

gelre ziekenhuizen



Gelre ziekenhuizen

**Jaardocument 2009
deel I: maatschappelijk verslag**

Inhoudsopgave:

1	Uitgangspunten van de verslaggeving.....	4
2	Profiel van de Organisatie.....	5
2.1	Algemene identificatiegegevens	5
2.2	Structuur van het concern	6
2.2.1	Juridische structuur	6
2.2.2	Organisatorische structuur	6
2.3	Kerngegevens	8
2.3.1	Kernactiviteiten en nadere typering	8
2.3.2	Cliënten, capaciteit, productie, personeel en opbrengsten.....	9
2.3.3	Kaart verzorgingsgebied	11
2.4	Belanghebbenden	11
2.4.1	Patiënten(organisaties)	11
2.4.2	Zorgverzekeraars	12
2.4.3	Huisartsen	13
2.4.4	Andere zorgaanbieders.....	14
2.4.5	Andere ziekenhuizen.....	15
2.4.6	Overheden en Inspecties	16
2.4.7	Omwonenden.....	17
3	Bestuur, toezicht en bedrijfsvoering.....	18
3.1	Normen voor goed bestuur	18
3.2	Raad van Bestuur	18
3.3	Raad van Toezicht	22
3.4	Bedrijfsvoering	26
3.4.1	Beleids- en begrotingscyclus	26
3.4.1.1	Beleidskader	26
3.4.1.2	Meerjarenprognose	26
3.4.1.3	Meerjaren investeringsbegroting.....	27
3.4.1.4	Jaarlijkse beleids- en begrotingscyclus.....	27
3.4.1.5	Kaderbrief.....	28
3.4.1.6	Jaarplannen	28
3.4.1.7	Exploitatiebegroting.....	28
3.4.1.8	Periodieke rapportages.....	28
3.4.2	Kernpunten financieel beleid.....	28
3.4.2.1	Accentverschuiving	28
3.4.2.2	Groei van de productie.....	29
3.4.2.3	Efficiencyverbetering.....	29
3.4.2.4	Rendementsdenken en rendementsverbetering.....	30
3.4.2.5	Verbetering van het weerstandsvermogen	30
3.4.3	Interne beheersing	31
3.5	Cliëntenraad.....	32
3.6	Ondernemingsraad	33
3.7	Verpleegkundige Adviesraad (VAR)	35
3.8	Strategiecomité	35
3.9	Medisch Stafbestuur Apeldoorn.....	36
3.10	Medisch Stafbestuur Zutphen	38

4	Beleid, inspanningen en prestaties	40
4.1	Meerjarenbeleid	40
4.2	Algemeen beleid	40
4.2.1	Medische specialistische opleidingen	43
4.2.2	Gelre 2012	44
4.3	Algemeen kwaliteitsbeleid.....	45
4.4	Kwaliteitsbeleid ten aanzien van patiënten	47
4.4.1	Kwaliteit van zorg	47
4.4.2	Behandeling van klachten	53
4.5	Kwaliteit ten aanzien van medewerkers.....	55
4.5.1	Personeelsbeleid.....	55
4.5.2	Kwaliteit van het werk	57
4.6	Samenleving	58
4.7	Financieel beleid	61
Bijlage 1:	Raad van Toezicht Gelre ziekenhuizen.....	63
Bijlage 2:	Presentielijst vergaderingen Raad van Toezicht Gelre ziekenhuizen 2009.....	65
Bijlage 3:	Samenstelling Raad van Bestuur per 31 december 2009.....	65
Bijlage 4:	Portefeuilleverdeling Raad van Bestuur	66
Bijlage 5:	Organogram.....	67
Bijlage 6:	Kaart verzorgingsgebied Gelre ziekenhuizen.....	67
Bijlage 7:	Samenstelling Cliëntenraad.....	68
Bijlage 8:	Samenstelling Ondernemingsraad	68
Bijlage 9:	Samenstelling Verpleegkundige Adviesraad	69
Bijlage 10:	Samenstelling Strategiecomité	69
Bijlage 11:	Directeuren	69
Bijlage 12:	Samenstelling Klachtencommissie	70
Bijlage 13:	Medisch Ondersteunende Diensten	70
Bijlage 14:	RVE Zutphen	71
Bijlage 15:	RVE Apeldoorn.....	72
Bijlage 16:	Organogram Shared Service Center Algemeen Ondersteunende Diensten ..	73
Bijlage 17:	Medische staven Apeldoorn en Zutphen.....	74

1 **Uitgangspunten van de verslaggeving**

Voor u ligt het jaardocument 2009 van Gelre ziekenhuizen. Namens Gelre ziekenhuizen leggen in dit document de Raad van Toezicht en de Raad van Bestuur verantwoording af over haar beleid, activiteiten en prestaties in het jaar 2009.

Uitgangspunt is een zo compleet mogelijk beeld te schetsen van hetgeen zich in 2009 binnen Gelre ziekenhuizen heeft afgespeeld. Een toelichting wordt gegeven op:

- het profiel van de organisatie (hoofdstuk 2);
- bestuur, toezicht (inclusief corporate governance) en bedrijfsvoering (hoofdstuk 3);
- beleid, inspanningen en resultaten (hoofdstuk 4)
- de jaarrekening (hoofdstuk 5).

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 twee ziekenhuislocaties (vanaf 1 maart 2009), een diagnostisch centrum en een buitenpolikliniek.

Gelre Apeldoorn
Bezoekadres: Albert Schweitzerlaan 31, 7334 DZ Apeldoorn
Postadres: Postbus 9014 7300 DS Apeldoorn
Algemeen telefoonnummer: (055) 581 81 81

Locatie Juliana, gesloten per 1 maart 2009
Bezoekadres: Sprengenweg 70, 7314 ET Apeldoorn
Postadres: Postbus 9014 7300 DS Apeldoorn
Algemeen telefoonnummer: (055) 581 81 81

Gelre Diagnostisch Centrum
Bezoekadres: Sprengenweg 70, 7314 ET Apeldoorn
Postadres: Postbus 9014 7300 DS Apeldoorn
Algemeen telefoonnummer: (055) 581 81 81

Gelre Zutphen
Bezoekadres: Ooyerhoekseweg 8, 7207 BA Zutphen
Postadres: Postbus 9020, 7200 GZ Zutphen
Algemeen telefoonnummer: (0575) 592 592

Gelre Polikliniek Lochem
Bezoekadres: Zwiepseweg 105, 7241 GR Lochem
Postadres: Zwiepseweg 105, 7241 GR Lochem
Algemeen telefoonnummer: (0573) 257 922

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 Publieksvoorzieningen B.V.

2.2.2 Organisatorische structuur

Gelre ziekenhuizen wordt bestuurd volgens het Raad van Toezichtmodel. De Raad van Toezicht is samen 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'.

De Raad van Toezicht bestaat uit zeven leden (de samenstelling van de Raad van Toezicht is opgenomen in bijlage 1). Vanwege het toenemende belang voor veiligheid en kwaliteit van zorg en anticiperend op de aangepaste Zorgbrede Governancecode heeft de Raad van Toezicht besloten een achtste lid aan haar Raad toe te voegen per 1 januari 2010. Dit lid versterkt de Raad op genoemde terreinen. Statuten, het reglement van de Raad van Toezicht en het Reglement betreffende de samenstelling en de procedure van benoeming, schorsing en ontslag van leden van de raad van bestuur en de raad van toezicht zijn hierop aangepast.

Gelre ziekenhuizen wordt bestuurd door een driehoofdige Raad van Bestuur (de samenstelling van de Raad van Bestuur is opgenomen in bijlage 3).

In Gelre ziekenhuizen is in de loop van 2009 de overgang gemaakt naar een nieuw besturingsmodel dat inhoudt dat de beide ziekenhuizen functioneren als resultaat verantwoordelijke eenheden (RVE-en) en de algemeen ondersteunende diensten en medisch ondersteunende diensten zijn ondergebracht in twee shared service centers (een SSC AOD en een SSC MOD). Op holdingniveau functioneert een holdingbestuur (de RvB) met een kleine holding/concernstaf. Het besluit besturingsmodel is inhoudelijk nader beschreven in paragraaf 2.2.3. van het jaardocument 2008.

In 2009 zijn voor beide ziekenhuizen en voor het SSC AOD directeuren benoemd. Voor het SSC MOD bestond in 2009 een vacature die inmiddels is vervuld. Aan het einde van 2009 zijn de leden van het strategiecomité, na voordracht door de medische staven, door de RvB benoemd. Dit comité adviseert de RvB over majeure strategische aangelegenheden, zonder last of ruggespraak.

Het in het jaardocument 2008 beschreven transitieproces is aangestuurd door het transitiecomité. Dit comité bestaat uit de voorzitter van de Raad van Bestuur (RvB), de beide stafvoorzitters en de voorzitter en de stafmaatschap Apeldoorn.

Op tactisch niveau is in de beide ziekenhuizen sprake 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 vrijevestigde medisch specialisten. De Raad van Bestuur voerde tot en met september 2009 per locatie maandelijks overleg met een delegatie van het Medisch Stafbestuur en de stafmaatschap c.q. bedrijfsbureau. Vanaf oktober zijn deze overleggen overgenomen door de beide ziekenhuisdirecteuren.

Medezeggenschapsstructuur

Gelre ziekenhuizen kent op strategisch niveau de volgende adviesorganen:

- Cliëntenraad;
- Ondernemingsraad;
- Strategiecomité (vanaf december 2009);
- Verpleegkundige Advies Raad.

Daarnaast zijn er de volgende functionele overlegvormen:

- ICT-platform;
- Marketingoverleg;
- Commissie Zorgkwaliteit & Patiëntveiligheid.

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 3.5 tot en met 3.8 wordt meer informatie gegeven over het overleg met deze adviesorganen en de door hen uitgebrachte adviezen.

Waar het strategiecomité de Raad van Bestuur adviseert over het strategisch beleid, adviseren de Vereniging medische staf Apeldoorn en de Vereniging medische staf Zutphen op RVE-niveau.

Het organogram van Gelre ziekenhuizen treft u aan in bijlage 5.

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 gemeente 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 2.3.2. 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	Medische Psychologie
Cardiologie	Moleculaire Diagnostiek
Chirurgie	Neurochirurgie
Dermatologie	Neurologie
Geriatric	Nucleaire Geneeskunde
Gynaecologie/Verloskunde	Oogheelkunde
Intensive Care	Orthopedische Chirurgie
Interne Geneeskunde	Pathologie
Kaakchirurgie	Plastische Chirurgie
Kindergeneeskunde	Psychiatrie
Klinische Chemie en Hematologie	Pijnbestrijding
Klinische Fysica	Radiologie
Keel- Neus- en Oorheelkunde	Reumatologie
Longziekten	Revalidatiegeneeskunde
Maag-Darm-Leverziekten	Urologie
Medische Microbiologie	Ziekenhuisfarmacie

2.3.2 Cliënten, capaciteit, productie, personeel en opbrengsten

Kenmerken	werkelijk 2009	werkelijk *) 2008	Werkelijk 2007	Werkelijk 2006	Werkelijk 2005
Adherentie					
- klinisch	269.245	270.127	270.017	270.192	274.825
- poliklinisch	282.967	283.433	283.775	284.085	281.261
Capaciteit:					
- gewogen specialistenplaatsen conform erkenning (exclusief agio's)	121,52	119,95	117,74	115,57	111,52
- bedden (erkenning) incl. bedden t.b.v. dagopnamen (excl. erkenning PAAZ)	925	925	925	925	925
Productie:					
- opnamen (excl. PAAZ)	34.654	30.736	30.248	28.912	28.598
- verpleegdagen (excl. PAAZ)	165.834	162.906	165.789	167.637	166.678
- dagopnamen	32.246	30.797	27.927	26.047	24.507
- 1e polikliniekbezoeken (EPB) (excl. PAAZ)	184.799	182.971	177.517	171.637	169.120
- herhalingsbezoeken (excl. PAAZ)	299.064	306.028	279.251	273.262	267.585
Kengetallen (excl. PAAZ):					
- gemiddelde verpleegduur	4,8	5,3	5,5	5,8	5,8
- gemiddelde aantal bezette bedden (incl. dagopnamen)	543	531	531	531	524
- aantal opnamen per 1000 EPB	188	168	170	168	169
- aantal dagopnamen per 1000 EPB	175	168	157	152	145
- aantal dagopnamen/aantal opnamen	0,93	1,00	0,92	0,90	0,86
- herhalingsfactor polikliniekbezoeken	1,6	1,7	1,6	1,6	1,6

Kenmerken	Werkelijk 2009	Werkelijk 2008	Werkelijk 2007	Werkelijk 2006	Werkelijk 2005
Personeel en kosten					
- aantal fte (excl. PNIL)	2.326	2.319	2.284	2.184	2.150
- personeelskosten (x € 1.000)	124.841	121.525	116.277	108.791	104.645
- gem. kosten per fte.	53.672	52.404	50.909	49.813	48.672
- totale kosten (x € 1.000)	229.850	217.502	217.194	195.846	174.383
Budget aanvaardbare kosten	151.848	160.443	182.728	174.080	160.417
Opbrengst derden	79.099	57.693	33.744	23.512	18.530
Totaal opbrengsten: (x € 1.000)	230.947	218.136	216.472	197.592	178.947
- eigen vermogen	2.335	2.335	2.335	2.335	2.335
- weerstandsvermogen (RAK)	36.649	22.223	17.187	8.818	7.072
- egalisatiefonds afschrijvingen	1.394	1.394	1.394	0	0
- bestemmingsreserves	3.379	2.379	2.379	7.427	7.427
- niet collectief gefinancierd vrij vermogen	379	527	806	475	148
Totaal eigen vermogen (x € 1.000)	44.136	28.858	24.101	19.056	16.982
Weerstandsvermogen	44.136	28.858	24.101	18.374	17.686
Risicobudget	230.947	218.136	216.472	181.998	164.296
Solvabiliteitspercentage conform WfZ	19,11%	13,23%	11,13%	10,10%	10,00%
Lang vreemd vermogen (x € 1.000)	212.515	181.327	185.591	175.201	143.188
Investeringen gebouwen en installaties	85.454	58.474	40.724	48.510	41.421
Investeringen inventarissen	12.299	13.601	9.397	2.513	10.197
				51.023	51.619
Investeringen totaal	97.753	72.075	50.121		

*) : De cijfers vanaf 2008 zijn gebaseerd op de geconsolideerde jaarrekening, de andere jaren zijn op basis van de enkelvoudige jaarrekening.

2.3.3 Kaart verzorgingsgebied

In bijlage 6 is een kaart van het verzorgingsgebied van Gelre ziekenhuizen opgenomen.

2.4 Belanghebbenden

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

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

2.4.1 Patiënten(organisaties)

Vanuit de Raad van Bestuur bestaat structureel overleg met de Cliëntenraad en met Zorgbelang Gelderland. Vanuit de verschillende zorgeenheden worden contacten onderhouden met de specifieke patiëntenorganisaties zoals deze er op regionaal en landelijk niveau zijn: diabetes; dialyse, hart- en vaatziekten, reuma, COPD etc.

De Raad van Bestuur heeft twee maal per jaar een formeel overleg met de Cliëntenraad; waarvan eenmaal in aanwezigheid van het door de Cliëntenraad voorgedragen lid in de Raad van Toezicht. In dit overleg wordt expliciet de relatie tussen Raad van Bestuur en Cliëntenraad besproken. Tevens heeft de portefeuillehouder Zorg van de Raad van Bestuur maandelijks een overleg met het Dagelijks Bestuur van de Cliëntenraad. In dit overleg wordt informatie gegeven over aspecten binnen het ziekenhuis die relevant zijn voor de Cliëntenraad, zoals:

- ontwikkeling wachttijden;
- bereikbaarheid van het ziekenhuis;
- signaleringen door Cliëntenraad;
- stand van zaken kwaliteits- en patiëntveiligheidsprojecten;
- patiënttevredenheidsonderzoek;
- te verwachten adviesaanvragen voor de Cliëntenraad;
- relevante zaken uit de Raad van Bestuursvergaderingen.

Met Zorgbelang Gelderland vind tweemaal per jaar overleg plaats door de portefeuillehouder Zorg Raad van Bestuur tezamen met de directeur Marketing. In dit overleg worden de bij Zorgbelang binnengekomen signalen over Gelre ziekenhuizen besproken en wordt informatie verschaft over relevante ontwikkelingen binnen Gelre ziekenhuizen. In 2009 is in een aparte bijeenkomst het gehele kwaliteits- en patiëntveiligheidsbeleid besproken.

Spiegelgesprek

In oktober 2009 is het instrument spiegelgesprek definitief geïmplementeerd binnen Gelre ziekenhuizen als een van de instrumenten voor het verkrijgen van patiënteninformatie. Tijdens

een spiegelgesprek praten patiënten over hun opgedane ervaringen tijdens verblijf op polikliniek en/of verpleegafdeling. Bij dit gesprek zijn de verschillende betrokken disciplines als toehoorder aanwezig.

De spiegelbijeenkomsten worden geleid door onafhankelijke gespreksleiders die speciaal getraind zijn in gesprekstechnieken en in het leiden van een spiegelbijeenkomst.

Leidinggevenden kiezen voor een spiegelgesprek wanneer ze:

- zicht willen krijgen op hoe patiënten de zorg ervaren/beleven;
- medewerkers zich in de belevingswereld van de patiënt willen laten verplaatsen;
- bij belangrijke onderwerpen.

Inmiddels zijn er in 2009 twee spiegelbijeenkomsten geweest: 2 november gynaecologie/verloskunde en 10 november heelkunde 'stomazorg'. Voor 2010 staan er al weer twee gepland.

Benchmark onderzoek Prismant

In 2009 is evenals in 2007 door het onderzoeksbureau Prismant een grootschalig patiëntwaarderingsonderzoek uitgevoerd voor Gelre ziekenhuizen. Dit onderzoek levert belangrijke informatie op over de kwaliteit van de geboden zorg in algemene zin en in relatie tot andere ziekenhuizen. Gelre ziekenhuizen krijgt ten opzichte van andere ziekenhuizen 'gemiddelde' beoordelingen, die overwegend op hetzelfde niveau als 2007 liggen. De rapportcijfers die patiënten aan Gelre ziekenhuizen geven liggen tussen de 7,5 en 7,8. Opgemerkt moet worden dat Gelre Zutphen in het Prismant-onderzoek over de hele linie betere waarderingen krijgt dan Gelre Apeldoorn. Zorgbesturen hebben in reactie op de Prismant-rapportage opdracht gekregen om als onderdeel van het beleidsplan 2010 met verbetervoorstellen te komen.

Continu patiëntwaarderingsonderzoek

Vanuit diverse geledingen binnen Gelre ziekenhuizen is de wens om frequenter en concreter zicht te hebben op patiëntervaringen. Op basis van uitkomsten willen zij direct met verbeteracties aan de slag kunnen gaan. Om deze reden is de afdeling Marketing bezig met het ontwikkelen van een onderzoeksinstrument, waarmee op continue basis patiëntervaringen worden vastgelegd. In 2010 zal de continue meting, als pilotfase, bij acht specialismen worden geïmplementeerd. Aan het einde van 2010 wordt het integrale traject geëvalueerd, inclusief gerealiseerde effecten. In 2011 is een Gelrebrede uitrol gepland. Met de uitkomsten van de continue meting kunnen zorgverleners direct verbeteracties initiëren. Ook vindt er een constante informatieoverdracht vanuit de patiënt plaats. Hierdoor zouden eventuele klachten vroegtijdig kunnen worden gesignaleerd.

Afhandeling van klachten

In 2009 is door Prismant een onderzoek gedaan naar de afhandeling van klachten door Gelre ziekenhuizen. In hoofdstuk 4.4.2. wordt nader ingegaan op dit onderwerp.

2.4.2 Zorgverzekeraars

Voor Gelre ziekenhuizen is Agis/Achmea de belangrijkste zorgverzekeraar, gevolgd door respectievelijk Uvit 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 2009 heeft met de zorgverzekeraars intensief overleg plaatsgevonden in het kader van de te maken productieafspraken. Begin 2009 is overeenstemming bereikt over een groeipercentage met daarnaast een nacalculatie voor de eerstelijns productie.

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 2009 hebben wij met alle Nederlandse zorgverzekeraars prijsafspraken gemaakt voor alle door ons geleverde DBC's.

Het meerjarenbeleidsplan 2010-2014 is met de zorgverzekeraars besproken voordat het op de agenda is geplaatst met de Raad van Toezicht. De zorgverzekeraars reageerden positief op de beleidsplannen van Gelre ziekenhuizen.

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 (in het najaar overgenomen door de beide ziekenhuisdirecteuren), het Medisch Stafbestuur en de besturen van de Regionale Huisartsenverenigingen.

Het meerjarenbeleidsplan 2010-2014 van Gelre ziekenhuizen is in 2009 met de huisartsen gremia besproken. Zowel de huisartsen in de regio Apeldoorn als in de regio Zutphen ondersteunen de in het strategisch beleidsplan benoemde missie en visie van het ziekenhuis.

In 2009 zijn onder andere de volgende onderwerpen in de samenwerking met huisartsen aan de orde geweest:

- ontwikkeling huisartsen nieuwsbrief;
- ontwikkeling samenwerking inzake transmurale DBC's en transmurale werkafspraken: COPD; (kinder-) diabeteszorg, antihypertensieve therapie, MRSA-screening;
- omzetting papieren specialistenbrief aan huisartsen in digitale brief;
- inzage huisartsen in huisartseninformatie in EPD;
- protocol overlijden niet-natuurlijke dood ;
- protocollen bloedtransfusie Jehova's getuigen;
- conversie SAP-4-ZIS;
- bestuursstructuur;
- zorgketens;
- Nieuwe Influenza A (H1N1);
- afschaffen papieren correspondentie vanuit Gelre ziekenhuizen;
- financieringsvoorstel Spoedeisende Hulp/Huisartsenpost;
- meerjarenbeleidsplan 2010 – 2014.

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;
- GGNet (Geestelijke Gezondheidszorg);
- transmurale initiatieven;
- 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. Intern en in samenspraak met de belangrijkste samenwerkingspartners (Zorggroep Apeldoorn en omstreken en Sutfene in Zutphen) wordt de patiëntenlogistiek en capaciteitsplanning hierop ingericht. Gewerkt wordt aan een gezamenlijke ontwikkeling van zorgprogramma's en ketenzorg.

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.

Zowel in de regio Apeldoorn als in de regio Zutphen zijn met de aldaar werkzame thuiszorgorganisaties (Verian en Sensire) bilaterale samenwerkingsovereenkomsten aangegaan.

Deze overeenkomsten richten zich op gezamenlijke verbetering van de patiëntenlogistiek en op de ontwikkeling van zorgtrajecten voor specifieke patiëntencategorieën.

GGNet (Geestelijke Gezondheidszorg)

Met GGNet wordt zowel in Apeldoorn als in Zutphen nauw samengewerkt. De samenwerking richt zich met name op de kortdurende (tot één 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 zorgenheid verbonden aan het ziekenhuis. In Zutphen is de PAAZ eind negentiger 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 (d.w.z. tot één 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 ziekenhuizen de band tussen de psychiatrie en het ziekenhuis waar mogelijk wil versterken.

Zorgverzekeraar Agis wil via het Zorgkantoor de samenwerking stimuleren en heeft ook in die lijn een gezamenlijke productie-afspraken gemaakt. Gezocht wordt naar een methode om deze samenwerking – die vorm krijgt in een centrum voor psychosomatiek – onder te brengen in een gemeenschappelijke onderneming

Transmurale initiatieven

De volgende initiatieven zijn 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)

De ketenpartners bestaan uit aanbieders van acute zorg die deelnemen aan het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ). Het regionale overleg, voortvloeiend uit de acute zorgparagraaf van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi), maakt afspraken over (een betere) samenwerking. Initiatoren van dit overleg zijn de ziekenhuizen met een erkenning voor Traumacentrum.

In hoofdstuk 4.6 wordt nader ingegaan op de activiteiten die in 2009 hebben plaatsgevonden.

2.4.5 Andere ziekenhuizen

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 heeft vervolgens de haalbaarheid onderzocht om als zelfstandig centrum te functioneren, hetgeen het geval bleek te zijn. Voor de noodzakelijke samenwerking met een hartchirurgisch centrum is het St. Antonius Ziekenhuis Nieuwegein benaderd, wat in maart 2010 heeft geresulteerd in een samenwerkingsovereenkomst voor de ICD. Voor de PCI is dat in maart 2010 aanvullend overeengekomen.

De vergunningsaanvragen zijn in 2009 ingediend bij de IGZ.

Low volume chirurgie 2009

Sinds een jaar heeft het IKNO extra aandacht besteed aan een regionaal beleid om de zorg voor patiënten met oesofaguscarcinoom te verbeteren. Om dit te bereiken is in 2009 een project gestart en eind december door de deelnemende ziekenhuizen geaccordeerd, om te komen tot een Managed Clinical Network (MCN) oesofaguscarcinoom. Hiermee zijn door alle 23 ziekenhuizen in de IKNO-regio rond het oesofaguscarcinoom zodanige afspraken gemaakt

dat de patiënt altijd de juiste zorg krijgt aangeboden op de juiste plaats door de juiste professional binnen de juiste infrastructuur. Van deze 23 ziekenhuizen zijn er 7 waar de oesofagusresectie wordt uitgevoerd. Gelre Apeldoorn is daar één van. Binnen Gelre ziekenhuizen bestaat er tussen de vakgroepen chirurgie een samenwerkingsverband waarbij de slokdarmchirurgie in Apeldoorn wordt uitgevoerd. In 2009 zijn er in Gelre ziekenhuizen 12 slokdarmresecties verricht.

Ook voor de leverchirurgie bestaan er binnen Gelre ziekenhuizen afspraken deze te concentreren in Apeldoorn. Regionale afspraken over de verdeling van leverchirurgie zijn nog gaande.

2.4.6 Overheden en Inspecties

Colleges van B&W van de gemeenten Apeldoorn en Zutphen

De Raad van Bestuur acht een goed contact met het college van B&W van de gemeenten Apeldoorn en Zutphen van belang. In het kader van de vernieuwbouw in Apeldoorn en het nieuw te bouwen ziekenhuis in Zutphen heeft er de laatste jaren frequent overleg plaatsgevonden in een goede verstandhouding. Los daarvan wordt regelmatig overleg gevoerd met de colleges van B&W van de gemeenten.

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. In 2006 zijn een zorgconcept en businessplan ontwikkeld, waarna begin 2007 op basis van het businessplan een financieringsregeling kon worden afgesloten. In 2007 is het aanbestedingstraject gestart op basis van het door Royal Haskoning, in samenwerking met Wiegerinck architecten, opgestelde ontwerp. Op 4 april 2008 kon 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. Inmiddels is ook de afbouw in volle gang. Intern wordt hard gewerkt om de voorziene veranderingen in de organisatie van de zorg, die samenhangen met de inrichting van de nieuwbouw, te realiseren. De activiteiten verlopen dermate voorspoedig, dat opening en in gebruikneming als gepland in 2010 zullen plaatsvinden.

Met name het hierboven beschreven nieuwbouwproces in Zutphen heeft geleid tot een zeer voortvarend traject van zowel interne besluitvorming, onder andere op basis van overleg met vertegenwoordigers van de medische staf, als van bestuurlijke besluitvorming ten aanzien van de publieke aspecten zoals 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 verkeeroverlast met zich mee zal brengen. Inmiddels is ook daadwerkelijk gestart met de aanleg van de rotonde en de overige benodigde infrastructuur.

Met het College Sanering vindt overleg plaats inzake grondruil t.b.v. de realisatie van de nieuwe toegangsweg naar het ziekenhuis.

Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)

In 2009 heeft het gestructureerd overleg met de Inspectie niet plaatsgevonden.

Veilige cultuur

In overleg met de IGZ is het thema patiëntveiligheid in 2009 expliciet onder de aandacht gebracht van alle medewerkers. Er is een plan van aanpak 'Veiligheidscultuur Gelre ziekenhuizen' opgesteld, waarin uitgebreid aandacht is voor medisch teamwork. Uitvoering van dit plan zal in 2010 plaatsvinden.

Calamiteiten

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) wordt door de Raad van Bestuur, indien nodig, op transparante wijze geïnformeerd over calamiteiten die hebben plaatsgevonden. In 2009 is de procedure calamiteitenonderzoek opnieuw beoordeeld en bekend gemaakt in de organisatie.

Activiteiten naar aanleiding van landelijk thematisch onderzoek IGZ

Op grond van de landelijke rapporten van de Inspectie voor de Gezondheidszorg zijn activiteiten ontwikkeld ten aanzien van

- de pre- en peri-operatieve zorg;
- signalering kindermishandeling;
- minimaal invasieve chirurgie;
- informatiebeveiliging.

Ten aanzien van het beheer/onderhoud van infuuspompen heeft een inspectiebezoek plaatsgevonden. De bevindingen van de Inspectie waren positief.

2.4.7 Omwonenden

De parkeerproblematiek bij de locatie Apeldoorn is in kaart gebracht en er zijn maatregelen op eigen terrein genomen om de huidige parkeerdruk van medewerkers en bezoekers op te vangen.

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

In Apeldoorn heeft overleg met de omwonenden plaatsgevonden in verband met de wateroverlast waarmee een aantal bewoners te maken heeft gehad en is met hen een regeling overeengekomen.

3 Bestuur, toezicht en bedrijfsvoering

3.1 Normen voor goed bestuur

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. Voor een nadere toelichting wordt verwezen naar het Jaardocument 2008.

In december 2009 heeft de Raad van Toezicht besloten zijn ledental in 2010 uit te breiden van 7 naar 8. Hiermee is geanticipeerd op de Zorgbrede Governance Code 2010 die o.a. aangeeft dat minimaal een lid van de raad van Toezicht relevante kennis en ervaring moet hebben op het gebied van de zorg. De navolgende documenten zijn hierop aangepast:

- 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.

Het ziekenhuis heeft de principes van de zorgbrede governancecode opgevolgd en nageleefd volgens het principe 'comply or explain'.

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.

3.2 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 kernelementen van dit reglement worden hieronder nader beschreven. 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 en de jaarrekening.

De Raad van Toezicht wordt tevens structureel geïnformeerd over:

- productieresultaten, personele en materiële kosten (kwartaalrapportages);
- rapportages vanuit het patiëntenwaarderingsonderzoek;
- kwaliteitsbeleid;
- 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 HRM.

De Raad van Toezicht volgt voor de bezoldiging van de leden van de Raad van Bestuur de adviesregeling van de NVZD. De bezoldiging van de leden van de Raad van Bestuur is opgenomen in de jaarrekening.

De Raad van Bestuur kent een portefeuillevdeling: ieder lid van de Raad van Bestuur heeft een aantal specifieke aandachtsgebieden. De portefeuillevdeling 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:

- besluitvorming t.a.v. plan van aanpak NIAZ-accreditatie;
- Plan van aanpak Veiligheidscultuur Gelre ziekenhuizen.
- Medische zaken:
 - situatie MDL-artsen Apeldoorn;
 - Draaiboek Nieuwe Influenza A (H1N1);
 - Cytostaticabereiding.

Marktontwikkeling:

- PCI/ICD in de Stedendriehoek;
- ontwikkeling Eerstelijns Diagnostisch Centrum Apeldoorn;
- STZ-status;
- Stedendriehoek;
- samenwerking Sutfene en Verian;
- Brand Mission.

Personele en sociale zaken:

- diverse FWG-indelingen;
- diverse werktijdenwijzigingen;
- nieuw introductieprogramma nieuwe medewerkers i.v.m. komst ziekenhuisdirecteuren;
- MTO.

Organisatie:

- meerjarenbeleidsplan 2010-2014;
- overhead value analysis;
- benoeming leden strategiecomité;
- invoeren spiegelgesprekken.

Financiën en Productie:

- maandelijks managementrapportages en kwartaalrapportages;
- meerjareninvesteringsbegrotingen Apeldoorn en Zutphen;
- meerjarenbegroting ICT;
- jaarrekening 2008, jaardocument 2008 en kaderbrief 2010;
- begroting 2010;
- SLA/DVO.

Bouwzaken/huisvesting:

- opening vernieuwbouw Apeldoorn;
- overdracht locatie Juliana;
- beheersplan luchtbehandeling OK's Apeldoorn en Zutphen;
- parkeerproblematiek Apeldoorn;
- eindafrekening RGC;
- vaststellen inhuysplanning nieuwbouw Zutphen;
- eindafrekening concentratiebouw locatie Apeldoorn.

ICT:

- go live SAP-4-ZIS;
- EPD.

Een aantal van deze onderwerpen wordt in hoofdstuk 4 toegelicht.

Overleg Raad van Bestuur en Medisch Stafbesturen

Lokaal Overleg Raad van Bestuur – Medisch Stafbestuur (LORM)

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). In 2008 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 LORM. Het LORM overleg stond onder voorzitterschap van het lid van de Raad van Bestuur dat daaraan deelnam. De Raad van Bestuur voerde tot en met september 2009 per locatie maandelijks dit overleg, in afwachting van de komst van de aan te stellen ziekenhuisdirecteuren voor de locaties Apeldoorn en Zutphen. Vanaf oktober zijn deze overleggen overgenomen door de beide ziekenhuisdirecteuren.

Transitiecomité

In 2009 is een transitiecomité ingesteld, bestaande uit de voorzitter Raad van Bestuur, voorzitters Medisch Stafbesturen van beide locaties en de voorzitter van de stafmaatschap Apeldoorn met als doel de overgang naar het nieuwe besturingsmodel te begeleiden. De frequentie van deze bijeenkomsten is één maal per maand. Onderwerpen welke door dit comité in het verslagjaar zijn behandeld:

- strategiecomité;
- overleg Holdingbestuur – RVE directies;
- positionering Gelre commissies;
- vormgeving bestuur/holding/concernstaf;
- planning en control cyclus;
- systematiek service level agreements;
- systematiek interne verrekenprijzen.

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 3.6. De voltallige Raad van Bestuur is één 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 Patientveiligheid en Zorgkwaliteit) 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 3.5.

Overleg Raad van Bestuur en Management

In 2009 is de overleg structuur met het management aangepast. In de eerste negen maanden van het jaar voerde de Raad van Bestuur overleg met:

- de directeuren van de stafdiensten (door de voorzitter van de Raad van Bestuur);
- de zorgmanagers (gezamenlijk maandelijks, daarnaast bilateraal);

- in september zijn de directeuren van de RVE Apeldoorn en Zutphen aangesteld. Hierna is het overleg met de zorgmanagers overgenomen door deze directeuren. De RvB (portefeuillehouder Patientveiligheid en Zorgkwaliteit) overlegt maandelijks met hen;
- met de directeur SSC AOD wordt maandelijks overlegd door het betreffende lid van de Raad van Bestuur;
- in 2009 was er een vacature voor de directeur SSC MOD.

De voltallige Raad van Bestuur overlegt vier maal per jaar met iedere directeur afzonderlijk. Voor de samenstelling van de Raad van Bestuur, de nevenfuncties en de portefeuillevindeling wordt verwezen naar bijlagen 3 en 4.

3.3 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. 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 (zie hiervoor het jaardocument 2008). 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, Strategiecomitee 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:

- a. Algemene eisen aan Raad van Toezicht als geheel:
maatschappelijke herkenbare samenstelling, zoals naar verdeling man/vrouw en naar sectoren in de samenleving;
- leden zijn complementair qua opleiding en achtergrond;
 - representatief voor de regio.
- b. Algemene eisen aan individuele leden:
- onafhankelijk;
 - brede maatschappelijke belangstelling;
 - affiniteit met gezondheidszorg;
 - in staat om een evenwicht te betrachten tussen de terughoudendheid die past bij toezicht en de betrokkenheid die past bij advies.
- c. Specifieke aandachtspunten individuele leden:
- bestuurlijke kennis en ervaring in de branche en/of in andere, grotere organisaties: overheid of maatschappelijke of commerciële onderneming; deel uitmaken van landelijk, provinciaal of regionaal netwerk;
 - kennis van één of meer voor het ziekenhuis relevante aandachtsgebieden, zoals: zorgverlening, sociale verzekering/financiën, informatie- en communicatietechnologie, human resource management.

De suggesties van de Raad voor de Volksgezond en Zorg uit zijn adviesrapport Governance en kwaliteit van zorg voor de vorming van een governance-systeem en anticiperend op de aangepaste Zorgbrede Governancecode hebben de basis gevormd voor de bespreking door de Raad van Toezicht in zijn vergadering van april van het verslagjaar over de toevoeging van een extra RvT lid met als gewenste deskundigheid de zorg. Omdat het onderwerp kwaliteit van zorg de permanente aandacht heeft van de voltallige Raad van Toezicht heeft de raad er bewust voor gekozen niet een aparte commissie voor dit onderwerp in te richten. Het resultaat is dat in zijn vergadering van december de Raad besloten heeft de heer P. Holland per 1 januari 2010 als achtste lid toe te voegen. Daarmee wordt aan de lijst van deskundigheden 'zorgdeskundigheid' toegevoegd.

Voor de uitbreiding van het aantal leden van de Raad van Toezicht was het noodzakelijk zowel de statuten, het reglement van de Raad van Toezicht en het Reglement betreffende de samenstelling en de procedure van benoeming, schorsing en ontslag van leden van de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht hier op aan te passen. Daartoe heeft de Raad van Toezicht in haar vergadering van december besloten.

Bijeenkomsten

De Raad van Toezicht heeft in 2009 vijf reguliere vergaderingen en een extra vergadering 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 2009 is geen zelfevaluatie gehouden. Wel is uitgebreid gesproken over de wijze waarop in 2010 vorm en invulling zal worden gegeven aan deze zelfevaluatie.

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.

Tevens conform hetgeen is afgesproken met de Cliëntenraad heeft in april van het verslagjaar een gesprek plaatsgevonden tussen de voltallige Cliëntenraad en het lid RvT op voordracht van de Cliëntenraad alsmede het lid RvB met de Cliëntenraad in zijn portefeuille. In een informele setting wordt normaliter tussen de Raad van Toezicht en de medisch stafbesturen Apeldoorn en Zutphen over diverse onderwerpen gesproken in aanwezigheid van de Raad van Bestuur. Door planningstechnische problemen heeft dit in 2009 niet plaats kunnen vinden. In 2010 wordt deze bijeenkomst weer gepland.

Besluiten:

De Raad van Toezicht heeft in 2009 de jaarrekening 2008 vastgesteld en verleende haar goedkeuring aan:

- het jaardocument 2008;
- statuten wijziging en aanpassing reglementen in het kader van wijziging samenstelling RvT;
- de begroting 2010;
- strategisch meerjarenbeleidsplan 2010-2014.

Daarnaast zijn uiteraard de financiële kwartaalrapportages (zowel voor de exploitatie als voor de vernieuwbouw Apeldoorn als ook voor de nieuwbouw Zutphen), de meerjaren prognose en het accountantsverslag 2008 besproken en is aan de Raad van Bestuur décharge verleend betreffende het financiële jaarverslag over 2008, op grond van een toelichting door de accountant.

Tijdens iedere vergadering van de Raad van Toezicht worden de door de RvB-leden op schrift gestelde 'Rapportages vanuit de aandachtsgebieden' besproken. Door middel van deze rapportages informeren de leden van de Raad van Bestuur de Raad van Toezicht over de belangrijkste ontwikkelingen binnen de portefeuilles van de Raad van Bestuur. Vanuit deze rapportages hebben in 2009 onder meer de volgende onderwerpen aandacht gekregen:

- besturingsmodel;
- strategisch meerjarenbeleidsplan 2010-2014;
- integratie Gelrebrede projecten: Gelre 2012;
- overleg en onderhandeling zorgverzekeraars;
- samenwerkingsrelaties met andere ziekenhuizen, regionaal en landelijk;
- situatie maatschap MDL;
- de meerjaren prognose;
- SAP-4-ZIS;
- nieuwbouw Zutphen.

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

- kwaliteitsmanagement en patiëntveiligheid;
- rechtsvorm van een ziekenhuisonderneming.

Op 28 oktober is de Raad van Toezicht naar aanleiding van concrete signalen voor een extra vergadering bij elkaar gekomen ter bespreking van het plan van aanpak 'Veiligheidscultuur Gelre ziekenhuizen'. De kern hiervan is de verdere vergroting van de patiëntveiligheid. De Raad van Toezicht heeft haar instemming aan gegeven en zijn vertrouwen uitgesproken in de aanpak die de Raad van Bestuur voorstaat.

Commissies

De Raad van Toezicht kende een auditcommissie en een remuneratiecommissie. De auditcommissie bestaat uit de heren Visscher en Eppink. In 2009 heeft de auditcommissie de controle op de kwartaalrapportages, de jaarrekening en de begroting 2010 uitgevoerd. Tevens heeft de commissie onderdeel uitgemaakt, samen met de voorzitter Raad van Bestuur en de stafdirecteur Financiën & Control, van de selectiecommissie in de procedure voor de selectie voor een nieuw accountantskantoor.

De voorzitter vormt samen met een roulerend lid van de Raad van Toezicht, de remuneratiecommissie. Deze voert jaarlijkse functioneringsgesprekken met de leden van de Raad van Bestuur.

In het voorjaar van 2009 heeft deze commissie 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.

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.

Mutaties Raad van Toezicht

De Raad van Toezicht bestond gedurende het jaar 2009 uit zeven leden. Er zijn in de Raad geen mutaties geweest.

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.

3.4 Bedrijfsvoering

3.4.1 Beleids- en begrotingscyclus

3.4.1.1 Beleidskader

Nieuw besturingsmodel

In 2008 is besloten om over te gaan op een nieuw besturingsmodel. Het zal circa twee jaar duren totdat dit model, inclusief alle bijbehorende instrumenten en procedures, in volle omvang draait.

In 2009 zijn de volgende belangrijke stappen gezet, te weten:

- invoering nieuwe structuur;
- benoeming nieuwe directeuren;
- opstellen begroting volgens nieuwe procedure;
- opstellen systeem van Service Level Agreements (SLA's) en interne verrekenprijzen waarmee in 2010 zal worden proefgedraaid, en die in 2011 integraal onderdeel van de budgetteringssystematiek zullen vormen.

Rendementsdenken

Het nieuwe besturingsmodel past in de lijn van het rendementsdenken, dat vorig jaar al is ingezet en nog meer vorm dient te krijgen. Hiertoe is nu een aantal instrumenten voorhanden, met name de rendementsprofielen per vakgroepen, de DBC-verrichting- en kostenprofielen. Daarnaast is in 2009 gewerkt aan het verder vorm geven van zorgeenheden als profit centers, alsmede aan het zichtbaar maken van indirecte kosten van medische en algemeen ondersteunende diensten via interne verrekenprijzen en door middel van een productcatalogus en dienstverleningsovereenkomsten.

Verzakelijking

Het nieuwe besturingsmodel betekent ook dat de interne verhoudingen worden verzakelijkt. Dit houdt in dat er inzicht is in de afname door de zorgeenheden bij de medisch ondersteunende en algemeen ondersteunende diensten, welke kostenconsequenties hieraan zijn verbonden en welke afspraken hierover moeten worden gemaakt.

3.4.1.2 Meerjarenprognose

Gelre ziekenhuizen kent een meerjarenprognose (vijf jaar). Deze wordt elk jaar in september geactualiseerd. Deze prognose omvat:

- een omschrijving van de relevante externe en interne ontwikkelingen;
- de hoofdlijnen van het langere termijn beleid;
- een financiële risicoanalyse;
- de benodigde acties voor 2010 en verder;
- de financieel-strategische keuzes;
- de uitgangspunten voor de meerjarenbegroting;
- de meerjaren exploitatiebegroting;
- de ontwikkeling van het vermogen.

3.4.1.3 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.

3.4.1.4 Jaarlijkse beleids- en begrotingscyclus

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

Hierna is deze cyclus schematisch weergegeven:

periode	Activiteit	verantwoordelijkheid
Mei	kaderbrief, omvattend: <ul style="list-style-type: none"> ▪ financieel kader; ▪ beleidskader en prioriteiten; ▪ te volgen procedure. 	RvB
Juni	<ul style="list-style-type: none"> ▪ productieprognoses 	Stafmaatschap/Ondernemerscommissie/budgethouders
Juli	<ul style="list-style-type: none"> ▪ opstellen en inleveren conceptjaarplan incl. concept-begroting 	Budgethouders met ondersteuning van stafdiensten
September	<ul style="list-style-type: none"> ▪ voorbespreken jaarplannen (technisch vooroverleg) 	BAC met budgethouders
September	<ul style="list-style-type: none"> ▪ doorrekenen van aanpassingen en opstellen geconsolideerde begroting 	Financiën & Control
Oktober	<ul style="list-style-type: none"> ▪ signaleren knelpunten; ▪ bespreken concept-jaarplannen; ▪ adviseren over concept-begroting; ▪ benodigde aanpassingen in relatie tot de Zorgvisie 	BAC
Oktober	<ul style="list-style-type: none"> ▪ actualiseren meerjareninvesteringsbegroting 	Investeringscommissie
Oktober	<ul style="list-style-type: none"> ▪ gezamenlijk bespreken begroting, knelpunten en vaststellen prioriteiten 	RvB, DORM en BAC OR als toehoorder
Oktober/ November	<ul style="list-style-type: none"> ▪ beleid- en budgetbesprekingen ▪ kernpunten jaarplan ▪ gesignaleerde knelpunten ▪ advies BAC 	RvB met budgethouders
Eind November	<ul style="list-style-type: none"> ▪ tweede gezamenlijke bespreking: keuzes bepalen 	RvB, DORM en BAC OR als toehoorder
November/ December	<ul style="list-style-type: none"> ▪ keuzes definitief maken; ▪ vaststellen intern budget; ▪ begroting ter advisering voorleggen aan Cliëntenraad en vervolgens ter goedkeuring Raad van Toezicht 	RvB
December	<ul style="list-style-type: none"> ▪ definitieve begroting vaststellen en terugkoppelen naar budgethouders ▪ vaststellen investeringsbegroting 	RvB
Januari	vaststellen en ondertekenen deelbegrotingen	RvB met individuele budgethouders

3.4.1.5 Kaderbrief

Jaarlijks wordt de kaderbrief vastgesteld door de Raad van Bestuur. Deze bevat de missie en ambities, de belangrijke externe en interne ontwikkelingen, het financieel kader, de prestatie-indicatoren, de begrotingsprocedure en de hoofdlijnen van het jaarplan.

3.4.1.6 Jaarplannen

De managers/zorgbesturen stelden jaarlijks een jaarplan op. Hierin werd aangegeven hoe elke eenheid wilde inspelen op de externe ontwikkelingen en welke marktkansen zij wilden realiseren. Tevens werd hierin weergegeven wat de verwachte productie zou worden, welke middelen hiervoor nodig waren en wat de prestatie-indicatoren zouden worden.

Deze plannen werden vervolgens met de Raad van Bestuur besproken en waar nodig aangevuld respectievelijk aangepast. De Begrotings Advies Commissie (BAC) adviseerde de Raad van Bestuur. Vervolgens werden deze plannen vastgesteld. In de loop van het jaar werd een voortgangsgesprek gevoerd tussen de manager/het zorgbestuur en de Raad van Bestuur.

3.4.1.7 Exploitatiebegroting

De begroting 2009 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.

3.4.1.8 Periodieke rapportages

Er zijn twee typen periodieke rapportages:

- de maandrapportages. Deze zijn intern gericht en met name bedoeld voor de budgethouders en de RvB;
- de kwartaalrapportages. Deze zijn intern en extern gericht en bedoeld voor de Raad van Bestuur, de Raad van Toezicht, de Stafbesturen, de OR, de Cliëntenraad en externe financiële partners

3.4.2 Kernpunten financieel beleid

3.4.2.1 Accentverschuiving

Van kostenbeheersing via productieverhoging naar rendementsverbetering..

Jarenlang heeft met name door de externe budgettering intern de nadruk gelegen op de kostenbeheersing, omdat de productiegroei min of meer gerantsoeneerd was. Acht jaar geleden 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.

Wij bevinden ons ook meer in een markt waar de concurrentie groter wordt en waar steeds meer vrije prijsvorming mogelijk is. Het B-segment waar dit voor geldt omvat nu 34 procent van onze productie.

Wij moeten ons dus ook meer gaan richten op het rendement per productgroep. 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.

Tenslotte legt de economische crisis nu weer meer nadruk op budgettering op macro- en microniveau en zullen wij met forse kortingen van overheidswege te maken krijgen. Daarom zijn interne efficiencyverbeteringen noodzakelijk.

3.4.2.2 Groei van de productie

Zoals in 2009 zal ook in de komende jaren gestreefd worden de productiegroei minimaal gelijk houden aan de gemiddelde groei in Nederland, anders verliezen wij ongewenst marktaandeel. Hierbij zijn de cijfers van het Centraal Plan Bureau voor ons een richtsnoer.

Intern wordt met name aandacht besteed aan die maatschappen / vakgroepen die in vergelijking met het ziekenhuis als geheel een lagere adherentie hebben. Daarnaast worden actief vakgroepen ondersteund en projecten geïnitieerd die een bovenregionale functie kunnen vervullen.

De groei van de productie is in 2009 door een combinatie van een aantal gerichte maatregelen ook hoger dan vorig jaar en naar verwachting hoger dan landelijk gemiddeld.

3.4.2.3 Efficiencyverbetering

De noodzaak van efficiencyverbetering is hiervoor al genoemd. In dit kader zijn de volgende projecten van belang:

- procesoptimalisatie poliklinieken
- patiëntenlogistiek
- SAP-4-ZIS

Tussen deze projecten bestaan duidelijke raakvlakken en er zijn mogelijkheden om producten en resultaten uit deze projecten 'over elkaar heen te leggen'.

Daarnaast zijn de volgende twee projecten gestart:

- Project Patiëntgebonden kosten: Om de verdere kostenstijging te beheersen en daar waar mogelijk deze kosten te beperken is een apart project gestart;
- Project Efficiencyverbetering als gevolg van ICT: De afgelopen jaren is veel geïnvesteerd in ICT, vaak ook met de bedoeling om de doelmatigheid te vergroten. Het resultaat van dit project is dat wordt bepaald wat de mogelijke efficiencywinst is en hoe deze kan worden geëffectueerd.

Tenslotte is in het financiële kader voor het jaar 2009 een algemene taakstelling op dit terrein gegeven en gerealiseerd, te weten:

- 3% productiestijging;
- € 2 miljoen efficiencyverbetering;
- zorgeenheden 1% efficiencyverbetering, met name door middel van daling gemiddelde verpleegduur (circa 3% meer productie met 2% meer personeel);

- overige eenheden 2% efficiencyverbetering (met name door middel van OVA en BPR);
- daarboven eliminatie meerkosten twee locatie-model Apeldoorn als gevolg van sluiting locatie Juliana.

3.4.2.4 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 2009 is hier 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.

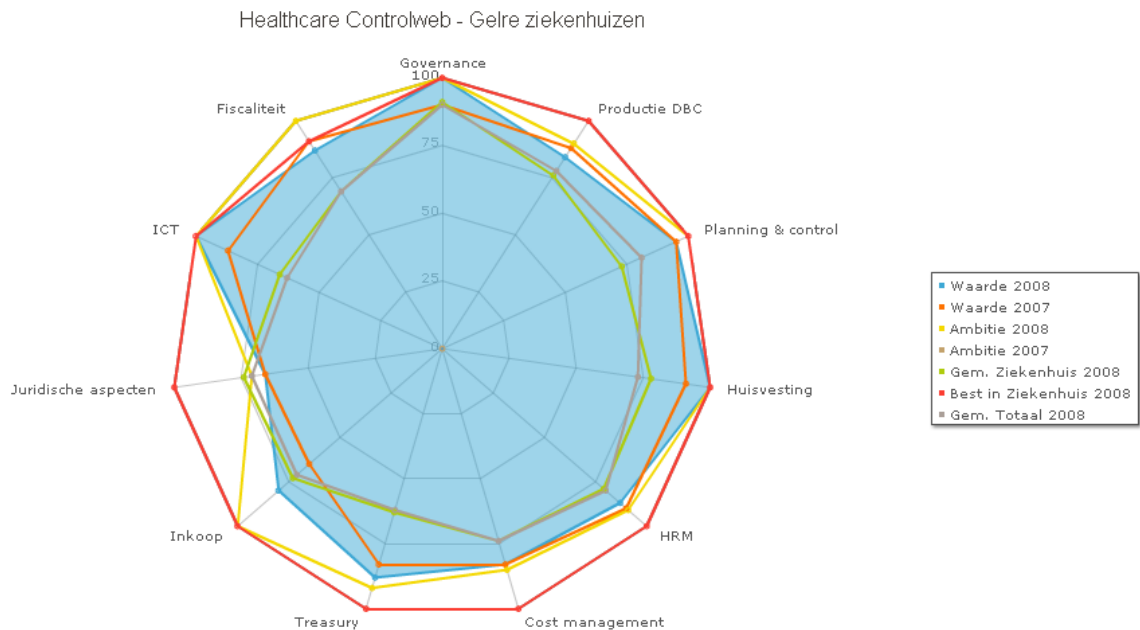
3.4.2.5 Verbetering van het weerstandsvermogen

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 (WfZ) stellen. Het WfZ gaat nu uit van een budgetratio van 15% als gewenst en geeft aan dat dit kan oplopen tot 20%.

Al meerdere jaren is het beleid van Gelre ziekenhuizen om het eigen vermogen 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. Het budgetratio is in 2009 gestegen van 13 naar 19%.

3.4.3 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:



In 2009 zijn wij overgestapt op een andere accountant, te weten KPMG. Zij hanteren dit control web niet, maar hebben bij de interim-controle wel hun bevindingen weergegeven in de managementletter 2009.

Deze bevindingen worden herkend en erkend en zijn te onderscheiden in twee categorieën, te weten:

- facturering en de daarmee samenhangende aspecten in het licht van de overgang naar SAP;
- de overige onderdelen.

Voor wat betreft de facturering en de daarmee samenhangende aspecten heeft de controle door de accountant eigenlijk te vroeg plaatsgevonden. Hierdoor is een aantal rode signalen ontstaan die wij als belangrijke aandachtspunten beschouwen.

De controle door de accountant kwam in die zin te vroeg dat normaliter een overgang naar een nieuw ziekenhuisinformatiesysteem aan het begin van het jaar plaatsvindt en op het moment van de controle door de accountant het systeem redelijk ingeregeld is, er al meerdere malen is gefactureerd en de controles hierop door de interne controlefunctionaris hebben plaatsgevonden.

In Gelre ziekenhuizen is dit niet het geval. De overgang heeft pas eind juni plaatsgevonden, de facturering is net gestart en de controle door de interne controlefunctionaris heeft vrijwel gelijktijdig plaatsgevonden.

Bij de overige onderdelen is een beperkt aantal aanbevelingen gedaan die zijn te beschouwen als het zetten van de puntjes op de i. Het merendeel van deze punten is opgepakt c.q. zal in

2010 worden opgepakt. De belangrijkste hiervan is de facturatie over oude jaren. Dit betreft Agis en is in 2009 geregeld.

3.5 Cliëntenraad

De huidige Cliëntenraad - benoemd eind 2006 - bestaat uit negen leden, waarvan er vijf, inclusief de voorzitter, respectievelijk afkomstig zijn uit het verzorgingsgebied Apeldoorn en vier uit het verzorgingsgebied Zutphen en omstreken.

De samenstelling van de Cliëntenraad ondervond in het verslagjaar geen wijziging.

De Cliëntenraad werkt op basis van de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen als een formeel onafhankelijk adviesorgaan van de Raad van Bestuur. Het Huishoudelijk Reglement van de Cliëntenraad is door de Cliëntenraad in 2009 geactualiseerd. De 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.

Naar aanleiding van de invoering van het nieuwe besturingsmodel van de Gelre ziekenhuizen en als gevolg daarvan de benoeming van twee locatiedirecteuren in Apeldoorn en Zutphen, heeft de Raad in 2009 kennis gemaakt met de RVE directeur te Zutphen, het gesprek met de RVE directeur te Apeldoorn zal in 2010 plaats vinden. In verband met de nieuwe structuur van de ziekenhuizen, de daarbij behorende nieuwe functies en verantwoordelijkheden beraadt de Raad zich op de invulling van de contacten met de Raad van Bestuur en de twee Locatiedirecteuren. De Raad is voornemens dat -in tegenstelling tot de huidige situatie- één van de leden uit Zutphen in het Dagelijks Bestuur van de Cliëntenraad plaats te laten nemen,

In 2009 heeft de Raad voor het eerst gebruik gemaakt van de door hem opengehouden mogelijkheid het participierend model te hanteren. De secretaris van de Raad heeft deelgenomen aan een werkgroep met als opdracht de Raad van Bestuur te adviseren over het klachtenmanagement in het ziekenhuis. Mogelijk worden deze activiteiten in 2010 voortgezet.

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.

In 2009 waren leden van de Raad voor het eerst aanwezig bij Spiegelgesprekken (zie ook hoofdstuk 4.3).

De Raad van Bestuur (portefeuillehouder patiëntveiligheid en zorgkwaliteit) 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.

De Raad heeft desgewenst contact met de Ondernemingsraad.

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.

Samenstelling

Zie voor de samenstelling van de Cliëntenraad per 31 december 2009 bijlage 7.

Adviezen

In het verslagjaar 2009 is door de Raad van Bestuur advies gevraagd aan en door de Cliëntenraad advies uitgebracht over de volgende onderwerpen:

- begroting 2010;
- project patiëntcommunicatie Digitaal en op Maat;
- meerjarenbeleidsplan 2010-2014;
- klachtenreglement;
- plan van Aanpak Signalering Kindermishandeling;
- advies lid Raad van Toezicht;
- euthanasie beleid;
- taken en Verantwoordelijkheden Hoofdbehandelaar.

De adviezen worden door de RvB ter harte genomen en waar mogelijk meegenomen bij de implementatie van het beleid.

3.6 Ondernemingsraad

Gelre ziekenhuizen heeft één Ondernemingsraad (OR), waarin volgens het reglement 19 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 structureel overleg met het hoofd Personeelszaken en met de directeuren van de RVE's en SSC's.

Kerntaak van de OR is het voortdurend bewaken, stimuleren en toetsen of de belangen van de medewerkers voldoende aandacht krijgen. Tegelijkertijd neemt de OR de belangen van de organisatie mee in zijn oordeel- en besluitvorming.

De OR heeft zijn werkwijze aangepast aan de structuur van de Holding:

Voor de RVE-en in Apeldoorn en Zutphen en de SSC AOD en SSC MOD zijn OR-commissies ingesteld. Zij voeren structureel overleg (iedere zes weken) met de RVE- en SSC directeuren. Binnen het overleg worden onderwerpen besproken die bij de OR in behandeling zijn en worden de te verwachten zaken binnen het betreffende RVE/SSC voorbesproken.

Over regelingen op het gebied van het sociaal beleid van de onderneming, heeft de OR instemmingsrecht. Dit geldt voor wijzigingen van arbeidstijden, roosters en deeltijdbeleid. Hierover heeft de OR zeven instemmingsaanvragen ontvangen in 2009.

Overige instemmingsaanvragen die in 2009 zijn behandeld zijn:

- beleid & klachtenreglement ongewenste omgangsvormen;
- regeling bedrijfsfitness;
- vakantie-regeling klinische afdelingen.

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

- plannen van aanpak behorende bij de RI&E van diverse afdelingen;
- meerjarenplan milieu;
- contract arbodienst / bedrijfsarts;
- verzuimprotocol / casemanagers.

De voorgenomen regeling Arbeidsgerelateerde Hulpmiddelen krijgt geen instemming. De OR vindt de bestaande regelingen binnen Gelre afdoende om aan de vraag naar arbeidsgerelateerde hulpmiddelen te kunnen voldoen.

In 2009 werd een langdurig traject afgesloten. De Goederenlogistiek van Gelre ziekenhuizen is per 1 januari 2010 uitbesteed aan een externe organisatie.

De ondernemingsraad heeft in 2009 over de volgende onderwerpen advies uitgebracht.

- vorming van het SSC AOD
- meerjarenbeleidsplan;
- reorganisatie ondersteunende diensten Heelkunde;
- eigen risicoschap WGA;
- toevoeging achtste lid Raad van Toezicht met specifieke zorgervaring;
- benoeming directeuren RVE's en SSC's.

Een aantal advies- en instemmingstrajecten is in 2009 ingezet en in 2010 afgerond:

- vorming Eerstelijns Diagnostisch centrum (EDC);
- reorganisatie ondersteunende diensten Heelkunde;
- weekenddienst Gynaecologie Apeldoorn;
- herinrichting Polikliniek Zutphen.

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 2009 waren onder andere:

- organisatiewijziging MMI;
- integratie Diëtetiek Apeldoorn en Zutphen;
- integratie Arbo-Milieu en Coördinatiepunt Reïntegratie.

De medezeggenschap volgt de zeggenschap binnen een organisatie. Omdat verwacht wordt dat gaande 2009 veel besluiten voortkomen uit het invoeren van het Holdingmodel, acht de OR het onverstandig om in 2009 OR verkiezingen te houden. Om de nodige kennis en ervaring te behouden besluit de OR de zittingstermijn tijdelijk met een jaar te verlengen, en geen tussentijdse verkiezingen te houden.

Zie bijlage 8 voor de samenstelling van de OR per 31 december 2009.

3.7 Verpleegkundige Adviesraad (VAR)

De doelstelling van de VAR is het bewaken en bevorderen van de kwaliteit van de verpleegkundige zorgverlening en professionalisering van de verpleegkundige beroepsgroep in Gelre ziekenhuizen. Dit wil de VAR bereiken door de organisatie te adviseren over beroepsinhoudelijke aangelegenheden, het volgen van deze ontwikkelingen en het vaststellen en optimaliseren van de kwaliteit en kwaliteitseisen m.b.t. de verpleegkundige zorgverlening.

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

Regelmatig brengt het bestuur gevraagd en ongevraagd advies uit aan de organisatie (RvB en management) over genoemde thema's. Thema's die in 2009 actueel waren, zijn onder andere:

- de nieuwbouw van Gelre Zutphen;
- Evidence Based Practice;
- Elektronisch Patiëntendossier EPD;
- taakherschikking;
- patiëntveiligheid en medicatietoediening.

In 2009 is een databank voor verpleegkundigen opgezet waarin alle kwaliteitsprojecten door en voor verpleegkundigen zijn opgeslagen.

Daarnaast is de VAR in 2009, in overleg met de RvB en de RVE-directeuren verder gegaan met het professionaliseren van de interne werkwijze en de advisering. Vooral het vroegtijdig betrekken van de VAR bij verpleegkundige beleidsvraagstukken en dus het pro-actief kunnen reageren hebben de aandacht.

Zie bijlage 9 voor de samenstelling van de Verpleegkundige Adviesraad.

3.8 Strategiecomité

Het strategiecomité is eind 2009 geïnstalleerd als uitvloeisel van het eerder genoemde bestuursbesluit (zie 2.2.2.). Vanwege de nieuwe organisatiestructuur, waarbij de beide medische stafbesturen direct verbonden zijn met de beide ziekenhuisdirecteuren, bestond behoefte aan een adviesorgaan, vanuit de medisch specialisten, op holdingniveau.

Het strategiecomité wordt door de Raad van Bestuur om advies gevraagd in alle strategische kwesties van majeure betekenis. Het betreft in ieder geval:

- het strategisch meerjaren beleidsplan van de onderneming Gelre ziekenhuizen;
- plannen voor fusie of ontvlechting, respectievelijk strategische allianties en afsplitsingen;
- omzetting van de juridische vorm van de onderneming of de samenstellende delen daarvan;
- principiële wijzigingen in, beëindiging/toevoeging van belangrijke contracten met zorgverzekeraars;
- vaststelling profiel en benoeming van leden van de Raad van Bestuur.

In strategische kwesties van majeure betekenis kan het strategiecomité ook ongevraagd advies geven.

Het comité adviseert de Raad van Bestuur, zonder last of ruggespraak.

Het strategiecomité bestaat uit 7 leden. Zie bijlage 11 voor de samenstelling.

3.9 Medisch Stafbestuur Apeldoorn

De Vereniging Medische Staf Gelre Apeldoorn is een belangenvereniging van en voor alle in het Apeldoornse ziekenhuis werkzame medisch specialisten en kent een eigen reglement en eigen statuten. De daarin vastgelegde centrale doelstelling is het waarborgen van en op professionele wijze gestalte geven aan de kwaliteit en continuïteit van de medisch specialistische zorg binnen het ziekenhuis. Het nastreven van deze centrale doelstelling gebeurt binnen het kader van de doelstellingen van het ziekenhuis, met behoud van de verantwoordelijkheid van de medisch specialist.

In 2009 telde de vereniging 141 leden, waarvan acht buitengewone leden. Voor hen werd maandelijks een plenaire ledenvergadering georganiseerd, terwijl het bestuur van de vereniging op wekelijkse basis bij elkaar kwam. Het bestuur bestond in 2009 uit zes leden:

De samenstelling van het medisch stafbestuur 2009 is opgenomen in bijlage 16.

De taakverdeling en werkwijze van de vereniging zijn vastgelegd in een reglement. Het bestuur draagt zorg voor beleidsvoorbereiding en voorbereiding van adviezen aan de Raad van Bestuur. Ook heeft het bestuur namens de leden overleg met in- en externe partijen. In de maandelijkse ledenvergadering vindt besluitvorming plaats over adviesaanvragen vanuit de organisatie, beleidsvoornemens en zorginhoudelijke aangelegenheden. Ook wordt hier jaarlijks de begroting en de jaarrekening vastgesteld.

Het Medisch Stafbestuur (MSB) maakt ten behoeve van het opbouwen en vasthouden van expertise op relevant geachte beleidsterreinen gebruik van een aantal stafkoepels, te weten kwaliteit, opleiding en ICT. Deze koepels fungeren als ondersteunende dienst van het MSB, waarbij de eindverantwoordelijkheid voor het te voeren beleid bij het MSB blijft ondergebracht. Mede door deze structuur is de VMS in staat om op belangrijke dossiers een duidelijk rol te spelen.

Belangrijke activiteiten in 2009

Het jaar 2009 stond voor de medische staf en het MSB voor een groot deel in het teken van de invoering van organisatieverandering. Na afronding van de besturingsdiscussie in 2008 is medio 2009 de implementatie hiervan van start gegaan. Het werken in Resultaat Verantwoordelijke Eenheden bracht ook voor de medische staf de nodige veranderingen met zich mee, waaronder nieuwe overlegstructuren en mandatering van medisch managers en MSB.

Daarnaast is in dit verslagjaar een begin gemaakt met de vanuit kwaliteitsoogpunt belangrijke invoering van een systeem voor de beoordeling het individueel functioneren van medische specialisten (IFMS). De versterkte focus op kwaliteit was ook zichtbaar door de verschillende accreditatietrajecten die gaande het jaar zijn gestart.

Verder is de samenwerking tussen de eerste- en tweedelijnd aandachtspunt geweest. Een meerdaagse werkconferentie van huisartsen en medisch specialisten, met presentaties van beide partijen over allerlei transmurale onderwerpen, was een groot succes. Dit heeft er ook toe geleid dat de overleggen over transmurale werkafspraken zijn geïntensiveerd, wat op zijn beurt weer tot een aantal herzieningen/actualisaties van dergelijke afspraken heeft geleid. Verder is ook het regulier overleg met de regionale huisartsenvertegenwoordigers geïntensiveerd. Tenslotte is de schriftelijke communicatie met de eerste lijn sinds eind 2009 volledig elektronisch.

Vanuit de koepel opleidingen is in 2009 veel aandacht besteed aan het verkrijgen van een STZ-accreditatie voor het ziekenhuis. Eind van het verslagjaar heeft de STZ een uitgebreide audit uitgevoerd. Begin 2010 is de status ook daadwerkelijk toegekend. De medische vervolgoopleidingen zijn in 2009 uitgebreid met de opleiding klinisch fysica, GZ psychologie V/O en het chirurgiedeel van de tropenopleiding. Met deze laatste heeft Gelre Apeldoorn nu de gehele tropenopleiding in huis. Erkenning is verkregen voor klinische chemie, er kan in 2010 gestart gaan worden met een assistent-in-opleiding. Daarnaast is ook de opzet van het skillslab voltooid. Er is gestart met een module op het gebied van laparoscopisch opereren voor arts-assistenten gynaecologie en chirurgie. Bureau Opleidingen & Onderzoek (O&O) is gevraagd zitting te nemen in de commissie Minimaal Invasieve Chirurgie om daar vanuit het oogpunt van opleiden een bijdrage aan te leveren.

Een ander belangrijk onderwerp vanuit de koepel was het opnieuw vormgeven van de wetenschapscommissie en de organisatie van een wetenschapssymposium. Beide zijn in de tweede helft van 2009 succesvol gerealiseerd. Er is n.a.v. een enquête die in 2008 onder alle arts-assistenten is gehouden en waaruit bleek dat men de algemene ziekenhuisintroductie weinig zinvol vond, in 2009 gestart met een maandelijks introductieprogramma voor nieuwe arts-assistenten. Om alle medisch specialisten die betrokken zijn bij het begeleiden van arts-assistenten hierin te professionaliseren zijn er door Bureau O&O weer twee in company trainingdagen Teach the Teacher georganiseerd.

De koepel ICT heeft zich in 2009 vooral gericht op inbreng vanuit de medisch staf bij de invoering van het nieuwe ziekenhuisinformatiesysteem (ZIS), het SAP-4-ZIS project. De eerste fase daarvan is eind 2009 vrijwel afgerond. Vanuit de koepel en onderliggende commissies en werkgroepen is getracht de bruikbaarheid en gebruiksvriendelijkheid voor de zorgverleners/gebruikers zoveel als mogelijk te borgen, hetgeen niet altijd even gemakkelijk was. In het verlengde van dit project ligt ook de implementatie van het nieuwe elektronisch patiëntendossier (EPD) en het elektronisch voorschrijfsysteem (EVS). De laatste is eind 2009 opgestart.

Zoals aangegeven stonden dit jaar kwaliteit en veiligheid hoog op de agenda. Dit betekende voor de koepel kwaliteit extra focus op de implementatie van het Veiligheidsmanagementsysteem (VMS), monitoring en registratie van prestatie- en veiligheidsindicatoren, het verkrijgen van kwaliteitskeurmerken voor projecten/afdelingen en waar mogelijk het ziekenhuis als geheel. Van de verplichte thema's van het VMS is een groot deel opgepakt. Afronding van de meerderheid van de tien thema's wordt verwacht in de komende twee jaren.

Verder is het traject van NIAZ-accreditatie gestart. Hiervan is de verwachting dat het medio 2010 succesvol wordt afgerond. Los daarvan zijn meerdere HKZ-accreditaties verkregen en is het klinisch-chemisch laboratorium CCKL-geaccrediteerd.

Ten slotte is de aandacht voor interne visitatie van maatschappen en vakgroepen geïntensiveerd en is ook het traject van persoonlijke visitatie (IFMS) opgestart. Gezien het belang zullen deze onderwerpen ook de komende jaren nog hoog op de agenda staan.

3.10 Medisch Stafbestuur Zutphen

De medische staf van Gelre Zutphen bestaat uit 74 gewone leden en zeven buitengewone leden. Van de gewone leden zijn er 17 Gelrebreed werkzaam, twee werkzaam in Stedendriehoek Apeldoorn-Deventer-Zutphen en drie werkzaam in Zutphen en Deventer.

De samenstelling van het Medisch Stafbestuur Gelre Zutphen is weergegeven in bijlage 16.

Maandelijks zijn er algemene vergaderingen voor de hele staf. Het bestuur vergadert wekelijks. Belangrijke thema's van 2009:

Nieuwbouw Gelre Zutphen

In de loop van 2009 is het nieuwe gebouw verrezen naast ons huidige ziekenhuis. In 2010 zullen we het nieuwe 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 ook in 2009 veel aandacht voor de ontwikkeling / verandering van de organisatie in de nieuwbouw.

Besturingsverandering:

Er is uitvoering gegeven aan het, in 2008 door de staf geaccordeerde, besluit van de Raad van Bestuur betreffende de besturingsverandering van de organisatie. Een locatiedirecteur is gestart in september 2009. Uiteindelijk doel is dat de locatie zich meer gaat profileren.

Bedrijfsbureau:

In 2009 is het Bedrijfsbureau gestart, dat uit drie stafleden bestaat. Het doel is om kwaliteitsbeleid, financieel beleid en marketingvraagstukken beter vorm te geven. Door de opgebouwde kennis en expertise worden zowel individuele stafleden als de medische staf in het geheel ondersteund. Buiten de reguliere deelname aan diverse overleggen (marketing, kwaliteit en patiëntveiligheid, overleg met verzekeraars et cetera) zijn in 2009 acht vakgroepen geanalyseerd met een bijbehorende rapportage marktpositie en portfolio.

Het nieuwe ziekenhuisinformatie systeem:

In juni 2009 is de gehele organisatie overgegaan op een nieuw ziekenhuisinformatie systeem (SAP-4-ZIS). Het nieuwe programma heeft veel mogelijkheden, maar is daardoor wat star. De overgang heeft een forse impact gehad op de organisatie. Ook de meeste stafleden hebben moeite gehad om aan het nieuwe systeem te wennen. In de komende jaren zullen de koppelingen met andere systemen en andere mogelijkheden (zoals clinical ordering) het proces moeten gaan ondersteunen en vergemakkelijken.

IFMS:

Er zijn voorbereidingen getroffen voor het IFMS (individueel functioneren medisch specialisten). Kort samengevat gaan specialisten het functioneren van elkaar evalueren. In de toekomst wordt dit mogelijk een eis voor herregistratie van medisch specialisten. In 2010 staat de scholing gepland en de daadwerkelijke start van de individuele evaluaties.

In de diverse stuurgroepen, projectgroepen, werkgroepen en commissies hebben stafleden zitting gehad en hun bijdrage geleverd. Enkele actuele thema's:

- kwaliteitsmanagementsysteem;
- patiëntveiligheid;
- medicatieveiligheid;
- nieuwbouw;
- SAP-4-ZIS.

4 Beleid, inspanningen en prestaties

4.1 Meerjarenbeleid

Missie

De 'Zorgvisie Gelre ziekenhuizen' is in 2004 opgesteld. In 2009 is, na een intensief proces, deze zorgvisie geactualiseerd in het meerjarenbeleidsplan 2010-2014.

Het in het jaardocument 2008 aangekondigde traject tot het komen van het meerjarenbeleidsplan 2010-2014 is doorlopen en heeft erin geresulteerd dat het meerjarenbeleidsplan 2010-2014 ter advisering is voorgelegd aan het Strategiecomité, de Ondernemingsraad en de Cliëntenraad. Daarnaast is het besproken met de huisartsen en de zorgverzekeraars. Na positieve adviezen van de drie adviesorganen, de huisartsen en de zorgverzekeraars is het document door de Raad van Bestuur vastgesteld en op 28 december 2009 voorgelegd aan de Raad van Toezicht. De Raad van Toezicht heeft het plan goedgekeurd.

4.2 Algemeen beleid

Gelre ziekenhuizen heeft in 2009 belangrijke stappen gezet bij het verder verbeteren van de infrastructuur waarbinnen de zorg wordt geleverd, de wijze waarop de besturing in de organisatie plaatsvindt, de kwaliteitsaanpak van zorgverlening en ondersteunende processen, de beleidsstrategie voor de komende jaren en de financiële positie.

Met de opening op 19 mei 2009 van de vernieuwbouw in Apeldoorn, beschikt Gelre ziekenhuizen in Apeldoorn over een geheel nieuw en modern ziekenhuis. De opening kon plaatsvinden na de inhuizing van het laatste nog van de oude Juliana-locatie afkomstige specialisme. Het proces van vernieuwbouw heeft ruim vijf jaar in beslag genomen na een navenante voorbereidingstijd. Het is gebouwd met de ambitie invulling te geven aan minder klinisch en meer poliklinisch invullen van de ziekenhuiszorg, meer benutten van flexibele werkruimtes en zo veel mogelijk papierloos werken. Het stemt tot grote tevredenheid dat het resultaat er mag zijn en dat het proces is afgerond zonder dat het financiële tekorten heeft opgeleverd.

Los daarvan is de oude Juliana-locatie in 2008 voor een zodanig bedrag verkocht, dat ook daardoor het eigen vermogen van de stichting Gelre ziekenhuizen substantieel is vergroot.

Sinds op 23 december 2005 de ruimte is verschaft om voor eigen rekening en risico nieuwbouw tot stand te brengen in Zutphen ter vervanging van het bestaande ziekenhuis, is in een voor Nederland uniek tijdsverloop invulling gegeven aan ontwerp, financiering, ruimtelijke ordenings- en milieuprocedures, gunning en bouw van het nieuwe ziekenhuis. In 2009 is, nadat in 2008 gunning aan Trebbe Bouw had plaatsgevonden, voortvarend gebouwd. In september 2010 kan daardoor de opening van het nieuwe ziekenhuis Gelre Zutphen plaatsvinden.

Niet alleen is er dan heel snel een nieuw ziekenhuis gerealiseerd, maar het karakter ervan is, omdat het voor eigen rekening en risico moest worden gebouwd, ook bijzonder. Er is in hoge mate gestandaardiseerd gebouwd. Gestandaardiseerd, zowel gericht op het kunnen huisvesten van andere functies dan ziekenhuiszorg bij een eventuele noodzaak van

alternatieve aanwending als gevolg van leegstand, als gericht op het intern flexibel kunnen schuiven met afdelingen bij veranderende patronen van zorgvraag.

De inrichting van een nieuw Ziekenhuis Informatie Systeem (ZIS) is een ander soort groot infrastructureel project binnen Gelre ziekenhuizen. Nadat in 2008 de keuze voor SAP had plaatsgevonden, is in 2009 fase 1 van het project SAP-4-ZIS afgerond met de conversie van alle basisgegevens van het administratief systeem en een succesvolle koppeling aan alle deelsystemen. Dat was een enorme operatie, die ook nog de nodige naweeën heeft gekend tot in 2010. Inmiddels is met fase 2 van SAP-4-ZIS gestart, omvattende Elektronisch Patiënten Dossier, SAP-OK en Clinical Ordering.

Zulke grote transitieoperaties gaan niet zonder hoofdbrekens en tegenvallers, maar wat tot stand is gebracht met de conversie mag niet worden onderschat (zie ook 4.2.1).

Nadat de Raad van Bestuur op 9 oktober 2008 een definitief besluit had genomen over het binnen Gelre ziekenhuizen te hanteren besturingsmodel, is in 2009 met medewerking van de Medische Stafbesturen een aanvang gemaakt met de uitwerking daarvan. In een Transitiecomité, bestaande uit stafvoorzitters en voorzitter van de Raad van Bestuur, is in de loop van het jaar een groot aantal uitvoeringsbesluiten geaccordeerd. De invulling van het besturingsmodel met twee Resultaat Verantwoordelijke Eenheden (RVE-en) voor respectievelijk de ziekenhuizen Gelre Apeldoorn en Gelre Zutphen en met twee Shared Service Centers (SSC) voor de Medisch Ondersteunende Diensten en de Algemeen Ondersteunende Diensten, heeft in 2009 een aanvang genomen met de benoeming van directeuren voor die eenheden. Inmiddels kan in toenemende mate worden gewerkt volgens de uitgangspunten van het besturingsmodel en de verwachtingen over de effectiviteit ervan zijn op basis van de eerste ervaringen positief. Evaluatie van het besturingsmodel zal in 2011 plaatsvinden.

In het kader van het verbeteringstraject 'Gelre 2012: beter!' is in 2009 belangrijke voortgang gemaakt met het invoeren van een Integraal Kwaliteit Management Systeem (IKMS) dat zich kenmerkt door een integrale kwaliteitsaanpak langs de lijnen van zorgtrajecten in plaats van langs de lijnen van afdelingen. Met het Nederlands Instituut voor de Accreditatie van Ziekenhuizen (NIAZ) bestaat er overeenstemming over de bruikbaarheid van deze kenmerkende aanpak voor het verwerven van de gewenste accreditatie, waartoe Gelre in 2010 zal worden beoordeeld.

In 2009 heeft al de visitatie plaatsgevonden in het kader van de aanvraag van Gelre ziekenhuizen van het lidmaatschap van de vereniging van Samenwerkende Topklinische opleidings Ziekenhuizen (STZ). In 2010 kon op basis daarvan worden toegetreden tot de STZ.

Patiëntveiligheid krijgt steeds meer aandacht, ook binnen Gelre ziekenhuizen. Naast het verbeteren van systemen, waardoor kan worden voorkomen dat dingen fout gaan, is er in toenemende mate aandacht voor de manier van werken. In 2009 is een Plan van Aanpak Patiëntveiligheid opgesteld, dat met name ook aan die manier van werken aandacht besteedt. Elementen die daarbij aandacht krijgen zijn bijvoorbeeld: elkaar aanspreken, veiligheidsrondes houden, time-outs nemen, zorgvuldig checken en dubbel checken, feedback geven en nemen en als team samenwerken om veilige zorg voor de patiënt te waarborgen. Overigens behoort Gelre ziekenhuizen, waar het om de Hospital Standardized Mortality Rate gaat, tot de best scorende ziekenhuizen van Nederland (zie ook 4.3 en 4.4).

In 2009 is veel tijd en energie besteed aan het tot stand brengen van een nieuw Strategisch Meerjaren Beleidsplan (2010-2014). Daarbij zijn alle geledingen van de ziekenhuisorganisatie betrokken geweest. Het heeft geleid tot een breed gedragen visie en ambitie. Belangrijk is dat er, op grond van de geformuleerde visie op de markt, voor is gekozen om de zorggebruikers centraal te stellen als cliënt/klant en niet, hoe belangrijk verder hun rol ook is, de zorgverzekeraars. Zorggebruikers zullen als zij voldoende reden hebben voor klantloyaliteit, hun keuze voor de zorgaanbieder niet ondergeschikt willen maken aan de wens van de zorgverzekeraar terzake. Omdat alleen bij klantloyaliteit, hetgeen meer vraagt dan klanttevredenheid, die wens dominant zal zijn, is het verwerven van die loyaliteit de hoofdambitie van Gelre ziekenhuizen.

Op basis van de visie op de markt zijn daarvoor als meest beïnvloedbare factoren onderkend: sfeer en service alsmede toegangs- en openingstijden. Los daarvan moet worden onderkend dat het merendeel van de patiëntenzorg die een ziekenhuis verleent – dikwijls aan oudere mensen die chronisch patiënt zijn en meerdere aandoeningen hebben – niet tot stand komt op basis van vrije keuze, maar het gevolg is van een afhankelijkheidsrelatie. Gelre ziekenhuizen kiest er voor om voor die categorie niet het onontkoombare ziekenhuis te zijn, maar om voor alle patiënten het gewenste ziekenhuis te zijn.

Gelre blijft een ziekenhuis daarbij zien als een multidisciplinair samenwerkingsverband in plaats van een bedrijfsverzamelgebouw. Vanuit die ambitie willen wij ons onderscheiden met een zo veel mogelijk aandoenings/klachtgerichte aanpak van zorgvragen via een groot aantal multidisciplinaire poli's, zoals Gelre ziekenhuizen die nu ook al kent. Daarbij wil Gelre zich op een beperkt aantal gebieden ontwikkelen tot aanbieder van onderscheidende zorg, die ook zorggebruikers van buiten de regio een extra reden geven om naar Gelre ziekenhuizen te komen.

De afschaffing van het bouwregime, de liberalisering van de ziekenhuismarkt en de introductie van integrale prestatiebekostiging leidt tot meer financiële risico's voor de ziekenhuizen. Daarmee wordt door kredietverschaffers kritischer gekeken naar rentabiliteit, solvabiliteit en liquiditeit.

In 2009 heeft Gelre ziekenhuizen meer zorg verleend dan begroot. De omzet is 6% hoger dan in 2008 en de productie is bijna 3% hoger geweest dan was verwacht.

De kosten stegen ook, maar in mindere mate: de inzet van personeel is maar zeer beperkt gestegen en de procentuele stijging van de patiëntgebonden kosten was lager dan de procentuele stijging van de omzet.

Door de combinatie van deze factoren is het resultaat ook beter dan was begroot.

Het resultaat volgens jaarrekening bedraagt 2,9 miljoen euro. Daarmee wijkt het resultaat in positieve zin af van de begroting voor 2009.

De solvabiliteit zal in 2009 desalniettemin substantieel toenemen, met name als gevolg van de vervreemding van de oude Juliana-locatie in Apeldoorn. Het eigen vermogen stijgt onder andere daardoor naar €43 miljoen en de budgetratio naar 19,8%. Daarmee heeft Gelre ziekenhuizen een solide financiële basis.

De 'debt service coverage ratio' van Gelre ziekenhuizen ligt op 1. Dat is bescheiden maar voldoende, omdat Gelre zijn nieuwe vastgoed inmiddels nagenoeg heeft gerealiseerd en de kapitaallasten daarvan in de meerjarenraming heeft verdisconteerd.

4.2.1 Medische specialistische opleidingen

Erkenningen

Gelre ziekenhuizen had eind 2009 17 medische vervolgopleidingen (inclusief de opleiding tot klinisch chemicus), waarvan 10 MSRC erkend. Gelre ziekenhuizen is het teaching hospital voor de SUMMA opleiding. Daarnaast zijn er ook verschillende co-schappen voor CRU co-assistenten in Apeldoorn en Zutphen. 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.

Nieuwe erkenningen

Klinische chemie heeft erkenning verkregen om te gaan opleiden, omdat het laboratorium in 2009 de CCKL accreditatie heeft verkregen. Er zal vanaf 2010 worden gestart met opleiden. In 2009 is de erkenning verkregen voor de opleiding GZ psychologie V/O en er is gestart met één GZ psycholoog i.o.

In 2009 is erkenning aangevraagd voor de tropenopleiding chirurgie, deze is toegekend en er is gestart met drie tropenartsen in opleiding. Met deze laatste erkenning biedt Gelre de gehele tropenopleiding aan.

Introductie nieuwe arts-assistenten

In 2009 is Bureau O&O gestart met maandelijks een specifieke introductie voor arts-assistenten. Tijdens deze introductie wordt aandacht besteed aan:

- vakbibliotheek, uitleg door bibliothecaris;
- weefsel donatie, uitleg door donatiefunctienaris;
- hygiëne en preventie, uitleg door ziekenhuishygiënist;
- klachtenprocedure, uitleg door klachtenfunctionaris;
- uitleg EPD;
- rondleiding door het ziekenhuis, met extra aandacht voor het mortuarium, skillslab, apotheek, SEH, radiologie, KCHL, pathologie, IC en OK.

Project kwaliteitszorgsysteem dOORKijk

In 2009 is gestart met het project dOORKijk, een project om in OOR-verband systematisch te werken aan kwaliteitsverbetering van de medische vervolgopleidingen. Er is gestart, binnen Gelre, met de opleiding interne geneeskunde, in 2010 zullen meer opleidingen volgen met de bedoeling dat op termijn alle medische vervolgopleidingen, in cluster/OOR verband met deze kwaliteitscyclus bezig gaat en blijft.

Skillslab

In 2009 is een nieuw skillslab opgeleverd in het onderhuis, bestaande uit één nat en twee droge skillslabs. Er is een module ontwikkeld t.b.v. het laparoscopisch opereren. Verder wordt het skillslab vooral gebruikt voor reanimatie onderwijs en modules hechten en infuus prikken voor co-assistenten.

Teach the teacher

In 2009 hebben mw. A. Huisjes en mw. E. Overeem tweemaal een Teach the Teacher training gegeven voor Gelre. Het getrainde percentage opleidende stafleden kwam daarmee eind 2009 op 82 procent en opleiders/plaatsvervangend opleiders op honderd procent.

Wetenschap

Er waren in 2009 40 Pubmed en Embase publicaties. De wetenschapscommissie heeft in 2009 voor het eerst een wetenschapssymposium georganiseerd. Er werden presentaties gehouden door arts-assistenten klinische pathologie, klinische fysica, chirurgie, radiologie, cardiologie en kindergeneeskunde, een IC-verpleegkundige, een researchverpleegkundige / verpleegkundig onderzoeker en een fysiotherapeut. Daarnaast was er een posterpresentatie. Het symposium werd goed bezocht door medisch specialisten, arts- en co-assistenten, (specialistisch) verpleegkundigen en zal een jaarlijks vervolg gaan krijgen.

Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen (STZ)

In 2009 is Bureau O&O verder gegaan op de in 2008 ingeslagen weg om de STZ status te behalen. Inmiddels is op 12 februari 2010 het STZ-lidmaatschap verkregen.

4.2.2 Gelre 2012

In de loop van 2008 is, onder voorzitterschap van de Raad van Bestuur en bestaande uit vertegenwoordigers van alle geledingen van Gelre ziekenhuizen, een 'Platform Integratie' gevormd, dat de afstemming, integratie en communicatie ten aanzien van vier grote projecten bewaakt. 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. Deze aanpak heeft, met name gericht op de interne communicatie, de naam 'Gelre 2012' gekregen. Het gaat om de volgende vier projecten, waar ook in 2009 een belangrijke focus op heeft gelegen:

- Procesoptimalisatie Zorg;
 - Patiëntenlogistiek;
 - Kwaliteitsmanagement en Patiëntveiligheid;
 - 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.
 - 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).
 - 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.
Fase 1 van SAP-4-ZIS is inmiddels opgeleverd. Inmiddels is Fase 2 ook gestart. Dit project omvat het Elektronisch Patiënten Dossier, SAP-OK en Clinical Ordering. Dit in het kader van patiëntveiligheid en efficiënter werken.

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, dus ook in 2009, in totaal 25 fte extra beschikbaar te stellen.

De start van Gelre 2012 is in 2008 Gelrebreed geïntroduceerd bij alle medewerkers via 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. Ook in 2009 werden er regelmatig bijeenkomsten voor leidinggevenden en medewerkers georganiseerd waarin de voortgang van de vier projecten centraal stond, maar waarin ook met concrete beelden (korte filmpjes in de vorm van "the making of") werd getoond hoe op verschillende afdelingen binnen Gelre wordt gewerkt aan de optimalisatie van zorgtrajecten. Deze korte filmpjes zijn op Intranet geplaatst, zodat zij voor alle medewerkers toegankelijk zijn.

ICT infrastructuur

Het jaar 2009 heeft zich gekenmerkt door de ingebruikname van het SAP-systeem als vervanging van de ZIS'sen DCC in Apeldoorn en Ezis in Zutphen. De beschikbaarheid van het SAP systeem was in 2009 zeer hoog en er hebben zich geen grote incidenten voorgedaan. Deze beschikbaarheid is ook vereist om de gewenste continuïteit voor de bedrijfsvoering te garanderen. Nu de Gelre ICT organisatie enkele maanden gewend is aan het beheer van het SAP systeem zal gestart worden met de implementatie van SAP Solution Manager. Deze SAP tooling zal de beheerorganisatie betere controle en inzicht geven in de wijzigingsprocessen die het SAP systeem betreffen. Een solide infrastructuur gecombineerd met gecontroleerde change processen zijn randvoorwaardelijk voor het bieden van continuïteit.

Naast het jaar van de bovengenoemde ingebruikname van SAP is 2009 vooral het jaar van voorbereiding geworden. In 2010 zullen 2 nieuwe datacenters in gebruik worden genomen, waarmee de in 2007 ingezette strategie van 3 volwaardige datacenters in 2 ziekenhuizen voltooid wordt.

4.3 Algemeen kwaliteitsbeleid

Integraal kwaliteitsmanagementsysteem (IKMS):

In 2008 is een start gemaakt met het invoeren van een integraal kwaliteitsmanagementsysteem (IKMS), waarmee in 2009 is verder gegaan. Een IKMS bevordert het werken aan kwaliteit en patiëntveiligheid en is een hulpmiddel bij het monitoren van de ontwikkelingen.

Het systeem is gebaseerd op zorgtrajecten, ook wel zorgpaden genoemd. Onder een zorgtraject verstaan we het traject dat de patiënt doorloopt tussen de kennismaking en het afscheid van het ziekenhuis.

Ziekenhuisbreed en per specialisme zijn indicatoren benoemd die een relatie hebben met externe indicatoren (IGZ, VMS-thema's, Zichtbare Zorg, Medirisk), of met de zorgtrajecten. Monitoring vindt plaats door interne audits, kwaliteitsjaargesprekken en een externe NIAZ accreditatie.

Kwaliteit van informatie en registratie

In 2009 is SAP in gebruik genomen als Ziekenhuis Informatiesysteem ter vervanging van DCC/ARS van PinkRoccade Healthcare en EZIS van Chipsoft. In 2010 en 2011 zullen vervolgens het OK-systeem van Chipsoft en het EPD van MCS vervangen worden door SAP. Deze vervanging is het gevolg van de keuze die in 2006 is gemaakt om tot één systeem voor registratie en verwerking van patiëntgegevens te komen. Dit zal uiteindelijk tot één patiëntendossier leiden met een hogere kwaliteit en betere beheersbaarheid.

Gegevensbeveiliging

In 2009 heeft de IGZ bekend gemaakt dat alle ziekenhuizen in 2010 moeten voldoen aan de NEN 7510 norm voor informatiebeveiliging en dit moeten aantonen middels een externe audit, waarvan de resultaten aan de inspectie overlegd dienen te worden.

Om dit te borgen is op verzoek van de IGZ een plan van aanpak informatiebeveiliging 2009-2010 opgesteld en goedgekeurd door de inspectie. Dit plan van aanpak voorziet in een aantal activiteiten die ertoe moeten leiden dat het bestaande beleid uit 2004 wordt bijgewerkt naar de huidige situatie zodat vervolgens in 2010 aan de eisen van de IGZ voldaan kan worden. In 2009 zijn wederom steekproeven genomen om na te gaan of op een juiste en veilige manier met de informatie wordt omgegaan. Daar waar nodig is nader onderzoek gedaan en zijn maatregelen getroffen.

Kwaliteit van gebouwen

In de 'gebouwde' omgeving van de locaties van Gelre ziekenhuizen staat de patiënt centraal. Hiertoe moet de ontvangst en het verblijf van patiënten plaats vinden in een omgeving, die past bij de huidige en toekomstige menselijk maat. Dit geldt zowel voor de bouwkundige als de installatie technische omgeving. Om dit te realiseren heeft er een concentratiebouw plaatsgevonden in Apeldoorn en is de locatie Gelre Apeldoorn op 19 mei 2009 heropend. In Zutphen wordt een nieuw ziekenhuis gebouwd dat medio september 2010 in gebruik wordt genomen.

Hiermee beschikt Gelre ziekenhuizen over ziekenhuisvastgoed dat voldoet aan toekomstige eisen voor efficiënt en verantwoorde patiëntenzorg.

Om als Gelre ziekenhuizen aantrekkelijk te blijven zullen vastgoed en installaties moeten blijven voldoen aan de hedendaagse, maar ook aan de toekomstige eisen. Hiervoor is er een meerjaren onderhoudsplan (MJOP) geschreven dat gebaseerd is op onderhoudrisico's (FMECA).

De gebouwen worden periodiek volgens de geldende normen gecontroleerd door middel van conditiemetingen (NEN2767). Dit om vroegtijdig degeneratie in kaart te brengen en om de gebouwde omgeving up to date te kunnen houden middels onderhoud en/of renovatie. Hierdoor zullen de gebouwen nu maar ook in de toekomst hun uitstraling kunnen en moeten behouden.

Brandveiligheid

Gelre Zutphen

Gelre Zutphen beschikt over een gebruikersvergunning voor de periode tot de sluiting en is volledig voorzien van sprinklers. Aan het gebouw en de installaties, o.a. brandmeldinstallatie, brandscheiding en sprinklerinstallatie, worden door leveranciers periodiek onderhoud en inspecties verricht en nadien voorzien van de wettelijk certificaten.

Gelre Apeldoorn

De brandveiligheid is gerealiseerd tijdens de vernieuwbouw, toen het gebouw is voorzien van sprinklers. De installaties worden eveneens periodiek onderhouden en getest. Gelre Apeldoorn beschikt over bijbehorende gebruiksvergunningen .

Gelre Apeldoorn en Gelre Zutphen:

Periodiek vindt overleg plaats met de brandweer. Halfjaarlijks verricht de brandweer een inspectieronde in samenwerking met de afdeling Beheer & Onderhoud. Voor brandgevaarlijke werkzaamheden in het ziekenhuis geldt een werkvergunningsprocedure die door de afdeling Beheer & Onderhoud wordt verzorgd.

Alle Operatiekamers zijn voorzien van een afsluiterkast waar met één actie de gastoevoer kan worden afgesloten. De medewerkers zijn geïnstrueerd. Het gebouwbeheersysteem (GBS) bewaakt de levering van de medische gassen continue.

Bedrijfsnoodplan Gelre ziekenhuizen

Beide ziekenhuizen beschikt over een locatie specifiek bedrijfsnoodplan met een volledig geoutilleerde Bedrijfshulpverleningsorganisatie (BHV). Met afdelingen worden op basis van risicoinventarisatie ontruimingsplannen opgesteld en geoefend onder leiding van het hoofd BHV. In 2009 zijn er oefeningen gehouden in het Dialyse Centrum en op de Operatiekamers in Apeldoorn. Specifieke voorzorgsmaatregelen en instructies worden na de oefeningen geëvalueerd en waar nodig worden verbeteracties ingezet in samenwerking met de afdeling. Met de lokale brandweer worden risicoplannen per afdeling doorgenomen om te komen tot een optimale afstemming en samenwerking ten tijde van calamiteiten. Ontruimingsoefeningen worden jaarlijks ingepland inclusief een crisisteamoefening in samenwerking met de brandweer en de GHOR veiligheidsregio.

4.4 Kwaliteitsbeleid ten aanzien van patienten

4.4.1 Kwaliteit van zorg

Commissie Patiëntveiligheid en zorgkwaliteit

Het kwaliteitsbeleid in Gelre ziekenhuizen wordt ontwikkeld en aangestuurd door de commissie Patiëntveiligheid en Zorgkwaliteit, bestaande uit de Raad van Bestuur (portefeuillehouder), een vertegenwoordiging vanuit de beide medische staven, de directeuren RVE, de projectmanager integraal kwaliteitsmanagementsysteem en de stafmedewerker patiëntveiligheid. De commissie vergadert één keer per maand.

Bureau patiëntveiligheid en zorgkwaliteit

In 2009 is besloten een bureau Patiëntveiligheid en Zorgkwaliteit te vormen, waarin de staftaken op het terrein van patiëntveiligheid en zorgkwaliteit samen komen. Het bureau heeft een leidinggevende, die direct onder de portefeuillehouder Raad van Bestuur valt. De implementatie van het VMS wordt aangestuurd en gemonitord door de commissie patiëntveiligheid en zorgkwaliteit.

Interne audits

In het november 2009 zijn 30 medewerkers, waaronder vijf medisch specialisten, getraind tot intern auditor. De training werd verzorgd door TNO management consultants en is gebaseerd op Apriative Inquiry (AI), ofwel waarderend auditen. Bijzonder voor Gelre is, dat de audits

geen afdelingen, maar zorgtrajecten betreffen. Immers wanneer met de VIM-meldingen, klachten en claims in ziekenhuizen bekijkt, dan hebben die eerder betrekking op overdrachtmomenten dan op de afdelingsorganisatie. Deze kritische momenten zijn beter in beeld wanneer de audit een zorgtraject betreft dan wanneer men op de traditionele wijze afdelingen bekijkt.

Zortrajecten

In 2009 is gestart met de ontwikkeling van zorgtrajecten met de pilots hartfalen en mammatumoren, volgens de methode die binnen het netwerk klinische paden is ontwikkeld. De omvangrijke methode is geëvalueerd, waarna besloten is tot een handzamere werkwijze die toegespitst is op Gelre ziekenhuizen. De trajecten impliceren:

- 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.).

Daarnaast hebben afdelingen in eigen beheer zorgtrajecten ontwikkeld. Deze trajecten omvatten niet allemaal toetsbare kwaliteitscriteria zoals hierboven genoemd, daarom zal in 2010 gewerkt worden aan completering ervan, in elk geval aan het uitvoeren van een prospectieve risico-analyse.

POPpoli

In 2009 is gestart met de POP-poli. De POPpoli is een samenwerkingsverband van Psychiatrie, Obstetrie en Pediatrie en is gericht op zwangeren met psychische, depressieve, medische en/of sociale problemen. Door vroegtijdige multidisciplinaire begeleiding van de vrouwen kunnen problemen in de zwangerschap en na de geboorte worden voorkomen of vroegtijdig behandeld.

Kwaliteitskeurmerken en accreditaties behaald in 2009

- CCKL-accreditatie voor het Klinisch Chemisch Laboratorium;
- HKZ certificaat voor het Dialyse Centrum;
- Drie Smileys van de Stichting Kind en Ziekenhuis voor Gelre Zutphen;
- Twee Smileys van de Stichting Kind en Ziekenhuis voor Gelre Apeldoorn;
- Vaatkeurmerk voor Apeldoorn en Zutphen van de Hart&Vaatgroep;
- Topzorgpredicaat Menzis voor spataderen, borstkanker en staar;
- Preferred provider Agis voor staar, beroerte, borstkanker, blaaskanker, vervanging heup en knie, liesbreuk en incontinentie van de vrouw;
- STZ-status: Gelre ziekenhuizen is in december voorgedragen voor de STZ-status, die in februari 2010 is toegekend.

Kwaliteitskeurmerken en accreditaties in voorbereiding

- De ziekenhuisapotheek heeft zich in 2009 voorbereid op de GMP-z erkenning, die in maart 2010 is behaald.
- In september 2009 is een aanvraag tot een NIAZ accreditatie aangevraagd en in het najaar was de zelfevaluatie van Gelre ziekenhuizen een centraal thema binnen de organisatie. In februari 2010 heeft de directie van NIAZ laten weten dat de zelfevaluatie van een zodanige kwaliteit was dat het accreditatietraject vervolgd zou gaan worden. De externe NIAZ-audit is gepland voor juni 2010.
- De PAAZ afdeling in Apeldoorn vordert met de voorbereidingen voor het HKZ certificaat.

Patiëntveiligheid/VMS

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 oktober 2009 is in nauw overleg met de Medisch Stafbesturen en de commissie Patiëntveiligheid en Zorgkwaliteit een plan van aanpak opgesteld om de patiëntveiligheid in Gelre ziekenhuizen te vergroten. Het doel van het plan is om in 2010 te werken aan het verbeteren van de veiligheidscultuur en het medisch teamwork. Dit gebeurt door een groot aantal activiteiten uit te voeren. Voorbeelden hiervan zijn:

- Workshops waarin de onderwerpen (medisch) teamwork en veiligheidscultuur centraal staan. Deze workshops zijn voor iedereen die bij de patiëntenzorg is betrokken;
- Een veiligheidscheck op de meest risicovolle procedures in het ziekenhuis;
- Een interne veiligheidsrapportage van alle diagnose-, behandel- en verpleegafdelingen over de voor de eigen afdeling meest kritische veiligheidsonderwerpen.

Alle activiteiten staan in het teken van een op te stellen gedragscode: ‘Veilige zorg, zo doen we dat in Gelre ziekenhuizen.’ Elementen die deel uitmaken van deze gedragscode zijn bijvoorbeeld: elkaar aanspreken, het houden van veiligheidsrondes, time-outs nemen, zorgvuldig checken en dubbel-checken, feedback geven en nemen en als team samenwerken om veilige zorg voor de patiënt te waarborgen.

Landelijke thema's

Ten aanzien van de tien landelijk vastgestelde thema's is er in 2009 voortgang geboekt met de in 2008 gestarte thema's:

- vroegtijdige herkenning van bedreiging van vitale functies bij patiënten: zowel in Zutphen als in Apeldoorn hebben er op diverse afdelingen pilots gedraaid. Verdere uitrol staat gepland;
- voorkomen van medicatiegerelateerde fouten; op beide locaties is dit verder uitgewerkt en draait het op de pilot afdelingen verdere uitrol staat gepland;
- voorkomen van ziekenhuisinfecties na operatie: in Zutphen is dit project eind 2009 afgesloten en overgedragen aan de lijn. In Apeldoorn is er gestart op de pilotafdelingen;
- de start voor het thema herkennen van sepsis en voorkomen van lijnensepsis is gemaakt.

In 2009 is gestart met de volgende thema's:

- kwetsbare ouderen;
- voorkomen van nierinsufficiëntie bij intravasculair gebruik van jodiumhoudende contrastmiddelen.

Prospectieve risicoanalyses (PRI)

In 2009 hebben vier prospectieve risico-inventarisaties plaatsgevonden op de volgende processen:

- hartfalen;
- mammacarcinoom;
- hoge luchtweg obstructie;
- chronische hemodialyse.

Medirisk

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.

Veilig Incidenten Melden (VIM)

Veilig Incidenten Melden is een onderdeel van het ziekenhuisbrede programma patiëntveiligheid. Meldingen over incidenten en (bijna)incidenten zijn belangrijk bij het opsporen van verbetermogelijkheden in de patiëntveiligheid. In 2008 en 2009 is er veel aandacht geweest voor het verhogen van het aantal meldingen om de bewustwording van patiëntveiligheid bij medewerkers te vergroten.

Op het moment dat een ongewenste gebeurtenis optreedt, vraagt men zich niet af door wie het komt, maar hoe het komt dat de veiligheidsmechanismen (barrières) van het systeem niet gewerkt hebben. Deze benadering voorkomt een “blaming”-cultuur, het aan één persoon toeschrijven van de ongewenste uitkomst. Door beter inzicht in de oorzaken te verkrijgen, te leren van de fouten en het herstelgedrag bij bijna-fouten, kan Gelre ziekenhuizen de veiligheid in de zorg nog beter garanderen.

Alle medewerkers kunnen (bijna)incidenten digitaal melden via intranet. Op verpleegafdelingen, onderzoeks- en behandelafdelingen is een afdelingsgebonden commissie ingesteld die de gemelde incidenten bespreken, analyseren en verbeteracties voorstellen en invoeren.

Deze commissie bestaat uit een leidinggevende (voorzitter), een medisch specialist en twee afdelingsmedewerkers.

Op de poliklinieken bespreken de medewerkers de meldingen in het reguliere afdelingsoverleg. Voorzitters van de afdelingsgebonden commissies hebben allen een korte training in het decentraal analyseren van meldingen (DAM) gevolgd. In 2010 zullen ook de andere leden van de afdelingscommissies de training kunnen volgen.

De voorzitters van de decentrale commissie registreren de voortgang van de meldingen die op afdelingsniveau zijn behandeld in het VIM registratiesysteem. Hiermee beschikt men over getotaliseerd informatie ten aanzien van trends en ingezette verbeteracties.

Een punt van aandacht is nog het daadwerkelijk leren van de incidenten, verbeteracties invoeren en het terugkoppelen van bevindingen en maatregelen binnen de lijn / organisatie.

Voor komend jaar is verdere uitrol van VIM gepland naar onder meer Facilitair bedrijf, Beheer en Onderhoud en Medische Elektronica.

Centrale commissies Apeldoorn en Zutphen

Met de invoering van VIM is het niet langer nodig om alle (bijna)incidenten in de patiëntenzorg rechtstreeks aan de MIP-commissie te melden. De afdelingen en poliklinieken handelen de meldingen zelfstandig af. De centrale commissies Zutphen en Apeldoorn volgen trends en ernstige incidenten op ziekenhuisniveau. Vanwege de overstap van centraal naar decentraal

melden en afhandelen is in 2009 de werkwijze en het reglement van deze commissie aangepast.

De centrale commissie heeft onder andere als taak:

- het uitvoeren van trendanalyses en de resultaten ervan voorleggen aan belanghebbenden;
- meldingen met een afdelingsoverstijgend karakter en meldingen vallend onder de categorie ernstig van aard, door voorzitters van afdelingscommissies ingestuurd, nader analyseren en adviezen uitbrengen;
- verbetermaatregelen die door afdelingscommissies zijn uitgebracht volgen en naar een hoger liggend managementniveau escaleren wanneer deze verbeteracties niet conform de planning worden uitgevoerd;
- het auditen van afdelingscommissies;
- voorbereiden en uitvoeren van beleid met betrekking tot incidentenanalyse in de patiëntenzorg;
- het onderhouden van het VIMregistratiesysteem;
- het opstellen van kwartaal- en jaarrapportages voor de commissie patiëntveiligheid en de RvB.

Meldingen over 2009

In totaal zijn er in 2009 2249 meldingen digitaal ingestuurd. Dit is bijna een verdubbeling ten opzichte van het kalenderjaar 2008, hetgeen niet wil zeggen dat er meer incidenten hebben plaatsgevonden. De toename van meldingen is eerder een indicatie van de cultuurverandering die de meldingsbereidheid bevordert.

2008 en 2009	2008 totaal	2008 A'd	2008 Zu	2009 totaal	2009 A'd	2009 Zu	2009 Lochem
Vallen	268	122	146	297	156	141	0
Medicatie/infusie/ bloedproducten	548	346	202	814	512	302	0
Behandeling/ verrichting/ Verzorging / overigen	514	345	169	1138	841	286	10
Totalen	1330	813	517	2249	1509	729	10

Gerealiseerde verbeteracties naar aanleiding van decentrale meldingen

- op verschillende afdelingen zijn zogenoemde 'aandachtspelers' aangewezen voor de thema's vallen, delier, decubitus - /wondbehandeling en infectiepreventie. Zij zorgen voor kennisverrijking en bewaking van de verschillende thema's;
- om risico op vallen te reduceren zijn sensorapparatuur en belmatjes aangeschaft;
- bezoekersstoeltjes op patiëntenkamers en - zalen zijn gerepareerd en in een controle- en onderhoudsprogramma ondergebracht;
- ongeacht de leeftijd van de patiënt wordt bij alle acuut opgenomen patiënten de valrisico- en delierscore afgenomen;
- trainingsbijeenkomsten voor het aanbrengen van Zweedse banden en pols-/enkelbanden door de Consultatief Psychiatrische Verpleegkundigen (CPV);
- actualisering van de instructies voor vernevelen en inhalatie van geneesmiddelen en consultatie en advisering door verpleegkundigen van de longafdeling aan andere afdelingen;

- Een scholingsavond over een nieuw systeem van de thoraxdrainage door interne medewerkers. Tijdens deze avond is een checklist voor toepassingen in de praktijk uitgereikt (zakformaat);
- de invoer van dubbel check van parenteralia op de operatieafdeling;
- de operatieafdeling is over gegaan op het gebruik van een disposable cliptang ter vervanging van de reusable cliptang;
- de controle van alle infuus- en spuitpomp, antidecubitusbedden en zuurstof-/zuigdrainagesystemen op juiste instelling, tijdens de overdracht van de dienst door verpleegkundigen;
- actualisering van de routing van pre - en postoperatieve screening, ter voorkoming van omissies bij de naleving van het nuchterbeleid voor operatie.

Gerealiseerde verbeteracties naar aanleiding van centrale meldingen

- de aanschaf van fixatiemateriaal en (polsbanden en Zweedse banden) met bijbehorende messen en slotjes voor Gelrebreed gebruik, dat per afdeling of bouwlaag door het afdelingshoofd beheerd en gecontroleerd wordt;
- het opstellen en introduceren van een risicoscore voor kwetsbare oudere (valrisico, immobiliteit, delier risico, snaq) in plaats van alle andere vormen van verpleegkundige anamneseformulieren. Volledige implementatie vindt in 2010 plaats;
- het opstellen van een scholingsmodule voor medicatie toedienen, inclusief een vaardigheidstraining in verpleegkundig rekenen door de afdeling opleidingen (E-learningmodule). Met ingang van 2010 is het voor alle verpleegkundigen verplicht de module te volgen en met een voldoende af te ronden;
- het opstellen van een scholingsmodule voor het uitzetten en verstrekken van orale medicatie door leerlingen / stagiaires in opleiding door de afdelingen opleidingen. Deze module dient met een voldoende afgesloten te worden voordat de leerling en stagiaire die zelfstandig medicijnen gaan delen. Een module voor intraveneuze medicatie wordt begin 2010 opgesteld en ingevoerd;
- arts-assistenten volgen in het introductieprogramma verplicht een door de apotheek georganiseerde bijeenkomst, tijdens welke uitleg wordt gegeven over het schrijven van medicatieopdrachten (GeReDis systeem) en de vigerende procedures ten aanzien van het substitutie-, beleid, antistollings-, antibioticabeleid en het handboek Parenteralia;
- de actualisering van de procedure ECG draaien en beoordelen buiten kantooruren;
- bloedsuikermeters voor decentrale controle worden door het laboratorium conform een vastgestelde procedure gecontroleerd en geïkt;
- een nieuwe procedure opname- en ontslagmedicatie wordt na een positieve pilot op de verpleegafdeling Vaat / Geo (A) ziekenhuisbreed ingevoerd;
- het protocol nuchterbeleid (2-4-6 uurs regel) is geactualiseerd en op DKS geplaatst. Het patiëntenvoorlichtingsmateriaal is hierop afgestemd en is door patiënten via internet Gelre ziekenhuizen te raadplegen;
- het besluit om SURPASS Gelrebreed in te voeren. In 2010 vindt de volledige implementatie voor alle snijdende specialismen plaats;
- de Welkomstbrochure Gelre ziekenhuizen is geactualiseerd waarbij belangrijke aspecten ten aanzien van patiëntveiligheid en de rol van de patiënt en (naaste(n) hierin zijn beschreven.

IGZ- en Zichtbare Zorgindicatoren

De verzameling en aanlevering van data voor de IGZ- en Zichtbare Zorgindicatoren is eind 2008 projectmatig opgezet. De werkgroep bestaat uit vertegenwoordigers van de medische staf, lijnorganisatie en ondersteunende afdelingen. Het in het projectplan vastgestelde proces

is eenmaal geheel doorlopen in 2009 en geëvalueerd. Hierbij is aan de controle en parafering van data door de medisch specialisten in het bijzonder veel aandacht besteed. Naast de IGZ-indicatoren zijn de data voor alle Zichtbare Zorg-indicatoren (set van 10) aangeleverd en openbaar gemaakt.

In het verslagjaar is het proces van dataverzameling gestandaardiseerd, waardoor de kwaliteit van het gehele proces van verzameling, controle en aanlevering is geoptimaliseerd. Daarbij is de verantwoordelijkheid die de medisch specialist heeft gekregen ten aanzien van de controle van de data een belangrijke verbetering ten opzichte van voorgaande jaren.

4.4.2 Behandeling van klachten

Naar aanleiding van signalen inzake klachten van patiënten over de klachtenafhandeling binnen Gelre ziekenhuizen is in 2009, in samenspraak met de Cliëntenraad, besloten om een klanttevredenheidsonderzoek te verrichten over de klachtbehandeling door Gelre ziekenhuizen. Dit onderzoek is verricht door Prismant. De uitkomsten daarvan zijn in de zomer van 2009 beschikbaar gekomen en gaven aan dat met name de eerste opvang van de klacht door medewerkers/medische staf als niet goed wordt beoordeeld: onvoldoende gevoel van erkenning van de klacht; geen excuus als dat aan de orde is. De afhandeling door de klachtenfunctionarissen wordt als redelijk tot goed beoordeeld. Over het uiteindelijke resultaat van de klachtbehandeling is het merendeel van de mensen niet tevreden.

Op grond van de uitkomsten van het Primant onderzoek is aan TNO gevraagd een expert-opinion te geven over de bestaande klachtenprocedure met als doel aanbevelingen te krijgen ter verbetering ervan. De uitkomsten ervan zijn in november 2009 beschikbaar gekomen. De opdracht aan TNO vormt onderdeel van het Plan van Aanpak Patiëntveiligheidscultuur Gelre ziekenhuizen (zie 4.4.1.). Uit de Expert Opinion komt naar voren dat de klachtenprocedure voldoet aan de wettelijk te stellen eisen, maar kwalitatief aanzienlijk verbeterd kan worden vanuit de optiek van patiëntgerichtheid en vanuit de optiek te willen leren van klantsignalen. Ook de informatievoorziening over de klachtenprocedure kan verbeterd worden.

De rapportage van TNO heeft als input gediend voor een interne werkgroep om tot een nieuwe visie en beleid te komen op het gebied van het klachtenmanagement. In 2010 wordt dit geoperationaliseerd. In deze werkgroep heeft ook de Cliëntenraad geparticipeerd.

Klachtenfunctionarissen

In 2009 zijn Gelre breed 702 klachten behandeld. Ten opzichte van 2008 is dat een stijging van 36 procent. Opvallend is de sterke fluctuatie in het aantal klachten gedurende de laatste drie jaar:

2007: 607 klachten;

2008: 517 klachten;

2009: 702 klachten.

In 2009 is begonnen met een gescheiden klachtenrapportage van de twee ziekenhuislocaties. Door deze vorm van rapporteren is te zien dat de toename van het aantal klachten is toe te wijzen aan de locatie Apeldoorn.

Binnen de beroepsgroepen waarover geklaagd werd vonden ten opzichte van 2008 geen grote verschuivingen plaats. Dit geldt ook voor de onderwerpen waarover werd geklaagd. In 2009 werd het meest geklaagd over organisatorische zaken (niet nakomen van afspraken, te lange wachttijden, coördinatie van zorg). Dit betrof 35 procent van de klachten. 22 procent van de klachten betroffen relationele zaken waarbij bejegening en tact het meest werden genoemd.

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 2009 adviezen verstrekt aan diverse medewerkers, afdelingen en medisch specialisten. De adviezen hadden onder meer betrekking op volgende onderwerpen:

- op enkele afdelingen nadrukkelijk het advies gegeven de klacht in het werkoverleg te bespreken en voor een terugrapportage naar klager te zorgen;
- alerter zijn op taalgebruik, bij vermoeden dat een opmerking slecht valt gelijk in gesprek gaan. Excuus maken en intentie van de opmerking uitleggen;
- als er iets mis is gegaan duidelijk excuus maken;
- niet andere onderdelen of personen aanwijzen als veroorzaker van de klacht daar vraagt de klager niet om en wil hij vaak ook niet weten;
- het doen van een MIP/VIM melding als bij een klachtgesprek blijkt dat (vermeende) fouten aan de orde zijn;
- casuïstiek bespreking organiseren naar aanleiding van een ethisch probleem.

De afhandelingstermijn waar binnen klachten werden afgehandeld vertoonde een te grote spreidingsmaat. De geldende norm dat een klacht binnen vier weken afgehandeld dient te zijn werd in 80 procent van de klachten gehaald. De overige 20 procent ondervond om diverse redenen vertraging. Communicatie hierover met klager is essentieel.

Het aantal klachten dat na inventarisatie en bespreking met de klachtenfunctionaris werd doorverwezen naar de klachtencommissie nam sterk toe (van één naar tien klachten).

Klachtencommissie

Aantal binnengekomen klachtbrieven:	22
Aantal uitspraken:	10
Aantal gegrond verklaarde klachten:	5
Aantal ongegrond verklaarde klachten:	16
Aantal aanbevelingen:	3

Toelichting betreffende de aanbevelingen:

- Onderzoeken hoe te waarborgen dat in het dossier van een patiënt vastgelegd wordt dat de patiënt een schriftelijke euthanasieverklaring aan een behandelend arts heeft overhandigd op een zodanige wijze dat andere of latere behandelaars (tijdig) op de hoogte geraken van deze verklaring.
- In maatschapsverband nagaan op welke wijze, hoewel de keuze voor het al dan niet gebruiken aan patiënt is, externe uitingen over het middel Arnica zo veel als mogelijk gelijkloënd kunnen zijn, met name waar in voorliggend geval klaagster van artsen van dezelfde maatschap tegengestelde signalen heeft ontvangen over dit middel.
- In situaties van extramurale overplaatsing, zeker in situaties van patiënten op leeftijd, extra zorgvuldig zijn op de wijze van communicatie richting betrokken contactperso(n)en(en), waarbij uitleg van de te ondernemen stappen van zeer groot belang is.

Zie bijlage 11 voor de samenstelling van de Klachtencommissies

4.5 Kwaliteit ten aanzien van medewerkers

4.5.1 Personeelsbeleid

Arbeidsomstandigheden

Verzuim- en re-integratie

Jaar bron Vernet	2007	2008	2009
Verzuim meldingen	4.886	4.823	4665
Verzuimfrequentie	1,59	1,53	1,47
Verzuimdagen totaal	42.754	46.687	46.345
Verzuimduur in dagen	13,0	14,6	16,3
Verzuim % 1 ^e jaar	4,5%	4,63%	4,63%
1 t/m 7 dg	1,2%	1,12%	1,06%
8 t/m 14 dg	0,4%	0,42%	0,36%
15 t/m 42 dg	0,5%	0,44%	0,44%
43 t/m 365 dg	2,5%	2,64%	2,77%
Verzuim % 2 ^e jaar	0,8%	0,98%	0,91%
Verzuim 1 ^e en 2 ^e jaar totaal			5,55%

Het verzuim in het eerste ziektejaar is in 2009 gelijk aan het verzuim in 2008. Er is echter wel een verschuiving zichtbaar naar langer verzuim. Met name het verzuim tussen zes weken en één jaar stijgt. Het verzuim in het tweede jaar is licht gedaald. Het loonverlies in het 2e jaar werkt kennelijk toch als prikkel voor medewerkers om weer aan het werk te gaan. In de kaderbrief is opgenomen dat we streven hebben naar 4,5%.

Gelre ziekenhuizen is nu opgedeeld in twee RVE's in Apeldoorn en Zutphen en een SSC Algemeen Ondersteunende Diensten en een SSC Medisch Ondersteunende Diensten.

Verzuim	Holding	RVE Apeldoorn	RVE Zutphen	SSC AOD	SSC MOD
2009	2,46%	5,5%	5,6%	5,5%	4,7%

In 2009 stroomden drie medewerkers door naar de WGA (80-100 procent). Daarnaast kwamen drie medewerkers in aanmerking voor WGA 35-80 procent en kregen drie medewerkers na twee jaar ziekte bij de WIA keuring een percentage van < 35 procent arbeidsongeschiktheid toegekend. Zij komen dus niet in aanmerking voor een uitkering. De kosten van verzuim uitgedrukt in directe salariskosten bedragen € 5.200.000,-. Dat is gelijk aan de salariskosten betaald in 2008. De kosten van vervanging zijn daarin niet opgenomen. Gedurende het jaar werd € 107.000,- uitgegeven aan kosten die samenhangen met interventies en behandelingen. Dat is bijna € 40.000,- minder dan in 2008. Er zijn niet minder interventies ingezet maar de ziektekostenverzekeringen van de medewerkers vergoeden meer vanuit het basispakket. Deze vergoedingen worden door Gelre ziekenhuizen benut. Daar tegen over werden ook inkomsten verworven uit diverse regelingen, zoals Amber en No-risk gelden. In totaal werd € 234.000,- toegekend. Dat is een stijging van € 6.600,-. De premiekorting wordt bij de belasting aangifte door de Personeels- en Salarisadministratie verrekend. De hoogte van de premiekorting is bij CPR niet bekend. Een stijging van ruim € 6.000,- is dus een mooi resultaat.

Arbeidsvoorwaarden

Loonontwikkeling 2009: In het kader van de CAO Ziekenhuizen werd besloten de lonen met ingang van 1 juli 2009 te verhogen met 1,0 procent. Daarnaast werd in de maand september eenmalig 0,3 procent uitgekeerd van het jaarsalaris. Tenslotte is de eindejaarsuitkering verhoogd van 5 naar 6 procent.

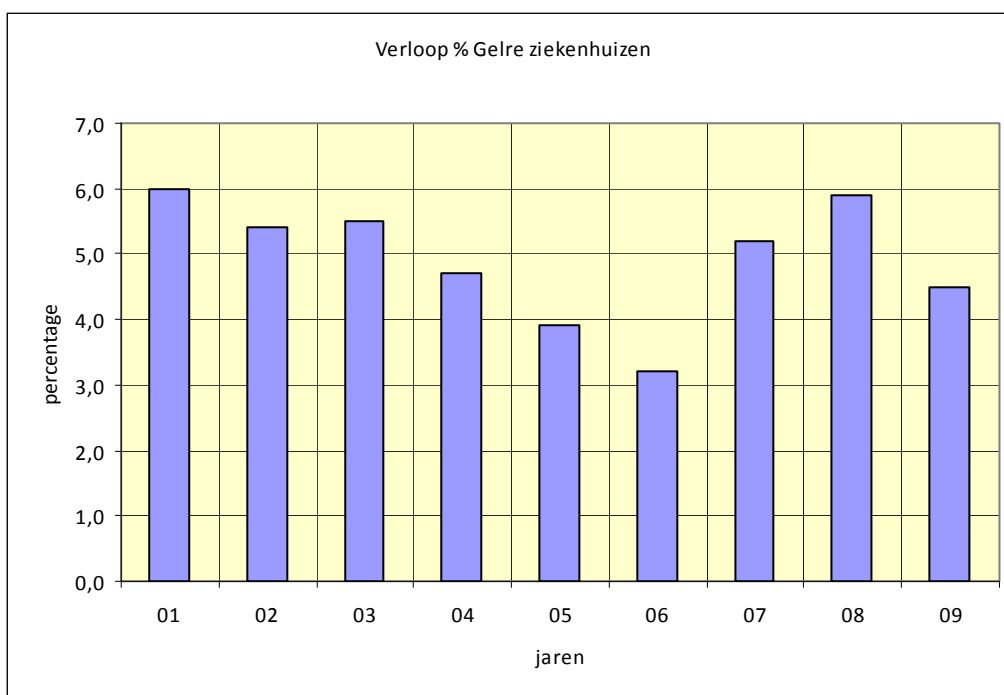
In- en uit dienst

Arbeidsmarkt en vacatures: In het jaar 2009 werden 190 (in 2008: 207) vacatures gemeld. Vrijwel alle vacatures werden vervuld. Moeilijk vervulbare vacatures bleken te zijn: arts-assistent Cardiologie, operatie-assistent, anesthesie-assistent en KNF-vaatlaborant.

Instroom

In 2009 traden 115 medewerkers (68,7 fte) in dienst met een overeenkomst voor onbepaalde tijd en 387 medewerkers (199,8 fte) met een arbeidsovereenkomst voor bepaalde tijd, waarvan 126 medewerkers met een 0-uren overeenkomst.

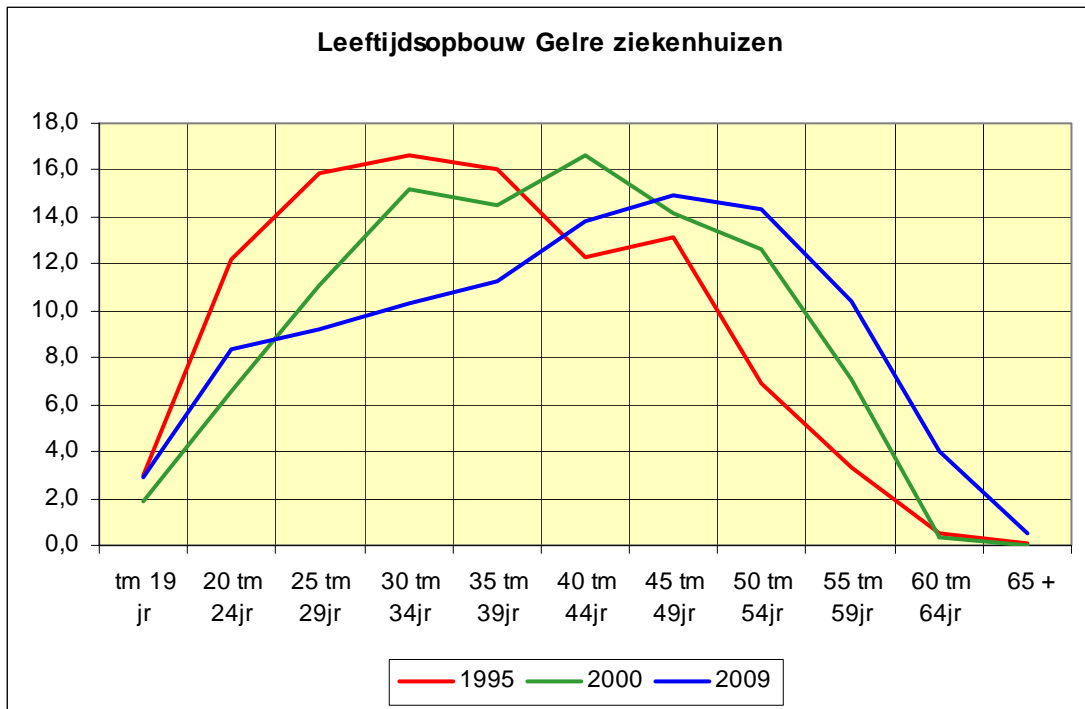
Verloop



Uit de verloopcijfers wordt duidelijk dat de uitstroom in 2007 en 2008 ten opzichte van voorgaande jaren sterk toenam. In 2009 zien we een verwachte daling optreden naar 4,5 procent ten opzichte van 5,9 procent in 2008. We nemen aan dat deze daling sterk samenhangt met de financiële crisis respectievelijk economische recessie. Het betreft het verloop van medewerkers met een arbeidsovereenkomst voor onbepaalde tijd. Het verloop onder verpleegkundige functies is gelijk gebleven en bedraagt vijf procent.

In 2009 traden 148 medewerkers (105,5 fte) uit dienst met een overeenkomst voor onbepaalde tijd en 221 medewerkers (115,9 fte) met een arbeidsovereenkomst voor bepaalde tijd.

Leeftijdsopbouw



	1995	2000	2009
Gemidd. lft	36,0	39,5	41,3

De grafiek laat zien dat de gemiddelde leeftijd de afgelopen 14 jaar maar liefst met 5,3 jaar is toegenomen. Ten opzichte van 2007 is de gemiddelde leeftijd licht gestegen van 41,1 jaar tot 41,3 jaar.

4.5.2 Kwaliteit van het werk

Arbeidsomstandigheden

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

Medewerkerstevredenheid

In 2009 is opnieuw een onderzoek uitgevoerd naar de tevredenheid onder medewerkers met betrekking tot een aantal hoofdthema's.

De algemene tevredenheid is ten opzichte van de vorige meting in 2006 iets gedaald van 7,0 naar 6,8.

De tevredenheid voor wat betreft de beloning is afgenomen.

Hoofdrubrieken	2009	2006	benchmark
Werkzaamheden	7	7,1	7,2
Arbeidsomstandigheden	5,6	5,6	5,6
Collega's	7,9	7,6	7,6
Leidinggevende	6,6	6,5	6,3
Organisatie	6	6	6,1
Ontwikkelingsmogelijkheden	6	5,7	6
Beloning	5,2	5,3	5,4

De werkdruk beleving is toegenomen. Iets meer dan de helft van de respondenten vindt de werkdruk nog goed.

Toch geven medewerkers in overgrote meerderheid aan dat ze graag willen blijven werken bij Gelre ziekenhuizen en dat men met plezier naar het werk gaat.

4.6 Samenleving

Gelre ziekenhuizen is met ruim 3300 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.

Koninginnedag 2009

De ramp op Koninginnedag 2009 in Apeldoorn heeft niet alleen een grote impact gehad op alle hulpverleners in Gelre ziekenhuizen die daarbij waren betrokken. Het heeft ook aan het licht gebracht dat een snellere duidelijkheid over de identificatie van slachtoffers die bij een ramp worden binnengebracht, ook als ze dan reeds zijn overleden, van groot belang is enerzijds uit humane overwegingen, maar ook uit overwegingen van beheersbaarheid van de situatie ter plekke. Met de voorzitter van NVZ vereniging van ziekenhuizen is daarvoor aandacht gevraagd bij de Minister van Binnenlandse Zaken. Dat heeft geleid tot een werkgroep ter verbetering van de procedures op dit punt, onder leiding van het Korps Landelijke Politie Diensten (KLPD) waaraan ook vanuit Gelre ziekenhuizen is deelgenomen.

Landelijke imagocampagne

Gelre ziekenhuizen doet mee aan de landelijke imagocampagne, die in mei 2007 werd gelanceerd onder het motto 'Het Ziekenhuis Zorgt' en doorloopt tot 2010. Zowel in de ziekenhuizen als daarbuiten laten de ziekenhuismedewerkers zien dat toewijding, professionaliteit, daadkracht en vernieuwing 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. De geplande open dag in september 2009 is afgelast vanwege de mogelijke kritische situatie die zou kunnen ontstaan ten gevolge van de Mexicaanse griep. De dag is verplaatst naar 20 maart 2010.

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 2009 zijn er vier bijeenkomsten van het ROAZ geweest. Hieronder de belangrijkste activiteiten die hebben plaatsgevonden:

- medio 2009 hebben focusgroepen de inventarisatiefase van de analyse van de zorgprocessen rondom 5 ziektebeelden afgerond. De bevindingen van en daaruit voortkomende verbeterpunten zijn besproken in het ROAZ en eind 2009 is een plan van aanpak besproken aangaande de realisatie van deze verbeterpunten. Verder heeft er afstemming plaatsgevonden met de omliggende traumacentra over de grensgebieden en zijn eventuele niet betrokken ketenpartners alsnog benaderd om deel te nemen. Eind 2009 is tevens een lobby gestart om in de focusgroepen een betere vertegenwoordiging van de huisartsen te krijgen;
- de planvorming om te komen tot een gezamenlijk OTO-beleid, met daaraan gekoppeld de besteding en verdeling van de sinds eind 2008 beschikbaar gestelde OTO-stimuleringsgelden, is in 2009 verder uitgewerkt. Het resultaat is een Meerjaren OTO-beleidsplan, inclusief een daaraan gekoppelde risico-analyse, wat in april 2009 is vastgesteld door het ROAZ. Verder heeft het helder krijgen van de kaders waarbinnen men deze gelden mag besteden de nodige aandacht en afstemming gevraagd. Eind 2009 heeft dit geleid tot een goede basis voor het OTO-jaarplan 2010 en gaan we van planvorming naar uitvoering;
- belangrijke rol binnen de totstandkoming speelt het medio 2009 opgerichte Regionaal Steunpunt OTO, voortgekomen uit een eerder gevormde werkgroep. Dit RS OTO bestaat uit een vertegenwoordiging vanuit de 3 betrokken veiligheidsregio's en het Traumacentrum Zwolle. Zij hebben mandaat van het ROAZ om te beoordelen of een aanvraag aan de criteria voldoet en of de onderbouwing van de OTO-activiteiten voldoende is. Door middel van voortgangsrapportages heeft het RS OTO het ROAZ gedurende 2009 geïnformeerd over de voortgang. Het RS OTO komt vanaf juni 2009 maandelijks bij elkaar en zal in 2010 verder geprofessionaliseerd worden;
- nu het ROAZ steeds meer uit de fase van de opbouw van het netwerk komt, en zich meer bezig gaat houden met inhoudelijke zaken, is het noodzakelijk dat ketenpartners goed vertegenwoordigd zijn en de afgevaardigden ook mandaat hebben om te kunnen handelen. Eind 2009 is afgesproken dat begin 2010 een ronde langs de ketenpartners gemaakt zal worden om het belang van het ROAZ, en het actief deelnemen, onder de aandacht te brengen. Het betrekken van de huisartsen krijgt hierbij extra aandacht.

Vanwege het toenemen van de activiteiten en verantwoordelijkheden van het ROAZ, heeft het traumacentrum in 2009 het aantal medewerkers dat zich met het dossier 'acute zorg' bezig houdt uitgebreid met een tweede beleidsmedewerker en een medisch coördinator acute zorg.

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.

Gelre Apeldoorn heeft in 2009 216 nieuwe parkeerplaatsen voor patiënten en bezoekers kunnen realiseren binnen het bestaande bestemmingsplan. Met de aanleg van deze 216 plaatsen komt het totale aantal parkeerplaatsen voor bezoekers op 647.

Indien de parkeerdruk blijft bestaan zal de mogelijkheid van betaald parkeren voor medewerkers worden onderzocht.

Milieubeleid

ADR wetgeving vervoer gevaarlijke stoffen (Accord européen relatif au transport international marchandises Dangereuses par Route): bij een viertal controles van de opslagplaatsen voor afval bij Gelre Apeldoorn en Gelre Zutphen zijn een aantal onregelmatigheden geconstateerd. Deze zijn besproken met de betrokken leidinggevenden en waar mogelijk opgeheven.

De problemen met de papiercontainers in Zutphen zijn opgelost.

Voor het reinigen van kratten voor glas op de afdelingen wordt gezocht naar een geschikte oplossing.

In het kader van ATEX (eisen aan apparaten en beveiligingssystemen; ATmosphère EXplosible) is er in Gelre Zutphen een oriënterend onderzoek verricht naar de noodzaak van een Explosie Veiligheids Document. Gebleken is dat het niet nodig is om een zonering in te stellen, als er aan enkele voorwaarden wordt voldaan. Dit geldt ook voor de nieuwbouw.

Registratie gevaarlijke stoffen: de registratie is in een afrondend stadium. Gekeken wordt nog naar de beste vorm voor werkplekinstructiekaarten en aanvullende registratie.

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.

4.7 Financieel beleid

Ontwikkeling productie

De gerealiseerde productie van 2009 was hoger dan in 2008 (tussen haakjes staat de groei van 2007 naar 2008):

- De poliklinische productie is 2,3% (2,7%) hoger;
- Het aantal opnamen is 15,1% (1,4%) hoger;
- Het aantal dagopnamen is 4,5% (10,1%) hoger.

	Werkelijk 2009	Werkelijk 2008
Gewogen EPB's	175.363	171.488
Gewogen opnamen	40.856	35.482
Dagopnamen	32.247	30.845

De gemiddelde verpleegduur is weer verder gedaald van 5,3 naar 4,8 verpleegdagen. De herhalingsfactor voor het aantal polikliniekbezoeken is al vier jaar nagenoeg constant.

Ontwikkeling resultaat

De opbrengst steeg van €218,1 miljoen naar €230,9 miljoen. De kosten stegen van €217,5 miljoen naar €229,9 miljoen. Het jaar 2008 werd afgesloten met een positief exploitatieresultaat van €0,6 miljoen.

Voor 2009 was een sluitende begroting opgesteld. Gedurende 2009 is aangegeven dat, indien een aantal maatregelen werd geëffectueerd, het resultaat rondom €0 kon eindigen. Het exploitatieresultaat over 2009 is uiteindelijk uitgekomen op €1,1 miljoen positief.

Ontwikkeling solvabiliteit

De solvabiliteit uitgedrukt als budgetratio komt ultimo 2008 uit op 13,2% (€28,9 miljoen).

Met name de boekwinst van de locatie Juliana en in zeer beperkte mate het resultaat over 2009 hebben de solvabiliteit verbeterd. Het budgetratio bedraagt ultimo 2009 19,2% (€43,8 miljoen).

Ontwikkeling liquiditeit

De liquiditeit is in 2009 niet verder verslechterd. De verhouding tussen vorderingen, inclusief onderhanden werk en liquide middelen enerzijds (€112,7 miljoen) en vlottende passiva anderzijds (€159,5 miljoen) is iets verbeterd en bedraagt 0,71 en in vorig jaar 0,63. Een verhouding van 1 is echter gewenst.

Vergelijking resultaat met begroting

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

1. Begroot resultaat	€ 0,0 miljoen	
2. Vrijval beleidsruimte	€ <u>1,0</u> miljoen	€ 1,0 miljoen
3. Extra opbrengsten		
- FB parameters A-segment / B-segment	€ 3,2 miljoen	
- Eerstelijns en overige productie	€ 0,1 miljoen	
- Uitbreiding capaciteit specialisten	€ 0,4 miljoen	
- Restcorrectie opleidingsplaatsen artsassistenten	€ 0,1 miljoen	
- LPT	€ -0,1 miljoen	
- Budgetkorting overheid	€ 0,0 miljoen	
- Overige opbrengsten m.n.	€ <u>2,2</u> miljoen	€ 5,9 miljoen
4. Extra kosten		
- Hogere personele kosten	1,4 miljoen	
- Hogere voedings- en hotelmatige kosten	0,8 miljoen	
- Hogere algemene kosten	1,8 miljoen	
- Patiëntgebonden kosten		
- Beeldv. diagnostiek	€ 0,1 miljoen	
- Laboratoriummiddelen	€ 0,4 miljoen	
- Geneesmiddelen	€ 0,3 miljoen	
- Apparatuur, instrumentarium	€ -0,4 miljoen	
- Overige posten	€ <u>0,5</u> miljoen	
	€ 0,9 miljoen	
- Terreingebonden kosten	€ 1,1 miljoen	
- Dotatie voorzieningen	€ 0,3 miljoen	
- Lagere rente en afschrijvingskosten	€ <u>-0,5</u> miljoen	€ 5,8 miljoen
Per saldo		€ 1,1 miljoen

Bijlage 1: Raad van Toezicht Gelre ziekenhuizen

Samenstelling d.d. 31 december 2009:

	Hoofd-functie	Relevante nevenfuncties	Datum eerste benoeming	Datum van aftreden	Komt in aanmerking voor herbenoeming
mr. H.J.E. Bruins Slot voorzitter geb. 16-08-1948 woonplaats: Apeldoorn		Lid Vereniging Aegon Vz RvC Rabobank Apeldoorn e.o. Vz Bond Heemschut Vz RvT Muiderslot Lid RvT Koninklijke Kentalin Vz RvC 's Heeren Loo Vz KWF Kankerbestrijding Lid visitatiecollege publiek verantwoord Vz Stuurgroep gemeentelijke herindeling ZW Friesland	1 juli 2006	1 juli 2010	Ja
mw. M.G. Hijweege lid geb. 02-04-2958 woonplaats: Gorssel	Onder-nemer: Zijwegen BV	Geen overige nevenfuncties	1 juli 2006	1 juli 2010	Ja
drs. R.R.H.M. van der Zijl lid geb. 15-08-1946 woonplaats: Heusden		Lid Raad van Toezicht De Rooi Pannen te Tilburg Lid Raad van toezicht Nederlandsch Bureau voor Toerisme en Congressen te Leidschendam Lid Raad van Toezicht Stichting Recreatie te Den Haag Lid Raad van Commissarissen 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>Emeritus Hoogleraar Strategie en Omgeving Vrije Universiteit Amsterdam</p>	<p>Lid van de stichting Parc Spelderholt Director of the Japan Strategic Management Society Vz Pro-Am Golf wedstrijden voor het goede doel Lid Industrial Advisory Board Cordys Vz st. 't Lokhuis</p>	<p>1 juli 2007</p>	<p>1 juli 2011</p>	<p>Ja</p>
<p>Drs. J. Visscher lid geb. 05-03-1944 woonplaats: Amsterdam</p>		<p>Lid RvT AMC Bestuurslid SUO Vice-vz Zorgverzekeraars Nederland Lid RvT Altrecht Lid RvT NIGZ</p>	<p>1 juli 2008</p>	<p>1 juli 2012</p>	<p>Ja</p>
<p>Mw M.C. Meindersma lid geb. 21-01-1943 woonplaats: Zwolle</p>	<p>Eerste Kamer, lid PvdA fractie</p>	<p>Lid RvT St. Reclassering Ned. Vz RvT Woningstichting PWS Lid RvC Moes Holding Vz RvC Woningcorporatie Neijestee Vz St. Vrienden van de WRZV Commissaris Nimwegen & Partners Commissaris Woningst. SWZ</p>	<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>		<p>Vice-vz Don Bosco Vz Unicef regio Apeldoorn</p>	<p>1 juli 2008</p>	<p>1 juli 2012</p>	<p>ja</p>

Bijlage 2: Presentielijst vergaderingen Raad van Toezicht Gelre ziekenhuizen 2009

Naam	13 febr	23 apr	27 mei	3 sept	27 okt extra	18 dec
mr. H.J.E. Bruins Slot	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
mw. M.G. Hijweege	Ja	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja
drs. R.R.H.M. van der Zijl	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
prof. dr. D.J. Eppink	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
drs. J. Visscher	Nee	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja
mw. M.C. Meindersma	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja
drs. H.J.H.J. van den Hout	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja

Bijlage 3: Samenstelling Raad van Bestuur per 31 december 2009

Naam	Functie	geboortedatum	Nevenfuncties	Werkzaam in de huidige functie sinds
drs. R.V.W.M. Lantain	voorzitter	06-09-1949	Lid Scheidsgerecht Gezondheidszorg Bestuurslid St. Hoenderloo Beheer	01-03-2003
G.J. Heuver, arts, MMO	lid	18-02-1960	Voorzitter Raad van Toezicht MEE Oost Gelderland Lid Medisch Specialisten Registratie Commissie Vz opleidingscommissie 'opleiding tot radiologisch laboranten' college ziekenhuis opleidingen	01-09-1997
drs. M.A. Imkamp	lid	04-05-1957		01-03-2003
drs. R. Smits	secretaris	23-05-1954	Lid St. Ondersteuningsfonds Zorg, Welzijn en Sport	15-09-2009

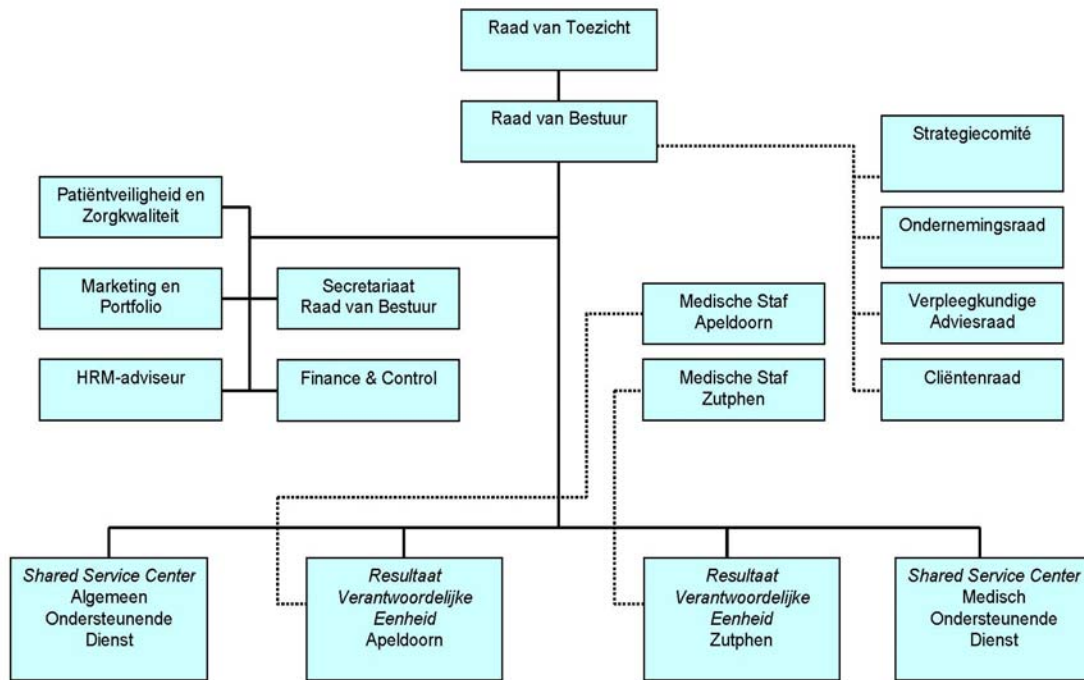
Bijlage 4: Portefeuilleverdeling Raad van Bestuur

Goedgekeurd in de vergadering van de Raad van Toezicht d.d. 28 april 2004
geactualiseerd naar de stand van zaken d.d. 31-12-2009

R.V.W.M. Lantain (voorzitter RvB)	M.A. Imkamp (lid RvB)	G.J. Heuver (lid RvB)
Aandachtsgebieden <i>NB: Alle onderstaande aandachtsgebieden zijn onderdeel van een <u>gemeenschappelijk</u> RvB-beleid, waarbij weliswaar één RvB-lid de primair verantwoordelijke is.</i>		
Besturingsmodel Positionering en strategie Strategische samenwerkingsrelaties Governance Financiën en Control Marketing en Portfolio Reputatiemanagement	Patiëntveiligheid en Zorgkwaliteit	Human Resources Management Leerhuis Informatisering Vastgoed
Direct reports		
Secretaris RvB Stafdirecteur F&C Stafdirecteur M&P	Hfd stafafd P&Z RVE dir Apeldoorn RVE dir Zutphen	Dir SSC AOD Dir SSC MOD
Voorzitter van:		
Platform Integratie 2012 Marketing Overleg Gelre	Cie. Patiëntveiligheid en Zorgkwaliteit	Platform ICT Stuurgroep SAP-4-ZIS Stuurgroep Realisatie Nieuwbouw Zutphen
Interne overlegorganen/commissies		
Raad van Toezicht	Raad van Toezicht Cliëntenraad VAR	Raad van Toezicht Ondernemingsraad
Structurele externe overlegsituaties		
Lokaal overleg zorgverzekeraars (vz) NVZ (algemeen) Medirisk Gemeentebesturen A en Z	Overleg derde lijn Inspectie voor de Gezondheidszorg	Cie. Besturing & Bekostiging (NVZ) Overlegorgaan Opleidingen Regio UMCU

NB: Kwartaaloverleg directeuren: overleg voltallige RvB, ondersteund door stafdirecteur F&C met ieder van de RVE directeuren afzonderlijk, in geval van de ziekenhuisdirecteuren, vergezeld door hun stafvoorzitter.

Bijlage 5: Organogram



Bijlage 6: Kaart verzorgingsgebied Gelre ziekenhuizen



Bijlage 7: Samenstelling Cliëntenraad

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

Bijlage 8: Samenstelling Ondernemingsraad

(Samenstelling in alfabetische volgorde)

Joke van den Beld, Chirurgie

Wim Das, PAAZ

Adri van Eijk, Cardiologie

Cees Eikelboom (voorzitter), Facilitair Bedrijf

Henk ter Haar, Klinisch Chemisch Hematologisch Laboratorium

Fred Jurrjens (vice-voorzitter), IC-Verpleegkundige

Frans van Lent (secretaris), Facilitair Bedrijf

Bas Lokker, Facilitair Bedrijf

Harry Meijer, Goederenlogistiek (tot en met 31 december 2009)

Jean Mochèl, Fysiotherapie

Joop Sellink, Radiologie

René Smit, Spoedeisende Hulp (tot en met 31 mei 2009)

Rian Sterckel, Poli Reumatologie

Pieter Versteeg, Endoscopie

Bert Wierink, Bewakingsafdeling

Marianne de Witte, Personeelszaken

De OR wordt ondersteund door het secretariaat, gehuisvest in Gelre Apeldoorn:

Sylvia van Berkel, ambtelijk secretaris

Ietje van der Ven, secretaresse

Bijlage 9: Samenstelling Verpleegkundige Adviesraad

Greet Nieuwland, voorzitter
Ambtelijk secretaris: vacant

Leden (verpleegkundigen):
Mirella Baars-Koenjer
Renko Rappard
Sandra Kloosterboer-Haverkamp
Annemiek Kersten-Hendriksen
Sjoukje Engelen
Susanne Mulderij
Wijnie de Lange
Stagiair: Isis vd Klei

Bijlage 10 Samenstelling Strategiecomité

dr. P.P.G. van Benthem (voorzitter), KNO-arts Apeldoorn
P.L. Klemm, chirurg Apeldoorn
dr. P.H.G.E. Strens, orthopaedisch chirurg Zutphen
dr. R.B. van Leeuwen, neuroloog Apeldoorn
Mevrouw Y. Vermeeren, internist-nefroloog Apeldoorn
E.H.J. Zanders, gynaecoloog Zutphen
M. Goosens, longarts Zutphen
(Allen vanaf 15 oktober 2009)

Bijlage 11: Directeuren

SSC AOD:	W.A.G. van Grimbergen
SSC MOD:	dr. J.D.E. van Suijlen (per 1-01-2010)
Ziekenhuis Apeldoorn:	A.J. Kleinlugtenbeld (per 1-09-2009)
Ziekenhuis Zutphen:	B.M.J.M. Mutsaers (per 1-09-2009)
Financiën & Control:	T.M.O. Jetten
Marketing & Portfolio:	M.F. Beer

Bijlage 12: Samenstelling Klachtencommissie

Samenstelling subcommissie Apeldoorn per 31 december 2009

mw. mr. R.J.T. Leijzer, voorzitter Gelre – voorzitter subcommissie
 mw. J.M. Bakker-Harbach
 G.J. Bakkeren, BOPZ-lid
 mw. A. Munk
 mw. N. Riedé
 mr. J. Riemersma
 mr. J. Rolleman, jurist-lid
 dr. R.P. Verhoeven
 J.L.M. de Win
 ambtelijk secretaris: mw. R. Buitenhek

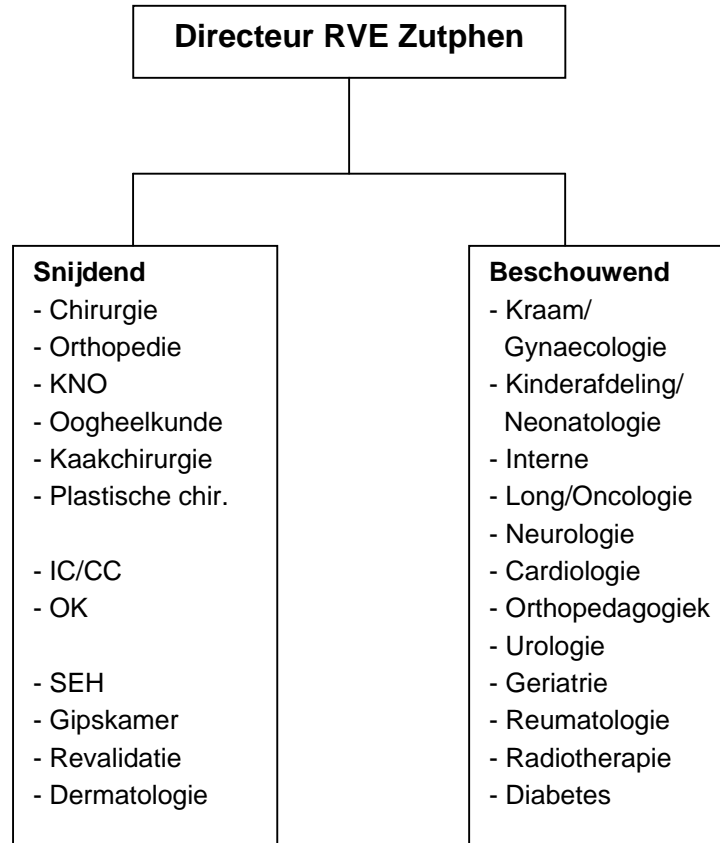
Samenstelling subcommissie Zutphen per 31 december 2009

mr. dr. P.F.A. Bierbooms, vice-voorzitter Gelre – voorzitter subcommissie
 dr. O.A. van Dobbenburgh
 mr. M. Dwarswaard, jurist-lid
 H. Groeneveld
 mw. R. Klein Koerkamp
 R.H.U. Rammeloo
 mr. J. Riemersma
 mw. C. Warmenhoven
 ambtelijk secretaris: mw. R. Buitenhek

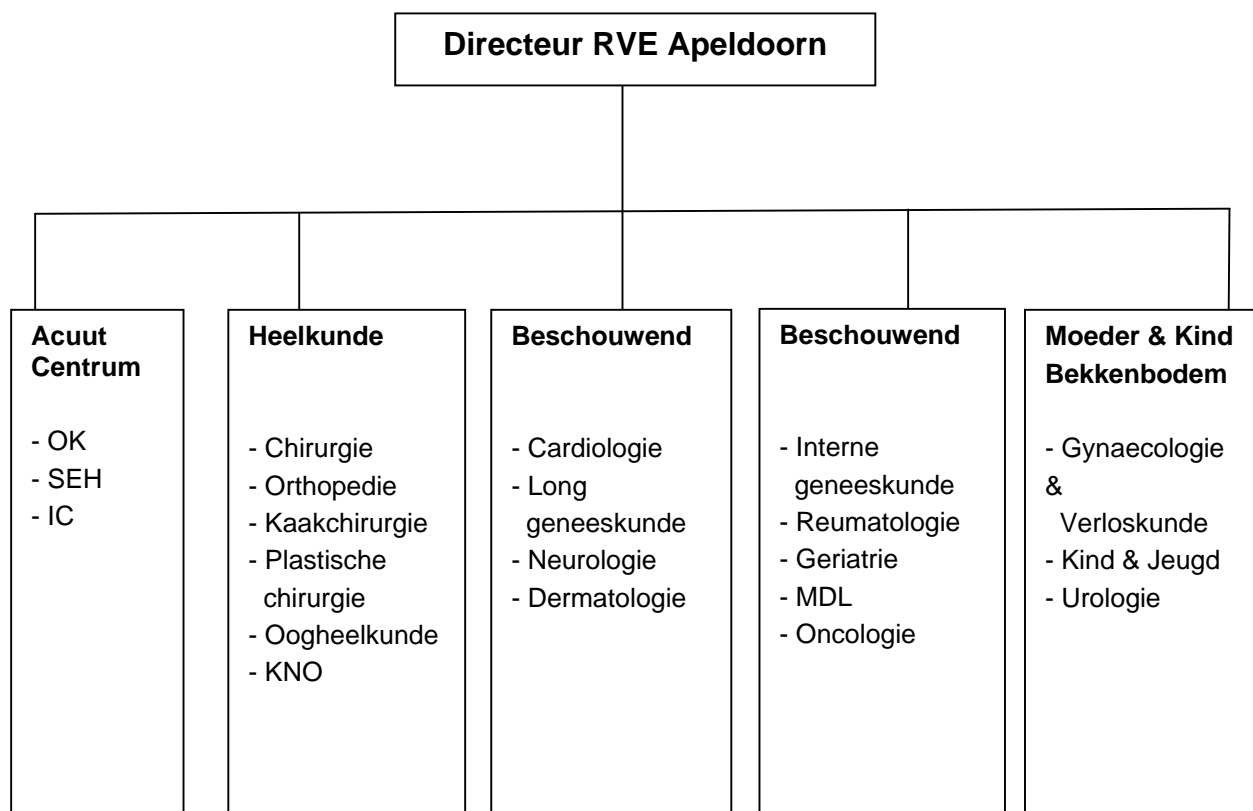
Bijlage 13: Medisch Ondersteunende Diensten

Gelre	zorgmanager / afdelingsmanager	medisch manager
Klinisch Chemisch Hematologisch Laboratorium		J.D.E. van Suijlen
Medische Microbiologie		A. Fler
Klinische Pathologie	N. Tiemessen	E.F. Weltevreden
Apotheek	G. de Weerd	
Apeldoorn		
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
Radiologie	R. Heus	A.R. van den Biezenbos

Bijlage 14: RVE Zutphen

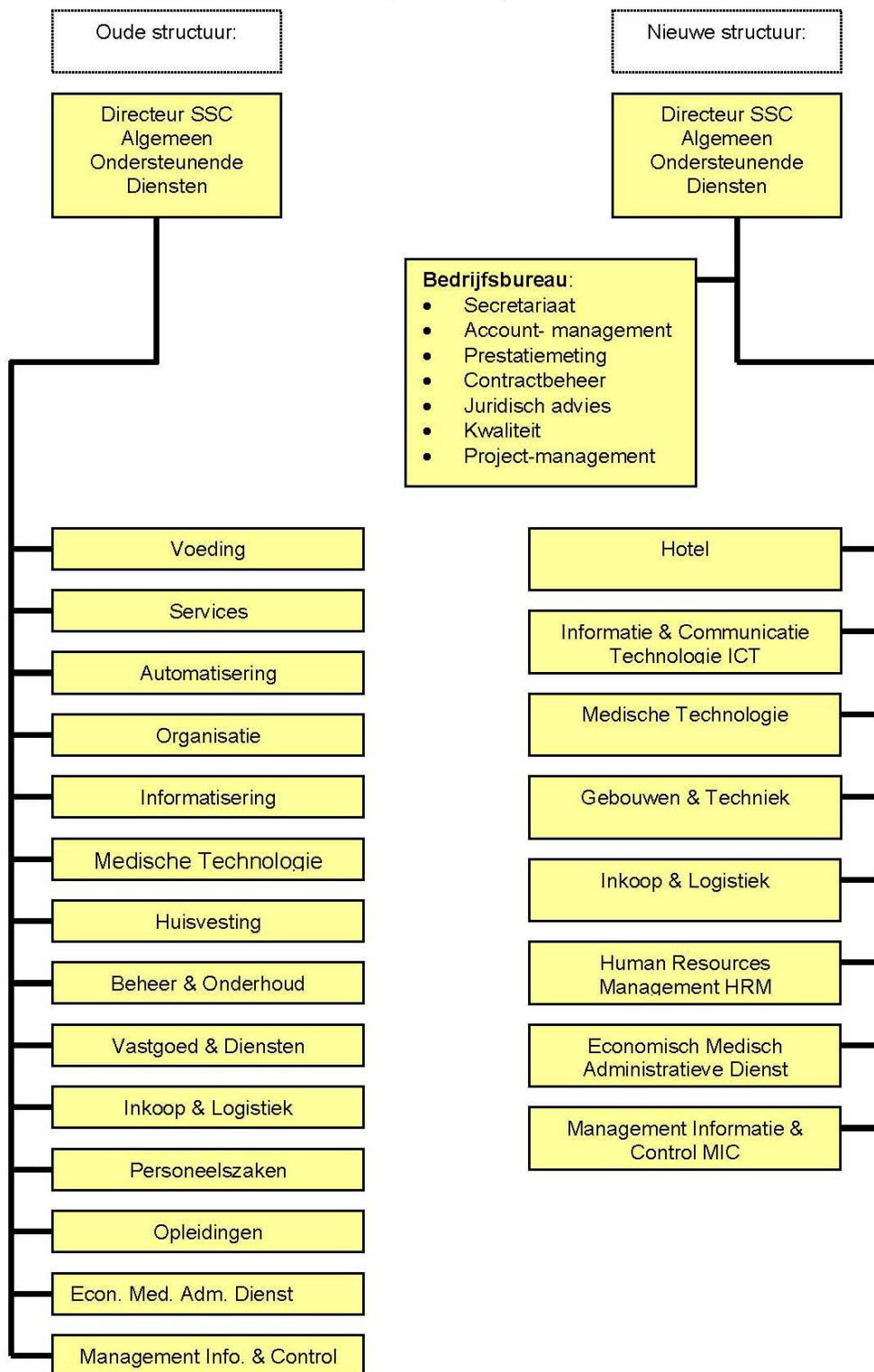


Bijlage 15: RVE Apeldoorn



Exclusief Revalidatie ondergebracht

Bijlage 16: Organogram Shared Service Center Algemeen Ondersteunende Diensten



Bijlage 17: Medische staven Apeldoorn en Zutphen

Samenstelling medisch stafbestuur 2009 Gelre Apeldoorn:		
Naam	Bestuursfunctie	Specialisme
Dhr. Th. van Bommel	Voorzitter	Internist
Dhr. dr. Tj.D. Brintjes	Vice-voorzitter (vanaf 1-7-2009)	KNO-arts
Dhr. H.W. Slis	Penningmeester	Radioloog
Dhr. dr. H.J. Adriaansen	Lid (tot 1-7-2009 vice-voorzitter)	Arts klinische chemie
Dhr. H.W. Bolhuis	Lid	Chirurg
Mw. dr. A. Jerzewski	Lid	Cardioloog

Samenstelling medisch stafbestuur 2009 Gelre Zutphen		
Naam	Bestuursfunctie	Specialisme
mw. Y. Dabekausen	Voorzitter	Gynaecoloog
E. Lammers	Vice-voorzitter	Longarts
S. Sluyter	Secretaris	KNO-arts
P. de Munck	Penningmeester	Klinisch Fysicus

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
 J.W.M. Nijholt (per 1 januari 2009)
 B. Oedairadsingh
 E.L.P.M. van der Poel
 B.J. van Praagh
 mw. M.D.F.N. Rademaker
 mw. M.P. Roukens

Artsmicrobiologen Gelre:

G. Blaauw (per 1 oktober 2009)
 mw. E. Bowles (per 20 mei 2009)
 mw. B. van Hees (per 1 mei 2009)

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. 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

mw. K. Wehmeijer (per 1 jan. 2009)

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:

mw. A. Braber (per 1 sept. 2009)

dr. J.H. Rommes

dr. P.E. Spronk

dr. J. Streefkerk (per 1 mei 2009)

Internisten Apeldoorn:

dr. J.N.M. Barendregt

dr. T. van Bommel

mw. J.C. Kuenen (per 1 aug. 2009)

dr. G.S. Madretsma

mw. dr. S.A. Radema

dr. C.G. Schaar

mw. dr. J.M. Smit

dr. R.P. Verhoeven

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

R. Walhof

P.W. Kraaij

Kaakchirurgen Zutphen:

W.J. Josephus Jitta

P. Lührman

M.R. Reinkingh

Keel-, Neus-, Oorartsen Apeldoorn:

dr. P.P.G. van Benthem

dr. T.D. Bruintjes

dr. R.J.B. Hemler

K.J. Langenhuijsen

Keel-, Neus-, Oorartsen Zutphen:

dr. R.J.H. Ensink

F.J. Mud

S. Sluyter

Kinderartsen Apeldoorn:

mw. C.M. Bakker

R.A. Bruinsma

L. Lunshof

mw. B.T. van Maldegem (per 1 okt. 2009)

D.J. Pot

Prof.dr. C.H. Schröder

mw. N. van Werkhoven – de Brabander (per 17 nov. 2009)

Kinderartsen Zutphen:

F.P.J. Dikken (per 1 augustus 2009)

mw. A. Dings

R. Kohl (tot 21 april 2009)

mw. I. Pernot (per 17 maart 2009)

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 fysici Gelre:

ir. P.B. de Munck
ir. A. Becht

Klinisch gerieters Gelre:

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

Klinisch pathologen Gelre:

mw. H. Doornewaard
mw. dr. C.E. Essed
mw. E. Koop
H.M. Peters
dr. E.F. Weltevreden

Klinisch psychologen Apeldoorn:

D.A. Dijkman
mw. J. de Hoop

Klinisch psychologen Zutphen

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

Longartsen Apeldoorn:

mw. E.G.M. Cobben-Beld
dr. R. Hage
M.J. Möllers
mw. J.J.C.M. Rooijmans-Rietjens
N. Pronk (per 1 okt. 2009)

Longartsen Zutphen:

mw. L. van Eijsden (per 1 juli 2009)
M. Goosens
E. Lammers

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 (tot 1 juli 2009)
mw. B. Jelles
M. Hoebert (per 1 december 2009)
mw. B.M. van der Sluijs
mw. F.E. Strijks
mw. H.C. Tjeerdsma

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
R.H. Jansen
mw. K.E. de Kroon (per 1 dec. 2009)
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:

mw. H. van Eijk (GGNet)
L.F.M. Goessens (GGNet, tot 1 nov. 2009)
mw. A. van der Laan (GGNet)
P. Naarding (GGNet)

Radiologen Apeldoorn:

mw. K. Droogh – de Greven
dr. J.W.C. Gratama
W. ten Hove
J. Kardux
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
mw Th. Jagt
mw dr. S. van Wijngaarden
dr. J.M. van Woerkom

Reumatologen Zutphen:

mw. H.H. Nuver-Zwart (tot 1 mei 2009)
D.R. Siewerts van Reesema (tot 1 mei 2009)
mw. Th. Jagt (per 1 mei 2009)
J.M. van Woerkom (per 1 mei 2009)
mw. dr. S. Wijngaarden (per 1 juni 2009)

Revalidatieartsen Apeldoorn:

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

Revalidatieartsen Zutphen :

mw. M. Harmsen
T. Semeijn (tot 1 april 2009)
mw. E. Zoetemeijer (tot 1 maart 2009)

Urologen Gelre:

D.F. Eijken
W. IJzerman
dr. O.B. Stroosma
P.J. Zwaan

Ziekenhuisapothekers Gelre:

G.B. Drese
mw. C.M. Essink-Tjebbes
dr. H.J.M. van Kan (per 15 juni 2009)
R.M. Posthuma
J.J.W. Ros
G. de Weerd