te dragen voor de benodigde afstemming en het benodigde draagvlak om alle projecten tot een goed einde te brengen.

Medio 2008 is besloten om, zoals in hoofdstuk 3.1.2.1 reeds beschreven, de vier grote Gelrebrede projecten de naam "Gelre 2012" te geven. Vanwege het belang van deze projecten in relatie tot de schaarse capaciteit heeft de Raad van Bestuur besloten om voor Gelre 2012 gedurende anderhalf à twee jaar in totaal 25 fte extra beschikbaar te stellen.

Het gaat om de volgende vier projecten:

1. Procesoptimalisatie Zorg
2. Patiëntenlogistiek
3. Kwaliteitsmanagement en Patiëntveiligheid
4. SAP-4-ZIS

EPD

In 2008 is het ziekenhuisbreed gebruik van het EPD nog verder toegenomen. Op alle poliklinieken, SEH en OK wordt het EPD nu door de meeste medisch specialisten, specialistisch verpleegkundigen maar ook therapeuten intensief gebruikt. Er is bij het functioneel beheer nu een duidelijke toename zichtbaar in het op verzoek van maatschappen periodiek genereren van managementrapportages uit het EPD. Helaas is er nog steeds een klein aantal medisch specialisten dat het EPD niet zelf vult. Om deze specialisten enigszins tegemoet te komen is het nu ook mogelijk om naast het toetsenbord ook spraakherkenning in het EPD te gebruiken. Een 20- tal medisch specialisten maakt hier inmiddels gebruik van. Ter voorbereiding op fase 2 SAP-4-ZIS is in overleg met de medische staven de Human Interface Group (HIG) opgericht. In deze EPD gebruikersgroep kunnen medisch specialisten meebepalen op welke wijze de huidige en toekomstige EPD functionaliteit in SAP eruit moet komen te zien. Alle medisch specialistenbrieven worden inmiddels naar tevredenheid vanuit het EPD naar de eigen huisarts elektronisch verstuurd.

Nieuw medicatiesysteem (EVS)

In 2008 is een keuze gemaakt voor een nieuw medicatiesysteem. Nadat eind 2007 stappen zijn gezet met betrekking tot de eerste oriëntatie voor een nieuw automatiseringssysteem, heeft dit begin 2008 een vervolg gekregen in de vorm van aanvullende vragen richting een aantal leveranciers. Deze vragen hebben inzicht gegeven in de volgende zaken:

- Globaal inzicht in een aantal cruciale functionaliteiten van pakketten.
- Globaal inzicht in de benodigde infrastructuur om het pakket in gebruik te kunnen nemen.
- Globaal inzicht in het te verwachten implementatietraject.
- Globaal inzicht in de benodigde ondersteuning vanuit de organisatie van de Gelre ziekenhuizen (van afdeling Automatisering).
- Inzicht in de kostenstructuur.

Dit heeft geleid tot een selectie van twee leveranciers, die zijn uitgenodigd om, op basis van een door Gelre ziekenhuizen aangereikte leidraad, een demonstratie van het pakket te verzorgen. Naar aanleiding van deze demonstraties kwam het Pharma pakket van Ross Health BV als beste naar voren. Er werd echter onderkend dat er risico's aanwezig zijn rondom de aanschaf van het medicatiesysteem van dit bedrijf. Deze mogelijke risico's hebben betrekking op het vlak van de implementatie en de continuïteit van de onderneming van de leverancier. Besloten is om deze risico's in het contract af te dichten: het contract werd eind 2008 op schrift gezet en in de eerste week van januari 2009 getekend. De implementatie van het nieuwe Apotheek systeem zal in 2009 plaatsvinden. Hiermee komen de mogelijkheid tot een klinisch én poliklinisch EVS (elektronisch voorschrijfsysteem) en de aansluiting daarvan op het nieuwe EPD binnen handbereik.

ICT infrastructuur

Het jaar 2008 stond voor de ICT organisatie in het teken van de start van de implementatie van SAP. Gezien het belang van het SAP systeem voor Gelre ziekenhuizen is geïnvesteerd in een uitgebreide en robuuste systeemomgeving. Door het samengaan van drie belangrijke systemen (ZIS Apeldoorn, ZIS Zutphen en EPD) in het SAP systeem is de continuïteit en beschikbaarheid van deze omgeving cruciaal voor het kunnen functioneren van de primaire processen.

In 2008 zijn de laatste stappen gezet in de vervanging van het opslagnetwerk. De groei van de hoeveelheid opgeslagen informatie is zeer groot. Deze ontwikkeling zal zich de komende jaren met de verdergaande digitalisering van beeldinformatie en documenten versterken. Ook hier is de afhankelijkheid van de organisatie van de opgeslagen data groot en continuïteit dus zeer belangrijk. De komende jaren zal de verdere beleidsontwikkeling gericht zijn op de beschikbaarheid van data en informatie en de kostenbeheersing van de opslag.

Na de investeringen in continuïteit in de centrale ICT infrastructuur in 2007 is een start gemaakt met het verhogen van de beschikbaarheid en flexibiliteit op de werkplek. Middels de introductie van Thin Client technologie worden meerdere voordelen behaald. De vergaande digitalisering van medische informatie en ook de uitwisseling ervan eist terecht goede maatregelen op het gebied van informatiebeveiliging. De Thin Clients maken het mogelijk om smartcards en UZI-passen in te zetten om zodoende zekerheid te bieden dat onbevoegden niet bij informatie kunnen. Daarnaast maakt de Thin Client technologie het mogelijk dat gebruikers veel sneller en flexibeler bij applicaties en informatie kunnen, een noodzakelijke randvoorwaarde voor uitgebreide digitalisering van het zorgproces.

Geconcludeerd kan worden dat de ingezette weg van investeren in continuïteit en een robuuste ICT-infrastructuur zijn vruchten afwerpt. De beschikbaarheid van informatiesystemen was in 2008 hoog en grote incidenten hebben zich niet voorgedaan. De enorme groei van gebruik van de informatiesystemen en de hoeveelheid opgeslagen informatie dwingt ons echter wel om continu de capaciteit van de systemen te bewaken om overbelasting tijdig te voorkomen.

4.3 Algemeen kwaliteitsbeleid

Het jaar 2008 is benut om alle verbeterpunten die geformuleerd zijn tijdens de NIAZ-audit in 2007 aan te pakken. Daarnaast is bezien op welke wijze het kwaliteitsbeleid vorm gegeven zou moeten worden. De Raad van Bestuur heeft geconcludeerd dat er een Integraal Kwaliteitsmanagementsysteem moet worden ontwikkeld dat de mogelijkheid biedt te sturen op prestaties in termen van kwaliteit, veiligheid, behandelresultaat en logistiek. Door de invoering van een dergelijk systeem zal de foutkans verminderen en zal de mogelijkheid worden geboden om fouten te herstellen en in de toekomst te voorkomen. Het systeem zal zodanig worden opgezet dat zonder veel extra inspanning accreditatie volgens NIAZ en/of certificering volgens ISO 9001 kan plaatsvinden.

Voor de ontwikkeling van het systeem is een plan van aanpak ontwikkeld en vastgesteld. In dit plan is gekozen voor een projectorganisatie die wordt aangestuurd door de Commissie Patiëntveiligheid en Zorgkwaliteit, onder voorzitterschap van een lid van de RvB, die als stuurgroep zal optreden. In de commissie / stuurgroep zijn beide medische staven vertegenwoordigd door beide voorzitters van de commissie kwaliteit van de medische staf.

Eind 2008 is het Integraal Kwaliteitsmanagementsysteem en Plan van Aanpak vastgesteld, met als uitgangspunt het zorgtraject en de bijbehorende kwaliteitsdomeinen.

De zorgtrajecten dienen geborgd te worden op:

- Verantwoorde kwaliteit
- Veilige zorg
- Goede planning en nakomen van gemaakte afspraken
- Goede informatie aan patiënten, service en bejegening
- Efficiënte benutting capaciteiten en inzet menskracht
- Sturing op beoogde procesdoelen (doorlooptijd, kwaliteit etc)

Het integraal kwaliteitsmanagementsysteem wordt decentraal ontwikkeld en centraal ondersteund. Doelstelling is dat het kwaliteitsmanagementsysteem medio 2010 NIAZ geaccrediteerd zal zijn.

Patiëntveiligheid/VMS

Het eind 2007 vastgestelde Plan van Aanpak voor de ontwikkeling van het Veiligheid Management Systeem (VMS) is in 2008 in uitvoering genomen. Er wordt geparticipeerd in het landelijk programma VMS en Gelre ziekenhuizen is aangesloten bij een van de landelijke ziekenhuisnetwerken VMS.

In 2008 is de uitrol van het Veilig Incidenten Melden (VIM) op het merendeel van de verpleegafdelingen en de poliklinieken in Zutphen gerealiseerd. Tevens is gestart met vier projecten op het gebied van medicatieveiligheid (opname- en ontslagmedicatie, sepsis, vitaal bedreigde patiënt en postoperatieve wondinfectie).

Op grond van de landelijke rapporten van de Inspectie voor de Gezondheidszorg zijn activiteiten ontwikkeld ten aanzien van de pre- en peri-operatieve zorg, kindermishandeling, minimaal invasieve chirurgie en informatiebeveiliging. Ten aanzien van het beheer/onderhoud van infuuspompen heeft een inspectiebezoek plaatsgevonden. De bevindingen van de Inspectie waren positief.

Gelre ziekenhuizen heeft deelgenomen aan de risico-inventarisaties van Medirisk op de SEH en OK (vangnetten Spoedeisende Hulp en Operatiekamers). Op grond van de inventarisaties zijn Plannen van Aanpak opgesteld en getoetst door MediRisk, vervolgens zijn de verbeteringen doorgevoerd.

Realisatie nieuwe calamiteitenprocedure.

De Inspectie acht het ongewenst dat informatie verkregen vanuit het MIP-systeem (Melding Incidenten Patiëntenzorg) gebruikt wordt in het kader van de verplichte calamiteitenmeldingen aan de Inspectie.

Om scheiding te houden tussen de informatie uit de “veilige meldsystemen” van MIP en VIM en de calamiteitenmeldingen is de calamiteitenprocedure binnen Gelre ziekenhuizen aangepast. Iedere calamiteitenmelding wordt intern onderzocht door een van de MIP-commissie separate onderzoekscommissie. De calamiteiten worden geanalyseerd via de PRISMA en/of SIRE analysemethode. De leden van de onderzoekscommissie zullen hiertoe apart getraind worden.

Zorgtrajecten Gelre ziekenhuizen en Procesoptimalisatie zorg

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 zorgeenheden bij beschrijving en verbetering van de zorgtrajecten.

Eind 2008 zijn in totaal ruim 100 zorgtrajecten beschreven. Het merendeel van deze zorgtrajecten is inmiddels ingevoerd; waarvan een 25-tal na een jaar geëvalueerd zijn op de gestelde doelen.

De zorgtrajecten vormen de basis voor het Kwaliteitsmanagementsysteem (zie Kwaliteitsbeleid).

Procesoptimalisatie.

Het Project Procesoptimalisatie richt zich op de standaardisatie van zorgprocessen. Met standaardisatie wordt het risico op het ontstaan van fouten verkleind.

Deze standaardisatie verloopt binnen Gelre parallel aan de implementatie van het nieuwe ziekenhuisinformatiesysteem (SAP). SAP ondersteunt de procesgang binnen de zorgtrajecten.

Belangrijke standaardisatiestappen zijn: verwijzing huisarts naar specialist, afspraken maken, EPD en verslaglegging en verslaggeving, ordermanagement; multidisciplinaire afspraken; opname en OK-planning; medicatievoorschriften en –controle en tenslotte de registratie.

In 2008 is gewerkt aan de voorbereiding voor de implementatie en conversie van het nieuwe afsprakensysteem voor poliklinieken en medisch ondersteunende diensten (MOD):

- Herdefiniëring afsprakensoorten en koppeling daarvan aan verrichtingen registratie
- Vaststelling periode waarbinnen afspraken niet meer afgezegd mogen worden
- Herinrichting afsprakenagenda's
- Ontwikkeling multidisciplinaire afspraken en afspraakketens (afspraken met verschillende medisch ondersteunende afdelingen tbv onderzoek en diagnostiek).

Overzicht van verbeterprojecten en zorgvernieuwingstrajecten

In 2008 zijn verschillende initiatieven ter verbetering van de kwaliteit van zorg opgestart en geïmplementeerd.

- Ontwikkeling keten COPD-zorg
- Post IC poli
- Poli voor Foetaal Alcohol Syndroom (FAS)
- Plas en Poeppoli voor kinderen
- Voorbereiding integratie Spoedeisende Hulp/Huisartsenpost
- Poli spasticiteit
- Zorgtraject Colincare
- Poli nierfunctieadvies
- Implementatie van het programma Diabetes de Baas.
- Implementatie Herstel en Balans (Zutphen)
- Diabetes de Baas: Veel mensen met diabetes kampen met psychische problemen, waarvoor in het reguliere zorgproces tot nu toe weinig aandacht was. Als antwoord hierop is in Zutphen het begeleidingstraject 'Diabetes de Baas' gestart. Het diabetesteam in Zutphen heeft de psychologische zorg tot één van de speerpunten gemaakt. Het doel is om die zorg te integreren in de behandeling. De cursus 'Diabetes de Baas' wordt op indicatie aangeboden aan patiënten.
- Start Hospitheel: Op 19 februari is een Hospitheel geopend in de centrale hal van het vernieuwde ziekenhuis in Apeldoorn. De Hospitheel past perfect in het klantgerichte beleid van ons ziekenhuis. Voor de patiënt die na een ziekenhuisverblijf of een polibezoek naar huis gaat, is het immers handig om voorgeschreven medicijnen meteen in de hal te kunnen ophalen.
- Hulpmiddelen bij overgewicht: Goede hulpmiddelen zijn onmisbaar bij de uitoefening van een zorgend beroep. Sinds medio 2008 is het ook bij de verzorging van patiënten met ernstig overgewicht mogelijk gepaste hulpmiddelen in te zetten. Een huurovereenkomst met een bedrijf in zorg-, comfort- en mobiliteitshulpmiddelen voorziet in alle benodigde producten voor mensen met obesitas.

Daarnaast is door de Vereniging voor Vaatpatiënten opnieuw het Vaatkeurmerk uitgereikt.

Invoering van VIM

Het systeem Veilig Incident Melding (VIM) dient om snel zicht te krijgen op ongewenste gebeurtenissen in het zorgproces. Daarbij staat niet de specifieke vergissing van een persoon centraal maar het hoe en waarom: de condities waaronder mensen werken en de manier waarop de zorg is georganiseerd. Dus niet de vraag door wie het komt is belangrijk maar hoe het komt dat de veiligheidsmechanismen niet gewerkt hebben. Om zoveel mogelijk te leren van meldingen van ongewenste gebeurtenissen, is het belangrijk deze meldingen systematisch te analyseren.

In 2008 is Veilig Incident Melden op drieëntwintig afdelingen, waaronder één polikliniek ingevoerd, waarmee het totale aantal afdelingen dat werkt met VIM eind 2008 op vijftwintig kwam. In 2009 zullen alle overige patiëntgebonden afdelingen starten. Leidinggevenden worden als voorzitter van VIM-commissies aangesteld en volgden een korte training in het decentraal analyseren van meldingen (DAM).

Een belangrijk aspect van VIM is dat een groot deel van de (bijna-)incidenten door een VIM-commissie op de betrokken afdeling zelf kan worden afgehandeld, zodat benodigde verbeteringen ook snel kunnen worden ingevoerd. Hierdoor wordt transparant wat er op de afdeling allemaal nog beter en dus veiliger kan.

Belangrijke voorwaarde voor het welslagen van VIM is het bereiken van een cultuuromslag waarbij medewerkers incidenten als een kans op procesverbetering gaan zien en daardoor sneller bereid zijn digitaal (bijna-)incidenten te melden. Dit is gelukt: op verschillende afdelingen waar VIM is ingevoerd, nam het meldingspercentage toe.

Optimalisatie van het VIM registratiesysteem

Alle afdelingen waar VIM is ingevoerd, hebben in 2008 de beschikking gekregen over Datamanager, een digitaal informatiesysteem voor het registreren van (bijna-)incidenten. Dit programma, dat al eind 2006 werd aangeschaft, is in 2007 geoptimaliseerd. Deze vernieuwde versie is begin 2008 aan alle betrokken afdelingen ter beschikking gesteld.

Verbeterpunten naar aanleiding van VIM meldingen:

Meerdere afdelingsgebonden verbeteringen zijn naar aanleiding van het VIM ingevoerd, zoals:

- Een informatieklaapper voor patiënt en familie met tips hoe valincidenten kunnen worden voorkomen tijdens het verblijf in het ziekenhuis;
- Sneller ondersteuning inroepen van een consultatief psychiatrisch of geriatrisch verpleegkundige bij verschijnselen die wijzen op een (acuut) optredende verwardheid (delier);
- Het gebruik van een sensorapparaat bij patiënten met een valrisico die frequent uit bed willen en hierdoor kunnen vallen;
- Het inspecteren en compleet maken van rolstoelen en CVA stoelen, waarbij alle onderdelen die bij elkaar horen met een kleurenstrip gelabeld worden;
- Instructie op afdelingsniveau in het juist toepassen van polsbanden en zweedse banden;
- Borgen van de dubbelcheck bij klaarmaken van geneesmiddelen;
- Afspraken over medicatiedeelbeurten om storingen tijdens de deelbeurt tot een minimum te beperken;
- Tijdens de overdracht van de dienst samen alle infuus/spuitenpompen en andere apparatuur controleren of deze op de juiste stand staan;

Commissie Meldingen Incidenten Patiëntenzorg (MIP)

Twee Commissie Meldingen Incidenten Patiëntenzorg (MIP) (voor Apeldoorn en Zutphen) kwamen elk elf keer per jaar bijeen en behandelden locatiegebonden incidenten. Doordat een groot aantal verpleegafdelingen in de loop van het kalenderjaar 2008 met VIM is gestart, is het aantal meldingen dat door de MIP-commissie afgehandeld moest worden beduidend minder. De rol van MIP-commissie krijgt door VIM een andere inhoud. Meldingen met een zorgenheidoverstijgend karakter en/of ernstig van aard worden door de MIP-commissie behandeld. Daarnaast worden trends in de gaten gehouden waarover belanghebbenden worden geïnformeerd. Tevens houdt de MIP-commissie middels het registratie systeem Datamanager toezicht op het aantal meldingen en de afhandeling ervan.

Verbeterpunten naar aanleiding van MIP-meldingen:

- Bedden worden in Zutphen in 2009 vervangen;
- Anti-decubitusbedden worden Gelrebreed vervangen;
- Fixatiemateriaal (polsbanden en zweedse banden) is gescreend op veiligheid en wordt in het vervolg Gelrebreed aangeschaft;
- Procedure opname- en ontslagmedicatie wordt door de apotheek op enkele afdelingen in projectvorm geoptimaliseerd;
- Protocollen dubbelcheck bij klaarmaken van geneesmiddelen zijn geactualiseerd;
- Een Gelrebrede procedure voor het voorkomen van links-/rechtsverwisseling is gerealiseerd en wordt in 2009 geïmplementeerd;
- Procedure code behandelingsbeperking is Gelrebreed gemaakt, geïmplementeerd en inmiddels geëvalueerd;
- MRSA procedure is bijgesteld en relevante procedures DKS en verpleegkundige anamnese-formulieren zijn geactualiseerd;
- Thoraxdrainagesysteem wordt vervangen;
- Procedure verantwoordelijkheden geïntubeerde patiënt tijdens het vervoer naar een ander ziekenhuis is opgesteld en ingevoerd.

Totaal aantal VIM en MIP meldingen

In 2008 zijn 1330 (bijna)incidenten gemeld. Dit zijn dus MIP- en VIM-meldingen. Het aantal meldingen van incidenten is licht gestegen. Het gaat nog om een geringe stijging van 11 procent (in 2007 1213 meldingen). Omdat een groot deel van genoemde afdelingen pas medio of eind 2008 met VIM is gestart, verwachten we pas in 2009 een flinke toename.

2008	Gelre totaal	2008 totaal		2008 MIP papieren meldingen		2008 VIM digitale meldingen	
		A	Z	A	Z	A	Z
Vallen	268	122	146	78	61	44	85
Medicatie/infusie/ bloedproducten	548	346	202	182	88	164	114
Behandeling/ verrichting/ Verzorging	454	311	143	140	65	171	78
Bejegening / overigen	60	34	26	27	14	7	12
Totalen	1330	813	517	427	228	386	289

Behandeling van klachten

Gelre ziekenhuizen beschikt over een klachtenreglement waarin is omschreven op welke wijze in het ziekenhuis wordt omgegaan met een klacht. Het uitgangspunt is dat een klager eerst in onderling overleg met betrokkenen tot een oplossing tracht te komen. Indien de klager dit niet kan of wil, wordt hij doorverwezen naar de klachtenfunctionaris om zijn klacht te melden en eventueel te laten behandelen. De klager kan er daarnaast voor kiezen om zijn klacht niet te laten behandelen door de klachtenfunctionaris, maar door de klachtencommissie.

Klachtenfunctionarissen

In 2008 zijn 517 klachten behandeld. Dat is een daling van 15 procent, die mogelijk is te verklaren door decentrale klachtafhandeling op sommige verpleegafdelingen. Bij escalatie krijgt de klachtenfunctionaris daar weet van.

Er deden zich dalingen en stijgingen voor binnen alle groepen. Het meest opvallend was de daling bij de artsen in opleiding. Van 61 klachten (10 % bij N = 607) naar 33 klachten (6,4 % bij N = 517). De klachtenfunctionarissen gaan door met onze inspanningen op het gebied van voorlichting aan medewerkers en specialisten: hoe voorkom je een klacht en hoe ga je om met een klacht.

De onderwerpen waarover het meest werd geklaagd ziet er ten opzichte van 2007 als volgt uit. Tussen haakjes is de plaats in 2007 aangegeven.

1. Afspraken zijn niet nagekomen (1);
2. De patiënt wordt geconfronteerd met in zijn/haar ogen onredelijke/onjuiste regeling;
3. Bejegening en tact;
4. Lange wachttijden (5);
5. Nonchalance.

De klachtenfunctionarissen hebben op veel afdelingen scholingen verzorgd over klachtenafhandeling. Dit betrof zowel informatie over de rechten van de patiënt als ook praktische scholing over de aanpak van een klacht en de omgang met de klager.

Er werden in 2008 adviezen aan diverse medewerkers en specialisten verstrekt. De adviezen hadden onder meer betrekking op volgende onderwerpen:

- Uniformering van de telefonische bereikbaarheid van de diverse poliklinieken;
- Het hanteren van eenduidigheid bij het uitvoeren van isolatiemaatregelen;
- Het verruimen van de planningshorizon bij het maken van afspraken;
- Een klager op neutrale wijze verwijzen naar het klachtenbureau en niet ongevraagd een oordeel te uiten over een collega;
- Het besteden van aandacht aan communicatieve vaardigheden bij artsen in opleiding.

Eerdere adviezen die tot een concreet resultaat hebben geleid zijn geformaliseerd in het document medische staf:

- De toegankelijkheid van de dienstdoende specialist moet maximaal zijn voor de arts –ssistent;
- Het treffen van een regeling ten aanzien van het hoofdbehandelaarschap.

Klachtencommissie

Samenstelling subcommissie locatie Apeldoorn per 31 december 2008

mr. M.J. van Lee, voorzitter Gelre, voorzitter subcommissie Apeldoorn

mw. J.M. Bakker-Harbach

G.J. Bakkeren, BOPZ-lid

mw. A. Munk

mw. N. Riedé

mr. J. Riemersma

mr. J. Rolleman, jurist-lid

mw. L.A. Veldwachter

J. de Win

ambtelijk secretaris: mw. R. Buitenhek

Samenstelling subcommissie locatie Zutphen per 31 december 2008

mw. mr. R.J.T. Leijzer, vice-voorzitter Gelre, voorzitter subcommissie Zutphen

dr. O.A. van Dobbenburgh

H. Groeneveld

mw. R. Klein Koerkamp

R.H.U. Rammeloo

mr. J. Riemersma

mw. C. Warmenhoven

vacature: jurist-lid

ambtelijk secretaris: mw. R. Buitenhek

Aantal binnengekomen klachtbrieven:	9
Aantal klachten:	16
Aantal uitspraken:	9
Aantal gegrond verklaarde klachten:	10
Aantal ongegrond verklaarde klachten:	9
Aantal aanbevelingen:	4

Aard van de aanbevelingen door de Klachtencommissie:

- Het onder de aandacht brengen van een bestaand relevant protocol binnen zijn vakgebied door hoofdbehandelaar aan mede-behandelaar.
- Het standaard correct omschrijven van de vereiste röntgenfoto op het aanvraagformulier aan de röntgenafdeling.
- Heroverwegen consequenties beddenstop voor opnames op sociale indicatie.
- Het opstellen van duidelijke richtlijnen en het eenduidig kenbaar maken in het dossier en anderszins voor het geval dat patiënten vanuit een bepaald specialisme op andere afdelingen worden opgenomen.

4.5 Kwaliteit ten aanzien van medewerkers

4.5.1 Personeelsbeleid

Arbeidsomstandigheden

Jaar bron Vernet	2007	2008
Verzuim meldingen	4.886	4.823
Verzuimfrequentie	1.59	1.53
Verzuimdagen totaal	42.754	46.687
Verzuimduur in dagen	13,0	14,6
Verzuim % 1 ^e jaar	4,5%	4,63%
1 t/m 7 dg	1,2%	1,12%
8 t/m 14 dg	0,4%	0,42%
15 t/m 42 dg	0,5%	0,44%
43 t/m 365 dg	2,5%	2,64%
Verzuim % 2 ^e jaar	0,8%	0,98%

Het verzuimpercentage in 2008 is ten opzichte van 2007 gestegen met 0,13%. Met name het langdurig verzuim stijgt licht. Deze trend doet zich ook in de branche voor, zij het dat het verzuim binnen Gelre ziekenhuizen sterker stijgt. In de kaderbrief werd opgenomen dat we te streven hebben naar 4,5%. Elke afdeling die gedurende een langere periode (meerdere jaren) een verzuim kent boven 4,5% heeft de opdracht gekregen van de Raad van Bestuur dit percentage te bereiken middels een actieplan.

De kosten van verzuim uitgedrukt in directe salariskosten bedragen € 5.200.000,-. Dat betekent een stijging ten opzichte van 2007 met € 570.000,-. De kosten van vervanging zijn daarin niet opgenomen.

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 2008 betrof het verzuim in het tweede ziektejaar 0,98 % (t.o.v. 0,84% in 2007). In totaal stroomden vier medewerkers door naar de WGA (80-100%). Daarnaast kwam twee medewerkers in aanmerking voor WGA 35-80% en kwamen vier medewerkers in aanmerking voor een WGA uitkering < 35%. Slechts één medewerker kwam in aanmerking voor een IVA-uitkering (structureel 80-100% arbeidsongeschikt). Gedurende het jaar werd € 155.000,- uitgegeven aan kosten die samenhangen met interventies en behandelingen. Dat is € 30.000,- minder dan in 2007. Daar tegen over werden inkomsten verworven uit diverse regelingen, zoals Amber, No-risk polissen en premiekorting. In totaal werd € 227.500,- toegekend. Dat is een stijging van € 60.000,-.

Arbeidsvoorwaarden

Loonontwikkeling

In het kader van de CAO-ziekenhuizen werd besloten de lonen met ingang van 1 juni 2008 te verhogen met 3,5 %. Daarnaast werd in de maand oktober eenmalig 1% uitgekeerd van het jaarsalaris.

In- en uit dienst

Arbeidsmarkt en vacatures

In het jaar 2008 werden 207 (in 2007: 262) vacatures gemeld. Vrijwel alle vacatures werden vervuld. Moeilijk vervulbare vacatures bleken te zijn: arts-assistent Cardiologie, Operatie-assistent en Anesthesie-assistent, KNF-vaatlaborant en SEH-arts.

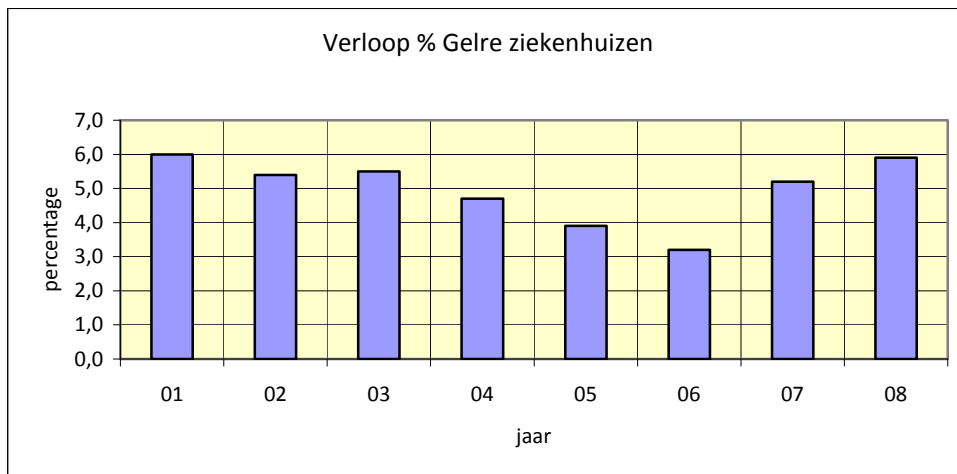
Instroom

In 2008 traden 124 medewerkers (70,3 fte) in dienst met een overeenkomst voor onbepaalde tijd en 331 medewerkers (212,4 fte) met een arbeidsovereenkomst voor bepaalde tijd. Daarnaast kwamen 120 afroepmedewerkers, 95 vakantiekrachten en 278 (244,4 fte) stagiaires in dienst.

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 de stijging die zich 2007 aandiende verder opgelopen in 2008 naar het niveau van 2001 (5,9%). De stijging van het verloop past in het historische beeld dat bij een groeiende economische groei de mobiliteit op de arbeidsmarkt toeneemt. Naar verwachting zal het verloop in 2009 weer licht dalen in verband met de economische teruggang. Het betreft het verloop van de arbeidsovereenkomst voor onbepaalde tijd.

Het verloop onder verpleegkundige functies is gelijk gebleven en bedraagt 5%.



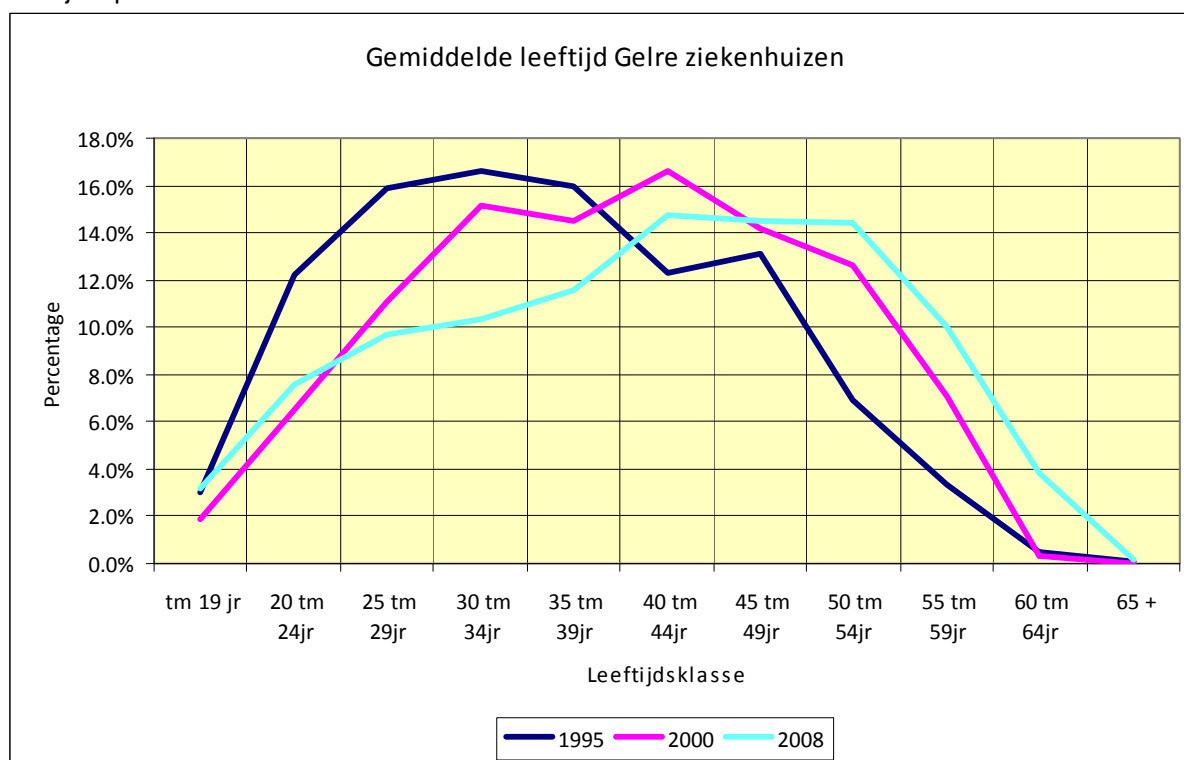
In 2008 traden 222 medewerkers (114 fte) uit dienst met een overeenkomst voor onbepaalde tijd en 198 medewerkers (135,1 fte) met een arbeidsovereenkomst voor bepaalde tijd.

4.5.2 Kwaliteit van het werk

Arbeidsomstandigheden

De Risico Inventarisatie en Evaluatie heeft geleid tot aanpassingen en verbeteringen van de arbeidsomstandigheden. Dikwijls betrof het aspecten van werkveiligheid en de bekendheid met de geldende voorschriften.

Leeftijdsopbouw



	1995	2000	2006	2007	2008
Gemidd. lft	36.0	39.5	41.1	41.2	41.1

De grafiek laat zien dat de gemiddelde leeftijd de afgelopen 13 jaar maar liefst met 6 jaar is toegenomen. Ten opzichte van 2007 is de gemiddelde leeftijd vrijwel gelijk gebleven. Wederom kunnen we vaststellen dat de gemiddelde leeftijd niet is gestegen.

4.6 Samenleving

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.

Landelijke imagocampagne

Gelre ziekenhuizen doet mee aan de landelijke imagocampagne, die in mei 2007 werd gelanceerd onder het motto 'Het Ziekenhuis Zorgt' en doorloopt in 2008. 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.

Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ)

Deelname aan het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ), voortvloeiend uit de acute zorgparagraaf van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi)

De deelnemers aan het ROAZ van de traumaregio Zwolle stellen zich gezamenlijk tot doel om aan de hand van concrete verbeteringsinitiatieven te zorgen dat een patiënt met een acute zorgvraag zo snel mogelijk op de juiste plaats terecht komt voor diagnostiek en behandeling.

In 2008 zijn er 4 bijeenkomsten van het ROAZ geweest. De volgende activiteiten hebben plaatsgevonden:

- Er is gestart met de analyse van de zorgprocessen rondom 5 ziektebeelden. Na goedkeuring van een plan van aanpak, zijn er per zorgproces conceptrapportages gemaakt. Deze zullen door focusgroepen, bestaande uit professionals, beoordeeld worden op juistheid. Eind 2008 is begonnen met het samenstellen van de focusgroepen en het verzamelen van de kwantitatieve gegevens. In 2009 komen de bevindingen van deze focusgroepen beschikbaar;
- De werkgroep communicatie en informatie-uitwisseling heeft de probleemstelling t.a.v. de communicatie en informatie-uitwisseling in de acute zorgketen gedefinieerd en aanbevelingen gedaan hoe deze op te lossen. De bevindingen zijn besproken in het ROAZ en worden meegenomen bij de uitwerking van de analyse van de 5 ziektebeelden;
- Naar aanleiding van een ervaren knelpunt van een huisartsenpost is er uitgezocht wat de rol en verantwoordelijkheid van het ROAZ is t.a.v. de huisartsenzorg in AWBZ-instellingen;
- Uitbreiding van het ROAZ met de ketenpartners uit onze traumaregio, behorende tot de veiligheidsregio Noord en Oost Gelderland. Medio 2008 zijn eerst de ziekenhuizen uit deze regio aangeschoven, waarna eind 2008 de andere ketenpartners zijn gevolgd;
- Ten gevolge van de beschikbaar gestelde structurele Opleiden, Trainen, Oefenen (OTO)-stimuleringsgelden is er planvorming ontwikkeld om te komen tot een gezamenlijk OTO-beleid.

Basis hiervoor is de bestaande risico-analyse en planvorming van de veiligheidsregio's. In vervolg hierop is er begonnen met het opstellen van een OTO-jaarplan 2009. De besteding en verdeling van de OTO-stimuleringsgelden was eind 2009 nog niet helder en zal begin 2009 verder uitgewerkt worden;

- Om te kunnen toetsen of de verdeling en besteding verantwoordt gebeurd, en of er genoeg onderbouwing is bij de verschillende OTO-activiteiten, is er een werkgroep ingesteld die dit beoordeeld. Deze werkgroep bestaat uit OTO-functionarissen van de drie betrokken veiligheidsregio's en het traumacentrum;

Eind 2008 heeft het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) zijn eerste concrete resultaat geboekt. Een commissie op bestuurlijk niveau heeft de in 2007 gedane aanbevelingen van het ROAZ, over hoe de regionale problematiek rondom capaciteit en vervoer bij acute psychiatrie opgelost kan worden, verder uitgewerkt. Uiteindelijk heeft dit een ondertekend convenant opgeleverd, met een oplossing die de problematiek nagenoeg heeft opgelost.

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 vestigingen Lukas en Juliana begin 2009 aan de Albert Schweitzerlaan zijn 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 het ziekenhuis in Apeldoorn 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.

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

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

¹ +16% inclusief effect stijging aantal medewerkers

² 1.500 bezoeken per werkdag

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 te 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 (gelrefiets), shuttle (besloten vervoer), OV)
- Informeren over alternatieven (digitale reisinformatie op werkplek)
- Belonen gebruik van alternatieven ("Pluimen": 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 voorkomen.

- Spreiden vraag en aanbod zorg (bloedafnamepunten op diverse plaatsen in het verzorgingsgebied, telefonisch spreekuur op piektijden, spreiden bezoeken, verlengen bedrijfstijd, uitplaatsen niet zorgfuncties)
 - Tijd
 - Plaats
- Aanpassen zorgprocessen (business process reengineering)
 - Versnellen
 - Vereenvoudigen
- Bundelen afspraken
 - Onderzoek
 - Polikliniek
- Parkeerregulering en betaald parkeren (Alternatieve parkeerplaatsen op afstand in combinatie met shuttle bij werkzaamheden aan parkeerfaciliteiten)
- 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 in de toekomst 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 ziekenhuis, 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 (Pluimenactie)
- Poolfietsen
- Invoering van gereguleerd en betaald parkeren
- Herinrichting en uitbreiding fietsenstalling
- 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

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 voorkomen 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.

- 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 voorschriften en richtlijnen worden nageleefd spreekt voor zich. 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 milieuzorgsysteem. 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, is 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.

In 2008 zijn onder andere de volgende zaken aan de orde geweest:

- Het milieuhandboek is op intranet geplaatst en is nu beschikbaar voor alle medewerkers.
- Er zijn acties ondernomen naar aanleiding van interne audits om geconstateerde tekortkomingen op te heffen.
- De resultaten van een externe audit hebben geleid tot een aantal corrigerende maatregelen; de resterende punten zijn in het jaarplan 2009 opgenomen.
- Er is een actief beleid gevoerd om medewerkers uit de auto te krijgen door het gebruik van pendelbus of fiets te belonen.

De effecten van de sluiting van de locatie Juliana zullen in 2009 zichtbaar worden.

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 2008

Bijlage 1: Raad van Toezicht

Samenstelling d.d. 31 december 2008

Naam, Functie, Geboortedatum, woonplaats	Hoofdfunctie	Relevante nevenfuncties	Datum 1e Benoe- ming	Datum van aftreden	Komt in aan- merking voor her- benoe- ming
mr. H.J.E. Bruins Slot, voorzitter, geb. 16-08-1948 woonplaats Apeldoorn		<ul style="list-style-type: none">• Lid Vereniging Aegon• Vz RvC Rabobank Apeldoorn e.o.• Vz Bond Heemschut• Vz RvT Muiderslot• Lid RvT KEG/Viataal Groep• Vz RvC 's Heeren Loo• Vz KWF Kankerbestrijding• Lid visitatiecollege publiek verantwoorden• Vz Stuurgroep gemeentelijke herindeling ZW Friesland	1 juli 2006	1 juli 2010	Ja
mw. M.G. Hijweege, lid, geb. 02-04-1958, woonplaats: Gorssel	Ondernemer: Zijwegen BV	Geen overige nevenfuncties	1 juli 2006	1 juli 2010	Ja

<p>drs. R.R.H.M. van der Zijl, lid, geb. 15-08-1946 woonplaats Heusden</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Lid RvT De Rooi Pannen te Tilburg • Lid RvT Nederlandsch Bureau voor Toerisme en Congressen te Leidschendam • Lid RvT Stichting Recreatie te Den Haag • Lid RvC Madurodam • Lid RvC Rabobank De Langstraat 	1 juli 2007	1 juli 2011	Ja
<p>prof. dr. D.J. Eppink, lid, geb. 15-06-1944 woonplaats: Putten</p>	<p>Hoogleraar Strategie en Omgeving Vrije Universiteit Amsterdam</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lid RvT vier stichtingen Parc Spelderholt • Director of the Japan Strategic Management Society • Secretaris/penningmeester Stichting Lions Putten Pro-Am Golf wedstrijden • Lid Industrial Advisory Board Cordys 	1 juli 2007	1 juli 2011	Ja
<p>Drs. J. Visscher, lid, geb. 05-03-1944 woonplaats: Amsterdam</p>		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bestuurslid SUO ▪ Lid RvT NIGZ ▪ Bestuurslid Combattimento Consort Amsterdam 	1 juli 2008	1 juli 2012	Ja

<p>Mw M.C. Meindersma, lid, Geb. 21-01-1943 Woonplaats: Zwolle</p>	<p>Eerste Kamer, lid PvdA fractie</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lid RvT St. Reclassering Ned. ▪ Vz RvT Woningstichting PWS ▪ Lid RvC Moes Holding ▪ Vz RvC Woningcorporatie Neijestee ▪ Vz Landelijke ver. Van toezichthouders in corporatie sector ▪ Vz RvT RIBW ▪ Vz St. Vrienden van de WRZV ▪ Commissaris Nimwegen & Partners ▪ Commissaris Woningst. SWZ 	<p>1 juli 2008</p>	<p>1 juli 2012</p>	<p>Ja</p>
<p>Drs. H.J.H.J. van den Hout, Lid, Geb. 30-12-1946 Woonplaats: Apeldoorn</p>		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vice-vz Don Bosco ▪ Vz Unicef regio Apeldoorn 	<p>1 juli 2008</p>	<p>1 juli 2012</p>	<p>ja</p>

Bijlage 2: Presentielijst vergaderingen Raad van Toezicht 2008

Naam	26 febr	11 apr	27 mei	26 sept	19 dec
drs. G.J.M. de Cock	ja	nee	Ja	**	**
J.A. Bakker	ja	nee	Ja	**	**
mw. M.J. Louppen-Laurant	ja	ja	Ja	**	**
mr. H.J.E. Bruins Slot	ja	ja	Ja	ja	ja
mw. M.G. Hijweege	ja	ja	Ja	nee	ja
drs. R.R.H.M. van der Zijl	ja	ja	Ja	ja	nee
prof. dr. D.J. Eppink	ja	ja	Ja	ja	ja
drs. J. Visscher	*	nee*	ja*	ja	ja
mw. M.C. Meindersma	*	nee*	nee*	ja	ja
drs. H.J.H.J. van den Hout	*	ja*	ja*	ja	ja

* *Nog niet toegetreden tot RvT. Formeel toegetreden per 1 juli 2008, als toehoorder deelgenomen vanaf 1 maart 2008*

** *Afgetreden per 1 juli 2008*

Bijlage 3: Samenstelling Raad van Bestuur per 31 december 2008

Naam	Functie	geboortedatum	Nevenfuncties	Werkzaam in de huidige functie sinds
drs. R.V.W.M. Lantain	voorzitter	06-09-1949	Vz RvT Ambulancezorg Noord Oost Gelderland tot 01-10-08 Bestuurslid Stichting Vermogensbeheer Hoenderloogroep Arbiter Scheidsgerecht Gezondheidszorg	01-03-2003
G.J. Heuver, arts, MMO	lid	18-02-1960	Vz RvT MEE Oost Gelderland Lid RvT 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
geactualiseerd naar de stand van zaken d.d. 31-12-2008

R.V.W.M. Lantain (voorzitter RvB)	M.A. Imkamp (lid RvB)	G.J. Heuver (lid RvB)
Aandachtsgebieden NB: Alle onderstaande aandachtsgebieden zijn onderdeel van een gemeenschappelijk RvB-beleid, waarbij weliswaar één RvB-lid de primair verantwoordelijke is.		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Positionering en Strategie ▪ Marketing & Portfolio ▪ Kwaliteit besluitvorming ▪ Stakeholdermanagement ▪ Financiën 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patiëntenzorg, incl. transmurale zorg, GHOR e.d. ▪ Samenwerking primair proces ▪ Patiëntveiligheid en Zorgkwaliteit 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bouw en facilitaire zaken ▪ Informatisering ▪ Personeel en organisatie ▪ Opleidingen
Interne overlegorganen/commissies		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Raad van Toezicht ▪ R&D (vz) ▪ DORM (vz) ▪ LORM (vz) ▪ Vz. Marketing overleg ▪ Vz. Platform Integratie Gelre 2012 ▪ Beleidsoverleggen beleids- en begrotingscyclus (gerelateerd aan hiërarchische verantwoordelijkheden) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Raad van Toezicht ▪ R&D ▪ DORM ▪ LORM ▪ Marketing overleg ▪ Vz. Cie Patiëntveiligheid en Zorgkwaliteit ▪ Vz. Stuurgroep procesoptimalisatie ▪ Platform Integratie Gelre 2012 ▪ Stuurgroep SAP-4-ZIS ▪ Beleidsoverleggen beleids- en begrotingscyclus (gerelateerd aan hiërarchische verantwoordelijkheden) ▪ VAR 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Raad van Toezicht ▪ R&D ▪ OR ▪ Platform Integratie Gelre 2012 ▪ Vz. Stuurgroep SAP-4-ZIS ▪ Kerngroep Bouw A (vz) ▪ Stuurgroep nieuwbouw Z (vz) ▪ Beleidsoverleggen beleids- en begrotingscyclus (gerelateerd aan hiërarchische verantwoordelijkheden)
Structurele externe overlegsituaties		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lokaal overleg zorgverzekeraars (vz) ▪ NVZ (algemeen) ▪ Gemeentebesturen A en Z 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cliëntenraad ▪ RHV/DHV, eerste lijn ▪ Transmurale platforms A en Z ▪ Overleg derde lijn ▪ ROAZ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cie. Besturing & Bekostiging (NVZ) ▪ College Bouw ▪ RISO (lid RvT)

Bijlage 5: Overzicht stafdiensten

Facilitair Bedrijf. Directeur: W.A.G. van Grimbergen

Financiën & Control. Directeur: T.M.O. Jetten

Marketing & Portfolio. Directeur: M. Beer

Personeel Opleidingen Organisatie & Informatisering. Directeur: T. Maas

Bijlage 6: Medisch Ondersteunende Diensten

Gelre	zorgmanager / afdelingsmanager	medisch manager
Klinisch Chemisch Hematologisch Laboratorium		J.D.E. van Suijlen
Medische Microbiologie		A. Fleer
Klinische Pathologie	N. Tiemessen	E.F. Weltevreden
Apotheek	G. de Weerd	
Apeldoorn		
OK + anesthesiologie	P. Brouwer	J.G.J. Roussel
		P.W.G. Kuipers
SEH	P. Brouwer	J.G.J. Roussel
Scopie-afdeling	R. Reitsma	mw. E.G.M. Cobben
Biometrie	R.A. de Jong	R. Hemler
		E. van Wensen
Radiologie	H. Bronts	W. ten Hove
Zutphen		
	zorgmanager / afdelingsmanager	medisch manager
OK+ anesthesiologie	M.Huis in't Veld	S. Hermans
SEH	M.Huis in't Veld	M. Goessens
Röntgen	R. Heus	A.R. van den Biezenbos

Bijlage 7: Zorgeenheden

Zorgeenheden GELREBREED	Zorgmanager	medisch manager
Plastische Chirurgie	K. Pullen	W. Theuvenet
Revalidatie Geneeskunde	K. Pullen	mw E. Verhaak
Urologie	H. van Vegchel a.i.	W. IJzerman
Geriatric	R. Reitsma	mw A. Kalf
Apeldoorn		
Zorgeenheden	Zorgmanager	medisch manager
IC	P. Brouwer	P.E. Spronk
Interne	R. Reitsma	mw Y. Vermeeren
		B. van den Berg vice-vz
MDL	R. Reitsma	
Chirurgie	Peter Hofman	M. Hogervorst
		W. Lastdrager
Orthopedie	Peter Hofman	E. Raven
KNO	K. Pullen	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.	M. Huisman
Oogheelkunde	H. van Vegchel a.i.	mw ML Tang
Kaakchirurgie	K. Pullen	R. Walhof
Cardiologie	A. Reiter	mw D. Nicastia
Longziekten	R. Reitsma	mw.J.J.C.M. Rooijmans
Reumatologie	R. Reitsma	F. Eggelmeijer
Kindergeneeskunde	H. van Vegchel a.i.	D.J. Pot
Zutphen		
Zorgeenheden	Zorgmanager	medisch manager
IC CCU	M. Huis in't Veld	L. Ausema (internist/intensivist)
		J. De Jong, (cardioloog)
Interne	W. Vletter	O.A. van Dobbenburgh
Oncologie	W. Vletter	O.A. van Dobbenburgh
Dermatologie	W. Vletter	J. Emsbroek
Neurologie	W. Vletter	mw.H.C. Tjeerdsma
Gynaecologie/Verloskunde	H.J. Koppelman	R. Sassen
Kindergeneeskunde	H.J. Koppelman	mw. M.J.S. Spaan,
Chirurgie	H.J. Koppelman	M.L.M.J. Goessens
Orthopedie	H.J. Koppelman	H.G.J. v. Cappelle
Oogheelkunde	H.J. Koppelman	F. Meijer*
KNO	H.J. Koppelman	F.J. Mud*
Mondheelkunde	H.J. Koppelman	W. Josephus Jitta*
Cardiologie	W. Vletter	J. de Jong
Longziekten	W. Vletter	E. Lammers
Reumatologie	W. Vletter	H. Nuver-Zwart
* = aanspreekpunt maatschap		

Bijlage 8: Medische staven Apeldoorn en Zutphen

Medisch Stafbestuur Apeldoorn:

dr. P.H.M. van de Weijer, voorzitter
T. van Bommel
H.W. Slis
Mw. dr A. Jerzewski
H.W. Bolhuis

Medisch Stafbestuur Zutphen

mw. Y.A.J.M. Dabekausen, voorzitter
E. Lammers, vice-voorzitter
S. Sluyter, secretaris
Ir. P.B. de Munck, penningmeester

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:

dr. A.Fleer
mw. dr. S. Kuipers

Cardiologen Apeldoorn:

dr. R.L. Braam
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.S. 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

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

Internisten Zutphen:
L. Ausema
mw. E.M. Derksen
dr. O.A. van Dobbenburgh
mw. dr. E.E.M. van Ginneken
mw. S. Nauta
mw. G.W. Semplonius

Kaakchirurgen Apeldoorn:
B.J. Dokter
P.W. Kraaij
R. Walhof

Kaakchirurgen Zutphen:
W.J. Josephus Jitta
P. Lührman
M.R. Reinkingh

Keel-, Neus-, Oorartsen Apeldoorn:
dr. P.P.G. van Benthem
dr. T.D. Brintjes
dr. R.J.B. Hemler
K.J. Langenhuisen

Keel-, Neus-, Oorartsen Zutphen:
dr. R.J.H. Ensink
F.J. Mud
S. Sluyter

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

Kinderartsen Zutphen:
mw. A. Dings-Lammertink
R. Kohl
mw. M.J. Spaan-Groenemeijer
H.F.H. Thijs
mw. T.S. Verhoeks

Klinisch chemici Gelre:
dr. H.J. Adriaansen
dr. J.S. Kamphuis
dr. J.A. Remijn
dr. J.D.E. van Suijlen

Klinisch genetisch consulent Apeldoorn:
mw. B.P.M. van Nesselrooy

Klinisch fysicus Gelre:
ir. P.B. de Munck
A. Becht

Klinisch gerieters Gelre:
mw. J.H. Kalf
mw. H.A. Paling
mw. W. te Water

Klinisch pathologen Gelre:
Mw. dr. H. Doornwaard
mw. dr. C.E. Essed
mw. E. Koop
H.M. Peters
dr. E.F. Weltevreden

Klinisch psychologen Apeldoorn:

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

Klinisch psychologen Zutphen:

E.J. Overdorp (GGNet)
mw. A. van Dorp (GGNet)
mw. D. Wesselink

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:

M. Goosens
E. Lammers
P.B. Luursema

Maag-darm-leverartsen Apeldoorn:

H. Akol

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. B. Jelles
mw. B.M. van der Sluijs
mw. F.E. Strijks
mw. H.C. Tjeerdsma
H.J.D. de Zwart

Oogartsen Apeldoorn:

N.J.F. Buisman
A.J.M. van Hogerwou
mw. S.L. Oei
J.J. Scheenloop
mw. N.E.M.L. Tang

Oogartsen Zutphen:

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

Orthopedisch chirurgen Apeldoorn:

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

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)
Mw. H. van Eijk (GGNet)
L.F.M. Goessens (GGNet)
dr. J.W. Hummelen (GGNet)
mw. A. van der Laan (GGNet)
P. Naarding (GGNet)

Radiologen Apeldoorn:
dr. K.E. Droogh-de Greve
dr. J.W.C. Gratama
W. ten Hove
J.J. Kardux
dr. M. Logtenberg
P.C. Nass
H.W. Slis
J.L.M. de Win

Radiologen Zutphen:
mw. H.H.J. Baretta-Kooi
A.R. van den 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. M. Harmsen
mw. E. Zoetemeijer
T. Semeijn

Urologen Gelre:
D.F. Eijken
W. IJzerman
Dr. O.B. Stroosma
P.J. Zwaan

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