

**gelre** ziekenhuizen



**Gelre ziekenhuizen**

**Jaardocument 2010  
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 .....	12
2.4	Belanghebbenden .....	12
2.4.1	Patiënten(organisaties) .....	12
2.4.2	Zorgverzekeraars .....	13
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 .....	27
3.5	Cliëntenraad.....	34
3.6	Ondernemingsraad .....	36
3.7	Verpleegkundige Adviesraad (VAR) .....	37
3.8	Strategiecomité .....	38
3.9	Medisch Stafbestuur Apeldoorn.....	38
3.10	Medisch Stafbestuur Zutphen .....	41
4	Beleid, inspanningen en prestaties .....	43
4.1	Meerjarenbeleid .....	43
4.2.1	Leerhuis .....	46
4.2.2	Gelre 2012 .....	49
4.3	Algemeen kwaliteitsbeleid.....	51
4.4	Kwaliteitsbeleid ten aanzien van patiënten.....	54
4.4.1	Kwaliteit van zorg .....	54
4.4.2	Klachtbehandeling.....	59
4.5	Kwaliteit ten aanzien van medewerkers.....	61
4.6	Samenleving .....	65
4.7	Financieel beleid .....	67

Bijlage 1: Raad van Toezicht Gelre ziekenhuizen.....	69
Bijlage 2: Presentielijst vergaderingen Raad van Toezicht Gelre ziekenhuizen 2010.....	71
Bijlage 3: Samenstelling Raad van Bestuur .....	72
Bijlage 4: Portefeuilleverdeling Raad van Bestuur Gelre ziekenhuizen .....	73
Bijlage 5: Organogram Gelre ziekenhuizen.....	75
Bijlage 6: Kaart verzorgingsgebied Gelre ziekenhuizen.....	75
Bijlage 7: Samenstelling Cliëntenraad.....	76
Bijlage 8: Samenstelling Ondernemingsraad .....	76
Bijlage 9: Samenstelling Verpleegkundige Adviesraad .....	77
Bijlage 10: Samenstelling Strategiecomité .....	77
Bijlage 11: Directeuren .....	77
Bijlage 12: Opleidingscommissie.....	78
Bijlage 13: Samenstelling Klachtencommissie .....	79
Bijlage 14: Medisch Ondersteunende Diensten .....	80
Bijlage 15: RVE Zutphen .....	81
Bijlage 16: RVE Apeldoorn .....	82
Bijlage 17: Algemeen Ondersteunende Diensten .....	83
Bijlage 18: Medische staven Apeldoorn en Zutphen.....	84

## 1 **Uitgangspunten van de verslaggeving**

Voor u ligt het jaardocument 2010 van Gelre ziekenhuizen. Namens Gelre ziekenhuizen leggen in dit document de Raad van Toezicht en de Raad van Bestuur verantwoording af over het beleid, activiteiten en prestaties in het jaar 2010.

Uitgangspunt is een zo compleet mogelijk beeld te schetsen van hetgeen zich in 2010 binnen Gelre ziekenhuizen heeft afgespeeld. Een toelichting wordt gegeven op:

Deel 1 het maatschappelijk verslag:

- uitgangspunten van de verslaggeving (hoofdstuk 1);
- het profiel van de organisatie (hoofdstuk 2);
- bestuur, toezicht (inclusief corporate governance), bedrijfsvoering en medezeggenschap (hoofdstuk 3);
- beleid, inspanningen en prestaties (hoofdstuk 4).

Deel 2 de jaarrekening.

Deel 3 de gevraagde kwantitatieve gegevens zijn via DigiMV digitaal aangeleverd en niet in deze verslaggeving opgenomen.

De prestaties van alle ziekenhuizen worden gemeten en transparant gemaakt door de zogenaamde prestatie-indicatoren. Deze worden gepresenteerd op de website [www.ziekenhuizen transparant.nl](http://www.ziekenhuizen transparant.nl) en niet herhaald in dit 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](http://www.gelreziekenhuizen.nl)  
Identificatienummer(s) NZa: 010-0505  
KvK-nummer rechtspersoon: 08083266

Gelre ziekenhuizen kent twee ziekenhuislocaties, een diagnostisch centrum en twee buitenpoliklinieken.

Gelre Apeldoorn  
Bezoekadres: Albert Schweitzerlaan 31, 7334 DZ 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 Diagnostisch Centrum  
Bezoekadres: Sprengenweg 70, 7314 ET Apeldoorn  
Postadres: Postbus 9014 7300 DS Apeldoorn  
Algemeen telefoonnummer: (055) 581 81 81

Gelre Polikliniek Lochem  
Bezoekadres: Zwiepseweg 105, 7241 GR Lochem  
Postadres: Zwiepseweg 105, 7241 GR Lochem  
Algemeen telefoonnummer: (0575) 744 300

Gelre Polikliniek Epe  
Bezoekadres: Willem Tellstraat 17, 8162 ET Epe  
Postadres: Willem Tellstraat 17, 8162 ET Epe  
Algemeen telefoonnummer: (055) 581 8730

## **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 drietal onderdelen:

- Gelre ziekenhuizen Diensten B.V.
  - Gelre ziekenhuizen Publieksvoorzieningen B.V.;
- Gelre ziekenhuizen Vastgoed B.V.;
- Gelre ziekenhuizen Participaties B.V.;

  - Hospitheel BV
  - Beheersmaatschappij Apeldoorn – Zutphen 2002
  - CV Apeldoorn – Zutphen 2002

### **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 (RvB) 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 acht leden (de samenstelling van de Raad van Toezicht is opgenomen in bijlage 1).

Gelre ziekenhuizen werd tot 1 december 2010 bestuurd door een driehoofdige RvB, daarna door een tweehoofdige RvB op grond van het in 2009 genomen besturingsbesluit (de samenstelling van de RvB is opgenomen in bijlage 3).

2010 is het eerste volledige jaar waarin Gelre ziekenhuizen volgens een nieuw besturingsmodel functioneert. Dit model houdt in 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. Het in datzelfde jaardocument beschreven transitieproces is aangestuurd door het transitiecomité. Dit comité bestaat uit de voorzitter van de RvB, de beide stafvoorzitters en de voorzitter van de stafmaatschap Apeldoorn. In 2011 wordt het besturingsmodel geëvalueerd op zijn effectiviteit.

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 vrijgevestigde medisch specialisten. Maandelijks

voert de betreffende RVE directeur overleg met een delegatie van het Medisch Stafbestuur en de stafmaatschap c.q. bedrijfsbureau.

#### Medezeggenschapsstructuur

Gelre ziekenhuizen kent op strategisch niveau de volgende adviesorganen:

- Cliëntenraad;
- Ondernemingsraad;
- Strategiecomité;
- Verpleegkundige Adviesraad.

Daarnaast zijn er de volgende functionele overlegvormen:

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

Deze organen geven gevraagd en ongevraagd advies aan de RvB 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 RvB 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 dicht bij 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

### **Kerncijfers**

	<b>Werkelijk 2010</b>	<b>Werkelijk 2009</b>
Adherentie		
- klinisch	269.168	269.245
- poliklinisch	283.198	282.967
Capaciteit:		
- gewogen specialistenplaatsen conform erkenning (exclusief agio's)	122,74	121,52
- bedden (erkenning) incl. bedden t.b.v. dagopnamen (excl. erkenning PAAZ)	925	925
Productie:		
- opnamen (excl. PAAZ)	36.974	34.654
- verpleegdagen (excl. PAAZ)	174.292	165.834
- dagopnamen	32.540	32.246
- 1e polikliniekbezoeken (EPB) (excl. PAAZ)	182.245	184.799
- herhalingsbezoeken (excl. PAAZ)	277.940	299.064
Kengetallen (excl. PAAZ):		
- gemiddelde verpleegduur	4,7	4,8
- gemiddelde aantal bezette bedden (incl. dagopnamen)	567	543
- aantal opnamen per 1000 EPB	203	188
- aantal dagopnamen per 1000 EPB	179	175
- aantal dagopnamen/aantal opnamen	0,88	0,93
- herhalingsfactor polikliniekbezoeken	1,5	1,6

## **Kerncijfers**

*bedragen x € 1.000*

	<b>Werkelijk 2010</b>	<b>Werkelijk 2009</b>
- resultaat boekjaar	3.525	2.906
- totaal bedrijfsopbrengsten	282.681	231.782
<b>Resultaatratio</b>	<b>1,25</b>	<b>1,25</b>
- resultaat boekjaar	3.525	2.906
- totaal bedrijfsopbrengsten	252.882	231.782
<b>Resultaatratio (excl. correctie immateriële vaste activa)</b>	<b>1,39</b>	<b>1,25</b>
- vlottende activa	135.363	130.525
- kort vreemd vermogen	154.006	171.415
<b>Current ratio</b>	<b>87,89</b>	<b>76,15</b>
- vlottende activa + liquide middelen	135.818	130.869
- kort vreemd vermogen	154.006	171.415
<b>Quick ratio</b>	<b>88,19</b>	<b>76,35</b>
- eigen vermogen	49.470	45.945
- balanstotaal	433.504	430.927
<b>Debt ratio</b>	<b>11,41</b>	<b>10,66</b>
- eigen vermogen	49.470	45.945
- totaal bedrijfsopbrengsten	282.681	231.782
<b>Budget ratio</b>	<b>17,50</b>	<b>19,82</b>
- eigen vermogen	49.470	45.945
- totaal bedrijfsopbrengsten	252.882	231.782
<b>Budget ratio (excl. correctie immateriële vaste activa)</b>	<b>19,56</b>	<b>19,82</b>
- totale bedrijfsopbrengsten	282.681	231.782
- personeelskosten	135.187	125.405
- overige bedrijfskosten	72.188	66.630
<b>EBITDA</b>	<b>75.306</b>	<b>39.747</b>
- totale bedrijfsopbrengsten	252.882	231.782
- personeelskosten	135.187	125.405
- overige bedrijfskosten	72.188	66.630
<b>EBITDA (excl. correctie immateriële vaste activa)</b>	<b>45.507</b>	<b>39.747</b>
- vlottende activa	135.363	130.525
- kort vreemd vermogen	154.006	171.415
<b>Netto werkkapitaal</b>	<b>-18.643</b>	<b>-40.890</b>

- lang vreemd vermogen	226.601	211.752
- vaste activa	297.686	300.058
<b>Financieringsquote</b>	<b>76,12</b>	<b>70,57</b>
- totaal bedrijfslasten	267.798	217.479
- totaal bedrijfsopbrengsten	282.681	231.782
<b>Lasten/batenratio</b>	<b>94,97</b>	<b>93,83</b>
- voorzieningen	3.426	1.816
- totaal bedrijfsopbrengsten	282.681	231.782
<b>Voorzieningenratio</b>	<b>1,21</b>	<b>0,78</b>
- voorzieningen	3.426	1.816
- totaal bedrijfsopbrengsten	252.882	231.782
<b>Voorzieningenratio (excl. correctie immateriële vaste activa)</b>	<b>1,35</b>	<b>0,78</b>
- eigen vermogen + voorzieningen	52.896	47.761
- totaal bedrijfsopbrengsten	252.882	231.782
<b>Weerstandsniveau</b>	<b>20,92</b>	<b>20,61</b>
- eigen vermogen + voorzieningen	52.896	47.761
- totaal bedrijfsopbrengsten	252.882	231.782
<b>Weerstandsniveau (excl. correctie immateriële vaste activa)</b>	<b>20,92</b>	<b>20,61</b>
- resultaat boekjaar	3.525	2.906
- eigen vermogen	49.470	45.945
<b>Rentabiliteit</b>	<b>7,13</b>	<b>6,32</b>
-resultaat boekjaar + rentebaten en –lasten + afschrijvingen	76.253	39.743
-rentebaten en –lasten + aflossingsverplichtingen komend boekjaar	31.840	29.371
<b>Debt service coverage ratio</b>	<b>2,39</b>	<b>1,35</b>
-resultaat boekjaar + rentebaten en –lasten + afschrijvingen	46.454	39.743
-rentebaten en –lasten + aflossingsveplichtingen komend boekjaar	31.840	29.371
<b>Debt service coverage ratio (excl. correctie immateriële vaste active)</b>	<b>1,46</b>	<b>1,35</b>
- afschrijvingen	61.372	25.444
- totaal bedrijfslasten	267.798	217.479
<b>Afschrijvingen/bedrijfslasten</b>	<b>22,92</b>	<b>11,70</b>

### **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 en verloskundigen;
- 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 incidenteel overleg 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, Kind en Ziekenhuis, etc.

De Raad van Bestuur heeft jaarlijks formeel overleg met de Cliëntenraad 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 informeel 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;
- klachtenbeleid en klantsignalen
- patiënttevredenheidsonderzoek;
- te verwachten adviesaanvragen voor de Cliëntenraad;
- relevante zaken uit de RvB-vergaderingen.

#### **Spiegelgesprek**

Ook in 2010 zijn spiegelgesprekken gevoerd als instrument 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;
- wanneer medewerkers zich in de belevingswereld van de patiënt willen laten verplaatsen;
- bij belangrijke onderwerpen.

#### **Continu patiëntwaarderingsonderzoek**

Steeds meer afdelingen binnen Gelre ziekenhuizen willen frequent en concreet zicht hebben op patiëntervaringen. Op basis van uitkomsten van patiëntwaarderingsonderzoek willen zij direct met verbeteracties aan de slag kunnen gaan. Om deze reden heeft de afdeling Marketing een onderzoeksinstrument ontwikkeld, waarmee op continue basis patiëntervaringen kunnen worden vastgelegd. In 2010 is de continue meting, als pilotfase, bij acht specialismen geïmplementeerd. Aan het einde van 2010 is het integrale traject geëvalueerd, inclusief gerealiseerde effecten. In 2011 is een Gelrebrede uitrol gepland. Met de uitkomsten van de continue meting kunnen de zorgverleners direct verbeteracties initiëren. Ook vindt er een constante informatieoverdracht vanuit de patiënt plaats. Hierdoor kunnen eventuele klachten vroegtijdig 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 2010 heeft met de zorgverzekeraars intensief overleg plaatsgevonden in het kader van de te maken productieafspraken. Begin 2010 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.

### **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 beide ziekenhuisdirecteuren, het Medisch Stafbestuur en de besturen van de Regionale Huisartsenverenigingen.

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 2010 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;
- voortgang SAP-4-ZIS;
- nieuwbouw Zutphen
- samenwerking HAP-SEH Zutphen
- zorgketens;
- afschaffen papieren correspondentie vanuit Gelre ziekenhuizen;
- 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 Suffene 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 sinds september 2010 in een RGC (Regionaal Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg), waarvan de ruimten van het ziekenhuis worden 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 productieafspraken gemaakt. Inmiddels is deze samenwerking – die vorm heeft gekregen in een centrum voor psychosomatiek – ondergebracht in een gemeenschappelijke onderneming.

### **Transmurale initiatieven**

De volgende initiatieven zijn tot stand gekomen:

- Een gemeenschappelijk Transferbureau ten behoeve van de overplaatsing van patiënten vanuit het 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 2010 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 voor de stedendriehoek 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. Door deze samenwerkingsovereenkomst is het mogelijk om te voldoen aan de eisen van de vergunning. Er zijn afspraken gemaakt over de noodzakelijke formatie van interventie cardiologen en de opleiding van één van onze cardiologen in Nieuwegein. Deze samenwerkingsstructuur en de wijze waarop de PCI in Gelre georganiseerd kan worden is in 2010 aan de IGZ gepresenteerd. Met deze presentatie en het overhandigen van de noodzakelijke documenten heeft Gelre de aanvraag verder ingevuld, die op dit moment door de IGZ en het ministerie van VWS beoordeeld wordt. De verwachting is dat voor de zomer VWS een uitspraak zal doen.

#### 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. Dit aantal zal bij de nieuwe regelgeving niet voldoende zijn om de slokdarmchirurgie te kunnen blijven uitvoeren. Hiervoor zijn minimaal 20 verrichtingen noodzakelijk. De hoop is dat met het aantreden van de nieuwe MDL artsen in januari 2011 het aantal weer zal stijgen zodat wellicht in de toekomst voldaan kan worden aan de volume eisen.

## 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 nieuwe ziekenhuis in Zutphen heeft er de laatste jaren frequent overleg plaatsgevonden in een goede verstandhouding. Ook voor fase 2 en 3 van de nieuwbouw Zutphen zal regelmatig overleg met B&W Zutphen plaatsvinden. 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 in Zutphen heeft gebouwd 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 getroffen. 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. De opening en ingebruikneming vonden plaats in oktober 2010.

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 het realiseren van een nieuw kruispunt op de Den Elterweg in Zutphen, dat voor het nieuwe ziekenhuis een verbeterde aansluiting is gebleken en voor de omwonenden minder verkeersoverlast met zich meebrengt.

### **Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)**

In 2010 heeft het gestructureerd overleg met de Inspectie plaatsgevonden in de vorm van een jaargesprek. Hierin zijn afspraken gemaakt onder andere over de follow-up van bepaalde thema's en de afspraak dat Apeldoorn en Zutphen in de toekomst gescheiden zullen worden bezocht.

### Veilige cultuur

In 2010 is het plan van aanpak 'Veiligheidscultuur Gelre ziekenhuizen' geïmplementeerd, waarin uitgebreid aandacht is voor medisch teamwork. Het thema kenmerkt zich omdat het continue aandacht behoeft. Daarmee wordt aangegeven dat het geen afgebakende activiteit is maar een voortdurend proces.

### Calamiteiten

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) wordt door de Raad van Bestuur, indien nodig, op transparante wijze geïnformeerd over calamiteiten die hebben plaatsgevonden en de uitkomsten van de onderzoeken daarna.

In hoofdstuk 4.4 wordt nader ingegaan op de activiteiten die in 2010 hebben plaatsgevonden.

## **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 heeft gedurende de bouwprocessen in Zutphen regelmatig en gestructureerd overleg plaatsgevonden met de omwonenden van het ziekenhuis.

### **3 Bestuur, toezicht en bedrijfsvoering**

#### **3.1 Normen voor goed bestuur**

Gelre ziekenhuizen hanteert de Zorgbrede Governance Code 2010.

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 één 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 governance code 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 (zie ook hoofdstuk 2.4). Het ziekenhuis registreert en publiceert zijn prestaties op basis van de landelijk vastgestelde prestatie-indicatoren op de daarvoor bestemde website.

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 zijn beleid uit op basis van de missie en visie, zoals geformuleerd in het meerjarenbeleidsplan 2010-2014 (zie hoofdstuk 4.1).

De leden van de Raad van Bestuur zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het functioneren van de Raad van Bestuur als het leidinggevende orgaan van de organisatie en zijn samen 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 portefeuillevindeling: ieder lid van de Raad van Bestuur heeft een aantal specifieke aandachtsgebieden. De portefeuillevindeling 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:**

- (publieksversie) plan van aanpak veiligheidscultuur;
- klachtenmanagement;
- VIM-beleid en reglement;
- klachtenrapportage 2009;
- NIAZ accreditatie;
- aanvragen innovatiefonds.

#### **Medische zaken:**

- uitbreiding geriatrie Apeldoorn;
- EPD;
- haalbaarheidsonderzoek PCI;
- infectiepreventie binnen Gelre ziekenhuizen;
- voorbereiden en training artsen SEH;
- MRSA-beleid Gelre ziekenhuizen;
- hepatitis B vaccinatiebeleid;

- zorgbeleidsplan Intensive Care Apeldoorn;
- vordering gevoelige gegevens;
- samenwerkingsovereenkomst met St. Antonius te Nieuwegein inzake PCI
- Medisch Beleidsplan 2010-2012.

**Marktontwikkeling:**

- ontwikkeling Eerstelijns Diagnostisch Centrum Apeldoorn;
- samenwerking Stedendriehoek-verband.

**Personele en sociale zaken:**

- nieuwe verpleegkundige opleiding;
- diverse FWG-indelingen;
- diverse werktijdenwijzigingen;
- diverse reorganisaties;
- MTO;
- mobiliteitsmaatregelen medewerkers;
- perspectief overgang personeel EDC.

**Organisatie:**

- Delta Ziekenhuisgroep;
- functieafdelingen als onderdeel van shared services;
- Gelre apotheek Zutphen;
- regionale samenwerkingsconstructies;
- strategienotitie;
- detacheringsbureau Gelre ziekenhuizen.

**Communicatie:**

- open dagen Gelre Ziekenhuizen;
- gedragscode veiligheidscultuur.

**Governance:**

- Bekostiging en toekomstige positie van medisch specialisten.

**Financiën en Productie:**

- maandelijks managementrapportages en kwartaalrapportages;
- SLA/DVO;
- criteria zorginnovatie;
- jaarrekening 2009;
- kaderbrief 2011;
- veranderd kader 2011/2012;
- begroting 2011/2012;
- managementletter 2010 KPMG;
- meerjareninvesteringsbegroting ICT 2010-2014;
- meerjarenprognose 2010-2015;
- basisregistratie en facturering.

**Bouwzaken/huisvesting:**

- nieuwbouw Gelre Zutphen;
- eindafrekening concentratiebouw Gelre Apeldoorn;
- asbestsanering Zutphen;

- sloop aanbouw Zutphen;
- grondruil Zutphen;
- luchtbeheersplan OK Apeldoorn.

**ICT:**

- situatie EPD MCS in relatie tot SAP;
- evaluatie SAP-4-ZIS fase 1.

**Regionale zaken:**

- Zorgbelang Gelderland;
- convenant met politie en justitie.

Een aantal van deze onderwerpen wordt in hoofdstuk 4 toegelicht.

**Overleg Raad van Bestuur en 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. In de eerste helft van 2010 is het comité vier maal bij elkaar geweest omdat gedurende het jaar de transitie is afgerond. Onderwerpen welke door dit comité in het verslagjaar zijn behandeld:

- producten- en dienstencatalogus;
- functieafdelingen als onderdeel van shared services;
- karakterisering functies leden Raad van Bestuur.

In 2011 begeleidt het Transitiecomité de evaluatie van het besturingsmodel waarna het zijn taken definitief kan beëindigen.

**Overleg Raad van Bestuur en Strategiecomité**

In 2009 is het strategiecomité ingesteld. Door de invoering van het nieuwe besturingsmodel was er niet langer sprake van een rechtstreeks overleg tussen Raad van Bestuur en Medische Staven. Dit werd onwenselijk geacht omdat de Raad van Bestuur belang hecht aan advisering over strategische vraagstukken die van majeure betekenis zijn voor de organisatie door vertegenwoordigers uit de geledingen van de medische staf.

Het strategiecomité heeft in 2010 vier maal overleg met de Raad van Bestuur gevoerd. Het strategiecomité heeft drie gevraagde adviezen uitgebracht, position paper Delta ziekenhuisgroep en functie-karakterisering en competentieprofiel leden Raad van Bestuur, en twee ongevraagde, invoering nieuw EPD en beheersmodel medisch specialistische zorg.

**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 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. In 2010 is voor het eerst, naar tevredenheid van alle betrokkenen, met een zomerreces gewerkt.

**Overleg Raad van Bestuur en Cliëntenraad**

De Raad van Bestuur (portefeuillehouder) 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 de vergadering van de Cliëntenraad om te spreken over kwaliteit en kwaliteitsmanagement.

Een keer per jaar is het lid van de Raad van Toezicht, benoemd op voordracht van de Cliëntenraad, samen met de portefeuillehouder uit de Raad van Bestuur 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 Directeuren**

Gelre ziekenhuizen heeft zes directeuren, vier lijn en twee staf.

De voltallige Raad van Bestuur overlegt vier maal per jaar met ieder van de vier lijndirecteuren afzonderlijk. Onderwerpen van gesprek voor dit kwartaaloverleg zijn: kwaliteitsbeleid, marktontwikkelingen, personele en sociale zaken, financiën en productie, ICT, projecten en capita selecta. Gelet op de verschillen in ieder directoraat wordt per kwartaal vooraf bepaald wat de belangrijkste punten van gesprek zijn.

Portefeuillehouders in de Raad van Bestuur voeren periodiek werkoverleg met de individuele directeuren.

Met de twee stafdirecteuren voert de Raad van Bestuur (portefeuillehouder) periodiek werkoverleg.

Op ad hoc basis wordt met de voltallige directie gesproken.

### **Overleg Raad van Bestuur en Medische Stafbesturen**

De Raad van Bestuur heeft geen regulier overleg met de medische stafbesturen. Dit reguliere overleg wordt door de beide ziekenhuisdirecteuren gevoerd.

Wanneer zich zaken voordoen van majeur belang dan wordt dit in een institutioneel overleg afgestemd.

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.

De Raad van Toezicht evalueert zijn eigen functioneren jaarlijks. Gekoppeld aan deze jaarlijkse zelfevaluatie vindt tevens een evaluatiegesprek plaats over het wederzijds functioneren van Raad van Toezicht en Raad van Bestuur. Jaarlijks worden functionerings- en beoordelingsgesprekken gevoerd met de leden van de Raad van Bestuur, individueel en gezamenlijk.

De Raad van Toezicht bestaat uit acht leden en heeft één van de leden als voorzitter benoemd. 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. Door het jaarlijks tijdens de zelfevaluatie agenderen van dit onderwerp, waarbij als uitgangspunten gelden de eisen uit de Zorgbrede Governance Code 2010 en het in de statuten opgenomen artikel met betrekking tot de genoemde onafhankelijkheid, acht de Raad het voorkomen van vermenging van belangen voldoende gewaarborgd.

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, Strategiecomité 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 algemene deel van het profiel van de Raad van Toezicht zijn de gewenste deskundigheden als volgt geformuleerd:

- a. Algemene eisen aan Raad van Toezicht als geheel:
  - Ervaringen in de gezondheidszorgmarkt;
  - Ervaring met arbeid en organisatie/HRM strategie;
  - Ervaring met Finance & Control;
  - Ervaring met bestuur en management van grote non-profit instellingen/openbare sector;
  - Ervaring met commerciële dienstverlening aan eindgebruikers;
  - Ervaring op zorginhoudelijk gebied.
  
- b. Algemene eisen aan individuele leden:
  - Onafhankelijk;
  - Blijk geven van inzicht op politiek-maatschappelijke ontwikkelingen;
  - Ervaring met het werken in en het toezicht op complexe organisaties;
  - Affiniteit met de gezondheidszorg/ziekenhuiszorg.

### **Bijeenkomsten**

De Raad van Toezicht heeft in 2010 vijf reguliere vergaderingen gehouden (voor presentie per toezichthouder zie bijlage 2). Daarnaast is één extra vergadering gehouden en een werkbezoek afgelegd. Met uitzondering van de extra vergadering alle in aanwezigheid van de leden van de Raad van Bestuur.

Voorafgaand aan de vergaderingen vindt telkens een voorbereidend agendaoverleg plaats tussen de voorzitter Raad van Bestuur, de voorzitter Raad van Toezicht en de secretaris van de Raad van Toezicht.

De extra vergadering betrof het vaststellen van de functiekaracterisering en competentieprofielen leden Raad van Bestuur.

Het werkbezoek van de voltallige Raad is aan het nieuwe ziekenhuis in Zutphen gebracht.

Hierbij zijn drie afdelingen bezocht:

- Patiëntenontvangst, waarbij in het bijzonder uitleg is gegeven over de nieuwe wijze waarop de wachtrij voor de bezoeken aan de medisch specialisten wordt gestuurd;
- Afdeling Spoedeisende Hulp en
- Operatiekamers.

Periodiek vindt, gekoppeld aan een reguliere vergadering, een themabespreking plaats. De thema's zijn veelal afgeleid van de actuele ontwikkelingen in de ziekenhuiszorg en de concrete ontwikkelingen binnen Gelre ziekenhuizen. In 2010 waren de thema's:

- Zorglandschap op lange termijn;
- Ontwikkelingen m.b.t. budgetmodel honoraria medisch specialisten.

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). In dit overleg is in algemene zin met de Ondernemingsraad gesproken over de belangrijke thema's voor het ziekenhuis en de samenwerking tussen Ondernemingsraad en Raad van Bestuur 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 wat is afgesproken met de Cliëntenraad heeft op 8 april van het verslagjaar een gesprek plaatsgevonden tussen de voltallige Cliëntenraad en het lid Raad van Toezicht op voordracht van de Cliëntenraad alsmede het lid Raad van Bestuur met de Cliëntenraad in zijn portefeuille.

In een informele setting wordt jaarlijks tussen de Raad van Toezicht en de medisch stafbesturen Apeldoorn en Zutphen, de leden van het Strategiecomité en de beide RVE directeuren over diverse onderwerpen gesproken in aanwezigheid van de Raad van Bestuur.

### **Besluiten**

De Raad van Toezicht heeft in 2010 zijn goedkeuring verleend aan:

- het jaardocument 2009 inclusief de jaarrekening;
- de begroting 2011-2012;
- grondruil Zutphen;
- ONG subsidie aanvraag;
- functiekarakterisering en competentieprofielen leden Raad van Bestuur.

Daarnaast zijn de financiële kwartaalrapportages (waaronder voor de nieuwbouw Zutphen), de meerjarenprognose en het accountantsverslag 2009 besproken en is aan de Raad van Bestuur décharge verleend betreffende het financiële jaarverslag over 2009, 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 2010 onder meer de volgende onderwerpen aandacht gekregen:

- besturingsmodel;
- Delta samenwerkingsverband;
- NIAZ accreditatie;
- Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen (STZ);
- IGZ;



- Medisch teamwork;
- situatie maatschap MDL;
- Eerstelijns diagnostisch centrum;
- ICT: SAP-4-ZIS, EPD;
- nieuwbouw Zutphen.

### **Mutaties Raad van Bestuur**

De voorzitter van de Raad van Bestuur heeft in 2009 aangegeven tussen september en eind december 2011 met vervroegd pensioen te willen gaan. De Raad van Toezicht heeft met begrip, maar ook met tegenzin dit verzoek ingewilligd omdat het vertrek een groot verlies voor de organisatie zal betekenen.

Onderdeel van het besluit, in 2008, tot invoering van het holdingmodel is de Raad van Bestuur terug te brengen van drie naar twee leden vanwege de komst van twee ziekenhuisdirecteuren (deze directeuren zijn in het najaar van 2009 in functie getreden). De Raad van Toezicht heeft in dit kader twee functiekaracteriseringen opgesteld die afwijkend zijn van de huidige en acht het opportuun over te gaan tot externe werving van een nieuwe voorzitter van de Raad van Bestuur.

Het lid Imkamp van de Raad van Bestuur heeft in de loop van 2010 veel van zijn activiteiten overgedragen aan de twee ziekenhuisdirecteuren. Daarom heeft hij, in goede afstemming met de Raad van Toezicht per 1 december 2010 zijn werkzaamheden beëindigd en zijn verantwoordelijkheden aan zijn collega's binnen de Raad van Bestuur overgedragen. In de afgelopen turbulente jaren heeft de heer Imkamp de complexe medische portefeuille in de Raad van Bestuur met verve en grote persoonlijke betrokkenheid vorm gegeven en uitgebouwd, waarvoor de Raad van Toezicht hem erkentelijk is.

De Raad van Toezicht heeft op grond van bovengenoemde ontwikkelingen een tijdelijke commissie werving & selectie ingesteld die als opdracht heeft meegekregen de werving & selectie van de nieuwe voorzitter van de Raad van Bestuur voor zijn rekening te nemen. In 2011 zal dit proces naar verwachting succesvol worden afgerond.

### **Commissies**

De Raad van Toezicht kende in 2010 twee vaste en één tijdelijke commissie: de auditcommissie, de remuneratiecommissie en de commissie werving & selectie.

De auditcommissie bestaat uit de heren Visscher en Eppink. In 2010 heeft de auditcommissie de controle op de kwartaalrapportages, de jaarrekening en de begroting 2011-2012 uitgevoerd.

De remuneratiecommissie bestaat uit de voorzitter (de heer Bruins Slot) en een roulerend lid van de Raad van Toezicht (2010: mevrouw Hijweege). Deze commissie voert jaarlijkse functioneringsgesprekken met de leden van de Raad van Bestuur.

In het voorjaar van 2010 heeft deze commissie in dat kader functioneringsgesprekken gevoerd met de individuele leden van de Raad van Bestuur. 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.

In 2010 is de tijdelijke commissie werving & selectie ingesteld. Deze commissie bestaat uit de leden van de remuneratiecommissie aangevuld met de vice-voorzitter (de heer Van der Zijl) en het lid Raad van Bestuur (de heer Heuver). De commissie heeft twee adviseurs, het hoofd HRM en de secretaris van de Raad van Toezicht. De commissie heeft als opdracht meegekregen de werving & selectie van de nieuwe voorzitter van de Raad van Bestuur succesvol af te ronden.

### **Mutaties Raad van Toezicht**

De Raad van Toezicht bestond gedurende het jaar 2010 uit acht 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. Op grond van bijlage 1 stelt de Raad van Toezicht vast dat er geen sprake is van belangenverstrengeling.

De bezoldiging van de voorzitter en leden van de Raad van Toezicht is in overeenstemming gebracht met de adviesregeling van de NVTZ en staat vermeld in de jaarrekening.

### **3.4 Bedrijfsvoering**

In deze paragraaf worden de volgende onderwerpen behandeld:

- 3.4.1 Risico's, kansen, onzekerheden;
- 3.4.2 Verandering in de bedrijfsvoering;
- 3.4.3 Intern risico- en controlesysteem;
- 3.4.4 Maatregelen ter beheersing van risico's;
- 3.4.5 Bewaken van activiteiten en verantwoording daarover;
- 3.4.6 Communicatie met toezichthouders.

#### **3.4.1 Risico's, kansen, onzekerheden**

##### **3.4.1.1 Marktwerking**

De overgang naar meer marktwerking in de ziekenhuiszorg heeft geleid tot een sterke toename van financiële risico's voor ziekenhuizen. De overgang van een lumpsumbekostiging naar een bekostiging op basis van geleverde prestaties op basis van Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) heeft grote impact gehad op de bedrijfsvoering en sturing en beheersing van ziekenhuizen. Ook de specifieke governance waarbij de specialisten veelal via een maatschapstructuur verbonden zijn aan het ziekenhuis, maakt dat de besturing en governance een bijzondere dynamiek hebben.

De marktwerking brengt met zich mee dat de zorgverzekeraars een andere rol gaan vervullen en dat de zorgconsument als partij steeds duidelijker aanwezig zal zijn.

Dit vereist dat er meer aandacht dient te zijn voor ondernemerschap in combinatie met doelmatigheid, meer en duidelijkere keuzes gemaakt dienen te worden en de transparantie vergroot dient te worden.

De marktwerking zal ook tot een prijsdruk in het B-segment leiden.

Tenslotte brengt de marktwerking een tendens tot schaalvergroting met zich mee.

De recente brief van de minister van VWS geeft aan dat de marktwerking verder zal toenemen, zoals met name blijkt uit de vergroting van het B-segment naar 70%.

##### **3.4.1.2 Stelselwijzigingen (financiering en bekostiging door de overheid)**

###### *Kapitaallasten*

Voor ziekenhuizen was het bouwregime van toepassing dat zekerheid gaf over de vergoeding van de nieuwbouwplannen nadat het College Bouw goedkeuring aan de nieuwbouwplannen had gegeven en een vergunning had verstrekt. De kapitaallasten konden volledig nagecalculeerd worden, waardoor een ziekenhuis geen risico liep. Per 1 januari 2008 is het bouwregime afgeschaft, waardoor ziekenhuizen risicodragend zijn geworden voor de omvang van de vergoeding van de kapitaallasten en het vraagstuk van impairment op de agenda van de ziekenhuizen is geplaatst.

Er is wel sprake van een overgangsregeling kapitaallasten die Gelre ziekenhuizen de komende jaren enig soelaas biedt.

Gelre ziekenhuizen heeft de nieuwbouw op beide locaties binnen budget afgerond en de financiering hiervan is geregeld met langlopende leningen met borging van het Waarborgfonds Zorg.

###### *Invoering prestatiebekostiging op basis van DOT*

De overgang van budget- naar prestatiebekostiging brengt financiële en uitvoeringsrisico's met zich mee voor de ziekenhuizen, waardoor grote schommelingen in de omzet kunnen

ontstaan. Om deze schommelingen te compenseren heeft de minister een overgangsregeling aangekondigd.

Deze overgangsregeling kan voor een deel deze schommelingen opvangen, maar heeft slechts een werkingsduur van 2 jaar.

Aangezien de invoering van DOT betekent dat er een volledig nieuwe set van producten is gedefinieerd, bestaat tevens het risico dat voor 70% van de omzet pas laat in 2012 prijsafspraken worden gemaakt met de bijbehorende liquiditeitseffecten. Hier dienen, bij voorkeur landelijk, afdoende afspraken te worden gemaakt.

#### 3.4.1.3 Macrokortingen

##### *Overheidskorting*

De ziekenhuissector is geconfronteerd met een forse korting van overheidswege in 2012. Indien het Budgettaire Kader Zorg weer wordt overschreden, is de kans groot dat wij als sector opnieuw worden geconfronteerd met macrokortingen, ook al is de geleverde zorg conform de afspraken die hierover met de zorgverzekeraars zijn gemaakt.

#### 3.4.1.4 Conclusies

Voornoemde ontwikkelingen leiden ertoe dat de ziekenhuizen niet alleen in een complexe maar nu ook in een zeer dynamische omgeving verkeren.

Dit heeft er toe geleid dat de banken meer terughoudend zijn bij de financiering van nieuwbouwplannen en gekeken wordt naar andere kapitaalverstrekkers. Het heeft er ook toe geleid dat zorgverzekeraars en patiënten steeds kritischer zijn op de kwaliteit van de geleverde zorg.

Door eerder genoemde veranderingen zijn de risico's uitgedrukt in hoogte van de winst of het verlies, veel hoger geworden. Voorheen lag dit gemiddeld tussen de 1 en 2%. Nu is de volatiliteit veel groter en kan dit oplopen tot 5-8%.

### 3.4.2 Verandering in de bedrijfsvoering

In 2008 is besloten om over te gaan op een nieuw organisatie- c.q. besturingsmodel. Het doel van het nieuwe besturingsmodel is om directer in te kunnen spelen op de vele ontwikkelingen die zich in de 'markt' van de zorg voordoen. Dit betekent ook een andere sturing:

- er vindt een strategische aansturing plaats vanuit de holding;
- het accent komt te liggen bij de twee ziekenhuizen (zicht op verhouding van de kosten en opbrengsten per productlijn en zicht op renderende ontwikkelmogelijkheden);
- hierbij passen zakelijke verhoudingen met de ondersteunende diensten en een goede balans in de verantwoordelijkheden en bevoegdheden.

De verantwoordelijkheid en de speelruimte voor de twee ziekenhuizen waarin de directe zorg wordt verleend en de ondersteunende diensten wordt groter, zodat op dat niveau beslissingen kunnen worden genomen over de inhoudelijke koers op het vakgebied en de daarbij behorende inzet van personeel en middelen. Dit alles binnen centrale kaders; het belang van Gelre ziekenhuizen als geheel mag immers niet uit het oog worden verloren.

Het nieuwe besturingsmodel impliceert ook integraal sturen op de targets die zijn benoemd en die Gelre ziekenhuizen wil behalen en aan de eenheden wordt gevraagd om in hun jaarplannen aan te geven hoe zij er voor kunnen zorgen dat deze targets worden behaald. De holding, die hier controle op houdt, kiest targets en legt hierover aan de stakeholders verantwoording af.

De targets hebben betrekking op de volgende aspecten:

- marktaandeel;
- productie;
- rendement;
- patiëntbinding;
- medewerkersbinding.

Bij dit nieuwe besturingsmodel hoort ook een systeem van Service Level Agreements (dienstverleningsovereenkomsten) en interne verrekenprijzen.

Het doel van het nieuwe besturingsmodel en het werken met dienstverleningsovereenkomsten en interne verrekenprijzen is gelegen in:

- het vergroten van de resultaatgerichtheid;
- het vergroten van de snelheid van besluitvorming en de flexibiliteit door korte lijnen;
- het verbeteren van de klant- en marktgerichtheid, waardoor we maximaal kunnen inspelen op vragen uit de markt en behoeften van patiënten;
- flexibel en efficiënt inzetten van capaciteiten;
- het sterk verbeteren van het bewustzijn van opbrengsten en kosten door budgetverantwoordelijkheden, sturingsmogelijkheden en managementinformatie op elkaar af te stemmen;
- het verbeteren van de effectiviteit van de ondersteunende diensten door een betere afstemming met het primaire zorgproces.

In 2009 zijn de volgende stappen gezet:

- invoering van de nieuwe organisatiestructuur
- benoeming nieuwe directeurs
- opstellen nieuwe begrotingsprocedure.

In 2010 zijn de volgende stappen gezet:

- opstellen en vaststellen begroting volgens nieuwe procedure voor de jaren 2011 en 2012
- opstellen en vaststellen Producten- en Dienstencatalogus en interne verrekenprijzen
- opstellen nieuwe managementinformatie.

### **3.4.3 Intern risicocontrolesysteem**

In dit kader is veel gerealiseerd en geborgd op het gebied van kwaliteit dat mede tot uitdrukking is gekomen in de NIAZ-accreditatie (zie hiervoor de betreffende hoofdstukken).

Op het gebied van bedrijfsvoering is een onderscheid te maken in de volgende aandachtsgebieden:

- Exploitatie (korte termijn en langere termijn);
- Balansontwikkeling;
- Treasury;
- Administratieve organisatie (zie paragraaf 3.4.5 bewaken activiteiten en verantwoording hierover).

#### **3.4.3.1 Exploitatie**

Ter beheersing van de exploitatie hanteert Gelre ziekenhuizen de volgende instrumenten:

- jaarlijkse P&B-cyclus;
- periodieke rapportages (managementinformatie per maand en per kwartaal);
- meerjarenprognose;
- meerjaren investeringsbegroting.

*Jaarlijkse P&B-cyclus*

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

Onderstaand is deze cyclus schematisch weergegeven.

Periode	Activiteit	Verantwoordelijkheid
maart	kaderbrief: - belangrijkste ontwikkelingen - missie en ambities - targets - begrotingsprocedure - opzet van de jaarplannen	RvB
mei	productieprognoses	Ziekenhuisdirecteuren i.s.m. Medische Staf
juni	bespreken verwachte afname bij SSC's door ziekenhuizen	Ziekenhuisdirecteuren met directeuren SSC's
juli	opstellen en inleveren conceptjaarplan inclusief concept-begroting op hoofdlijnen	
september	voorbepreken jaarplannen (technisch vooroverleg)	accountmanagers met betreffende directeuren
september	doorrekenen van aanpassingen en opstellen geconsolideerde begroting  concretiseren afnameafspraken bij SSC's door ziekenhuizen	directeur Financiën & Control  ziekenhuisdirecteuren directeur SSC MOD directeur SSC AOD
oktober	signaleren knelpunten, bespreken concept-jaarplannen, adviseren over concept-begroting en benodigde aanpassingen op basis van vooraf bepaalde kaders	directeur Financiën & Control met de vier directeuren
oktober	actualiseren meerjaren investeringsbegroting	betreffende directeuren
oktober	gezamenlijk bespreken jaarplannen en geconsolideerde begroting, inclusief knelpunten en invloed hiervan op de te realiseren targets	RvB vertegenwoordigers medische staven ziekenhuisdirecteuren directeuren SSC's directeur Financiën & Control OR als toehoorder
oktober / november	beleid- en budgetbesprekingen - kernpunten jaarplan - gesignaleerde knelpunten en toetsing aan targets - advies stafdirecteur F&C	RvB met budgethouders

eind november	tweede gezamenlijke bespreking: keuzes bepalen	RvB vertegenwoordigers medische staven ziekenhuisdirecteuren directeuren SSC's directeur Financiën & Control OR als toehoorder
november / december	keuzes definitief maken, vaststellen definitieve begroting en onderliggende targets  begroting ter advisering voorleggen aan Cliëntenraad en vervolgens ter goedkeuring RvT	RvB  RvB
december	- definitieve begroting terugkoppelen naar budgethouders - vaststellen investeringsbegroting  opstellen SLA's	RvB  RvB  ziekenhuisdirecteuren en directeuren SSC's
januari	vaststellen en ondertekenen deelbegrotingen inclusief targets	RvB met budgethouders

#### 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.

#### Jaarplannen

De directeuren stellen jaarlijks een jaarplan op. De opbouw van de jaarplannen is in hoofdlijnen als volgt:

- Externe ontwikkelingen:
  - . hoe kan de eenheid hier goed op inspelen;
  - . wat zijn de belangrijkste marktkansen.
- Interne analyse:
  - . wat is er veranderd ten opzicht van vorig jaar.
- Wat zijn de zorgvernieuwingen die je wilt realiseren (gebruik format Zorgverzekeraars).
- Productie:
  - . FB-parameters;
  - . 5-10 meest voorkomende DBC's;
  - . ondersteunende diensten.
- Begroting (personeel, materieel, opleidingsbudget).
- Prestatie-indicatoren (klant, financieel, medewerkers, interne processen, innovatie en ontwikkeling).

#### 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.

De maandrapportage omvat:

- een toelichting op het exploitatieoverzicht;
- het exploitatieoverzicht (directe en indirecte kosten, opbrengst en rendement);
- de productiegegevens per specialisme;
- de personeelskosten, ingezette formatie en ziekteverzuim;
- kernratio's op het gebied van kwaliteit en doelmatigheid.

Maandelijks ontvangen de RvB en de managers/zorgbesturen deze rapportages om te kunnen sturen en om risico's te kunnen beheersen. De uitkomsten worden periodiek besproken met de managers.

De kwartaalrapportage omvat:

- de algemene conclusie;
- de ontwikkeling van de productie en de wachttijden;
- de exploitatiebegroting;
- de relevante risico's en balansontwikkelingen;
- de prognose voor het hele jaar.

De Raad van Bestuur bespreekt deze rapportage standaard met de Raad van Toezicht, na voorbespreking met de auditcommissie van de Raad van Toezicht.

### **Meerjarenprognose**

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

Deze prognose omvat:

- een omschrijving van de relevantie externe en interne ontwikkelingen;
- de hoofdlijnen van het langere termijn beleid;
- een financiële risicoanalyse;
- de benodigde acties voor de komende 5 jaar;
- de financieel strategische keuzes;
- de uitgangspunten voor de meerjarenbegroting;
- de meerjaren exploitatiebegroting;
- de ontwikkeling van het vermogen.

### **Meerjareninvesteringsbegroting**

Gelre ziekenhuizen kent ook een meerjareninvesteringsbegroting. Hierbij is een onderscheid gemaakt in:

- investeringen in medische en overige inventaris;
- investeringen in ICT;
- investeringen in huisvesting.

Deze meerjareninvesteringsbegroting wordt ter goedkeuring voorgelegd aan de Raad van Toezicht. Voor de verdere invulling van deze begroting is een interne procedure opgesteld. Jaarlijks wordt dan volstaan met een goedkeuring door de Raad van Bestuur. Eventuele jaarlijkse afwijkingen van voornoemde begroting zullen aan de Raad van Toezicht worden voorgelegd.

#### **3.4.3.2 Balansontwikkeling**

De balansontwikkeling wordt gevolgd in de meerjarenprognose.



Daarnaast is voor wat betreft de waardering van de huisvesting een impairment-test uitgevoerd. Het resultaat hiervan was dat de waardering van de materiële vaste activa niet hoeft te worden aangepast.

De huidige budgetratio bedraagt 19%.

Het solvabiliteitspercentage is lager en bedraagt 12%. Dit wordt veroorzaakt door het feit dat op beide locaties nieuwbouw inclusief grotendeels nieuwe medische inventaris is. Hierdoor is er sprake van een relatief groot vermogen (€400 miljoen) met een omzet van €250 miljoen). Door het systeem van lineaire afschrijvingen en nieuwe investeringen die zeer beperkt hoeven te zijn zullen deze verhoudingen binnen 5 jaar aanzienlijk zijn verbeterd.

### 3.4.3.3 Treasury

Gelre ziekenhuizen kent een treasury-statuut en een treasurymanager.

Elke maand stelt de treasurymanager een liquiditeitsbegroting op die hij bespreekt met de directeur Financiën en Control.

Als gevolg van een aantal factoren c.q. risico's dient meer aandacht aan dit aspect te worden gegeven:

- de zorgverzekeraars die minder structurele voorschotten willen verstrekken;
- het deel van de omzet dat vrij onderhandelbaar is wordt groter en zowel elk jaar blijkt dat de prijsonderhandelingen pas laat in het betreffende jaar zijn afgerond, waardoor dit pas veel later kan worden gefactureerd. In 2012 kan door de invoering van DOT dit nog veel grotere vorm aannemen.

Gelre ziekenhuizen heeft aanvullende afspraken met de huisbankier gemaakt om het regulier benodigd werkkapitaal te borgen.

### 3.4.4 Maatregelen ter beheersing van risico's

De maatregelen ter beheersing van risico's hebben betrekking op de volgende onderdelen:

- een beheerste sturing en adequate administratieve organisatie (zie 3.4.3 resp. 3.4.5);
- voldoende weerstandsvermogen (huidig budgetratio van 19%);
- een gezonde bedrijfsvoering:
  - . beperkt positief rendement (in 2010 €2,5 miljoen). Om dit te bereiken zijn intern rendementstargets gesteld en lopen er projecten om de efficiency verder te verbeteren door middel van procesoptimalisatie;
  - . groei van de zorg minimaal gelijk aan de landelijke groei.

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

- realisatie nieuwbouw op beide locaties binnen budget en financiering hiervan met langlopende leningen die zijn geborgd door het Waarborgfonds Zorg;
- zorgen voor een binding van onze patiënten en van ons personeel:
  - . buitenpoliklinieken in de buitengebieden, Gelrebreed een "hospittheek" en een eerstelijns diagnostisch centrum;
  - . zelf opleiden voor die functie waar arbeidskrachte manifest aanwezig is;
- snel inspelen op verandering in de omgeving.

Met betrekking tot de kwaliteit en veiligheid verwijzen wij naar het betreffende hoofdstuk.

### **3.4.5 Bewaken van activiteiten en verantwoording daarover**

Ter bewaking van de activiteiten en van de betrouwbaarheid van de DBC's en de verantwoording hierover is in dit kader de administratieve organisatie en de Interne Controle van belang.

Ten behoeve van een adequate administratieve organisatie is een integrale inventarisatie gemaakt van de mogelijke risico's op het gebied van de AO. Vervolgens zijn de kritische processen beschreven en vastgelegd in het AO-handboek. De naleving hiervan wordt getoetst door de IC-functionaris.

Deze IC-functionaris valt onder de directe verantwoordelijkheid van de directeur Financiën en Control en rapporteert maandelijks aan hem en daarnaast rapporteert deze functionaris rechtstreeks per kwartaal aan de Raad van Bestuur.

Tevens maakt Gelre ziekenhuizen gebruik van een externe partij (Value Care) om de juistheid en volledigheid van de registratie en facturatie van DBC's te bewaken.

Tenslotte geeft de accountant in zijn managementletter aan wat zijn aanbevelingen zijn. Deze worden door Gelre ziekenhuizen opgevolgd.

### **3.4.6 Communicatie met toezichthouders**

De Raad van Bestuur heeft vijf maal per jaar overleg met de Raad van Toezicht.

De kwartaalrapportages evenals de meerjareninvesteringsbegroting worden met de Raad van Toezicht besproken; de begroting 2011-2012 door hen goedgekeurd en de jaarrekening 2009 is vastgesteld. Bij deze besprekingen is de directeur Financiën en Control aanwezig.

De Raad van Toezicht kent een auditcommissie. Met deze commissie worden de jaarrekening inclusief de managementletter van de accountant, de begroting en de kwartaalrapportages voorbesproken door de voorzitter van de Raad van Bestuur en de directeur Financiën en Control.

## **3.5 Cliëntenraad**

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

De samenstelling van de Cliëntenraad ondervond in het verslagjaar twee wijzigingen. Twee leden verlieten vanwege andere drukke werkzaamheden de Raad. Zij werden door twee nieuwe leden vervangen.

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 en wordt aan het eind van elk jaar door deze Raad geëvalueerd.

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 en via de Raad met de directie RVE. Indien nodig zal hij ook

het participerend 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 en de benoeming van twee locatiedirecteuren in Apeldoorn en Zutphen, is de Cliëntenraad in 2010 gestart met het tweemaandelijks overleg met de locatiedirecteuren in Apeldoorn en Zutphen. De Cliëntenraad heeft er voor gekozen zich niet in twee raden op te splitsen, met gevolg dat er ook een Centrale Raad zou moeten komen voor de zaken die de Holding betreffen, maar één Cliëntenraad te behouden. De Zutphense leden van de Cliëntenraad en de voorzitter voeren het overleg met de directeur in Zutphen, de Apeldoornse leden en de voorzitter met de directeur aldaar.

In 2009 is de Cliëntenraad voor het eerst gebruik gaan maken van de door hem opgehouden mogelijkheid het participerend model te hanteren. De secretaris van de Cliëntenraad heeft deelgenomen aan een werkgroep met als opdracht de Raad van Bestuur te adviseren over het klachtenmanagement in het ziekenhuis Deze deelname heeft zich in 2010 voorgezet in de Stuurgroep Klachtenmanagement. Ook heeft de Raad deelgenomen aan de testfase van het proces wachtrijsturing (elektronisch inchecken) in het nieuwe ziekenhuis te Zutphen en participeert in de evaluatie daarvan.

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. Dit is gecontinueerd in 2010.

De Raad van Bestuur (portefeuillehouder) voert maandelijks informeel 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, de Verpleegkundige Adviesraad en de Medische Staf.

#### 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 beide ziekenhuizen 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.

Teneinde te voorkomen dat in 2014 vijf leden tegelijkertijd aftreden is een flexibel rooster van aftreden vastgesteld.

## Adviezen

In het verslagjaar 2010 is door de Raad van Bestuur advies gevraagd aan en door de Cliëntenraad advies uitgebracht over de volgende onderwerpen:

- Begroting 2011;
- Project patiëntencommunicatie Digitaal en op Maat;
- Meerjarenbeleidsplan;
- Klachtenreglement;
- Plan van Aanpak Signalering Kindermishandeling;
- Euthanasiebeleid;
- Taken en verantwoordelijkheden Hoofdbehandelaar;
- Bescherming persoonsgegevens;
- Advies Wachtrijconcept Zutphen;
- Intentie tot samenwerken tussen Gelre en andere ziekenhuizen;
- Projectplan Agis en Zorgbelang over Kwaliteit van Zorg en Zorginkoop.

## Samenstelling

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

### 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 HRM en de secretaris Raad van Bestuur. Daarnaast voert de OR structureel overleg met het hoofd HRM en met de directeurs van de RVE-en 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 voert structureel overleg (4 tot 6 keer per jaar) met de RVE- en SSC-directeuren. Binnen dit overleg worden vooral de te verwachten ontwikkelingen van de betreffende RVE/SSC besproken.

Over regelingen op het gebied van het sociaal beleid van de onderneming, heeft de OR instemmingsrecht. Dit geldt onder andere voor wijzigingen van arbeidstijden, roosters en deeltijdbeleid. Hierover heeft de OR in 2010 15 instemmingsaanvragen ontvangen. Overige instemmingsaanvragen die in 2010 zijn behandeld zijn:

- Herplaatsingsrichtlijn;
- Prestatiesturing;
- On-line netwerken;
- Reglement verkorte verpleegkundige opleiding.

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

- Plannen van aanpak behorende bij de RI&E van diverse afdelingen;
- Milieujaarplan 2010.

Het jaar 2010 heeft voor velen in het teken gestaan van de nieuwbouw, de verhuizing en de daaraan gekoppelde veranderde werkwijze in Gelre Zutphen.

Een totaal nieuw concept van werken, voornamelijk voor de polikliniekmedewerkers, werd direct na de verhuizing geïmplementeerd. Het uitkristalliseren van de nieuwe werkwijze vraagt veel van de inzet en flexibiliteit van de medewerkers en de direct leidinggevenden.

De OR is advies gevraagd over de uitbesteding van werkzaamheden van de restauratieve voorzieningen in Gelre Zutphen. Ondernemingsraad en vakorganisaties gaan in dit traject gelijk op. Nadat Gelre ziekenhuizen en de vakorganisaties een akkoord hadden bereikt over de opvang van de personele gevolgen, heeft de OR in september 2010 zijn advies geformuleerd.

De ondernemingsraad bracht in 2010 over de volgende onderwerpen advies uit:

- Herinrichting poliklinieken Zutphen;
- Pilot roomservice;
- Implementatie Moeder en Kindcentrum Zutphen;
- Uitbesteden parkeervoorziening Zutphen;
- Reorganisatie receptie, telefonie en inschrijvingen;
- Uitbesteden restauratieve voorzieningen Zutphen;
- Herzien Stappenplan 2010;
- Intentie Delta samenwerkingsgroep;
- Competentieprofiel nieuwe Raad van Bestuur.

In november 2010 heeft de OR zijn reguliere verkiezingen georganiseerd. Voor de 19 beschikbare plaatsen, hebben zich 18 medewerkers kandidaat gesteld, wat betekent dat er geen verkiezingen zijn gehouden. De nieuwe OR start met 18 leden, waarvan tien nieuwe collega's. Hiervan werken acht OR-leden op de locatie Zutphen, negen op locatie Apeldoorn en één OR-lid werkt op beide locaties.

Zie bijlage 8 voor de samenstelling van de OR per 31 december 2010.

### **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 realiseert het VAR bestuur door de organisatie Gelre ziekenhuizen te adviseren over beroepsinhoudelijke aangelegenheden, het volgen van deze ontwikkelingen en het vaststellen en optimaliseren van de kwaliteit en kwaliteitseisen met betrekking tot de verpleegkundige zorgverlening.

De VAR bestaat uit een bestuur van tien leden en een ambtelijk secretaris, te weten drie leden uit de locatie Zutphen, vijf leden uit de locatie Apeldoorn, een buitengewoon lid (adviserend) en een verpleegkundig stagiair. Alle leden zijn als verpleegkundige/verzorgende werkzaam binnen Gelre ziekenhuizen. De bestuursleden besteden per jaar 80 uren aan de VAR. Het Dagelijks Bestuur wordt gevormd door de voorzitter en de ambtelijk secretaris.

De VAR houdt zich themagewijs 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 in hun onderwerp.

Regelmatig brengt het bestuur gevraagd en ongevraagd advies uit aan de organisatie (RvB, directeuren en management) over deze thema's. Thema's die op dit moment actueel zijn, zijn onder andere: het elektronisch patiëntendossier, visie op zorg, VMS Pijn, het Algemeen Eisenkader (AEK), Productive Ward en het betrekken van de achterban door het oprichten van een netwerk van contactpersonen.

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

Daarnaast is de VAR in 2010, mede in opdracht van 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 zijn dit jaar gerealiseerd.

Zie bijlage 9 voor de samenstelling van de Verpleegkundige Adviesraad.

### **3.8 Strategiecomité**

In het kader van de besturingsdiscussie is per 1 januari 2010 door de Raad van Bestuur een adviescommissie ingesteld, die gevraagd en ongevraagd advies kan geven over strategische kwesties van majeure betekenis.

Dit Strategiecomité kent zeven leden die op voordracht van de medische staf worden benoemd door de Raad van Bestuur voor een periode van vier jaar. Benoeming geschiedt op persoonlijke titel en de leden maken deel uit van het comité zonder last of ruggespraak.

De Raad van Bestuur vraagt in ieder geval advies over:

- het meerjarenbeleidsplan;
- plannen tot fusie of ontvlechting, strategische allianties en afsplitsingen;
- omzetting van de juridische vorm van de onderneming;
- principiële wijziging in, beëindiging/toevoeging van belangrijke contracten met zorgverzekeraars;
- vaststelling profiel en benoeming van leden van de Raad van Bestuur.

In het verslagjaar heeft het comité zes keer vergaderd en vijf adviezen uitgebracht.

Gevraagde adviezen: position paper Delta ziekenhuisgroep, functiekarakterisering en competentieprofiel leden Raad van Bestuur.

Ongevraagde adviezen: invoering nieuw EPD en beheersmodel medisch specialistische zorg. Op deze adviezen is door of namens Gelre ziekenhuizen binnen de gestelde termijn gereageerd.

Zie bijlage 10 voor de samenstelling van het Strategiecomité.

### **3.9 Medisch Stafbestuur Apeldoorn**

De Vereniging Medische Staf Gelre ziekenhuizen, locatie 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.

Eind 2010 telde de vereniging 153 leden, waarvan 10 buitengewone leden. Gedurende het jaar traden 18 nieuwe medisch specialisten toe en verlieten 5 de Vereniging Medische Staf. Voor de leden werd maandelijks een plenaire ledenvergadering georganiseerd, terwijl het bestuur van de vereniging op wekelijkse basis bij elkaar kwam. Het bestuur bestond in 2010 uit zes leden. Zie bijlage 17 voor de samenstelling.

De taakverdeling en werkwijze van de vereniging zijn zoals gezegd 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 & onderzoek 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 Vereniging Medische Staf in staat om op belangrijke dossiers een duidelijk rol te spelen.

#### Belangrijke activiteiten in 2010

In 2010 stonden voor de medische staf en het MSB twee zaken duidelijk op de voorgrond: inrichting en doorontwikkeling van kwaliteitstrajecten en verdere implementatie van de veranderde organisatie- en besturingsstructuur.

De kwaliteitstrajecten stonden na het verkrijgen van de STZ –status begin 2010 grotendeels in het teken van het behalen van de NIAZ-accreditatie. Met name in de eerste helft van het jaar vergde dit van eenieder veel inspanning. Dit traject is in het najaar succesvol afgerond met het daadwerkelijk verkrijgen van deze erkenning. Daarnaast is in dit verslagjaar een begin gemaakt met de vanuit kwaliteitsoogpunt belangrijke invoering van een systeem voor de beoordeling van het individueel functioneren van medisch specialisten (IFMS). Er zijn in de tweede helft van het jaar ruim 20 medisch specialisten getraind om als IFMS auditor te kunnen fungeren. Aan het eind van het jaar had ongeveer 10% van de leden van de medische staf in Apeldoorn ook daadwerkelijk een IFMS-traject doorlopen.

Eind 2009 is na afronding van de besturingsdiscussie de implementatie hiervan van start gegaan. Dit hield in dat er binnen Gelre ziekenhuizen vier RVE-directies zijn gecreëerd. In 2010 is verdere organisatieverandering doorgevoerd met als doel om tot werkelijk resultaatverantwoordelijke zorgeenheden (zorg-rve) op de werkvloer te komen. Dit proces loopt nog volop maar bracht al in 2010 voor de medische staf de nodige verandering met zich mee. Niet alleen nieuwe overlegstructuren, maar ook zaken als veranderende mandatering van medisch managers en ook van het MSB. De komende jaren zal de veranderende rol en positie van ondermeer de medisch manager en zorg-rve nog veel aandacht vragen. Dit belangrijke onderwerp gaf tevens mede input aan het nieuwe medisch meerjaren-beleidsplan dat is vastgesteld voor de periode t/m 2012. Daarin ook veel aandacht voor kwaliteit en patiëntgerichtheid.

De samenwerking en informatie-uitwisseling tussen de eerste en tweedelij is een continue aandachtspunt. Dit jaar geen meerdaagse werkconferentie van huisartsen en medisch specialisten, maar wel intensivering van de overleggen over transmurale werkafspraken. Tevens is het sinds 2010 ook voor huisartsen mogelijk om een deel van het EPD van het ziekenhuis in te zien via een beveiligde persoonlijke verbinding.

#### Activiteiten Koepels

Vanuit de koepel opleidingen en onderzoek is in 2010 aandacht besteed aan het nieuwe kaderbesluit. Ondermeer de nieuwe manier van visiteren die in 2011 zal gaan plaatsvinden is voorbereid.

Het verkrijgen van de STZ status bracht met zich mee dat er een leerhuis gevormd moest worden en dat een aantal functies verandering behoeften. Zo is de functie voorzitter bureau O&O opgesplitst in voorzitter opleidingscommissie en leerhuismanager. Besloten is om beide posities nieuw in te vullen. Ook is in 2010 een arts-epidemioloog voor één dag per week aangesteld bij bureau O&O.

De medische vervolgoopleidingen zijn in 2010 uitgebreid met de opleiding klinische chemie. Daarnaast zijn de afdelingen neurologie en interne geneeskunde gestart met een specialist ouderengeneeskunde in opleiding. Samenwerking vindt hierin plaats met het UMC St. Radboud, Nijmegen.

In 2009 is gestart met het project dOORkijk, een project om in OOR-verband systematisch te werken aan kwaliteitsverbetering van de medische vervolgoopleidingen. In 2010 heeft de afdeling KNO dit traject als eerste afgerond en heeft interne geneeskunde alle meetinstrumenten uitgerold. De in 2008 uitgerolde PHEEM, een meetinstrument naar opleidingsklimaat onder arts-assistenten, kreeg in 2010 een vervolg middels de D-RECT. De specifieke introductie voor arts-assistenten is in 2010 uitgebreid van een halve naar twee dagen. Deze introductie kent als onderliggende gedachte het competentiegericht opleiden. Naast een algemene introductie is er in 2010 op het gebied van inwerken en voorbereiden op diensten op de SEH veel geformaliseerd om aan de eisen van de inspectie hierin te kunnen voldoen. Hieronder valt het evalueren van het competentieniveau alvorens de aios de dienst ingaat, voorbereiding op het gebied van acute opvang en reanimatie en hechtonderwijs. Bureau O&O houdt een databank bij met alle documenten.

Om alle medisch specialisten die betrokken zijn bij het begeleiden van arts-assistenten hierin te professionaliseren is er door Bureau O&O weer een in company training "Teach the Teacher" georganiseerd. Het percentage getrainde opleiders/plaatsvervangend opleiders is nu 100%. De training zal jaarlijks worden georganiseerd om ook nieuwe opleidende stafleden de gelegenheid te bieden zich te scholen.

Tenslotte is met groot succes door de wetenschapscommissie in 2010 voor de tweede keer een wetenschapssymposium georganiseerd en is in 2010 voor het eerst een wetenschapsblad verschenen: wetenschap@gelre. Het is de bedoeling dat dit blad tweemaal per jaar zal verschijnen.

De koepel ICT heeft zich in 2010 vooral gericht op inbreng vanuit de medisch staf bij de invoering van enkele nieuwe systemen, waaronder SAP-4-OK en een nieuw elektronisch voorschrijfsysteem (EVS). De eerste is in zeer korte tijd succesvol geïmplementeerd. Dit mede dankzij de grote inzet van een aantal medisch specialisten. Vanuit de koepel en onderliggende commissies en werkgroepen is getracht de bruikbaarheid en gebruiksvriendelijkheid voor de zorgverleners/gebruikers zoveel als mogelijk te borgen. Implementatie van een nieuw EVS had ook veel voeten in aarde, zeker omdat dit ook gekoppeld moet kunnen worden aan het in 2012 verwachte nieuwe elektronisch



patiëntendossier (EPD). De verwachting is dat begin 2011 het nieuwe EVS ziekenhuisbreed geïmplementeerd is.

Verder is reeds veel energie gestoken in het opzetten van een nieuw EPD. Omdat het de bedoeling is om per 2012 over een geheel vernieuwd EPD te beschikken binnen Gelre ziekenhuizen vereist dit dat per medio 2011 alle voorbereidingen zijn afgerond. Gezien de importantie vergt dit traject een grote inbreng vanuit de medische staf. Hiervoor zijn dan ook enkele medisch specialisten voor geruime tijd vrijgemaakt.

Kwaliteit en veiligheid zijn de kernbegrippen voor de medisch specialistische zorg in Gelre ziekenhuizen.

Vanuit de medische staf is het afgelopen jaar de Koepel Kwaliteit opnieuw vormgegeven en bemenst. Tevens is er een ziekenhuisbrede stafcommissie patiëntveiligheid en zorgkwaliteit opgericht.

Het jaar 2010 stond in het teken van implementatie van een groot aantal kwaliteitsthema's. Samen met de ziekenhuisorganisatie is hard gewerkt om enerzijds aan alle externe eisen te voldoen, maar ook om anderzijds de interne lat hoog te leggen. Denk hierbij ondermeer aan de implementatie van het Veiligheidsmanagementsysteem (VMS), monitoring en registratie van prestatie- en veiligheidsindicatoren en het verkrijgen van kwaliteitskeurmerken (waaronder STZ en NIAZ).

De verplichte tien thema's van het VMS zijn allemaal gestart. Afronding van de meerderheid van de 10 thema's wordt verwacht in 2011. Daarnaast zijn de aanbevelingen van de inspectie met betrekking tot het peri-operatieve traject (de TOP-rapporten) integraal overgenomen en met de invoering van SURPASS vrijwel geheel ingevoerd. De overgebleven aanbevelingen worden begin 2011 geïmplementeerd.

Belangrijk voor de verbetering van de veiligheidscultuur was het bezoek met een grote ziekenhuisafvaardiging naar het 'International Forum on Quality & Safety in Healthcare' in Nice. Verder werd dit jaar gestart met het project Medisch Teamwork. De eerste pilots zullen begin 2011 aanvangen.

Ten slotte is de aandacht voor interne visitatie van maatschappen en vakgroepen geïntensiveerd en is ook het traject van persoonlijke visitatie (IFMS) opgestart. Deze zaken zullen de komende jaren verder geprofessionaliseerd en geïntensiveerd worden.

### **3.10 Medisch Stafbestuur Zutphen**

De medische staf Zutphen bestaat uit 74 gewone leden en 7 buitengewone leden. Van de gewone leden zijn er 17 Gelrebreed werkzaam, 2 werkzaam in de Stedendriehoek en 3 werkzaam in Zutphen en Deventer.

In 2010 bestond het bestuur van de medische staf uit vier personen. Zie bijlage 17 voor de samenstelling. Het bestuur vergadert wekelijks.

Maandelijks zijn er algemene vergaderingen voor de hele staf.

#### Belangrijke thema's van 2010:

##### Nieuwbouw:

De grootste gebeurtenis in 2010 was zonder twijfel de verhuizing naar de nieuwbouw begin oktober. De daadwerkelijke verhuizing heeft 2 weken in beslag genomen en eindigde met de verhuizing van de patiënten. Als een militaire exercitie werden alle patiënten binnen 4 uur, precies volgens schema, verhuisd. Ook vele stafleden waren daarbij aanwezig. De verhuizing van de patiënten is vlekkeloos verlopen. Binnen 2 weken draaide het ziekenhuis weer op (bijna) volle toeren. De doorgevoerde organisatieverandering, met name op de poliklinieken, haperde op enkele punten. Maar in de loop van de maanden is het meeste weer op orde.

##### Besturingsverandering:

De locatiedirecteur is gestart in september 2009. De aandacht is in 2010 vooral uitgegaan naar de nieuwbouw. Nu kan er gefocust worden op verdere profilering van de locatie Gelre Zutphen.

##### Bedrijfsbureau:

In 2009 is het Bedrijfsbureau gestart. Het bestaat uit drie stafleden. 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. Om in de toekomst efficiënter en slagvaardiger te kunnen werken is gebleken dat het beter is dat Bedrijfsbureau en stafbestuur meer geïntegreerd gaan worden. Voorbereidingen zijn getroffen en per 1 april 2011 zal het stafbestuur en het Bedrijfsbureau worden samengevoegd tot het stafbestuur nieuwe stijl.

##### Het ziekenhuisinformatie systeem:

In juni 2009 is de gehele organisatie overgegaan naar een nieuw ziekenhuisinformatie systeem (SAP-4-ZIS). Het nieuwe programma heeft veel mogelijkheden, maar is daar door 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 2010 is de gehele OK-planning ook in SAP opgenomen. Voor 2011 staat het nieuwe EPD in SAP op de rol en het nieuwe EVS (elektronisch voorschrijfsysteem).

In 2010 is het gerealiseerd dat ook huisartsen het INFO-gedeelte van ons EPD in kunnen zien.

##### IFMS:

Het IFMS behoort inmiddels al tot één van de indicatoren. In 2010 zijn acht stafleden van Gelre Zutphen geschoold als auditor. En eind 2010 is er een start gemaakt met het auditen van de eerste stafleden. In 2011 zal dat verder uitgerold moeten worden

##### Kwaliteit en patiëntveiligheid:

NIAZ: Een belangrijke uiting van het verbeteren van onze kwaliteitssysteem is het behalen van de NIAZ-accreditatie in 2010.

Ook is er door veel stafleden effort gestopt in het implementeren van alle veiligheidsthema's (volgens het VMS).

## **4      Beleid, inspanningen en prestaties**

### **4.1    Meerjarenbeleid**

De missie van Gelre ziekenhuizen is vastgesteld met en vastgelegd in het Strategisch Meerjaren Beleidsplan 2010-2014. De missie luidt:

‘Wij willen mensen helpen door de zorg te verlenen die nodig is om van een ziekte te herstellen of de gevolgen daarvan te verlichten. Wij streven daarbij voortdurend naar verbetering en innovatie, ook door opleiding en onderzoek een prominente plaats te geven. Dat willen wij bovendien doen op een manier waarbij mensen zodanig tegemoet worden getreden, dat zij ook anderen zullen aanbevelen om van onze zorg gebruik te maken. Daarmee zijn wij in de regio Apeldoorn-Zutphen voor patiënten die niet in de positie verkeren om te kunnen kiezen, niet het onontkóombare ziekenhuis, maar voor hen en alle overige patiënten het gewénste ziekenhuis.’

#### *Strategisch Meerjaren Beleidsplan 2010 - 2014*

Het Strategisch Meerjaren Beleidsplan, vastgesteld op 28 december 2009, is in 2010 met een verkorte versie ‘Gelre Beleidsplan; op weg naar beter!’ breed in de organisatie gepresenteerd. De kern van het beleidsplan kan als volgt worden samengevat:

Op grond van de geformuleerde visie op de markt wordt er voor gekozen om de zorggebruikers centraal te stellen als cliënt/klant en niet, hoe belangrijker verder hun rol ook is, de zorgverzekeraars. Zorggebruikers zullen als zij voldoende reden hebben voor klantloyaliteit, hun keuze voor een zorgaanbieder niet ondergeschikt willen maken aan de wens van de zorgverzekeraar terzake. Uiteindelijk zal het niet respecteren van de voorkeur van de zorggebruiker door de zorgverzekeraar er toe leiden dat hij verzekerden kwijt raakt en dat maakt de wens van de zorggebruiker dominant. Omdat alleen bij klantloyaliteit, hetgeen meer vraagt dan klanttevredenheid, die wens dominant zal zijn, zal het verwerven van die loyaliteit de hoofddambitie van Gelre ziekenhuizen moeten zijn. 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. Wij kiezen er voor om voor die categorie niet het onontkoombare ziekenhuis te zijn, maar om voor alle patiënten het gewenste ziekenhuis te zijn.

Voor wat betreft de relatie met zorgverzekeraars is de keuze gemaakt om niet te focussen op de prijs, maar op kwaliteit, omdat die voor verzekeraars uit een oogpunt van beperking van de schadelast evenzeer van belang is. Daaruit vloeit het streven naar partnership, gericht op kwaliteitsverbetering voort. Samenwerking wordt verder nadrukkelijk als ambitie neergezet waar het gaat om het ontwikkelen van een gezamenlijk keurmerk, gezamenlijke marktpositionering en gemeenschappelijke backoffice met andere zorgaanbieders. Verder is er het streven om met huisartsen als gelijkwaardige partners keten-DBC's in te vullen en te leveren in meer joint-venture-achtige constructies. Ook de relatie met andersoortige zorgaanbieders in de regio zal minder vrijblijvend vorm moeten krijgen.

Op het gebied van kwaliteit en marktbenadering ligt in de geformuleerde ambities een aantal keuzes besloten. Wij blijven een ziekenhuis zien als een multidisciplinair samenwerkingsverband in plaats van als een bedrijfsverzamelgebouw. Wij kunnen tussen de

beide vestigingen van Gelre ziekenhuizen wel een onderscheid maken in assortiment, maar overigens niet in geboden kwaliteit differentiëren. Vanuit de multidisciplinaire ambitie, willen wij ons onderscheiden met de als regel aandoeningsgerichte/klachtgerichte aanpak van zorgvragen via een groot aantal multidisciplinaire poli's, zoals we die nu ook al kennen. Daarnaast willen wij blijven investeren in verdere subspecialisatie en het op een beperkt aantal terreinen ontwikkelen tot aanbieder van onderscheidende zorg, die ook zorggebruikers van buiten de regio een extra reden geven om naar ons toe te komen.

#### *Financiële meerjarenprognose*

Ook in 2010 is aan de Raad van Toezicht een meerjarenprognose voorgelegd i.c. die dat jaar dezelfde periode bestreek als waarvoor het Strategisch Meerjaren Beleidsplan geldt. Daarin is reeds rekening gehouden met de additionele overheidskortingen voor 2011 die in 2010 werden aangekondigd in verband met de overschrijding van het macro kader in 2009. Daarnaast is gerekend met de kapitaallastenvergoeding volgens nieuwe beleidsregels per 1 juni 2010. Op basis van een risicoanalyse met betrekking tot opbrengsten respectievelijk kostenontwikkeling, is een aantal scenario's gehanteerd, dat als basis heeft gediend voor de opstelling van een begroting over twee jaar: 2011 en 2012.

## **4.2. Algemeen beleid**

Gelre ziekenhuizen heeft, voortbouwend op hetgeen terzake is bereikt in 2009, ook in 2010 belangrijke stappen gezet bij het verder verbeteren van de infrastructuur waarbinnen de zorg wordt geleverd, de wijze waarop de besturing van de organisatie plaatsvindt, de kwaliteitsaanpak van zorgverlening en ondersteunende processen en de financiële positie.

Na de afronding van de vernieuwbouw in Apeldoorn in 2009, is op 17 september 2010 de nieuwbouw van het ziekenhuis in Zutphen geopend. Het was de succesvolle afsluiting - nagenoeg binnen de gestelde tijd van 4½ jaar én binnen het begrote budget - , van een nieuwbouwproces volgens een geheel nieuwe aanpak. In een voor Nederland uniek kort tijdsverloop is invulling gegeven aan ontwerp, financiering, ruimtelijke ordenings- en milieuprocedures, gunning en bouw. De bijzonder doortastende medewerking van het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport en van de gemeente Zutphen zijn daar in belangrijke mate debet aan geweest. Ook de opstelling van het medisch stafbestuur is zodanig geweest dat effectieve en efficiënte besluitvorming kon plaatsvinden.

Niet alleen is er heel snel een nieuw ziekenhuis gerealiseerd, maar het karakter ervan is, omdat het als eerste ziekenhuis in Nederland voor eigen rekening en risico moest worden gebouwd, ook bijzonder. Er is hoge mate gestandaardiseerd gebouwd. Gestandaardiseerd, zowel gericht op het kunnen huisvesten van andere functies dan ziekenhuiszorg bij een eventuele noodzaak voor 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) op basis van SAP is in het verslag over 2009 als een ander soort groot infrastructureel project binnen Gelre ziekenhuizen genoemd. Na de conversie van alle basisgegevens van het administratief systeem en een succesvolle koppeling aan alle deelsystemen, is er over heel 2010 nog sprake geweest van een langdurige nasleep van problematiek rond de basisregistratie en de mogelijkheden tot facturatie die daaruit voortvloeiden. Om die problematiek onder de knie te krijgen is een

aparte projectorganisatie opgezet onder een stuurgroep onder leiding van de Raad van Bestuur. In 2010 is de opgetreden problematiek zodanig opgelost dat uitvalpercentages zijn teruggebracht tot onder het niveau dat voordien gebruikelijk was en de opgelopen achterstand in facturatie is ingelopen.

Inmiddels is in 2010 ook gestart met de volgende fase in het kader van invoering van SAP, namelijk SAP4EPD.

Het nieuwe besturingsmodel dat in 2009 is ingevoerd heeft in 2010 positieve effecten gehad op de werkwijze binnen Gelre ziekenhuizen. De evaluatie van de werking van het besturingsmodel zal in 2011 plaatsvinden, maar het besturingsmodel heeft tot nu toe geen verrassingen opgeleverd. Wel is de invoering van een systeem van Dienstverleningsovereenkomsten en Verrekenprijzen, dat ten grondslag moet liggen aan de relaties tussen de Resultaat Verantwoordelijke Eenheden voor respectievelijk de ziekenhuizen Gelre Apeldoorn en Gelre Zutphen en de twee Shared Service Centers voor de Medisch Ondersteunende Diensten en Algemeen Ondersteunende Diensten door de bovengenoemde problematiek rond de basisregistratie en de inzet die dat heeft gevergd, vertraagd. Invoering vindt nu in 2011 plaats.

De kwaliteitsaanpak van zorgverlening en ondersteunende processen heeft zijn bevestiging gekregen met het toekennen, zonder voorbehoud, van de algehele NIAZ accreditatie in 2010. Dit in aanvulling op de eerder reeds toegekende CCKL accreditaties voor respectievelijk de Klinische Pathologie en de Klinische Chemie, als mede de GMPZ-erkenning voor de ziekenhuisapotheek en het HKZ certificaat voor het Dialyse Centrum. In februari 2010 is aan Gelre ziekenhuizen de STZ-status toegekend.

De aanpak van kwaliteitsverbetering, zowel op het gebied van patiëntveiligheid als op het gebied van zorgkwaliteit, kent een grote betrokkenheid van de medische staven. Op het niveau van de Raad van Bestuur wordt de aanpak ook aangestuurd via een Commissie Patiëntveiligheid & Zorgkwaliteit waarin onder voorzitterschap van de Raad van Bestuur naast de verantwoordelijke directeuren en het hoofd van het stafbureau Patiëntveiligheid & Zorgkwaliteit ook vertegenwoordigers van de medische staven deelnemen. Gerichtte aandacht voor wat is genoemd medisch teamwork, met name in situaties van acute interventies, is in 2010, in samenwerking met externe deskundigheid, verder ontwikkeld en geïntroduceerd in de organisatie door middel van workshops en trainingen.

In 2010 is Gelre ziekenhuizen toegetreden tot de, de hierboven reeds genoemde, vereniging van Samenwerkende Topklinische Ziekenhuizen (STZ). Naast de verdere ontwikkeling van de opleidingsfunctie is in 2010 ook bijzondere aandacht gegeven aan de bijdrage op het gebied van de wetenschap.

Ook in het verslag over 2009 werd er al op gewezen dat met de liberalisering van de ziekenhuismarkt, de afschaffing van het bouwregime en de introductie van integrale prestatiebekostiging voor de ziekenhuizen meer financiële risico's zijn opgetreden. In dat licht krijgen de resultaten op het vlak van rentabiliteit, solvabiliteit en liquiditeit extra betekenis.

In het kader van de meerjarenprognose heeft Gelre ziekenhuizen als doelstelling voor het jaarlijks te realiseren exploitatieresultaat 1,5% van de omzet bepaald en voor wat betreft de solvabiliteit op 10% respectievelijk volgens de Wfz-budgetratio 15%.

In 2010 heeft Gelre ziekenhuizen een stijging van verleende zorg gerealiseerd:

De poliklinische productie is in totaal gelijk gebleven. Hier is geen groei omdat door de effectieve triage veel patiënten direct naar de huisartsenpost worden verwezen in plaats van naar de SEH. Dit leidt tot een daling van het aantal EPB's bij met name chirurgie en in mindere mate interne geneeskunde. Bij de overige specialismen is er sprake van een stijging van de poliklinische productie met 2%.

De klinische productie is gestegen met 2,5%.

Er was sprake van 2,5% meer opbrengsten dan begroot. Evenwel de kosten overschreden de begroting met een hoger percentage (3%). Daarmee bleef het resultaat op dat punt met 0,4 miljoen Euro achter bij de begroting. Het totale genormaliseerde resultaat over 2010 (geabstraheerd derhalve van incidentele baten en lasten) komt uit op 1,6 miljoen Euro. Dat is, afgezet tegen de totale omzet, een resultaat van 0,6%, hetgeen lager is dan de door ons gehanteerde doelstelling van 1,5%. Indien het totaalresultaat, inclusief incidentele baten en lasten wordt beschouwd, komt het totaal jaarresultaat op 3,5 miljoen Euro uit. Dit komt neer op 1,4% en ligt wel in de lijn met onze doelstelling.

Met de incidentele posten die het resultaat over 2010 hebben beïnvloed, is in de begrotingen voor 2011 en 2012 geen rekening gehouden. Gelet op het feit dat in die begrotingen niet alleen een verscherpte taakstelling is opgenomen, maar ook is gerekend met uit de realisatie blijkende structureel hogere kosten op bepaalde posten, menen wij dat de begrotingen voor die jaren die sluiten op het behalen van een resultaat van 1,2 miljoen Euro van de omzet, realistisch zijn.

In 2010 is met het bereikte exploitatieresultaat de solvabiliteit in termen van WFZ-budgetratio uitgekomen op 19,6%. respectievelijk in termen van Eigen Vermogensratio op 11,4%. Daarmee is op dat punt aan de gestelde norm beantwoord. Ook voor de komende jaren wordt volgens de meerjarenprognose verwacht dat aan die norm kan worden beantwoord.

De 'debt service coverage ratio' van Gelre ziekenhuizen ligt op 1.4. Dat is beter resultaat dan de daarvoor doorgaans gehanteerde norm van 1.2, waar overigens voor de non-profit instellingen veelal wordt uitgegaan van een norm van 1.0.

#### **4.2.1 Leerhuis**

##### **Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen (STZ)**

In 2010 is Gelre ziekenhuizen toegetreden tot de vereniging van Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen (STZ). Naast de verdere ontwikkeling van de opleidingsfunctie is in 2010 ook bijzondere aandacht gegeven aan de bijdrage op het gebied van de wetenschap.

##### **Leerhuis**

Het leerhuis wordt aangestuurd door de manager Leerhuis. In 2010 is de functie voorzitter Bureau Opleiding & Onderzoek (O&O) opgesplitst in voorzitter opleidingscommissie en leerhuismanager. Dr. J.D.E. van Suijlen is in zijn functie als voorzitter opleidingscommissie opgevolgd door dr. C.G. Schaar. De invulling van de functie leerhuismanager wordt begin 2011 verwacht.

In 2010 is een arts-epidemioloog voor één dag per week aangesteld.

Bureau O&O heeft een rol in het Gelrebrede project medisch teamwork, vanuit haar kennis en ervaring op het gebied van onderwijskunde en vanuit de verantwoordelijkheid in het opleiden van arts-assistenten.

Er is beleid voor nieuwe opleidingserkenningen uitgewerkt.

Beleid ten aanzien van het discipline overstijgend onderwijs wordt aangepakt, dit zal in 2011 nader worden uitgewerkt.

Zie bijlage 12 voor de samenstelling van de opleidingscommissie.

## **Medische opleidingen**

### *Erkenningen*

Per 31 december 2010 kent Gelre ziekenhuizen de volgende medisch-specialistische opleidingen:

- Anesthesiologie;
- Apotheek;
- Cardiologie;
- Chirurgie;
- Gynaecologie;
- Huisartsengeneeskunde;
- Interne Geneeskunde;
- Kindergeneeskunde;
- Klinische chemie;
- Klinische fysica;
- KNO;
- Oogheelkunde;
- Psychologie GZ;
- Pathologie;
- Radiologie;
- Tropenopleiding chirurgie;
- Tropenopleiding gynaecologie;
- Tropenopleiding kindergeneeskunde.

Naast de bestaande erkenningen voor MSRC en SRC erkende opleidingen is in 2010 gestart met twee nieuwe opleidingen/stages:

- Klinische Chemie is in 2010 gestart met één klinisch chemicus in opleiding. In 2011 zullen dit er twee gaan worden.
- Neurologie en Interne Geneeskunde zijn gestart met een specialist ouderengeneeskunde in opleiding. Samenwerking vindt hierin plaats met het UMC St Radboud te Nijmegen.

### Visitaties

De specialismen KNO, Radiologie en Gynaecologie zijn gevisiteerd en hebben alledrie de vijf jaars erkenning verkregen.

### Nieuw kaderbesluit

In 2010 stond het onderwerp nieuw kaderbesluit meerdere keren op de agenda. Informatie wordt uitgewisseld en er wordt een format uitgewerkt t.b.v. de lokale opleidingsplannen. Ook de nieuwe manier van visiteren die in 2011 zal gaan plaatsvinden is voorbereid.

### Projecten 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. In 2010 heeft het specialisme KNO dit traject afgerond met een ronde tafelgesprek met het cluster. Daarnaast heeft het specialisme Interne Geneeskunde alle meetinstrumenten uitgerold. Eerste verkennende gesprekken zijn gevoerd met Radiologie, Kindergeneeskunde en Anesthesiologie.
- D-RECT  
De in 2008 uitgerolde Postgraduate Hospital Educational Environment Measurement (PHEEM), een meetinstrument naar opleidingsklimaat onder arts-assistenten, heeft in 2010 een vervolg gekregen middels de D-RECT. Respons was prima met 68%. Acties hierop zullen in 2011 volgen.

#### Introdactie nieuwe arts-assistenten

In 2009 is Bureau O&O gestart met maandelijks een specifieke introductie voor arts-assistenten. Deze introductie is in 2010 uitgebreid van een halve naar twee dagen. De introductie kent als onderliggende gedachte het competentiegericht opleiden. Naast een algemene introductie is er in 2010 op het gebied van inwerken en voorbereiden op diensten op de SEH veel geformaliseerd om aan de eisen van de inspectie te kunnen voldoen. Hieronder valt het evalueren van het competentieniveau alvorens de AIOS de dienst ingaat, voorbereiding op het gebied van acute opvang en reanimatie en hechtonderwijs. Bureau O&O houdt een databank bij met alle documenten. 78 arts-assistenten hebben de introductiedagen bijgewoond.

#### Teach the teacher

In 2010 hebben A. Huisjes en E. Overeem eenmaal een Teach the Teacher training gegeven in Gelre ziekenhuizen. Het percentage getrainde opleiders/plaatsvervangend opleiders is 100%. De training zal jaarlijks worden georganiseerd om ook nieuwe opleidende stafleden de gelegenheid te bieden zich te scholen.

#### Co-assistenten

In 2010 hebben 58 SUMMA en 101 CRU co-assistenten hun co-schappen gelopen binnen Gelre ziekenhuizen. Door de SUMMA co-assistenten is mevrouw Paarlberg, gynaecoloog, gekozen tot beste co-begeleider 2010.

#### Skillslab

In 2010 zijn 205 trainingen gegeven.

#### Onderwijsavonden

In 2010 zijn vier onderwijsavonden georganiseerd. De onderwerpen waren: diabetes mellitus, duizeligheid en radiologie, juridische aspecten en de kwetsbare oudere.

### **Verpleegkundige opleidingen**

#### **Opleiding Topklinisch verpleegkundige niveau 4**

De NVZ heeft onderzoek gedaan naar de afstemming van het verpleegkundig onderwijs met het werkveld. Vanuit dit onderzoek zijn competenties benoemd waar te weinig aandacht aan werd besteed.

Uitgaande van deze ontwikkelingen is vanaf 2009 gedacht over en gewerkt aan een



vernieuwing van de verpleegkundige opleiding. In januari 2010 is het besluit genomen met deze opleiding in Gelre in samenwerking met het ROC te starten vanaf september 2010.

#### *Masterclasses*

De masterclasses zijn verdiepend t.o.v. de onderdelen van de opleiding. Het is extra leerstof, bovenop de reguliere eindtermen van de opleiding. Het is extra t.o.v. de opleiding, maar wel verplicht om de opleiding te kunnen afronden in Gelre ziekenhuizen. Uitgangspunt is dat in de masterclasses onder meer vernieuwingen, best practices en speerpunten van Gelre ziekenhuizen aan bod komen. Deze zijn toegankelijk zijn voor alle groepen studenten van de Gelre-weken. Naast de Masterclasses, die gegeven worden door deskundigen uit de praktijk, worden tijdens de lesdagen in de Gelre-weken eveneens deskundigen vanuit de beroepspraktijk benaderd om lessen te geven. Deze lessen sluiten aan bij de inhoud van de aan de orde zijnde beroepsproducten.

#### *Toetsing*

Voorafgaand aan de Proeve van Bekwaamheid dient de student zijn kennis, vaardigheden en beroepshouding zowel in de praktijk als op school aan te tonen. Hiervoor worden diverse toetsvormen gehanteerd, waarbij de kennistoets een nadrukkelijke plaats krijgt. De eisen voor Nederlands en rekenen zijn recentelijk landelijk vastgesteld. Deze worden vanaf cohort 2010 (dus ook onze eerste instroomgroep) gelijk aan de eisen voor het HAVO-diploma. Daarnaast heeft het ROC een zogenoemde onderhoudsplicht. De onderwijsinspectie ziet erop toe dat hieraan wordt voldaan alvorens een diploma wordt afgegeven.

#### **Leerlingvolgsysteem**

Gestart is met het digitale programma 'Learning4u' als leerlingvolgsysteem. Dit programma voorziet in een koppeling van een digitaal portfolio en digitale leeromgeving, waarin opleidingsinformatie en studie-inhoud zijn opgenomen.

#### **E-learning in 2010 Gelrebreed opgestart**

In 2010 is Gelre ziekenhuizen grootschalig gestart met e-learning. In februari werd met Leerstationzorg begonnen. De keuze op deze leeromgeving is vooral gemaakt vanwege de grote toetsdatabank gecombineerd met diverse trainingen. Diverse trainingen vanuit het VMS-beleid werden opgestart via het 'train the trainer' principe. E-learning wordt door Gelre ziekenhuizen gezien als een moderne wijze van leren die een goede aanvulling kan zijn op andere leervormen. Samen met andere vormen ingezet - B-learning of Blended Learning - zien wij als de meest krachtige combinatie van leren.

#### **Wetenschap**

Er waren in 2010 63 (stand januari 2011) Pubmed en Embase publicaties. De wetenschapscommissie heeft in 2010 voor de tweede keer een wetenschapssymposium gehouden. Ook is in 2010 voor het eerst een wetenschapsmagazine verschenen onder de titel wetenschap@gelre. Het is de bedoeling dat dit magazine tweemaal per jaar zal verschijnen.

### **4.2.2 Gelre 2012**

Onder voorzitterschap van de Raad van Bestuur en met vertegenwoordigers uit alle geledingen van Gelre ziekenhuizen is in de loop van 2008 een 'Platform Integratie' gevormd. Dit platform bewaakt de afstemming, integratie en communicatie ten aanzien van vier grote

projecten. Deze vier projecten zijn richtinggevend voor de belangrijkste doelstelling van Gelre ziekenhuizen, namelijk het ontwikkelen, verbeteren en vernieuwen van zorgtrajecten, mede met behulp van informatisering en automatisering. Deze aanpak is met name gericht op de interne communicatie en heeft de naam 'Gelre 2012' gekregen. Het gaat om de volgende vier projecten, waar ook in 2010 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.  
In 2010 heeft fase 2 van het project geleid tot de implementatie van SAP-OK en zijn belangrijke voorbereidingen getroffen om in 2011 ook het Elektronisch Patiënten Dossier in SAP te kunnen implementeren.

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 2010, 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. Net als in 2009 werden in 2010 regelmatig korte filmpjes gemaakt, waarin de voortgang van de vier projecten centraal stond en werd getoond hoe op verschillende afdelingen binnen Gelre wordt gewerkt aan de optimalisatie van de zorg. Deze korte filmpjes zijn op intranet voor alle medewerkers toegankelijk.

### **ICT infrastructuur**

In 2010 zijn een tweetal voor ICT belangrijke bouwprojecten afgerond. Het eerste is uiteraard het nieuwe ziekenhuis in Zutphen. Belangrijke onderdeel van het nieuwe ziekenhuisconcept is de innovatieve wijze waarop het verblijf van poliklinische patiënten in het ziekenhuis wordt gestuurd. Er is een uniek systeem geïmplementeerd waarbij de patiënt kennis kan nemen van de werkelijke actuele wachttijden, doordat het systeem direct is gekoppeld aan de registraties

van de artsen in de spreekkamer. Er is dus continu inzicht in het actuele verloop van alle spreekuren. De patiënt kan hierdoor langer verblijven in de centrale wachtruimtes, die meer faciliteiten bieden dan de decentrale wachtruimtes bij de poliklinieken.

Het tweede belangrijke bouwproject betreft het nieuwe datacentrum in Gelre Apeldoorn. In oktober zijn alle kritische ICT-systemen verhuisd naar dit moderne datacentrum, dat een goede basis biedt voor de borging van de continuïteit van de ICT-voorzieningen.

In 2011 zal verder gebouwd worden aan het Elektronisch Patiënten Dossier binnen SAP. De ingebruikname daarvan eind 2011 zal een belangrijke mijlpaal in de strategische inzet van SAP in het ziekenhuis zijn. Het beheer van SAP is verder geprofessionaliseerd door de implementatie van SAP Solution Manager dat in 2011 volledig in gebruik wordt genomen. Het voorschrijven en toedienen van medicatie zal met behulp van ICT veiliger worden gemaakt door het in gebruik nemen in 2011 van het elektronisch voorschrijfsysteem, de elektronische toedieningsregistratie en de uitrol van het daartoe benodigde draadloze netwerk in beide ziekenhuizen.

### 4.3 Algemeen kwaliteitsbeleid

#### **Integraal kwaliteitsmanagementsysteem (IKMS)**

In 2010 is het integrale kwaliteitsmanagementsysteem van Gelre ziekenhuizen geaccrediteerd door het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ). Het betreft een instellingsbrede accreditatie. De verleende accreditatie is tevens van toepassing op het veiligheidsmanagementsysteem van Gelre ziekenhuizen.

Tevens is het Meerjarenbeleidsplan patiëntveiligheid en zorgkwaliteit voor de periode 2011-2014 in concept tot stand gekomen. De visie hierbij is dat patiëntveiligheid een onderdeel vormt van het integrale kwaliteitsmanagement. Het meerjarenbeleid heeft tot doel om als leidraad te dienen bij het formuleren van de jaarplannen op verschillende niveaus in de organisatie.

#### **Kwaliteitskeurmerken en accreditaties**

Naast de NIAZ accreditatie beschikt Gelre ziekenhuizen over de volgende kwaliteitskeurmerken en accreditaties:

- STZ-status: Gelre ziekenhuizen is in december voorgedragen voor de STZ-status, die in februari 2010 is toegekend.
- 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;
- GMP-z, Good Manufacturing Practice ziekenhuisfarmacie;
- WHO/UNICEF certificaat Zorg voor Borstvoeding voor Gelre Apeldoorn & Zutphen
- HACCP voor instellingen en defensie voor de Voedingsdienst voor Gelre Apeldoorn en Gelre Zutphen.

### **Kwaliteit van informatie en registratie**

Sinds 1,5 jaar wordt SAP nu als Ziekenhuisinformatiesysteem gebruikt. In 2010 is ook het OK-systeem van SAP Gelrebreed in gebruik genomen en is gestart met de voorbereiding om het EPD van MCS in SAP te gaan vervangen. Hiermee is een belangrijke stap gezet naar integratie van medische en financiële registratie in één ziekenhuisinformatiesysteem. Medio 2010 is vanuit de beide RVE's het project Verbeter Basis Registratie (VBR) van start gegaan, met als doel de bronregistratie in SAP verder te optimaliseren.

### **Gegevensbeveiliging**

In 2010 is verder gewerkt aan de implementatie van de maatregelen rondom Informatiebeveiliging. Tevens is een externe audit uitgevoerd om te toetsen of Gelre ziekenhuizen voldoet aan de eisen die de IGZ stelt aan ziekenhuizen. Resultaat van de audit is dat Gelre ziekenhuizen op de meeste onderwerpen het vereiste minimale volwassenheidsniveau heeft bereikt. In 2011 zal Gelre ziekenhuizen zich inspannen om op alle onderwerpen het minimale volwassenheidsniveau te behalen en opnieuw een Integrale Risicoanalyse uit te voeren.

### **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 plaatsvinden in een omgeving, die past bij de huidige en toekomstige menselijk maat. Dit geldt zowel voor de bouwkundige als de installatietechnische omgeving. Om dit te realiseren heeft er nieuwbouw plaatsgevonden in Zutphen en is de locatie Gelre Zutphen volgens planning op 17 september geopend. 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 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

De nieuwbouw Gelre Zutphen beschikt over een gebruikersvergunning. Aan gebouw en installaties, o.a. brandmeldinstallatie, brandscheiding en sprinklerinstallatie, worden door leveranciers periodiek onderhoud en inspecties verricht en nadien voorzien van de wettelijke 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 Gebouwen & Techniek. 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 beschikken over een locatiespecifiek bedrijfsnoodplan met een volledig geoutilleerde Bedrijfshulpverleningsorganisatie (BHV). Naar aanleiding van de verhuizing naar de nieuwe locatie is het bedrijfsnoodplan voor Zutphen volledig geactualiseerd. Ook in het plan van Apeldoorn zijn veranderingen aangebracht. In beide ziekenhuizen zijn de afdelingen en BHV-medewerkers getraind. Hierbij is ook de brandweer betrokken. Specifieke voorzorgsmaatregelen en instructies worden na de oefeningen geëvalueerd en waar nodig worden verbeteracties ingezet, in samenwerking met de betreffende afdeling. In beide ziekenhuizen heeft dat in 2010 geresulteerd in de aanschaf van zogenoemde ontruimingsmiddelen.

## **4.4 Kwaliteitsbeleid ten aanzien van patiënten**

### **4.4.1 Kwaliteit van zorg**

#### **Commissie Patiëntveiligheid en zorgkwaliteit**

Het integrale kwaliteitsbeleid in Gelre ziekenhuizen is doorontwikkeld, aangestuurd door de commissie Patiëntveiligheid en Zorgkwaliteit. Deze commissie bestaat uit een lid van de Raad van Bestuur (portefeuillehouder), een vertegenwoordiging vanuit de beide medische staven, de RVE-directeuren en het hoofd van het Bureau patiëntveiligheid en zorgkwaliteit. De commissie vergadert maandelijks.

#### **Bureau patiëntveiligheid en zorgkwaliteit**

Het bureau Patiëntveiligheid en Zorgkwaliteit is in 2010 tot stand gekomen. In dit bureau komen staftaken op het terrein van patiëntveiligheid en zorgkwaliteit samen. Ook het klachtenmanagement en donatiemanagement vallen onder dit bureau. Het hoofd van het bureau valt rechtstreeks onder de portefeuillehouder van de Raad van Bestuur.

#### **Interne audits**

In 2010 zijn 11 interne audits uitgevoerd op afdelingen of zorgtrajecten. In Apeldoorn gaat het om de afdelingen Spoedeisende Hulp, Operatiekamers en de zorgtrajecten Parkinson, spoedsectie en coloncarcinoom. Ook in Zutphen zijn de afdelingen Spoedeisende Hulp en Operatiekamers geauditeerd. Geauditeerde zorgtrajecten in Zutphen zijn liesbreuk, hartfalen, longcarcinoom en Parkinson. Op basis van de auditrapportage hebben de afdelingshoofden of zorgtrajecteigenaren een verbeterplan geformuleerd.

Het auditproces is in 2010 geëvalueerd en waar nodig bijgesteld. Toekomstige audits voldoen hiermee aan de eisen die het NIAZ stelt aan de interne audits.

#### **Procesoptimalisatie**

Het aantal afdelingsgebonden zorgtrajecten is in 2010 verder toegenomen. Als gevolg van interne audits en interne en externe ontwikkelingen worden bestaande zorgtrajecten continu aangepast.

De in 2009 gestarte zorgpaden hartfalen (Zutphen) en Mammacarcinoom (Apeldoorn) zijn in 2010 gecontinueerd. Voor een aantal oncologische aandoeningen is een start gemaakt voor het ontwikkelen van een zorgpad. Voor het ontwikkelen en implementeren van zorgpaden binnen Gelre is in 2010 een toolkit ontwikkeld die gebaseerd is op de 7 fasen methode van het Netwerk Klinische Paden (NKP).

Een zorgpad wordt ontwikkeld door de disciplines die direct betrokken zijn bij de zorg voor de patiënten waar het zorgpad zich op richt. Zij streven samen naar optimale afstemming van ieders activiteiten, zodat de zorg tijdig, efficiënt, veilig en patiëntgericht kan plaatsvinden.

#### **Veiligheidsmanagementsysteem**

Het veiligheidsmanagementsysteem (VMS) binnen Gelre bestaat 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;
- het invoeren van interventies t.a.v. tien, landelijk vastgestelde, inhoudelijke thema’s.

Het doel is om de vermijdbare onbedoelde schade te reduceren, conform de landelijke doelstellingen.

De gedragscode “Veilige zorg, zo doen wij dat in Gelre ziekenhuizen” is verspreid onder alle medewerkers van het ziekenhuis. Dit ging gepaard met bekendmaking hiervan door posters op afdelingen.

Er is een start gemaakt met een aantal projecten waarin het medisch teamwork een grote rol speelt. De aftrap hiervan vond plaats tijdens een tweedaagse training “medisch teamwork”, waaraan verpleegkundigen, afdelingshoofden, zorgmanagers en medisch managers deelnamen.

In 2010 is gestart met het lopen van veiligheidsrondes op verpleegafdelingen. Vervolgens is dit uitgebreid naar de specialistische afdelingen. Ook lopen vertegenwoordigers van andere disciplines (diëtist, consultatief geriatrisch verpleegkundige) en van het management (zorgmanager, directeur) mee. Dit levert veel informatie voor de afdelingen op om hun meest kritische punten te kennen en hierop actie te nemen.

De cultuurenquête van Compaz is in 2010 uitgezet onder een groot deel van de medewerkers. Begin 2011 worden de eerste resultaten hiervan verwacht. Deze resultaten zullen als nulmeting dienen om de ontwikkeling van het creëren van een veilige cultuur te volgen. Ook vormen de resultaten input voor beleidsvorming.

### **Landelijke veiligheidsthema’s**

Ten aanzien van de tien landelijk vastgestelde thema’s is er in 2010 voortgang geboekt met de in 2008 en 2009 gestarte thema’s:

- Voorkomen van postoperatieve wondinfecties: zowel in Zutphen als in Apeldoorn zijn de interventies ingevoerd. De borging is overgedragen aan de lijn;
- vroegtijdige herkenning van de vitaal bedreigde patiënt: in Zutphen is het Spoed Interventie Team (SIT) ingevoerd op alle afdelingen. In Apeldoorn is het Early Warning System (EWS) op alle afdelingen ingevoerd. Het SIT team is operatief op 2 pilot afdelingen.
- voorkomen van lijnensepsis: dit thema bevindt zich in de afrondende fase. Het geheel aan maatregelen wordt in 2011 geïmplementeerd. Tijdige herkenning van sepsis is zowel in Zutphen als in Apeldoorn in ontwikkeling.
- voorkomen van medicatiegerelateerde fouten: op beide locaties is dit uitgewerkt en wordt het verifiëren van opname- en ontslagmedicatie door de apothekersassistent uitgerold;
- kwetsbare ouderen: op beide locaties heeft scholing plaatsgevonden t.a.v. de onderdelen delier en ondervoeding uit dit thema. Tevens zijn de protocollen en informatiefolders voor

patiënten aangepast. Voor 2011 staat de scholing en uitwerking van valpreventie en fysieke beperkingen gepland.

- voorkomen van nierinsufficiëntie bij intravasculair gebruik van jodiumhoudende contrastmiddelen: in 2010 zijn de interventies ingevoerd in Apeldoorn en is de registratie gestart. In 2011 is hiermee een start gemaakt in Zutphen en zal dit jaar worden afgerond.

In 2010 is gestart met de volgende thema's:

- voorkomen van onnodige pijn;
- klaarmaken en toedienen van high risk medicatie;
- voorkomen van verwisseling van en bij patiënten.

In 2011 zal gestart worden met het thema optimale zorg bij acute coronair syndromen.

### **Prospectieve risicoanalyses (PRI)**

In 2010 hebben vier prospectieve risico-inventarisaties plaatsgevonden op de volgende processen:

- Eerste Hart Hulp (EHH);
- MDL oncologie Zutphen;
- beademingsproces;
- nachtdialyse.

In 2010 is de werkwijze en procedure rond het uitvoeren van een PRI vastgesteld, tevens zijn hierin de verantwoordelijkheden benoemd.

### **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. Iedere medewerker kan via het digitale meldingssysteem een melding over een incident of bijna-incident doen. De meldingen worden geanalyseerd en afgehandeld door decentrale VIM-commissies, die tevens verbeteracties initiëren.

Eind 2010 waren er in totaal 102 decentrale VIM-commissies:

- 36 op verpleegafdelingen;
- 39 op poliklinieken;
- 23 op medisch ondersteunende diensten;
- 4 op ondersteunende diensten.

In de tweede helft van 2010 is het meldingssysteem aangepast waardoor er naast VIM-meldingen ook meldingen over onveilige situaties (voor de patiënt) en verbetervoorstellen betreffende patiëntveiligheid kunnen worden ingediend.

In 2010 is ook gestart met het classificeren van (bijna)incidenten volgens de PRISMA-methodiek (**P**revention and **R**ecovery **I**nformation **S**ystem for **M**onitoring and **A**nalyses). Bij deze uit de chemische industrie afkomstige methodiek wordt gekeken welke basisoorzaken ten grondslag liggen aan de (bijna)incidenten. Deze basisoorzaken worden vervolgens voorzien van een classificatiecode. Door analyses uit te voeren op deze classificatiecodes



kunnen onderliggende vraagstukken binnen de organisatie worden achterhaald. Het oplossen van deze vraagstukken levert structurele verbetering op waardoor het aantal incidenten zal afnemen. In 2011 zal gestart worden met deze analyses per afdeling en per locatie.

In 2010 zijn in totaal 2413 digitale meldingen gedaan. Dit is 7% meer dan in 2009 (2249 meldingen). De meldingen zijn als volgt verdeeld over de locaties:

- Gelre Apeldoorn: 1673
- Gelre Zutphen: 740

Type melding	Aantal	%
VIM-melding	2196	91
Melding onveilige situatie (patiëntveiligheid)	146	6
Verbetervoorstel (patiëntveiligheid)	71	3

De VIM-meldingen zijn als volgt verdeeld over de verschillende categorieën incidenten:

Categorie	Aantal	%
Valincidenten	271	12
Medicatie/Infusie	822	37
Bloedproducten	41	2
Behandeling/verrichting/verzorging	1035	47
Bejegening	27	1

De meldingen in de categorie behandeling / verrichting / verzorging zijn divers van aard. Het gaat hierbij om het gebruik van (medische) apparatuur en hulpmiddelen, aanvraagprocedures voor onderzoek en behandeling, de dossievoering en communicatie tussen alle hulpverleners. Naast (de)centraal uitgevoerde verbeteracties wordt de geanonimiseerde informatie gebruikt bij het uitvoeren van risicoanalyses.

Op basis van de VIM meldingen zijn vele verbeteracties geformuleerd en in 2010 geëffectueerd. Een aantal van deze verbeteracties is onderstaand weergegeven:

- Inwerkprogramma's voor verpleegkundigen, stagiaires en arts-assistenten zijn geactualiseerd. Patiëntveiligheid en het melden van VIM meldingen zijn hierin belangrijke onderdelen geworden.
- Veiligheidsrondes zijn ingevoerd, waarbij leidinggevenden en zorgcoördinatoren op elkaars afdeling regulier, aan de hand van een vastgestelde checklist, risicovolle onderdelen in de zorg meten.
- Een nieuwe verpleegkundige anamnese met een bijbehorende risicoscorelijst is Gelrebreed geïmplementeerd.
- Vrijheidsbepalende middelen zijn Gelrebreed aangeschaft en worden maandelijks door de leidinggevenden op de afdelingen gecontroleerd op compleetheid.
- Het geactualiseerde protocol Delier is geïmplementeerd bij artsen, verpleegkundigen en stagiaires. Er hebben voor alle doelgroepen bijscholingsmomenten plaatsgevonden.
- Aanpassing van het protocol VTGM, waarbij voor alle IV medicatie een dubbelcheck plaatsvindt.
- Verpleegkundigen en stagiaires zijn geschoold in het toepassen van vrijheidsbepalende maatregelen.

- Detectiematerialen (sensoren/belmatjes) worden op risicovolle verpleegafdelingen bij patiënten met een verhoogd valrisico ingezet.
- De openingstijden van de Gelre apotheek buiten kantooruren is uitgebreid, waardoor de serviceverlening aan afdelingen en de medicatieveiligheid verbeterd is.
- Leerlingen / stagiaires volgen een verplichte de opleidingsmodule “toedienen van orale medicatie” en “klaarmaken en toedienen van intraveneuze medicatie”. Deze dient met een voldoende afgerond te zijn voordat de leerling / stagiaire medicatie toe mag dienen.
- Tijdens de medicatiedeelronde draagt de verpleegkundige een “medicatiehesje”
- Een kaart met een gebruikersinstructie aan de pomp van het antidecubitusbed.
- In het ziekenhuisinformatiesysteem (SAP) is een extra controlemoment voor ontslag en overlijden aangebracht.
- Opname en behandeldiagnoses zijn in het ziekenhuisinformatiesysteem (SAP) verbeterd.

### **Calamiteiten**

Calamiteiten worden in opdracht van de Raad van Bestuur onderzocht en gerapporteerd aan de IGZ. Tevens wordt intern onderzoek verricht naar ernstige incidenten, met als doel het leren en het doorvoeren van verbetermaatregelen.

In 2010 zijn er hebben 22 calamiteitonderzoeken en 11 interne onderzoeken plaatsgevonden. De onderzoekscommissie rapporteert de bevindingen, conclusies en aanbevelingen. Onderstaand worden de aanbevelingen, ondernomen acties en resultaten op hoofdlijnen weergegeven

#### *Aanbevelingen*

De aanbevelingen betreffen met name de volgende onderwerpen:

- Het verbeteren van de communicatie tussen zorgverleners en patiënt en tussen zorgverleners onderling;
- Het verder verbeteren van het inwerkprogramma voor arts-assistenten en verpleegkundigen;
- Het verbeteren van de supervisie van arts-assistenten;
- Het ontwikkelen en actualiseren van protocollen en procedures.

#### *Ondernomen acties en resultaten*

- Invoeren van het Medisch Teamwork, met als doel het optimaliseren van de samenwerking en communicatie tussen zorgverleners. Een delegatie van Gelre ziekenhuizen is getraind in Medisch Teamwork. Op basis van 3 pilots wordt Medisch teamwork geïntroduceerd in Gelre ziekenhuizen.
- Uitrollen van het Early Warning System (EWS) in de hele organisatie. Door het EWS informeert de verpleegkundige de arts(-assistent) aan de hand van meetwaarden over de verslechterde toestand, zodat tijdig actie ondernomen met als doel de verslechtering te voorkomen.
- “Gelre’s Veilige Vijf”. De gedragscode voor de medewerkers van Gelre ziekenhuizen. De medewerkers hebben in de week van de patiëntveiligheid een kaart ontvangen met daarop de gedragscode.
- Dossiervoering locatie Apeldoorn: het creëren van eenheid in rapporteren en het uitwerken van de artsensite, met vaststelling van taken en verantwoordelijkheden.

- Actualiseren van afspraken zoals rol hoofdbehandelaar en medebehandelaar vastgelegd in document medische staf.
- Ontwikkelen, actualiseren en implementeren van protocollen zoals het delierprotocol en het protocol niet natuurlijke dood.
- Scholing met behulp van e-learning, introductie en instructiebijeenkomsten.
- Het introductieprogramma voor arts-assistenten aanvullen met informatie over patientveiligheid en zorgkwaliteit, ter bevordering van de veiligheidscultuur.

#### 4.4.2 Klachtbehandeling

In 2010 zijn Gelre breed 835 klachten behandeld. Ten opzichte van 2009 is dat een stijging van bijna 20 procent. Opvallend is de sterke fluctuatie in het aantal klachten gedurende de laatste vier jaar:

2007: 607 klachten

2008: 517 klachten

2009: 702 klachten

2010: 835 klachten

In 2009 is begonnen met een gescheiden klachtenrapportage van de twee ziekenhuislocaties. Door deze vorm van rapporteren is beter te zien op welke locatie de klacht zich voordoet. In 2010 is een opvallende toename in het aantal klachten over de locatie Zutphen zichtbaar. Deze klachten hangen voor een groot deel samen met de ingebruikneming van de nieuwbouw en gaan over facilitaire voorzieningen zoals het parkeren en de toegankelijkheid van het gebouw.

Binnen de beroepsgroepen waarover geklaagd werd vonden ten opzichte van 2009 geen grote verschuivingen plaats, dit met inachtneming van de klachten die betrekking hadden op de nieuwbouw Zutphen.

Net als in voorgaande jaren werd in 2010 het meest geklaagd over organisatorische zaken, zoals het niet nakomen van afspraken, te lange wachttijden en de coördinatie van zorg. Dit betrof 30 procent van de klachten. Het aantal klachten waarbij relationele zaken het meest werden genoemd is gedaald naar 18 procent. Hierbij werden bejegening en tact het meest genoemd.

De klachtenfunctionarissen hebben op een aantal afdelingen scholingen/presentaties 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 2010 adviezen verstrekt aan diverse medewerkers, afdelingen en medisch specialisten. De adviezen hadden onder meer betrekking op volgende onderwerpen:

- op enkele afdelingen is nadrukkelijk het advies gegeven de klacht in het werkoverleg te bespreken en voor een terugrapportage naar klager te zorgen;
- als er iets mis is gegaan duidelijk excuus maken en intentie van de opmerking uitleggen;
- niet andere onderdelen of personen aanwijzen als veroorzaker van de klacht;
- 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 termijn waarbinnen klachten werden afgehandeld vertoonde een grote spreidingsmaat. De intern geldende norm dat een klacht binnen vier weken afgehandeld dient te zijn werd in 80 procent van de klachten gehaald, net als in 2009.

### **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 wordt vastgelegd 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 gelijkloend kunnen zijn, met name waar in voorliggend geval klagster 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 13 voor de samenstelling van de Klachtencommissies

## 4.5 Kwaliteit ten aanzien van medewerkers

### 4.5.1 Personeelsbeleid

#### Arbeidsvoorwaarden

##### *Loonontwikkeling 2010*

In het kader van de CAO-ziekenhuizen werd besloten de lonen met ingang van 1 juli 2010 te verhogen met 1,0 %. De eindejaarsuitkering werd verhoogd van 6% naar 6,73%.

#### Arbeidsmarkt

De ontwikkelingen op langere termijn zijn zorgwekkend te noemen. Om meer zicht en zekerheid te creëren op de regionale markt is in 2010 een convenant afgesloten tussen een aantal ziekenhuizen. Het betreft afspraken met betrekking tot de aantallen op te leiden Operatie-assistenten, Anesthesie-assistenten, IC- verpleegkundigen en SEH-verpleegkundigen. De volgende kritieke punten spelen een rol in de (dreigende) tekorten aan deze professionals:

- Pieken en dalen in de opleidingscapaciteit in de regio;
- Geen regionale afspraken met betrekking tot de opleidingscapaciteit. Er zijn verschillen in de benadering van de capaciteitsvaststelling voor opleidingsplaatsen. De deelnemende ziekenhuizen stellen dit afzonderlijk vast, zonder dat er een norm of afspraken met betrekking tot de capaciteit aan ten grondslag liggen.

De deelnemende ziekenhuizen zijn: Saxenburgh groep (Coevorden/Hardenberg), Noorderboog (Meppel), St. Jansdal (Harderwijk), Isala klinieken (Zwolle), Deventer ziekenhuis en Gelre ziekenhuizen (Apeldoorn/Zutphen). In 2010 werd ook een aanzet gegeven om meerdere verpleegkundige functies in het convenant op te nemen.

De werving van nieuwe medewerkers zal de komende jaren veel aandacht vragen. In dat kader is vorm gegeven aan een recruitmentfunctie en werd de wervingsinspanning omgebogen naar vooral het werven met behulp van het internet.

#### In en uit dienst

##### *Arbeidsmarkt en vacatures*

In het jaar 2010 werden 158 ( in 2009: 190) vacatures gemeld. Vrijwel alle vacatures werden vervuld. Moeilijk vervulbare vacatures bleken te zijn: arts-assistent Cardiologie, Operatie-assistent en Anesthesie-assistent, KNF-vaatlaborant.

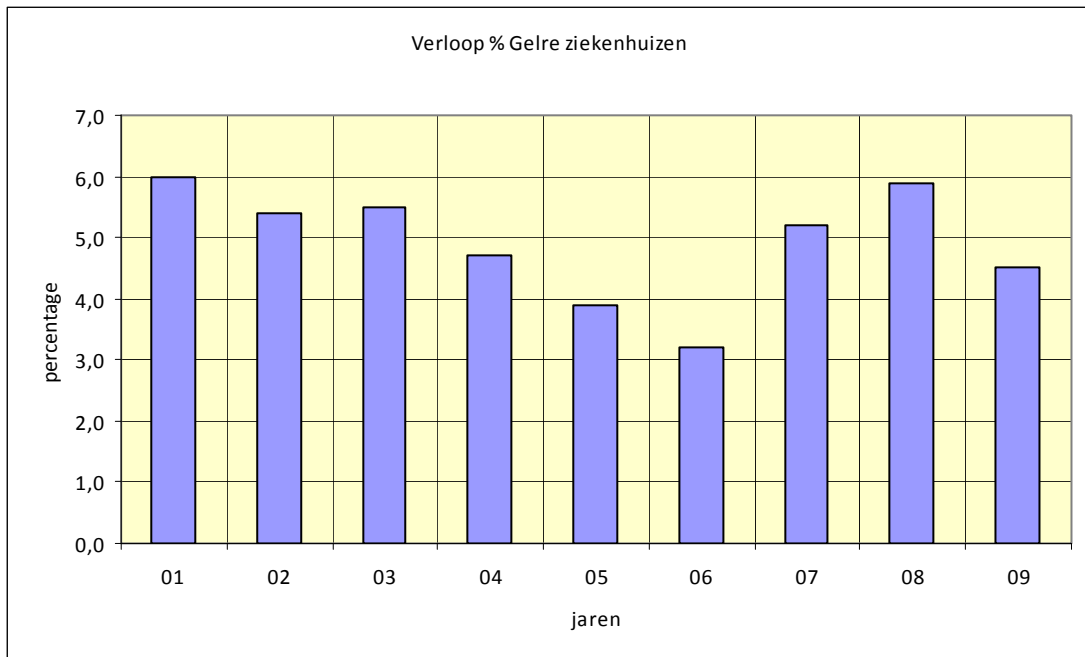
#### Instroom

In 2010 traden 121 medewerkers (67,87 fte) in dienst met een overeenkomst voor onbepaalde tijd en 567 medewerkers (287,8 fte) met een arbeidsovereenkomst voor bepaalde tijd, waarvan 287 medewerkers met een 0-uren overeenkomst. Exclusief vakantiemedewerkers en stagiaires.

##### *Verloop*

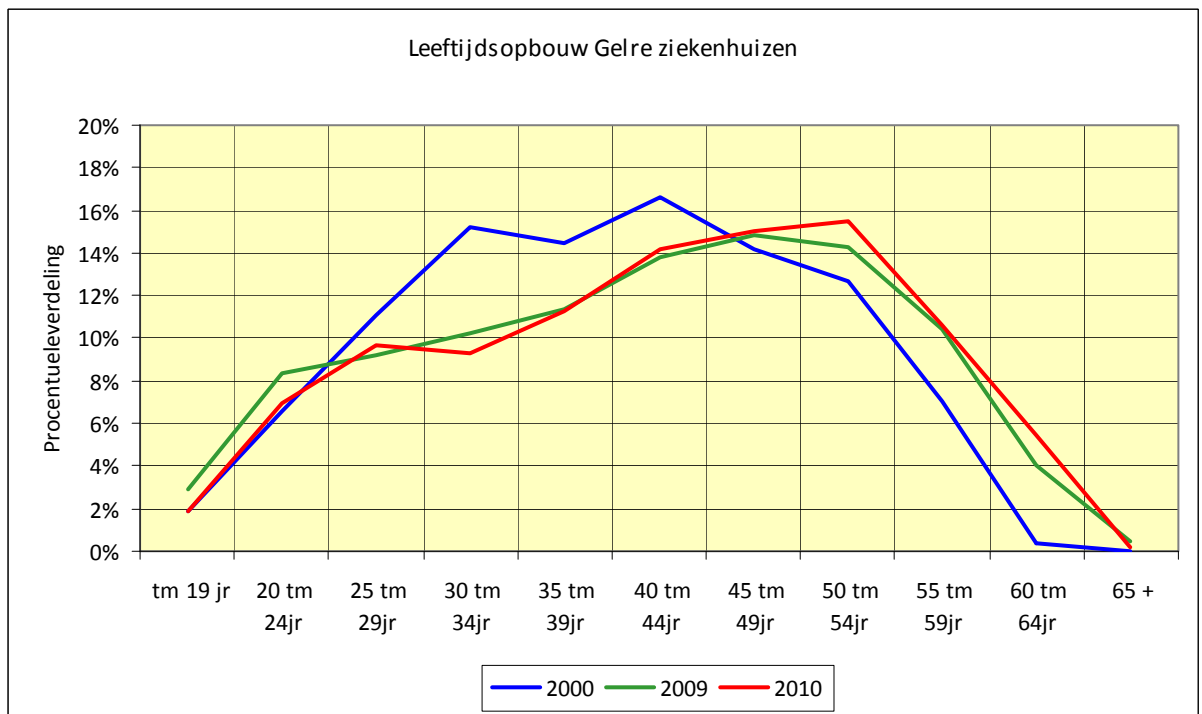
Uit de verloopcijfers wordt duidelijk dat de uitstroom ten opzichte van voorgaande jaren is toegenomen. In 2010 zien we ten opzichte van 2009 een verdere daling optreden naar 3,8% ten opzichte van 4,5% in 2009. We nemen aan dat deze daling sterk samenhangt met de financiële crisis respectievelijk economische recessie.

Het betreft het verloop van de arbeidsovereenkomst voor onbepaalde tijd.  
 Het verloop onder verpleegkundige functies is gelijk gebleven ten opzichte van 2008 en 2009 en bedraagt 5%.



In 2010 traden 139 medewerkers ( 88,76 fte) uit dienst met een overeenkomst voor onbepaalde tijd en 161 medewerkers (130,9 fte) met een arbeidsovereenkomst voor bepaalde tijd.

### Leeftijdsopbouw



	1995	2000	2010
Gemiddelde leeftijd	36,0	39,5	43,3

De grafiek laat zien dat de gemiddelde leeftijd de afgelopen 15 jaar maar liefst met 6,3 jaar is toegenomen. Ten opzichte van 2009 is de gemiddelde leeftijd gestegen van 41,3 jaar tot 42,3 jaar.

#### NIAZ-accreditatie

Hoewel de accreditatie positief werd afgesloten, werd er toch een beperkt aantal verbeterpunten aangewezen die liggen binnen het HRM-beleid. Deze verbeterpunten hebben betrekking op:

- zorgdragen voor borging en eenduidige uitvoering van het beleid t.a.v. jaargesprekken;
- periodiek evalueren en aanpassen van functiebeschrijvingen;
- Zorgdragen voor borging en eenduidige uitvoering van beleid t.a.v. (bij)scholing van medewerkers;
- Zorgdragen voor borging en eenduidige uitvoering van beleid t.a.v. voorbehouden handelingen.

De verbeterplannen die naar aanleiding hiervan zijn opgesteld zijn inmiddels goedgekeurd en zullen in 2011 worden uitgevoerd.

### 4.5.2. Kwaliteit van het werk

#### Arbeidsomstandigheden

##### *Verzuim- en re-integratie*

Jaar bron Vernet	2008	2009	2010
Verzuim meldingen	4.823	4665	4394
Verzuimfrequentie	1,53	1,47	1,35
Verzuimdagen totaal	46.687	46.345	45.713
Verzuimduur in dagen	14,6	16,3	17,4
Verzuim % 1 <sup>e</sup> jaar	4,63%	4,63%	4,46%
1 t/m 7 dg	1,12%	1,06%	0,93%
8 t/m 14 dg	0,42%	0,36%	0,3%
15 t/m 42 dg	0,44%	0,44%	0,35%
43 t/m 365 dg	2,64%	2,77%	2,88%
Verzuim % 2 <sup>e</sup> jaar	0,98%	0,91%	0,83%
Verzuim 1 <sup>e</sup> en 2 <sup>e</sup> jaar totaal		5,55%	5,29%

Het verzuim in het eerste ziektejaar is in 2010 gedaald ten opzichte van het verzuim in 2009. Er is echter wel een verschuiving zichtbaar naar langer verzuim. Met name het verzuim tussen 6 weken en 1 jaar stijgt. Het verzuim in het 2<sup>e</sup> jaar is licht gedaald. Het loonverlies in het 2<sup>e</sup> jaar werkt kennelijk toch als prikkel voor medewerkers om weer aan het werk te gaan. In de kaderbrief is opgenomen dat we streven naar 4,5%.

Gelre ziekenhuizen is opgedeeld in SSC's: 2 RVE's Apeldoorn en Zutphen, een SSC Algemeen Ondersteunende Diensten en een SSC Medisch Ondersteunende Diensten.

Verzuim	Holding	RVE A'doorn	RVE Zutphen	SSC AOD	SSC MOD
<b>2009</b>	2,46%	5,5%	5,6%	5,5%	4,7%
<b>2010</b>	5,46%	4,96%	5,49%	5,26%	5,72%

De stijging van het verzuim binnen de holding heeft te maken met het feit dat de PAAZ vanaf januari 2010 onder de Holding valt.

In 2010 stroomden 2 medewerkers door naar de WGA (80-100%), bij een van hen betrof het een ophoging. Daarnaast kwam 2 medewerkers in aanmerking voor WGA 35-80% en kregen 4 medewerkers na twee jaar ziekte bij de WIA keuring een percentage van < 35% arbeidsongeschiktheid toegekend. Zij komen dus niet in aanmerking voor een uitkering. Twee medewerkers kregen een IVA toegekend, zij zijn volledig en duurzaam arbeidsongeschikt bevonden. Van twee medewerkers is de keuringsuitslag nog niet bekend.

De kosten van verzuim uitgedrukt in directe salariskosten bedragen € 5.098.296,-. Dat is € 255.00,- lager dan de directe salariskosten betaald aan verzuimende medewerkers in 2008. De kosten van vervanging zijn daarin niet opgenomen. Gedurende het jaar werd € 142.906,- uitgegeven aan kosten die samenhangen met interventies en behandelingen. Dat is € 35.000,- meer dan in 2009. Afgezet tegen de besparing van een lager verzuim loont dit altijd de moeite. Daartegenover werden ook inkomsten verworven uit diverse regelingen, zoals Amber en No-risk gelden. In totaal werd bijna € 200.000,- toegekend. Dat is een vermindering van € 34.000,-. Deze vermindering wordt deels veroorzaakt door het uit dienst gaan van een aantal medewerkers met de No-risk polis. De algehele daling van het verzuim zal ook zijn weerslag hebben op uitbetaalde No-risk gelden. De premiekorting wordt bij de belastingaangifte door de PSA verrekend. De hoogte van de premiekorting is bij Arbo-Milieudienst niet bekend.

### **Beleidsontwikkelingen**

De beleidsontwikkelingen hebben voor een groot deel in het teken gestaan van de vorming van een shared service center (SSC). De klant en de kwaliteit van de dienstverlening staan daarbij centraal. Bestaande richtlijnen en procedures worden vanuit dat perspectief getoetst en daar waar nodig bijgesteld. De belangrijkste arbeidsrisico's, beschreven in de arbocatalogus, zijn vertaald naar interne richtlijnen en procedures. In 2011 wordt dit afgerond en wordt een vernieuwd 'arbo-handboek' gerealiseerd.

### **Risicoinventarisatie en evaluatie (RIE)**

De uitgevoerde RIE's zijn besproken met de Ondernemingsraad en hebben geleid tot aanpassingen en verbeteringen van de arbeidsomstandigheden. Dikwijls betrof het aspecten van werkveiligheid en de bekendheid met de geldende voorschriften.

### **Incidenten**

In 2010 hebben zich geen ernstige ongevallen (ongeval gevolgd door ziekenhuisopname van minimaal 24 uur) voorgedaan. Het aantal gemelde arbeidsongevallen / onveilige situaties is toegenomen ten opzichte van 2009. Dit wordt voornamelijk verklaard door het systematisch melden van onveilige situaties door de afdeling CSA. In alle gevallen is de melding afgehandeld door de arbo-adviseur. Deze heeft het voorval met de betrokkenen besproken en afspraken gemaakt over eventueel te nemen maatregelen ter voorkoming van verdere ongevallen.

De prikaccidentenregistratie wordt uitgevoerd door de ziekenhuishygiënist. Onderzocht wordt of de prikaccidentenregistratie overgenomen zal worden door de Arbo-Milieudienst. Het analyseren van de prikaccidenten zal daarbij extra aandacht krijgen.



### **Duurzame inzetbaarheid**

In 2010 werden voorbereidingen getroffen voor een pilot 'Duurzame inzetbaarheid' in samenwerking met het IZZ en Falke & Verbaan. De pilot is een mix van de inzet van de werkvermogensmonitor, interventies en verzuimanalyse. Een beperkt aantal afdelingen in de zorg zal deelnemen. De eerste resultaten worden in 2011 verwacht.

### **Medewerkers tevredenheid**

Nadat in 2009 het onderzoek werd afgerond zijn er vervolgacties uitgewerkt voor vele afdelingen. Binnen de zorgeenheden werd met name voor Apeldoorn een stijging opgemerkt in de beleefde werkdruk. Mede op basis hiervan werd besloten tot de vorming van een beperkte flexpool die specifiek werd benut voor perioden van langere uitval van verpleegkundigen. Op veel afdelingen hebben de gegevens geleid tot een dialoog tussen medewerkers en leidinggevenden en werd een veelheid aan verbeterpunten uitgewerkt. Een vervolgonderzoek moet feitelijk nog uitwijzen in welke mate deze verbeteracties een positief effect zullen hebben op de beleefde tevredenheid.

## **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.

### **Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ)**

Gelre ziekenhuizen neemt deel aan het Regionaal Overleg Acute Zorg voortvloeiend uit de acute zorgparagraaf van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi). In dit bestuurlijke overleg wordt er naar gestreefd om de kwaliteit van de acute zorg te verbeteren aan de hand van concrete initiatieven. Het doel daarvan is dat een patiënt met een acute zorgvraag zo snel mogelijk op de juiste plaats voor diagnostiek en behandeling komt.

In 2010 zijn drie bijeenkomsten georganiseerd. Hieronder de belangrijkste activiteiten die hebben plaatsgevonden:

#### *Analyse zorgprocessen bij vijf ziektebeelden*

Na toetsing van de verbeterpunten door de focusgroepen, is in oktober 2010 de definitieve rapportage gepubliceerd. De genoemde verbeterpunten zijn vervolgens omgezet in acties. Een belangrijk verbeterpunt is het verkrijgen van meer inzicht in de zorgprocessen. Om dit te

realiseren heeft het ROAZ gekozen voor het houden van een onderzoek in de vorm van een 'meetperiode'. Tijdens zo'n meetperiode worden alle onderdelen van het acute zorgproces geregistreerd, waardoor eventuele hiaten in kaart worden gebracht. Voor de uitvoering is de samenwerking gezocht met de Universiteit Twente en het onderzoek zal in 2011 van start gaan.

#### *Kwaliteitsindeling SEH*

In december 2009 kwam de rapportage 'Spoedeisende hulp: Vanuit een stevige basis' uit van de werkgroep Kwaliteitsindeling SEH. Hierin zijn veldnormen geformuleerd die de kwaliteit van zorg op de SEH verbeteren en waarborgen. Deze veldnormen bestaan uit basiseisen voor de SEH en eisen ten aanzien van een zestal specifieke profielen. Het Ministerie van VWS heeft deze veldnormen overgenomen en de IGZ heeft er vervolgens een handhavingsbeleid aan gekoppeld.

Op verzoek van de Minister en onder regie van de Landelijke Vereniging voor Traumacentra (LvTC), heeft het ROAZ geïnventariseerd hoe de ziekenhuizen in zijn regio staan ten opzichte van deze veldnormen. Op deze wijze kon het ROAZ zien of de toegang tot een basis SEH in de regio adequaat geregeld is, maar ook hoe de spreiding is van de specifieke profielen. Een klein comité van ROAZ deelnemers heeft de inventarisatie vervolgens beoordeeld. Conclusie was dat er geen grote lacunes waren, maar dat er wel achterstand was bij het voldoen aan de basiseisen die deel uitmaken van het handhavingsbeleid van de IGZ. Om deze achterstand weg te werken, is een scholingsprogramma ontwikkeld en regionaal aangeboden voor SEH-verpleegkundigen en arts-assistenten werkzaam op de SEH.

#### *Regionaal Steunpunt OTO*

Het Regionaal Steunpunt OTO is in 2010 verder ontwikkeld tot een orgaan dat namens het ROAZ de activiteiten op het gebied van voorbereiding op rampen en crisis coördineert. Dit houdt onder andere in dat er in iedere ROAZ vergadering gerapporteerd wordt over de voortgang, dat de ROAZ-regio vertegenwoordigd wordt op de bijeenkomsten van de landelijke ondersteuningsconstructie en dat men zorg draagt voor de planvorming en verantwoording. Stond 2009 nog in het teken van planvorming, in 2010 lag de nadruk vooral op de inhoud.

#### *Uitbreiding deelnemers*

Als gevolg van de promotieronde in 2009 en het besef dat het noodzakelijk is dat ketenpartners goed vertegenwoordigd zijn, is het aantal deelnemers aan het ROAZ toegenomen. Medio 2010 kwam er een betere vertegenwoordiging door de huisartsen en zijn ook een zorgverzekeraar en een patiëntenfederatie vertegenwoordigd in het overleg.

#### **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. Hiermee is de capaciteit voor patiënten en bezoekers voldoende. Recente slagboomtellingen en frequente observatie bevestigen dit. Aan te nemen is dan ook dat bezoekers en poliklinische patiënten niet stelselmatig meer in de omliggende woonwijken parkeren.

De parkeerdruk door medewerkers blijft echter bestaan. Hiervoor worden extra (fiets)stimulerende maatregelen genomen en zijn maatregelen tot beperking van het autogebruik in voorbereiding.

Daarnaast is er overleg met omliggende bedrijven en de gemeente Apeldoorn over optimalisering van het openbaar vervoer.

### **Milieubeleid**

Bij controle door de gemeente Apeldoorn is gebleken dat Gelre ziekenhuizen Apeldoorn op hoofdlijnen voldoet aan de gestelde eisen. Ook is in overleg met de gemeente Apeldoorn besloten dat er in 2011 een energiebeheersplan wordt opgesteld.

In 2010 is de nieuwbouw Gelre ziekenhuizen Zutphen in gebruik genomen. Hierin zijn de modernste technieken voor energiebesparing verwerkt. De inrichting van de milieustraat in Zutphen blijkt nog enkele kinderziekten te hebben. Er wordt gewerkt aan verbeteringen. Er is een verkennend onderzoek verricht om een milieukeurmerk te behalen. Dit krijgt in 2011 een vervolg.

Adverse Drug Reaction (ADR): In de nieuwbouw van Gelre ziekenhuizen Zutphen zijn geen voorraden grondstoffen voor geneesmiddelen aanwezig. De bereiding vindt plaats in Gelre ziekenhuizen Apeldoorn. Er zijn geschikte transportmiddelen aangeschaft voor het vervoer van geneesmiddelen (o.a. cytostatica) tussen de locaties.

De inventarisatie van gevaarlijke stoffen is afgerond. De databank moet nog worden aangevuld. Waar nodig worden werkplekinstructiekaarten verstrekt om veilig te kunnen werken.

### **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 2010 was 3% hoger dan in 2009 (tussen haakjes staat de groei van 2008 naar 2009):

- De poliklinische productie is 0,3% lager (2,3% hoger)
- Het aantal opnamen is 6,4% (15,1%) hoger
- Het aantal dagopnamen is 0,3% (4,5%) hoger

	Werkelijk 2010	Werkelijk 2009
Gewogen EPB's (excl. PAAZ)	170.376	170.808
Gewogen opnamen (excl. PAAZ)	43.710	41.093
Dagopnamen (excl. PAAZ)	32.402	32.308

De gemiddelde verpleegduur is weer verder gedaald van 4,8 naar 4,7 verpleegdag.

De herhalingsfactor voor het aantal polikliniekbezoeken is al vier jaar nagenoeg constant.

#### *Ontwikkeling resultaat*

De opbrengst steeg van € 231,8 miljoen naar € 282,7 miljoen. Exclusief de versnelde afschrijving van de immateriële vaste activa steeg de opbrengst naar € 252,9 miljoen. Dit is een stijging van 9%.

Het jaar 2010 werd afgesloten met een positief exploitatieresultaat van € 3,5 miljoen. Dit bestaat uit een genormaliseerd resultaat van €1,6 miljoen en incidentele baten en lasten van per saldo € 1,9 miljoen. De rentabiliteit van het eigen vermogen bedraagt 7%.

#### *Ontwikkeling vermogen*

Het eigen vermogen steeg van € 45,9 naar € 49,5 miljoen. De budgetratio bedraagt 19,6% en het eigen vermogen in het percentage van het balans totaal bedraagt 11,4%.

De verhouding tussen de totale opbrengst en de vaste activa is ook verbeterd van 0,77 naar 0,95.

#### *Ontwikkeling liquiditeit*

De liquiditeit is in 2010 verbeterd. De verhouding tussen vorderingen, inclusief onderhanden werk en liquide middelen enerzijds (€ 131,3 miljoen) en vlottende passiva anderzijds (€ 154 miljoen) is iets verbeterd en bedraagt 0,85 en in vorig jaar 0,63.

Een verhouding van 1 is echter gewenst.

#### *Ontwikkeling financiering*

De vaste activa zijn volledig gefinancierd met lang vreemd en eigen vermogen. De debt service coverage ratio bedraagt 1,44%.

## Bijlage 1: Raad van Toezicht Gelre ziekenhuizen

Per 31 december 2010

Naam	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 RvT Muiderslot Vz st vrienden Leyden Academy Vz RvC 's Heeren Loo Vz KWF Kankerbestrijding Lid visitatiecollege publiek verantwoorden ZBO's Vz Stuurgroep gemeentelijke herindeling ZW Súdwestfryslân	1 juli 2006	1 juli 2014	Nee
mw. M.G. Hijweege lid geb. 02-04-2958 woonplaats: Gorssel	Onder- nemer: Zijwegen BV	Geen overige nevenfuncties	1 juli 2006	1 juli 2014	Nee
drs. R.R.H.M. van der Zijl lid geb. 15-08-1946 woonplaats: Heusden		Lid RvT De Rooi Pannen Vz RvT Nederlandsch Bureau voor Toerisme en Congressen Vz RvT Stichting Recreatie Lid Raad van Commissarissen Madurodam Lid RvC Rabobank De Langstraat Lid RvT Stichting Apenheul	1 juli 2007	1 juli 2011	Ja

<p>prof. dr. D.J. Eppink lid geb. 15-06-1944 woonplaats: Putten</p>		<p>Lid RvT vier stichtingen 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>	1 juli 2007	1 juli 2011	Ja
<p>Drs. J. Visscher lid geb. 05-03-1944 woonplaats: Amsterdam</p>		<p>Bestuurslid SUO Lid RvT Altrecht Lid RvT NIGZ Bestuurslid Combattimento Consort Amsterdam</p>	1 juli 2008	1 juli 2012	Ja
<p>Mw M.C. Meindersma lid geb. 21-01-1943 woonplaats: Zwolle</p>	<p>Eerste Kamer, lid PvdA fractie</p>	<p>Lid RvT St. Reclassering Nederland Vz RvT Woningstichting PWS Vz RvC Moes Holding Vz RvC Woningcorporatie Neijestee Lid RvC Van Nimwegen &amp; Partners Lid RvC Woningstichting Domesta</p>	1 juli 2008	1 juli 2012	Ja
<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>	1 juli 2008	1 juli 2012	ja
<p>Drs. P.C.H.M. Holland Lid Geb. 05-05-1943 Woonplaats: Nijmegen</p>		<p>Bestuurslid INK Voorzitter Raad van Advies CBOG (College voor de Beroepen en Opleiding in de Gezondheidszorg) lid van het bestuur van de Stichting Katholieke Universiteit (Radboud Nijmegen / toezichthouder Universiteit en UMC) vz IKCN dir externe zaken project Zichtbare Zorg</p>	1 januari 2010	1 januari 2014	ja

**Bijlage 2: Presentielijst vergaderingen Raad van Toezicht Gelre ziekenhuizen 2010**

<b>Naam</b>	<b>10 feb</b>	<b>23 apr</b>	<b>26 mei</b>	<b>25 juni extra</b>	<b>29 sept</b>	<b>17 dec</b>
mr. H.J.E. Bruins Slot	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja	Ja
mw. M.G. Hijweege	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
drs. R.R.H.M. van der Zijl	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja
Prof. dr. D.J. Eppink	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
drs. J. Visscher	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
mw. M.C. Meindersma	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
drs. H.J.H.J. van den Hout	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
drs P.C.H.M. Holland	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee

**Bijlage 3: Samenstelling Raad van Bestuur**

Tot 1 december 2010

Naam	Functie	geboortedatum	Nevenfuncties	Werkzaam in de huidige functie sinds
drs. R.V.W.M. Lantain	voorzitter	06-09-1949	Lid Scheidsgerecht Gezondheidszorg	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	Vz St. Ondersteuningsfonds Zorg, Welzijn en Sport	15-09-2009

Vanaf 1 december 2010:

Naam	Functie	geboortedatum	Nevenfuncties	Werkzaam in de huidige functie sinds
drs. R.V.W.M. Lantain	voorzitter	06-09-1949	Lid Scheidsgerecht Gezondheidszorg	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. R. Smits	secretaris	23-05-1954	Vz St. Ondersteuningsfonds Zorg, Welzijn en Sport	15-09-2009



## Bijlage 4: Portefeuilleverdeling Raad van Bestuur Gelre ziekenhuizen

Tot 1 december 2010

R.V.W.M. Lantain (voorzitter RvB)	M.A. Imkamp (lid RvB)	G.J. Heuver (lid RvB)
<b>Aandachtsgebieden</b> <i>NB: Alle onderstaande aandachtsgebieden zijn onderdeel van een <u>gemeenschappelijk RvB-beleid</u>, 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
<b>Direct reports</b>		
Secretaris RvB Stafdirecteur F&C Stafdirecteur M&P	Hfd stafafd P&Z RVE dir Apeldoorn RVE dir Zutphen	Dir SSC AOD Dir SSC MOD
<b>Voorzitter van:</b>		
Platform Integratie 2012 Marketing Overleg Gelre	Cie. Patiëntveiligheid en Zorgkwaliteit	Platform ICT Stuurgroep SAP-4-EPD Stuurgroep Realisatie Nieuwbouw Zutphen
<b>Interne overlegorganen/commissies</b>		
Raad van Toezicht	Raad van Toezicht Cliëntenraad VAR	Raad van Toezicht Ondernemingsraad
<b>Structurele externe overlegsituaties</b>		
Lokaal overleg zorgverzekeraars (vz) NVZ (algemeen) Medirisk Gemeentebesturen A en Z	Overleg derde lijn Inspectie voor de Gezondheidszorg	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.

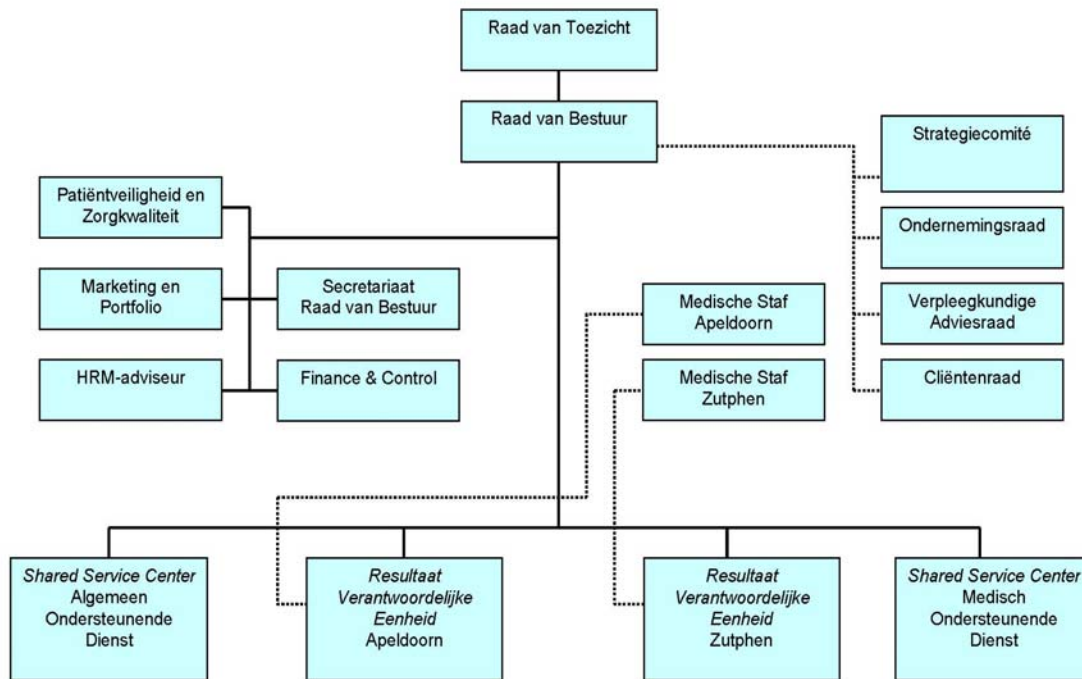
Vanaf 1 december 2010

Goedgekeurd in de vergadering van de Raad van Toezicht d.d. 9 februari 2011

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

**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 Gelre ziekenhuizen



### Bijlage 6: Kaart verzorgingsgebied Gelre ziekenhuizen



## Bijlage 7: Samenstelling Cliëntenraad

Per 31 december 2010:

Naam:	Jaar van aftreden:	Herbenoembaar:
dr. A.P.H. van der Vet (voorzitter)	01-07-2014	nee
A.A.J. Reumer (vice voorzitter)	01-11-2014	nee
mw. mr. E.L.A.M. de Kerf (secretaris/penningmeester)	01-10-2014	nee
H. A. Blankhart (lid)	10-11-2012	ja 1 x 4 jaar
H. C. Fagel (lid)	01-11-2012	nee
mw. A. Frings- van Engelenburg (lid)	01-10-2014	ja 1 x 4 jaar
F.J. La Lau (lid)	01-05-2014	ja 1 x 4 jaar
G.P. Teunis (lid)	01-11-2014	nee
mw. A.H. Vrugink (lid)	10-11-2012	ja, 1 x 4 jaar

## Bijlage 8: Samenstelling Ondernemingsraad

Per 31 december 2010:

Naam:	Afdeling:	Locatie:
Cees Eikelboom	Hoteldienst	Zutphen
Truus van Ginkel	IC/CCU	Zutphen
Henk ter Haar	KCHL	Zutphen
Rian Sterckel	Poli Reumatologie	Apeldoorn
Marianne de Witte	Arbo- en Milieudienst	Zutphen
Joke van de Beld	Afd. Orthopedie/Urologie	Zutphen
Adri van Eijk	Afd. Cardiologie	Apeldoorn
René Heus	Manager Radiologie	Zutphen
Alie Brinkman	Poli Gynaecologie en Verloskunde	Apeldoorn
Kim Buisman	Afdelingshoofd Orthopedie/KNO	Apeldoorn
Wilma Koopman	HRM	Apeldoorn
Coco Samuels	Afd. Oncologie/Longziekten	Zutphen
Frans van Lent	Arbo- en Milieudienst	Apeldoorn
Henk Jan de Looff	Services/Entrepunt	Apeldoorn/Zutphen
Margreet Slotboom	Poli Kaakchirurgie	Apeldoorn
Jannie Striekwold	Voedingsassistente Kind & Jeugd	Apeldoorn
Loes van Tongeren	Matchpoint/Verpleegkundige	Apeldoorn
Bert Wierink	IC/CCU	Zutphen

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

Per 31 december 2010:

Naam:	Functie:
Greet Nieuwland	Voorzitter
Ilona Lina	Secretaris
Mirella Baars-Koenjer	Adviserend lid
<i>Apeldoorn:</i>	
Annemiek Kersten-Hendriksen	Bestuurslid
Jenny Boer	Bestuurslid
Anke Matser	Bestuurslid
Susan Mulderij	Bestuurslid
Gerriët Schoonhoven-Vos	Bestuurslid
Els Hoekman	Stagiair HBO-V
<i>Zutphen:</i>	
Winnie de Lange	Bestuurslid
Sjoukje Maas – Engelen	Bestuurslid
Sander Winkelman	Bestuurslid

### Bijlage 10: Samenstelling Strategiecomité

Per 31 december 2010:

Naam:	Functie:	Locatie:
dr. P.P.G. van Benthem (voorzitter)	KNO-arts	Apeldoorn
P.L. Klemm	Chirurg	Apeldoorn
dr. P.H.G.E. Strens	Orthopedisch chirurg	Zutphen
dr. R.B. van Leeuwen	Neuroloog	Apeldoorn
mw. Y. Vermeeren	Internist-nefroloog	Apeldoorn
E.H.J. Zanders	Gynaecoloog	Zutphen
M. Goosens	Longarts	Zutphen
mw. mr. J.C.M. Elderman	Ambtelijk secretaris	Apeldoorn

### Bijlage 11: Directeuren

Per 31 december 2010:

Naam:	Onderdeel:
drs. W.A.G. van Grimbergen	SSC AOD
dr. J.D.E. van Suijlen	SSC MOD
drs. A.J. Kleinlugtenbeld	Ziekenhuis Apeldoorn
drs. B.M.J.M. Mutsaers	Ziekenhuis Zutphen
drs. T.M.O. Jetten	Financiën & Control
drs. M.F. Beer	Marketing & Portfolio

## Bijlage 12: Opleidingscommissie

Per 31 december 2010:

Naam:	Functie:
dr. J.D.E. van Suijlen	voorzitter opleidingscommissie
<i>Opleiders MSRC-erkende opleidingen:</i>	
drs. B.J. van Praagh	opleider Anesthesie
dr. B.E. Groenemeijer	opleider Cardiologie
dr. W.H Bouma	opleider Heelkunde
dr. P.H. van de Weijer	opleider Gynaecologie en Verloskunde
dr. C.G. Schaar	opleider Interne Geneeskunde
Prof. dr. C.H. Schröder	opleider Kindergeneeskunde
dr. E.F. Weltevreden	opleider Klinische Pathologie
dr. P.P.G. van Benthem	opleider KNO
drs. H. Scheenloop	plaatsvervangend opleider Oogheelkunde
dr. J.W. Gratama	opleider Radiologie
<i>Opleiders overige medische opleidingen:</i>	
drs. G. de Weerd	opleider Apotheek
ir. A. Becht	opleider Klinische Fysica
mw. drs. A.J.M. Huisjes	opleidingscoördinator
dr. P.E. Spronk	vertegenwoordiger van een niet opleidende vakgroep/maatschap
	AIOS vertegenwoordiging uit de verschillende specialismen
drs. G.J. Heuver	Lid RvB
mw. drs. E. Overeem	Beleidsmedewerker van bureau O&O, ambtelijk secretaris

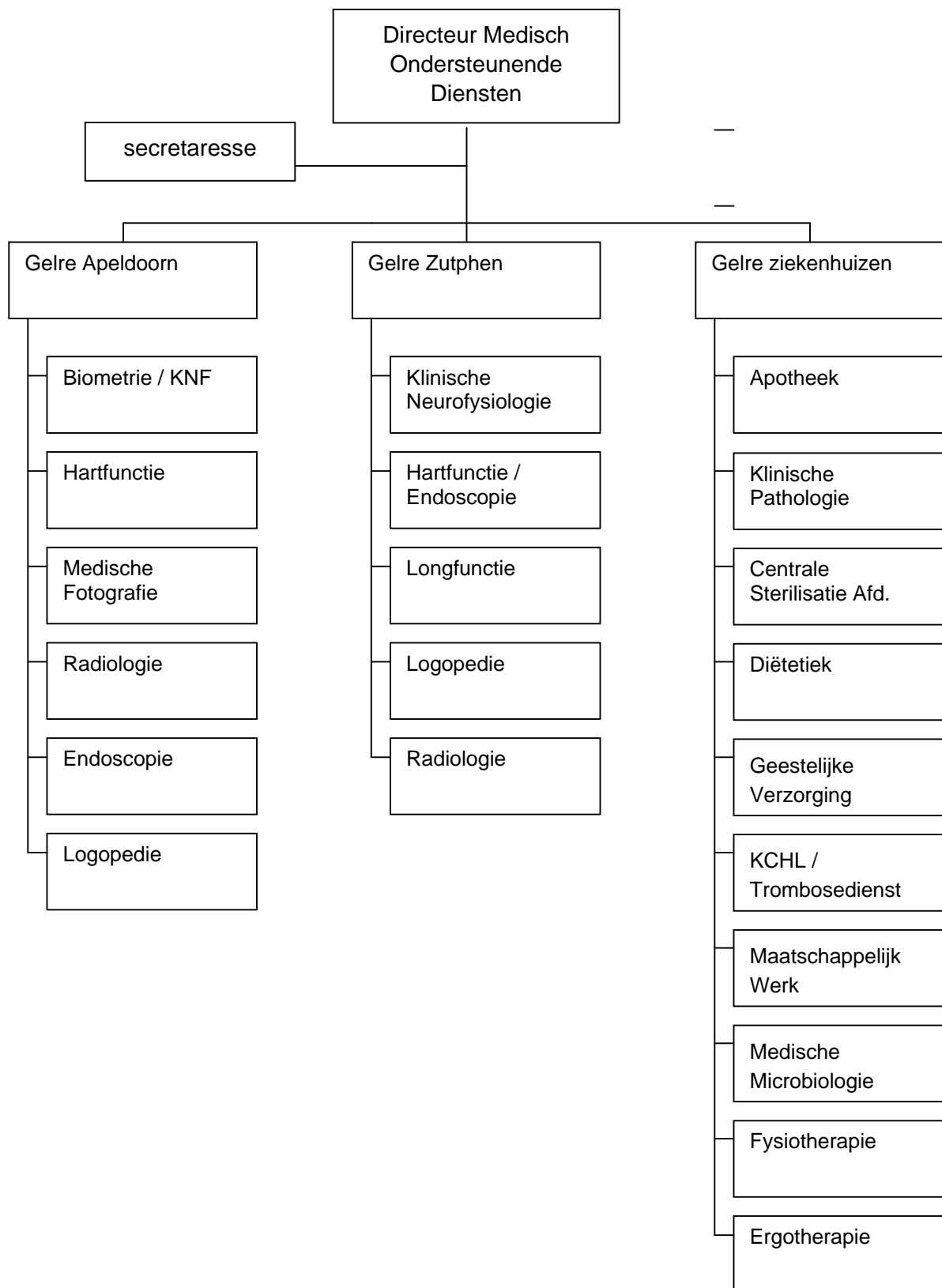
### Bijlage 13: Samenstelling Klachtencommissie

Per 31 december 2010:

Naam:	Functie:
<i>Subcommissie Apeldoorn:</i>	
mw. mr. R.J.T. Leijzer	Voorzitter klachtencommissie Gelre, Voorzitter subcommissie Apeldoorn
mw. J.M. Bakker-Harbach	Lid
G.J. Bakkeren,	BOPZ-lid
mw. A. Munk	Lid
mw. N. Riedé	Lid
mr. J. Riemersma	Lid
mr. R.D.J. Visschers, jurist-lid	Jurist-lid
dr. R.P. Verhoeven	Lid
drs. D.J. Pot	Lid
mw. R. Buitenhek	Ambtelijk secretaris
<i>Subcommissie Zutphen:</i>	
mr. dr. P.F.A. Bierbooms	Vice-voorzitter klachtencommissie Gelre, Voorzitter subcommissie Zutphen
dr. O.A. van Dobbenburgh	Lid
mr. M. Dwarswaard	Jurist-lid
H. Groeneveld	Lid
mw. R. Klein Koerkamp	Lid
dr. R.J.H. Ensink	Lid
mr. J. Riemersma	Lid
mw. N.C. Warmenhoven	Lid
mw. R. Buitenhek	Ambtelijk secretaris

## Bijlage 14: Medisch Ondersteunende Diensten

Per 31 december 2010





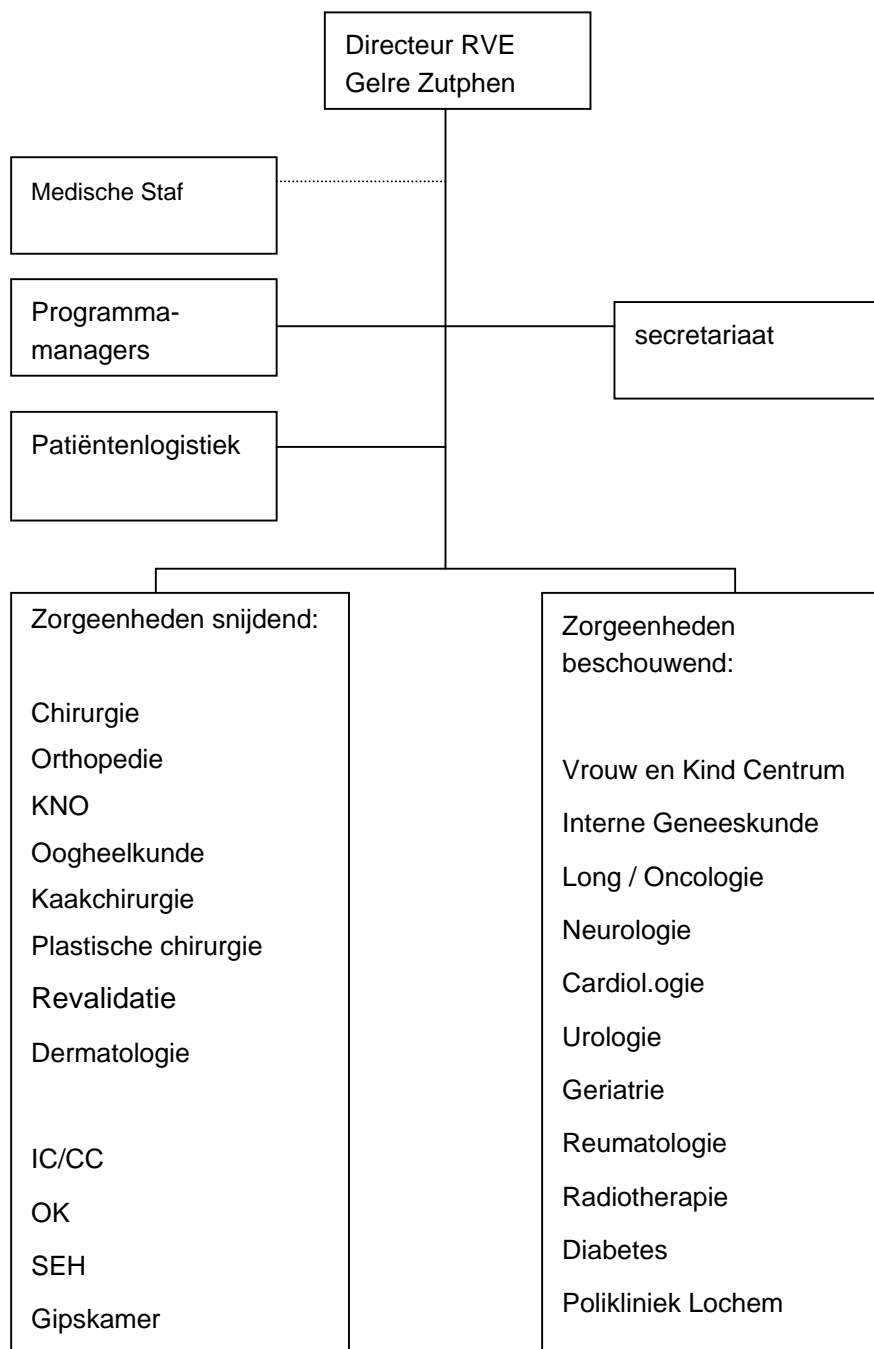
## Bijlage 15: RVE Zutphen

Per 31 december 2010

Rob Mutsaers, ziekenhuisdirecteur

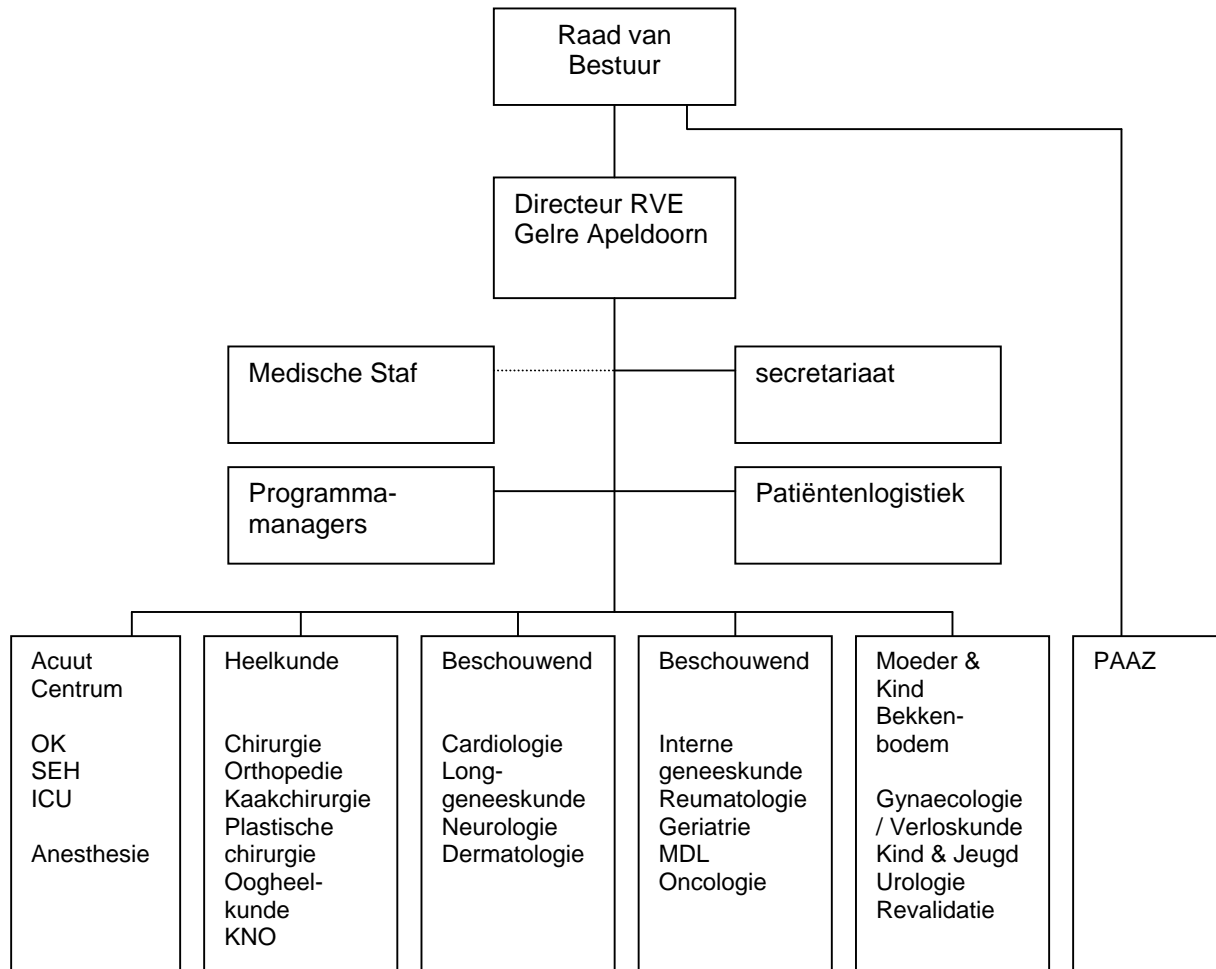
Leden Managementteam:	Functie:
Hendrik Jan Koppelman	Zorgmanager
Bob Schraven	Manager bureau patiëntenlogistiek
Wim Vletter	Zorgmanager
Arie van Dam	Senior organisatieadviseur
Maike Konter	Organisatieadviseur

Organogram RVE Gelre Zutphen

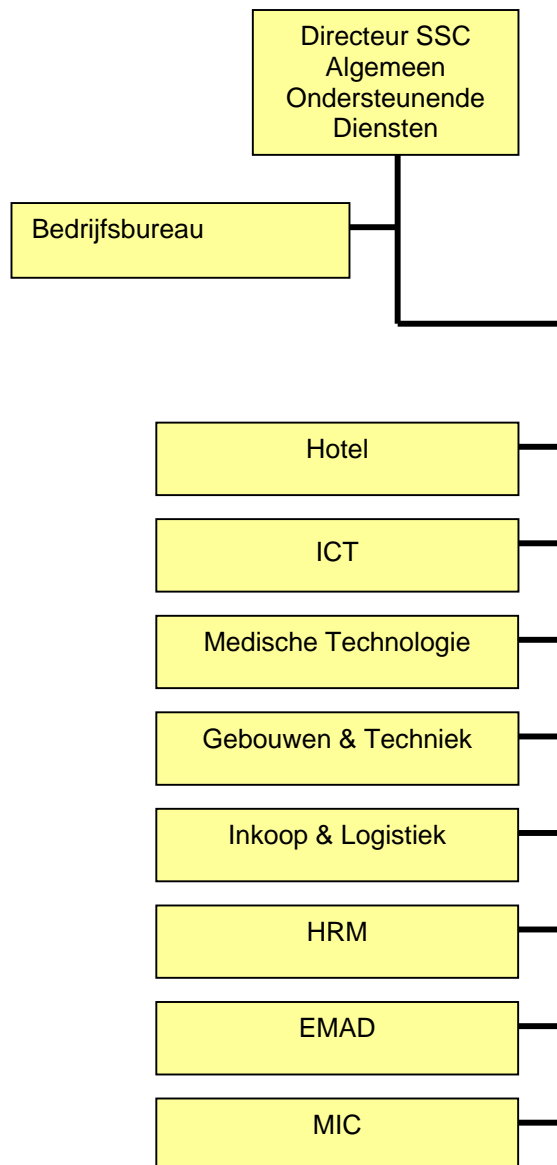


## Bijlage 16: RVE Apeldoorn

Per 31 december 2010



**Bijlage 17: Algemeen Ondersteunende Diensten**  
Per 31 december 2010



## Bijlage 18: Medische staven Apeldoorn en Zutphen

Samenstelling Medisch Stafbestuur Gelre Apeldoorn per 31 december 2010:

Naam	Bestuursfunctie	Specialisme
dr. Th. van Bommel	Voorzitter	Internist
drs. R.H. Jansen	Vice-voorzitter (vanaf 1-7-2010)	Orthopedisch chirurg
dr. H.J. Adriaansen	Lid penningmeester	Arts klinische chemie
dr. Tj.D. Bruintjes	Lid (tot 1-7-2010 vice-voorzitter)	KNO-arts
drs. B. Oedairadjsingh	Lid	Anesthesioloog
dr. A. Jerzewski	Lid	Cardioloog

Samenstelling Medisch Stafbestuur Gelre Zutphen per 31 december 2010:

Naam	Bestuursfunctie	Specialisme
mw. drs. Y. Dabekausen	Voorzitter	Gynaecoloog
drs. E. Lammers	Vice-voorzitter	Longarts
drs. S. Sluyter	Secretaris	KNO-arts
Ir. P. de Munck	Penningmeester tot 1-6-2010	Klinisch Fysicus
drs. P. van 't Hoff	Penningmeester vanaf 1-6-2010	Anesthesioloog

## 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  
M Oedairadjsingh  
E.L.P.M. van der Poel  
B.J. van Praagh  
mw. M.D.F.N. Rademaker  
mw. M.P.M. Roukens  
J. Scholten, per 1 juli 2010

### Artsmicrobiologen Gelre:

G.J. Blaauw  
mw. B. van Hees, per 20 mei 2010  
mw. E.C. Bowles

### Cardiologen Apeldoorn:

Dr. R. 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. P. van Duijvendijk, per 1 juli 2010  
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. M.I. A. Koetsier, per 1 juli 2010  
mw. K. Wehmeijer

### 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

### Internisten Apeldoorn:

dr. J.N.M. Barendregt  
T. van Bommel  
Mw. J. Kuenen  
S. Madretsma  
mw. dr. S.A. Radema  
dr. C.G. Schaar  
mw. dr. J.M. Smit  
dr. R.P. Verhoeven  
mw. Y.M. Vermeeren  
dr. N.P.J. Vogtländer, per 1 maart 2010

Internisten Zutphen:

L. Ausema  
mw. E.M. Derksen  
dr. O.A. van Dobbenburgh  
mw. dr. E.E.M. van Ginneken  
mw. E. Göker, per 1 juni 2010  
mw. S. Nauta  
mw. G.W. Semplonius

Intensivisten Apeldoorn:

Mw. A. Braber  
P.A. Katinakis, per 1 november 2010  
L.F.G. Krist, per 1 december 2010  
dr. J.H. Rommes  
dr. P.E. Spronk  
mw. G. van der Wal, per 1 maart 2010  
J. Streefkerk, tot 1 maart 2010

Kaakchirurgen Apeldoorn:

B.J. Dokter  
P.W. Kraaij  
R. Walhof

Kaakchirurgen Zutphen:

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

Keel-, Neus-, Oorartsen Apeldoorn:

dr. P.P.G. van Benthem  
dr. T.D. 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  
mw. M. van der Heide, per 1 augustus 2010  
L. Lunshof  
mw. B.T. van Maldegem  
mw. dr. A. Oudshoorn  
D.J. Pot  
prof.dr. C.H. Schröder

Kinderartsen Zutphen:

F.P.J. Dikken  
mw. A. Dings  
mw. I. Pernot  
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. A. Becht  
ir. H.A.T. Kooistra, per 1 november 2010  
ir. P.B. de Munck, tot 1 juli 2010

Klinisch gerieters Gelre:

mw. J.H. Kalf  
mw. dr. B.C. Munster, per 1 november 2010  
mw. H.A. Paling  
mw. W. te Water

Klinisch pathologen Gelre:

mw. H. Doornewaard  
mw. dr. C.E. Essed, tot 1 december 2010  
mw. E. Koop  
H.M. Peters  
dr. E.F. Weltevreden

Klinisch psychologen Apeldoorn:

D.A. Dijkman  
J. de Hoop  
mw. E. Schroder- den Heijer van 1 september  
tot 1 november 2010  
C. Wiebrands, tot 1 maart 2010

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

N.B. Pronk

mw. J.J.C.M. Rooijmans-Rietjens

F.M. Wachters per 1 september 2010

Longartsen Zutphen:

M. Goosens

E. Lammers

Neurochirurgen Apeldoorn:

F.C. de Beer (Isala klinieken)

dr. D.J. Zeilstra (Isala klinieken)

Neurologen Apeldoorn:

H.P. Bienfait

mw. E.M. Burgers

B. van Kooten

dr. R.B. van Leeuwen

mw. D. Skallebaek

E. van Wensen

Neurologen Zutphen:

mw. B. Jelles

M. Hoebert

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

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

P.H.J. Bullens per 1 maart 2010

R.H. Jansen

mw. K.E. de Kroon

E.E.J. Raven

K. Schäffer

Orthopedisch chirurgen Zutphen:

H.G.J. van Cappelle

J. Frejlach, tot 1 september 2010

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)

mw. A. van der Laan (GGNet)

P. Naarding (GGNet), tot 1 februari 2010

Radiologen Apeldoorn:

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, tot 1 mei 2010

A.R. van den Biezenbos

mw. S.L.E. Elbers

K. Jafari, vanaf 1 mei 2010

J.H.M.A. Krens, tot 1 mei 2010

P.G. Sijbrandij

Radiotherapeuten Gelre:

mw. J.M. Bekker (RISO)

dr. P. Bouma (RISO)

C. Niël (RISO)

W.J. Schoevers (RISO)

E.J.A. Vonk (RISO)

Reumatologen Apeldoorn:

dr. F. Eggelmeijer

mw. Th. Jagt

mw. C.B.J.M. Koehorst per 1 november 2010

mw. dr. S. Wijngaarden

J.M. van Woerkom

Reumatologen Zutphen:

mw. Th. Jagt

mw. C.B.J.M. Koehorst, per 1 november 2010

J.M. van Woerkom

mw. dr. S. Wijngaarden

Revalidatieartsen Apeldoorn:

mw. K. Dankoor

mw. M. Harmsen

mw. E.A.P. Verhaak-Grootscholten

Revalidatieartsen Zutphen:

mw. M. Harmsen

SEH-arts Zutphen:

M. Majidpour, per 1 mei 2010

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

R.M. Posthuma

J.J.W. Ros

G. de Weerd