



**Gelre ziekenhuizen
Jaardocument 2011**

Maatschappelijk verslag

Inhoudsopgave

I	Maatschappelijk verslag	4
1.	Uitgangspunten van de verslaglegging.....	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	9
2.3.1	Kernactiviteiten en nadere typering.....	9
2.3.2	Werkgebieden	9
2.4	Samenwerkingsrelaties	9
2.4.1	Patiënten(organisaties).....	10
2.4.2	Zorgverzekeraars	11
2.4.3	Huisartsen	11
2.4.4	Andere zorgaanbieders	12
2.4.5	Andere ziekenhuizen.....	13
2.4.6	Overheden en Inspecties.....	14
2.4.7	Omwonenden	14
2.4.8	Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ).....	15
3	Bestuur, toezicht en bedrijfsvoering.....	17
3.1	Normen voor goed bestuur.....	17
3.2	Raad van Bestuur.....	17
3.3	Raad van Toezicht.....	22
3.4	Bedrijfsvoering.....	25
3.4.1	Risico's, kansen, onzekerheden.....	25
3.4.1.1	Marktwerking.....	25
3.4.1.2	Stelselwijzigingen (financiering en bekostiging door de overheid)	26
3.4.1.3	Macrokortingen	27
3.4.1.4	Conclusies.....	27
3.4.2	Verandering in de bedrijfsvoering.....	27
3.4.3	Intern risicocontrolesysteem.....	29
3.4.3.1	Exploitatie.....	29
3.4.3.2	Balansontwikkeling.....	32
3.4.3.3	Treasury	32
3.4.4	Maatregelen ter beheersing van risico's.....	33
3.4.5	Bewaken van activiteiten en verantwoording daarover	33
3.4.6	Communicatie met toezichthouders	33
3.5	Cliëntenraad	34
3.6	Ondernemingsraad.....	35
3.7	Strategiecomité.....	36
3.8	Verpleegkundige Adviesraad	37
3.9	Medisch Stafbestuur Gelre Apeldoorn	38
3.10	Medisch Stafbestuur Gelre Zutphen.....	42
4	Beleid, inspanningen en prestaties.....	47
4.1	Meerjarenbeleid.....	47
4.2.	Algemeen beleid.....	48
4.2.1	Leerhuis	55
4.2.2	Gelre 2012.....	58
4.3	Algemeen kwaliteitsbeleid	59
4.4	Kwaliteitsbeleid ten aanzien van patiënten / cliënten.....	60

4.4.1	Kwaliteit van zorg	60
4.4.2	Klachtbehandeling	64
4.5.	Kwaliteit ten aanzien van medewerkers	67
4.5.1	Personeelsbeleid	67
4.5.2.	Kwaliteit van het werk.....	70
4.6	Financieel beleid.....	72
Bijlage 1	Samenstelling Raad van Toezicht per 31 december 2011.....	74
Bijlage 2:	Presentielijst vergaderingen Raad van Toezicht Gelre ziekenhuizen 2011	76
Bijlage 3	Samenstelling Raad van Bestuur per 31 december 2011	77
Bijlage 4:	Portefeuilleverdeling Raad van Bestuur	79
Bijlage 5	Organogram.....	81
Bijlage 6	Kaart verzorgingsgebied Gelre ziekenhuizen.....	82
Bijlage 7	Samenstelling Cliëntenraad.....	83
Bijlage 8	Samenstelling Ondernemingsraad	84
Bijlage 9	Samenstelling Verpleegkundige Adviesraad VAR.....	85
Bijlage 10	Samenstelling Strategiecomité	85
Bijlage 11	Directeuren	85
Bijlage 12	Opleidingscommissie.....	86
Bijlage 13:	Samenstelling klachtencommissie per 31 december 2011.	87
Bijlage 14	Medisch Ondersteunende Diensten	88
Bijlage 15	Algemeen Ondersteunende Diensten	89
Bijlage 16	RVE Apeldoorn	90
Bijlage 17	RVE Zutphen	91
Bijlage 18	Medische staven Apeldoorn en Zutphen	92

I Maatschappelijk verslag

1. Uitgangspunten van de verslaglegging

Voor u ligt het jaardocument 2011 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 2011.

Uitgangspunt is een zo compleet mogelijk beeld te schetsen van hetgeen zich in 2011 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 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. J. Fidder, voorzitter

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

2. Profiel van de organisatie

2.1 Algemene identificatiegegevens

Stichting Gelre ziekenhuizen
Postbus 9014
7300 DS Apeldoorn
telefoon (055) 581 81 81
www.gelreziekenhuizen.nl
Identificatienummer(s) NZa: 010-0505
KvK-nummer rechtspersoon: 08083266

Gelre ziekenhuizen kent twee ziekenhuislocaties, een diagnostisch centrum en drie 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: Den Elterweg 77, 7207 AE 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 Epe
Bezoekadres: Willem Tellstraat 17, 8162 ET Epe
Postadres: Willem Tellstraat 17, 8162 ET Epe
Algemeen telefoonnummer: (055) 581 8730

Gelre Polikliniek Dieren
Bezoekadres: Wilhelminaweg 80AA, 6951 BR Dieren
Postadres: Wilhelminaweg 80AA, 6951 BR Dieren
Algemeen telefoonnummer: (0575) 592 592

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

2.2 Structuur van het concern

2.2.1 Juridische structuur

Gelre ziekenhuizen kent een stichtingsvorm. Naast de Stichting Gelre ziekenhuizen zijn aanwezig Gelre ziekenhuizen Services Holding B.V., de Stichting SHS Diensten (t/m 31-5-11) en Eerstelijns Diagnostisch Centrum Gelderland B.V

Stichting Gelre ziekenhuizen kent de onderdelen:

- Gelre apotheek Apeldoorn BV;
- Gelre apotheek Zutphen BV;
- Beheersmaatschappij Apeldoorn – Zutphen 2002 BV kent het onderdeel:
 - CV Apeldoorn – Zutphen 2002.
- Top detacheringen Nederland B.V.
- Gelre ziekenhuizen Services Holding B.V. kent de onderdelen:
 - Gelre ziekenhuizen Diensten B.V.
 - Gelre ziekenhuizen Publieksvoorzieningen B.V.;
 - Gelre ziekenhuizen Vastgoed B.V.;
 - Gelre ziekenhuizen Participaties B.V..

2.2.2 Organisatorische structuur

Gelre ziekenhuizen wordt bestuurd volgens het Raad van Bestuur/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 wordt bestuurd door een tweehoofdige RvB op grond van het in 2009 genomen besturingsbesluit (de samenstelling van de RvB is opgenomen in bijlage 3). 2011 is het eerste volledige jaar waarin Gelre ziekenhuizen volgens dit 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 is het besturingsmodel positief geëvalueerd. De algemene conclusie is dat het model de slagvaardigheid van Gelre ziekenhuizen heeft vergroot, meer ruimte heeft gegeven voor eigen invulling aan de RVE-en, de schaalvoordelen van de fusie behouden zijn gebleven en de vitale belangen van de organisatie op

holdingniveau geborgd zijn gebleven. De onderwerpen effectiviteit van het werken met service level agreements (SLA's) en de mate waarin gestelde doelen en bereikte resultaten voldoende transparant zijn worden genuanceerd positief beoordeeld, want behoeven nog verdere verbetering.

Bij de invoering van het model zijn ook een aantal organisatie-indelingen doorgevoerd. Het onderbrengen van de afdeling klinische fysica in het SSC AOD vraagt nader advies van de betreffende directeur alvorens tot een definitief besluit wordt overgegaan. Nader onderzoek is in gang gezet betreffende de positionering van de onderdelen marketing, communicatie en sales binnen de organisatie. Het onderbrengen van de afdelingen radiologie en biometrie/functieafdeling in het SSC MOD is positief geëvalueerd.

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. In december 2011 hebben de stafmaatschap en het bedrijfsbureau zich omgevormd tot respectievelijk het collectief van vrijgevestigde medisch specialisten Zutphen en het collectief van vrijgevestigde medisch specialisten Apeldoorn.

Maandelijks voert de betreffende RVE-directeur overleg met een delegatie van het Medisch Stafbestuur en de stafmaatschap (het collectief van vrijgevestigde medisch specialisten Apeldoorn) c.q. bedrijfsbureau (het collectief van vrijgevestigde medisch specialisten Zutphen). De Raad van Bestuur heeft geen regulier operationeel overleg met de medische stafbesturen. Dit reguliere overleg wordt door de beide ziekenhuisdirecteuren gevoerd. Wanneer zich zaken voordoen van locatie-overstijgend of strategisch belang dan wordt dit in een institutioneel overleg afgestemd.

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. 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 onderstaande 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 Werkgebieden

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

2.4 Samenwerkingsrelaties

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.

Spiegelgesprekken

Ook in 2011 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, reviews en ratings

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 deze 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 aantal van deze trajecten voortgezet (Kind en Jeugd, Neonatologie) en er staan ook voor 2012 nieuwe metingen gepland. In het kader van patiëntwaardering zijn ook reviews op websites als www.zorgkaartnederland.nl van toenemend belang, vooral ook om als ziekenhuis je patiëntwaardering te kunnen benchmarken met andere ziekenhuizen. Het is hierbij van groot belang om een gedegen ziekenhuisbreed beleid te hebben

ten aanzien van het verzamelen, het rapporteren en het reageren op patiëntervaringen en reviews, alsmede de mogelijkheden om te benchmarken.

De RvB heeft eind 2011 zijn akkoord gegeven op de uitrol van beleid op de volgende onderdelen:

- reviews via ZorgkaartNederland;
- meten van patiëntbeoordelingen via de Independer Consumentenmonitor;
- meten van cliëntervaringen via CQI-Ziekenhuizen.

De integratie van de drie instrumenten biedt legio mogelijkheden om al onze stakeholders op alle niveaus te bedienen.

De afdeling Marketing informeert elk kwartaal via een dashboard de RvB over de huidige stand van zaken rondom ratings en reviews. Daarnaast wordt jaarlijks een geïntegreerde rapportage uitgebracht ten behoeve van het Marketingoverleg. Hierin worden op hoofdlijnen conclusies en adviezen gerapporteerd ten aanzien van de reviews en ratings.

2.4.2 Zorgverzekeraars

Voor Gelre ziekenhuizen is 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. Voor het A-segment vindt overleg plaats in het 'Lokaal Overleg', dat voorbereid wordt in het 'Technisch Overleg'. Hier worden gezamenlijk afspraken gemaakt over de productie in het A-segment in termen van eerste polikliniekbezoeken, opnames, dagopnames en verpleegdagen en de eerstelijns- en overige productie. Het komt er op neer dat hier wordt afgesproken welke aantallen maximaal vergoed gaan worden.

Ook in 2011 heeft met de zorgverzekeraars intensief overleg plaatsgevonden in het kader van de te maken productieafspraken. Begin 2011 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 nog beperkt afspraken gemaakt.

2.4.3 Huisartsen

Zowel in de regio Apeldoorn (tien keer per jaar) als in de regio Zutphen (vier keer per jaar) vindt structureel overleg plaats tussen de beide ziekenhuisdirecteuren, het Medisch Stafbestuur en de vertegenwoordigers van de Regionale Huisartsenverenigingen.

In 2011 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;
- inzage huisartsen in huisartseninformatie in EPD;
- voortgang SAP-4-ZIS;
- nieuwbouw Zutphen;
- samenwerking HAP-SEH Zutphen;
- zorgketens;
- afschaffen papieren correspondentie vanuit Gelre ziekenhuizen;
- Ontwikkelingen MDL;
- Uitkomsten Mediquist;
- 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 Nederland (IKNL);
- Stichting Ambulancezorg Noord Oost Gelderland;
- Verloskundigen eerste lijn.

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 (onder andere Zorggroep Apeldoorn en omstreken en Sutfene in Zutphen) wordt de patiëntenlogistiek en capaciteitsplanning hierop ingericht. Gewerkt wordt aan een gezamenlijke ontwikkeling van zorgprogramma's en ketenzorg. Tevens is er een digitaal patiënt volgsysteem geïmplementeerd (POINT), dat werkt naar tevredenheid van alle partners.

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. Tevens is er een digitaal patiëntvolgsysteem geïmplementeerd (POINT), dat werkt naar tevredenheid van alle partners.

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 zorgeenheid 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 sinds september 2010 gehuisvest in een RGC (Regionaal Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg), dat de ruimten huurt van het ziekenhuis.

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 Achmea 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.

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 interventiecardiologen 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, welke uiteindelijk in oktober 2011 heeft geresulteerd in het toekennen van een voorlopige vergunning om PCI's in Apeldoorn te mogen uitvoeren.

Low volume chirurgie 2009

Sinds een jaar heeft het IKNL 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 IKNL-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 zeven 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 twaalf slokdarmresecties verricht. Dit aantal zal bij de nieuwe regelgeving niet voldoende zijn om de slokdarmchirurgie te kunnen blijven uitvoeren. Hiervoor zijn minimaal twintig verrichtingen noodzakelijk. Door het aantreden van de nieuwe MDL-artsen in januari 2011 blijkt het aantal slokdarm ingrepen weer toe te nemen. In 2011 zijn er intensieve gesprekken gevoerd tussen de chirurgen maatschappen in de Stedendriehoek omtrent het verdelen van de low volume chirurgie. Deze gesprekken zijn uitgebreid met de chirurgen uit Ziekenhuis Groep Twente (ZGT) en Medisch Spectrum Twente (MST). Resultaat van deze besprekingen is dat, voor wat betreft de slokdarmchirurgie, Apeldoorn in de Stedendriehoek de locatie zal zijn waar deze ingreep zal worden uitgevoerd. De verwachting is dat met deze verdeling voldaan kan worden aan de volumecriteria van 20 ingrepen op jaarbasis.

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. Regelmatig wordt overleg gevoerd met de colleges van B&W van de gemeenten.

Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)

In 2011 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.

Veilige cultuur

In 2011 is het projectplan medisch teamwork opgesteld en gestart met de implementatie. 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.

2.4.7 Omwonenden

Gezien het feit dat de vernieuwbouw in Apeldoorn volledig is afgerond en er geen vergaderpunten te bespreken waren die een overleg met de vertegenwoordigers van omwonenden rechtvaardigden, heeft in Apeldoorn geen overleg met genoemde groep plaatsgevonden.

In Zutphen zijn de omwonenden geïnformeerd over de op handen zijnde sloop van het oude ziekenhuisgebouw, die in 2012 van start zal gaan.

2.4.8 Regionaal Overleg Acute Zorg (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 2011 zijn vier bijeenkomsten gehouden. In het verslagjaar heeft de focus op inhoudelijke zaken gelegen en is de aanzet gegeven voor een doorontwikkeling van het ROAZ naar een getrapte structuur met een operationeel/tactische en strategisch ROAZ. In 2012 wordt dit verder uitgewerkt.

Inspanningen 2011

Onderwerp	Doel	Resultaten
Meetperiode Acute Zorg	Meer inzicht in de kwaliteit van de acute hulpverlening.	In februari en maart is in samenwerking met de Universiteit Twente (UT) een vier weken durende meetperiode gehouden en vervolgens heeft een onderzoeker van de UT de ontvangen gegevens verwerkt. De gekoppelde data zijn gebruikt om analyses uit te voeren. De resultaten daarvan zijn in een rapport beschreven en teruggekoppeld aan alle ketenpartners die hebben deelgenomen. De resultaten dienen tevens als basis voor verbetertrajecten.
De MIST-richtlijn	Een vlotte en gestructureerde overdracht van relevante informatie tussen verloskundiger en meldkamer.	Introductie van de richtlijn MIST, afgeleid van het gelijknamige landelijke protocol voor traumaslachtoffers. Op een A5-kaartje staat een checklist waarmee de verloskundige een gestructureerde acute overdracht richting meldkamer kan doen en alle relevante gegevens worden doorgegeven.

<p>Kwaliteitsdocument ketenzorg bij suïcidaliteit</p>	<p>Het realiseren van regionale samenwerkingsafspraken, waarin is vastgelegd wie wat wanneer doet met betrekking tot het signaleren, toeleiden, inschatten, verwijzen, beoordelen en behandelen van patiënten met suïcidaal gedrag.</p>	<p>Begin 2011 heeft de focusgroep acute psychiatrie gekeken hoe het document het beste weggezet kon worden in de regio. Conclusie was dat iedere GGZ-instelling binnen het netwerk zelf verantwoordelijk is voor de introductie en dat het Netwerk Acute Zorg Zwolle hen daarbij zou ondersteunen. Bij twee van de drie betrokken GGZ-instellingen en hun zorgketen is het kwaliteitsdocument in 2011 ook daadwerkelijk weggezet. De derde regio volgt in 2012.</p>
<p>Regionaal Steunpunt OTO</p>	<p>Het met behulp van de OTO-stimuleringsgelden verbeteren van de kwaliteit van de voorbereiding op crisissituaties.</p>	<p>Naast individuele OTO-activiteiten per ketenpartner, zijn er op regionaal niveau een aantal projecten opgestart, en verder gegaan, met de volgende resultaten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Een blauwdruk voor het netcentrisch werken in de witte kolom; • Een handreiking opvang chemisch besmette patiënt op de SEH; • Een in afstemming met Zweden ingerichte ETS-faculty, die zijn eerste senior-instructor cursus heeft gegeven; • Een door het ROAZ vastgesteld nieuw meerjaren OTO-beleidsplan 2012-2015.

3 Bestuur, toezicht en bedrijfsvoering

3.1 Normen voor goed bestuur

Gelre ziekenhuizen hanteert de Zorgbrede Governance Code 2010 en heeft de principes van de 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. Bij het staken der stemmen neemt de voorzitter het besluit. 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);
- kwaliteitsbeleid;
- medische prestaties, aan de hand van de IGZ-prestatie-indicatoren;
- rapportages vanuit het patiëntenwaarderingsonderzoek;
- het verloop van de wacht- en toegangstijden.

Voor de informatie aan de Raad van Toezicht over bovenstaande punten wordt een informatieprotocol gehanteerd.

Jaarlijks worden door de remuneratiecommissie van de Raad van Toezicht functioneringsgesprekken gevoerd met de individuele leden van de Raad van Bestuur. 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 beloningscode bestuurders in de zorg zoals die door de NVTZ en de NVZD is opgesteld en aanvaard. De bezoldiging van de leden van de Raad van Bestuur is opgenomen in de jaarrekening.

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

Vergaderingen Raad van Bestuur

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

Medische zaken

- Voorschrijven medicatie door nurse practitioners en physician assistant
- Interventie kliniek zorgseenheid Psychiatrie
- Contaminatie leidingnetwerk medische gassen Zutphen
- Melding legionella
- Aspergillus infectie IC Apeldoorn
- Opdracht aan DB Oncologisch centrum Apeldoorn
- EPD: openstelling voor medisch specialisten
- Vergunning PCI
- TBC beleid Gelre ziekenhuizen

Kwaliteit

- Meerjarenbeleidsplan zorgkwaliteit en patiëntveiligheid 2011-2014
- Beleidsplan bevorderen kwaliteit opleidingen en wetenschap Gelre ziekenhuizen 2011-2013
- Uitvraag kwaliteitsindicatoren 2011

- Beleidsplan reiniging en desinfectie flexibele scopen 2011-2014 en procedure bij incidenten met flexibele scopen
- Niet verplichte indicatoren
- Rapportage Praktijkvariatie
- NIAZ actieplannen
- Calamiteitenprocedure patiëntenzorg
- Invoering VMS en veiligheidsthema's

Marktontwikkeling

- Portfolioanalyse en -management
- Profielen, speerpunten en marktposities

Personele en sociale zaken

- Diverse FWG-indelingen
- Diverse adviezen van de IBC m.b.t. bezwaar functiewaardering en indeling
- Mobiliteitsmaatregelen medewerkers
- Leerhuis
- Herinrichting poliklinieken Apeldoorn
- Pilot Servicemedewerker Moeder en Kind centrum Zutphen
- Regeling studiekosten
- Toetsingskader functioneren medisch specialisten (niet in loondienst)
- Herziening Sociaal plan
- Stroomlijning selectieproces vrijgevestigd medisch specialist
- Nieuw model toelatingsovereenkomst
- Jaarverslag Arbo, Verzuim en Re-integratie 2010 Gelre ziekenhuizen

Organisatie

- Detacheringsbureau Top Detacheringen Nederland B.V.
- Samenwerkingsovereenkomst Gelre Ziekenhuizen en Medisch Centrum Veluwe
- Convenant Transferpunt Zorg Apeldoorn
- Buitenpolikliniek Dieren
- Eerstelijns Diagnostisch Centrum (EDC) Gelderland
- Delta Vastgoed
- Samenwerkingsverband Oogheelkundige zorg
- Geboortecentrum Apeldoorn B.V.
- Oprichting Kenniscentrum Duizeligheid Apeldoorn
- Evaluatie besturingsmodel

Communicatie

- Expertisecentra topklinische zorg
- Imago-onderzoek Gelre ziekenhuizen
- Milieujaarverslag 2010
- Analyse ranglijsten beste ziekenhuizen in AD, Elsevier en Dr. Yep

Governance

- Evaluatie besturingsmodel

- Inbreng basisvarianten in de discussie over grotere betrokkenheid van kernprofessionals bij het resultaat van de onderneming

Financiën en productie

- Maandelijkse managementrapportages en kwartaalrapportages
- Jaarrekening en jaardocument 2010
- Bekostiging vrijgevestigd medisch specialisten periode 2012-2014
- Uitkomsten van overleg variabel honorarium medisch specialisten
- Observatorium Gynaecologie Apeldoorn
- Pilot Productive Ward
- Voorstel aanpak basisregistratie in het kader van DOT
- Investeringsbegroting 2011 en meerjarenplanning 2012-2014 RVE Zutphen
- Meerjarenprognose 2011-2016
- Parkeerbeleid Gelre ziekenhuizen
- Immateriële vaste activa
- Concept masterplan RVE Zutphen
- Begroting 2012
- Managementletter 2011

Bouwzaken/huisvesting

- Arbitrageprocedure Haskoning/Gelre
- Grondruil Zutphen
- Gunning sloop oudbouw Zutphen
- Luchtbeheersplan OK Zutphen

ICT

- Rapportage externe audit ICT
- Strategienota VsapGZ
- Plan van aanpak DOT

Regionale zaken

- Convenant Toe-Gepaste Zorg & Veiligheid (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 2011 heeft het Transitiecomité de evaluatie van het besturingsmodel uitgevoerd en afgerond (zie 2.2.2), hiermee beëindigt het zijn taken.

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 2011 zeven maal overleg met de Raad van Bestuur gevoerd.

Overleg Raad van Bestuur en Ondernemingsraad

Tussen de Raad van Bestuur (portefeuillehouder) en de Ondernemingsraad vindt maandelijks de overlegvergadering plaats, met uitzondering van het zomerreces. 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 2011 stond deze bijeenkomst in het teken van het kennismaken met de nieuwe voorzitter van de Raad van Bestuur.

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 en de voor de Cliëntenraad relevante onderwerpen die in de vergaderingen van de Raad van Bestuur aan de orde zijn geweest.

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 operationeel overleg met de medische stafbesturen. Dit reguliere overleg wordt door de beide ziekenhuisdirecteuren gevoerd.

Wanneer zich zaken voordoen van locatie-overstijgend of strategisch belang dan wordt dit in een institutioneel overleg afgestemd. In 2011 hebben vertegenwoordigers van stafbesturen, stafmaatschappen en Raad van Bestuur, in het institutioneel overleg, intensief overleg gevoerd over de implementatie van de afspraken die in het hoofdlijnen akkoord tussen de brancheverenigingen NVZ en OMS en het ministerie van VWS zijn gemaakt. Dit traject heeft er toe geleid dat op 8 december 2011 een overeenkomst 'uitkomst van overleg' tussen partijen

(enerzijds het collectief van vrijgevestigd medisch specialisten in Gelre ziekenhuizen en anderzijds de Raad van Bestuur) is getekend waarin nadere afspraken zijn gemaakt over het variabel honorariumdeel en het integraal toepassen van het nieuwe model toelatingsovereenkomst per 1 januari 2012.

Voor de samenstelling van de Raad van Bestuur, de nevenfuncties en de portefeuilleverdeling wordt verwezen naar bijlagen 3 en 4.

3.3 Raad van Toezicht

Het ziekenhuis wordt bestuurd volgens het Raad van Bestuur/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 maatschappelijk 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.

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 inclusief het bespreken van de nevenfuncties, 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.

Bijeenkomsten

De Raad van Toezicht heeft in 2011 vijf reguliere vergaderingen gehouden (voor presentie per toezichthouder zie bijlage 2), 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.

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 2011 waren de thema's:

- aandeelhouderschap van kernprofessionals;
- basisregistratie/DOT;
- lange termijn ontwikkeling van de kapitaalmarkt voor de zorgbranche;
- ontwikkelingen in het zorglandschap op korte en lange termijn.

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 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 2011:

1. zijn goedkeuring verleend aan:
 - a. het jaardocument zorg 2010 inclusief de jaarrekening 2010;
 - b. de begroting 2012;
 - c. de meerjareninvesteringsbegroting;
 - d. het eerstelijns diagnostisch centrum;
 - e. ontwikkeling Delta vastgoed.
2. decharge verleend aan de Raad van Bestuur voor het gevoerde financiële beleid en de verantwoording op grond van een toelichting door de accountant.
3. de heer drs. J. Fidder per 1 oktober 2011 benoemd tot voorzitter Raad van Bestuur.

Daarnaast is tijdens iedere vergadering het onderwerp zorgkwaliteit en patiëntveiligheid besproken en zijn verder de financiële kwartaalrapportages, de meerjarenprognose, het accountantsverslag 2010 en de managementletter 2011 besproken. In de mei vergadering is de

accountant aanwezig geweest voor de bespreking van de jaarrekening 2010, in de decembervergadering voor de managementletter 2011.

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 2011 onder meer de volgende onderwerpen aandacht gekregen:

- Kwaliteit en medische zaken: PCI/ICD vergunning, doorontwikkeling MDL, PAAZ, start polikliniek Dieren, maatschap neurologie Zutphen, sub-RVE Oogheelkunde, ontwikkeling SEH, Obstetrische Zorg, Aspergillus-besmetting, invulling IC Zutphen, EPD, doorontwikkeling EDC, Euthanasie beleid, uitkomsten NIAZ-audit, calamiteiten, uitkomsten jaargesprek IGZ en doorontwikkeling EPD;
- Institutionele vraagstukken: bestuurlijk hoofdlijnenakkoord, inclusief afspraken met vrij gevestigd medisch specialisten, invoering nieuwe model toelatingsovereenkomst en nadere invulling aan de discussie over spreiding & concentratie van medische zorg;
- Financiële zaken: uitkomsten overleg met zorgverzekeraars, basisregistratie en facturatie;
- Organisatie: evaluatie besturingsmodel;
- Marketing en portfolio: profielen, speerpunten en portfolio, uitkomsten imago/reputatieonderzoek (profilering en marktpositie), branding, Gelre 2012: beter!;
- Bouw: sloop oude ziekenhuis Zutphen en herontwikkeling grond Zutphen;
- Diversen: audit ICT-beveiliging, gebruik medische gassen Zutphen en parkeerbeleid.

Mutaties Raad van Bestuur

De voorzitter van de Raad van Bestuur is op 1 november 2011 met vervroegd pensioen gegaan. De Raad van Toezicht heeft op grond van dit feit een tijdelijke commissie werving & selectie ingesteld, bestaande uit de leden van de remuneratiecommissie aangevuld met de heer Van der Zijl (vice-voorzitter). De commissie had twee adviseurs, het hoofd HRM en de secretaris van de Raad van Toezicht en kreeg als opdracht mee de werving en selectie van de nieuwe voorzitter van de Raad van Bestuur voor haar rekening te nemen. De commissie heeft zich tijdens dit proces laten adviseren door de officiële adviesorganen en vertegenwoordigers van beide staffbesturen en directeuren. In mei 2011 is dit proces succesvol afgerond met de benoeming van de heer

J. Fidder per 1 oktober 2011.

Commissies

De Raad van Toezicht kende in 2011 de volgende commissies:

de auditcommissie, de remuneratiecommissie, de commissie Zorg (vanaf 1 juni 2011) en de (tijdelijke) commissie werving & selectie (tot 1 juni 2011).

De auditcommissie bestaat uit mevrouw Meindertsma (vanaf 1 juni 2011) de heren Visscher en Eppink. In 2011 heeft de auditcommissie de controle op de kwartaalrapportages, de jaarrekening en de begroting 2012 uitgevoerd en is de managementletter 2011 besproken. De accountant heeft een toelichting op de feiten omtrent de jaarrekening en de managementletter gegeven en vragen beantwoord.

De remuneratiecommissie bestaat uit de voorzitter van de Raad van Toezicht, de heer Bruins Slot en het lid mevrouw Hijweege. In het voorjaar van 2011 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.

Per 1 juni 2011 is de commissie Zorg ingesteld. De onderwerpen patiëntveiligheid en zorgkwaliteit winnen in toenemende mate aan strategisch belang. In 2010 heeft de Raad van Toezicht hierop geanticipeerd door haar deskundigheid op deze gebieden te versterken en de heer Holland te vragen tot de Raad toe te treden. In 2011 is de volgende stap gezet in het verder vorm geven van dit onderwerp op toezichtniveau en is de commissie Zorg ingesteld. De commissie bestaat uit de heren Holland, Van der Zijl en Van den Hout. In het verslagjaar is de commissie drie maal bij elkaar geweest. Besproken zijn: de werkwijze van de commissie, de calamiteitenprocedure en de voortgangsrapportage zorgkwaliteit en patiëntveiligheid.

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 een lid van de Raad van Bestuur (de heer Heuver). De commissie is op 1 juni 2011 opgeheven nadat zij haar opdracht, de werving & selectie van de nieuwe voorzitter van de Raad van Bestuur, succesvol had afgerond.

Mutaties Raad van Toezicht

De Raad van Toezicht bestond gedurende het jaar 2011 uit acht leden. Er zijn in de Raad geen mutaties geweest. De heren Eppink en Van der Zijl zijn per 1 juli 2011 voor een tweede termijn van vier jaar benoemd.

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

3.4 Bedrijfsvoering

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.

In 2011 is volop gewerkt aan de voorbereiding op de veranderingen waarmee de ziekenhuiswereld in 2012 te maken krijgt:

- de overgang van DBC naar DOT. Dit is een andere productstructuur die bedoeld is om te zorgen voor meer transparantie, maar tevens betekent dat de opgebouwde inzichten in profielen, kostprijzen en rendementen grotendeels niet meer bruikbaar zijn. Dit zorgt voor extra risico's.
- uitbreiding van het vrij-onderhandelbare deel van 30% naar 80%, dat ook zorgt voor meer risico's.
- de invoering van een plafond voor het totaal aan honoraria medisch specialisten. Dit betekent dat er geen open einde meer is in de bekostiging van medisch specialisten en dit vereist dat ook hierop gestuurd dient te worden.
- de forse toename van risico's die de zorgverzekeraars gaan lopen. Zij zullen deze risico's graag willen inperken door middel van de overeenkomsten die ze met de ziekenhuizen zullen aangaan.

3.4.1.2 Stelselwijzigingen (financiering en bekostiging door de overheid)

Invoering prestatiebekostiging op basis van DOT

De Invoering prestatiebekostiging op basis van DOT 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 twee jaar.

Aangezien de invoering van DOT betekent dat er een volledig nieuwe set van producten is gedefinieerd, bestaat tevens het risico dat voor 80% van de omzet pas laat in 2012 prijsafspraken worden gemaakt met de bijbehorende liquiditeitseffecten. Hier dienen, bij voorkeur landelijk, afdoende afspraken te worden gemaakt.

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.

Teneinde een level of playing field te creëren heeft de overheid twee regelingen uitgevaardigd. Ten eerste de regeling dat ziekenhuizen de Immateriële Vaste Activa versneld mogen afschrijven en dit nagecalculeerd krijgen. Gelre ziekenhuizen heeft hiervan gebruik gemaakt. Dit betreft een bedrag van bijna €30 miljoen dat in de jaarrekening van 2010 is verwerkt. In eerste instantie is dit niet door de NZA gehonoreerd. Nadat wij hiertegen bezwaar hebben aangetekend is dit alsnog volledig gehonoreerd. Dit zorgt er voor dat de kapitaallasten sneller op het gemiddelde niveau zullen komen. Dit gebeurt naar verwachting in 2016.

Ten tweede is er de overgangsregeling kapitaallasten. Deze geldt vanaf 2013. Hiervan zal Gelre ziekenhuizen in de periode 2013-2016 gebruik maken. Zodoende zal in die periode circa 80% van het verschil tussen de werkelijke kapitaallasten en de normatieve kapitaallasten worden vergoed voor het oud A-segment deel. Voor het oud B-segment deel dient dit in de prijsstelling te worden meegenomen.

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 er toe dat de ziekenhuizen niet alleen in een complexe maar nu ook in een zeer dynamische omgeving verkeren.

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%. Deze volatiliteit kan fors worden ingeperkt tot circa 2% door aanneemsommen af te spreken met de zorgverzekeraars. Dit is tevens een middel voor de zorgverzekeraars om de voor hen gestegen risico's in te perken.

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 is groter geworden, 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. 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 directeuren;
- 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.

In 2011 is gewerkt met de Interne Verreken Prijzen en met de nieuwe managementinformatie. Dit heeft een verbeterd zicht gegeven op de resultaten die de onderscheiden onderdelen hebben behaald en het heeft geleid tot een constructieve dialoog tussen de interne klanten en aanbieders van diensten en producten. In 2012 zal deze systematiek worden geëvalueerd.

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 (integrale 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
april	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 directeuren
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
- 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 Raad van Bestuur;
- 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 Raad van Bestuur 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. Bij afwijkingen wordt door de Raad van Bestuur aan de betreffende directeur een nadere analyse gevraagd en zonodig ook een actieplan.

De kwartaalrapportage omvat:

- de algemene conclusie;
- de ontwikkeling van de productie en de wachttijden;
- de exploitatiebegroting;
- de liquiditeitsbegroting;
- 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 kwartaalrapportages, de jaarrekening en 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 22%.

Het solvabiliteitspercentage is lager en bedraagt 14%. 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 balanstotaal (€ 415 miljoen) met een omzet van € 260 miljoen. Door het systeem van lineaire afschrijvingen en nieuwe investeringen die zeer beperkt hoeven te zijn, zullen deze verhoudingen binnen vier jaar aanzienlijk zijn verbeterd.

3.4.3.3 Treasury

Gelre ziekenhuizen kent een treasury-statuut en een treasurymanager. Elke maand stelt de treasurymanager een liquiditeitsoverzicht (realisatie versus planning en prognose) op dat 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 stijgt in 2012 van 30% naar 80% en elk jaar blijkt dat de prijsonderhandelingen pas laat in het betreffende jaar zijn afgerond. Hierdoor kan pas veel later worden gefactureerd en zullen hierover afspraken gemaakt dienen te worden met de betreffende zorgverzekeraars.

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 2011 €6,1 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;
- het maken van aanneemsom afspraken met de zorgverzekeraars;
- zorgen voor een binding van onze patiënten en van ons personeel;
- versterking van de samenwerking met de eerste lijn;
- 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 is door hen goedgekeurd en de jaarrekening 2010 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 geen wijzigingen

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 ieder 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 directeurs RVE. Indien nodig zal hij ook het participierend model hanteren door de mogelijkheid open te houden om ad hoc deel te nemen aan commissies en/of werkgroepen.

Naar aanleiding van de invoering van het nieuwe besturingsmodel van Gelre ziekenhuizen en de benoeming van twee locatiedirecteuren in Apeldoorn en Zutphen, is de Raad in 2010 gestart met het tweemaandelijks overleg met de locatiedirecteuren in zowel Apeldoorn als in Zutphen. De Raad 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 Raad te behouden. De Zutphense leden van de Raad en de voorzitter voeren het overleg met de directeur in Zutphen, de Apeldoornse leden en de voorzitter met de directeur aldaar. Deze keuze blijkt in de praktijk goed te werken.

In 2009 is de Raad voor het eerst gebruik gaan maken van de door hem opgehouden mogelijkheid het participierend model te hanteren. De secretaris van de Raad heeft deelgenomen aan een werkgroep met als opdracht de Raad van Bestuur te adviseren over het klachtenmanagement in het ziekenhuis. Deze deelname heeft zich in 2010 voortgezet in de Stuurgroep Klachtenmanagement. Als sluitstuk van deze Stuurgroep heeft de secretaris in 2011 plaatsgenomen in de jury ter beoordeling van de presentaties van de verschillende afdelingen over hoe om te gaan met klantsignalen/klachten. Ook heeft de Raad deelgenomen aan de testfase van de 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. Ook in 2011 hebben leden van de Raad spiegelgesprekken bijgewoond.

De Raad van Bestuur (portefeuillehouder Zorg) voert maandelijks overleg met het Dagelijks Bestuur van de Cliëntenraad over lopende zaken binnen Gelre ziekenhuizen, te verwachten adviesaanvragen en bespreekpunten met de Cliëntenraad.

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. Het lid van de Raad van Toezicht wordt vergezeld door de portefeuillehouder Zorg van de Raad van Bestuur.

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.

Adviezen

In het verslagjaar 2011 is door de Raad van Bestuur advies gevraagd aan en door de Cliëntenraad advies uitgebracht over de volgende onderwerpen:

- Begroting 2012
- Jaarrekening 2010
- Meerjaren beleidsplan Zorgkwaliteit en Patiëntveiligheid
- Zoekprofiel voorzitter Raad van Bestuur
- Euthanasiebeleid
- Geactualiseerde patiënteninformatie
- Evaluatie nieuwe besturingsmodel
- Beleid Bescherming persoonsgegevens
- Wachtrijsturing, centraal, decentraal

3.6 Ondernemingsraad

Gelre ziekenhuizen heeft één Ondernemingsraad (OR), waarin volgens het reglement 19 leden participeren. De Ondernemingsraad is in november 2010 van start gegaan met 18 leden. Eén OR-lid heeft, vanwege het aanvaarden van werk bij een andere werkgever, de OR medio 2011 verlaten. De Ondernemingsraad heeft besloten geen tussentijdse verkiezingen te houden en met een krachtig team van 17 mensen het werk te doen.

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 Ondernemingsraad overlegt maandelijks met de Raad van Bestuur. Bestuurder volgens de Wet op de Ondernemingsraden is de heer Jan Fidder. 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 directeur Financiën & Control.

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.

Vakorganisaties en Ondernemingsraad voeren overleg wanneer dat nodig wordt geacht. Tijdens outsourcingtrajecten voert de OR apart overleg met de vakorganisaties. Tevens zit een OR-delegatie als toehoorder bij het overleg tussen vakorganisaties en Gelre ziekenhuizen.

Trajecten waarin dit plaatsvond in 2011:

- Vorming Eerstelijns Diagnostisch Centrum
- Actualisering Sociaal Plan Gelre

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. In 2011 zijn zeven instemmingsaanvragen over deze onderwerpen ontvangen.

Overige instemmingsaanvragen die in 2011 zijn behandeld zijn:

- Gedragsregels partner en familieleden werkzaam bij Gelre ziekenhuizen
- Aanpassing Herplaatsingsrichtlijn
- Aanpassing Klokkenluidersregeling
- Regeling Studiekosten
- Wijziging vakantiereglement
- Mobiliteitsmaatregelen medewerkers

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 (PvA) behorende bij de Risico -inventarisaties en -evaluaties (RI&E's) van diverse afdelingen
- Arborichtlijnen Jeugdigen

De ondernemingsraad bracht in 2011 over de volgende onderwerpen advies uit:

- Evaluatie besturingsmodel Gelre ziekenhuizen
- Herinrichting poliklinieken RVE Apeldoorn
- Vorming Eerstelijns Diagnostisch Centrum (EDC)
- Implementatie Moeder & Kind Centrum Zutphen
- Servicemedewerkers Moeder & Kind Centrum Zutphen
- Herzien stappenplan reorganisatie Receptie, Telefoon en Inschrijfpunt

3.7 Strategiecomité

Per 1 januari 2010 is door de Raad van Bestuur van Gelre ziekenhuizen, in het kader van de besturingsdiscussie, een adviescommissie ingesteld, die gevraagd dan wel 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 zeven keer vergaderd en drie adviezen uitgebracht aan de Raad van Bestuur. Daarnaast zijn er adviezen gegeven aan de Raad van Toezicht inzake de vaststelling van het profiel en de benoeming van de nieuwe voorzitter van de Raad van Bestuur.

Het belangrijkste onderwerp op de agenda in het verslagjaar is de evaluatie van het besturingsmodel Gelre ziekenhuizen geweest. In dit besturingsmodel vindt het Strategiecomité haar legitimatie.

Kern van die evaluatie door het Strategiecomité wordt door het comité als volgt verwoord: "Het Strategiecomité ziet zichzelf tot doel gesteld, een andere vorm van inspraak te hebben, dan de reguliere overlegvormen. In het strategiecomité nemen medisch specialisten zitting, de kernprofessionals van het ziekenhuis. Daar waar stafbesturen en collectieven de kwalitatieve en stoffelijke belangen van haar leden behartigen door inspraak en medebesturen in (onderdelen) van de organisatie, ziet het comité voor zichzelf een rol, op afstand.

Immers het adviseren over strategische keuzes Gelrebreed vereist een niet directe betrokkenheid bij de dagelijkse gang van zaken, maar veeleer een helikopterview. Het comité heeft meer afstand en om die reden ook minder emotie dan degenen die in het reguliere overleg druk zijn met uitvoeringstaken".

3.8 Verpleegkundige Adviesraad

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 VARbestuur 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 m.b.t. de verpleegkundige zorgverlening.

De VAR bestaat uit een bestuur van tien leden, twee leden uit de locatie Zutphen, zes leden uit de locatie Apeldoorn, een voorzitter en een ambtelijk secretaris. Alle leden zijn als verpleegkundige werkzaam binnen Gelre ziekenhuizen. De bestuursleden besteden per jaar tachtig uren aan de VAR. Het Dagelijks Bestuur wordt gevormd door de voorzitter en de secretaris.

De VAR houdt zich thema-gewijs bezig met onderwerpen die actueel zijn op het gebied van de verpleegkundige beroepsuitoefening binnen Gelre ziekenhuizen, op regionaal en landelijk niveau.

De thema's zijn toegewezen aan een of twee leden van het VARbestuur en zij zijn expert in hun onderwerp.

Regelmatig brengt het bestuur gevraagd en ongevraagd advies uit aan de organisatie (RvB, directeur en management) over diverse vraagstukken. Thema's die in 2011 actueel waren, zijn ondermeer: verpleegkundige opleidingen en BIG, VMS Pijn, het project Take Care, Meer Tijd voor de Patiënt, DKS en Patiëntveiligheid. Deze thema's sluiten aan bij de missie en ambitie van Gelre ziekenhuizen.

In 2011 is veel aandacht besteed aan PR en de achterban door het publiceren van columns en nieuwsbrieven en het houden van raadplegingen. Ook is de eerste VAR Award uitgereikt, een prijs van € 1000, voor het beste verpleegkundig innovatief idee.

3.9 Medisch Stafbestuur Gelre 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 2011 telde de vereniging 164 leden, waarvan 13 buitengewone leden. Van deze 164 leden is 2/3 man en 1/3 vrouw. Gedurende het jaar traden 18 nieuwe medisch specialisten toe en verlieten 6 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.

Voor de samenstelling van de medische staf en het medisch stafbestuur wordt verwezen naar bijlage 18.

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

Het Medisch Stafbestuur (MSB) maakt ten behoeve van het opbouwen en vasthouden van expertise op relevant geachte beleidsterreinen gebruik van een aantal stafkoepels, te weten: kwaliteit, opleiding & 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 duidelijke rol te spelen. In 2011 zijn de voorzitters van de koepels ICT en Kwaliteit toegetreden tot het stafbestuur. Op deze manier zijn de lijnen nog korter en kan er op deze vitale dossiers sneller vooruitgang worden geboekt. Daarnaast is sinds 2011 ook de

voorzitter van de Stafmaatschap van vrijgevestigd medisch specialisten als buitengewoon lid toegetreden tot het stafbestuur.

Vanuit de koepel Opleiding & Onderzoek is er maandelijks overleg tussen de manager Leerhuis en de voorzitter van de centrale opleidingscommissie (COC) enerzijds en het bestuur van de medische staf anderzijds.

Belangrijke activiteiten in 2011

2011 was het jaar van tal van veranderingen. Allereerst was er een ingrijpende wijziging van samenstelling van het bestuur van de Medische staf Apeldoorn. Niet alleen een nieuwe voorzitter, vice-voorzitter en penningmeester, ook trad de voorzitter van de Stafmaatschap als buitengewoon lid toe tot het stafbestuur.

Een belangrijk onderwerp was een eerste evaluatie van de in 2009 gekozen organisatie- en besturingsstructuur. Ondanks dat nog niet alle onderdelen zijn geïmplementeerd was de afspraak om medio 2011 te kijken naar de stand van zaken. De Raad van Bestuur heeft samen met beide stafvoorzitters uit Apeldoorn en Zutphen aan de hand van eerder vastgestelde vragen een voorlopig oordeel gegeven. Dat was op veel gebieden positief. Het werken met de vier directies die zijn gecreëerd heeft op veel vlakken de beoogde voordelen opgeleverd. Eén van de zaken waar zeker vanuit de Medische Staf Apeldoorn zorgen over heersen is de positie en de invloed van de medisch specialist en de medische staf als geheel. Dit zowel op operationeel als strategisch niveau. Vanuit de Raad van Bestuur is daarop toegezegd om in het kader van de discussie over spreiding en concentratie van zorg veel meer gezamenlijk op te trekken. Een ander onderwerp waarover overeenstemming met de Raad van Bestuur bereikt moest worden was de per 2012 gewijzigde honorariumstructuur en de ModelToelatingsOvereenkomst (MTO). Hierin hebben het bestuur van de Medische Staf Apeldoorn en de Stafmaatschap van vrijgevestigd medisch specialisten als ook het bestuur van de Medische Staf Zutphen gezamenlijk opgetrokken, hetgeen in december geresulteerd heeft in een overeenkomst voor de komende periode.

Los van deze "acute" zaken moest ook de continuïteit van kwaliteitstrajecten en verdere implementatie van onder meer een nieuw elektronisch voorschrijfsysteem (EVS) en elektronisch patiëntendossier (EPD) doorgang vinden. Meer hierover bij de beschrijving van de desbetreffende koepels.

Daarnaast heeft het MSB getracht om zoveel mogelijk onderwerpen aan te pakken uit het in 2010 vastgestelde nieuwe medisch meerjaren beleidsplan. Op alle benoemde aandachtsgebieden zijn duidelijke stappen gezet. Veelal in samenwerking met de ziekenhuisorganisatie. Dit heeft er mede toe geleid dat de tussentijdse NIAZ-evaluatie met vertrouwen tegemoet werd gezien. Ook bij het jaarlijkse overleg met de IGZ werd waardering hierover uitgesproken.

In het kader van intensivering van de samenwerking en informatie-uitwisseling tussen de eerste en tweedelijns is in 2011 gestart met het periodiek uitbrengen van een nieuwsbrief specifiek voor huisartsen.

Tevens is er dit jaar weer een meerdaagse werkconferentie van huisartsen en medisch specialisten geweest, met presentaties van beide partijen over een groot aantal transmurale onderwerpen. Opnieuw was dit initiatief een groot succes, met als spin-off dat de overleggen over transmurale werkafspraken zijn geïntensiveerd, wat op zijn beurt weer tot een aantal actualisaties van dergelijke afspraken heeft geleid.

Tenslotte is in 2011 de jaarlijkse brainstormmiddag met een delegatie van het huisartsenbestuur weer opgepakt.

Activiteiten Koepels

Het verkrijgen van de STZ status in 2010 bracht met zich mee dat er een Leerhuis gevormd moest worden en dat een aantal functies verandering behoeft. Zo is de functie voorzitter bureau O&O opgesplitst in voorzitter opleidingscommissie en leerhuismanager. Beide posities zijn in 2011 nieuw ingevuld, waarbij de manager Leerhuis als opdracht heeft gekregen om een Leerhuis op te gaan zetten waar alles wat met opleiden en wetenschap te maken heeft ook organisatorisch onder valt. De organisatiestructuur en benodigde capaciteit van de medewerkers zijn inmiddels door de RvB vastgesteld. Begin 2012 zal het nieuwe Leerhuis officieel van start gaan.

In 2011 zijn er geen nieuwe medische opleidingen gestart. Wel heeft de vakgroep klinische chemie haar tweede AIOS gekregen en heeft de vakgroep KNO voor het eerst twee AIOS met een differentiatiestage begeleid. Verder zijn in 2011 drie opleidingen gevisiteerd conform de nieuwe eisen die aan medische vervolgoedingen worden gesteld:

- Cardiologie: erkenning voor 5 jaar gekregen;
- Klinische pathologie: erkenning voor 5 jaar gekregen;
- Chirurgie: in 2012 werd erkenning voor 5 jaar gekregen.

In 2009 is gestart met het project dOORkijk, een project om in OOR-verband systematisch te werken aan kwaliteitsverbetering van de medische vervolgoedingen. In 2011 hebben de afdelingen interne geneeskunde, kindergeneeskunde, anesthesie, radiologie en gynaecologie het hele dOORkijk traject doorlopen, waarna een plan van aanpak is opgesteld voor de komende twee jaar. Aangezien dOORkijk minder geschikt is voor opleidingen met weinig AIOS maar ook deze opleidingen een kwaliteitscyclus moeten doorlopen is door de Centrale OpleidingsCommissie besloten dat het Leerhuis bij AIOS van de kleine opleidingen een exit-interview afneemt. Hier is in 2011 een start mee gemaakt. De in 2008 uitgerolde PHEEM, een meetinstrument naar opleidingsklimaat onder arts-assistenten, kreeg in 2010 een vervolg middels de D-RECT. Acties die naar aanleiding van de resultaten zijn gevolgd in 2011 zijn ondermeer Video-observatie van AIOS, om directe observatie te bevorderen; Extra aandacht voor specialisme specifiek onderwijs.

In 2011 werd, met uitzondering van juli, elke maand een tweedaagse introductie verzorgd voor nieuwe arts-assistenten. In totaal hebben 69 arts-assistenten deze introductie gevolgd. Ook vijf nieuwe medisch specialisten hebben (een deel van) de introductie gevolgd.

Het Leerhuis is halverwege 2011 gestart met maandelijks disciplineoverstijgend onderwijs. De helft hiervan is écht discipline overstijgend, de andere helft is meer klinisch georiënteerd onderwijs. Enkele onderwerpen die werden behandeld zijn:

- Actuele ontwikkelingen rondom Q koorts;
- Toekomst medisch specialisten;
- Nieuwe pijnprotocollen anesthesie;
- Meldcode Kindermishandeling;
- Veneuze Thrombo Embolie en
- Gewrichtsproblematiek.

Om alle medisch specialisten die betrokken zijn bij het begeleiden van arts-assistenten hierin te professionaliseren is er door het Leerhuis weer een jaarlijkse in company training "Teach the Teacher" georganiseerd.

Tenslotte is met groot succes door de wetenschapscommissie in 2011 voor de derde keer een wetenschapssymposium georganiseerd en is zoals beoogd tweemaal een wetenschapsmagazine verschenen: wetenschap@gelre.

De koepel ICT heeft zich in 2011 vooral gericht op inbreng vanuit de medisch staf bij de invoering van enkele nieuwe systemen, waaronder een nieuw EVS en EPD. Implementatie van een nieuw EVS had veel voeten in de aarde, zeker omdat dit ook gekoppeld moet kunnen worden aan het in 2012 verwachte nieuwe elektronisch patiëntendossier (EPD). Vanuit de koepel en onderliggende commissies en werkgroepen is getracht de bruikbaarheid en gebruiksvriendelijkheid voor de zorgverleners/gebruikers zoveel mogelijk te borgen. Uiteindelijk bleken de problemen te groot om dit daadwerkelijk in 2011 te realiseren. Door eind 2011 een grote groep medisch specialisten als testgebruikers in te zetten is nu de verwachting dat medio 2012 het nieuwe EVS ziekenhuisbreed is geïmplementeerd.

Verder is vanuit de koepel ICT veel energie gestoken in het opzetten van een nieuw EPD. Omdat het de bedoeling was om per 2012 over een geheel vernieuwd EPD te beschikken binnen Gelre ziekenhuizen vereiste dit dat medio 2011 alle voorbereidingen zouden zijn afgerond. Gezien de importantie betekende dit tevens een grote inbreng vanuit de medische staf. Hiervoor zijn dan ook enkele medisch specialisten voor geruime tijd vrijgemaakt. Ondanks alle inspanningen heeft de medische staf Apeldoorn medio 2011 uitgesproken dat men onvoldoende vertrouwen in het nieuwe EPD van SAP had om per 2012 daadwerkelijk hiermee te gaan werken. De uitkomst van alle discussies was dat het oude EPD voorlopig zou blijven en dat voor het nieuwe EPD verdere doorontwikkeling zou plaatsvinden.

Naast deze twee majeure projecten moest er vanuit de koepel ICT en de medische staf ook nog een forse bijdrage worden geleverd aan het op tijd klaar zijn voor het DOT-tijdperk.

Kwaliteit en veiligheid zijn de kernbegrippen voor de medisch specialistische zorg in Gelre ziekenhuizen, vandaar ook de grote aandacht middels een koepel kwaliteit. In 2011 is de samenstelling en werkwijze van de Koepel Kwaliteit gewijzigd. Dit deels vanuit behoeften van het bestuur Medische Staf Apeldoorn en deels doordat er naast de Holdingbrede stuurgroep Patiëntveiligheid en Zorgkwaliteit nu ook per locatie een lokale commissie Patiëntveiligheid en Zorgkwaliteit is. In deze laatste zijn alle medisch specialisten die deel uitmaken van de Koepel Kwaliteit van de Medische Staf Apeldoorn vertegenwoordigd.

Uiteraard is kwaliteitsbeleid een continuüm en zijn een groot aantal zaken doorlopende processen. Daarom is inbreng van de voorzitter van de Koepel Kwaliteit een vast item in de maandelijkse vergaderingen van de Medische Staf. Zo is tijdens stafvergaderingen één of meerdere keren aandacht besteed aan ondermeer calamiteiten en de (vernieuwde) calamiteitenprocedure; het meerjaren beleidsplan Kwaliteit Gelre ziekenhuizen; de implementatie en voortgang van de VMS-thema's; TOP 1-2-3 en SURPASS en dan met name met betrekking tot hoofdbehandelaarschap; het project Medisch Teamwork; Informed Consent en ontslagberichtgeving naar de huisarts; de Gedragscode Openheid medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid (GOMA); jaargesprekken met de IGZ.

De progressie op de genoemde onderwerpen is geboekt dankzij grote inzet van veel medisch specialisten samen met de ziekenhuisorganisatie. Hierbij is hard gewerkt om aan alle externe eisen te voldoen, maar ook om de interne lat hoog te leggen.

Een aantal onderwerpen dient apart genoemd te worden vanwege de impact op kwaliteitsgebied:

- Het opzetten van een Regieraad voor het omzetten van protocollen naar een nieuw beheerssysteem. Door deze nieuwe methodiek van indelen van documenten en de controle daarop is de verwachting dat er een grote kwaliteitslag gemaakt wordt.

- Het invoeren van kwaliteitsjaargesprekken met vakgroepen. In samenspraak met de directeur RVE Apeldoorn en het hoofd van de afdeling Patiëntveiligheid en Zorgkwaliteit, voert de voorzitter van de Koepel Kwaliteit met de vakgroep een kwaliteitsjaargesprek waarin in alle facetten met betrekking tot kwaliteitsborging en ontwikkeling aan de orde komen. In 2012 worden deze gesprekken uitgebreid, zodanig dat ook algemene zaken rondom het functioneren van een vakgroep als ook de financiële kanten aan bod komen. Hierbij zullen ook vertegenwoordigers van het bestuur Medische Staf Apeldoorn en de Stafmaatschap aanwezig zijn.
- Integrale inzage in het EPD voor alle medisch specialisten. Na een aantal uitgebreide discussies binnen de medische staf en een uitgebreide voorlichtingsavond met externe deskundigen heeft de medische staf Apeldoorn besloten om alle medisch specialisten integraal toegang tot het gehele EPD te geven. Het is de verwachting dat ook daardoor een kwaliteitsverbetering wordt bereikt.
- Reorganisatie van de acute en spoedeisende zorg. Door de voorzitter van de Koepel Kwaliteit werd in augustus 2011 een visiedocument geschreven naar aanleiding van de analyse van een aantal calamiteiten. Hierbij lag de nadruk op acute en spoedeisende zorg in Gelre ziekenhuizen. Eind 2011 heeft hij van de betreffende RVE-directeur met instemming van de Raad van Bestuur en het Medisch Stafbestuur de opdracht gekregen om deze reorganisatie vorm te gaan geven. De verwachting is dat deze reorganisatie substantiële kwaliteitswinst zal opleveren.
- IFMS. Na een goede start in 2010 leek het IFMS-traject wat te stagneren. Door een andere aanpak, nu vakgroepsgewijs, is het project weer vlot getrokken waardoor de gestelde doelen weer haalbaar zijn. Inmiddels heeft ongeveer dertig procent van de medische stafleden een IFMS-traject doorlopen.

Ook in 2011 heeft weer een grote ziekenhuisafvaardiging het 'International Forum on Quality & Safety in Healthcare' bezocht, ditmaal in Amsterdam, hetgeen weer een grote stimulans is voor de verbetering van de veiligheidscultuur binnen Gelre ziekenhuizen Apeldoorn. In de lijn van 2011 zullen ook in 2012 weer veel projecten doorlopen dan wel worden opgepakt om de ingezette lijn van kwaliteitsverbetering te bestendigen.

3.10 Medisch Stafbestuur Gelre Zutphen

De vereniging medische staf van Gelre Zutphen stelt zich ten doel het behartigen van de belangen van haar leden, het bewaken en bevorderen van de kwaliteit en doelmatigheid van het medisch handelen van haar leden en het bijdragen aan en participeren in (het uitvoeren van) het beleid van het ziekenhuis. De vereniging heeft daartoe eigen statuten en een huishoudelijk reglement.

Op 31 december 2011 telde de vereniging 101 leden waarvan 92 gewone leden en 9 buitengewone leden. Van de gewone leden zijn er 29 Gelrebreed werkzaam, 2 werkzaam in de Stedendriehoek en drie werkzaam in Zutphen en Deventer. Gedurende het jaar traden 7 leden toe en verlieten 4 leden de vereniging medische staf. Het bestuur vergaderde wekelijks en maandelijks vond er een plenaire stafvergadering plaats. Zie bijlage 18 voor de samenstelling van het stafbestuur op 31 december 2011.

In 2011 vonden de volgende belangrijke ontwikkelingen en activiteiten plaats:

Professionalisering stafbestuur

Voorheen kende de vereniging medische staf een stafbestuur en daarnaast een bedrijfsbureau, bestaande uit drie stafleden. Het bedrijfsbureau had tot doel om het kwaliteitsbeleid, financieel beleid en marketingvraagstukken beter vorm te geven. Vanuit het bedrijfsbureau werden zowel de vrijgevestigde maatschappen en vakgroepen van dienstverbanders als de medische staf in het geheel ondersteund. Om in de toekomst efficiënter en slagvaardiger te kunnen werken en vanwege de noodzaak tot het vormen van een financieel collectief voor 1 januari 2012, is besloten om het stafbestuur en bedrijfsbureau samen te voegen tot een nieuw geïntegreerd stafbestuur. Dit nieuwe stafbestuur is op 1 april 2011 haar werkzaamheden gestart. Alle leden van het stafbestuur worden voor deze functie op gelijke wijze gevaccineerd.

Ten behoeve van de verdere professionalisering van het stafbestuur werd tevens besloten tot het aantrekken van een bestuurssecretaris/beleidsmedewerker, die met ingang van 1 december 2011 haar werkzaamheden voor de medische staf is gestart.

Vorming collectief vrijgevestigde medisch specialisten

In het kader van de gewijzigde regelgeving omtrent de honoraria vrijgevestigde medisch specialisten is binnen Gelre Zutphen, evenals in alle algemene ziekenhuizen in Nederland, een financieel collectief van vrijgevestigde medisch specialisten gevormd. Gekozen is voor de vorm van een stafmaatschap. Alle in Gelre Zutphen werkzame vrijgevestigden zijn tot de stafmaatschap toegetreden en op 29 oktober 2011 is hiertoe de "Samenwerkingsovereenkomst stafmaatschap" ondertekend.

Het stafbestuur vormt tevens het bestuur van de stafmaatschap, met dien verstande dat de portefeuilles voorzitter en secretaris/penningmeester op een andere wijze zijn verdeeld.

Gedurende 2011 zijn in het Institutioneel Overleg gesprekken met de Raad van Bestuur gevoerd om tot afspraken te komen over de voorwaarden voor uitbetaling van het variabel honorariumdeel ter grootte van 15%. Afgesproken is dat deze 15% zal bestaan uit 7% basisvergoeding, 7% ambitievergoeding en 1% innovatievergoeding. In de "Uitkomst van overleg" d.d. 8 december 2011 zijn de exacte invulling van deze vergoedingen en de wijze waarop zij zullen worden uitgekeerd, vastgelegd.

Tevens is in het kader van de gewijzigde regelgeving door de Raad van Bestuur aan alle medisch specialisten werkzaam in Gelre ziekenhuizen, een nieuwe Toelatingsovereenkomst ter ondertekening voorgelegd.

Bedrijfsplan RVE Gelre Zutphen

Met als uitgangspunt het beleidsplan Gelre ziekenhuizen 2010-2014 is in 2011 vanuit een intensieve samenwerking tussen de medische staf en het management het "Bedrijfsplan RVE Zutphen 2011-2014" ontwikkeld. Dit bedrijfsplan behelst een geïntegreerd en gemeenschappelijk gedragen beleid voor de patiëntenzorg in Gelre Zutphen. In het bedrijfsplan wordt ingegaan op het type zorg waarop Gelre Zutphen zich wil richten, de organisatie en de thema's waarop Gelre Zutphen zich wil onderscheiden. Dit gemeenschappelijk bedrijfsplan van medische staf en management laat onverlet dat in een dynamische organisatie bij de uitvoering van het beleid verschillen van inzicht of belangen tussen de partners kunnen bestaan. Bij de daarover te voeren discussie zal het bedrijfsplan richtinggevend zijn om tot oplossingen te komen.

In de loop van 2011 bleek het door de hoge snelheid waarmee zich veranderingen in het zorglandschap voordeden (spreiding en concentratie van zorg, discussie over IC- en SEH zorg, vorming van zorgnetwerken) noodzakelijk om een aanscherping van het bedrijfsplan te formuleren in de vorm van een addendum. In dit addendum wordt voor Gelre Zutphen meer concreet aangegeven welke beleidskeuzes gemaakt worden ten aanzien van de acute zorg (inclusief de verloskunde) en low volume chirurgie, de electieve zorg en de chronische zorg. In januari 2012 is dit addendum in definitieve vorm aan het bedrijfsplan toegevoegd.

Evaluatie polikliniekconcept in de nieuwbouw

Met de ingebruikname van het nieuwe ziekenhuis in oktober 2010 is een geheel nieuwe werkwijze binnen de poliklinische zorg ingevoerd. Belangrijke elementen hierin zijn de scheiding tussen front- en back office activiteiten en het nieuwe systeem van decentraal wachten en wachtrijsturing.

Zowel onder patiënten als onder medewerkers en medisch specialisten bleken deze nieuwe werkwijzen niet naar volle tevredenheid te functioneren. Besloten is tot een grondige evaluatie die een hoge respons kende en daardoor zeer waardevol is geweest. Op basis van de evaluatie zijn verschillende korte termijn verbeteringen aangebracht op het gebied van de service naar de patiënt, telefonische bereikbaarheid en bewegwijzering. Daarnaast zal in 2012 een omvangrijk verbetertraject polikliniekconcept worden gestart. Het verbetertraject zal onder verantwoordelijkheid staan van een stuurgroep waarin twee leden van het stafbestuur zitting zullen hebben. In de verschillende verbeterteams zullen de betrokken medisch specialismen zijn vertegenwoordigd.

Polikliniek Gelre in Dieren

In september heeft Gelre Zutphen een polikliniek geopend in de nieuwe huisartsenpraktijk Hagenau in Dieren. De medische staf ondersteunt de doelstelling om de service en dienstverlening aan patiënten in Dieren en omgeving te vergroten. Er zijn dan ook zes medisch specialismen die in Dieren hun spreekuren aanbieden: interne geneeskunde, neurologie, cardiologie, longgeneeskunde, kindergeneeskunde en orthopedie. De locatie binnen een huisartsenpraktijk met zeven huisartsen heeft ook een gunstige uitwerking op de relatie medisch specialisten – huisartsen, de snellere doorverwijzing en daarmee behandeling van patiënten.

SAP-EPD en EVS

In 2011 is veel inspanning verricht om de implementatie van het SAP-EPD per 1 januari 2012 te kunnen realiseren. De medische staf heeft hierin geparticipeerd door deelname aan de HIG (Human Interface Group) en via vertegenwoordiging in de stuurgroep SAP-EPD/ICT. Eind 2011 moest echter geconstateerd worden dat het SAP-EPD niet zonder risico's per 1 januari 2012 ingevoerd kon worden. Na ampel beraad is daarom besloten om nog een aantal jaren door te gaan met het EPD van MCS en meer tijd te nemen voor de ontwikkeling van het SAP-EPD in samenwerking met andere SAP-ziekenhuizen.

Ook aan de implementatie van het EVS is in 2011 hard gewerkt. Door oponthoud bleek het niet mogelijk voor het eind van het jaar het EVS in te voeren, dit zal in 2012 plaatsvinden.

IFMS

In 2011 is belangrijke vooruitgang geboekt in het opleiden van auditoren en het auditen van leden van de medische staf.

Eind 2011 had circa 50% van de medisch specialisten werkzaam in Gelre Zutphen een IFMS-traject doorlopen. Door omstandigheden is de groep auditoren eind 2011 ingekrompen. Beleid is dat iedere maatschap/vakgroep die uit vier of meer leden bestaat een auditor voor het IFMS levert. In 2012 zal het stafbestuur daarom actief nieuwe auditoren werven bij de maatschappen/vakgroepen die nog geen auditor hebben geleverd. Doelstelling is dat eind 2012 alle leden van de medische staf Gelre Zutphen een IFMS-traject hebben doorlopen.

Kwaliteit en patiëntveiligheid

Stafbestuurslid met portefeuille Patiëntveiligheid en Zorgkwaliteit

Binnen het stafbestuur heeft mevrouw Dr. E.E.M. van Ginneken de portefeuille patiëntveiligheid en zorgkwaliteit. Zij neemt vanuit deze functie deel aan de stuurgroep patiëntveiligheid & zorgkwaliteit, de decentrale commissie patiëntveiligheid & zorgkwaliteit, de centrale VIM commissie en andere relevante overlegorganen. Tevens heeft zij de coördinatie ten aanzien van het IFMS en is betrokken bij calamiteitenonderzoek en de nieuwsbrief voor huisartsen.

NIAZ

De leden van de medische staf zijn nauw betrokken geweest bij het behalen van de NIAZ accreditatie in september 2010. Bij de toekenning van de accreditatie bleken er 15 verbeterpunten te zijn. Hiertoe zijn 17 verbeterplannen opgesteld die begin 2011 naar het NIAZ zijn gestuurd. Begin 2012 zal het NIAZ de voortgang van deze verbeterplannen toetsen tijdens een bezoek aan beide locaties van Gelre ziekenhuizen.

VMS

De centrale VIM commissie heeft een goed overzicht van de voortgang van de behandeling van incidentmeldingen. Ook uit de veiligheidsrondes komt bruikbare informatie naar voren om centraal verbeteringen door te voeren. In 2011 is door de ziekenhuisapotheek de medicatieverificatie bij opname en ontslag ingevoerd, hetgeen in 2012 ziekenhuisbreed zal worden uitgerold. Het thema kwetsbare ouderen wordt als beleidsspeerpunt uitgedragen door de vakgroep geriatrie. Er is een cultuuromslag gerealiseerd voor wat betreft screening op vallen, delier en voedingstoestand.

IGZ

Op 20 december 2011 heeft de IGZ Gelre Zutphen bezocht voor het reguliere jaargesprek. Ontwikkelingen met betrekking tot concentratie en spreiding van acute zorg en verloskundige zorg zijn uitgebreid oriënterend besproken. De calamiteitenprocedure en de activiteiten in het kader van het VMS werden door de IGZ positief beoordeeld. Wat betreft de voortgang van het IFMS constateerde de inspecteur enige achterstand (lange doorlooptijd). Ten aanzien van de kwaliteitsindicatoren is opgemerkt dat achterstand bestaat in de mogelijkheid tot digitaal registreren. Eén vakgroep is om nadere toelichting van een indicator gevraagd.

Visitaties

In 2011 zijn de maatschappen anesthesiologie, oogheelkunde, klinische pathologie (opleidingsvisitatie), klinische geriatrie en plastische chirurgie gevisiteerd.

Relatie met huisartsen

Sandwichdagen

Op 27 en 28 oktober en 24 en 25 november werd voor de derde keer de Sandwichcursus voor huisartsen en medisch specialisten gehouden. De cursus wordt georganiseerd door de Stichting GeZond, bestaande uit de huisartsen Mw. K. van Bosheide, Mw. D.P. Slofstra en M. Griffioen en de medisch specialisten Mw. S. Nauta, Dr. R.J.H. Ensink en J.W.M. Nijholt. Doelstelling van deze nascholing is met name de bevordering van de samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn. Centraal thema was "Over the edge". Met een opkomst van ruim 120 artsen uit de regio mag van een zeer geslaagde cursus gesproken worden.

Nieuw verwijssysteem

In 2011 werd het digitale verwijssysteem Messagelink geïmplementeerd. In de loop van het jaar bleken echter problemen op te treden in de communicatie tussen verschillende huisartsinformatiesystemen en Messagelink, waardoor eind 2011 is besloten om ziekenhuisbreed over te stappen op ZorgDomein. ZorgDomein zal in 2012 ingevoerd worden.

Liaisonfunctionaris

De medische staf wil een nieuwe impuls geven aan de communicatie en samenwerking met huisartsen. De per 1 december 2011 in dienst getreden bestuurssecretaris medische staf heeft daarom als belangrijk onderdeel van haar takenpakket de liaisonfunctie naar de huisartsen. In dat kader zal zij onder meer huisartsenpraktijken bezoeken om hun ervaringen en wensen ten aanzien van Gelre Zutphen te bespreken. Ook zullen referereerbijeenkomsten worden georganiseerd en zal er aandacht zijn voor het verwijssysteem en de periodieke nieuwsbrief.

Transmurale werkafspraken

De Commissie Transmurale Werkafspraken (TWA) is een samenwerkingsverband tussen de huisartsenvereniging Zutphen-Slingeland en Gelre Zutphen die sturing geeft aan de ontwikkeling van transmurale werkafspraken. Na een stille periode heeft de commissie in 2011 de ontwikkeling van transmurale werkafspraken (TWA's) weer `nieuw leven ingeblazen`. De commissie TWA bestaat uit M. Griffioen (huisarts en voorzitter), M. van der Kroef (huisarts), A.C.P. Maas (cardioloog), H.W. Palamba (chirurg) en A. van Dam (sr. organisatieadviseur). In 2011 zijn de transmurale afspraken Acuut Coronair Syndroom, Bell's parese/IPAV, CVA, Dementie en Mamma afwijkingen vastgesteld.

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 onontkómbare 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 hoofdambitie van Gelre ziekenhuizen moeten zijn. Op basis van de visie op de markt zijn daarvoor als meest beïnvloedbare factoren onderkend: kwaliteit van zorg, 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 onontkómbare 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 2011 is aan de Raad van Toezicht een meerjarenprognose voorgelegd. Nieuwe onzekerheden, zoals de invoering van prestatiebekostiging op basis van DOT-producten en zorgverzekeraars die strakker gaan sturen op schadelastbeperking waardoor de groei wellicht beperkt gaat worden, zorgen er voor dat in het ergste geval het rendement en de solvabiliteit onder druk komen te staan. Een verlieslatende exploitatie kan alleen worden omgebogen door extra efficiëncymaatregelen. Met dit scenario is vooralsnog geen rekening gehouden bij het opstellen van de begroting 2012.

4.2. Algemeen beleid

Gelre ziekenhuizen heeft, voortbouwend op hetgeen terzake is bereikt in 2010, ook in 2011 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.

Het nieuwe besturingsmodel dat in 2009 is ingevoerd is in 2011 geëvalueerd. De hoofdconclusie van het Transitiecomité, dat de evaluatie uitvoerde, is dat de slagvaardigheid van Gelre ziekenhuizen inderdaad vergroot is. Andere punten die in de evaluatie positief naar voren zijn gekomen zijn onder andere dat er meer ruimte is voor de resultaatverantwoordelijke eenheden voor eigen invulling en dat de schaalvoordelen van de fusie behouden zijn gebleven. De Raad van Bestuur heeft de meeste conclusies overgenomen en besloten dat het model doorontwikkeld moet worden.

De invoering van een systeem van dienstverlenings-overeenkomsten 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 heeft in 2010 vertraging opgelopen, waardoor het voor dit onderdeel te vroeg is om nu al conclusies te trekken.

De aanpak van kwaliteitsverbetering, zowel op het gebied van patiëntveiligheid als op het gebied van zorgkwaliteit, kent een grote betrokkenheid van alle geledingen in de organisatie en wordt daar steeds sterker in verankerd. Op het niveau van de Raad van Toezicht is in de zomer de commissie Zorg van start gegaan (zie ook 3.3). Door de Raad van Bestuur wordt de aanpak

aangestuurd via de 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. In 2011 is extra aandacht geweest voor de calamiteitenprocedure. Hierbij staat het leren centraal.

Met vertegenwoordigers van de vrijgevestigd medisch specialisten is gedurende het jaar in toenemende mate intensief overleg gevoerd over de lokale uitwerking van het hoofdlijnenakkoord dat door brancheverenigingen OMS en NVZ en het ministerie van VWS is ondertekend en partijen dwingt om per 1 januari 2012 nadere afspraken te maken over de productie van Gelre ziekenhuizen en de verdeling van honoraria van het Collectief. Op 8 december is, tot grote tevredenheid van alle partijen, een uitkomst van overleg ondertekend waarin nadere afspraken zijn gemaakt over de wijze waarop 15% van het variabel honorarium kan worden toegekend, de integrale invoering van de nieuwe model toelatingsovereenkomst, de borging van de continuïteit van de organisatie die een gezamenlijke inspanning vergt, met name daar waar het gaat om de kwaliteit en veiligheid van zorg en de financiële positie van de organisatie, de vroegtijdige detectie van knelpunten in het functioneren van (delen van) de organisatie alsook individuen in het bijzonder en het samen optrekken richting verzekeraars en andere partijen op het gebied van financiering, spreiding en concentratie en samenwerking in o.a. de Stedendriehoek Apeldoorn, Deventer, Zutphen.

Op 17 september 2010 is de nieuwbouw van Gelre 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. 2011 heeft in belangrijke mate in het teken gestaan van het optimaliseren van het gebruik van het gebouw door het opheffen van kinderziektes.

In 2011 is gestart met de aanbesteding van de sloop van het oude ziekenhuis in Zutphen. De sloop is inmiddels gegund aan de firma Oranje, de overdracht van het gebouw heeft plaatsgevonden. Alle vergunningen zijn inmiddels afgegeven en daarmee is ook de discussie met de arbeidsinspectie afgewikkeld. Vanwege asbest in het gebouw heeft het voortraject langer geduurd dan gepland. In 2012 zal met de daadwerkelijke sloop worden gestart.

Er is een omwonendenbijeenkomst georganiseerd om belangstellenden te informeren over het verloop van de sloop terwijl ook de klankbordgroep omwonenden goed op de hoogte wordt gehouden van de gang van zaken.

Een voorzichtige start is gemaakt met de (interne) discussie over de herontwikkeling van het vrijkomende terrein na de sloop. In het Masterplan op basis waarvan de bestemmingsplanwijziging voor de nieuwbouw is gegrondvest wordt gesproken voor dit deel over zorggerelateerde kantoorfuncties, en zorggerelateerd wonen.

De inrichting van een nieuw Ziekenhuis Informatie Systeem (ZIS) op basis van SAP is in 2011 voortgezet. Er is gestart met de volgende fase in het kader van invoering van SAP, namelijk SAP4EPD. Vanwege de samenloop van geconstateerde problematiek vindt de invoering van SAP EPD gefaseerd plaats. Dit laat onverlet dat ook doorgegaan wordt met de ontwikkeling van het SAP EPD omdat de RvB van mening is dat de ontwikkeling van één geïntegreerd ziekenhuisinformatiesysteem op termijn de beste optie is om de informatisering van Gelre vorm te geven, conform de intenties die hiervoor in het beleidsplan zijn opgenomen.

Ook in het verslag over 2010 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 2011 heeft Gelre ziekenhuizen een behoorlijke stijging van verleende zorg gerealiseerd:

- de poliklinische productie is gestegen met 3,3%;
- de klinische productie is gestegen met 6%.

Het operationele resultaat voor 2011 is uitgekomen op € 4,1 miljoen. Dit komt neer op 1,6% van de omzet. Dit is hoger dan het begrote resultaat van € 1,2 miljoen:

- de extra opbrengst bedroeg € 3,2 miljoen, terwijl de extra kosten € 2 miljoen bedroegen;
- uit de dotatie aan het innovatiefonds is niets gebruikt (€ 1 miljoen).

Het totaalresultaat, inclusief incidentele baten en lasten, komt uit op € 7,1 miljoen. Dit komt neer op 2,8% van de omzet.

De incidentele posten van € 4,1 miljoen betreffen met name een hoger dan verwachte opbrengst uit 2010. In 2011 is uiteindelijk een veel hoger bedrag aan opbrengsten over 2010 gefactureerd dan ultimo 2010 was geraamd "als nog te factureren". Dit komt mede door de inzet van ValueCare als onze financiële bewakingsdienst.

In 2011 is met het bereikte exploitatieresultaat de solvabiliteit verder versterkt:

- het Wfz-budgetratio (eigen vermogen gedeeld door totale opbrengst) is gestegen van 20% naar 21%
- het solvabiliteitsratio (eigen vermogen gedeeld door totaal vermogen) is gestegen van 11% naar 14%.

De 'debt service coverage ratio' van Gelre ziekenhuizen is ook verder gestegen van 1,4 naar 1,7. 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.

Hiermee is voldaan aan de doelstellingen zoals geformuleerd in de meerjarenprognose.

Op de PAAZ-afdeling werd, nadat een patiënt een klacht had ingediend, geconstateerd dat een medewerker, tegen vergoeding, een behandelrelatie met een patiënt onderhield. Behalve dat de betreffende medewerker is ontslagen is ook onderzoek gedaan naar de vraag of dit gedrag vaker voorkomt danwel dat er sprake is van een cultuur waarin dit soort gedrag kan ontstaan. Het eerste bleek niet het geval te zijn. Wat betreft de tweede vraag is geconstateerd dat de cultuur binnen de afdeling zodanig was dat dit soort gedrag kon ontstaan echter er is niet sprake van een wijdverspreide cultuur van ongepast gedrag. Hierop zijn een aantal specifieke interventies gepleegd. De resultaten hiervan worden periodiek geëvalueerd.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg is hierover geïnformeerd.

Steeds meer medewerkers van beide ziekenhuizen komen met de auto naar het werk. Dit heeft in de loop der jaren tot een verhoging van de parkeerdruk geleid tot een zodanig niveau dat

gevaarlijke situaties ontstaan. Met de Ondernemingsraad is na een lang en intensief traject overeenstemming bereikt over het invoeren van betaald parkeren door medewerkers. Hierbij is het doel het parkeren zodanig te reguleren dat niet langer gevaarlijke situaties ontstaan. De maatregel wordt in 2012 ingevoerd.

In toenemende mate is ook in de Stedendriehoek de invloed merkbaar van de discussie over spreiding en concentratie van ziekenhuiszorg. Onder regie van de verzekeraars is een eerste gesprek gevoerd tussen de Raden van Bestuur van het Deventer ziekenhuis en Gelre ziekenhuizen over dit onderwerp. Deze gesprekken gaan in 2012 vervolgd worden, zowel regionaal als intern. Intern zijn daarbij o.a. de profielen van beide ziekenhuizen onderwerp van gesprek. In deze discussies is het belang dat alle interne partijen actief betrokken worden zodat samen opgetrokken kan worden.

RVE-Zutphen

Meer tijd voor de patiënt.

Een groot deel van de tijd en middelen van een ziekenhuis wordt besteed aan de zorg voor patiënten. In de praktijk blijkt echter dat maar een klein deel van de tijd van de verpleegkundigen besteed wordt aan directe patiëntenzorg. Uit onderzoek is gebleken dat verpleegkundigen slechts 30 procent van de tijd aan directe patiëntenzorg besteden en 70 procent gaat op aan administratie, lopen, overleg, coördinatie van zorg en informatie zoeken.

Deze toenemende regel- en meetlast voor verpleegkundigen is voor de RVE Zutphen de aanleiding om in samenwerking met, en de voortrekkersrol van de Verpleegkundige Advies Raad (VAR) te starten met het project „Meer Tijd voor de Patiënt™”. In dit project wordt de nadruk gelegd op de kracht van de verpleegkundigen zelf om hun eigen processen te verbeteren om daarmee een nieuwe, efficiëntere manier van werken met een betere afstemming van mensen en middelen, meer tijd voor zowel de patiënt, de familie, de verpleegkundige als de organisatie te bewerkstelligen.

Het project heeft in 2011 als pilot gedraaid op de afdelingen Neurologie en Cardiologie van het Gelre Zutphen en is succesvol verlopen. De gemeten resultaten zijn:

- Verbeterde kwaliteit van zorg;
- Toename van de patiënt- en medewerkertevredenheid en efficiency;
- Meer rust, betrokkenheid, initiatief en samenwerking.

De positieve trend is terug te zien in de tijd en aandacht voor de patiënt. In 2012 wordt een vervolg gegeven aan deze pilot met de opzet om het project over alle verpleegafdelingen van de RVE –Zutphen uit te rollen.

Buitenpolikliniek in Dieren en spreekuur gynaecologie/verloskunde in Doesburg.

In de afgelopen jaren is er vanuit Dieren (gemeente Rheden), een substantiële en constant groeiende patiëntenstroom naar het ziekenhuis Gelre Zutphen.

Met het openen van een buitenpolikliniek Dieren op 12 september 2011 is geanticipeerd op deze zorgvraag en inhoud gegeven aan het in het bedrijfsplan van Gelre Zutphen geformuleerde visie om een comfortziekenhuis te willen zijn, dat de basiszorg levert plus enkele speerpunten voor de naaste omgeving. Een principe daarbij is dat de zorg zoveel mogelijk naar de klanten wordt gebracht.

In goed overleg met de huisartsen in Dieren is de polikliniek gevestigd in een ruimte van huisartsenpraktijk Hagenau aan de Wilhelminaweg in Dieren. De polikliniek kenmerkt zich door kleinschaligheid, een breed zorgaanbod en korte toegangstijden.

Er is gestart met zes medisch specialismen die daar spreekuur houden; interne geneeskunde, neurologie, cardiologie, longziekten, kindergeneeskunde en orthopedie.

Tijdens de voorbereidingen voor de realisatie van de polikliniek in Dieren bleek de Vroedvrouwenpraktijk Dieren, Doesburg, Brummen, gevestigd in Doesburg behoefte te hebben aan spreekuurcapaciteit in Dieren. De maatschap gynaecologie/verloskunde Zutphen wilde graag spreekuur houden in Dieren maar de voorzieningen aldaar waren niet toereikend. Echter de verloskundige praktijk in Doesburg had deze wel.

Een deal voor een ruiling van spreekuurcapaciteit was snel gemaakt. Hiermee konden de krachten gebundeld worden om binnen de regio betere (verloskundige en gynaecologische) zorg te kunnen gaan bieden. Tevens konden ten behoeve van een goede samenwerking tussen de gynaecologen van Gelre Zutphen en de ter plaatse aanwezige huisartsengroep De Linie in Doesburg, nadere werkafspraken gemaakt worden.

In de korte tijd dat de polikliniek in Dieren is geopend is, voldoet hij aan de verwachtingen en krijgen we veel positieve reacties. Het aantal specialismen dat spreekuur houdt in Dieren kan en zal in 2012 uitgebreid worden. Daarbij biedt zowel de vestiging in Dieren als in Doesburg de mogelijkheid om in samenwerking met de eerstelijns tot een beter en meer geïntegreerd zorgaanbod te komen.

RVE Apeldoorn

Bedrijfsvoering

In 2011 is een start gemaakt met het traject poli herontwerp. Getracht is om op basis van kengetallen een analyse te maken van de noodzakelijke formatie op de poliklinieken. Vanuit deze analyse is een berekening opgesteld van het besparingspotentieel per polikliniek. Verder is er in één polistraat een centrale balie geplaatst met als doel de klantvriendelijkheid verder vorm te geven. De klantvriendelijkheid is verder gestimuleerd door gratis koffie en thee aan de wachtenden aan te bieden. Begin 2012 zal dit concept worden geëvalueerd en indien positief daar waar mogelijk verder worden uitgerold.

Uitbreiding van activiteiten

In 2011 heeft er een overname plaatsgevonden van een verloskundige praktijk uit Apeldoorn. Deze praktijk, die al geruime tijd succesvol verloskundige zorg in de eerste lijn vorm gaf, is een BV geworden en valt nu onder de Gelre Holding. In 2011 zijn er plannen gemaakt om een Verloskundig Centrum te bouwen, waar zwangeren onder het dak van het ziekenhuis kunnen bevallen. De verwachting is dat het nieuwe gebouw september 2012 zal worden opgeleverd. Daarnaast zal aan de Deventerstraat een nieuwe lokatie worden gestart waar consulten worden gedaan ten behoeve van het Verloskundig Centrum.

Geriatric

In maart 2011 is in Gelre Apeldoorn een nieuwe klinische afdeling Geriatric gestart. Met deze nieuwe afdeling wordt een belangrijke bijdrage geleverd aan de zorg aan complexe ouderen. De

afdeling heeft tien bedden en heeft in een korte tijd al een uitstekende naam opgebouwd, daar waar het gaat om de medische en verpleegkundige zorg.

Maag-Darm-Leverziekten

Januari 2011 zijn twee nieuwe MDL-artsen gestart. Daarmee is een einde gekomen aan een periode van relatief grote onzekerheid voor wat betreft de continuïteit van zorg. Inmiddels is de vakgroep bijna op sterkte (4fte) en zal eind 2012 de laatste specialist starten, waarmee de vakgroep de gewenste formatie bereikt heeft.

Algemeen Ondersteunende Diensten (AOD)

Visievorming

Het belangrijkste onderwerp van 2011 is de visievorming, die heeft plaatsgevonden binnen het managementteam van de AOD. Met het complete MT is de koers uitgezet voor een periode van drie jaar. Hierin hebben MT-leden elkaar kunnen vinden op visie én als persoon. De bijeenkomsten en gezamenlijke activiteiten hebben het teamgevoel binnen het MT van de AOD versterkt.

Hotel

- Het concept van de Servicemedewerker, zoals in pilot ontwikkeld in Zutphen is geëvalueerd en wordt voorbereid voor verdere uitrol in de eerste kwartalen van 2012.

Inkoop

- In het 4e kwartaal is het project "Contractbeheersysteem" in de afrondende fase beland. Al circa 300 contracten zijn geregistreerd en in januari 2012 worden de contracten van de apotheek hieraan toegevoegd.
- De besparingen in 2011 op exploitatie (800k) en investeringen (400k) zijn aanzienlijk. Er is in Q4 een belangrijk inkoopresultaat geboekt bij het inkopen van echo-apparatuur.

Medische Technologie

De focus van de afdeling Medische Technologie ligt op het Kwaliteitsbeleid binnen de afdeling. Er zijn plannen gemaakt c.q. uitgevoerd om de kwaliteit van de processen te waarborgen en de continuïteit te verzekeren. Vermeldenswaardig is dat de aanzet die gegeven is tot kwaliteitsverbetering al een voordracht voor "best practice" waardering van de NIAZ kreeg.

Bedrijfsbureau

- Het belangrijkste punt is het afronden (en bezig zijn) met LEAN processen, omdat dit zo veel energie vrijmaakt binnen de afdelingen en tegelijkertijd kwaliteit en lagere kosten genereert. LEAN management is als methodiek bedoeld om op procesniveau te optimaliseren in de breedte geaccepteerd als waardevol instrument. Verscheidene processen zijn geoptimaliseerd en geïmplementeerd en een aantal processen bevinden zich nog in de herontwerpfase. De meerwaarde van de methodiek is gelegen in het verbinden van afdelingen op procesniveau, het enthousiasmeren van medewerkers, het verhogen van de kwaliteit en het verlagen van de kosten per proces.

- Reeds geoptimaliseerde processen: vermindering spoedbestellingen; optimaliseren goederenlogistiek; reserveren vergaderzalen; digitalisering facturatie en werkwijze rondom ziekte.
- Nu lopende ontwerptrajecten: beddenlogistiek Apeldoorn en proces in/uit dienst.
- Er zijn PDC en twee DVO's beschreven en gerealiseerd.

Vastgoed & Diensten

- De belangrijkste ontwikkeling is het vinden van een betere interne samenwerking met de Financiële Administratie. Hoewel direct voor de klant niet zichtbaar levert dit op termijn voor de klant minder overlast en dus meer kwaliteit op.

Gebouwen & Techniek

- In maart werd in nauwe samenwerking met zorgverleners, apotheek en installateur een contaminatie in het medische gassennet van Gelre Zutphen hersteld. Onder eigen regie is in de nacht van 30 op 31 maart een projectorganisatie ingericht waarbij het ziekenhuis werd afgekoppeld van het centrale gassennet en handmatig overschakelde op lokale gasflessen per bouwlaag. Na reparatie is de centrale medische gassenlevering hersteld. Dit project heeft een grote impact gehad op de medewerkers van de afdeling Gebouwen & Techniek en de betrokken zorgverleners.
- In bouwdeel A in Gelre Apeldoorn vertoonde het railkokersysteem stroomdippen in het net. In samenwerking met zorg en installateur is de foute verbinding gedetecteerd. Vervolgens is in een avond het bouwdeel omgeschakeld op een interim voeding en is het defecte verbindingstuk vervangen.
- Na elke ingebruikname van een nieuw gebouw ontstaat in de eerste maanden behoefte aan aanpassingen van onderdelen van het gebouw, de techniek of de inrichting. Onder regie van de afdeling Gebouwen & Techniek is het veegbestek door het team van Gebouwen & Techniek in nauwe samenwerking met de zorgeenheden en de medisch ondersteunende diensten in Gelre Zutphen en MOD in Gelre Zutphen tot ieders tevredenheid gerealiseerd.
- Het restaurant van Gelre Zutphen is bouwkundig aangepast voor ontvangst van aan grote groepen. Het realiseren van een podium, zonwering, beamers en nieuwe toegangsdeuren heeft de gebruiksmogelijkheden aanzienlijk vergroot.
- In Gelre Apeldoorn is een concept ontwikkeld voor de centrale ontvangst van patiënten direct bij de ingang van een van de polistraten.
- De afdeling Gebouwen & Techniek heeft een belangrijke bijdrage geleverd aan de aanpak van de aspergillusbesmetting op de afdeling IC in Gelre Apeldoorn. Op de verkoeverafdeling van het operatiekamercomplex werd een interim IC gerealiseerd. Tijdens de leegstand van de afdeling IC werd preventief onderhoud uitgevoerd en werd het nieuwe toegangsregime gerealiseerd onder supervisie van de intensivisten.

Mobiliteitsmanagement

Met betrekking tot het parkeren van patiënten en bezoekers is een stabiele situatie ontstaan, waarbij er – ook op piektijden – een goede balans is bereikt tussen het aanbod en het aantal parkeerplaatsen.

In 2011 zijn extra stimuleringsmaatregelen genomen voor medewerkers om hen aan te moedigen per fiets naar het werk te reizen. Het aantal plaatsen in de fietsenstalling is uitgebreid, er zijn

oplaadpunten gemaakt voor E-bikes en er is een regeling ontworpen om financieel aantrekkelijk een E-bike te kunnen kopen.

Het wordt niet uitgesloten dat deze maatregelen onvoldoende verlichting van de druk op de parkeerplaatsen voor medewerkers opleveren. Daarom worden concrete maatregelen voorbereid om vermindering van het autoverkeer door medewerkers te bewerkstelligen.

In Zutphen zijn de bushaltes aangepast, zodat patiënten en bezoekers droog en comfortabel kunnen wachten op het openbaar vervoer.

Milieubeleid

Binnen Gelre ziekenhuizen wordt gewerkt aan het voldoen aan de gestelde criteria voor de Milieuthermometer niveau Brons. In 2011 is hiertoe een energiebesparingsplan opgesteld en zijn maatregelen genomen om lozingen op het afvalwater te voorkomen. Aan de overige gestelde eisen (zoals bijvoorbeeld afvalscheiding, luchtbeheersing, schoonmaak, klachtenafhandeling en omgaan met gevaarlijke stoffen) werd reeds door Gelre ziekenhuizen voldaan.

Beoogd wordt het certificaat Brons in 2012 te behalen en vervolgens op te gaan voor het certificaat Zilver.

Sponsoring

Regelmatig wordt Gelre ziekenhuizen benaderd met het verzoek of wij initiatieven of projecten willen sponsoren. De Raad van Bestuur is hierin 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 ontwikkelings samenwerking, te weten de Stichting Medic en de Stichting Eardrop. De hulp vanuit Gelre betreft hier producten (hulpmiddelen, apparatuur e.d.) die anders geen bestemming zouden hebben gehad.

4.2.1 Leerhuis

Medische opleidingen

Gelre ziekenhuizen beschikt over erkenningen voor 19 medische opleidingen (of stages ervan):

- Anesthesiologie
- Cardiologie
- Chirurgie
- Gynaecologie
- Huisartsgeneeskunde (interne geneeskunde, chirurgie, cardiologie, geriatrie)
- Interne Geneeskunde
- Kindergeneeskunde
- Klinische chemie
- Klinische fysica
- KNO
- Oogheelkunde
- Psychologie GZ (V&O en K&J)
- Pathologie
- Radiologie
- Specialist Ouderengeneeskunde (interne geneeskunde en neurologie)

- Tropenopleiding chirurgie
- Tropenopleiding gynaecologie
- Tropenopleiding kindergeneeskunde
- Ziekenhuisfarmacie

Nieuwe erkenningen

In 2011 zijn er geen nieuwe medische opleidingen gestart. Wel heeft de klinische chemie haar tweede AIOS gekregen en heeft de KNO voor het eerst een AIOS met een differentiatiestage in de vestibulogie begeleid.

In 2011 heeft de vakgroep geriatrie stappen gezet om te starten met een co-schap. Het UMC-Radboud is één van de weinige UMC's die een co-schap geriatrie in het curriculum heeft opgenomen. Er zijn afspraken gemaakt en in 2012 komen de eerste co-assistenten.

Visitaties

In 2011 zijn drie opleidingen gevisiteerd volgens de nieuwe eisen die aan medische vervolgoopleidingen worden gesteld. Een aantal van die eisen is: een lokaal opleidingsplan, het afnemen van KPB's, het voeren van voortgangs- en portfoliogesprekken.

- Cardiologie: erkenning voor 5 jaar gekregen
- Klinische pathologie: erkenning voor 5 jaar gekregen.
- Chirurgie: erkenning voor 5 jaar gekregen.

Wisseling opleiders

- Opleider en plaatsvervangend opleider ziekenhuisfarmacie zijn van functie gewisseld: H. Ros wordt opleider en G. de Weerd plaatsvervangend opleider.
- Opleider en plv opleider chirurgie zijn van functie gewisseld: P. van Duijvendijk wordt opleider en W. Bouma plaatsvervangend opleider.
- In verband met het overlijden van de opleider oogheelkunde, N. Buisman, is de plaatsvervangend opleider H. Scheenloop opleider geworden. Nieuwe plaatsvervangend opleider is G. Hoogerwou.

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 vervolgoopleidingen. In 2011 hebben interne geneeskunde, kindergeneeskunde, anesthesiologie, radiologie en gynaecologie het hele dOORKijk traject doorlopen, waarna een plan van aanpak is opgesteld voor de komende twee jaar. Aangezien dOORKijk minder geschikt is voor opleidingen met weinig AIOS maar ook deze opleidingen een kwaliteitscyclus moeten doorlopen is door de COC besloten dat het Leerhuis bij AIOS van de kleine opleidingen een exitinterview afneemt en de resultaten daarvan bij een n=4 rapporteert aan de opleider. Hier is in 2011 een start mee gemaakt.
- D-RECT
De in 2008 uitgerold PHEEM, een meetinstrument naar opleidingsklimaat onder arts-assistenten, kreeg in 2010 een vervolg middels de D-RECT. Acties die naar aanleiding van de resultaten zijn gevolgd in 2011 zijn:
 - Video-observatie van AIOS, om directe observatie te bevorderen

- Extra aandacht voor specialisme specifiek onderwijs, door ondersteunen van de organisatie ervan door het Leerhuis
- Ontwikkeling van formulieren t.b.v. het vastleggen van afspraken die tijdens een plannings- of voortgangsgesprek worden gemaakt.

Bureau O&O naar een Leerhuis

In mei 2011 is J. van Suijlen als voorzitter Bureau O&O opgevolgd door C. Schröder, manager Leerhuis. Schröder heeft als belangrijke opdracht gekregen om een Leerhuis op te gaan zetten waar alles wat met opleiden en wetenschap te maken heeft ook organisatorisch onder valt. Er wordt een organogram opgesteld en een organisatiestructuur beschreven die door de RvB werd goedgekeurd. Voor wat betreft fysieke samenwerking worden er plannen gemaakt om binnen het Open Leercentrum en de Vakbibliotheek werkplekken te creëren voor alle functionarissen binnen het Leerhuis.

Voor het extra ondersteunen van de modernisering en de opleidingsvisitaties komt er uitbreiding van medewerkers Leerhuis van een dag per week en er wordt een extra onderwijskundige voor twee dagen per week aangesteld.

Introductie nieuwe arts-assistenten

In 2011 werd met uitzondering van juli, elke maand een tweedaagse introductie verzorgd voor nieuwe arts-assistenten. In totaal hebben 69 arts-assistenten deze introductie gevolgd. Ook 5 nieuwe medisch specialisten hebben (een deel van) de introductie gevolgd.

Discipline Overstijgend Onderwijs

Het Leerhuis is halverwege 2011, na accordering door de COC, gestart met maandelijks DOO. De helft ervan is écht discipline overstijgend, de andere helft is meer klinisch georiënteerd onderwijs. De onderwerpen die werden behandeld zijn:

- Actuele ontwikkelingen rondom Q koorts, door arts-microbioloog, 40 aanwezigen
- Toekomst medisch specialisten, door voorzitter stafmaatschap, 40 aanwezigen
- Radiologie onderwijs: thorax foto's, door radioloog, 45 aanwezigen
- Nieuwe pijnprotocollen anesthesie, door anesthesioloog, 45 aanwezigen
- Meldcode Kindermishandeling, door NP kindergeneeskunde en AMK, 55 aanwezigen
- Veneuze Thombo Embolie, door internist, 43 aanwezigen
- Een benauwde patiënt 6 dagen na een laparotomie, door intensivist, 43 aanwezigen
- Palliatieve zorg, ethiek, euthanasie, door klinisch geriater, consulent palliatieve zorg en SCEN arts en huisarts, consulent palliatieve zorg, 34 aanwezigen
- Wetenschappelijk presenteren, door arts-epidemioloog en docent sociale vaardigheden van de HAN, 31 aanwezigen
- Gewrichtsproblematiek, door reumatoloog, 18 aanwezigen
- Ontwikkelingen op het gebied van longkanker, door longarts, 18 aanwezigen

Teach the teacher

In 2011 hebben A. Huisjes en E. Overeem eenmaal een Teach the Teacher training gegeven voor Gelre. Er zijn 9 stafleden getraind. Drie stafleden hebben in 2011 de TdT training elders gevolgd. De training zal jaarlijks door het Leerhuis worden georganiseerd om naast stafleden ook nieuwe opleidende stafleden de gelegenheid te bieden zich te scholen.

Workshops

Door het Leerhuis zijn twee geaccrediteerde workshops georganiseerd:

- Workshop lokaal opleidingsplan door C. den Rooijen, KNMG, deelnemers: 12 opleiders/plv opleiders
- Workshop Multi Source Feedback door A. Huisjes en E. Overeem, deelnemers: 7 opleiders/plv opleiders.

4.2.2 Gelre 2012

Onder voorzitterschap van de Raad van Bestuur en met vertegenwoordigers uit alle ziekenhuisgeledingen 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 2011 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.

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 flashbacks wordt een relatie gelegd met de huidige situatie. In 2009 en 2010 werden korte films gemaakt door de afdeling Communicatie waarin de voortgang van de projecten werd getoond. In 2011 werd de mogelijkheid geboden aan afdelingen om zelf een commercial te maken over de wijze waarop zij werken aan de optimalisatie van de zorg. Deze korte films zijn op het intranet voor medewerkers toegankelijk en zijn uitzonderlijk goed bekeken. Aan het maken van een commercial werd een prijsvraag verbonden. In 2012 zullen medewerkers en een professionele jury samen bepalen wie de winnaar is, waarna het project wordt afgesloten.

4.3 Algemeen kwaliteitsbeleid

Integraal kwaliteitsmanagementsysteem

Gelre ziekenhuizen beschikt over een integraal kwaliteitsmanagementsysteem dat is 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 veiligheidsmanagement-systeem van Gelre ziekenhuizen.

In 2011 is het Meerjarenbeleidsplan patiëntveiligheid en zorgkwaliteit voor de periode 2011-2014 als definitieve versie tot stand gekomen. De visie hierbij is dat patiëntveiligheid een onderdeel vormt van het integrale kwaliteitsmanagement. Het meerjarenbeleid heeft in 2011 gediend als leidraad bij het formuleren van de jaarplannen op verschillende niveaus in de organisatie.

Kwaliteitskeurmerken en accreditaties

Naast de NIAZ accreditatie beschikt Gelre ziekenhuizen ultimo 2011 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;
- HKZ certificaat voor de PAAZ
- 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 Achmea voor staar, beroerte, borstkanker, blaaskanker, vervanging heupen 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 & Zutphen.
- CQ Mammacare (lintje) van de BVN
- Ontwikkeling van de Freya Fertiliteitsmonitor

4.4 Kwaliteitsbeleid ten aanzien van patiënten / cliënten

4.4.1 Kwaliteit van zorg

Stuurgroep en commissies Patiëntveiligheid en zorgkwaliteit

Het integrale kwaliteitsbeleid in Gelre ziekenhuizen is verder doorontwikkeld, aangestuurd door de Stuurgroep Patiëntveiligheid en Zorgkwaliteit. Deze stuurgroep 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. In 2011 zijn aan de stuurgroep ook de directeuren Medisch ondersteunende diensten en Algemeen ondersteunende diensten toegevoegd. De commissie vergadert tweemaandelijks.

Bureau patiëntveiligheid en zorgkwaliteit

In het Bureau patiëntveiligheid en zorgkwaliteit 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

Er zijn in 2011 negen interne audits uitgevoerd op afdelingen of zorgtrajecten. In Apeldoorn gaat het om de afdelingen Intensive Care, OK en PAAZ en de zorgtrajecten Instabiele buikpatiënt op de SEH-ICU en diabeteszorg.

In Zutphen zijn de afdelingen Intensive care, OK en het zorgtraject Chemotherapie geauditeerd. Op basis van de auditrapportage hebben de afdelingshoofden of zorgtrajecteigenaren een verbeterplan geformuleerd.

Het auditproces is in 2011 geëvalueerd en waar nodig bijgesteld. Toekomstige audits voldoen hiermee aan de eisen die het NIAZ stelt aan de interne audits.

Procesoptimalisatie

In 2011 is gestart met het ontwikkelen van een aantal nieuwe oncologische zorgpaden:

- Longcarcinoom
- Prostaatcarcinoom
- Coloncarcinoom

Het al eerder ontwikkelde zorgpad Mammacarcinoom is opnieuw opgepakt en aangepast. De van toepassing zijnde prestatie-indicatoren vanuit IGZ, Zichtbare zorg, Zorgverzekeraars en andere stakeholders worden zoveel mogelijk opgenomen in de verschillende zorgpaden.

Per zorgpad zijn kleine, slagvaardige werkgroepen ingesteld die waar nodig andere inhoudsdeskundigen inschakelen.

Zorgtrajecten (vaak afdelingsgebonden) en zorgpaden (multidisciplinair) worden getoetst door middel van interne audits. Op basis van resultaten van interne audits, procesuitkomsten en analyses en interne en externe ontwikkelingen worden bestaande zorgtrajecten en zorgpaden continu aangepast.

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.

Het project medisch teamwork heeft in 2011 verder vorm gekregen. De eerste groep medisch specialisten en verpleegkundigen is getraind. Zij zijn enthousiast over de aanpak en resultaten van het medisch teamwork. Het projectplan is opgesteld en goedgekeurd door de stuurgroep patiëntveiligheid en zorgkwaliteit. In 2012 vindt verdere uitrol van het project plaats.

Veiligheidsrondes worden breed in de organisatie maandelijks gelopen door afdelingshoofden. Zij lopen de rondes op verpleegafdelingen en specialistische afdelingen van hun collega afdelingshoofd. Ook lopen vertegenwoordigers van andere disciplines (diëtist, consultatief geriatrisch verpleegkundige) en van het management (zorgmanager, directeur) mee. Dit levert veel informatie op voor de afdelingen om hun meest kritische punten te kennen en hierop actie te nemen.

Landelijke veiligheidsthema's

Ten aanzien van de tien landelijk vastgestelde thema's is er in 2011 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;
- Voorkomen van lijnsepsis: dit thema is zowel in Zutphen als in Apeldoorn afgerond. Het geheel aan maatregelen is in 2011 geïmplementeerd. Tijdige herkenning van sepsis is in Apeldoorn zo goed als afgerond. In Zutphen wordt dit op korte termijn gestart;
- Voorkomen van medicatiegerelateerde fouten: op beide locaties is dit uitgewerkt en wordt het verifiëren van opname- en ontslagmedicatie door de apothekersassistent uitgerold;
- Kwetsbare ouderen: alle interventies uit deze bundel zijn geïmplementeerd, de borging hiervan wordt nu uitgewerkt.
- Voorkomen van nierinsufficiëntie bij intravasculair gebruik van jodiumhoudende contrastmiddelen: zowel in Zutphen als in Apeldoorn is dit thema afgerond. De borging hiervan wordt nog uitgewerkt.
- Voorkomen van onnodige pijn: in 2011 is dit thema afgerond in Apeldoorn. In Zutphen is dit in een vergevorderd stadium en zal het project begin 2012 worden afgerond.
- Klaarmaken en toedienen van high risk medicatie: dit thema is Gelrebreed gestart en wordt in het eerste kwartaal van 2012 afgerond.

- Voorkomen van verwisseling van en bij patiënten: de bundel interventies uit dit thema vallen geheel samen met de al ingevoerde checklist voor OK "SURPASS" en is daarmee geïmplementeerd;
- Optimale zorg bij acute coronair syndromen: in Apeldoorn is gestart met het implementeren van de bundel interventies. Hiervoor zijn ook aanpassingen in SAP nodig. Het thema zal in het 1ste kwartaal van 2012 ook in Zutphen worden gestart.
- In 2011 is vanuit VMS zorg de kindergids uitgebracht waarin een aantal van de bovenstaande thema's is opgenomen. Zowel in Zutphen als in Apeldoorn is hiervoor een werkgroep gestart.

Prospectieve risicoanalyses (PRI)

In 2011 hebben vier prospectieve risico-inventarisaties plaatsgevonden op de volgende processen:

- pre- en postoperatieve medicatie Zutphen
- transfer patiënt van de SEH naar de verpleegafdeling Zutphen
- reanimatie oproep in Apeldoorn
- visite lopen op de verpleegafdeling Apeldoorn
- procedure steriel instrumentarium op OK Apeldoorn

Op basis van deze risico analyses heeft het betrokken management verbeteracties in gang gezet.

Veilig Incident Melden (VIM)

Binnen Gelre ziekenhuizen is een veiligheidsmanagementsysteem (VMS) opgezet voor het waarborgen van de veiligheid van patiënten. Onderdeel van het VMS is het Veilig Incident Melden (VIM). Bij Veilig Incident Melden (VIM) worden incidenten, bijna-incidenten en onveilige situaties binnen het dagelijks werk gemeld, geanalyseerd en worden verbetermaatregelen voorgesteld. Veilig Incident Melden is een methode die ontworpen is om incidenten veilig te melden, te onderzoeken en de oorzaken te categoriseren dicht bij het werkproces.

Het doel van VIM is het verbeteren van de veiligheid van zorg. Door een groot aantal incidenten te analyseren kunnen achterliggende oorzaken opgespoord worden, de zogenaamde basisoorzaken. Door het categoriseren van basisoorzaken kan het management vervolgens maatregelen treffen om de patiëntveiligheid en de kwaliteit van de zorg te verbeteren.

Iedere medewerker kan via het digitale meldingssysteem een melding over een (bijna)incident, een melding onveilige situatie of een verbetervoorstel doen. De meldingen worden geanalyseerd en afgehandeld door afdelings-VIM-commissies, die tevens verbeteracties initiëren.

Eind 2011 waren er in totaal 108 decentrale VIM-commissies:

- 36 op verpleegafdelingen
- 40 op poliklinieken
- 28 op medisch ondersteunende diensten
- 4 op overige ondersteunende diensten

Het classificeren van (bijna)incidenten volgens de PRISMA-methodiek (Prevention and Recovery Information System for Monitoring and Analyses) is in 2011 uitgebreid naar analyses per afdeling en per locatie. 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.

Het aantal meldingen is in 2011 verder gestegen. In 2011 zijn in totaal 2851 digitale meldingen gedaan. Dit is 18% meer dan in 2010 (2413 meldingen). De meldingen zijn als volgt verdeeld over de locaties:

- Gelre Apeldoorn: 1775
- Gelre Zutphen: 1062

Type melding	Aantal 2011	% 2011
VIM-melding	2207	77,4 % (2010: 91%)
Melding onveilige situatie (patiëntveiligheid)	318	11,2 % (2010: 6%)
Verbetervoorstel (patiëntveiligheid)	326	11,4 % (2010: 3%)

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

Categorie	Aantal 2011	% 2011
Valincidenten	314	14,2 % (2010: 12%)
Medicatie/Infusie	990	44,9 % (2010: 37%)
Transfusie gerelateerd	37	1,7 % (2010: 2%)
Behandeling/verrichting/verzorging	831	37,7 % (2010: 47%)
Bejegening	35	1,6 % (2010: 1%)

Naar aanleiding van de meldingen zijn verbeteracties geformuleerd. Enkele voorbeelden zijn:

- In 2011 zijn op een aantal afdelingen in Zutphen bewegingssensoren bij bedden geplaatst. Hierdoor zijn patiënten die dreigden te vallen eerder opgemerkt en is in veel gevallen schade voorkomen.
- In maart 2011 is gestart met medicatieverificatie bij opname. De verwachting is dat hierdoor het aantal voorschrijffouten zal afnemen.
- Volgend op een aantal incidenten met onvolledige aanvraagformulieren voor prikken kruisbloed die heen en weer werden gestuurd en niet werden opgemerkt is tussen de POS en het laboratorium een nieuwe werkwijze afgesproken: formulieren worden dagelijks naar het laboratorium gebracht zodat direct kan worden gezien welke onvolledige zijn.
- Naar aanleiding van een aantal incidenten met niet aanwezige perfusorpompen (die van andere afdelingen moesten worden geleend) zijn voor Verloskunde en Gynaecologie in juli extra pompen besteld en geleverd.
- Volgend op een aantal incidenten waarbij patiënten niet nuchter waren of er geen bloed was geprikt is besloten om in september te starten met een werkgroep die de processen van de POS in kaart zal brengen en verbeteren.
- Door problemen met en ingewikkeldheid van het piepersysteem van Kind/Tiener/Neonatologie is het alarm van de monitor een aantal keren niet naar de pieper geleid. Door de afdelingsleiding is besloten om een intercomsysteem te laten installeren.
- Nadat bleek dat pleisters voor het vastplakken van epiduraal catheters te vaak los lieten, zijn nieuwe pleisters aangeschaft en doet het probleem zich niet meer voor.
- Alle arts-assistenten hebben een instructie recept schrijven gehad.

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 2011 hebben 15 calamiteitonderzoeken en acht 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 ontwikkelen en actualiseren van protocollen, procedures en afdelingsstructuur
- Dossiervoering en inzage in EPD
- Het verbeteren van de communicatie tussen zorgverleners en patiënt en tussen zorgverleners onderling. Communiceren bij afwijken van afspraken/protocollen
- Informeren van zorgverleners over nieuwe afspraken/mogelijkheden
- Naleven van bestaande afspraken / protocollen
- Hoofd- en medebehandelaarschap bij alle medische stafleden onder de aandacht te brengen.
- Beleid controleren en indien nodig bijstellen.
- Het verder verbeteren van het inwerkprogramma voor arts-assistenten;
- Het verbeteren van de supervisie van arts-assistenten;
- Medisch Teamwork trainen (artsen, arts-assistenten en verpleegkundigen).
- Casussen nabespreken met alle zorgverleners van de betrokken afdelingen /specialismen.
- Invoeren nieuwe technieken ter voorkoming van fouten
- Optimaliseren DKS, onderzoek naar mogelijkheid tot het ontwikkelen van een
- toegang op het digitale netwerk waar verpleegkundigen relevante informatie van een ziektebeeld kunnen vinden.

Ondernomen acties en resultaten

- Starten project Medisch Teamwork, met als doel het optimaliseren van de samenwerking en communicatie tussen zorgverleners. In 2011 is een pilot ALS uitgevoerd met een daverend resultaat.
- Plan voor nieuwe structuur voor de Spoedeisende hulp Apeldoorn
- Contact met andere zorginstellingen over communicatie betreffende de patiënten
- Aanpassen protocollen en procedures (vallen, inbrengen neusmaagsonde)
- Regieraad DKS is opgericht voor de optimale bereikbaarheid van documenten
- Ter lering zijn casussen besproken met betrokken afdelingen en is bewustwording gecreëerd bij zorgverleners.

4.4.2 Klachtbehandeling

In 2011 zijn Gelrebreed 803 klachten behandeld. Ten opzichte van 2010 is dat een daling van ongeveer 4 procent. Opvallend is de sterke fluctuatie in het aantal klachten in de voorgaande 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 voor onder andere het management beter te zien op welke locatie de klacht zich voordoet.

De toename van het aantal klachten in de locatie Zutphen heeft zich in 2011 voortgezet.

In 2011 was het aantal klachten in Zutphen 224, in 2010 was dit 280, voor Apeldoorn waren deze cijfers respectievelijk 568 en 510.

In Zutphen gaat een belangrijk deel van de klachten (ruim 30%) over facilitaire voorzieningen zoals de parkeervoorziening en de gehanteerde tarieven, de bewegwijzering en de wijze van aanmelden. Dit heeft te maken met het eerste jaar na de ingebruikneming van het nieuwe ziekenhuis.

Binnen de beroepsgroepen waarover geklaagd wordt zien we geen grote verschuivingen.

De meeste klachten, 338, kwamen binnen op de poliklinieken, gevolgd door de kliniek met 233 klachten.

Evenals in voorgaande jaren werd in 2011 het meest geklaagd over organisatorische zaken, zoals het niet nakomen van afspraken, te lange wachttijden en de coördinatie van zorg. Het aantal klachten waarbij relationele zaken het meest werden genoemd staat op de tweede plaats. Hierbij werden bejegening en tact het meest genoemd. 2011 is het eerste jaar waarin het hele jaar ook via de website een klacht geuit kon worden. Er kwamen via deze weg 180 meldingen binnen.

De klachtenfunctionarissen hebben op veel 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.

Bij de introductie van nieuwe arts-assistenten zijn de klachtenfunctionarissen structureel betrokken,

Er werden in 2011 adviezen verstrekt aan diverse medewerkers, afdelingen en medisch specialisten. De adviezen hadden onder meer betrekking op volgende onderwerpen:

- op enkele afdelingen werd nadrukkelijk het advies gegeven de klacht in het werkoverleg te bespreken en voor een terugrapportage naar de klager te zorgen;
- als er iets mis is gegaan duidelijk excuus maken en intentie van de opmerking uitleggen;
- het doen van een VIM-melding als bij een klachtgesprek blijkt dat (vermeende) fouten aan de orde zijn;
- casuïstiekbespreking organiseren naar aanleiding van een ethisch probleem;
- het aanpassen van procedures;
- bouwkundige aanpassingen;
- meer aandacht te besteden aan communicatie en de wijze waarop gecommuniceerd wordt.

De afhandelingstermijn waar binnen klachten werden afgehandeld vertoonde een grote spreidingsmaat. De intern geldende norm dat een klacht binnen vier weken afgehandeld dient te zijn werd in ruim tachtig procent van de klachten gehaald. De inspanning om klachten binnen deze termijn af te handelen neemt toe, naast de scholing die aan zorgcoördinatoren is gegeven over de afhandeling van klachten.

In 2011 werd twee keer een steekproef gehouden om de tevredenheid van de klager te meten. Beide keren zijn de respondenten over de meeste aspecten van de klachtenafhandeling door de klachtenfunctionaris (zeer) tevreden. Dit gaat over onderwerpen als inhoud en nakomen van de afspraken, snelheid van afhandelen van de klacht, onpartijdigheid/neutraliteit en persoonlijke aandacht. Dit geldt ook voor de snelheid waarmee op de klacht is gereageerd.

Klachtencommissie

Aantal binnengekomen klachtbrieven: 22

Aantal uitspraken: 10

Aantal gegrond verklaarde klachten: 5

Aantal ongegrond verklaarde klachten: 16

Aantal aanbevelingen: 3

Toelichting betreffende de aanbevelingen:

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

De verantwoording over kwaliteit voor medewerkers omvat het personeelsbeleid en de kwaliteit van het werk.

4.5.1 Personeelsbeleid

Arbeidsvoorwaarden

Loonontwikkeling 2011

In 2011 werd een nieuwe CAO-Ziekenhuizen afgesloten. De looptijd is van 1 maart 2011 tot 1 maart 2014. Voor wat betreft de loonontwikkeling werden de volgende aanpassingen afgesproken:

- met ingang van 1 juli 2011: + 1%
- met ingang van 1 oktober 2011: + 0,55 %, waarvan 0,3% eenmalig.

De eindejaarsuitkering is in 2011 verhoogd van 6,73% naar 7,33%.

Arbeidsmarkt

In 2011 zijn we er in geslaagd vrijwel alle vacatures te vervullen. De animo voor interne beroepsopleidingen, zoals Top Klinisch Verpleegkundige, Operatie-assistent, Anesthesie-assistent en Radiologisch laborant kunnen nog steeds rekenen op voldoende belangstelling. De lange termijn ontwikkelingen (2015 en verder) blijven onverkort stemmen tot oplettendheid. Het naleven van regionaal gemaakte afspraken, die zijn vastgelegd in het convenant blijft belangrijk. In 2011 werd duidelijk dat het beroep dat we moesten doen op ZZP-ers geringer werd. Dat was deels het resultaat van de opleidingsinspanning die werd ingezet.

Recruitment

De werving van nieuwe medewerkers zal de komende jaren veel aandacht vragen. In 2011 werd ingezet op het optimaliseren van de werving door voornamelijk gebruik te maken van de mogelijkheden die het internet ons biedt. Het adverteren in de traditionele vakbladen en kranten is sterk gereduceerd. Ook werd in 2011 een eerste aanzet gegeven in het gebruik van de social media. Daarmee kunnen we effectiviteit verder versterken en mogelijk de kosten verlagen.

Arbeidsmarkt en vacatures

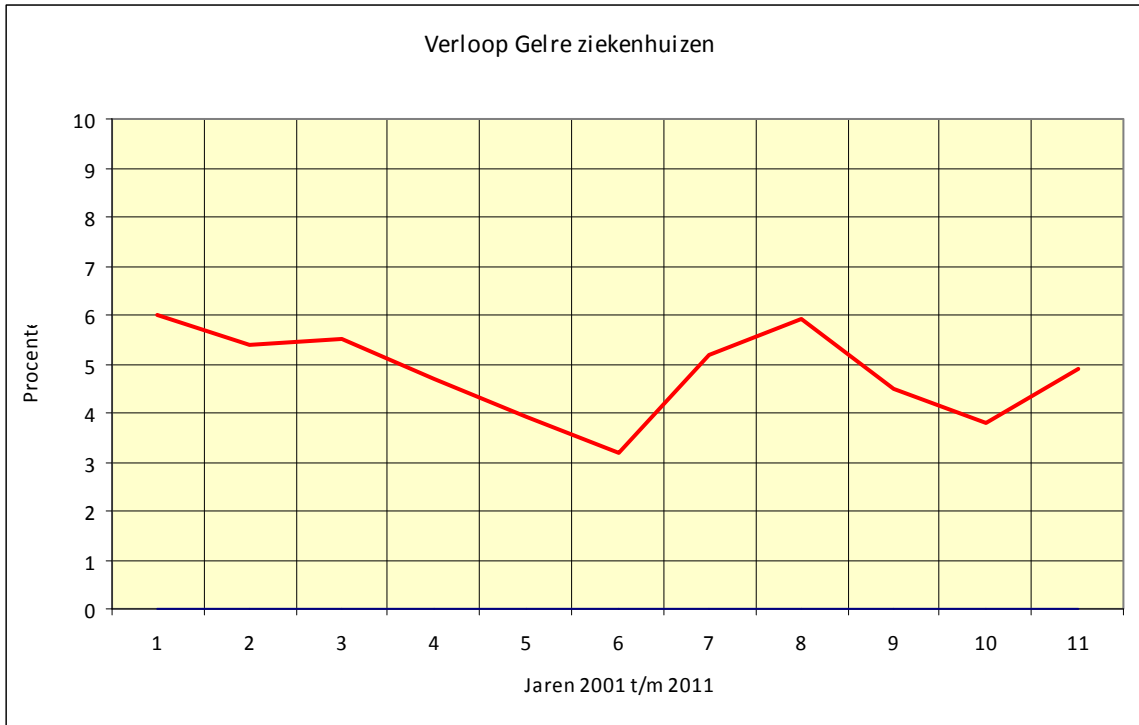
In het jaar 2011 werden 204 (in 2010: 158) vacatures gemeld. Vrijwel alle vacatures werden vervuld. Moeilijk vervulbare vacatures bleken te zijn: arts-assistent Cardiologie en Anesthesie-assistent. Op basis van een specifieke wervingscampagne werden voldoende kandidaten gevonden voor de afdeling Biometrie. Het aantal vacatures voor de functie Operatie-assistent daalde.

Instroom

In 2011 traden 143 medewerkers (67,68 fte) in dienst met een overeenkomst voor onbepaalde tijd en 490 medewerkers (266,2 fte) met een arbeidsovereenkomst voor bepaalde tijd, waarvan 164 medewerkers met een 0-uren overeenkomst (exclusief vakantiemedewerkers en stagiaires).

Verloop

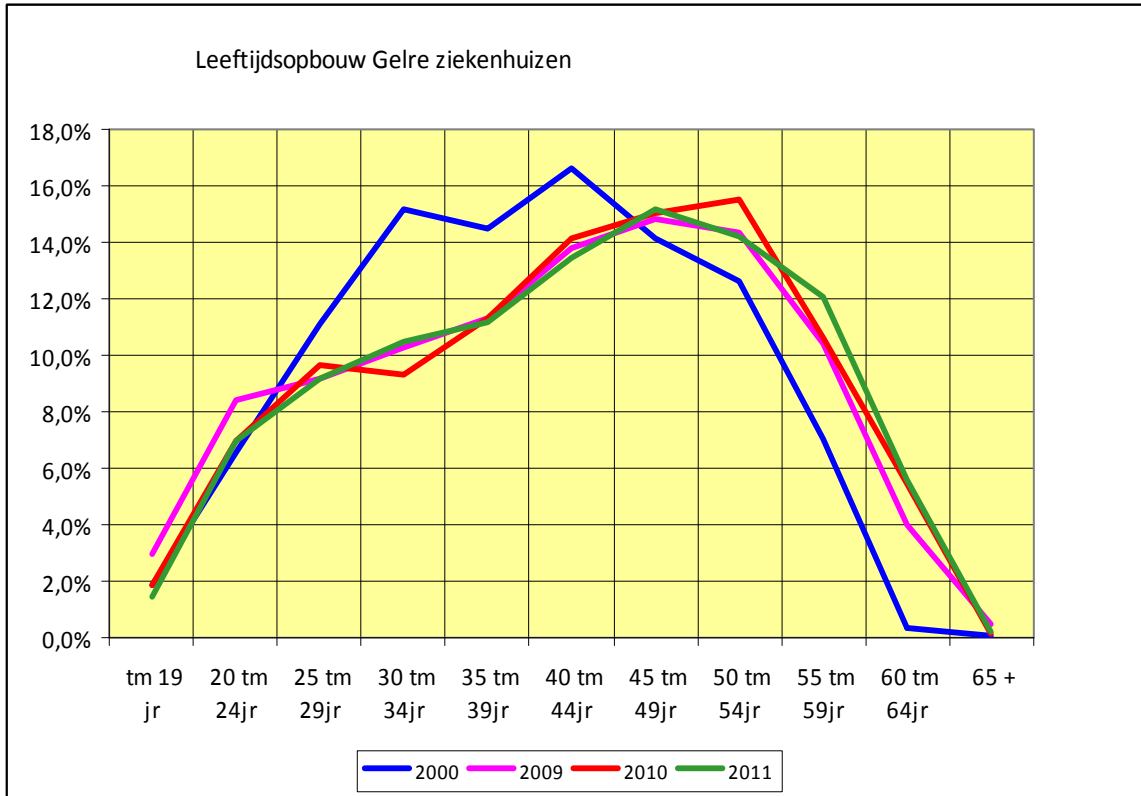
Uit de verloopcijfers wordt duidelijk dat de uitstroom ten opzichte van voorgaande jaren is toegenomen. In 2011 zien we ten opzichte van 2010 een stijging van 3,8% naar 4,9%. Het betreft het verloop van de arbeidsovereenkomst voor onbepaalde tijd. Het verloop onder verpleegkundige functies is gedaald ten opzichte van 2010 (5%) en bedroeg in 2011 3%.



In 2011 traden 165 medewerkers (116 fte) uit dienst met een arbeidsovereenkomst voor onbepaalde tijd, tegenover 139 medewerkers (88,76 fte) in 2010. Voor wat betreft de medewerkers met een arbeidsovereenkomst voor bepaalde tijd ging het in 2011 om 135 (107,3 fte) tegenover 161 medewerkers (130,9 fte) in 2010.

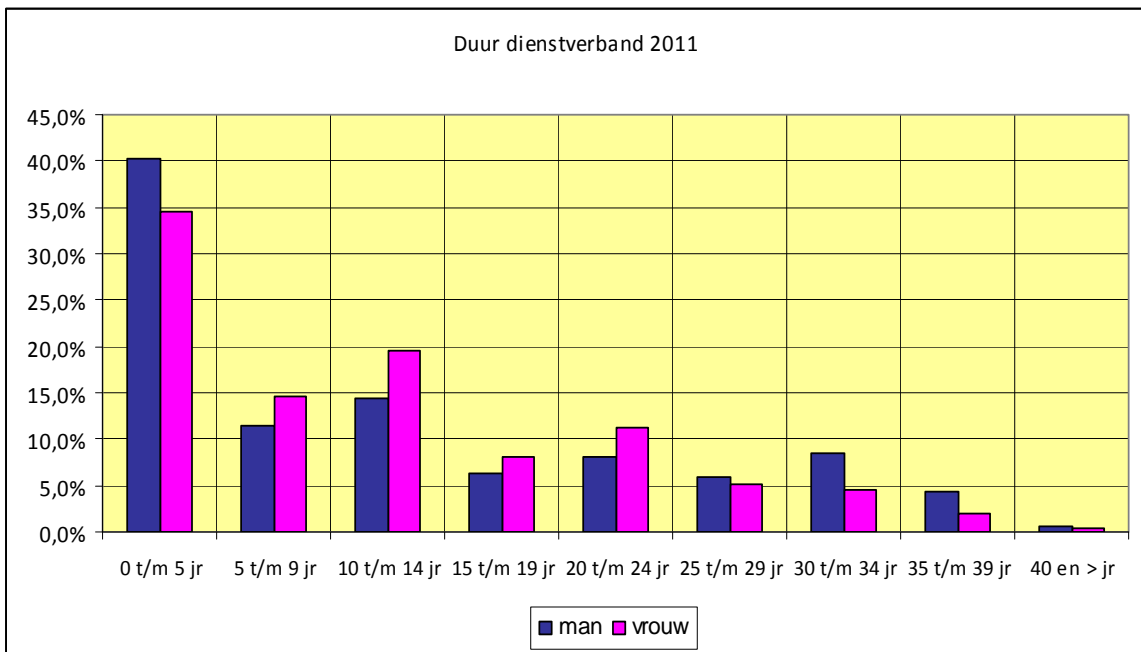
Leeftijdsopbouw

De grafiek laat zien dat de gemiddelde leeftijd de afgelopen 11 jaar gestegen is met 3 jaar. In 1995 was de gemiddelde leeftijd 35,4 jaar, in 2000 was deze gestegen naar 39,5 jaar en in 2011 tot 42,5 jaar. Het lijkt er sterk op dat de stijging begint af te vlakken. Dat is redelijk opvallend, omdat de instroom van leerling verpleegkundigen vroeger bestond uit medewerkers van rond de 18 jaar, terwijl de instroom van leerlingen voor de Top Klinisch Verpleegkundige opleiding aanzienlijk hoger ligt omdat deze groep doorgaans uit zogenoemde zij-instromers bestaat.



Duur dienstverband

Gemiddeld genomen waren medewerkers in het verslagjaar 11,7 jaar in dienst bij Gelre ziekenhuizen.



NIAZ-accreditatie

De NIAZ-accreditatie werd positief afgesloten in 2010. Er werd een aantal verbeterpunten

aangewezen die liggen binnen het HRM-beleid. Deze verbeterpunten hadden 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 zijn in de loop van 2011 opgesteld en tot uitvoering gebracht. In dat kader werden de formats voor de jaargesprekken aangepast en werd een registratiemethodiek aangeboden. Daarin is ook plaats ingeruimd voor de Voorbehouden handelingen. Voor wat betreft het beleid ten aanzien van (bij)scholing werd een systematiek ontwikkeld op basis waarvan alle leidinggevenden een overzicht werd gevraagd van de vereiste en gewenste opleidingen.

Gebleken is dat van groot belang is dat de registratie op zodanige wijze vorm moet krijgen dat leidinggevenden er gemakkelijk toegang tot hebben. In het najaar van 2011 is hiervoor dan ook een plan van functionele eisen opgesteld.

4.5.2. Kwaliteit van het werk

Arbeidsomstandigheden

Verzuim- en re-integratie

Jaar	2009	2010	2011
Bron: Vernet			
Verzuim meldingen	4.665	4.394	4.427
Verzuimfrequentie	1,47	1,35	1,34
Verzuimdagen totaal	46.345	45.713	41.269
Verzuimduur in dagen	16,3	17,4	13,3
Verzuim % 1 ^e jaar	4,63%	4,46%	3,6%
1 t/m 7 dg	1,06%	0,93%	0,94%
8 t/m 14 dg	0,36%	0,3%	0,28%
15 t/m 42 dg	0,44%	0,35%	0,41%
43 t/m 365 dg	2,77%	2,88%	2,33%
Verzuim % 2 ^e jaar	0,91%	0,83%	0,76%
Verzuim 1 ^e en 2 ^e jaar totaal	5,55%	5,29%	4,72%

De verzuimpercentages, over de eerste twee jaar van arbeidsongeschiktheid, uitgesplitst naar de hoofd onderdelen van de organisatie geven aan dat de RVE Apeldoorn en de MOD niet alleen een aanzienlijke daling hebben gerealiseerd, maar daarmee ook onder het streefniveau van 4,5% zijn gekomen. Over het gehele ziekenhuis is er sprake van een daling die bemoedigd genoemd mag worden. De ziekenhuisbranche als geheel heeft 4,51% over het verslagjaar. Met de ingezette daling is het verschil ten opzichte van de branche verminderd tot 0,2%.

Verzuim	Holding	RVE Apeldoorn	RVE Zutphen	SSC AOD	SSC MOD
2009	2,46%	5,5%	5,6%	5,5%	4,7%
2010	5,46%	4,96%	5,49%	5,26%	5,72%
2011	5,28%	4,25%	5,18%	5,46%	4,35%

De kosten van verzuim uitgedrukt in directe salariskosten bedragen in 2011 € 4.589.458,- (tegenover € 5.098.296,- in 2010). Dat is ruim € 500.000,- lager. De kosten van vervanging zijn daarin niet opgenomen. Gedurende het jaar werd € 175.000,- uitgegeven aan kosten die samenhangen met interventies en behandelingen. Dat is € 32.000,- meer dan in 2010. 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 in 2011 ca. € 210.000,- (tegenover € 200.000,- in 2010) toegekend.

Aantal medewerkers WGA/IVA

	2010	2011
WGA < 35%	4	3
WGA > 35 – 80%	2	4
WGA > 80 – 100%	2	6
IVA	2	1

WGA: Werkhervattingsregeling Gedeeltelijk Arbeidsgeschikten

IVA : Inkomensvoorziening Volledig Arbeidsgeschikten

Introductie Eigen regie-model

De afgelopen jaren werden de leidinggevenden in de uitvoering van de Wet Poortwachter ondersteund door een klein team van casemanagers. In 2011 werd duidelijk dat deze functie zou vervallen. In goed overleg is vorm gegeven aan het "eigen regie-model" en werd invulling gegeven aan het project ter introductie van verzuimsoftware. Dit project verliep succesvol en maakte het mogelijk de leidinggevenden het gebruik ervan in het vooruitzicht te stellen in het begin van 2012.

Risicoinventarisatie en -evaluatie

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

Duurzame inzetbaarheid

In 2011 werd, in nauwe samenwerking met het IZZ, een verkennend onderzoek gedaan naar de inzet van een drietal instrumenten gericht op de duurzame inzetbaarheid van medewerkers. Het ging daarbij om het uitwerken van een zogenoemde afdelingsfoto, de WerkvermogensMonitor (WVM) en een analyse van de verzuimdata en medewerkerinterviews van de afdelingen die meededen aan deze verkenning. Het betrof de afdelingen OK, SEH en CCU locatie Apeldoorn en de afdelingen OK en IC/CC locatie Zutphen. De afdelingsfoto behelst het beschrijven van de afdeling op basis van een aantal kenmerken, waarbij de huidige situatie wordt afgezet tegen een toekomstprognose. Op basis daarvan wordt een inschatting gemaakt van de mate waarin de

afdeling en de medewerkers goed kunnen anticiperen op de toekomstige ontwikkelingen. Ook wordt een taxatie gemaakt van de vergrijzing.

De WVM is afgeleid van de Workability-index (WAI), een instrument dat binnen een aantal Scandinavische landen succesvol werd ingezet. Medewerkers wordt gevraagd een aantal vragen te beantwoorden op basis waarvan een beeld ontstaat met betrekking tot de gezondheid (fysiek en psychisch) en vitaliteit. Het instrument geeft vroegtijdig inzicht in het risico van de medewerker, waardoor uitval kan worden voorkomen. Op organisatieniveau leidt het onderzoek met de WVM tot adviezen ter verbetering van gezondheid, inzetbaarheid en productiviteit. De data analyse en de interviews door Falke & Verbaan moet leiden tot een dieper inzicht in het afdelingsverzuim zo mogelijk voor leeftijdsgroepen en afdelingsspecifieke inzetbaarheidsfactoren. De resultaten en bevindingen zullen begin 2012 beschikbaar komen.

Medewerkers tevredenheid

In 2011 werd geen onderzoek gedaan naar de medewerkers tevredenheid.

4.6 Financieel beleid

Ontwikkeling productie

De gerealiseerde productie van 2011 was 5% hoger dan in 2010 (tussen haakjes staat de groei van 2009 naar 2010):

- De poliklinische productie is 3,3% hoger (0,3% hoger)
- Het aantal opnamen is 3,6% (6,4%) hoger
- Het aantal dagopnamen is 10,3% (0,3%) hoger

	Werkelijk 2010	Werkelijk 2011
Gewogen EPB's (excl. PAAZ)	170.435	176.124
Gewogen opnamen (excl. PAAZ)	43.962	45.544
Dagopnamen (excl. PAAZ)	32.540	35.914

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

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

Ontwikkeling resultaat

De opbrengst daalde van € 282,7 miljoen naar € 259,6 miljoen. Exclusief de versnelde afschrijving van de immateriële vaste activa steeg de opbrengst van € 252,9 miljoen naar . € 259,6 miljoen. Dit is een stijging van 2,6%.

Het jaar 2011 werd afgesloten met een positief exploitatieresultaat van € 7,1 miljoen. Dit bestaat uit een genormaliseerd resultaat van € 4,1 miljoen en incidentele baten en lasten van per saldo € 3 miljoen. De rentabiliteit van het eigen vermogen bedraagt 12,6%.

Ontwikkeling vermogen

Het eigen vermogen steeg van € 49,5 naar € 56,6 miljoen. De budgetratio bedraagt 22% en het eigen vermogen in het percentage van het balans totaal bedraagt 14%.

De verhouding tussen de totale opbrengst en de vaste activa is vrijwel gelijk gebleven, te weten gedaald van 0,95 naar 0,94.

Ontwikkeling liquiditeit

De liquiditeit is in 2011 verbeterd. De verhouding tussen vorderingen, inclusief onderhanden werk en liquide middelen enerzijds (€ 132,8 miljoen) en vlottende passiva anderzijds (€ 146 miljoen) is iets verbeterd en bedraagt 0,91 en in vorig jaar 0,85.

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 1,67%.

Bijlage 1 Samenstelling Raad van Toezicht per 31 december 2011

Naam	Hoofd-functie	Relevante nevenfuncties	Datum eerste benoeming	Datum van aftreden	Komt in aanmerking voor her-benoeming
mr. H.J.E. Bruins Slot voorzitter geb. 16-08-1948 woonplaats: Apeldoorn		Lid Vereniging Aegon Vz RvC Rabobank Apeldoorn e.o. Vz opleidingsfonds vitaliteit en verouderen Leyden Academy Vz RvC 's Heeren Loo Vz KWF Kankerbestrijding Lid visitatiecollege publiek verantwoorden ZBO's	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 Lid RvC Madurodam Lid RvC Rabobank De Langstraat Lid RvT Stichting Apenheul	1 juli 2007	1 juli 2015	Nee
prof. Dr. D.J. Eppink lid geb. 15-06-1944 woonplaats: Putten		Vz St. Pro-Am golfwedstrijden voor het goede doel Lid Industry Advisory Board Cordys Vz st. 't Lokhuis Lid Academic Board NCOI Academic Supervisor Schouten University	1 juli 2007	1 juli 2015	Nee

<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 Vice-vz RvC Havensteder (woningcorporatie) Vz RvC Van Nimwegen & Partners Vice-vz RvC Woningstichting Domesta (woningcorporatie) Vz RvC Nijestee (woningcorporatie)</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 Vice-vz Emmausparochie</p>	1 juli 2008	1 juli 2012	ja
<p>Drs. P.C.H.M. Holland Lid Geb. 05-05-1943 Woonplaats: Nijmegen</p>		<p>Jurylid kwaliteitsprijs van het INK; Bestuurslid St. Katholieke Universiteit Nijmegen; Directeur externe zaken Zichtbare Zorg van VWS; Bestuurslid ZegelGezond Nederland; Jurylid van kwaliteit / veiligheidsprijs van de IGZ; Lid onderzoekscommissie klebsiella problematiek in het Maasstadziekenhuis</p>	1 januari 2011	1 januari 2015	ja

Bijlage 2: Presentielijst vergaderingen Raad van Toezicht Gelre ziekenhuizen 2011

Naam	9 feb	13 apr	25 mei	31 aug	14 dec
mr. H.J.E. Bruins Slot	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Mw. M.G. Hijweege	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
drs. R.R.H.M. van der Zijl	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja
Prof. Dr. D.J. Eppink	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
drs. J. Visscher	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Mw. M.C. Meindersma	Ja	Nee	Ja	Ja	Ja
drs. H.J.H.J. van den Hout	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
drs P.C.H.M. Holland	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

Bijlage 3 Samenstelling Raad van Bestuur per 31 december 2011

Samenstelling tot 1 oktober 2011:

Naam	Functie	Geboortedatum	Nevenfuncties	Werkzaam in de huidige functie sinds
drs. R.V.W.M. Lantain	voorzitter	06-09-1949	Lid Scheidsgerecht Gezondheidszorg; Vz Raad van Commissarissen 'schouwburg en congres-centrum Orpheus N.V. m.i.v. 14 februari 2011; Lid RvT 'Parc Spelderholt' m.i.v. 6 juli 2011.	01-03-2003
G.J. Heuver, arts, MMO	lid	18-02-1960	-Lid Medisch Specialisten Registratie Commissie -Vz opleidingscommissie 'opleiding tot radiologisch laboranten' college ziekenhuis opleidingen -Lid raad van toezicht DBC onderhoud	01-09-1997
drs. R. Smits	secretaris	23-05-1954	-Vz St. Ondersteuningsfonds Zorg, Welzijn en Sport	15-09-2009

Samenstelling van 1 oktober tot 1 november 2011:

Naam	Functie	Geboortedatum	Nevenfuncties	Werkzaam in de huidige functie sinds
drs. R.V.W.M. Lantain	voorzitter	06-09-1949	- Lid Scheidsgerecht Gezondheidszorg; - Vz Raad van Commissarissen 'schouwburg en congrescentrum Orpheus N.V. m.i.v. 14 februari 2011; - Lid RvT 'Parc Spelderholt' m.i.v. 6 juli 2011.	01-03-2003
G.J. Heuver, arts, MMO	lid	18-02-1960	-Lid Medisch Specialisten Registratie Commissie -Vz opleidingscommissie 'opleiding tot radiologisch laboranten' college ziekenhuis opleidingen -Lid raad van toezicht DBC onderhoud	01-09-1997
drs. J. Fidder	lid	21-03-1957	-voorzitter raad van commissarissen FunctieWaarderingGezondheidszorg Advies BV -voorzitter raad van commissarissen FunctieWaarderingGezondheidszorg Eigendom BV lid bestuur Vereniging van Bestuurders in de Gezondheidszorg (NVZD)	01-10-2011
drs. R. Smits	secretaris	23-05-1954	-Vz St. Ondersteuningsfonds Zorg, Welzijn en Sport	15-09-2009

Samenstelling per 1 november 2011:

Naam	Functie	geboortedatum	Nevenfuncties	Werkzaam in de huidige functie sinds
drs. J. Fidder	voorzitter	21-03-1957	-voorzitter raad van commissarissen FunctieWaarderingGezondheidszorg Advies BV -voorzitter raad van commissarissen FunctieWaarderingGezondheidszorg Eigendom BV - lid bestuur Vereniging van Bestuurders in de Gezondheidszorg (NVZD)	01-11-2011
G.J. Heuver, arts, MMO	lid	18-02-1960	-Lid Medisch Specialisten Registratie Commissie -Vz opleidingscommissie 'opleiding tot radiologisch laboranten' college ziekenhuis opleidingen -Lid raad van toezicht DBC onderhoud	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

Tot 1 november 2011

R.V.W.M. Lantain (voorzitter RvB)	G.J. Heuver (lid RvB)
Aandachtsgebieden NB: Alle onderstaande aandachtsgebieden zijn onderdeel van een <u>gemeenschappelijk RvB-beleid</u>, waarbij weliswaar één RvB-lid de primair verantwoordelijke is.	
Besturingsmodel Positionering en strategie Strategische samenwerkingsrelaties Governance Financiën en Control Marketing en Portfolio Reputatiemanagement Human Resources Management	Leerhuis Informatisering Vastgoedontwikkeling Patiëntveiligheid en Zorgkwaliteit
Direct reports	
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
Voorzitter van:	
Marketing Overleg Gelre Platform Integratie 2012	Platform ICT Stuurgroep SAP-4-EPD Cie Patiëntveiligheid en Zorgkwaliteit
Interne overlegorganen/commissies	
Raad van Toezicht	Raad van Toezicht Ondernemingsraad Cliëntenraad VAR
Structurele externe overlegsituaties	
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.

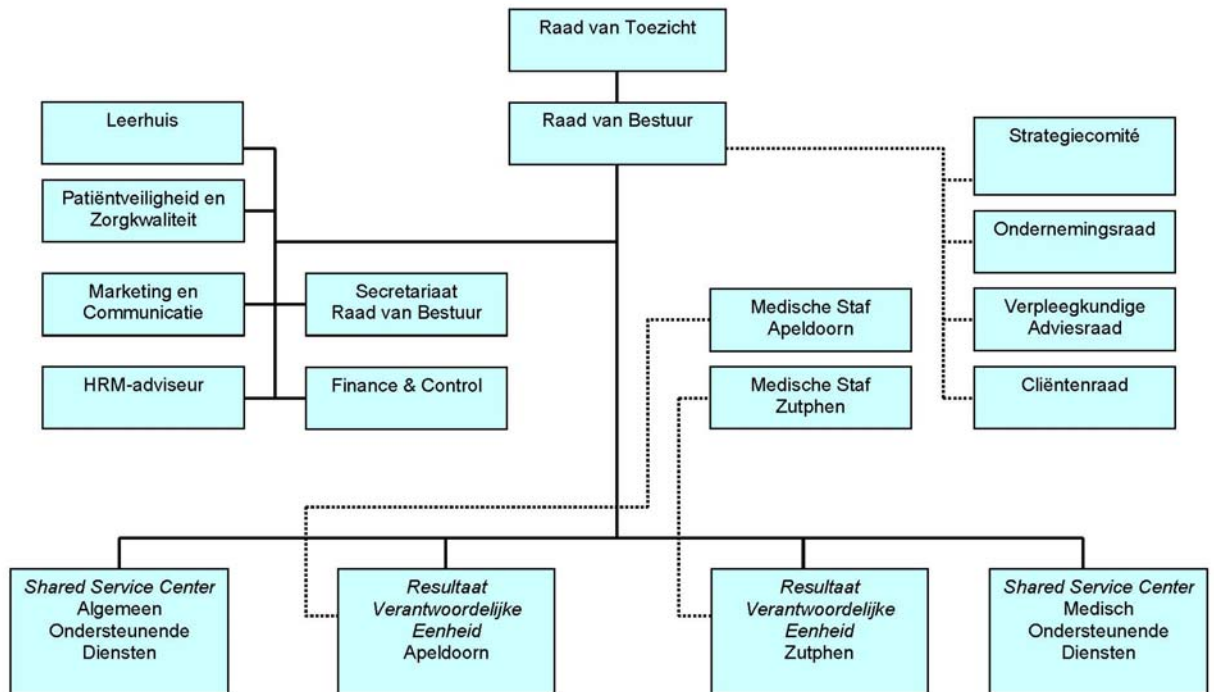
Portefeuilleverdeling Raad van Bestuur vanaf 1 november 2011

J. Fidder (voorzitter RvB)	G.J. Heuver (lid RvB)
<p>Aandachtsgebieden NB: Alle onderstaande aandachtsgebieden zijn onderdeel van een <u>gemeenschappelijk</u> RvB-beleid, waarbij weliswaar één RvB-lid de primair verantwoordelijke is.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Positionering en strategie ▪ Strategische samenwerkingsrelaties ▪ Governance ▪ Financiën en Control ▪ Marketing en Portfolio ▪ Reputatiemanagement <p>Human Resources Management</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Leerhuis • Informatisering • Vastgoedontwikkeling • Patiëntveiligheid en Zorgkwaliteit
Direct reports	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stafdirecteur F&C ▪ Stafdirecteur M&C ▪ Dir SSC AOD ▪ Hoofd HRM ▪ Secretaris RvB 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ RVE dir Apeldoorn ▪ RVE dir Zutphen ▪ Dir SSC MOD ▪ Hfd stafafd Patiëntveiligheid & Zorgkwaliteit
Voorzitter van:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Marketing Overleg Gelre ▪ Platform Integratie 2012 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Platform ICT ▪ Stuurgroep SAP-4-EPD ▪ Cie Patiëntveiligheid en Zorgkwaliteit
Interne overlegorganen/commissies	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Raad van Toezicht ▪ Ondernemingsraad ▪ Strategiecomite 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Raad van Toezicht ▪ Cliëntenraad ▪ VAR ▪ Commissie Ethiek
Structurele externe overlegsituaties	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lokaal overleg zorgverzekeraars (vz) ▪ NVZ (algemeen) ▪ STZ ▪ Medirisk (ALV) ▪ Gemeentebesturen A en Z 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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

Organogram Gelre ziekenhuizen
maart 2011



Bijlage 6 Kaart verzorgingsgebied Gelre ziekenhuizen



Bijlage 7 Samenstelling Cliëntenraad

Samenstelling per 31 december 2011:

naam	functie	Jaar van aftreden	Herbenoembaar
Dr. A.P.H. van der Vet	Voorzitter	1 juli 2014	Nee
A.A.J. Reumer	Vice-voorzitter	1 november 2014	Nee
Mw. mr. E.L.A.M. de Kerf	Secretaris / penningmeester	1 oktober 2014	Nee
H.A. Blankhart	lid	10 november 2012	Ja, 1 x 4 jaar
H.C. Fagel	lid	1 november 2012	Nee
Mw. drs. A.E. Frings-van Engelenburg	lid	1 oktober 2014	Ja, 1 x 4 jaar
F.J. La Lau	lid	1 mei 2014	Ja, 1 x 4 jaar
G.P. Teunis	lid	1 november 2014	Nee
Mw. A.H. Vrugink	lid	10 november 2012	Ja, 1 x 4 jaar

Bijlage 8 Samenstelling Ondernemingsraad

De Ondernemingsraad was per 31 december 2011 als volgt samengesteld:

Naam:	Afdeling:	Locatie:
Joke van de Beld	Orth./Urologie	Zutphen
Alie Brinkman	Polikliniek Gyn. en Verlosk.	Apeldoorn
Kim Buisman	Afdelingshoofd A7/A	Apeldoorn
Adri van Eijk	Cardiologie	Apeldoorn
Cees Eikelboom	Hoteldienst	Zutphen
Truus van Ginkel	ICC	Zutphen
Henk ter Haar	KCHL	Zutphen
René Heus	Manager MOD(Radiologie)	Zutphen
Wilma Koopman	HRM	Apeldoorn
Frans van Lent	Arbo- en Milieudienst	Apeldoorn
Henk Jan de Looff	Services/Entreepunt	Zutphen /Apeldoorn
Rian Sterckel	Poli Reumatologie	Apeldoorn
Jannie Striekwold	Kind & Jeugd	Apeldoorn
Loes van Tongeren	Matchpoint/Verpleegkundige	Apeldoorn
Bert Wierink	ICC	Zutphen
Marianne de Witte	Arbo- en Milieudienst	Zutphen
Margreet ten Wolde	Polikliniek Kaakchirurgie	Apeldoorn

Het Dagelijks Bestuur van de OR wordt gevormd door:

- Kim Buisman, voorzitter
- Rian Sterckel, vice-voorzitter
- Frans van Lent, secretaris
- René Heus, DB-lid
- Wilma Koopman, DB-lid

Bijlage 9 Samenstelling Verpleegkundige Adviesraad VAR

De VAR was in het verslagjaar als volgt samengesteld:

Dagelijks Bestuur:		
Greet Nieuwland	Beleidsadviseur ZE Psychiatrie	Voorzitter
Ilona Lina	Extern	Secretaris
Bestuursleden Apeldoorn:		
Jenny Boer	Verpleegkundige Neurologie	Lid
Anke Matser	Verpleegkundige Longziekten	Lid
Susanne Mulderij	Verpleegkundige Trauma, kort verblijf, Plastische Chirurgie	Lid
Anjo Bekkers	IC-Verpleegkundige	Lid
Susanne Stegeman	Verpleegkundige Urologie	Lid
Aline Dupain	Verpleegkundige Interne Dagverpleging	Lid
Bestuursleden Zutphen:		
Sjoukje Maas	Verpleegkundige Moeder & Kind	Lid
Sanne Dommerhold	Verpleegkundige Chirurgie	Lid
Maureen Elshof	Namens de StudentenRaad	Lid
Mirella Baars-Koenjer	Afdelingshoofd B5	Adviserend lid

Bijlage 10 Samenstelling Strategiecomité

Het strategiecomité was in het verslagjaar als volgt samengesteld:

Naam:	Functie:	Bijzonderheden:
Dr P.P.G. van Benthem	Voorzitter	
M. Goossens	Lid	
Dr. P.L. Klemm	Lid	Herkiesbaar per 1 januari 2012
Dr. R.B. van Leeuwen	Lid	
Mw. Y.M. Vermeeren	Lid	
E.H.J. Zanders	Lid	Herkiesbaar per 1 januari 2012
Mr. J.C.M. Elderman	Ambtelijk secretaries	

Bijlage 11 Directeuren

Samenstelling per 31 december 2011:

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

Bijlage 12 Opleidingscommissie

Centrale Opleidingscommissie Gelre ziekenhuizen 2011

De opleidingscommissie bestond in 2011 uit de volgende leden:

Naam	Functie:
Dr. C.G. Schaar	Voorzitter opleidingscommissie, Opleider Interne Geneeskunde
B.J. van Praagh	Opleider Anesthesiologie
Dr. B.E. Groenemeijer	Opleider Cardiologie
Dr. W.H. Bouma	Opleider Heelkunde
Mw. Dr. K.M. Paarlberg	Opleider Gynaecologie en Verloskunde
Prof. Dr. C.H. Schröder	Opleider Kindergeneeskunde, Tevens Leerhuismanager
Dr. J.D.E. van Suijlen	Opleider Klinische Chemie
Dr. E.F. Weltevreden	Opleider Klinische Pathologie
Dr. P.P.G. van Benthem	Opleider Keel-Neus-Oorheelkunde
J.J. Scheenloop	Plaatsvervangend opleider Oogheelkunde
Dr. J.W.C. Gratama	Opleider Radiologie

Op 5 april 2011 overleed de heer N.J.F. Buisman, de opleider Oogheelkunde. De plaatsvervangend opleider J.J. Scheenloop is hem opgevolgd.

De opleiders van de overige medische opleidingen (apothek en klinische fysica):

Naam	Functie:
J.J.W. Ros	Opleider Ziekenhuisapothek
Dr. ir. A.A. Becht	Opleider Klinische Fysica
Mw. A.J.M. Huisjes	Opleidings- en SUMMA-coördinator
Dr. J.H. Rommes	Vertegenwoordiger van een niet-opleidende vakgroep of maatschap
(AIOS)	Vertegenwoordiging uit de verschillende specialismen
G.J. Heuver	Lid Raad van Bestuur
Mw. Drs. E. Overeem	Manager medische opleidingen, tevens ambtelijk secretaris

Beoogd opleiders van specialismen die op termijn de erkenning willen gaan aanvragen, worden eveneens uitgenodigd voor de vergadering. Het betreft de specialismen Neurologie, Urologie, Orthopedie en Reumatologie.

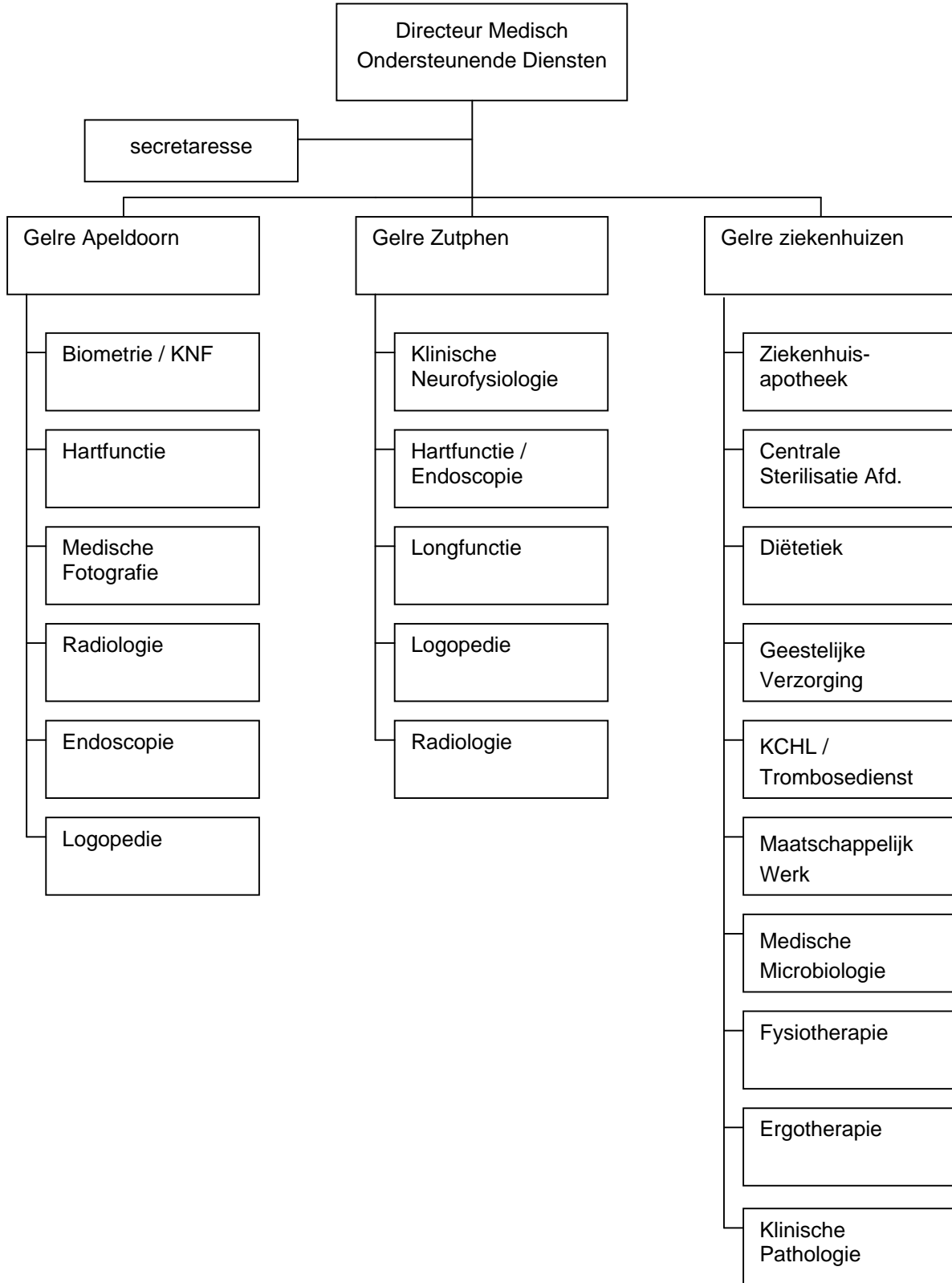
Bijlage 13: Samenstelling klachtencommissie per 31 december 2011.

Samenstelling per 31 december 2011

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
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, vice-voorzitter
H. Groeneveld	Lid
Mw. R. Klein Koerkamp	Plv. Lid
Dr. R.J.H. Ensink	Lid
mr. J. Riemersma	Plv. Lid
Mw. N.C. Warmenhoven	Lid
Mw. R. Buitenhek	Ambtelijk secretaris

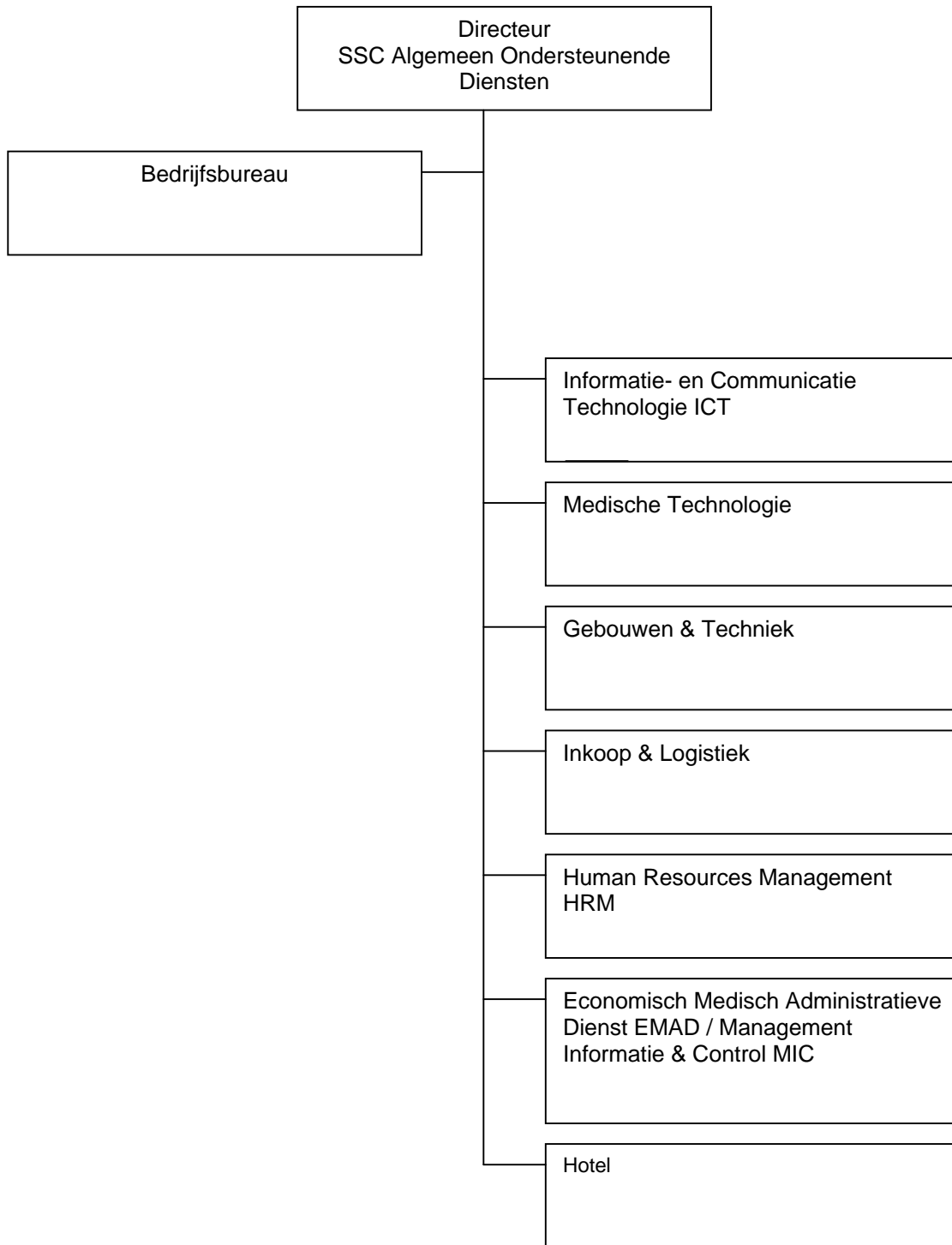
Bijlage 14 Medisch Ondersteunende Diensten

Organogram per 31 december 2011:



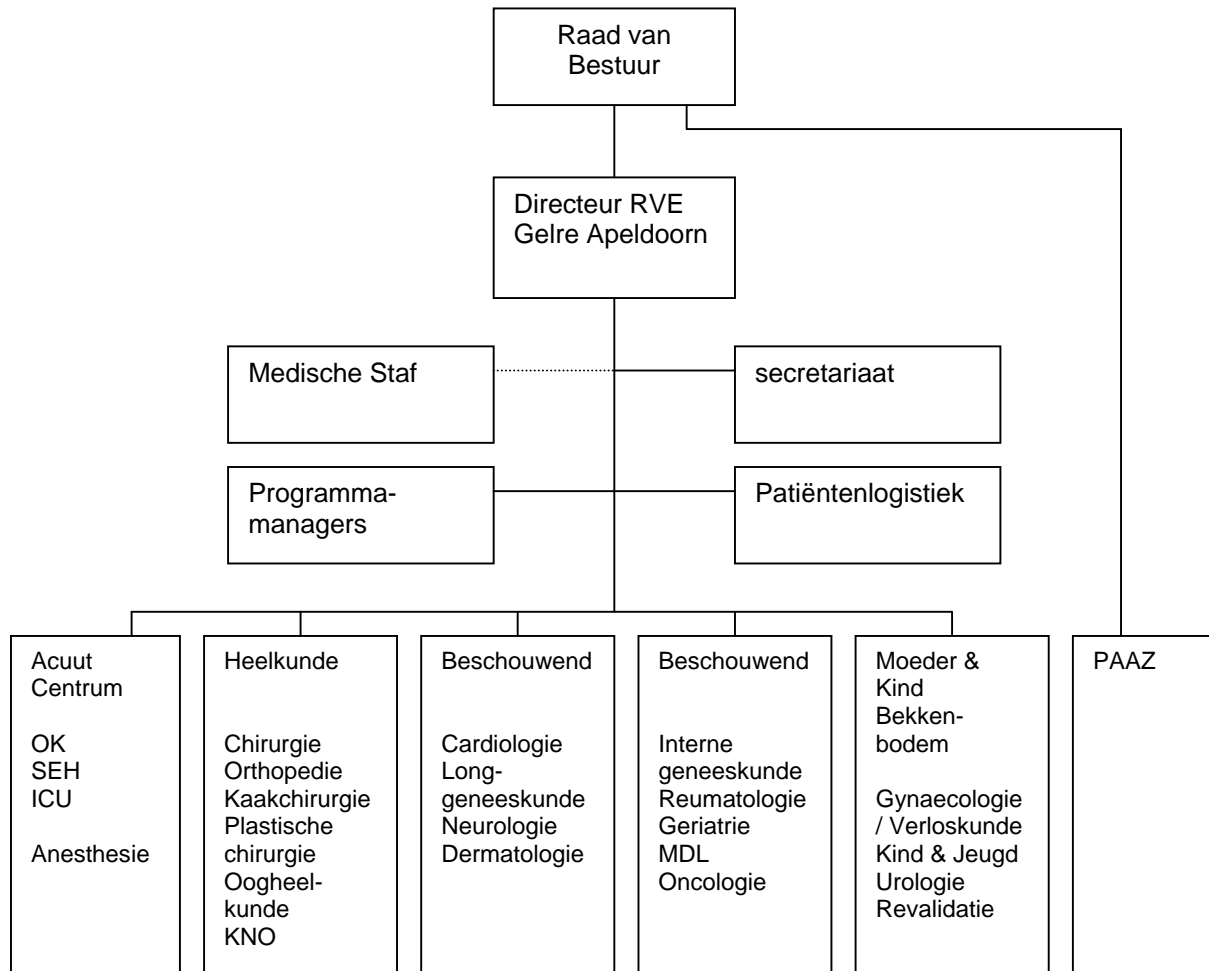
Bijlage 15 Algemeen Ondersteunende Diensten

Organogram Algemeen Ondersteunende Diensten per 31 december 2011:



Bijlage 16 RVE Apeldoorn

Organogram per 31 december 2011



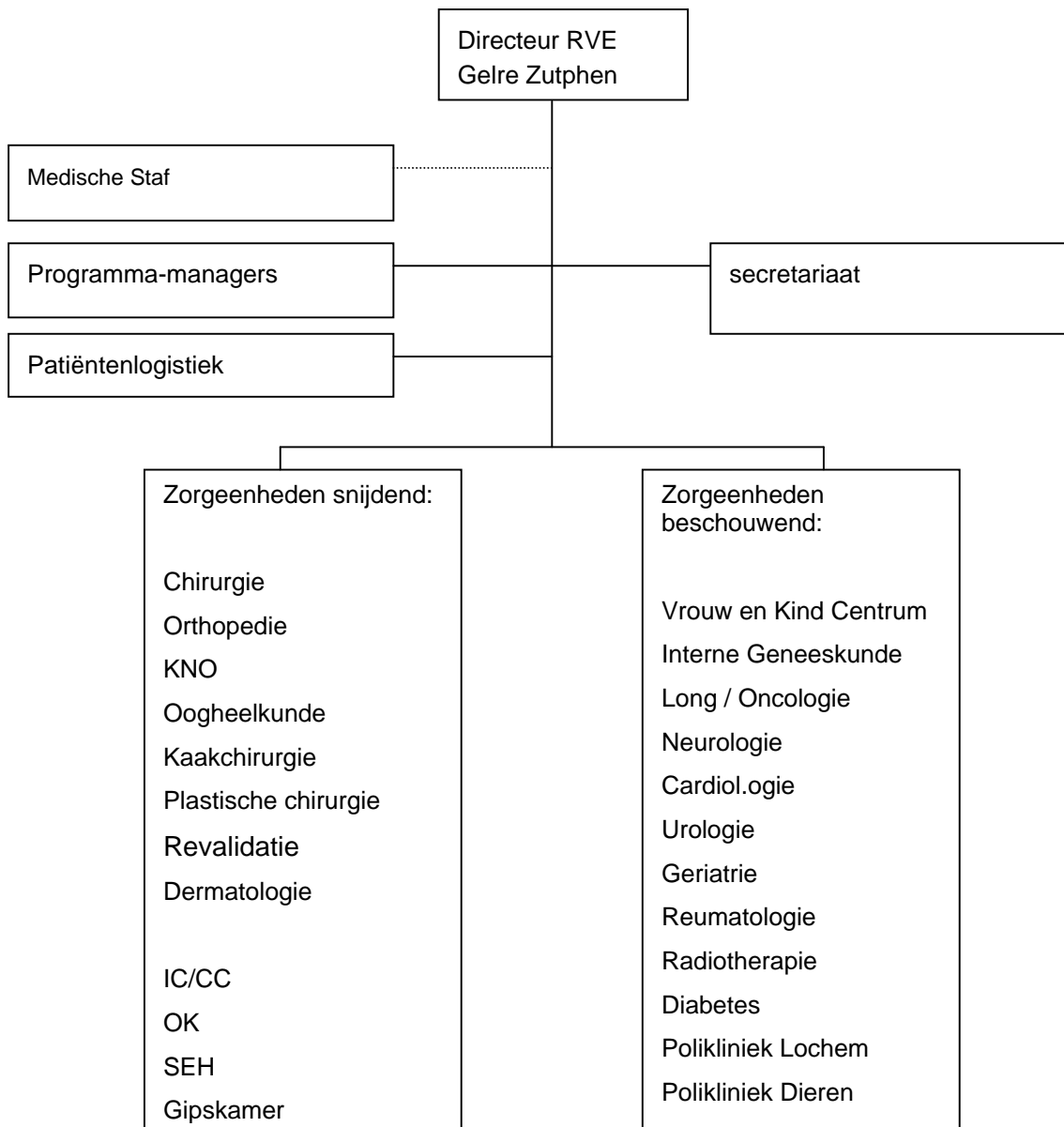
Bijlage 17 RVE Zutphen

Organogram per 31 december 2011:

Rob Mutsaers, ziekenhuisdirecteur

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

Organogram RVE Gelre Zutphen



Bijlage 18 Medische staven Apeldoorn en Zutphen

Medisch Stafbestuur Gelre Apeldoorn:

Het bestuur bestond in 2011 uit de volgende leden:

Naam:	Bestuursfunctie:	Specialisme:
R.H. Jansen	Voorzitter	Orthopedisch chirurg
Dr. H.J. Adriaansen	Penningmeester (tot 1 juli 2011)	Arts klinische chemie
Dr. Tj. D. Bruintjes	Vice-voorzitter	KNO-arts
Mw. Dr. S. Wijngaarden	Lid	Reumatoloog
D.J. Pot	Penningmeester (per 1 juli 2011)	Kinderarts
G.B. Drese	Lid, voorzitter koepel ICT (per 1 juli 2011)	Ziekenhuisapotheker
B.J. van Praagh	Lid, voorzitter koepel Kwaliteit (per 1 juli 2011)	Anesthesioloog
M. Hogervorst	Buitengewoon lid, voorzitter stafmaatschap	Chirurg

Het bestuur wordt ondersteund door een stafbureau bestaand uit mevrouw A van Crujningen, secretaresse en de heer Dr. M.H.J. Eijgelshoven, bestuurssecretaris.

Medisch Stafbestuur Gelre Zutphen:

Het bestuur bestond in 2011 uit de volgende leden:

Naam:	Bestuursfunctie:	Specialisme:
Dr. M.L.M.J. Goessens	Voorzitter	Chirurg
P.H. van 't Hoff	Vice-voorzitter, penningmeester	Anesthesioloog
Mw. Dr. E.E.M. van Ginneken	Secretaris	Internist-endocrinoloog
H.G. van Cappelle	Lid	Orthopedisch chirurg

Het bestuur wordt ondersteund door mevrouw R. Buitenhek, secretaresse

Leden Medische Staven Gelre Apeldoorn en Gelre Zutphen:

Anesthesiologen Gelre:

E.J. Buijs
L.G.J. Coenen
P.G. van Delden
J.J. Hermans (tot 1 november 2011)
P.H. van 't Hoff
Mw. F.D.M. Hommes
P.W.G. Kuipers
J.F. Martina
J.W.M. Nijholt
M Oedairadsingh
E.L.P.M. van der Poel
B.J. van Praagh
Mw. M.D.F.N. Rademaker
Mw. M.P.M. Roukens
F.E. de Ruiter
J. Scholten

Artsmicrobiologen Gelre:

G.J. Blaauw
Mw. E.C. Bowles
Mw. Dr. B. van Hees

Cardiologen Apeldoorn:

Mw. M. Bakker-de Boo (per 1 oktober 2011)
Dr. R.L. Braam
L. Cozijnsen
Dr. B.E. Groenemeijer
Mw. Dr. A. Jerzewski
E.M. Koomen
Mw. D.M. Nicastia
Dr. R.A. Waalewijn

Cardiologen Zutphen:

S. Bulut
J.R. de Jong
A.C.P. Maas
A.C. Tans (tot 1 september 2011)
Mw. N.Y.Y. al-Windy

Chirurgen Apeldoorn:

H.W. Bolhuis
Dr. W.H. Bouma
H.C.L.J. Buscher
Dr. P. van Duijvendijk
Dr. E.J. Hesselink
M. Hogervorst
P.L. Klemm
R. Kooijman
Dr. W.B. Lastdrager
J.G.J. Roussel
Dr. 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
Mw. K. Wehmeijer

Dermatologen Zutphen:

J.A. Emsbroek
Mw. C.C.M. van Gerven
Mw. Dr. M. van Steveninck

Gynaecologen Apeldoorn:

L.J. van Dam (tot 1 augustus 2011)
Mw. H. Eising (per 1 maart 2011)
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 (tot 1 februari 2011)
Mw. M.A.F. Traas (per 1 mei 2011)

Gynaecologen Zutphen:

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

Intensivisten Apeldoorn:

Mw. A. Braber
P.A. Katinakis
L.F.G. Krist (tot 1 juli 2011)
Dr. J.H. Rommes
Dr. P.E. Spronk
Mw. G. van der Wal

Internisten Apeldoorn:

Dr. J.N.M. Barendregt
Dr. T. van Bommel
Mw. J. Kuenen
Dr. 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

Internisten Zutphen:

L. Ausema
Mw. E.M. Derksen
Dr. O.A. van Dobbenburgh
Mw. Dr. E.E.M. van Ginneken
Mw. E. Göker (vertrokken)
Mw. S. Nauta
Mw. G.W. Semplonius

Kaakchirurgen Apeldoorn:

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

Kaakchirurgen Zutphen:

W.J. Josephus Jitta
P. Luhrman
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
L. Lunshof
Mw. Dr. B.T. van Maldegem
D.J. Pot
Prof. Dr. C.H. Schröder
Mw. Dr. A. Oudshoorn

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
Mw. Dr. J.J.J. Hulstein
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.A. Becht
ir. H.A.T. Kooistra

Klinisch gerieters Gelre:

Mw. J.H. Kalf
G.J. Lefeber
Mw. Dr. B.C. van Munster
Mw. H.A. Paling
Mw. W. te Water

Klinisch pathologen Gelre:

Mw. H. Doornewaard
Mw. A. Grefte
Mw. E. Koop
H.M. Peters
Dr. E.F. Weltevreden

Klinisch psychologen Apeldoorn:

Mw. N. Croese (per 1 augustus 2011)
D.A. Dijkman
Mw. A. Keizer (per 1 februari 2011)
B. Thoolen (per 1 september 2011)

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

Longartsen Zutphen:

M. Goosens
E. Lammers

Maag-darm-leverartsen Apeldoorn:

Mw. W. Erkelens
J. Scherpenisse

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 (tot 1 maart 2011)

Oogartsen Apeldoorn:

Mw. D. Bockholts (per 1 oktober 2011)
N.J.F. Buisman († 5 april 2011)
A.J.M. van Hogerwou
Mw. S.L. Oei
J.J. Scheenloop
Mw. N.E.M.L. Tang

Oogartsen Zutphen:

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

Orthopedisch chirurgen Apeldoorn:

E. Breemans
Dr. P.H.J. Bullens
R.H. Jansen
Mw. K.E. de Kroon
E.E.J. Raven
K. Schäffer
F. Steenstra

Orthopedisch chirurgen Zutphen:

H.G.J. van Cappelle
M.C. Driesprong
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:

J.J. Aten (GGNet)
F.M. Bekker (GGNet)
Mw. H. van Eijk (GGNet) vertrokken
Mw. A. van der Laan (GGNet)

Radiologen Apeldoorn:

Mw. K. Droogh-de Greve
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:

A.R. van den Biezenbos
P. Bronkhorst
Mw. S.L.E. Elbers
K. Jafari
P.G. Sijbrandij

Radiotherapeuten Apeldoorn:

Dr. P. Bouma (RISO)
C. Niël (RISO)
W.J. Schoevers (RISO)
E.J.A. Vonk (RISO)

Radiotherapeuten Zutphen:

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

Reumatologen Gelre:

Dr. F. Eggelmeijer
Mw. Th. Jagt
Mw. C.B.J.M. Koehorst
Mw. Dr. S. Wijngaarden
J.M. van Woerkom

Revalidatieartsen Apeldoorn:

Mw. K. Dankoor
Mw. M. Harmsen (tot 1 april 2011)
Mw. E.A.P. Verhaak-Grootscholten
A. van Voskuilen

Revalidatieartsen Zutphen:

Mw. M. Harmsen (Kastanjehof)

SEH-arts Zutphen:

M. Majidpour

Urologen Gelre:

Mw. D.M. Bochove (per 1 februari 2011)
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
B. Scheefhals
G. de Weerd