

Directieverslag 2012
Laurentius Ziekenhuis Roermond

Inhoudsopgave

| | |
|--|-----------|
| Voorwoord | 5 |
| Laurentius in vogelvlucht | 7 |
| Indicatoren..... | 7 |
| Kwaliteit..... | 7 |
| Algemene gegevens | 9 |
| Strategisch plan | 11 |
| Realisatie van de strategie in het verslagjaar | 13 |
| Public Value organisatie | 15 |
| Zorgverzekeraars | 15 |
| Vrijwilligers | 16 |
| Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) | 16 |
| Organisatie-inrichting | 19 |
| Governance | 23 |
| Normen voor goed bestuur en governance..... | 23 |
| Zelfevaluatie..... | 23 |
| Transparantie-eisen | 26 |
| Werkzaamheden Raad van Toezicht | 29 |
| Toezicht op strategie en prestaties van de organisatie | 29 |
| Thema's | 29 |
| Samenwerking met de interne gremia | 33 |
| Bestuur medische staf | 33 |
| Ondernemingsraad..... | 33 |
| Cliëntenraad..... | 36 |
| Verpleegkundige Adviesraad..... | 38 |
| Beleid en resultaten | 39 |
| Behaalde resultaten | 39 |
| Kwaliteit en veiligheid..... | 44 |
| Klachtbehandeling..... | 51 |
| Incidenten patiëntenzorg..... | 60 |
| Veiligheidsrondes..... | 62 |
| ICT beleid en ICT-architectuur..... | 63 |
| Bedrijfsvoering | 69 |
| Financieel Beleid | 71 |
| Bedrijfsopbrengsten | 72 |
| Bedrijfslasten | 72 |
| Kengetallen financieel beleid | 74 |
| Toekomstige resultaatontwikkeling en investeringen..... | 77 |
| Vooruitblik | 79 |
| Zorgpaden | 79 |
| Samenwerking en netwerkvorming..... | 79 |
| Verder verbeteren bedrijfsvoering..... | 79 |
| Langere termijn ICT beleid..... | 79 |
| Ondertekening | 81 |
| Raad van Bestuur..... | 81 |
| Raad van Toezicht | 81 |
| Personalia | 83 |
| Raad van Toezicht | 83 |
| Raad van Bestuur..... | 83 |
| Bestuur medische staf | 83 |
| Management | 83 |

| | |
|--|----|
| Ondernemingsraad..... | 83 |
| Cliëntenraad..... | 83 |
| Verpleegkundige Adviesraad..... | 84 |
| Privacycommissie | 84 |
| Adviescommissie ICT..... | 84 |
| Klachtencommissie..... | 84 |
| Commissie Meldingen Incidenten Patiëntenzorg (MIP) | 84 |
| Medische staf..... | 85 |
| Bijlage Raad van Toezicht | 87 |

Voorwoord

Voor u ligt het directiejaarverslag behorende bij de jaarrekening 2012 van de Stichting Laurentius Ziekenhuis Roermond.

Dit directiejaarverslag in deze vorm is in de plaats gekomen van het jaardocument Maatschappelijke Verantwoording dat de afgelopen jaren werd gehanteerd, en volgt grotendeels de indeling van de voorgaande Jaardocumenten. Met dit directieverslag geven we invulling aan onze verantwoordingsplicht. Uit de aard der zaak is dit verslag naast inhoudelijk, ook enigszins technisch van karakter en ligt het focus op financiële parameters.

Om eenieder ook op een andere, prettige en minder formele wijze te informeren over onze resultaten van 2012 publiceren wij ook een uiterst toegankelijk publieksjaarverslag. Indien u hierin geïnteresseerd bent verwijzen wij u naar onze website, www.lzr.nl, waar u de digitale versie van het publieksjaarverslag 2012 kunt lezen.

Want het Laurentius deelt graag haar kennis, maar ook haar beleid, open en transparant met eenieder die daarin geïnteresseerd is. Onder het adagium: 'dit is úw ziekenhuis' organiseerden wij in 2012 een aantal, uiterst druk bezochte, publieksavonden waarin cliënten, omwonenden, relaties en geïnteresseerden van harte welkom waren. Tijdens deze bijeenkomsten brengt de Raad van Bestuur de deelnemers op de hoogte van de laatste actuele ontwikkelingen van de organisatie maar er wordt ook ingegaan op een themaonderwerp, zoals bouw, Zorgkaart Nederland en meer. In 2013 zullen deze bijeenkomsten nog verder beslag krijgen, het aantal geïnteresseerden voor deze bijeenkomsten groeit en dat is ook onze bedoeling. We willen goede zorg dichtbij bieden aan de inwoners van Roermond en de omliggende gemeenten!

Ook heeft het Laurentius zich in 2012 transparant laten beoordelen op het gebied van werkgeverschap. Het ziekenhuis is één van de 58 bedrijven die in 2012 is gecertificeerd als Top Employer Nederland. Onder deze 58 bedrijven zitten tot dusverre nog maar een achttal ziekenhuizen. Onafhankelijk onderzoek, uitgevoerd door CRF Institute, heeft aangetoond dat het Laurentius Ziekenhuis goede secundaire arbeidsvoorwaarden biedt, dat er weliswaar ook nog verbeterpunten liggen, en dat we als goed werkgever met het bieden van carrière mogelijkheden een goed werkgever zijn voor onze medewerkers. Daar zijn we bijzonder trots op.

Verdere hoofdpunten van 2012 zijn voor ons geweest:

- Concrete stappen naar nieuwbouw en samenwerking met De Zorggroep op ons terrein
- Een solide bedrijfsvoering die de basis is voor verdere ontwikkelingen in de toekomst
- Stappen op weg naar een partnership met Maastricht UMC+ en verdere uitrol van de regionale samenwerking met onze partners in de zorg, waarbij de samenwerking met de huisartsen, de Ambulancezorg Noord-Limburg, de Zorggroep en de collega-ziekenhuizen hier genoemd kan worden

In dit directieverslag komen deze onderwerpen uitgebreider een en ander aan de orde.

Afgelopen jaar hebben we –in overleg met alle gremia- ook ervoor gekozen de Raad van Bestuur tijdelijk en parttime uit te breiden, gelet op de vele bestuurlijke dossiers die er voorliggen. Vanaf 1 januari 2013 is de heer Rob Schipper aan het Laurentius verbonden als lid van de RvB. Specifieke aandachtsgebieden voor hem zijn kwaliteit & veiligheid en het aansturen van de interne zorgorganisatie.

Het Laurentius heeft met het St. Jans Gasthuis Weert en Vie Curi Venlo gezamenlijk bij de Provinciale politiek aandacht gevraagd en een lans gebroken voor het behouden van een gelijk speelveld voor alle ziekenhuizen in Limburg in de huidige roerige tijden voor de hele gezondheidszorg. In Limburg zien we om ons heen dat een uiterst zorgelijke combinatie is ontstaan van zowel krimp, vraaguitval alsook (specifiek voor Zuid - Limburg) overcapaciteit. Door de financiële steun van de omvangrijke investeringen van twee ziekenhuizen t.w. Orbis- Atrium vanuit de lokale en regionale overheid komt de samenhang én het realiseren van een eerlijk speelveld in de Limburgse zorg op -middellange- termijn onder druk, zo geven de drie noord Limburgse ziekenhuizen aan de politiek aan.

Spreiding en concentratie is de afgelopen tijd ingezet, bijvoorbeeld door kwantitatieve kwaliteitseisen (volumenormen). We verwachten dat deze trend zich doorzet en consequenties zal hebben voor het aanbod van medisch-specialistische zorg in de regio. Het Laurentius loopt in die omstandigheden tegen haar beperkte schaalomvang aan en haar zorgpakket komt onder druk als ze niks doet. Laurentius bereidt zich hierop voor door in nauwe afstemming met de medische staf, onze cliëntenraad en de ondernemingraad, met het Maastricht Universitair Medisch Centrum+ en al onze andere zorgpartners te komen tot een goede regionale spreiding en ook concentratie van reguliere medisch-specialistische zorg en topreferente medisch-specialistische zorg.

De verantwoording in dit directieverslag biedt tal van cijfermatige informatie: van wacht- en toegangstijden tot vacatures en pijnscore na operatie. Maar al deze cijfermatige informatie mag niet afleiden van de essentie van onze opdracht: de patient met een ziekte bijstaan, behandelen en genezing danwel palliatie bieden.

Die essentie wordt dag in dag uit inhoud gegeven door alle medewerkers en medisch-specialisten van Laurentius. Hun inzet verdient bijzondere waardering. Net als in voorgaande jaren, mochten we ook in 2012 rekenen op de belangenloze inzet van talloze vrijwilligers, bijna 200 mensen in totaal.

We zijn bijzonder trots op de inzet van al onze medici, medewerkers én vrijwilligers. Die inzet draagt ertoe bij dat wij met elkaar onze patiënt zorg bieden zoals wij allemaal voor ons zelf wensen: met aandacht, respect, optimisme en deskundigheid.

mr. drs. G.A.M. Thiadens
Voorzitter Raad van Bestuur

drs. R. Schipper
lid Raad van Bestuur

Laurentius in vogelvlucht

Opgericht in 1931, voortkomend uit de katholieke charitas, is Laurentius inmiddels een middelgroot streekziekenhuis voor de regio Midden - Limburg. Voor circa 120.000 mensen voorziet Laurentius in medisch-specialistische zorg.

Van oudsher kent Laurentius een warme sfeer. Patiënttevredenheidsonderzoeken laten zien dat Laurentius het patiëntvriendelijkste ziekenhuis van Limburg is. Maar het gaat natuurlijk niet alleen om vriendelijke zorgverlening, maar vooral om goede zorgverlening waarbij mensen naar de laatste inzichten behandeld worden. Laurentius maakt werk van kwaliteit, blijkend onder meer uit diverse kwaliteitskeurmerken voor het ziekenhuis en onderscheiden afdelingen.

Missie en Visie

Onze missie luidt: Laurentius is een algemeen ziekenhuis voor de regio Midden - Limburg. Wij voelen ons verantwoordelijk voor het goed organiseren van de zorg, zodat wij patiënten goede zorg bieden en zodat zij veilig, snel en efficiënt geholpen worden.

Goede zorg omvat meer dan alleen ziekenhuiszorg. We werken daarom vanzelfsprekend samen met andere partijen, zoals huisartsen of derdelijns instellingen. We vervullen daarbij een portaalfunctie en staan patiënten bij om de zorg te krijgen die zij nodig hebben, ook als zij die niet bij ons kunnen ontvangen.

Onze visie is: We bieden zorg zoals je voor jezelf zou wensen als je patiënt bent, met aandacht, optimisme, deskundigheid en respect.

Deze missie en visie geven richting aan de rol van Laurentius in de regionale keten van gezondheidszorg. Centraal in de positionering van Laurentius staat dat we een algemeen ziekenhuis zijn voor Midden - Limburg. 'Algemeen' hierbij betekent dat we die zorg bieden die hoort bij onze rol als regionaal ziekenhuis. Laurentius is een ziekenhuis met sterke wortels in de regio en dat is de basis van ons ziekenhuis.

We gaan veelal langdurige relaties met patiënten aan, omdat we de vanzelfsprekende partner zijn in de zorg voor de eigen gezondheid in plaats van de hooggespecialiseerde kliniek waar een patiënt slechts een enkel maal komt. Alleen waar hooggespecialiseerde kennis nodig is en deze nationaal of internationaal in enkele centra is geconcentreerd, verwijzen we patiënten door. Maar ook daarbij staat voorop dat Laurentius betrokken blijft bij de behandeling en patiënten waar mogelijk ondersteunt bij de doorverwijzing en de tocht door de gezondheidszorg begeleidt, bijvoorbeeld door verwijzingen te regelen en nazorg te bieden.

Die verwijzfunctie geven we vorm in samenwerking met geselecteerde partners in de zorg. Zo staan we voor kwaliteit van zorg, ook als de patiënt die elders ontvangt. Die inzet tekent Laurentius en bepaalt onze eigenheid.

Kerngegevens

Onderstaande gegevens laten de stand van zaken per ultimo 2012 zien:

| | |
|--|------------------|
| Geopende DOT-producten | 154.295 |
| Operatieve ingrepen | 27.990 |
| Klinische opnamen | 14.899 |
| Eerste polikliniekbezoeken | 100.172 |
| Aantal medewerkers | 1.560 personen |
| Aantal fte | 1.174,8 |
| Totaal bedrijfsopbrengsten: | 123.118.309 euro |
| Resultaat | 6.640.346 euro |
| Solvabiliteit | 23,1 % |
| (eigen vermogen als percentage van de omzet) | |

Indicatoren

De Inspectie voor de Gezondheidszorg en de Zorgverzekeraars Nederland hebben indicatoren benoemd die alle ziekenhuizen rapporteren. Hiermee maken zij hun prestaties inzichtelijk. Laurentius heeft de indicatoren gepubliceerd op de daarvoor bestemde websites vanaf pagina 39 treft u een belangrijke selectie van indicatoren aan in dit directieverslag.

Kwaliteit



NIAZ accreditatie

Het Laurentius Ziekenhuis is sinds eind 2007 NIAZ-geaccrediteerd. Het NIAZ is het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg. Zij kennen accreditaties, een soort keurmerken, toe aan zorginstellingen die hebben bewezen goede kwaliteit van zorg te leveren. Het NIAZ stimuleert instellingen ook, om de kwaliteit van de organisatie van de zorg te borgen en te blijven verbeteren. In september 2011 behaalde Laurentius voor de 2de



achtereenvolgende keer de NIAZ accreditatie.

Menzis topzorg

Ook verzekeraar Menzis erkent de kwaliteit die Laurentius levert. Het behalen van Menzis Topzorgpredikaten betekent dat Laurentius goede medische kwaliteit, snelle toegang en goede patiëntenvoorlichting biedt. Laurentius is een van de weinige ziekenhuizen met maar liefst acht TopZorg predikaten. Voor de periode 2010 en 2011 is Laurentius geselecteerd als voorkeursleverancier voor: knieartrose met een totale knieprothese, heupartrose met een totale heupprothese, amandelen (adenoïd en tonsillen). In 2009 behaalde Laurentius al het TopZorg predikaat voor: cataract (staaroperatie), borstkanker, meniscusbehandeling, spataderbehandeling en liesbreukoperatie.



CCKL accreditatie Laboratoria

Zowel het Medisch Microbiologisch laboratorium, het laboratorium voor Pathologie, het Klinisch Chemisch Hematologisch (CKCH) laboratorium en de trombosedienst van Laurentius zijn CCKL geaccrediteerd. CCKL is dé stichting voor de bevordering van de kwaliteit van het laboratoriumonderzoek en voor de accreditatie van laboratoria in de gezondheidszorg. Zij stimuleert laboratoria om een kwaliteitszorgsysteem te implementeren. Dat biedt zekerheid aan patiënten, maar ook aan het eigen laboratoriumpersoneel.



HKZ certificatie Dialyse

Zowel de dialyse afdeling in het Laurentius Ziekenhuis als het vakantiedialysecentrum Weerterbergen zijn voor de geleverde kwaliteit van zorg HKZ gecertificeerd. HKZ is een kwaliteitsinstituut, dat kwaliteitsnormen opstelt voor een groot aantal branches in Zorg en Welzijn, waaronder dialysecentra. Begin 2009 werd dit certificaat, dat in 2003 werd binnengehaald, voor de tweede keer vernieuwd!



Keurmerk Vaatzorg

Reeds 2 keer kreeg Laurentius van de Hart & Vaatgroep (een belangenorganisatie voor alle mensen met een hart- of vaatziekte) het keurmerk Vaatzorg. Een garantie voor de patiënt dat Laurentius goede vaatzorg levert! Het keurmerk richt zich op de kwaliteit van behandelingen van aandoeningen in de slagaders van benen, bekken, buik, aorta en hals. Meer info: www.hartenvaatgroep.nl.



Smiley voor kindvriendelijk ziekenhuis

De kinderafdeling van Laurentius heeft van de stichting Kind en Ziekenhuis 2 smileys gekregen. Eén voor de zorg op de kinderafdeling en één voor de zorg in dagbehandeling. De stichting streeft ernaar dat de zorg die kinderen in het ziekenhuis krijgen, in alle opzichten op hen is afgestemd. Het gaat dan niet alleen om de medische behandelingen en de verpleegkundige zorg die het kind krijgt maar ook om de begeleiding van het kind rondom de ziekenhuisopname. Ziekenhuizen die aan de kindgerichte criteria van de stichting voldoen, worden beloond met een Smiley.

Algemene gegevens

Algemene identificatiegegevens

Stichting Laurentius Ziekenhuis Roermond, Mgr. Driessenstraat 6, Postbus 920, 6040 AX Roermond
Identificatienummer NZa 010 - 2400

Nummer Kamer van Koophandel 41066359, vestigingsnummer

info@lzt.nl | www.lzt.nl

Structuur van de organisatie

Het Laurentius Ziekenhuis is georganiseerd in de stichting Laurentius Ziekenhuis Roermond. Deze stichting wordt bestuurd door een Raad van Bestuur en kent een Raad van Toezicht die ultimo 2012 uit vijf personen bestaat. Leidraad bij het bestuur van de stichting en het toezicht daarop is de Zorgbrede Governancecode.

Werkgebieden

Het adherentiegebied van het Laurentius Ziekenhuis wordt grosso modo begrensd door de driehoek van de gemeenten Echt-Susteren, Beesel en Leudal. Dit adherentiegebied bevat circa 120.000 potentiële patiënten. Meer in detail gaat het om de volgende gemeenten:

- Beesel
- Echt-Susteren
- Leudal
- Maasgouw
- Roerdalen
- Roermond

Deze regio kenmerkt zich door een beperkte mate van verstedelijking.

Verder verleent het Laurentius Ziekenhuis uiteraard ook medisch specialistische zorg aan patiënten die uit andere gebieden binnen of buiten Nederland komen. In de regel betreft dit echter incidentele gevallen en gaat het dus om de zogeheten passanten.

Vestigingen in Echt - Susteren en Leudal

De strategie van Laurentius geeft aan dat wij dichtbij willen zijn. Dichtbij de mensen, dichtbij de huisartsen, dichtbij als het gaat om snel aan de beurt zijn. Kapitaalintensieve en complexe voorzieningen concentreren we in de regio. Dagklinische en klinische zorg bieden we dan ook aan in Roermond, de stedelijke adherentie. In de kernen, zoals de gemeente Echt-Susteren en Leudal (37.000 inwoners), willen we poliklinische en diagnostische voorzieningen aanbieden die aansluiten bij de behoefte van de huisarts en de plaatselijke bevolking.

De gemeente Echt - Susteren met zijn 32.000 inwoners is van oudsher georiënteerd op de stedelijke voorzieningen van zowel Roermond als Sittard. Wat de gezondheidszorg betreft gaan mensen voor ziekenhuiszorg meer naar Sittard dan naar Roermond. Echt hoort bij Midden - Limburg als het gaat om de huisartsenorganisatie en HAP. Ook voor de GGZ hoort Echt bij het werkgebied van de Riagg Midden - Limburg. Laurentius Echt is opgezet om de inwoners van Echt en zeker ook de huisartsen betere service te bieden. In de afgelopen jaren is de inzet in Echt met een goed uitgerust servicepunt van het ziekenhuis beantwoord met goede reacties van huisartsen en patiënten. Vanuit Echt worden er elk jaar weer meer mensen in Roermond opgenomen. Met name deze groeicijfers laten zien dat Laurentius Echt meerwaarde heeft. Verdere uitbreiding met functies in de vorm van specialistische en verpleegkundige spreekuren in Echt, maar ook in Leudal zijn wenselijk. De vakgroepen in Roermond zijn met nadruk uitgenodigd om activiteiten te verleggen naar deze servicepunten, daar waar het de zorg voor mensen betreft die in de betreffende dorpen e.o. woonachtig zijn. Dit zal tevens de druk op het ruimtegebruik in Roermond verlagen.

Strategisch plan

In 2011 is het nieuwe strategisch plan 'In de basis excellent' opgesteld. In samenspraak met alle gremia in de organisatie is een nieuwe strategie en een nieuw medisch beleidsplan opgesteld onder de naam In de basis excellent. Gebaseerd op een analyse van onze omgeving en onze sterktes, zwaktes, kansen en bedreigingen, is een strategische positionering beschreven:

Laurentius is een algemeen ziekenhuis dat een goed verankerde rol heeft in de regio Midden - Limburg. Ondanks toenemende eisen en oprukkende concurrentie, is de uitgangspositie goed, zowel zorginhoudelijk, financieel als wat betreft toenemende samenwerkingsbereidheid bij potentiële partners. De kracht van het ziekenhuis ligt in goede kwaliteit van zorg, waarbij we moeten erkennen dat hooggespecialiseerde vormen van zorg in de regel alleen in samenwerking met anderen aangeboden kunnen worden, gelet op toenemende kwaliteitseisen en het beslag op financiële middelen. Dat betekent dat de meerwaarde van Laurentius voor de regio vooral te vinden is in het aanbieden van hoogstaande zorg voor een palet aan (relatief) veel voorkomende aandoeningen, waarop wij ons verder dienen te richten. Laurentius is dus een algemeen ziekenhuis voor de regio. De schaalgrootte maakt Laurentius aantrekkelijk voor patiënten en zorgt voor een prettig werkklimaat. Laurentius moet (meer) aandacht hebben voor service, zorglogistiek, presentatie en onze eigen interne besluitvorming. Zorginhoudelijke kwaliteit is een randvoorwaarde om mondige patiënten te binden, naast het bieden van een prettig verblijf, snelle toegangstijd en doorstroming in poliklinieken en gebouwen die uitnodigend en prettig zijn om in te werken en te verblijven. Zorglogistieke verbeteringen, ICT en andere technische innovaties zijn dan ook belangrijke hulpmiddelen om deze verbeteringen te realiseren.

Bovenstaande grofmazige schets laat zich vertalen in een missie en visie statement.

Missie

Laurentius is een algemeen ziekenhuis voor de regio Midden - Limburg. Wij voelen ons verantwoordelijk voor het goed organiseren van de zorg, zodat wij patiënten goede zorg bieden en zodat zij veilig, snel en efficiënt geholpen worden.

Goede zorg omvat meer dan alleen ziekenhuiszorg. We werken daarom vanzelfsprekend samen met andere partijen, zoals huisartsen of derdelijns instellingen. We vervullen daarbij een portaalfunctie en staan patiënten bij om de zorg te krijgen die zij nodig hebben, ook als zij die niet bij ons kunnen ontvangen.

Visie

We bieden zorg zoals je voor jezelf zou wensen als je patiënt bent, met aandacht, optimisme, deskundigheid en respect.

Positionering: in de basis excellent

Deze missie en visie geven richting aan de rol van Laurentius in de regionale keten van gezondheidszorg. Centraal in de positionering van Laurentius staat dat we een algemeen ziekenhuis zijn voor Midden - Limburg. 'Algemeen' hierbij betekent dat we die zorg bieden die hoort bij onze rol als regionaal ziekenhuis. Laurentius is een ziekenhuis met sterke wortels in de regio en dat is de basis van ons ziekenhuis.

We gaan veelal langdurige relaties met patiënten aan, omdat we de vanzelfsprekende partner zijn in de zorg voor de eigen gezondheid in plaats van de hooggespecialiseerde kliniek waar een patiënt slechts een enkel maal komt. Alleen waar hooggespecialiseerde kennis nodig is en deze nationaal of internationaal in enkele centra is geconcentreerd, verwijzen we patiënten door. Maar ook daarbij staat voorop dat Laurentius betrokken blijft bij de behandeling en patiënten waar mogelijk ondersteunt bij de doorverwijzing en de tocht door de gezondheidszorg begeleidt, bijvoorbeeld door verwijzingen te regelen en nazorg te bieden.

Die verwijzfunctie geven we vorm in samenwerking met geselecteerde partners in de zorg. Zo staan we voor kwaliteit van zorg, ook als de patiënt die elders ontvangt. Die inzet tekent Laurentius en bepaalt onze eigenheid.

Portaalfunctie met meerwaarde

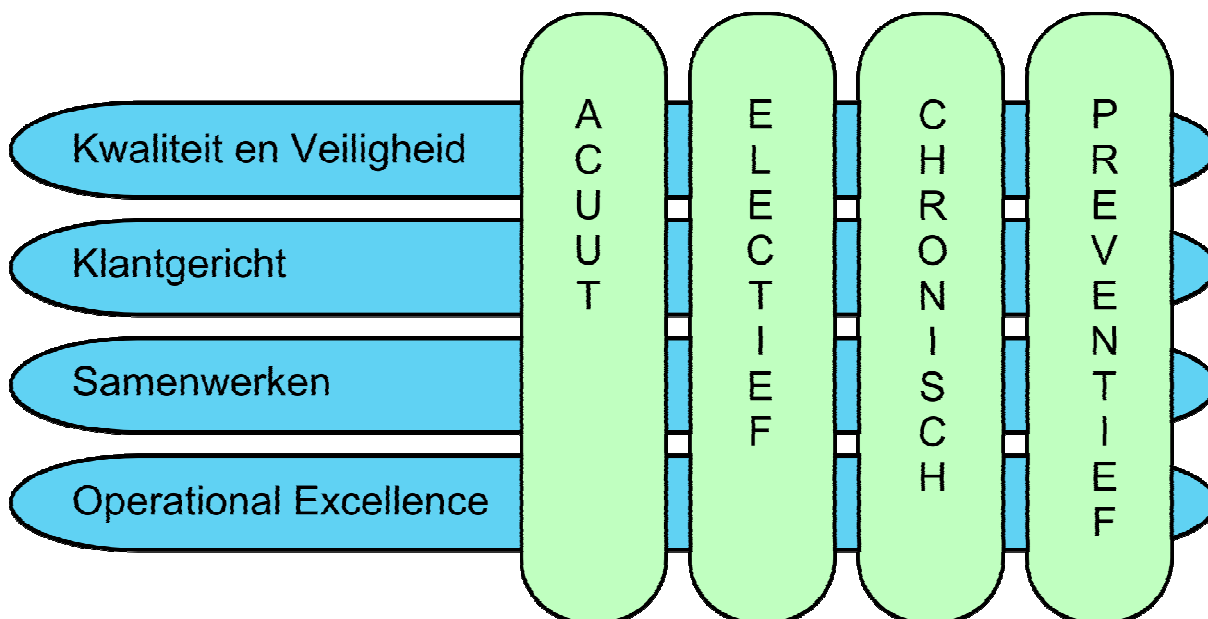
Centraal in onze missie en visie staat dat we een algemeen ziekenhuis voor de regio Midden - Limburg zijn. We doen dat onder meer door een portaalfunctie te bieden. Deze houdt in dat alle patiënten die medisch-specialistische zorg nodig hebben, die bij of via Laurentius kunnen ontvangen. Voor patiënten en huisartsen in de regio heeft dit een belangrijke toegevoegde waarde. Een verwijzing naar Laurentius volstaat om de medisch-specialistische zorg te ontvangen die nodig is.

Waar mogelijk voorzien we in Laurentius in de zorgvraag van de patiënt. Waar de zorgvraag van de patiënt onze mogelijkheden te boven gaat, begeleiden we de patiënt naar behandeling elders.

Die behandeling elders kan ook door onze medisch specialisten gebeuren. Dit is bijvoorbeeld het geval als gespecialiseerde of dure apparatuur op een andere locatie aanwezig is dan Laurentius. Onze dokters gaan dan met de patiënt mee om elders zorg te verlenen. Met deze invulling van de portaalfunctie voor medisch-specialistische zorg nemen we de regiefunctie van de huisarts niet over, maar vullen deze logisch aan voor medisch-specialistische zorg. We bieden de patiënt één regionale toegang voor zijn specialistische zorgvraag.

Verder brengen we twee belangrijke uitgangspunten samen: we bieden kwaliteit van zorg, en gaan efficiënt en effectief om met collectieve middelen. Laurentius sluit hiermee aan op de laatste inzichten voor ordening van de ziekenhuiszorg waarin concentratie en spreiding belangrijke begrippen zijn.

We werken deze strategie uit in vier domeinen en vier aspecten:



De figuur illustreert dat elke vorm van zorg zijn eigen invulling krijgt van de aspecten kwaliteit & veiligheid, klantgerichtheid, samenwerken en operational excellence. Dit laatste aspect zien we niet als een doel op zichzelf, maar als een middel om onze strategie te verwezenlijken.

Kansen, bedreigingen en veranderingen

Onze omgeving verandert en onze strategie verandert mee. De volgende kansen, bedreigingen en veranderingen zien wij die relevant zijn voor de organisatie als geheel.

Kansen

Voor de strategie van Laurentius en de positie van het ziekenhuis in de regio, zien we voor de komende periode een aantal belangrijke kansen:

- o Samenwerking met partners
De samenwerking met partners in de regio versterkt het zorgaanbod voor patiënten en stelt ziekenhuizen en medisch specialisten in staat te blijven voldoen aan de toenemende kwaliteitseisen, die veelal een getalsmatige onderbouwing hebben (een minimumaantal verrichtingen per ziekenhuis of medisch specialist).
- o Netwerkvorming zoals beschreven in advies PRV
De netwerkvorming die hiervoor al kort genoemd is, ligt in het verlengde van de vorige kans en ziet Laurentius als een goede mogelijkheid om zorginhoudelijk te innoveren.
- o Integratie SEH-HAP
De integratie van SEH en HAP is noodzakelijk om de spoedzorg in Midden - Limburg te handhaven. Laurentius beschouwt het dan ook als een kans hier komend jaar werk van te maken.
- o Nieuwbouw realiseren
Ook het gegeven dat Laurentius externe financiering heeft verkregen voor nieuwbouw is een grote kans om het ziekenhuis klaar te maken voor de toekomst. Door een deel van het ziekenhuis te vernieuwen, kan een dringend gewenste kwaliteitsverbetering gerealiseerd worden. Zo kan de indeling van de gebouwen verbeterd worden, hetgeen de kwaliteit van zorg ten goede komt.

- o Flexibilisering personeelsbestand
Variabilisering van arbeid en het beter benutten van capaciteitsmanagement is een belangrijke mogelijkheid (en dus een kans) om Laurentius financieel beter te laten presteren. In 2011 zal hier dan ook verder op ingezet worden.

Bedreigingen

Tegenover de hiervoor genoemde kansen, staat ook een aantal bedreigingen:

- Toenemende volume-eisen vormen ene bedreiging voor het voortbestaan van (onderdelen van) onze ziekenhuiszorg. Met name de gynaecologische zorg en functie van de SEH kunnen onder druk komen te staan door toenemende eisen van de zijde van Zorgverzekeraars Nederland. Door middel van samenwerking met partners in de regio en een pro-actieve aanpak, trachten we deze bedreiging het hoofd te bieden.
- Onzekerheid over ziekenhuisfinanciering lange termijn
Een van de belangrijkste bedreigingen vormt de bedrijfseconomische onzekerheid voor ziekenhuizen die wordt gecreëerd door de overheid. Enerzijds stimuleert de overheid marktwerking, waardoor prijzen onder druk van concurrentie dalen, maar anderzijds roomt zij deze marges af. De ruimte om te investeren in nieuwbouw, ICT en medische technologie vermindert zienderogen.
Uiteraard zijn wij ons ervan bewust dat wij als maatschappelijke onderneming zo efficiënt mogelijk moeten werken. Maar waar de Inspectie voor de Gezondheidszorg enerzijds kwaliteitseisen blijft opschroeven en de overheid anderzijds generieke kortingen blijft opleggen, worden ziekenhuizen in een spagaat gedwongen die inmiddels nauwelijks meer werkbaar is.
- In de regio Zuid - Limburg tekent zich een intensieve samenwerking af tussen de ziekenhuisorganisaties Atrium MC en Orbis. Met de nieuwe combinatie ontstaat een van de grootste algemene ziekenhuizen van Nederland.
Dat de overcapaciteit aan ziekenhuisbedden in Zuid - Limburg aangepakt dient te worden, is evident. Ook het rapport van de Provinciale Raad voor de Volksgezond, in 2010 verschenen, laat dit zien. Maar de intensieve samenwerking tussen de twee ziekenhuisorganisaties kan gevolgen hebben voor het zorgaanbod in Zuid - Limburg door eventuele spreiding en concentratie van voorzieningen binnen het nieuwe conglomeraat. Dat op zijn beurt kan effect hebben op de adherentie en patiëntenstromen, met name in het gebied waar de adherentiegebieden van Orbis en Laurentius elkaar deels overlappen, in de gemeente Echt - Susteren.
Meer in het bijzonder zien we een ongelijk speelveld ontstaan in de ziekenhuiszorg in Limburg, nu Orbis/Atrium kan profiteren van niet-marktconforme leningen, transacties en andere afspraken met provinciale en lokale overheden. Laurentius blijft zich inzetten voor een gelijk speelveld voor alle ziekenhuizen in de regio.
- Uitstroom patiënten naar het omringende buitenland
Door andere bekostigingssystemen en daarmee lagere kosten en kortere toegangstijden is het voor patiënten aantrekkelijk in het omringende buitenland deze zorg te betrekken. De uitstroom van patiënten naar Belgisch Limburg en Duitsland lijkt toe te nemen, al is dit niet met betrouwbare cijfers te staven.
Als ziekenhuis in een grensregio, waar buitenlandse zorg bijna letterlijk op steenworp afstand is te betrekken, is het voor Laurentius zaak in de komende periode extra in te zetten op snel toegankelijke en kwalitatief hoogstaande zorg. In februari van 2011 is bijvoorbeeld de eerstelijns diagnostiek sneller toegankelijker gemaakt door ook in weekends MRI's uit te voeren.
- Een andere belangrijke bedreiging is de enorme toename aan administratieve verplichtingen.
Voorop staat dat wij het vanzelfsprekend en wenselijk vinden om inzicht te bieden in de kwaliteit van ons handelen en de daaraan verbonden kosten.
Maar de controledrang is inmiddels dermate uitgebreid dat wij elk jaar honderden indicatoren moeten aanreiken. Dit is grotendeels mensenwerk waarbij talloze patiëntendossiers doorgespiet moeten worden op zoek naar de door de overheid gewenste informatie.

Realisatie van de strategie in het verslagjaar

In het afgelopen jaar is op diverse manieren gewerkt aan de realisatie van de strategie:

Klantgerichtheid

- Klantgerichtheid komt onder meer tot uitdrukking in een rapportcijfer dat patiënten ons geven over de behandeling en verblijf in ons ziekenhuis. Onze doelstelling is dat Laurentius in 2015 gemiddeld een patiënttevredenheid kent van tenminste 8,5. Geen enkele afdeling scoort een patiënttevredenheid lager dan 8,0. In 2012 hebben we een patiënttevredenheid gerealiseerd van 8,6 bij de klinische afdelingen 8,2 bij de poliklinieken
- De Niaz auditoren hebben ons erop gewezen dat we de uitkomsten van patiënttevredenheidsmetingen een duidelijker plaats in onze beleidscyclus dienen te geven, zodat

de resultaten ook vertaald worden in beleid. Daarom hebben we in 2012 de geactualiseerde uitkomsten maandelijks verstrekt aan de betreffende afdelingen en leidinggevenden.

- We hebben per klinische afdeling een kwaliteitsmonitor ontwikkeld, waarin o.a. klanttevredenheid per afdeling en per aspect (bijvoorbeeld verpleging, verblijf, voeding) wordt beoordeeld en wordt vergeleken met de andere klinische afdelingen. De respons van medewerkers op deze kwaliteitsmonitor is positief.

Kwaliteit en Veiligheid

- Voor 2015 is het doel dat in Laurentius wordt gewerkt met prospectieve risicoanalyses om de kwaliteit van zorg te verbeteren. In 2015 zijn tenminste 16 zorgprocessen geanalyseerd door middel van de Healthcare Failure Mode and Effect Analysis-methode (HFMEA). In 2012 is het eerste proces met behulp van deze methode opgepakt.
- We hebben vrijwel alle verbeterpunten van de laatste Niaz-audit en interne audits gerealiseerd.
- Het beschrijven van zorgpaden is nog onvoldoende van de grond gekomen. In 2013 wordt dit met extra inzet opgepakt.
- Wat betreft IGZ en ZiZo-indicatoren, scoren we prima. In de op de IGZ-indicatoren scorelijst van het Algemeen Dagblad hebben we de 19^e plaats behaald, een stijging ten opzichte van voorgaande jaren en een reflectie van onze inzet.

Samenwerken

- Samenwerking is tot stand gekomen met het Maastricht UMC+. In het kader van hun opleiding zijn geneeskundestudenten actief in Laurentius als co-assistent. Verder wordt er samengewerkt in de Onderwijs- en Opleidingsregio Zuid - Oost Nederland (OORZON). Begin 2012 is voorts een intensieve samenwerking op het gebied van Intensive Care overeengekomen. Door de samenwerking wordt de continuïteit en kwaliteit van de IC in het Laurentius Ziekenhuis voor de toekomst kwalitatief duurzaam geborgd. Concreet houdt dat in dat er sprake is van intensieve kennisuitwisseling en dat patiënten uit Roermond zullen worden overgebracht naar Maastricht, indien de Intensive Care basiszorg niet volstaat en er noodzaak is om complexere IC zorg te kunnen bieden. Deze samenwerking past geheel in de afspraken die vorig jaar zijn gemaakt in het zogeheten Hoofdlijnenakkoord Ziekenhuizen, tussen de Minister van VWS en de zorgbranche. De succesvolle samenwerking op IC-gebied heeft er voorts toe geleid dat ook op andere terreinen de samenwerking wordt verkend. We verwachten hierover in 2013 een richtinggevend besluit te kunnen nemen.

Overige belangrijke samenwerkingspartners zijn:

- De Zorggroep: deze VVT-instelling ontwikkelt een herstelhotel ('Gasthuis') op het terrein van het Laurentius Ziekenhuis. Ook op overige onderdelen wordt samengewerkt.
- Ambulancezorg Noord-Limburg: met deze partner werken we aan een Spoedplein Roermond, waar de acute zorg geconcentreerd aangeboden kan worden. De samenwerking voorziet onder meer in uitwisseling van personeel tussen ambulance en spoedeisende hulp.
- St. Jans Gasthuis Weert: enkele vakgroepen werken zowel op locatie in Roermond als in het ziekenhuis in Weert.
- Met VieCuri te Venlo en Venray wordt onder meer samengewerkt op het gebied van de ziekenhuisapotheek. De bereiding van geneesmiddelen voor Laurentius is in 2012 overgedragen aan de ziekenhuisapotheek van VieCuri. Toenemende eisen aan de productie en schaalgrootte-overwegingen lagen aan dit besluit ten grondslag.
- Meditta is de koepel van de regionale huisartsen. Meditta is een belangrijke gesprekspartner voor de coördinatie van zorg tussen eerste en tweede lijn. Eén van de belangrijkste punten die we willen realiseren, is een integratie van de HAP en SEH, dit vanwege de ernstige bedreiging voor het voortbestaan van acute medisch-specialistische zorg in Roermond als dit niet geregeld wordt.
- Proteion biedt VVT-zorg aan in de regio Midden - Limburg. Onder meer werken we met Ciro, een joint venture van Maastricht UMC+ en Proteion samen op het gebied van revalidatiegeneeskunde.

Operational excellence

- Een aanpassing van de managementstructuur is in gang gezet. Indikking van de organisatie, sterkere focus op het sturen van processen en het efficiënt inzetten van middelen zijn de belangrijkste pijlers van de nieuwe organisatie-inrichting. In 2013 wordt de besluitvorming hierover afgerond, zodat de gewijzigde structuur in 2014 kan worden ingevoerd.
- Capaciteitsmanagement en flexibilisering van personele inzet is opgepakt. In 2013 en verder verwachten we hier nog verdere verbeterlagen te maken.

Public Value organisatie

Laurentius wil transformeren naar een public value organisatie. Het ziekenhuis is niet 'van' de organisatie, maar het ziekenhuis is van en voor de regio. Dat is de kern van onze opstelling; we zijn dienstig aan de inwoners van de regio Midden - Limburg en zetten ons in om een goed ziekenhuis voor deze regio te zijn en te blijven.

In 2011 is reeds gestart met publieksavonden waarbij het beleid van Laurentius, de plannen voor nieuwbouw en de relatie met de regio uitgebreid aan de orde is gekomen. Deze avonden zijn positief gewaardeerd en zijn voortgezet. We hebben daarbij echter een belangrijke verandering ingezet met betrekking tot de plaats van deze belanghebbendenparticipatie in onze beleidscyclus. Waar voorheen het accent vooral lag op het achteraf informeren van belanghebbenden over onze beleidskeuzes, hebben we de richting ingeslagen om voortaan samen met belanghebbenden onze beleidskeuzes te maken. Van bijzonder belang daarbij zijn twee pijlers: vaststellen wie onze belangrijkste belanghebbenden zijn en de wijze waarop zij meedenken over onze beleidskeuzes.

Belanghebbenden voor Laurentius zijn:

- Zorgverzekeraars en overige vertegenwoordigers van patiënten
- Individuele patiënten en geïnteresseerden
- Netwerkpartners in de zorg (huisartsen, care-organisaties, partners in de cure)
- Lokale overheden

Strategische dialoog onder regie van prof. dr. R. Goodijk

We betrekken deze belanghebbenden door te werken aan een public value-benadering: hoe kan Laurentius voor zijn omgeving de meeste meerwaarde genereren? Hierover gaan we in gesprek met onze belanghebbenden en vragen wij hen ook zich actief in te zetten voor Laurentius. Andersom mag men van ons betrokkenheid verwachten bij thema's die voor hen relevant zijn.

Met medewerking van prof. dr. R. Goodijk is in 2012 dan ook een begin gemaakt op weg naar een breed strategisch beraad voor Laurentius. Oogmerk is om belanghebbenden in elkaars aanwezigheid de dialoog aan te laten gaan over thema's die voor Laurentius relevant zijn. Inspraak en medezeggenschap worden zo op een nieuwe leest geschoeid. In 2013 zullen we deze nieuwe aanpak rondom twee thema's nader invullen.

Zorgverzekeraars

Verzekeraars zijn belangrijke partners voor Laurentius. Zij kopen immers de zorg in namens onze klanten en bepalen hun inkoopbeleid op onder meer de prestaties van Laurentius en andere ziekenhuizen in de afgelopen periode.

CZ

Het Laurentius Ziekenhuis en zorgverzekeraar CZ hebben afspraken inzake kwaliteit, prijs, toegankelijkheid en continuïteit van de zorg vastgelegd in een Meerjaren Raam Overeenkomst voor de periode 2012 tot en met 2014.

Kwaliteit is een belangrijke pijler van het afgesloten partnership, gezamenlijk kan kennis gedeeld worden over goede kwaliteitszorg. Deze afspraak is het gevolg van intensieve kwaliteitsgesprekken tussen specialisten van Laurentius en een onderhandelingsteam van CZ. Voor Laurentius betekent dit een erkenning van de kwaliteit die geboden wordt. CZ wil met dit initiatief bereiken dat meer openheid over de kwaliteit van de geleverde prestaties van het ziekenhuis wordt gegeven. Dit is een belangrijke voorwaarde om te komen tot effectieve inkoop van ziekenhuiszorg en informatie over de kwaliteit van zorg en de service rondom de zorgverlening. Samen blijven werken aan de kwaliteit van de zorg is immers de bestaansreden van dit partnership.

Tevens zijn afspraken gemaakt over selectieve inkoop en de herinrichting van het zorglandschap, waarbij zorgverzekeraar CZ rekening zal houden met het belang van een duurzame ziekenhuiszorg voor verzekerden en patiënten in het verzorgingsgebied van het Laurentius Ziekenhuis. Tevens ondersteunt CZ de (ver)nieuwbouwplannen van het Laurentius Ziekenhuis.

VGZ

Het Laurentius Ziekenhuis en zorgverzekeraar VGZ hebben in de afgelopen periode de intentie uitgesproken om tevens gezamenlijk tot een Meerjaren Raam Overeenkomst te komen.

Basis voor deze overeenkomst is ook gelegen in de kwaliteit van zorg geleverd door het Laurentius Ziekenhuis, waarbij tevens specialisatie en substitutie in de regio, onderbouwd door de gestelde minimumnormen van de Wetenschappelijke Verenigingen, verder ingevuld zal worden.

Achmea

Het Laurentius Ziekenhuis en zorgverzekeraar Achmea hebben eveneens voor de periode 2012 tot en met 2014 afspraken inzake kwaliteit, prijs, toegankelijkheid en continuïteit van zorg vastgelegd in een Meerjaren Raam Overeenkomst.

Ook voor zorgverzekeraar Achmea geldt dat kwaliteit een belangrijke pijler is van het afgesloten partnership. Zorgverzekeraar Achmea heeft de kwaliteit van het Laurentius Ziekenhuis extra onderkend middels een tweetal predicaten, namelijk zowel voor de behandeling van colorectaal carcinoom alsook de behandeling van heup- en knie operaties. Het Laurentius Ziekenhuis fungeert hierbij als voorkeursaanbieder voor zorgverzekeraar Achmea.

Ook zorgverzekeraar Achmea ondersteunt de (ver)nieuwbouwplannen van het Laurentius Ziekenhuis en waarborgt duurzame zorg voor verzekerden en patiënten en in het verzorgingsgebied van het Laurentius Ziekenhuis.

Menzis

Ook verzekeraar Menzis erkent de kwaliteit die Laurentius levert. Op basis van een aantal kwaliteitscriteria selecteert Menzis voorkeurleveranciers. De kwaliteitscriteria zijn samengesteld op grond van landelijke richtlijnen, consultatie van een aantal medisch specialisten en patiëntenorganisaties. Het behalen van bijna alle Menzis Topzorg predicaten betekent dat Laurentius goede medische kwaliteit, snelle toegang en goede patiëntenvoorlichting biedt. In 2012 is dit verder uitgebreid met een nieuw behaald Topzorg predicaat voor de behandeling van prostaatkanker. In het kader van Topzorg zal Menzis de komende jaren de Topzorg predicaten verder uitbreiden.

Multizorg VRZ

Zorgverzekeraar Multizorg VRZ heeft de ambitie om op professionele wijze de landelijke inkoop van zorg voor de deelnemende zorgverzekeraars te realiseren. Daarbij zijn kwaliteit, prijs en toegankelijkheid van de zorg speerpunten. Ook voor zorgverzekeraar Multizorg VRZ is meer transparantie en inzicht in de geboden zorg een belangrijke pijler voor afspraken met het Laurentius Ziekenhuis, evenals het voldoen aan de gestelde minimumnormen van Wetenschappelijke Verenigingen.

Vrijwilligers

In het Laurentius Ziekenhuis mogen wij rekenen op de hulp van vele vrijwilligers. De vrijwilligers helpen onder meer bij de opname van patiënten, polikliniekproject, de patiëntenbibliotheek, het verspreiden en actualiseren van kranten en tijdschriften in het ziekenhuis, de koffieronde in de poliwachtruimtes en het huiskamerproject.

De vrijwilligers bieden niet alleen een -zeer welkome- helpende hand. Door samen te werken met de Unie van Vrijwilligers, kunnen wij mensen betrekken bij het Laurentius Ziekenhuis die zelf niet zorgbehoevend zijn. Dat zorgt voor een prettige sfeer in het ziekenhuis en wederzijdse betrokkenheid.

In 2010 is door het bestuur van de Unie van Vrijwilligers (UVV) aangegeven de vele coördinatiewerkzaamheden voor de vrijwilligers niet meer in te kunnen vullen. Het bestuur van de UVV verzocht daarop aan het Laurentius Ziekenhuis de vrijwilligersorganisatie onder hoede van het ziekenhuis te brengen. Uiteindelijk heeft dit na een overgangperiode met een tijdelijk bestuur ertoe geleid dat eind 2012 besloten is de vrijwilligers in te bedden in de organisatie van Laurentius. De UVV afdeling Roermond is ontbonden.

Vanaf begin 2013 worden de vrijwilligers aangestuurd door de afdelingsmanager van de afdeling waar zij hun vrijwillige taken invullen. Zo betrekken we de vrijwilligers meer bij de dagelijkse gang op de afdelingen en hebben wij hen ingebed in onze eigen organisatie.

Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)

De IGZ zien wij ook als een van de belangrijkste externe samenwerkings- en toezichtorganen. Ook in het afgelopen jaar hebben we mogen rekenen op de expertise en het constructief-kritisch meedenken van de IGZ. Die vorm van samenwerking waarderen wij bijzonder.

Verder is in het reguliere jaarlijkse gesprek met de IGZ stilgestaan bij:

- Toekomstige concurrentiepositie van het ziekenhuis en de daarmee samenhangende financiële gevolgen ten gevolge van de fusie tussen Orbis en Atrium Medisch Centrum.
- Regionale samenwerking, verdeling portfolio en verwijzpatronen. De intensieve samenwerking op de gebieden pathologie, vaatchirurgie, microbiologie, apotheekzorg, geriatrie en reumatologie komen aan de orde. Binnen het ziekenhuis volop discussie over de samenstelling van het portfolio, waarbij volumennormen leidend zijn bij het maken van keuzes.

Het ziekenhuis heeft zich toegelegd op laparoscopische ingrepen ten behoeve van chirurgie (colonresectie), gynaecologie (uterusextirpatie) en nefrologie (nierpathologie). Behoeftte aan regionale expertise wordt geïllustreerd door de toegenomen verwijzingen voor laparoscopische ingrepen vanuit de regio.

- Toegankelijkheid, continuïteit en kwaliteit van de zorgverlening versus volumenormen. In ziekenhuis wordt gebruik gemaakt van een EVD, met uitzondering van IC, PAAZ en cardiologie volledig geïmplementeerd. Gebruik van EVD wordt gemonitord en teruggekoppeld aan de afdelingen. Basis EPD ziekenhuisbreed operationeel en zijn pilots voor realisering vakgroepdossiers voor cardiologie, urologie, MDL en revalidatie gestart. EVS in de kliniek is m.u.v. IC volledig geïmplementeerd. Poliklinisch wel geïmplementeerd, maar nog onvoldoende in gebruik genomen. Vanaf begin 2013 verplicht gesteld. Ziekenhuis gestart met ontwikkeling van standaard methodiek t.a.v. prospectieve risico-inventarisaties. Trainingen geweest en processen (bestaand en nieuw) geselecteerd voor PRI. Uitgevoerd zijn PRI voor plaatsing SPECT-CT, rectale spoel bij MRI en Flexibele scopen. Conclusie hierbij: analyses en verslaglegging van de analyses zijn van zeer goed niveau.
- IC zorg: Er wordt intensief samengewerkt met MUMC, waarbij de verantwoordelijkheid voor IC bij MUMC is belegd. Samenwerking wordt door alle partijen als erg positief ervaren. Inspectiebezoek en Visitatie van de IC eind 2012 laten duidelijk zien dat de kwaliteit van zorg en continuïteit van IC zorg gewaarborgd is binnen het ziekenhuis.
- SEH: SEH vervult belangrijke rol binnen ziekenhuis, wat ondermeer blijkt uit grote aantal SEH artsen wat aangetrokken is. Gemiddeld vinden er 20.000 patiëntenbezoeken per jaar plaats. Alle patiënten worden gezien door de SEH staf. Ten aanzien van samenwerking met de huisartsen wordt gestreefd naar een volledige integratie van de huisartsenpost en de SEH in de vorm van een acute post. Samenwerking met de regionale ambulancedienst heeft er toe geleid dat er 24 uur per dag een ambulance gestationeerd is op de SEH.
- Geboortezorg: Verbetermaatregelen met betrekking tot de parallelle acties op basis van eerder uitgevoerde TT-geboortezorg en de daaruit voortvloeiende vragen zijn volledig geïmplementeerd. Er is sprake van 1:1 of 1:2 begeleiding zwangeren door aanstelling van extra O&G verpleegkundige. Er kan nog niet voldaan worden aan de 15 minutennorm, maar er wordt wel binnen maximaal 30 minuten gestart met een behandeling.
- Binnen ziekenhuis ruime aandacht geschonken aan de doelgroep kwetsbare ouderen. Op IC en PAAZ afdeling na, inmiddels volledig geïmplementeerd. Borging (o.a. registratie van indicatoren) krijgt nog extra aandacht, via de aandachtsvelders op afdelingsniveau. Vakgroep Geriatrie heeft een nieuw meerjaren beleidsplan in afronding, waarin met name de ketenzorg meer aandacht krijgt.
- Binnen ziekenhuis gebruik gemaakt van IFMS-systeem, waaraan tot op heden circa 70% van alle specialismen heeft deelgenomen. In personen gezien, heeft 58,1% van de medisch-specialisten tot en met 2012 aan dit programma deelgenomen.

Organisatie-inrichting

Het organigram ultimo 2012 is opgenomen op de volgende pagina.

In het Laurentius Ziekenhuis is gekozen voor een inrichting van de organisatie die zoveel mogelijk overeenkomt met het traject dat een patiënt door de organisatie doorloopt. In januari 2006 is daartoe een reorganisatie ingevoerd (een zogenaamde kanteling van de organisatie).

Hieronder volgt een korte beschrijving op hoofdlijnen van de organisatieonderdelen, aan de hand van het bovenstaande organigram.

Raad van Toezicht en Raad van Bestuur

De Raad van Toezicht heeft een adviserende en toezichthoudende functie voor de Raad van Bestuur. Per einde van het verslagjaar, bestaat de Raad uit vijf personen. De werkzaamheden van de Raad van Toezicht, alsmede toepassing van de Zorgbrede Governancecode, komen in dit Jaardocument nader aan de orde in het hoofdstuk Bestuur, Toezicht en Bedrijfsvoering. In de Bijlage Raad van Toezicht wordt nader ingegaan op de samenstelling van de Raad.

De Raad van Bestuur bestaat sinds januari 2013 uit twee personen (1,5 fte). In 2012 werd steeds duidelijker dat de projecten en reguliere bedrijfsvoering van Laurentius om meer strategische sturing vragen. Dit heeft ertoe geleid dat de Raad van Bestuur tijdelijk parttime is uitgebreid, in de persoon van de heer R.M. Schipper. De Raad van Bestuur is collegiaal verantwoordelijk en stuurt integraal de organisatie aan, geeft leiding aan de stafafdelingsmanagers en de managers bedrijfsvoeringen is gesprekspartner voor de Cliëntenraad, de Ondernemingsraad en het Bestuur van de Medische Staf.

Binnen de Raad van Bestuur is een portefeuilleverdeling opgesteld en de relatie tussen Raad van Bestuur en Raad van Toezicht wordt, behalve door de statuten, ook geregeld in een bestuursreglement.

Managementondersteuning

Onder deze noemer werken de stafafdelingen:

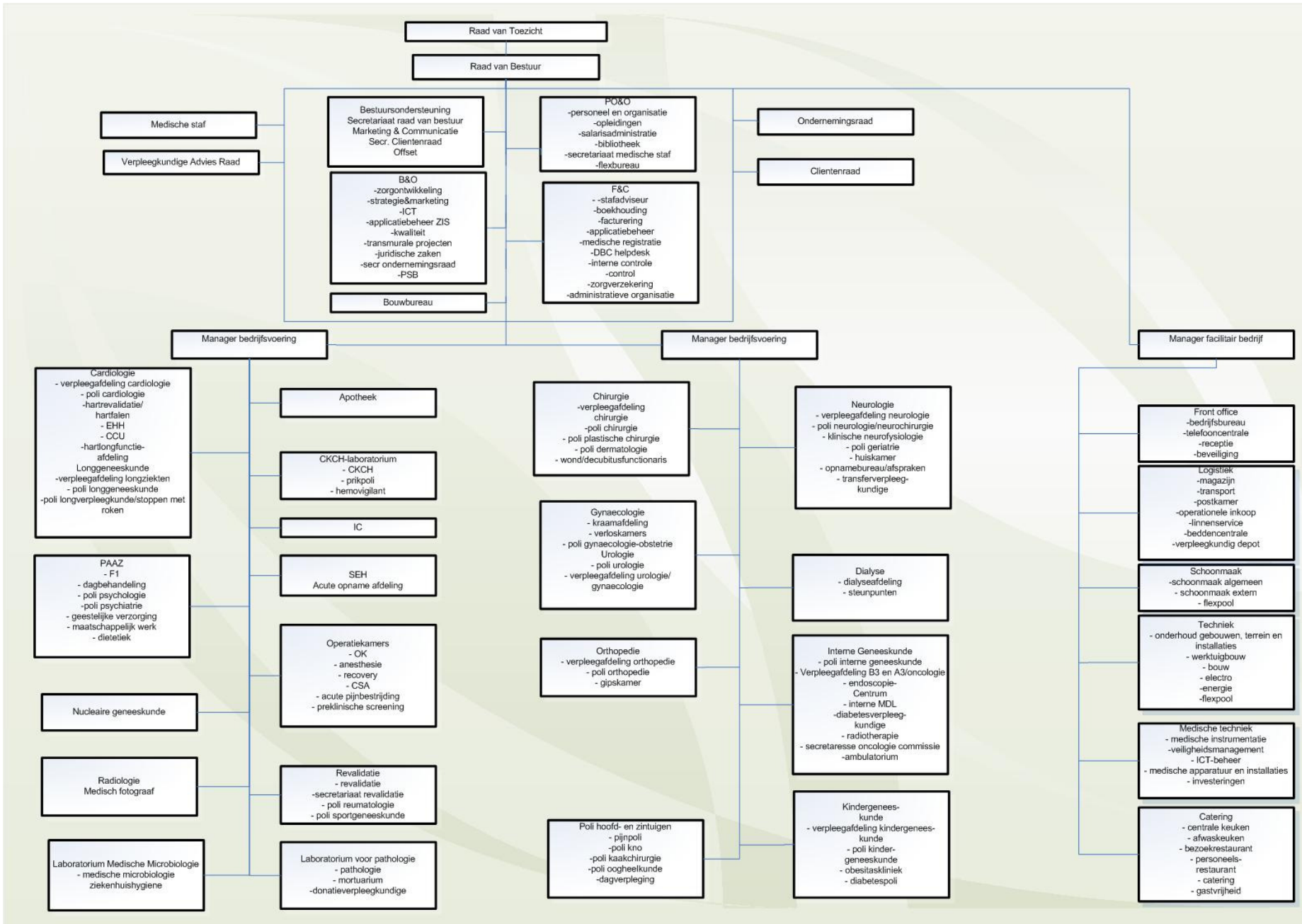
- Bestuursbureau
- Beleidsondersteuning
- Financiën & Control
- Personeel & Organisatie

Bedrijfsvoeringsunits

Het primaire proces binnen het Laurentius Ziekenhuis is in 2009 georganiseerd in drie bedrijfsvoeringsunits. Deze worden door een manager bedrijfsvoering aangestuurd. Binnen de units in de zorg gewerkt met duaal management. Een afdelingsmanager en medisch manager geven samen sturing aan de afdeling. Het Facilitair Bedrijf is in dat opzicht anders georganiseerd, daar is geen sprake van duaal management. Binnen het Laurentius Ziekenhuis worden de volgende units voor de bedrijfsvoering onderscheiden:

- Zorg A
- Zorg B
- Facilitair Bedrijf

Onder de Raad van Bestuur functioneren dan ook drie managers bedrijfsvoering die deze units aansturen.



Doorontwikkeling managementstructuur

Gedurende 2012 werd steeds duidelijker dat de bovenstaande managementstructuur deels in de weg staat aan effectieve sturing van de organisatie. Enerzijds namelijk moeten de capaciteiten aangestuurd worden. Hierbij ligt de nadruk op efficiënt organiseren van beschikbare mensen en middelen. Dit speelt onder meer bij het OK-complex en de verpleegafdelingen. Daar staat tegenover dat ook de processen in de zorgorganisatie goed op elkaar moeten aansluiten en klantvriendelijk moeten zijn. Hierbij ligt de nadruk op kwaliteit, veiligheid en efficiency.

De na de kanteling gehanteerde organisatieinrichting, legt de nadruk op het managen van capaciteiten. Laurentius kiest ervoor om in 2013 een model te ontwikkelen dat een betere balans waarborgt tussen enerzijds het aansturen van de in te zetten capaciteiten en anderzijds de te realiseren zorgprocessen. Wij verwachten uiterlijk 1 januari 2014 met het nieuwe organisatie-model van start te gaan.

Medezeggenschap

Het Laurentius Ziekenhuis kent een Ondernemingsraad en een Cliëntenraad. Daar het Laurentius Ziekenhuis in 2012 geen deel uitmaakte van een concern, is de medezeggenschapsstructuur eenvoudig: de Ondernemingsraad en Cliëntenraad zijn niet verbonden met bijvoorbeeld een centrale Ondernemingsraad of Centrale Cliëntenraad. Verder is er natuurlijk een belangrijke rol voor de Medische Staf binnen het Laurentius Ziekenhuis. De samenwerking met de staf is verderop in dit jaardocument uitvoeriger beschreven. Een ander adviesorgaan dat hier niet onvermeld mag blijven, is de Verpleegkundige Advies Raad (VAR) die in 2006 is ingesteld.

Samenstelling management

De samenstelling van het management van het Laurentius Ziekenhuis is opgenomen aan het einde van dit jaardocument, in de Bijlage Personalía.

Governance

In dit hoofdstuk doet het Laurentius Ziekenhuis verslag van de inrichting van ons bestuur, het toezicht daarop en de (organisatie van) de bedrijfsvoering. Als organisatie die wordt gefinancierd uit semi-publieke middelen, hechten we er sterk aan inzichtelijk te maken op welke wijze wij omgaan met de aan ons toevertrouwde middelen.

Normen voor goed bestuur en governance

Het Laurentius Ziekenhuis hanteert de Zorgbrede Governancecode. Er zijn geen uitzonderingen die gemaakt worden op de code, evenmin wordt de code afwijkend uitgelegd. Hieronder wordt per onderdeel van de code kort weergegeven op welke wijze Laurentius hier invulling aan geeft.

Zelfevaluatie

Uitgangspunt bij het handelen van de Raad van Bestuur en Raad van Toezicht binnen het Laurentius Ziekenhuis is de Zorgbrede Governancecode. De Raad van Toezicht heeft in juni 2010 aan de hand van de 'checklist Zorgbrede Governancecode' de organisatie en werkwijze binnen bestuur en toezichthouders doorlicht. Aan de hand van deze governancecheck is de Raad van Toezicht tot de conclusie gekomen dat het Laurentius Ziekenhuis naar de letter en/of geest van de code invulling heeft gegeven aan haar governancestructuur.

Leden van de Raad van Toezicht binnen het Laurentius ziekenhuis hebben algemene bestuurlijke ervaring en kwaliteiten. Zij zijn maatschappelijk actief en beschikken over relevante netwerken. Zij hebben inzicht in de ontwikkelingen in hun eigen vakgebied en blijven zich verdiepen in de ontwikkelingen op het gebied van de gezondheidszorg in het algemeen en de zorgfunctie van Laurentius Ziekenhuis Roermond in het bijzonder.

Gedurende het verslagjaar zijn geen wijzigingen opgetreden in de samenstelling van de Raad van Toezicht.

Profielschetsen voor de te werven leden zijn tot stand gekomen in overleg met de Raad van Bestuur, de medische staf, de ondernemingsraad en de cliëntenraad. De openbare wervingsprocedure heeft opvallend veel geïnteresseerden opgeleverd voor een functie in de Raad van Toezicht.

Om vanuit een stabiele governance-basis de strategische uitdagingen van Laurentius ook in de toekomst het hoofd te bieden worden twee gezamenlijke studiedagen belegd op het moment dat de nieuwe leden hun intrede doen. Verdere concrete invulling van de code zal aan de hand van de uitkomsten van deze bijeenkomst geschieden.

Bovendien is een introductieprogramma voor nieuwe leden van de Raad van Toezicht geïntroduceerd, zodat de leden snel een goed beeld krijgen van Laurentius. Oogmerk van de introductie is om de leden te equiperen voor hun toezichthoudende taak bij Laurentius.

De Zorgbrede Governancecode schrijft tevens voor dat de persoon van de accountant periodiek wisselt. De Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht hechten hier ook aan. Met het oog op de continuïteit van het toezicht en het opbouwen van kennis over het ziekenhuis bij de accountant is er in 2008 voor gekozen wel van contactpersoon te wisselen maar geen accountantswissel in de zin van een ander bureau door te voeren. De komende verslagperiode buigt het auditcomité zich over een eventuele onderhandse aanbesteding in deze.

Het Laurentius Ziekenhuis waardeert het gedachtegoed achter de code zeer en biedt volledige openheid en dialoog met belanghebbenden teneinde het strategisch beleid goed vorm te geven en de risico's binnen de organisatie te benoemen.

Afstemming met de medische staf vindt gestructureerd een maal per twee weken plaats in een overleg tussen Raad van Bestuur en medisch stafbestuur. In dit overleg komen strategische onderwerpen aan de orde, maar ook onderwerpen van tactisch/operationeel niveau worden ter agenda opgevoerd. Bij dit laatste dient gedacht te worden aan onderwerpen op gebied van kwaliteit en veiligheid, medische inhoud en dergelijke. Voor financiële onderwerpen heeft de Raad van Bestuur een maal per maand een overleg met de door de medische staf ingestelde 'stafmaatschap'.

Overige aspecten

Op de volgende punten kent de Governancecode een regeling:

Werkings sfeer

Het Laurentius Ziekenhuis valt onder de werkingssfeer van de code en respecteert deze dan ook. Laurentius kent als rechtsvorm de stichting en maakt geen aanspraak op dispensatie voor toepassing van de code.

Verantwoording

Het tweede hoofdstuk van de code stelt het afleggen van verantwoording centraal. De zorgorganisatie wordt als maatschappelijke onderneming gepositioneerd, met de daarbij behorende plichten, zoals het bieden van verantwoorde zorg en betaalbare zorg.

Laurentius onderschrijft de in de code genoemde punten en voert deze ook in de praktijk uit. De zorg die wij verlenen voldoet aan de geldende kwaliteitscriteria, getuige onder meer de ziekenhuisbrede Niaz-accreditatie. Uitkeringen die niet passen binnen het doel van de organisatie, vinden uiteraard niet plaats. En dat wij zo effectief en doelmatig mogelijk werken, blijkt onder meer uit de jaarlijkse productiviteitstoename.

Dialogoog met belanghebbenden

Laurentius kent een nauwe betrokkenheid van de cliëntenraad bij tal van aspecten van de zorgverlening en de daaraan gerelateerde dienstverlening, zoals voeding en schoonmaak. Laurentius heeft evenwel nog niet een door RvB en RvT vastgesteld overzicht van de belanghebbenden bij de organisatie en de wijze waarop zij betrokken worden bij besluiten. Het wettelijk kader van onder meer de WMCZ en WOR is hierbij uiteraard wel leidend en wordt ook toegepast. Zoals elders aan de orde komt, transformeert Laurentius naar een public value organisatie waarin we de belangen van alle stakeholders en onze organisatie integraal afwegen.

Informatieverstrekking

De raadpleging van de belanghebbenden vindt uiteraard plaats bij de in de code genoemde onderwerpen. Thans worden Ondernemingsraad, Stafbestuur en Cliëntenraad de facto als de terzake relevante belanghebbenden aangemerkt en met hen wordt dan ook het in de code voorgeschreven overleg gevoerd.

Het recht van enquête

Het enquêterecht is statutair toegekend aan 'een orgaan dat de cliënten van de instelling vertegenwoordigt'. Concreet betekent dit dus dat het recht is toegekend aan de Cliëntenraad. Daarmee voldoet Laurentius ook op dit punt aan de wettelijke transparantie-eisen.

Verantwoording aan belanghebbenden

Het Laurentius Ziekenhuis benutte in het verleden het (model van) het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording om verslag te doen van het gevoerde beleid en de behaalde resultaten. Gebruikmaking van dit document stelt belanghebbenden in staat op een uniforme wijze het presteren van een zorgorganisatie te leren kennen en te vergelijken. Voor de zorgorganisatie heeft het document als voordeel dat in één document alle relevante verantwoordingsinformatie bijeengebracht kan worden. Een steeds belangrijker onderdeel van de openbare verantwoordingsinformatie zijn de kwaliteitsindicatoren over de zorgverlening in Laurentius. Ook deze indicatoren publiceert Laurentius, in overeenstemming met de daarvoor geldende kaders.

Nu het Jaardocument niet meer verplicht wordt voorgeschreven, hanteert Laurentius, in elk geval voor het onderhavige verslagjaar, wel nog het model als leidraad bij de inrichting van het directieverslag.

Externe accountant

In het Laurentius Ziekenhuis wordt de accountant benoemd en ontslagen door de RvT, conform de Governancecode. Ook is de accountant aanwezig bij de bespreking van de jaarrekening bij de RvT. Eveneens conform de code rapporteert de accountant gelijkelijk aan Raad van Bestuur en Raad van Toezicht.

Raad van Bestuur

De RvB heeft de statutaire bestuursbevoegdheid over de organisatie en is daarmee eindverantwoordelijk voor het presteren van de organisatie. Periodiek vindt er formeel en informeel overleg met de Raad van Toezicht plaats, waarin de risico's van en financiering voor de zorgorganisatie besproken worden.

In 2011 heeft de Raad van Toezicht voorts de klokkenluidersregeling vastgesteld, waarna ook de Ondernemingsraad hiermee heeft ingestemd.

Benoeming, ontslag en beloning van de RvB

Conform de Governancecode stelt de RvT de omvang van de Raad van Bestuur vast en regelt de RvT de benoeming, het ontslag en de vergoeding voor de bestuurder(s). De incompatibiliteiten van toezichthouders en bestuurders zijn statutair vastgelegd.

Aangezien het Laurentius Ziekenhuis als rechtsvorm de stichting kent, worden geen aandelen toegekend aan bestuurders of toezichthouders. Evenmin verstrekt Laurentius leningen of garantiestellingen aan haar bestuurders buiten de normale bedrijfsvoering.

Belangenverstremgeling

De in de Governancecode opgenomen regels ten aanzien van belangenverstremgeling worden door Laurentius nageleefd en zijn verankerd in de statuten van de organisatie.

Raad van Toezicht

De Raad van Toezicht vervult zijn functie in overeenstemming met de Governancecode en binnen de kaders van de statuten. In zijn toezichthoudende werkzaamheden ziet de Raad in het bijzonder op onder meer de strategie en de daaraan verbonden risico's, de opzet en werking van de interne risicobeheersings- en controlesystemen, de financiële verslaglegging en kwaliteit en veiligheid van zorg.

Bijzondere besluiten van de Raad van Bestuur behoeven goedkeuring van de Raad van Toezicht. In het Laurentius Ziekenhuis is aan deze goedkeuring onderworpen:

- Besluiten tot het aangaan van overeenkomsten tot verkrijging, vervreemding en bezwaring van registergoederen
- Besluiten tot het aangaan van overeenkomsten waarbij de stichting zich als borg of hoofdelijk medeschuldenaar verbindt, zich voor een derde sterk maakt of zich tot zekerheidstelling voor een schuld van een derde verbindt
- Oprichting en ontbinding van rechtspersonen
- Aangaan, wijzigen en beëindigen van samenwerkingsovereenkomsten met en de deelneming in andere rechtspersonen, alsmede aanvaarding, wijziging en beëindiging van bestuursschap van zodanige rechtspersonen
- Aanvragen van faillissement en surseance van betaling
- Aanvaarden van erfstellingen, legaten en schenkingen
- Vaststelling en wijziging van het strategisch ziekenhuisbeleidsplan
- Aangaan van geldleningen waarvan het bedrag uitgaat boven een door de Raad van Toezicht bepaalde limiet
- Strategische beslissingen en ingrijpende wijzigingen in de organisatie
- Wijziging van de statuten

Met de leden van de RvB wordt jaarlijks een gesprek over diens functioneren gevoerd. Ook evalueert de RvT jaarlijks zijn eigen functioneren, buiten aanwezigheid van de RvB. De relatie tussen RvB en RvT wordt eveneens jaarlijks besproken en geëvalueerd. De statuten kennen voorts de regeling dat leden van de Raad van Toezicht in de gelegenheid worden gesteld informatie in te winnen bij functionarissen in de organisatie.

Benoeming, ontslag, samenstelling en deskundigheid

De Raad van Toezicht benoemt en ontslaat de leden van de Raad van Toezicht, waarbij statutair is geregeld dat de zittingsduur van een lid maximaal twee perioden van vier jaren is.

De Raad van Toezicht let bij zijn samenstelling op de vereiste deskundigheden en in het bijzonder op deskundigheid ten aanzien van zorg en financiën. De werving geschiedt op basis van een openbare profielschets, waarbij interne gremia in de gelegenheid worden gesteld op deze profielschets te reageren alvorens deze wordt vastgesteld door de Raad .

Binnen Laurentius is eveneens geregeld dat een nieuw lid van de Raad van Toezicht een introductieprogramma doorloopt, zoals hiervoor beschreven.

Honorering

De honorering van de RvT-leden wordt vastgesteld door de RvT en is niet afhankelijk van het presteren van de organisatie. De leden van de Raad van Toezicht ontvangen evenmin aandelen of rechten daarop.

Onafhankelijkheid

De eisen aan de onafhankelijkheid van de leden van de Raad van Toezicht in de Governancecode worden door het Laurentius Ziekenhuis volledig nageleefd.

Belangenverstrengeling

Toezichthouders dienen in een voorkomend geval melding te maken van belangenverwevenheid tussen persoonlijke belangen en de belangen van de organisatie waarop toezicht wordt gehouden. In voorkomende gevallen handelt de Raad van Toezicht conform de Governancecode.

Raad van Bestuur

In het verslagjaar is het bestuur van 1 januari tot en met 31 december gevoerd door de heer Mr. drs. G.A.M. Thiadens, Voorzitter Raad van Bestuur (enig bestuurder). Het Laurentius Ziekenhuis kent met ingang van 2013 een tweehoofdig collegiaal bestuur dat wordt aangesteld door de Raad van Toezicht.

Bezoldigingsbeleid

Het bezoldigingsbeleid is gebaseerd op de richtlijnen van de NVZD. In het verslagjaar werd niet gewerkt met een reglement voor de Raad van Bestuur.

De heer Thiadens wordt bezoldigd op basis van de Beloningscode Bestuurders in de zorg (BBZ). Dit is een integraal arbeidsvoorwaarden pakket. Bij de vaststelling van het inkomen van de bestuurder is rekening gehouden met de zogeheten 'Balkenende norm'.

Met het oog op de maatschappelijke verantwoordelijkheid van de Raad van Toezicht en het streven van de Rijksoverheid de beloning in de semi-publieke sector te modereren is deze regeling toegepast. Er is een toeslag toegekend, die past binnen de kaders van de BBZ.

Voor de primaire arbeidsvoorwaarden regelt de BBZ het totale jaarsalaris. De vaststelling van het jaarsalaris heeft plaats gevonden via de volgende beslisstappen. De RvT bepaalt de complexiteit en de impact van de instelling. Dit is een score op 5 elementen waarvan de eindscore is afgezet tegen de omvang van de omzet van de instelling. Hieruit vloeit een totaalscore welke correspondeert met salarisschalen. Tot slot is dit salaris met een percentage verhoogd op basis een 5 tal risico's.

In het verslagjaar heeft een beoordeling van de bestuurder door de RvT plaatsgevonden. Met de bestuurder is bij zijn aanstelling geen structurele bonusregeling overeengekomen. De RvT heeft wel de mogelijkheid om incidenteel een gratificatie toe te kennen vanwege bijzondere prestaties. Van deze mogelijkheid heeft de RvT in 2012 gebruik gemaakt en heeft de bestuurder een gratificatie toegekend vanwege de in het verslagjaar 2012 samen met de ziekenhuisorganisatie behaalde uitstekende resultaten.

Een vertrekregeling is niet overeengekomen met de bestuurder.

Transparantie-eisen

De WTZi stelt eisen aan de besturing van zorgorganisaties. In deze paragraaf komt kort aan orde of de stichting Laurentius Ziekenhuis Roermond aan deze eisen voldoet.

De eisen die aan de bestuursstructuur worden gesteld, zijn:

Er is een raad van toezicht

Aan deze transparantie-eis wordt voldaan.

Geen dubbelfuncties van bestuurders en toezichthouders

Aan deze transparantie-eis wordt voldaan.

Duidelijke verantwoordelijkheidsverdeling

Aan deze transparantie-eis wordt voldaan.

Er is een conflictregeling

Aan deze transparantie-eis wordt voldaan.

Een zorginstelling moet in de statuten opnemen wie een enquêteverzoek bij de Ondernemingskamer kan indienen.

Aan deze transparantie-eis wordt voldaan.

Er is inzicht in de samenwerkingsrelaties met andere rechtspersonen

Aan deze transparantie-eis wordt voldaan.

Er is een adequate financiële administratie
Aan deze transparantie-eis wordt voldaan.

Bedrijfsvoeringbeslissingen voldoen aan interne regels en wettelijke, statutaire en contractuele juridische verplichtingen
Aan deze transparantie-eis wordt voldaan.

De zorgactiviteiten van de instelling worden onderscheiden van de overige activiteiten van de instelling
Aan deze transparantie-eis wordt voldaan.

Het Laurentius Ziekenhuis heeft een Raad van Toezicht ingesteld, waarvan de samenstelling is opgenomen in de Bijlagen bij dit jaardocument. De Raad van Toezicht de werkzaamheden van de Raad van Toezicht zijn middels reglement en in statuten vastgelegd. Een duidelijke verantwoordelijkheidsverdeling is aanwezig.

Nevenfuncties

Per bestuurder wordt hieronder een overzicht gegeven van diens nevenfuncties:

Mr drs G.A.M. Thiadens

Opgegeven nevenfuncties:

- Arbitrer Geschillenprocedures NIAZ
- Voogd/bestuurderlid Stichting Roode- of Burger Weeshuis Groningen
- Voorzitter Stichting RK-Kerkhof Groningen

Deze nevenfuncties zijn bekend bij de Raad van Toezicht en hebben de instemming van deze Raad. Alvorens de Raad van Bestuur een nevenfunctie aanvaardt, wordt dit voorgelegd aan de voorzitter van de Raad van Toezicht, zodat deze in de gelegenheid is om te beoordelen of sprake is van belangenverstrengeling.

Informatievoorziening Raad van Toezicht

De Raad van Toezicht ontvangt voorafgaand aan elke vergadering een informatieset van de Raad van Bestuur. In de volgende paragrafen is dit in meer detail beschreven.

Werkzaamheden Raad van Toezicht

Toezicht op strategie en prestaties van de organisatie

De Raad van Toezicht overlegt in elke vergadering over de strategie en de risico's verbonden aan de activiteiten van het ziekenhuis. Daarnaast rapporteert de bestuurder periodiek over de belangrijkste ontwikkelingen in het ziekenhuis, zodat de Raad van Toezicht de strategie én de daaraan verbonden risico's kan monitoren en, indien gewenst, kan bijsturen. Hiervoor is een toezichtsplan ontwikkeld.

Thema's

De Raad van Toezicht geeft haar rol vorm en inhoud aan de hand van het strategisch meerjarenplan en de daarvan afgeleide jaarplannen van het ziekenhuis. In samenspraak met de bestuurder wordt een aantal onderwerpen geselecteerd die de bijzondere aandacht van de Raad van Toezicht krijgen. Teneinde goed toezicht te kunnen houden op het financiële beleid en beheer heeft de Raad van Toezicht een auditcommissie ingesteld.

In 2012 is door de Raad van Toezicht in het bijzonder gesproken over:

- Inrichting topstructuur
- Treasury statuut
- Financiering bouw en bankarrangement
- Nieuwbouwplannen
- Governance bouwplannen
- Projectplan nieuwbouw en renovatie
- Risicomanagement bouw
- Bestuurs- en managementinformatie
- Stand van zaken begroting 2012
- Jaardocument 2012
- Financieel jaarverslag 2012
- Kaderbrief 2013
- Begroting 2013
- Integraal Risicomanagement
- Samenwerkingsonderwerpen: MUMC/SJG/VC/Zorggroep/Proteion/Ciro en meer
- Oprichting stichting vrienden van
- Reglement RvB en waarnemingsregeling RvB
- Procedure 2e lid RvB
- Strategische beleidsagenda: koers en strategie
- organisatieontwikkeling
- Kwaliteit en veiligheid
- Wachtlijstinformatie
- Calamiteiten en inspectiezaken
- Informatieprotocol
- Work Ability Index
- Top Employer

Bijzondere aandacht heeft de Raad van Toezicht in het verslagjaar besteed aan de transformatie naar public value organisatie met medewerking van prof. dr. R. Goodijk.

Voorts is thematisch stilgestaan bij:

- Integraal Risicomanagement olv dhr. Van Attekum, Deloitte
- Bouwen in Laurentius; van switch naar nieuwbouwplan, olv G.Afink, AT Osborne
- Board Review presentatie; door K. de Gier, bureau Berenschot
- De Raad van Toezicht heeft voorts 2 werkbezoeken afgelegd op afdelingen

De Raad acht voorts in het bijzonder betrokken bij de kwaliteit en veiligheid van zorg in Laurentius. Door middel van periodieke rapportage van kritieke procesindicatoren (KPI's) en verdiepende discussies houdt de Raad hierbij de vinger aan de pols.

Overleg met de Raad van Bestuur en informatieprotocol

De Raad van Toezicht vergadert in de regel zesmaal per jaar. Aan elke reguliere vergadering gaat een overleg tussen voorzitter en plaatsvervangend voorzitter van de RvT met de bestuurder vooraf. In dat overleg wordt de agenda voor de Raad van Toezicht-vergadering vastgesteld. Daarnaast heeft ook dit overleg een functie als klankbord voor de bestuurder.

De Raad van Toezicht overlegt in elke vergadering over de strategie en de risico's verbonden aan de activiteiten van het ziekenhuis. Zoals hiervoor gemeld komt dat geregeld in thematische vorm aan de orde. Daarnaast rapporteert de bestuurder voor elke vergadering schriftelijk aan de Raad van Toezicht over de belangrijkste ontwikkelingen in het ziekenhuis, zodat de Raad van Toezicht de strategie én de daaraan verbonden risico's kan monitoren en, indien gewenst, kan bijsturen. Op deze wijze wordt voorzien in de informatiebehoefte van de Raad van Toezicht. Aanvullend hierop, wordt geregeld op geleide van de agenda van de RvT-vergadering, een gast uitgenodigd in de vergadering, zoals leden van het managementteam.

In het bestuursverslag wordt ingegaan op de stand van zaken van realisatie van de strategie. De Raad van Toezicht toetst dit onder meer aan de hand van periodieke contacten met andere organen van het ziekenhuis, zoals het bestuur van de medische staf, de cliëntenraad en de ondernemingsraad. Statutair is verder vastgelegd dat de Raad van Toezicht de bevoegdheid heeft in het ziekenhuis bescheiden in te zien.

Overleg met stakeholders

De leden van de Raad van Toezicht brengen separaat van elkaar werkbezoeken aan verschillende afdelingen binnen het Laurentius Ziekenhuis. Overleggen met stakeholders worden vanuit checks and balances georganiseerd in het na- en voorjaar (begroting + jaarrekening). Geagendeerd wordt de algemene gang van zaken toegelicht door de Raad van Bestuur in aanwezigheid van de Raad van Toezicht. De voorzitter en vice-voorzitter zijn de aangewezen personen om bij deze vergaderingen aanwezig te zijn.

Uitzondering hierop is het medisch stafbestuur. Bij deze vergaderingen kunnen thematisch onderwerpen ter agenda worden opgevoerd (als bijvoorbeeld de relatie met de huisartsen).

Met het Ziekenhuis Management Team wordt éénmaal per jaar een bijeenkomst belegd waarbij strategie onderwerp van gesprek kan zijn.

Interne beheers- en controlesystemen

Overleg inzake de beheers- en controlesystemen is onderdeel van het reguliere en thematische overleg tijdens de bijeenkomsten als bovenvermeld.

Daarnaast rapporteert de bestuurder periodiek over de belangrijkste ontwikkelingen in het ziekenhuis, zodat de Raad van Toezicht de strategie én de daaraan verbonden risico's kan monitoren en, indien gewenst, kan bijsturen. In het jaarlijks overleg met de externe accountant komt het risicoprofiel van de organisatie uiteraard ook aan de orde.

Voorts heeft in het verslagjaar herhaalde malen overleg tussen bestuurder en Raad van Toezicht plaatsgehad over de inrichting van de beheersings- en controlemechanismen binnen het Laurentius Ziekenhuis.

Commissies

Vanwege de omvang van de Raad van Toezicht heeft de raad besloten zo weinig mogelijk in commissie te werken. Het benoemen van referenten op aandachtsgebied heeft binnen de raad de voorkeur. Op deze wijze kan de Raad van Bestuur indien hij dit wenselijk acht klankborden met de betreffende referent.

Een uitzondering wordt gemaakt voor de auditcommissie. De raad prefereert deze commissie in stand te houden ten einde grote financiële vraagstukken (jaarverslaglegging, begroting, bouw) te kunnen voorbereiden voor de plenaire Raad van Toezicht.

De Raad van Toezicht kent een Auditcommissie ten einde goed toezicht te kunnen houden op het financiële beleid en beheer en meer specifiek ten aanzien van

- o het systeem van de interne risicobeheersing
- o de financiële verslaglegging van de stichting
- o de interne controle en externe audits
- o het proces waarmee de stichting de naleving van wetten, regelgeving en de governance code op het gebied van financiën bewaakt.

Borging onafhankelijkheid en expertise

De leden van de Raad van Toezicht hebben geen zakelijke relatie (gehad) met het Laurentius Ziekenhuis en zijn dan ook onafhankelijk in hun rol van Toezichthouder. Daarnaast bevatten de statuten bepalingen die de onafhankelijkheid van de leden van de Raad van Toezicht waarborgen. Voorts is vanaf 2008 invulling gegeven aan het vereiste op open en transparante wijze te werven voor leden van de Raad van Toezicht. Vacatures zijn ingevuld aan de hand van een openbare profielschets die is opgesteld in overleg met de stakeholders Raad van Bestuur, Medische Staf, Cliëntenraad en Ondernemingsraad.

Het Rieken & Oomen heeft de werving begeleid en kandidaten voorgedragen. Dit heeft geleid tot een samenstelling van de Raad van Toezicht, zoals elders in dit jaardocument verantwoord.

Ook de benoemingstermijn kan van invloed zijn op een onafhankelijke invulling van de toezichhoudende taak. In overeenstemming met de Governancecode is de zittingstermijn voor alle leden van de RvT beperkt tot maximaal twee maal vier jaar. Hier wordt in de praktijk ook de hand aan gehouden.

In het verslagjaar is geen sprake geweest van (mogelijke) belangenverstremgeling van een lid van de Raad van Toezicht.

Wat betreft borging van de expertise, wordt bij de werving van nieuwe leden uitdrukkelijk rekening gehouden met de gewenste professionele ervaring om de Raad van Toezicht te versterken. In de Bijlage Raad van Toezicht is de samenstelling van de Raad opgenomen, waaruit tevens blijkt dat enkele leden over specifieke deskundigheid met betrekking tot de zorgsector beschikken, bijvoorbeeld als (voormalig) bestuurder van een zorginstelling.

Bezoldiging

De Raad van Toezicht confirmeert zich volledig aan het advies van de NVTZ inzake maatschappelijk verantwoord honoreren. Er is gekozen voor een indeling van honorering passend bij het jaarlijks budget van het ziekenhuis.

Periodieke evaluatie RvB

Jaarlijks beoordeelt de Raad van Toezicht het functioneren van de bestuurder. Aan de hand van de jaarplannen en de strategie van het Laurentius Ziekenhuis, beoordeelt de Raad van Toezicht in hoeverre de bestuurder erin geslaagd is de doelstellingen te realiseren.

Aspecten die in de evaluatie aan de orde komen, zijn onder meer de mate waarin de strategie is gerealiseerd, samenwerking met andere partners en de daarin behaalde resultaten, het bouwproces en de vorderingen daarin, de kwaliteit en veiligheid van de verleende zorg, stand van zaken van het VMS-programma, de accreditatiecyclus in het kader van de Niaz accreditatie, etc.

De Raad van Toezicht let naast de gerealiseerde strategische doelen ook op de samenwerking met Ondernemingsraad, Cliëntenraad, Medische Staf en andere belanghebbenden binnen en buiten de organisatie. Daartoe voert de Raad periodiek overleg met deze organen, zoals ook hiervoor aan de orde kwam. Hierbij hanteert de Raad van Toezicht een vastgesteld evaluatie-instrument. Na afstemming met de plenaire Raad van Toezicht vindt deze jaarlijkse beoordeling plaats in een overleg dagelijks bestuur Raad van Toezicht/Raad van Bestuur.

Aantal vergaderingen

De plenaire Raad van Toezicht heeft in het jaar 2012 6 maal vergaderd. De Raad van Bestuur is bij alle vergaderingen uitgenodigd en ook aanwezig geweest.

| Naam | Benoeming | Zittingsperiode verlengd | Aantal periodes | Aftredend per |
|--|------------------|--------------------------|--------------------------------|------------------|
| De heer Wagemans (voorzitter) | 20 augustus 2008 | 1 september 2012 | 2e zittingsperiode | 1 september 2016 |
| De heer Kunnen (vicevoorzitter) (Cliëntenraad) | 20 augustus 2008 | 1 januari 2012 | 2 ^e zittingsperiode | 1 januari 2016 |
| De heer Tenge | 20 augustus 2008 | 1 januari 2012 | 2 ^e zittingsperiode | 1 januari 2016 |
| De heer Beijers | 1 maart 2011 | | 1 ^e zittingsperiode | 1 maart 2015 |
| Mevrouw Meijs | 1 april 2011 | | 1 ^e zittingsperiode | 1 april 2015 |

Samenwerking met de interne gremia

Het Laurentius Ziekenhuis kent medezeggenschap van medewerkers in de vorm van de Ondernemingsraad. Medisch specialisten zijn vertegenwoordigd in de vereniging medische staf en het bestuur daarvan is de gesprekspartner voor de Raad van Bestuur. De cliëntenraad vormt het belangrijkste overlegorgaan met klantvertegenwoordigers en last but not least is de Verpleegkundige Adviesraad ingesteld om het verpleegkundig beleid mee te helpen vormen en verbeteren.

Strategisch beraad

In 2012 is de richting ingezet naar een strategisch beraad, waarbij alle interne gremia in elkaars aanwezigheid discussiëren over strategische thema's, zoals bijvoorbeeld samenwerking met andere partners of de borging van kwaliteit en veiligheid. De gedachte hierachter is dat in plaats van een op een gesprekken met een adviesgremium, meerwaarde ontstaat als de gremia elkaars standpunt kennen en hierop kunnen reflecteren. Bovendien komt het ook het draagvlak voor besluiten ten goede als in een vroegtijdiger stadium meegedacht kan worden over strategische besluiten.

Zie verder ook de opmerkingen op pagina 15 inzake de public value organisatie Laurentius nastreeft te zijn.

In deze paragraaf wordt voorts de werkwijze van de genoemde organen kort toegelicht en komt aan de orde waarover in het verslagjaar concreet met de Raad van Bestuur gesproken is.

Bestuur medische staf

De medische staf van het Laurentius Ziekenhuis Roermond wordt vertegenwoordigd door het stafbestuur. De samenstelling hiervan is opgenomen in de bijlage. Tweewekelijks vindt overleg plaats tussen de Raad van Bestuur en het stafbestuur. Het binnen Laurentius gehanteerde Document Medische Staf beschrijft de formele verhouding tussen de RvB en het Stafbestuur. Hierin is onder meer vastgelegd ten aanzien van welke onderwerpen het Stafbestuur in de gelegenheid wordt gesteld te adviseren.

In 2012 is onder meer gesproken over:

- Kwaliteit en veiligheid
- Organisatieontwikkeling
- Organisatie en bemensing IC
- RVZ rapport medisch specialistische zorg 20/20
- Doelmatig voorschrijven geneesmiddelen
- Business case en bouwplan
- Samenwerking, o.a. met Maastricht UMC+, VieCuri, St Jans Gasthuis
- Acute Opname Afdeling
- Vacatures medisch specialisten
- Kaderbrief 2013
- Herinrichting investeringscommissie
- Managementparticipatie medisch specialisten

Ondernemingsraad

De Ondernemingsraad is de wettelijke afvaardiging van het personeel en is gespreks- en onderhandelingspartner in het overleg met het bestuur van het Laurentius Ziekenhuis. Zowel op het materiële als op het immateriële vlak behartigt de Ondernemingsraad de belangen van het gehele personeel, binnen het kader van het goed functioneren van de onderneming in al zijn doelstellingen.

Commissies

Uit zijn midden heeft de Ondernemingsraad diverse commissies geformeerd:

- **Dagelijks Bestuur**
Het dagelijks bestuur van de Ondernemingsraad stuurt de Ondernemingsraad aan en brengt structuur aan in nauwe samenwerking tussen dagelijks bestuur en OR-leden en OR-commissies. Inhoudelijk houdt het dagelijks bestuur zich bezig met strategie en bewaakt het totale voortgangproces.
- **Agendacommissie**
De agendacommissie draagt zorg voor het opstellen van de agenda voor de Ondernemingsraadsvergadering en voor het opstellen van de agenda voor de overlegvergadering Raad van Bestuur/Ondernemingsraad.

- Commissie Huisvesting
De commissie Huisvesting ziet in het bijzonder op het (ver-)nieuwbouwplan van het Laurentius Ziekenhuis.
- Sociale Commissie :
De sociale commissie is een afvaardiging van de Ondernemingsraad met als focus het sociale beleid van het Laurentius Ziekenhuis. Hiermee wordt bedoeld dat in het beleid een balans moet zijn tussen het belang van de organisatie enerzijds en het belang van de medewerker persoonlijk anderzijds.
- VGWM-Commissie :
De VGWM- commissie heeft zich in het jaar 2011 gericht op alle zaken en onderwerpen op de gebieden Veiligheid, Gezondheid, Welzijn en Milieu.
- Financiële Commissie
De commissie financiën richt zich op onderwerpen van financieel beleid, die vallen onder de Wet op de Ondernemingsraden, zoals het doen van belangrijke investeringen t.b.v. de onderneming en alle financieel-economische informatie conform de WOR.

Besproken onderwerpen met de Raad van Bestuur in 2012

- Koers en strategie / Organisatieontwikkeling
- Landelijke ontwikkelingen GGZ en consequenties PAAZ
- Notitie Herijking organisatiestructuur
- Financiën
- Productiecijfers
- Monitoring begroting / personeelsformatie
- Financiering bouw
- Begroting 2012
- Maatregelen overschrijding begroting
- Bouw en ontwikkeling
- Bestuursbesluit bouwplan
- Risicomanagement bouw
- Tijdelijke huisvesting
- Presentatie bouwplan
- Businesscase Nieuwbouw
- Aanbesteding bouw
- Samenwerking met partners in de zorg
- VieCuri
- St. Jans Gasthuis
- MUMC / AZM
- Zorggroep
- Proteion
- Meditta
- Kwaliteit en veiligheid
- Voortgangsrapportage NIAZ
- Prestatie-indicatoren
- Vertrouwenspersoon klokkenluiserregeling
- Stand van zaken VMS-programma's
- Nota parkeerbeleid
- Juridische vormgeving samenwerkingsrelatie
- Quickscan Berenschot
- Outsourcing salarisadministratie
- Aanschaf Roosterplan
- Doorlichting Stafdiensten
- Werkkostenregeling
- Functiedifferentiatie
- Vakantieregeling 2012
- Beleidsnotitie HRM
- Kaderbrief 2012
- Vergoeding extra werk
- Samenwerking Laurentius en ambulancedienst
- Voortgangsrapportage samenwerking VieCuri
- Flexbureau
- Aanbesteding arbodienstverlening
- Jaarverslag Bedrijfsgezondheidsdienst
- Bereikbaarheid poli diabeteszorg

- Instelling ad hoc commissie samenwerking
- Ambtelijk secretaris OR onder manager HRM
- Vitaliteitregeling
- Het Nieuwe Werken
- Richtlijnen gebruik huisregels door medewerkers
- Extern deskundige bouwfinanciering
- Jaardocument 2012
- Urenvergoeding en puntentoekenning scholing
- Interim huisvesting
- Externe procesbegeleider PAAZ
- Voortgang auditplan
- Oprichting Stichting Vrienden van Laurentius
- Samenwerking AZM inzake IC
- Overheveling productieapotheek
- Uitvoeringsregelingen doorlichting stafdiensten
- Aantrekken tweede lid Raad van Bestuur
- Verpleegkundig specialist / Physician assistant
- Evaluatie jaargesprekken
- Invoering EPD
- Quickscan secretariaten stafdiensten
- Samenwerkingsovereenkomst apotheken Laurentius en VieCuri
- Roosterprocedures
- Projectvoorstel medewerkeronderzoek
- Aysist
- Opleidingsbegroting
- Integraal verzuimtraject Falke & Verbaan
- HRD-nota
- Roostersysteem 2013
- Beloningsbeleid
- Acute Opname Afdeling
- Beddenplan
- Reorganisatie PAAZ

Advies heeft de Raad gegeven over:

- Outsourcing salarisadministratie
- Businesscase Nieuwbouw
- Doorlichting Stafdiensten
- Interim huisvesting
- Inhuur externe procesbegeleider reorganisatie PAAZ
- Samenwerking MUMC - fase 1
- Oprichting Stichting Vrienden van Laurentius
- Uitvoeringsbesluit Rapport Berenschot
- Financiering nieuwbouw
- Samenwerking ziekenhuisapotheken Laurentius - VieCuri
- Quickscan secretariaten
- Implementatie EPD
- Benoeming tweede lid Raad van Bestuur
- Uitbreiding Acute Opname Afdeling
- Reorganisatie PAAZ

Instemming is verleend ten aanzien van:

- Aanschaf Roosterplan
- Arbodienstverlening
- Flexbureau
- Evaluatie jaargesprekken
- Roosterprotocol
- Projectvoorstel medewerkeronderzoek
- Wijziging salarisbeleid

De Raad heeft voorts twee initiatiefvoorstellen gedaan:

- Vitaliteitregeling
- Het Nieuwe Werken

Cliëntenraad

Het Laurentius Ziekenhuis heeft conform de WMCZ een Cliëntenraad ingesteld. De Cliëntenraad is zodanig samengesteld dat deze redelijkerwijze representatief kan worden geacht voor de op het ziekenhuis aangewezen patiënten en redelijkerwijze in staat moet worden geacht de gemeenschappelijke patiëntenbelangen te behartigen. De leden van de Cliëntenraad zijn benoemd met behulp van een openbare profielschets en werving in de regionale media. De Cliëntenraad bestaat uit vijf leden, waarbij medewerkers van het ziekenhuis geen lid kunnen zijn van de Cliëntenraad.

De Cliëntenraad (CR) is ingesteld om een betere afstemming te verkrijgen tussen de vraag van de patiënt en het aanbod van het ziekenhuis en een bijdrage te leveren aan de handhaving c.q. verbetering van de kwaliteit van de patiëntenzorg; de patiënten(vertegenwoordigers) een actieve rol te laten spelen bij die aspecten van het ziekenhuis/ziekenhuiszorg, waarmee de patiënt in aanraking komt; het collectieve patiëntenbelang te behartigen.

Visie

De cliëntenraad is de wettelijke afvaardiging van de cliënten in het Laurentius Ziekenhuis en is gespreks- en onderhandelingspartner in het overleg met het bestuur van het Laurentius Ziekenhuis. De cliëntenraad bekijkt en volgt de veranderingen en beleidsvoorstellen nauwlettend met het oog op het welzijn van de cliënten.

Doelstelling

De Cliëntenraad (CR) is ingesteld om:

- o een betere afstemming te verkrijgen tussen de vraag van de patiënt en het aanbod van het ziekenhuis en een bijdrage te leveren aan de handhaving c.q. verbetering van de kwaliteit van de patiëntenzorg;
- o de patiënten(vertegenwoordigers) een actieve rol te laten spelen bij die aspecten van het ziekenhuis/ziekenhuiszorg, waarmee de "patiënt" in aanraking komt;
- o behartiging van het collectieve patiëntenbelang.

Samenstelling Cliëntenraad

De cliëntenraad is zodanig samengesteld dat deze redelijkerwijze representatief kan worden geacht voor de op het ziekenhuis aangewezen patiënten en redelijkerwijze in staat moet worden geacht de gemeenschappelijke patiëntenbelangen te behartigen. De Cliëntenraad bestaat uit maximaal vijf leden. Ziekenhuismedewerkers kunnen geen lid zijn van de cliëntenraad. Aan de cliëntenraad is door de bestuurder, ter ondersteuning, een ambtelijk secretaris toegevoegd.

Zittingsduur

Per 1 maart 2004 is een Cliëntenraad geïnstalleerd. Voor die tijd functioneerde een cliëntenadviesraad. In het reglement van de Cliëntenraad is geregeld dat de leden worden benoemd voor een periode van vier jaar, waarna herbenoeming eenmaal mogelijk is. Elke twee jaar worden beurtelings twee of drie leden vervangen.

Ondersteuning van de Cliëntenraad

De organisatie stelt de cliëntenraad binnen het Laurentius Ziekenhuis faciliteiten ter beschikking die redelijkerwijs nodig zijn voor het goed functioneren van de cliëntenraad, bijvoorbeeld het beschikbaar stellen van vergaderruimte, computer en internet / e-mail.

De financiële middelen ten behoeve van het verstrekken van deze faciliteiten worden niet in het budget van de cliëntenraad meegenomen. Het budget bestaat uit een onkostenvergoeding voor de leden van de cliëntenraad en verder een budget voor scholing, aansluiting organisatie cliëntenraden en vakliteratuur, externe ondersteuning en een post voor representatiekosten.

De ambtelijk secretaris valt onder de organisatorische eenheid bestuursbureau. De ambtelijk secretaris wordt toegevoegd, voor 8 uren per week, aan de cliëntenraad maar niet meegenomen in zijn budget.

Taken en bevoegdheden

De Raad van Bestuur van het Laurentius Ziekenhuis stelt de cliëntenraad in de gelegenheid om gevraagd en ongevraagd advies inzake patiëntenbelangen uit te brengen over voorgenomen besluiten inzake:

- a. een wijziging van de doelstelling of de grondslag;
- b. het overdragen van de zeggenschap of fusie of het aangaan of verbreken van een duurzame samenwerking met een andere instelling;

- c. de gehele of gedeeltelijke opheffing van het ziekenhuis, verhuizing of ingrijpende verbouwing;
- d. een belangrijke wijziging in de organisatie;
- e. een belangrijke inkrimping, uitbreiding of andere wijziging van de werkzaamheden;
- f. het algemeen beleid inzake de toelating van patiënten en de beëindiging van de zorgverlening aan patiënten;
- g. voedingsaangelegenheden van algemene aard en het algemeen beleid op het gebied van de veiligheid, de gezondheid en de hygiëne en de geestelijke verzorging van, maatschappelijke bijstand aan en recreatiemogelijkheden en ontspanningsactiviteiten voor patiënten;
- h. systematische bewaking, beheersing of verbetering van de kwaliteit van de aan patiënten te verlenen zorg;
- i. aangelegenheden waarbij de privacy van patiënten in het geding is;
- j. de door de instelling ten behoeve van patiënten opgestelde zorgplannen;
- k. de vaststelling of wijziging van een regeling inzake de behandeling van klachten van patiënten, het aanwijzen van personen die belast worden met de behandeling van klachten van patiënten en de vaststelling of wijziging van andere voor patiënten geldende regelingen;
- l. wijziging van de door het ziekenhuis aan de cliëntenraad conform artikel 8 van deze overeenkomst ter beschikking gestelde faciliteiten.

Het ziekenhuis deelt de genoemde voorgenomen besluiten aan de cliëntenraad mee. Het ziekenhuis vraagt het advies op een zodanig tijdstip, dat het van wezenlijke invloed kan zijn op het te nemen besluit. Het ziekenhuis doet van een besluit inzake een onderwerp waarover de cliëntenraad schriftelijk advies heeft uitgebracht, schriftelijk en voor zover van het advies wordt afgeweken, onder opgave van redenen, mededeling aan de cliëntenraad.

Ondersteuning

De organisatie stelt de cliëntenraad binnen het Laurentius Ziekenhuis faciliteiten ter beschikking die redelijkerwijs nodig zijn voor het goed functioneren van de cliëntenraad, bijvoorbeeld het beschikbaar stellen van vergaderruimte, computer en internet (e-mail).

De financiële middelen ten behoeve van het verstrekken van deze faciliteiten worden niet in het budget van de cliëntenraad meegenomen. Het budget bestaat uit een onkostenvergoeding voor de leden van de cliëntenraad en verder een budget voor scholing, aansluiting organisatie cliëntenraden en vakliteratuur, externe ondersteuning en een p.m. post voor representatiekosten.

De ambtelijk secretaris valt onder de bestuurlijke eenheid bestuursstaf. De ambtelijk secretaris wordt toegevoegd, voor 8 uren per week, aan de cliëntenraad maar niet meegenomen in zijn budget.

Besproken onderwerpen

- Publieksavonden
- Stimuleringsprijs 2012
- jaardocument 2012
- kwaliteit en veiligheid
- doorlichting stafafdelingen
- samenwerking met partners in de zorg
- managementinformatie
- wachttijdinformatie
- kwaliteit en veiligheid
- jaarverslag privacycommissie
- jaarverslag klachtencommissie
- voortgangsrapportage VC/LZR
- opheffing CR HAP
- samenwerking met Huis voor de Zorg
- rooster van aftreden
- kwaliteitskader Medische Zorg Staan voor Kwaliteit
- Rooster van afreden CR
- KNMG kwaliteitskader Medische zorg staat voor Kwaliteit
- website LZR
- klimaat dialyse afdeling
- medisch specialist in de toekomst
- dialoog met belanghebbenden.

Gegeven adviezen

- bouw & businesscase bouw
- versterking topstructuur, profiel 2e lid Raad van Bestuur, werving en selectie 2e lid RvB
- begroting 2013

- financiële jaarverslaglegging 2012
- verlengde zittingsperiode leden klachtencommissie
- samenwerking RAV/LZR
- reglement klachtencommissie
- oprichting Stichting Vrienden van
- reglement klachtencommissie
- reorganisatie PAAZ
- EPD

Verpleegkundige Adviesraad

De Verpleegkundige AdviesRaad (VAR) kent de volgende missie, visie en doelstelling.

Visie:

Een referentiekader bieden voor de verdere professionalisering van het verpleegkundig beroep. Dit kader bevat vertalingen van maatschappelijke en beroepsinhoudelijke ontwikkelingen, die kunnen leiden tot beleidsadviezen. Deze adviezen hebben betrekking op alle niveaus in het ziekenhuis en zijn bedoeld om de kwaliteit van de verpleegkundige zorg te bewaken en te bevorderen.

Missie:

- Vanuit een beroepsinhoudelijke optiek gevraagd en ongevraagd adviseren aan de Raad van Bestuur, teneinde de kwaliteit van zorg te waarborgen en te verbeteren.
- Een verbindende schakel zijn tussen het management en de verpleegkundige beroepsgroep.

Doelstelling:

De komende zittingsperiode wil de Verpleegkundige AdviesRaad zich ten doelstellen:

- draagvlak te creëren voor de Verpleegkundige AdviesRaad bij zijn achterban door het stimuleren van verpleegkundigen zelf, om over hun beroepsinhoud mee te denken;
- draagvlak te creëren voor de Verpleegkundige AdviesRaad bij de Raad van Bestuur middels het verstrekken van beleidsbijdrage (korte- en lange termijn) van verpleegkundigen binnen de instelling én beroepsinhoudelijke ontwikkelingen als onderdeel van de integrale kwaliteit van patiëntenzorg te stimuleren en uit te dragen;
- de communicatie en kennisuitwisseling binnen de verpleegkundige beroepsgroep te bevorderen.

Afgelopen jaar is in de Raad aan de orde gekomen:

- het aanstellen van een VIM-coördinator per afdeling
- het voorschrijven van medicatie door gespecialiseerd verpleegkundige
- intercollegiale verpleegkundige consulten.
- verpleegkundig beleidsplan 2011-2015

Beleid en resultaten

Behaalde resultaten

Vanaf 2003 leveren we als ziekenhuis informatie aan voor de basisset Indicatoren voor ziekenhuiszorg die ontwikkeld is door o.a. de IGZ. De gevraagde informatie met betrekking tot deze set wordt jaarlijks openbaar gemaakt en is via intra- / internet inzichtelijk voor eenieder die daar in geïnteresseerd is. De door het ziekenhuis gepubliceerde cijfers worden o.a. gebruikt voor het maken van een ranglijst van ziekenhuizen (Top 100 - Algemeen Dagblad, Elsevier, site Kiesbeter etc), waarin we als ziekenhuis een groei hebben doorgemaakt en waarbij we in 2010 wederom een stevige verankering als algemeen basisziekenhuis hebben weten te realiseren. In 2011 en 2012 is deze lijn gecontinueerd.

Rapportcijfers Patiënttevredenheid

Ten gevolge van de hoge mate van professionalisering en transparantie via allerlei vergelijkende internet sites is kwaliteit van dienstverlening nauwelijks nog een onderscheidende factor tussen ziekenhuizen. Daarentegen worden een snelle en goed afgestemde toegankelijkheid van informatie, behandeling en zorg en de mate van eigen invloed op het onderzoek- en behandeltraject (zelfmanagement) steeds belangrijker.

Om de patiënt meer te betrekken bij onderzoek- en/of behandeltraject middels een digitale informatievoorziening en de mogelijkheid tot beheer eigen dossier wordt de druk om een zorgportaal het komend jaar in te voeren groter.

De punten waar over patiënten in 2012 minder tevredenheid over zijn, zoals informatie over ziekte en behandeling, wachttijden en afstemming bij vervolgfafspraken kunnen hierdoor verbeteren.

Vragenlijsten voor 2012 zijn in overleg met de cliëntenraad aangepast zodat inzichtelijk wordt hoe de klanttevredenheid is omtrent specifieke onderdelen van de zorgverlening. Tevens worden in de vragenlijsten de Net Promotor Score opgenomen (score voor klantloyaliteit).

De uitkomsten over de mate van patiënten tevredenheid en de opmerkingen van patiënten worden maandelijks aangeboden aan verpleegafdelingen. Tevens hebben managers altijd de mogelijkheid om de actuele cijfers digitaal in te zien. In 2012 is bij de presentatie van de cijfers de mogelijkheid toegevoegd dat per onderdeel een vergelijking met andere afdelingen mogelijk is.

Meting patiënttevredenheid

Ten gevolge van de hoge mate van professionalisering en transparantie via allerlei vergelijkende internet sites is kwaliteit van dienstverlening nauwelijks nog een onderscheidende factor tussen ziekenhuizen. Daarentegen worden een snelle en goed afgestemde toegankelijkheid van informatie, behandeling en zorg en de mate van eigen invloed op het onderzoek- en behandeltraject (zelfmanagement) steeds belangrijker. Om de patiënt meer te betrekken bij onderzoek- en/of behandeltraject middels een digitale informatievoorziening en de mogelijkheid tot beheer eigen dossier wordt de druk om een zorgportaal het komend jaar in te voeren groter.

De punten waar over patiënten in 2011 minder tevredenheid over zijn, zoals informatie over ziekte en behandeling, wachttijden en afstemming bij vervolgfafspraken kunnen hierdoor verbeteren.

Vragenlijsten voor 2012 worden in overleg met de cliëntenraad aangepast zodat inzichtelijk wordt hoe de klanttevredenheid is omtrent specifieke onderdelen van de zorgverlening. Tevens worden in de vragenlijsten de Net Promotor Score opgenomen (score voor klantloyaliteit).

De uitkomsten over de mate van patiënten tevredenheid en de opmerkingen van patiënten worden maandelijks aangeboden aan verpleegafdelingen. Tevens hebben managers altijd de mogelijkheid om de actuele cijfers digitaal in te zien. In 2012 wordt bij de presentatie van de cijfers de mogelijkheid toegevoegd dat per onderdeel een vergelijking met andere afdelingen mogelijk is.

In 2011 hebben 4865 patiënten een vragenlijst ingevuld ten aanzien van patiënttevredenheid (Algemene vragenlijst "patiënten tevredenheid kliniek": 2160 respondenten, algemene vragenlijst "patiënten tevredenheid poliklinieken": 822 respondenten, specifieke vragenlijsten: 1883 respondenten).

Rapportcijfer "algemene vragenlijst poliklinieken": 7,9

14 % van de patiënten was ontevreden ten aanzien van de wachttijden en de informatie over de wachttijden in de polikliniek. 11 % van de patiënten was ontevreden ten aanzien van de wachttijd(en)

tussen de verschillende onderdelen van de behandeling (eerste afspraak bij de arts en de vervolgsafspraken)?

Rapportcijfer "algemene vragenlijst klinische afdelingen": 8,3

8 % van de patiënten was ontevreden t.a.v. de informatie over ziekteverloop, medicatiegebruik en behandeling.

In totaal hebben ongeveer 1.000 patiënten opmerkingen geschreven als advies om het rapportcijfer mogelijk te verbeteren. Deze suggesties worden aan de afdelingen doorgegeven, zodat deze in gerichte verbeterplannen worden opgenomen.

Decubitus

Het Laurentius Ziekenhuis beschikt over een systematische Decubitus-registratie én jaarlijkse puntprevalentiemeting. De prevalentie van decubitus graad 2 tot en met 4 bij alle klinische patiënten is gedaald. Voor puntprevalentie 1 is de score onderstaand weergegeven op basis van de landelijke metingen in april:

- 2005: 8,3%.
- 2006: 6,9 %
- 2007: 6,1%
- 2008: 4,2%
- 2009: 1,7%
- 2010: 0,5%
- 2011: 1,1%
- 2012: 1,8%

Door to needle time Trombolyse bij CVA

Binnen de behandeling van de patiënt met een Cerebrovasculair Accident wordt de snelle behandeling met Trombolyse gezien als een belangrijke graadmeter voor de kwaliteit van zorg die geleverd wordt. Op basis van de score over het verslagjaar 2009, waarbij het ziekenhuis slechts 30,4% van de patiënten binnen 1 uur behandelde en 43,5 % binnen 2 uur behandelde, zijn er verbetermaatregelen in gang gezet. Deze houden in:

1. training AGNIO's - HAIO's tot snelle interactie bij CVA patiënt.
2. afspraken met CPA gemaakt om vroegtijdige "melding verdacht van CVA" door te geven
3. bij binnenkomst, potentiële CVA patiënt, triage code oranje te geven. SEH arts, arts-ass. of neuroloog onderzoekt patiënt, floormanager informeert en meldt < 10 minuten na binnenkomst afdeling radiologie.
4. iedere röntgenlaborant kan (na een scholingsprogramma) een ct-cerebrum maken en is binnen 10 minuten aanwezig
5. afspraken met CKCH-lab worden geëvalueerd en zondig aangepast/aangescherpt.

Deze verbetermaatregelen hebben inmiddels resultaat opgeleverd:

Door-to-needle time trombolyse

| | <1 uur | Tussen 1 en 2 uur | > 2 uur |
|------------|--------|-------------------|---------|
| Score 2009 | 30,4% | 43,5% | 26,1% |
| Score 2010 | 74,0% | 26% | 0% |
| Score 2011 | 91,7% | 8,3% | 0% |
| Score 2012 | 100% | 0% | 0% |

Pijnscore en pijn na operatie

Het Laurentius Ziekenhuis beschikt over een ziekenhuisbreed pijnprotocol. Er is een acute pijnservice beschikbaar, die aan alle daarvoor bestaande kenmerken voldoet. De service die geboden wordt is door het aanbrengen van meer continuïteit in de beschikbaarheid van betrokken functionarissen verder verbeterd. Bij patiënten wordt postoperatief en gestandaardiseerd de pijn gemeten. Bij 80 % van de patiënten is in 2008 deze meting uitgevoerd. Dit is een verbetering ten opzichte van 2007. Voor de verslagjaren 2009 en 2010 geldt dat bij alle hiervoor in aanmerking komende patiënten postoperatief en gestandaardiseerd de pijn wordt gemeten. Op basis van de uitgevoerde metingen en registraties in 2010 (84,4% score op recovery en 76,1% score op de verpleegafdelingen) zijn in 2011 verbeteractiviteiten ondernomen om de uitvoering en registratie verder in te bedden in de dagelijkse bedrijfsvoering. Het resultaat is dat in 90,5% van de gevallen de pijn gemeten is. In 2012 is op de recovery afdeling in 93% van de gevallen pijn gemeten conform de indicator en op de verpleegafdelingen in 82,7% van de gevallen.

Percentage heupfractuur geopereerd binnen kalenderdag

Bij personen jonger dan 50 jaar komen heupfracturen weinig voor en meestal alleen na een belangrijk trauma. Op latere leeftijd (boven de 65 jaar) treden heupfracturen steeds vaker op na een val. In 2008 werden landelijk bijna 18.500 personen met een heupfractuur in het ziekenhuis opgenomen, waarvan ruim 16.000 personen 65 jaar en ouder waren.

Uit literatuur blijkt dat de tijd die verstrijkt tussen het moment van opname en het moment van operatieve fractuurbehandeling van invloed is op de uitkomst van de behandeling. Wanneer de tijd tussen opname en operatie langer duurt dan 24 uur, neemt de kans op complicaties zoals diep veneuze trombose, longembolie en decubitus toe.

Ziekenhuizen waar het merendeel van de oudere patiënten met een heupfractuur tijdig wordt geopereerd, laten zien dat de acute zorg rondom een heupfractuur goed georganiseerd is. Natuurlijk zijn er altijd patiënten die om medische redenen niet binnen 24 uur kunnen worden geopereerd. Het percentage van 100% kan daardoor niet worden bereikt.

Percentage heupfractuur geopereerd binnen kalenderdag

Score 2010 79,69%

Score 2011 88,6% (ASA >2)

Score 2012 91,4% (ASA 1-2)

85,6% (ASA >2)

Heroperaties heupfractuur

Uit de literatuur blijkt dat het aantal heroperaties een goede indicator is voor de kwaliteit van de primaire ingreep. Een heroperatie is gedefinieerd als een operatie aan hetzelfde gewricht, binnen 60 dagen na de eerste ingreep met het doel om een complicatie van de eerste ingreep te behandelen

Heroperaties bij een heupfractuur na primaire plaatsing van een endoprothese

Score 2010 10,64%

Score 2011 1,9%

Score 2012 0%

Ondervoeding bij volwassen patiënten

Het probleem van ziektegerelateerde ondervoeding in ziekenhuizen is al jaren bekend.

De prevalentie is hoog en zonder systematische screening wordt slechts de helft van de ondervoede patiënten als zodanig herkend en hiervoor behandeld. De gevolgen van ondervoeding zijn in een veelheid van wetenschappelijk onderzoek beschreven: ondervoeding kan onder meer leiden tot vertraagde wondgenezing, verhoogde postoperatieve morbiditeit, verlengde ligduur en zelfs vroegtijdig overlijden. Deze factoren leiden tot een toename van de kosten van gezondheidszorg. Tijdige behandeling van (dreigende) ondervoeding in het ziekenhuis leidt tot verbetering van voedingsinname, stabilisatie van het gewicht, eventueel gewichtstoename, een verbetering van de voedingstoestand en functionele uitkomstparameters zoals spierkracht en kwaliteit van leven (fysiek, emotioneel en mentaal) en vermindering van het aantal complicaties, opnameduur en mortaliteit. Om tijdig te kunnen behandelen, is herkenning van de ondervoede patiënt bij opname een eerste voorwaarde. Systematisch gebruik van een gevalideerd screeningsinstrument voor ondervoeding (SNAQ lijst) kan het percentage terecht herkende ondervoede patiënten vergroten van 50 naar 80 procent.

Percentage gescreende patiënten

Score 2010 80%

Score 2011 89,5%

Score 2012 79,8%

Delirium

Delirium is waarschijnlijk de meest voorkomende neuropsychiatrische stoornis in het algemeen en academisch ziekenhuis, met een prevalentie van 15 tot 50 procent bij opgenomen oudere patiënten. Het delirium is geassocieerd met diverse korte- en langetermijnevolgen, zoals een langere duur van een ziekenhuisopname, een groter aantal complicaties tijdens verblijf in het ziekenhuis, een toegenomen ziekenhuissterfte en een slechter functioneel herstel van de onderliggende aandoening. Daarnaast is het een voorspeller van cognitieve problemen en leidt het tot een eerdere opname in een zorginstelling en aanzienlijk hogere financiële kosten.

In 2010 is gefaseerd gestart met het screenen van patiënten ouder dan 65 jaar. Eind 2012 worden alle patiënten voor meerdaagse opnames ouder dan 65 jaar bij opname gescreend.

Screening op en observatie van delirium

Score 2010 15,28%

Score 2011 37,5%

Score 2012 42,2%

CAP

Voor patiënten die opgenomen worden met de diagnose Community Acquired Pneumonia (CAP) is het van groot belang dat ze tijdig antibiotische therapie toegediend krijgen (op de SEH of na opname in het ziekenhuis). Deze indicator richt zich dan ook op deze vroegtijdige toediening.

In de meeste nationale en internationale richtlijnen en literatuur wordt deze indicator als relevant beschouwd. Vroegtijdige toediening van antibiotica is van groot belang voor de kwaliteit van behandeling van ernstige infectieziekten en derhalve ook van CAP. Wel moet worden benadrukt dat de diagnose CAP (met hoge mate van waarschijnlijkheid) moet zijn vastgesteld, aangezien het onoordeelkundig voorschrijven van antibiotica (daar waar géén infectieziekte aanwezig is) kan leiden tot onnodige bijwerkingen, een toename in kosten en uiteindelijk kan bijdragen aan de toename van antimicrobiële resistentie van micro-organismen.

Doel van deze indicator is het in kaart brengen van tijdige toediening van antibiotische therapie. Dit wordt in de eerste plaats gemeten door de teller, die het aantal patiënten met CAP weergeeft bij wie de antibiotische therapie op de SEH of binnen 4 uur na opname in het ziekenhuis wordt toegediend.

Toediening antibiotica binnen 4 uur

Score 2010 92,0%

Score 2011 98%

In 2012 is in de indicator gewijzigd. Laurentius gebruikt het CAP scoresysteem: 60-100%

Evalueren van het functioneren van medisch specialisten

De kwaliteit van zorg wordt in belangrijke mate bepaald door de kwaliteit van het werk van de medisch specialist. Dat leidt tot de stelling dat verantwoorde medisch specialistische zorg in belangrijke mate wordt bepaald door de kwaliteit van de medisch specialist. Het feit dat de kwaliteit van een ziekenhuisorganisatie eveneens zeer belangrijk is voor verantwoorde zorg doet niets af aan die constatering. Ook staat niet ter discussie dat de mate van integratie tussen determinanten voor verantwoorde zorg zo mogelijk nog belangrijker is dan de individuele kwaliteiten.

De kwaliteitswet zorginstellingen legt de integrale eindverantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg neer bij de Raad van Bestuur van de instelling. Het is voor de IGZ dan ook belangrijk om inzicht te krijgen in de mate waarin de gesprekken zijn ingebed in het kwaliteitsbeleid van de instelling. In het Laurentius ziekenhuis is in oktober 2010 gestart met deze manier van werken.

Percentage medisch specialisten die hebben deelgenomen:

Score 2010 1,85%

Score 2011 26,6%

Score 2012 58,1%

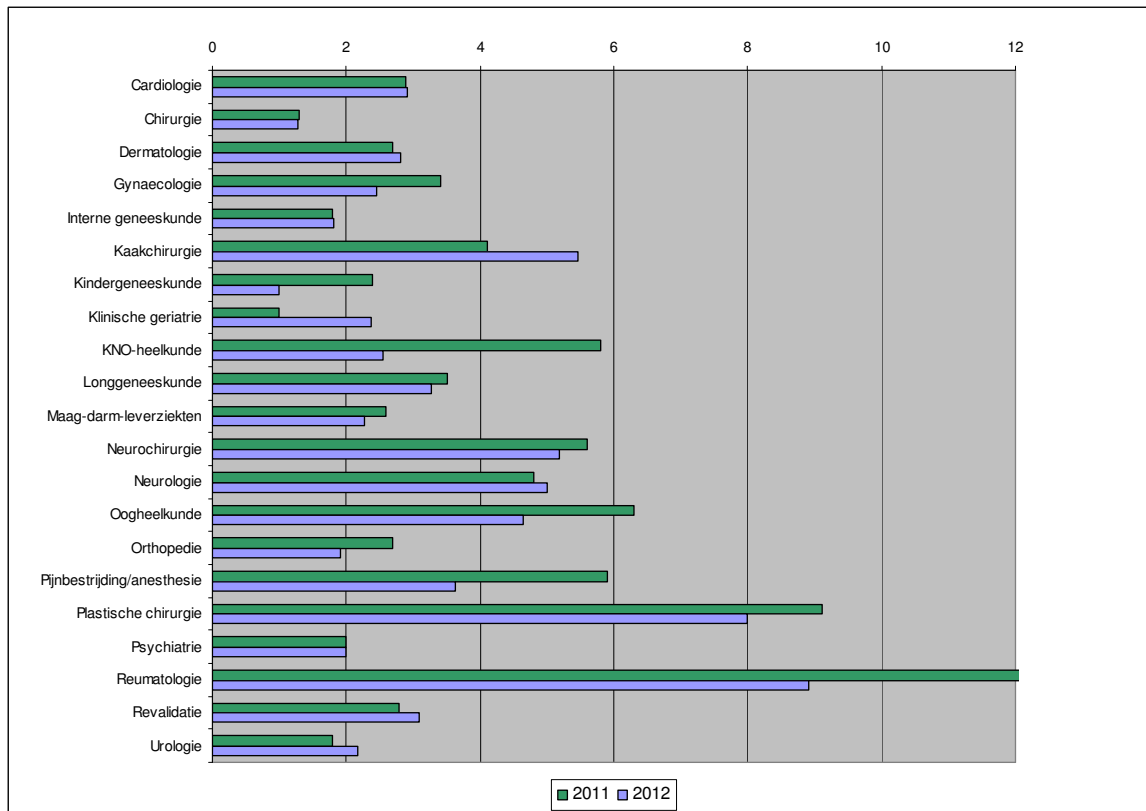
Speerpunten medisch-specialistische zorg

In 2011 is het beleidsplan In de basis excellent vastgesteld. Kern hiervan is dat Laurentius zich verder wil ontwikkelen als algemeen streekziekenhuis met uitstekende basiszorg. De medische staf is in aanvulling hierop een traject gestart om een aantal medisch-specialistische speerpunten te benoemen die door het hele ziekenhuis gedragen worden en die bijdragen aan de verdere uitbouw van de signatuur van ons ziekenhuis.

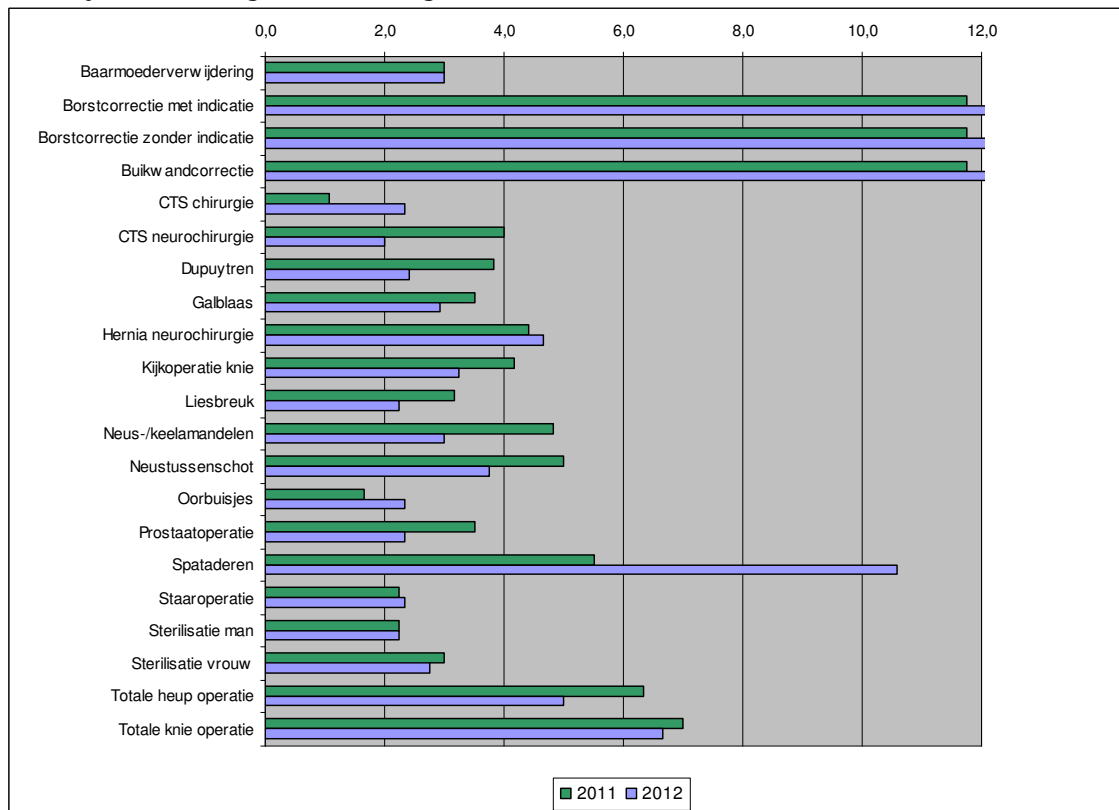
Medio 2013 worden deze speerpunten formeel vastgesteld.

Wacht- en toegangstijden

Toegangstijd poliklinieken (weken) – gemiddeld 2011 en 2012



Wachttijd behandelingen (weken) - gemiddeld 2011 en 2012



Kwaliteit en veiligheid

Kwaliteitsbeleid is en blijft een continue verbetering van de zorg en dienstverlening, dus bedrijfsbeleid. Er zijn met resultaatgerichte doelen als uitgangspunt nieuwe zaken opgepakt in de periode die achter ons ligt.

De zorg voor kwaliteit is daarnaast ook wettelijk een vereiste waar qua verantwoording externe belanghebbenden (overheid, verzekeraars, patiëntenorganisaties etc.) terecht eisen aan stellen. Externe omstandigheden benadrukken het belang van kwaliteitszorg en roepen om kritische reflectie op geleverde kwaliteit en de verantwoording daarover.

Vanuit de Kwaliteitswet Zorginstellingen is de centrale gedachte dat de instellingen in eerste instantie zelf verantwoordelijk zijn voor de zorgverlening en daarom de ruimte moeten hebben om een eigen kwaliteitsbeleid vorm te geven.

Voor velen is het begrip 'kwaliteit van zorg' synoniem aan de effectiviteit van een behandeling. Is de juiste diagnose gesteld? Is de behandeling juist gekozen en uitgevoerd? Kwaliteit van zorg houdt echter meer in. Doordat patiënten en consumenten van zorginstellingen mondiger geworden zijn, zijn goede communicatieve vaardigheden voor zorgverleners een vereiste. Materiële voorzieningen zoals het gebouw, de apparatuur, de bedden en het eten moeten aan specifieke eisen voldoen, welke met regelmaat zowel intern als extern getoetst worden. Tenslotte zijn kundig management en een gezonde financiële situatie voorwaarden voor een goed functionerende instelling. Kwaliteitsbeleid gaat dus de gehele organisatie en al haar medewerkers aan.

Structurele, systematische aandacht voor kwaliteit, maar ook voor veiligheid zal tot concrete verbeteringen van de dienstverlening leiden. Voorbeelden daarvan zijn o.a. het verkorten van de wachttijd en het creëren van one-stop voorzieningen rond zich hiervoor lenende aandoeningen zoals Varices en liesbreuken, Risicomanagement OK, implementatie elektronisch voorschrijven medicatie binnen klinische en poliklinische setting en medicatieveiligheid op afdelingsniveau.

Kwaliteit is en blijft een belangrijk onderwerp in het Laurentius ziekenhuis. Het betekent voor iedere betrokkene wat anders. Patiënten kijken door of met een andere bril naar kwaliteit dan bijvoorbeeld huisartsen en collega zorginstellingen. De Inspectie voor de Gezondheidszorg en zorgverzekeraars hanteren andere kwaliteitscriteria dan onze medewerkers dat doen, en ook het perspectief van de media is weer anders.

Werken aan kwaliteit is niet nieuw, maar vernieuwend is wel het integraal werken aan kwaliteit, niet alleen in de zin van continu en systematisch maar ook in de zin van multidisciplinair en afdelings- en sectoroverstijgend. Niet alleen de afzonderlijke zorg- en dienstverlening dient kwalitatief hoog te zijn maar ook de gezamenlijke zorg- en dienstverlening. Om dit te bewerkstelligen is kwaliteitsbeleid een noodzakelijke voorwaarde, waarbij kwaliteitsbeleid staat voor de verankering van kwaliteit in systemen en procedures en de afspraken die daaromtrent met elkaar gemaakt zijn, inclusief de naleving hiervan. Voorbeelden hiervan zijn het beschrijven van intern gedefinieerde patiëntengroepen waar zorgpaden voor in ontwikkeling zijn. Hiermee worden naast afstemming en continuïteit in zorg gewaarborgd, maar worden ook de risico's in het proces tot een minimum teruggebracht. Mammacare - traject, Joint Care - traject, Fast track en Colorectale Chirurgie, Liesbreuk, TEM chirurgie, Dagkliniek Geriatrie zijn hier enkele voorbeelden van.

Het werken aan het continue bestendigen van de accreditatie is een bevestiging voor het op verantwoorde wijze met verbetering van zorg- en dienstverlening aan het werk zijn. Voor patiënten is dit een geruststelling. Voor partners is dit een indicatie dat wij willen samenwerken om de zorg ook buiten de muren van het ziekenhuis te verbeteren.

Visie op Kwaliteit

De Laurentius visie op kwaliteit luidt: patiëntgericht, deskundig, zorgvuldig en goed georganiseerd (=effectief) samenwerken en daarbij verantwoord omgaan met beschikbare tijd, middelen en voorzieningen. Kwaliteit heeft op basis hiervan betrekking op de mate waarin qua bedrijfsvoering sprake is van 'verantwoorde zorg', effectiviteit (resultaatgerichtheid), efficiëntie (verantwoorde inzet middelen), flexibiliteit (snel en adequaat reageren) en creativiteit (scheppend vermogen). Verantwoorde zorg wordt omschreven als zorg van een goed niveau die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend, en die is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt.

De individuele behoefte van de patiënt vormt hierin steeds de leidraad in ons werk, waarbij we zorg bieden met aandacht, optimisme, deskundigheid en respect. Deze vier waarden zijn de basis van ons handelen en verwoorden kernachtig de inspiratie in ons werk. Om aan de voorwaarden voor een verantwoorde zorg te kunnen voldoen, dragen we zorg voor kwaliteitstoetsing, kwaliteitsbewaking en kwaliteitsbevordering.

Kwaliteitsbeleid en patiëntenlogistiek hangen daarbij nauw met elkaar samen, maar ook de aansluiting bij patiëntveiligheid (risicomangement) is nadrukkelijk onderdeel van het kwaliteitsbeleid.

De met elkaar samenhangende pijlers voor kwaliteitszorg zijn: verbeteren, verankeren en verantwoorden. Dit krijgt vorm door:

- Uitvoeren van verbeterprojecten ((op reële mogelijkheden gestoeld) voortvloeiend uit beleid en jaarplannen) welke jaarlijks gerapporteerd worden in het (kwaliteits)jaarverslag.
- Verankering c.q. vastlegging in systemen borgt idealiter dat men zegt wat men doet en doet wat men zegt, maar dit ook aantoont.
- Verantwoording via MARAP, prestatie-indicatoren, (kwaliteits)jaarverslag etc. zijn onderdelen binnen de Planning & Controlcyclus c.q. kwaliteitscyclus

De prestatie-indicatoren uit de basisset van IGZ en de Zichtbare Zorg (kwaliteits-)indicatoren worden als extern opgelegde indicatoren ook gebruikt als interne stuur- en verbeterinstrumenten.

Binnen het Laurentius ziekenhuis wordt invulling gegeven aan de implementatie van de P&C cyclus waarin ook de kwaliteitsaspecten vanuit de Deming cyclus (PDCA -cyclus) een expliciete plaats innemen.

Om de visie op kwaliteit ook daadwerkelijk te realiseren, is er binnen het Laurentius ziekenhuis sprake van een continue bouw aan een kwaliteitssysteem. Het kwaliteitssysteem is een op de (zorg)-processen toegesneden werkwijze die vastgelegd en geborgd is. Met het kwaliteitssysteem wordt beoogd dat de geleverde zorg en dienstverlening voldoet aan de gestelde eisen. Het kwaliteitssysteem legt continue verbeteringen vast en borgt daarmee de aangebrachte verbeteringen.

Een dergelijk kwaliteitssysteem bestaat concreet uit de volgende elementen:

- Vastgestelde (zorg-/bedrijfs-)processen met bijbehorende documentatie waarin het kwaliteitssysteem per proces vastligt (protocollen en/of voorschriften, maar ook formulieren etc.)
- Beschrijvingen van de (zorg-/bedrijfs-)processen in de vorm van processchema's met bijbehorende toelichtingen en taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden per betrokken medewerker die opgenomen zijn in een TVB matrix
- Meetpunten om de (zorg-/bedrijfs-)processen en de uitkomsten daarvan mee te beoordelen ((kwaliteits-)indicatoren)
- Interne audits van de (zorg-/bedrijfs-)processen vanuit het Intern auditsysteem, maar ook d.m.v. intercollegiale audits in samenwerking met andere zorginstellingen. Voorbeelden hiervan zijn de intercollegiale audits zoals die zijn opgezet voor de Voedingsdiensten en Operatiekamers.
- Vaststellen van verbetertrajecten op basis van uitgevoerde interne -, intercollegiale audits en/of visitaties.

Stand van zaken

Eind 2012 is er binnen het Laurentius ziekenhuis sprake van een situatie waarin veel nieuwe ontwikkelingen uit voorgaande jaren in gang gezet en geïmplementeerd zijn in het kader van organisatieverandering, maar ook van een toestand waarin er nog veranderingen noodzakelijk zijn. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de goede zaken uit eerdere periodes welke omgebouwd worden naar de nieuwe/gewenste situatie. Hierbij denkend aan het verbeteren van de beleidscyclus waarbij het werken op basis van de kaderbrief speerpunt van beleid is.

Het gaat hierbij om het in een jaarplan (of businessplan) vastleggen van doelstellingen op basis van de in de kaderbrief vastgestelde indicatoren / doelstellingen op de gebieden kwaliteit - algemeen, veilige zorg, doeltreffende zorg, doelmatige zorg, patiëntgerichte zorg en de resultaatgebieden zoals verwoord in het INK managementmodel, maar ook om het vastleggen van doelstellingen behorende bij de vanuit het Strategische beleidsplan gekozen speerpunten.

Hierlangs loopt parallel het doorontwikkelen van bijbehorende begrotingen en prognoses, o.a. op basis van landelijke ontwikkelingen, en het effectueren en verbeteren van de managementinformatie en Managementrapportage (MARAP) aangevuld met de ontwikkeling van rapportages met betrekking tot kwaliteitsindicatoren IGZ, Zichtbare Zorg (ZiZo) en overige stuurinformatie.

Om dit te kunnen monitoren door het jaar heen, waardoor continue bijsturing mogelijk wordt, is er in het verslagjaar hard gewerkt aan het verbeteren van het Datawarehouse, bestaande uit twee componenten (i-VIDE voor alle harde managementdata (kosten/productie etc.) en I-Presto/Zorgstuur voor de kwaliteitsindicatoren IGZ en ZiZo).

NIAZ kwaliteitssysteem / accreditatietraject

Kwaliteitszorg moet verankerd zijn in de organisatie van een zorginstelling. Er moet binnen de organisatie sprake zijn van een verbetercultuur, waarin iedereen alert is op verbetermogelijkheden en

die ook aangrijpt. De 'Plan-Do-Check-Act cyclus' vormt de rode draad door het hele NIAZ-accreditatieprogramma.

Waar zijn we mee bezig om de kwaliteit binnen de zorginstelling te borgen?

In de eerste plaats zijn er afspraken gemaakt en geborgd over de werkwijzen en communicatie op kritische punten in de primaire en ondersteunende processen. Die afspraken zijn geïmplementeerd en alle betrokkenen dienen daar ook naar te handelen. De bestaande afspraken worden structureel getoetst op inhoud/actualiteit en effectiviteit en, waar nodig, bijgesteld. De toetsing speelt zich af op meerdere fronten zoals interne audits, visitaties, aanlevering data rond indicatorensets, afdelingsgebonden -/ziekenhuisbrede veiligheidsrondes en oppakken van trajecten op het gebied van risicomanagement, o.a. de processen Flexibele Endoscopen en verplaatsing Spect-CT camera. Zo ontstaat een continue verbetercyclus, waarmee voldaan wordt aan een noodzakelijke voorwaarde voor (her)accreditatie. De zorginstelling is niet van plan om alles schriftelijk vast te leggen, want dan zou kwaliteitszorg tot een bureaucratisch monster verworden en de organisatie in een keurslijf gedrongen worden.

Het NIAZ zegt vooraf niet hoe de instelling haar kwaliteitssysteem moet hebben ontwikkeld, maar geeft wel richting aan middels het gebruik van de Kwaliteitsnorm Zorginstellingen 2.1 e.v. die gebaseerd zijn op het INK managementmodel. Het NIAZ toetst tijdens het meerdaags werkbezoek, behorende bij het heraccreditatietraject, of dat systeem effectief is. Het NIAZ-accreditatieprogramma is transparant voor alle betrokkenen - zeker ook voor patiënten, verzekeraars en andere partijen uit de zorgwereld.

Door de aanvraag voor accreditatie in 2006 te verzenden is de koers voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg- en dienstverlening binnen het Laurentius ziekenhuis uitgezet. De hoofddoelstelling voor de komende jaren is en blijft: "verbeteren" en daarmee samenhangend transparantie (laten zien hoe onze kwaliteit tot stand gebracht wordt) en structuur aanbrengen door middel van kwaliteitssystemen (borgen).

Het afgelopen jaar stond in het teken van concrete verbeteractiviteiten volgens de PDCA cyclus om de NIAZ accreditatie te bestendigen. Gestart zijn deze activiteiten in 2010 met het schrijven van het zelfevaluatie-rapport als voorbereiding op het Heraccreditatiebezoek, wat in mei 2011 heeft plaatsgevonden.

Tijdens dit werkbezoek kregen de auditoren een duidelijk beeld van de aanwezige verbetercultuur binnen de zorginstelling. Deze toetsing door de NIAZ auditoren liet op een aantal plaatsen ook nog wel verbeterpunten zien, maar over de hele linie zijn de eerder (traject 2007 - 2011) geconstateerde verbeterpunten adequaat of deels adequaat opgepakt. Voorbeeld van een adequaat opgepakt verbeterpunt is de medicatieveiligheid in relatie tot het paraferen van medicatieopdrachten. Door over te gaan tot invoering van het EVS (Elektronisch Voorschrijf Systeem voor medicatie) en de aanschaf en implementatie van een systeem, is dit probleem volledig opgelost.

Alle inspanningen uit de afgelopen 4 jaar hebben er toe geleid dat de organisatie in september 2011 de heraccreditatiestatus heeft verkregen. Hiermee is het kwaliteitssysteem, maar ook het veiligheidsmanagementsysteem, voor de komende 4 jaar gecertificeerd. Op basis van het verschenen heraccreditatierapport heeft de organisatie een actieplan geschreven om de geconstateerde verbeterpunten op te gaan pakken. Toetsing van dit actieplan zal een jaar na het verstrekken van de heraccreditatiestatus plaatsvinden. In 2012 worden de genoemde verbeterpunten onder verantwoordelijkheid van leden van het managementteam opgepakt en wordt gewerkt aan het verbeteren/wegwerken van de tekortkoming. Eind december 2012 levert de organisatie bij de accrediterende instantie (NIAZ) de voortgangsrapportage aan ten behoeve van het werkbezoek wat op 27 februari 2013 plaats zal vinden.

Kwaliteitsorganisatie

Naast twee kwaliteitscommissies (Commissie Kwaliteit Medische Staf en Commissie Integrale Kwaliteitsbevordering Medische Zorgprocessen) kent het Laurentius ziekenhuis ook een Stuurgroep Kwaliteit en Veiligheid.

Deze stuurgroep is ingesteld om naast het vaststellen van het beleid ook de voortgang op de gebieden Kwaliteit en Veiligheid (o.b.v. de Kwaliteitsnorm Zorginstellingen 2.1. van NIAZ) NTA 8009:2007 en de zorgthema's van VMS-Zorg met de daaraan gekoppelde patiëntveiligheid, indicatoren en wet- en regelgeving op de gebieden kwaliteit en veiligheid te monitoren en daar waar nodig bij te sturen. In de periode 2010 tot mei 2011 zijn leden vanuit deze stuurgroep benoemd in een Taskforce NIAZ, welke aangevuld is met leden van het management. Deze Taskforce had als belangrijkste taak de voortgang in het heraccreditatieprogramma te monitoren, bewaken en (indien noodzakelijk) bij te sturen. Door de samenstelling van de Stuurgroep Kwaliteit en Veiligheid na het NIAZ werkbezoek op dezelfde leest te schoeien is kwaliteit en veiligheid integraal onderdeel uit gaan maken van de dagelijkse werkprocessen van de organisatie en is daarmee een gezamenlijke lijnverantwoordelijkheid

voor alle medewerkers. Van deze medewerkers wordt, ongeacht hun positie/functie, verwacht dat ze knelpunten signaleren en oppakken. Daarnaast wordt ook van ze verwacht dat ze constructief meedenken over verbeteringen. Iedereen levert op zijn eigen niveau een bijdrage.

Kwaliteit als vanzelfsprekendheid

Kwaliteitszorg wordt soms nog ervaren als iets dat er bij komt, boven op het dagelijkse werk. En over het algemeen heeft men het met die dagelijkse werkzaamheden en verplichtingen al druk genoeg. In de te realiseren verbetercultuur is het verbeterproces en het borgen van kwaliteit juist onderdeel van het dagelijkse werk. In 2012 is binnen de organisatie wederom een stap in die richting gezet door te investeren in de verdere implementatie van projecten als Visie op Zorg, Veiligheidszorg*, Veilig Incident Melden en het opstarten en borgen van veiligheidsrondes. Het doel van kwaliteitszorg is en blijft om via de kwaliteitsorganisatie, waarin werkprocessen worden geoptimaliseerd, voortdurend bezig te zijn met het opsporen en realiseren van verbeteringen welke door betrokkenen worden geïntegreerd in het dagelijkse werk.

Beroepsinhoudelijke kwaliteit

De uitwerking van kwaliteitszorg vanuit medisch inhoudelijk perspectief heeft binnen het Laurentius ziekenhuis concreet gestalte, maar ook een vervolg gekregen. Door uitwerking van (zorg)processen in een "zorgketen" hebben er binnen die (zorg)processen, op basis van risico-inventarisaties en/of interne audits, verbeteractiviteiten plaats gevonden. Verdere implementatie van deze manier van werken rond zorgketens / zorgprocessen is een vast onderdeel binnen het te volgen kwaliteitstraject, maar ook in relatie tot het ontwikkelen van een VMS / cultuur van Patiëntveiligheid.

Op basis van uitgevoerde "veiligheidsrondes", wijzigingen in wet- en regelgeving, de IGZ rapporten TOP 1, 2, 3 en uitkomen van "kwaliteitshandboek reiniging en desinfectie van scopen (SFERD)", wat gezien wordt als de veldnorm werd het Risicomanagement OK gecontinueerd en het risicomanagement flexibele endoscopen opgestart.

In het verslagjaar 2012 bleek wederom uit in- en externe toetsing dat de eerder in gang gezette interventies op de gebieden gedrag, veiligheid en cultuur het beoogde effect hebben opgeleverd. Tijdens deze toetsingen werd ook geconstateerd dat de eerder benoemde risico's in het gehele proces zijn teruggebracht tot een enkel nog openstaand minor verbeterpunt. De eigen bevestiging van de geboekte voortgang werd ook bevestigd tijdens IGZ jaargespreek en in- en externe audits.

Transparantie en verantwoording afleggen / meten is weten

Intern worden processen en bijbehorende indicatoren zichtbaar gemaakt. Daarnaast wordt in het kader van de te maken jaarplannen gewerkt met indicatoren op de 4 aandachtsgebieden; Productie, Kosten, Kwaliteit van zorg(-verlening / dienstverlening) en Kwaliteit van arbeid. Aan de hand van deze indicatoren wordt, met verdere borging van de P&C cyclus, continu gemeten en via de MARAP, verantwoording afgelegd over de uitgevoerde activiteiten. In aansluiting op de rapportage worden continu afwegingen gemaakt om over te gaan tot verbeteractiviteiten.

In dit kader vinden binnen de organisatie structureel patiëntentevredenheidsonderzoeken plaats binnen alle poliklinieken en alle zorgafdelingen. Daarnaast vinden er ook tevredenheidsonderzoeken plaats richting huisartsen en Hagro's, maar ook omgekeerd worden tevredenheidsonderzoeken opgestart waarbij huisartsen vragen naar de tevredenheid van de specialist over de activiteiten van de huisartsen.

Dat de zorg die de organisatie aanbiedt voldoet aan de kwaliteitseisen die daaraan gesteld worden door diverse externe partijen blijkt o.a. uit de in 2012 ontvangen erkenning als Hepatitis Behandelcentrum, de predicaat kwaliteitsziekenhuis voor heup- en knie vervangingen en dikke darm kanker, het topzorgpredicaat Prostaatkanker en het Mammacare lintje.

Basisset Indicatoren

Vanaf 2003 leveren we als ziekenhuis informatie aan voor de basisset Indicatoren voor ziekenhuiszorg die ontwikkeld is door o.a. de IGZ.

De gevraagde informatie met betrekking tot deze set wordt jaarlijks openbaar gemaakt en is via intra- / internet inzichtelijk voor eenieder die daar in geïnteresseerd is.

De door het ziekenhuis gepubliceerde cijfers worden o.a. gebruikt voor het maken van een ranglijst van ziekenhuizen (Top 100 - Algemeen Dagblad, Elsevier, site Kiesbeter etc), waarin we als ziekenhuis een groei hebben doorgemaakt en waarbij we in 2012 wederom een stijging binnen de bovenste 25 ziekenhuizen in de lijst weten te realiseren.

Op basis van deze plaats in de lijst, maar ook op basis van verhoogde kwaliteitseisen door zorgverzekeraars en wetenschappelijke verenigingen zijn wederom verbetermaatregelen in gang gezet welke in 2013 resultaten op moeten leveren in de zin van een continuering / betere score per indicator. Dit zal dan ook moeten leiden tot behoud van de huidige positie of een betere klassering in de diverse lijsten.

DBC-/DOT ontwikkelingen

DBC /DOT ontwikkeling is een punt van aandacht binnen de gehele zorgverlening. Door deze ontwikkelingen wordt de medisch specialistische zorg inzichtelijker c.q. transparanter gemaakt. Het gebruik hiervan om te komen tot de ontwikkeling van zorgketens/klinische paden, maar ook tot de ontwikkeling van protocollen zal, na invoering in het verslagjaar, waarin de kinderziekten zijn geconstateerd en opgepakt, binnen het Laurentius ziekenhuis in 2013 verder uitgediept worden.

Procesbeschrijvingen

Zorgketens, (deel-)processen en de daaraan gekoppelde procedures, protocollen en voorschriften worden continu in kaart gebracht. Er is, mede door de organisatieveranderingen ingegeven, sterke behoefte ontstaan om de patiëntenprocessen te beschrijven als zorgketens, waarbij er afstemming gezocht wordt tussen alle afzonderlijke deelprocessen uit de keten.

Tijdens deze uitwerking worden de noodzakelijke risico-inventarisaties (SAFER's) uitgevoerd op de overgangsmomenten tussen de verschillende deelprocessen. Hierdoor worden mogelijke risico's / knelpunten in het patiëntenproces inzichtelijk, waarna ze direct aangepakt of als verbeteractiviteit weggezet worden, welke op een later tijdstip aangepakt worden. Door deze aanpak blijven we invulling geven aan de noodzaak om cliëntgericht werken te vertalen in verbeteringen in patiëntenlogistiek en bedrijfsvoering.

In dit traject blijft het wenselijk c.q. noodzakelijk om de interacties met de 1^e en 3^e lijn daarin te betrekken. Op die manier is het gehele zorgproces één aan elkaar gesloten keten, waarin gebruik gemaakt wordt van elkaars deskundigheid, maar waarin de zorg ook als een naadloos op elkaar aansluitend geheel door de cliënt ervaren wordt. Hierbij zal er ook aandacht zijn voor de implementatie van de aandachtspunten uit de nota: "Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg". Tevens is hiervoor in 2012 aansluiting gezocht bij het Netwerk Klinische Paden (CBO / Leuven) om te starten met de ontwikkelingen van zorgpaden volgens de principes van dat Netwerk.

Relatie kwaliteit met andere initiatieven

De aandacht ligt niet enkel op het NIAZ kwaliteitssysteem, maar er blijft ook ruim aandacht voor de samenhang met andere onderwerpen c.q. afdelingen. Te denken valt hierbij aan Communicatie, Klachtenbemiddeling en -afhandeling, ARBO (Traject Veiligheidszorg®, Risico Inventarisatie & Evaluatie), Milieu, Meldingen Incidenten Patiëntenzorg/Veilig Incident Melden (MIP/VIM) en veiligheid als onderdeel van een VeiligheidsManagementSysteem etc.

Deze samenhang was ook in 2012 een structureel punt van aandacht en ontwikkeling binnen de verdere implementatie van de PDCA cyclus.

In 2011/2012 is binnen het Laurentius veel aandacht besteed aan de inbedding van de onderdelen van het te realiseren VMS, waarbij er een duidelijke koppeling is gemaakt naar de Kwaliteitsnorm Zorginstelling 2.1. van NIAZ en de NTA; 8009-2007.

Op basis van het geschreven Zelfevaluatierapport voor de heraccreditatie in 2011 werd geconstateerd dat de Beleidsnotitie ten aanzien van Patiëntveiligheid (2008 geaccordeerd) in 2011 herzien moest worden als gevolg van de organisatieveranderingen en de aan de organisatie gestelde eisen. Dit heeft in 2012 geleid tot een geaccordeerd beleidsplan Patiëntveiligheid voor de periode tot 2015.

Monitoring / bewaking blijft plaatsvinden vanuit de Stuurgroep Kwaliteit en Veiligheid. Vanaf 2008 is er voor het VMS-Zorg programma aansluiting gezocht bij het netwerk Patiëntveiligheid Zuid Nederland, waardoor we als ziekenhuis gebruik kunnen maken van de expertise/themabijeenkomsten van de landelijke organisatie, maar ook binnen het netwerk kennis, ervaringen en best practices met collega ziekenhuizen uit kunnen wisselen. In 2012 is binnen het netwerk nagedacht over het vervolg hiervan na afsluiting van het VMS programma aan het einde van het jaar. Dit heeft geresulteerd in een besluit om als netwerk samen verder te gaan in 2013, als het programma overgenomen wordt door NVZ en NFU. Over de concrete invulling van netwerkactiviteiten zal in 2013 verder gesproken worden.

Kwaliteitsbeleid ten aanzien van patiënten

Ten aanzien van dit aspect valt, aanvullend op de bovenstaande informatie over het kwaliteitsbeleid, aan te geven dat er binnen het Laurentius ziekenhuis in het verslagjaar 2012 structureel tevredenheidsonderzoeken hebben plaatsgevonden binnen **alle** verpleegafdelingen (16) en **alle** poliklinieken (31). De waardering hierbij is voor verpleegafdelingen 8,3 (was in 2011 ook 8,3) en voor de polikliniek 7,9 (was in 2011 8,0).

Concrete verbeteractiviteiten die op basis van deze tevredenheidsonderzoeken zijn doorgevoerd hebben o.a. betrekking op privacy, bejegening, informatieverstrekking, comfort in wachtkamers en de wachttijden.

Kwaliteit van zorg blijkt binnen het Laurentius Ziekenhuis o.a. uit de verdere ontwikkeling en verbetering van eerder genomen initiatieven op basis van landelijke ontwikkelingen c.q., behoeften die in deze regio nog niet bestonden. Voorbeelden hiervan zijn o.a. verbeteringen binnen Eerste Hart Hulp incl. CCU en Cardiologie tot één zorgstraat Cardiologie, verdere verbetering van de geriatrische dagkliniek, verbetering Mammacare traject, het openen van de Couveusesuite, ontwikkelingen in het digitaal verpleegkundig patiëntendossier met de nadruk op de verpleegkundige anamnese volgens Gordon en de start met een volledig vakgroep EPD binnen de vakgroepen MDL, Urologie, Cardiologie en Revalidatie, de aanpak van EVS (klinisch en poliklinisch) in relatie tot ASP en het digitaliseren van de poliklinische dossiers middels de inrichting van een scanstraat.

Naast deze zorginhoudelijke aspecten is in het kader van kwaliteitsverbetering ook sprake van continuering van 5 S trajecten, waarbij efficiëntie in de werkprocessen/werkomgeving centraal staan.

Binnen enkele poliklinieken is continue aandacht voor het vasthouden en verbeteren van de in een eerder stadium gerealiseerde wachttijdreductie, en er zijn ook nieuwe poliklinieken begonnen met het terugdringen van de wachttijden. Tevens is er binnen onderzoeksafdelingen en Operatiekamers gestart met capaciteitsmanagement vraagstukken, waarbij de eerste resultaten van efficiencyverbetering al beschikbaar zijn. Dit zal in 2013 verder uitgerold worden binnen de organisatie.

Kwaliteitsbeleid in relatie tot (patiënt)veiligheid vanuit VMS

Ten aanzien van dit aspect valt, aanvullend op de bovenstaande informatie over het kwaliteitsbeleid, aan te geven dat er binnen het Laurentius ziekenhuis in het verslagjaar 2011 structureel is gewerkt aan de verschillende onderdelen vanuit het landelijke VMS programma.

De eisen waaraan we als ziekenhuis dienen te voldoen op basis van de Nederlands Technische Afspraak (NTA 8009-2007) zijn onderdeel van de implementatie kwaliteitsnorm zorginstellingen 2.1 waar we in het kader van onze NIAZ heraccreditatie invulling aan hebben gegeven.

Dat we dit op een juiste wijze hebben gedaan blijkt uit de behaalde heraccreditatie waar de VMS certificering deel van uitmaakt. Naast de implementatie van de NTA binnen de organisatie is er in 2012 ook gewerkt aan de verdere implementatie en borging van de 10 zorginhoudelijke thema's die behoren bij het VMS programma.

Voorkomen van wondinfecties na een operatie

Binnen dit project is er volop aandacht voor o.a. de preoperatieve huiddesinfectie, het dragen van bivakmutsen, beperkingen van het aantal deurbewegingen en preoperatief ontharen. Ook de tijdige antibioticatoediening wordt continu gemonitord en bij afwijkingen bijgestuurd. Daarnaast maakt ook het voorkomen van hypothermie bij de patiënt deel uit van alle maatregelen. De procesmaten worden continu gemonitord en teruggekoppeld aan de verantwoordelijken.

Voorkomen van lijnsepsis en de behandeling van ernstige sepsis

Aan het registreren van ingebrachte centraal veneuze lijnen, het voldoen aan de richtlijnen bij het inbrengen en het toepassen van zowel de resuscitatie- als managementbundel bij ernstige sepsis is in het verslagjaar veel aandacht besteed. Er is ten behoeve van de registratie van alle aspecten een module gebouwd in Chipsoft. De vereiste scholing van verpleegkundigen op de afdelingen waar met centraal veneuze lijnen wordt gewerkt, in het kader van de herkenning van een ernstige sepsis, is ter hand genomen en kent een continu karakter. De behandeling van ernstige sepsis door middel van de resuscitatie - en managementbundel is geïmplementeerd binnen de IC en SEH afdeling.

Vroege herkenning en behandeling van vitaal bedreigde patiënt

In het verslagjaar is het beleid rond een SIT organisatie en het bijbehorende beleid volledig uitgerold binnen de gehele organisatie. Binnen de organisatie functioneert het SIT op een adequate manier en heeft ertoe geleid dat de vitaal bedreigde patiënt in een vroeg stadium herkent wordt en er gestart wordt met behandeling door de hoofdbehandelaar. Ondersteuning vanuit het SIT team wordt hierbij geboden en indien noodzakelijk nemen zij de lead in de behandeling over.

Medicatieverificatie bij opname en ontslag

Vanaf de introductie van dit thema wordt medicatieverificatie toegepast bij alle electieve patiënten die via de PKS binnenkomen.

In 2012 is medicatieverificatie bij alle opnames, zowel electief als spoed, geïmplementeerd. Voor een beperkt deel van de organisatie geldt ook dat er gewerkt wordt met de medicatieverificatie bij ontslag door de apothekersassistent. In de resterende gevallen ligt de verantwoordelijkheid hiervoor nog bij de behandelend arts en de verpleegkundigen. Dit thema is expliciet onderdeel van het project medicatieveiligheid (implementatie EVS en ASP).

Kwetsbare Ouderen

Binnen de organisatie is de screening op delier, vallen, ondervoeding en fysieke beperkingen samen met het toepassen van proactieve behandelinterventies geïmplementeerd op vrijwel alle verpleegafdelingen.

Er is in het Laurentius ziekenhuis gekozen om dit toe te passen bij alle patiënten van 65 jaar en ouder i.p.v. de in de bundel gekozen groep van 70 jaar en ouder.

In 2013 zal de resterende uitrol plaatsvinden naar de IC en PAAZ afdeling en zal er verhoogde aandacht zijn voor de registratie van zowel screening als interventies.

Optimale zorg bij Acute Coronaire Syndromen

Dit thema is opgepakt door de vakgroep Cardiologie en is in het verslagjaar gewerkt aan de verdere ontwikkeling en implementatie van een registratiemodule om alle aspecten uit de bundel vast te kunnen leggen en aan een regionaal protocol voor huisartsen, ambulance en ziekenhuizen. De bundel wordt toegepast binnen de vakgroep Cardiologie, registratie van alle in de bundel voorkomende indicatoren is onderdeel in de ontwikkeling van het vakgroep EPD voor de Cardiologie.

Vroege herkenning en behandeling van pijn

Er wordt gewerkt met een ziekenhuisbreed pijnprotocol, waarbij screening van pijn geschiedt middels de VAS score. Wordt toegepast bij alle postoperatieve patiënten op Recovery en Verpleegafdeling. Sinds 2011 is gestart met de vertaling en implementatie van de bundel naar SEH (acute pijn), overige verpleegafdelingen (acute en oncologische pijnen), kinderafdeling. Hierbij wordt ook gebruik gemaakt van de expertise vanuit de Palliatieve zorg. Sturen op de indicatoren vindt plaats door het aanreiken van de scores per maand aan het management ten behoeve van verbeteractiviteiten. Er is op basis van de uitkomsten gestart met aanpassingen in het pijnprotocol, om het percentage pijnscore >7 te kunnen beïnvloeden.

High Risk Medicatie; klaarmaken en toedienen van Parenteralia

Op afdelingsniveau zijn door de Apotheek workshops gegeven, waarbij de aandacht gericht wordt op het juist klaarmaken en toedienen van medicatie, maar ook op de risicovolle momenten die er op afdelingsniveau te onderscheiden zijn binnen het medicatieproces. Hierbij is er vooral aandacht voor de hygiënische aspecten, maar ook voor de evt. schadelijke gevolgen van de medicatie bij verkeerde toepassing. Op basis van uitgevoerde nulmetingen heeft de apotheek in 2012 een Businessplan geschreven met betrekking tot het centraal uit gaan voeren van High Risk bereidingen in de apotheek. Besluitvorming hieromtrent dient in 2013 plaats te vinden.

Verwisseling van en bij patiënten

Dit thema is opgepakt binnen de organisatie en maakt ook deel uit van de aspecten die voortvloeien uit de TOP 1 aanpak. Er wordt gewerkt vanuit een ziekenhuisbrede procedure patiëntenidentificatie.

Binnen de operatiekamers wordt, voortvloeiende uit het risicomanagement OK de time-outprocedure toegepast bij alle electieve ingrepen. In 2012 zal, is dit, op basis van de aspecten uit de VMS bundel, verder uitgewerkt voor het volledige operatieve proces, waarna de implementatie in gang gezet wordt. Zodra de implementatie binnen de "snijdende" specialismen gerealiseerd is worden dit ook uitgerold naar alle overige specialismen.

Voorkomen van nierinsufficiëntie bij intravasculair gebruik jodiumhoudende contrastmiddelen

Binnen het ziekenhuis wordt al enkele jaren gewerkt volgens de CBO richtlijn uit 2007. Deze richtlijn is door de Commissie Integrale Kwaliteitsbevordering Medische Zorgprocessen (IKMZ) vertaald naar een praktische werkversie. Er is in 2012 gewerkt aan actualisering van het bestaande protocol o.b.v. het VMS thema en de registratie van indicatoren is opgezet t.b.v. monitoring, verbetering en verantwoording. Implementatie van het geactualiseerde protocol, de bijbehorende registratie en de borging dient in het eerste halfjaar van 2013 afgerond te worden.

Te ondernemen acties in 2013

In 2013 zal de organisatie ten aanzien van de bij het VMS programma behorende doelstellingen / indicatoren een vervolg geven aan de in gang gezette activiteiten. Middels continue monitoring zal de voortgang op de voet gevolgd worden en zullen daar waar nodig verbeteracties in gang gezet worden. Dat geldt voor de 10 programma's, maar zeker ook voor de onderdelen van de NTA 8009:2007 die omgebouwd gaan worden naar de elementen van de NTA 8009:2011. Hiertoe behoren in ieder geval de onderdelen Cultuur, Retrospectieve risicoanalyse en de Prospectieve Risicoanalyse.

Ten aanzien van het inbedden van de kwaliteitscyclus zal in het komende jaar veel aandacht gaan naar het realiseren van een werkwijze waarin de veelheid aan stuurinformatie (cijfers / uitkomsten / klachten / adviezen / verzoeken tot verbetering etc.) bij elkaar gebracht en in samenhang opgepakt worden ten behoeve van het komen tot kwaliteitsverbeteringen.

Specifieke verbetertrajecten in de zorgorganisatie

In 2012 is voorts een aantal diverse projecten opgezet met als doel het verbeteren van de kwaliteit en veiligheid van de dagelijkse patiëntenzorg in Laurentius. Hieronder komen deze projecten kort aan de orde:

- **Kwaliteitsregister/BIG herregistratie:** Op 1 januari 2009 is de termijn van 5 jaar begonnen voor een aantal BIG geregistreerde beroepsbeoefenaren voor herregistratie in het BIG register. Het gaat om verpleegkundigen, verloskundigen en fysiotherapeuten die op 1 januari 2009 in het BIG-register ingeschreven staan. In 2012 zijn verdere voorbereidingen getroffen om de herregistratie van ongeveer 500 medewerkers soepel te laten verlopen.
- **Invoering intern kwaliteitsregister en e-learning:** In 2012 heeft de introductie van het e-learning systeem en implementatie van het digitaal portfolio (onderdeel LMS) plaatsgevonden. Dit kwaliteitsregister kan door de individuele medewerkers als onderlegger worden gebruikt voor de BIG herregistratie maar dient vooral om te komen tot kwaliteitsnormering en -bewaking van de ziekenhuismedewerker. Hiermee wordt gerealiseerd dat op een transparante, aantoonbare, uniforme en gestructureerde wijze aan kwaliteit- en deskundigheidsbevordering wordt gewerkt.
- **Het digitaal portfolio is met ingang van 2012 integraal onderdeel van het jaargesprek met alle verpleegkundigen.**
- **Project reiniging en desinfectie flexibele endoscopen:** Mede naar aanleiding van de aanschaf nieuwe reinigings en desinfectiemachines voor flexibele endoscopen is projectmatig het hele proces in kaart gebracht en verbeterd. Een van de gevolgen is geweest een ingrijpende verbouwing van dit deel van de centrale sterilisatieafdeling. Door deze verbouwing is gerealiseerd dat dit deel van de afdeling voor de komende jaren optimaal is geoutilleerd, voldoet aan alle wet- en regelgeving en de kwaliteit en veiligheid van de processen gewaarborgd.
- **Vervangen bedmatrassen:** In 2012 zijn alle patiënten bedmatrassen vervangen. Aan de hand van een projectmatige aanpak is een keuze gemaakt rekening houdend met: decubituspreventie, hygiëne en infectiepreventie, kosten en besparingen. Uiteindelijk resultaat is geweest dat alle matrassen zijn vervangen door traagschuimmatrassen die uiterst hoge, aantoonbare kwaliteitsnormen bezitten op het gebied van decubituspreventie. Hiermee zijn wij het **eerste ziekenhuis in Nederland** die deze kwalitatief hoogstaande matras ziekenhuisbreed inzetten.
- **Patiënten data management systeem (PDMS):** Een PDMS legt alle kritische patiëntendata binnen de afdelingen SEH, Cardiologie, anesthesiologie, recovery en intensive care op een eenduidige manier. In 2012 is een breed samengestelde projectgroep gestart met de oriëntatie om te komen tot één PDMS platform. Hierdoor ontstaat een continue beschikbaarheid van essentiële patiënteninformatie op de betreffende kritische afdelingen en wordt het aantal overdrachtsmomenten gereduceerd. Uitkomsten van deze projectgroep wordt in 2013 verwacht.

Klachtbehandeling

Met de in de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector neergelegde verplichting voor iedere zorgaanbieder om een klachtenregeling te hebben, beoogt de wetgever nadere invulling te geven aan het recht op klagen van patiënten en een bijdrage te leveren aan de kwaliteit van zorg. In het Laurentius Ziekenhuis is aan deze wettelijke verplichting invulling gegeven via de opvang van klachten door de klachtenfunctionaris (PSB) en via de behandeling van klachten door de klachtencommissie.

1. Doelstelling en werkwijze van de klachtenfunctionaris

De klachtenfunctionaris biedt de patiënt desgewenst ondersteuning bij het formuleren van een klacht, of brengt de klacht onder de aandacht van de betrokken medewerker of bemiddelt tussen klager en medewerker. De klachtenfunctionaris behandelt de klachten volgens een vaste procedure.

2. Doelstelling en werkwijze van de klachtencommissie

De klachtencommissie van het Laurentius Ziekenhuis beoogt met haar werkzaamheden recht te doen aan de klager, in het bijzonder aan diens recht om gehoord te worden. Een belangrijk uitgangspunt daarbij is het recht op hoor en wederhoor. Met het wederhoor wordt recht gedaan aan het recht van degene(n) op wie de klacht betrekking heeft, om hun kant van de klacht over het voetlicht te brengen. De commissie geeft daaraan invulling door een schriftelijke wisseling van stukken. De klachtbrief gaat naar de degene(n) op wie de klacht betrekking heeft en die geven op hun beurt een reactie. Die reactie gaat naar de klager. In de regel wordt na de schriftelijke wisseling van stukken een hoorzitting georganiseerd (zie hierna).

Het recht op hoor en wederhoor kent bij deze commissie ook een mondelinge invulling. Partijen worden uitgenodigd voor een mondelinge hoorzitting in elkaars aanwezigheid. Partijen kunnen van deze mogelijkheid afzien of aangeven dat zij apart gehoord wensen te worden. De hoorzitting biedt partijen de gelegenheid hun eerder verwoorde standpunten nader toe te lichten. Als uitgangspunt hanteert de commissie het principe dat over en weer de argumenten bekend moeten zijn, waarop gereageerd kan worden. Het gaat er daarbij niet om de ander met een geheel nieuw argument te overvallen. Onder omstandigheden kunnen nieuwe gezichtspunten overigens wel aanleiding zijn voor de klachtencommissie om nader onderzoek te verrichten.

Aan het eind van deze procedure geeft de commissie een oordeel over de gegrondheid van de klacht of klachten. De commissie heeft maar drie mogelijkheden, te weten de klacht gegrond of ongegrond te verklaren dan wel de klacht gedeeltelijk gegrond, gedeeltelijk ongegrond te verklaren. De commissie legt geen sancties op en kan evenmin een beslissing nemen over de toekenning van een schadevergoeding. Bevat een klacht ook een claimaspect dan wordt de klager erop gewezen dat de klachtencommissie uitsluitend de klacht behandelt en dat er een andere weg is om een claim in te dienen (via de Raad van Bestuur).

Met het oordeel van de commissie komt er een einde aan de klachtenbehandeling door de commissie. Een andere wijze waarop de commissie een klacht kan opvangen is door te na te gaan of partijen zich kunnen vinden in een minnelijke schikking. Dit is een vorm van klachtenbemiddeling. Veelal gebeurt dit op de hoorzitting, nadat het schriftelijke deel van de procedure is afgehandeld. Partijen hebben zich kunnen uitspreken en hebben het standpunt van de andere partij gehoord en zijn tevreden met de procedure zoals die verlopen is. Een beoordeling door de commissie is voor hen niet meer nodig. In het verslagjaar is 4 keer door klagers ter zitting een klacht ingetrokken en 1 keer na de zitting.

Een tweede doelstelling van de commissie betreft het bijdragen aan de bewaking en bevordering van de kwaliteit van zorg. Op het individuele niveau van de klacht kan dit doordat medewerkers door de klacht geattendeerd worden op een mogelijke lacune in de zorg. Komt de commissie tot een beoordeling van de klacht, dan wordt dit oordeel, behalve naar partijen, naar de Raad van Bestuur gestuurd. De Raad van Bestuur kan indien nodig, maatregelen treffen ter verbetering van de kwaliteit. De commissie kan naast haar oordeel ook aanbevelingen geven aan de Raad van Bestuur gericht op verbetering van de kwaliteit van zorg.

Daarnaast beoogt de commissie door een systematische verzameling van klachten inzicht te geven in de aard van de klachten en op deze wijze bij te dragen aan de bewaking en bevordering van de kwaliteit van zorg.

3. Informatie over de klachtenregeling

Informatie over de klachtenregeling is vastgelegd in een folder die over de afdelingen is verspreid. Daarnaast verstrekt de klachtenfunctionaris mondelinge informatie over de klachtenregeling. Via de website van het ziekenhuis wordt eveneens informatie verstrekt over de klachtenregeling en klagers kunnen via de website een klacht indienen bij de klachtenfunctionaris. Klagers die via de klachtenfunctionaris met hun klacht bij de klachtencommissie terechtkomen, krijgen van de klachtenfunctionaris de folder met informatie over de klachtenregeling. Degenen die rechtstreeks hun klacht indienen bij de commissie ontvangen deze folder van de secretaris van de klachtencommissie.

In het najaar 2008 is door de klachtencommissie in samenwerking met de klachtenfunctionaris een informatiebrochure uitgebracht voor hulpverleners en medewerkers die te maken krijgen met een klacht. Deze brochure bevat informatie over hoe om te gaan met een klacht en hoe de reactie van de hulpverlener/medewerker dient te zijn. Daarbij wordt aandacht besteed aan wat een klacht kan doen met een hulpverlener, welk effect een klacht op een hulpverlener kan hebben. Ook worden tips gegeven voor het schrijven van een reactie op de klachtbrief. Daarnaast worden de procedures bij de klachtenfunctionaris en de klachtencommissie beschreven, zodat degenen over wie een klacht wordt ingediend weten wat ze kunnen verwachten. Op deze wijze beogen klachtenfunctionaris en klachtencommissie bij te dragen aan een vlotte en adequate opvang en afhandeling van klachten in het Laurentius Ziekenhuis Roermond.

Deze folders zijn verspreid over de verschillende afdelingen van het ziekenhuis en worden ingeval de commissie een klacht ontvangen heeft, aan de bij de klacht betrokken hulpverleners gestuurd.

Klachtbehandeling door de klachtenfunctionaris

Klachten zijn een signaal dat aspecten in de zorg voor verbetering vatbaar zijn. Een organisatie, die klachten als een signaal ziet en niet als een bedreiging, staat open voor verandering en ziet klachten als een kans om de geboden zorg te verbeteren. Het creëren van een 'open klachtencultuur' kan worden bereikt door aandacht te besteden aan bekendheid met de klachtenprocedure, klachten te bespreken in een vertrouwenwekkende omgeving, klachten uit de negatieve sfeer te halen en signalen om te zetten in aanknopingspunten voor verbetering van de zorg.

2. Bekendheid klachtenprocedure

De klachtenprocedure van het Laurentius Ziekenhuis wordt beschreven in een patiëntenfolder, die persoonlijk kan worden uitgereikt. Daarnaast is de informatie te vinden op de website van het Laurentius Ziekenhuis. 30% Van de klagers dient een klacht in via het klachtenformulier, dat op de website te vinden is. Daarnaast meldt nog steeds het grootste percentage klagers (31,4%) zijn of haar klacht persoonlijk aan de klachtenfunctionaris. Telefonisch contact is er met 29,5% van het aantal klagers. Het schrijven van een klachtbrief (9%) of de klacht indienen via het algemeen e-mailadres van het ziekenhuis (2,5%) is het minst favoriet.

Klachtenoverzicht

In 2012 hebben 156 personen een klacht gemeld. Twee personen zijn doorverwezen naar de Klachtencommissie, zes personen hebben tijdens de klachtprocedure de klacht ingetrokken. Op 31 december 2012 is de procedure van negen klachten nog niet geheel afgerond. In totaal zijn door de klachtenfunctionaris 163 klachten in 2012 afgehandeld, te weten 16 klachten uit 2011 en 147 klachten, ingediend in 2012.

Tabel 1: aantal klagers / aantal aspecten

| Jaar | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|---------------------------|------|------|------|------|------|
| | | | | | |
| Aantal klagers | 186 | 199 | 214 | 214 | 156 |
| Aantal aspecten | 216 | 224 | 249 | 229 | 183 |
| Gemiddeld aantal aspecten | 1,16 | 1,12 | 1,16 | 1,07 | 1,17 |

In de verslagperiode klagten 156 personen over 183 aspecten. Het gemiddeld aantal aspecten per klacht (1,17) is gemiddeld, doch iets meer dan in 2011.

De aard van de klachten is ingedeeld in veertien aspecten, ondergebracht in zes hoofdcategorieën, te weten:

- Organisatie;
- Vakinhoudelijkheid/professionaliteit;
- Relatie/klantgerichtheid;
- Hygiëne/veiligheid;
- Privacy;
- Tevredenheid.

De aspecten zijn als volgt over de categorieën verdeeld: relatie/klantgerichtheid (42%), vakinhoudelijkheid/professionaliteit (37%), organisatie (12%), tevredenheid (7%), hygiëne/veiligheid (0,5%) en privacy (1,5%).

Tabel 2. Indeling van de klachten naar de diverse aspecten

| | 2010 | % | 2011 | % | 2012 | % |
|----------------------------------|------|-------|------|-------|------|------|
| Organisatie | 56 | 23,7% | 51 | 22,3% | 21 | 12% |
| Vakinhoudelijk/professionaliteit | 79 | 31,7% | 65 | 28,4% | 67 | 37% |
| Relatie/klantgerichtheid | 80 | 32,1% | 76 | 33,2% | 77 | 42% |
| Hygiëne/Veiligheid | 3 | 1,2% | 9 | 4,3% | 1 | 0,5% |
| Privacy | 4 | 1,6% | 5 | 2,2% | 3 | 1,5% |
| Tevredenheid | 24 | 9,7% | 23 | 10% | 14 | 7% |
| Totaal | 249 | 100% | 229 | 100% | 183 | 100% |

De in het verslagjaar ingediende klachten zijn per kwartaal uitgesplitst naar aspect en object (dienst). Een overzicht hiervan treft u onderstaand aan in tabel 3 en tabel 4.

Tabel 3. Verdeling klachtaspecten per kwartaal

| 2012 | Totaal | % | 1e kw. | 2e kw. | 3e kw. | 4e kw. |
|----------------------------------|--------|------|--------|--------|--------|--------|
| Organisatie | 21 | 12% | 4 | 10 | 0 | 7 |
| Vakinhoudelijk/professionaliteit | 67 | 37% | 20 | 14 | 19 | 14 |
| Relatie/klantgerichtheid | 77 | 42% | 19 | 18 | 18 | 21 |
| Hygiëne/Veiligheid | 1 | 0,5% | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Privacy | 3 | 1,5% | 2 | 1 | 0 | 0 |
| Tevredenheid | 14 | 7% | 0 | 4 | 3 | 6 |
| Totaal | 183 | 100% | 45 | 47 | 42 | 49 |

Tabel 4. Verdeling klachtaspecten per object per kwartaal

| 2012 | Totaal | % | 1e kw. | 2e kw. | 3e kw. | 4e kw. |
|--------------------|--------|-------|--------|--------|--------|--------|
| Unit A | 39 | 21,3% | 9 | 12 | 6 | 12 |
| Unit B | 59 | 32,2% | 19 | 13 | 15 | 12 |
| Facilitair Bedrijf | 2 | 1,1% | 0 | 1 | 0 | 1 |
| Managementonderst. | 2 | 1,1% | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Medische Staf | 81 | 44,3% | 17 | 21 | 21 | 22 |
| Bestuur | 0 | 0% | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Totaal | 183 | 100% | 45 | 47 | 42 | 49 |

Acties naar aanleiding van klachten

Naar aanleiding van een klacht over het handelen door een leerling-verpleegkundige wordt in de nieuwe opzet van leerlingenbegeleiding extra aandacht besteed aan medicatieverstrekking.

Naar aanleiding van een klacht over het ongewenst verstrekken van persoonsgegevens aan leveranciers van medische en verpleegkundige hulpmiddelen zal de patiënt hierover vooraf worden geïnformeerd en toestemming hiervoor worden gevraagd. De persoonsgegevens mogen door de leveranciers niet worden gebruikt voor andere doeleinden dan het verstrekken van de hulpmiddelen.

Naar aanleiding van een klacht over onduidelijkheid bij het identificeren – soms is een legitimatiebewijs vereist, soms volstaat een patiëntenpas met foto – wordt de procedure aangepast. In alle gevallen voldoet een patiëntenpas met foto.

Naar aanleiding van onvoldoende overleg tussen de hoofdbehandelaar en de operateur over het al dan niet doorgaan van een operatie wordt een procedure afgesproken hoe om te gaan met wijzigingen in de periode tussen de preklinische screening en de operatie.

Naar aanleiding van een klacht over onduidelijkheid van de ‘prikarm’ wordt zowel een digitale aantekening als een melding op het priketiket aangebracht.

Klachtbehandeling door de klachtencommissie

Overzicht ingediende en behandelde klachten

In 2012 hebben 8 klagers een klacht ingediend bij de klachtencommissie (in 2011, 11). Vijf klachten zijn door de klachtencommissie in 2012 behandeld, de andere 3 klachten konden vanwege het tijdstip van indiening niet meer in 2012 behandeld worden. Deze 8 klagers hebben in totaal over 32 (in 2011, 31) klachtaspecten geklaagd. Van de 8 klagers ontvingen 5 klagers een uitspraak. De overige 3 klagers zullen in 2013 een uitspraak ontvangen. De gegevens over deze uitspraken worden in het jaarverslag 2013 vermeld. In 2012 zijn door de commissie geen klachten behandeld die reeds in 2011 waren ingediend.

Voor het overige meldden zich 7 personen, al dan niet via de Raad van Bestuur of andere weg, bij de secretaris van de klachtencommissie. In 3 gevallen is er een gesprek geweest met klagers, betreffende een afdelingsmanager, verpleegkundige of medisch specialist in aanwezigheid van de secretaris. In 2 gevallen heeft de klachtenfunctionaris een gesprek gearrangeerd met klager, betrokken hulpverlener en klachtenfunctionaris. In 1 geval is de brief doorgegeven aan de secretaris van de Raad van Bestuur omdat het niet om een klacht ging. In 1 geval ging het om een claim en is patiënt naar die procedure verwezen. Deze personen hebben niet op een later moment in het verslagjaar alsnog hun klacht voorgelegd aan de commissie.

Tabel 1 Aantal klagers dat in het verslagjaar een klacht heeft ingediend

| | | | | | | | |
|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
| 13 | 23 | 19 | 26 | 20 | 14 | 11 | 8 |

Van de acht klagers waren er 2 man en 6 vrouw. De 2 mannelijke klagers en 3 van de vrouwelijke klagers waren de patiënt in kwestie. De 3 overige, vrouwelijke klagers, dienden een klacht in over de behandeling van hun partner of van een familielid. De klachten werden ingediend in de eerste 5 maanden van het verslagjaar, in de maand augustus en in de maanden november en december 2012.

Tabel 2 Aantal klagers waarvan de klachten in het verslagjaar werden afgerond met een uitspraak

| | | | | | | | |
|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
| 10 | 23 | 22 | 25 | 19 | 11 | 12 | 5 |

Tabel 3 Aantal klagers waarvan de behandeling van de klacht is afgerond in 2012 en de aard van afdoening

| | |
|----------------------|-----------------------------------|
| | Afgerond in 2012: 5 (2011: 14) |
| | |
| Uitspraak | 5 (12) |
| Ingetrokken | 0 (2) |
| Minnelijke schikking | n.v.t. (n.v.t.) |

Bij de klacht betrokken hulpverleners

In het verslagjaar 2012 waren bij de ingediende en behandelde klachten 11 (in 2011, 23) medisch specialisten, 3 (in 2011, 3) afdelingsmanagers, 1 verpleegkundig specialist en 1 paramedicus betrokken.

Tabel 4 Bij de klacht betrokken hulpverleners

| | 2012 | 2011 | 2010 | 2009 |
|-----------------------------|------|------|------|------|
| Medisch specialist | 11 | 33 | 18 | 20 |
| Verpleegkundige/paramedicus | 2 | 4 | 0 | 2 |
| Afdelingsmanager | 3 | 4 | 2 | 9 |

Ten aanzien van de hulpverleners/afdelingen dient een onderscheid gemaakt te worden tussen de hulpverleners/afdelingen tegen wie de klacht zich richt en de hulpverleners die de commissie van informatie kunnen voorzien over de gebeurtenissen die tot de klacht hebben geleid, maar tegen wie de klacht zich niet richt.

Hoorzittingen

In 2012 hebben in totaal 4 (in 2011, 13) hoorzittingen plaats gevonden. Ten aanzien van één klacht werd zowel door de klager als door de betrokken medisch specialist geen gebruik gemaakt van de mogelijkheid van een mondelinge hoorzitting, omdat zij van mening waren alle informatie reeds op schrift gesteld te hebben. De overige 4 klagers zijn naar de hoorzitting gekomen. Van de hulpverleners/afdelingen zijn 7 personen naar de hoorzitting gekomen, 10 hebben zich afgemeld. Van deze 10 waren er 3 direct bij de klacht betrokken. Zoals hierboven onder 1.2 aangegeven kan een onderscheid gemaakt worden tussen hulpverlener/afdelingen die direct bij de klacht betrokken zijn en hulpverleners/afdelingen die informatie kunnen verschaffen over de gebeurtenissen die aanleiding zijn geweest voor de klacht. Ten aanzien van deze laatste categorie geldt dat hun aanwezigheid op de hoorzitting voor klager en commissie veelal geen toegevoegde waarde heeft en de commissie kan veelal volstaan met hun schriftelijke reactie.

De commissie is erg blij dat hulpverleners en afdelingsmanagers veelal uit eigen beweging, ondanks dat het in het Laurentius ziekenhuis geen verplichting is, toch naar de hoorzitting komen. De commissie heeft de stellige indruk dat hun aanwezigheid de klager als ook de behandeling van de klacht ten goede komt.

Tabel 5 Aantal klagers en hoorzittingen in 2012

| | Klachten behandeld in 2012 | Klachten behandeld in 2011 | Klachten behandeld in 2010 |
|----------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Aantal klagers | 5 | 14 | 11 |
| Aantal hoorzittingen | 4 | 13 | 10 |

Duur van de afhandeling

Het aantal klachten dat binnen een termijn van 3 maanden wordt afgehandeld (4 klachten) is groter dan het aantal klachten waarvan de afhandeling langer duurt (1 klacht). De termijn genoemd in het reglement is 4 maanden, maar de commissie streeft naar een afhandeling binnen 3 maanden. In het verslagjaar overschrijdt de behandelingstermijn van 1 klacht met 10 dagen de termijn van 3 maanden. Daaraan lagen geen bijzondere redenen ten grondslag.

Tabel 6 Duur afhandeling van de in 2012 behandelde klachten, gerangschikt naar aantal klagers, vergeleken met 2009, 2010 en 2011

| | 1-3 maanden | 4-6 maanden | > 6 maanden |
|------|-------------|-------------|-------------|
| 2012 | 4 | 1 | 0 |
| 2011 | 9 | 3 | 0 |
| 2010 | 9 | 2 | 0 |
| 2009 | 14 | 3 | 2 |

Onderwerpen waarover geklaagd werd

De 8 klagers die in 2012 hun klacht hebben voorgelegd aan de klachtencommissie hebben geklaagd over 32 (in 2011, 31) klachtaspecten. Drie klagers die in 2012 hun klacht hebben ingediend bij de commissie en waarvan de afhandeling in 2013 plaatsvindt, hebben geklaagd over 5 klachtaspecten. Die 5 klachtaspecten zijn niet meegenomen in onderstaande tabel

Tabel 7 In 2012 behandelde klachten naar klachtaspecten vergeleken met 2009, 2010 en 2011

| Rubrieken | In 2012 behandeld | In 2011 behandeld | in 2010 behandeld | In 2009 behandeld |
|------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| A. Behandeltechnisch | | | | |
| A 1 | 6 | 21 | 11 | 21 |
| A 2 | 7 | 4 | 5 | 2 |
| A 3 | 1 | 0 | 0 | 2 |
| B. Communicatief | 7 | 5 | 5 | 5 |
| C. Relatieel | 0 | 4 | 3 | 12 |
| D. Organisatorisch | 6 | 5 | 3 | 21 |
| E. Financiële aspecten | 0 | 0 | 1 | 1 |
| F. Overige aspecten | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Totaal | 27 | 39 | 28 | 64 |

De onderwerpen van klachten zijn ingedeeld naar behandelingstechnische aspecten (A), communicatieve aspecten (B), relationele aspecten (C), organisatorische aspecten (D), financiële aspecten (E) en overige aspecten (F). De behandelingstechnische aspecten (A) worden onderverdeeld in: ontevredenheid over behandeling/onderzoek door de specialist (A1), ontevredenheid over onderzoek/behandeling en verzorging door verpleging (A2) en ontevredenheid onderzoek/behandeling/verzorging door overige medewerkers (A3).

Oordeel

In het verslagjaar werden in totaal 27 klachtaspecten (in 2011, 39; 2010, 28; 2009, 64) ingediend door 5 klagers (in 2011, 14) door de commissie beoordeeld. De commissie kwam 11 keer tot het oordeel 'gegrond' (in 2011, 4; 2010, 6 keer; 2009, 17 keer), 16 keer werd een klachtaspect 'ongeground' beoordeeld (in 2011, 25; 2010, 18; 2009, 39).

Tabel 8 In 2012 behandelde klachten naar uitspraak

| Rubriek | G | O | G/O | ingetrokken | In 2012 behandelde klachten | In 2011 behandelde klachten | In 2010 behandelde klachten | In 2009 behandelde klachten |
|---------------|-----------|-----------|----------|-------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| A. | | | | | | | | |
| A 1 | 1 | 5 | 0 | 0 | 6 | 18 | 11 | 20* |
| A 2 | 3 | 4 | 0 | 0 | 7 | 4 | 5 | 2 |
| A 3 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 |
| B. | 2 | 5 | 0 | 0 | 7 | 4 | 5 | 5 |
| C. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 3 | 11* |
| D | 5 | 1 | 0 | 0 | 6 | 5 | 3 | 21 |
| E. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| F. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Totaal | 11 | 16 | 0 | 0 | 27 | 34 | 28 | 62 |

G = gegrond; O = ongegrond; G/O = gedeeltelijke gerond en gedeeltelijk ongegrond.

*Ten aanzien van 2 klachtaspecten werd de klacht ingetrokken

De onderwerpen van klachten zijn ingedeeld naar behandelingstechnische aspecten (A), communicatieve aspecten (B), relationele aspecten (C), organisatorische aspecten (D), financiële aspecten (E) en overige aspecten (F). De behandelingstechnische aspecten (A) worden onderverdeeld in: ontevredenheid over behandeling/onderzoek door de specialist (A1), ontevredenheid over onderzoek/behandeling en verzorging door verpleging (A2) en ontevredenheid onderzoek/behandeling/verzorging door overige medewerkers

Uitspraken, aanbevelingen en veranderingen

De commissie heeft in 2012, 5 uitspraken (in 2011, 6; 2010, 3; 2009, 6) gedaan en 2 aanbevelingen gegeven (2011, 5; 2010, 6; 2009, 6). De aanbevelingen betroffen de klachten van 2 verschillende klagers.

Aantal aanbevelingen afgezet tegen het aantal klagers/uitspraken waarop de aanbeveling betrekking heeft

| | Aanbevelingen | Klagers/Uitspraken |
|------|---------------|--------------------|
| 2012 | 2 | 5 |
| 2011 | 5 | 6 |
| 2010 | 6 | 3 |
| 2009 | 6 | 6 |

De Raad van Bestuur legt de uitspraken altijd voor een reactie voor aan betrokken personen en/afdelingen. Uit de reacties blijkt vaak al van aangebrachte of in gang gezette veranderingen, zodat de Raad van Bestuur vervolgens geen maatregel hoeft te nemen.

Uitspraken en aanbevelingen

Tabel 10 Uitspraken en aanbevelingen 2012 en daarop door de Raad van bestuur of afdeling/hulpverlener getroffen maatregelen voor zover in het verslagjaar genomen

| Uitspraken en aanbevelingen | Maatregelen/veranderingen |
|-----------------------------|--|
| Uitspraak | De afdeling chirurgie heeft zelf de informatievoorziening aangepast: patiënten worden bij significant risico daarop, geïnformeerd over het evt. aanleggen van een stoma. |

| | |
|---|---|
| Uitspraak | De uitspraak is besproken met de arts. Het betrof hier een complicatie. Er is verder geen maatregel genomen of verandering doorgevoerd. |
| Uitspraak en Aanbeveling: De commissie beveelt aan om in een door de betreffende afdeling te ontwikkelen totaalprotocol op te nemen dat in de communicatie tussen verpleegkundige en nefroloog altijd vermeld dient te worden of er een streefgewicht is en dat afspraken worden gemaakt over de hoeveelheid te onttrekken vocht: tot het streefgewicht en in alle andere gevallen dient in overleg de te onttrekken hoeveelheid afgesproken te worden. | Deze klacht is voor betrokken arts en afdeling aanleiding geweest om met een kwaliteitsmedewerker van buiten de afdeling de werkwijze van de afdeling onder de loep te nemen. Dit heeft tot een aanscherping van het bestaande protocol geleid waar het betreft de maximale hoeveelheid te onttrekken vocht. Daarnaast is voor de toekomst afgesproken dat bij incidenten een snelle debriefing plaatsvindt, zodat onduidelijkheden bij personeel en naar patiënt en familie voorkomen kunnen worden. Om de communicatie tussen verpleging en artsen te verbeteren en problemen bij patiënten objectiever te kunnen beoordelen wordt de SIT score ingevoerd. Met behulp van een aantal parameters kan de hulpverlener dan een vitaal bedreigde patiënt vroegtijdig herkennen en indien nodig ingrijpen. |
| Uitspraak | De uitspraak is geen aanleiding geweest tot het nemen van een maatregel of aanbrengen van een verandering. |
| Uitspraak | De uitspraak is geen aanleiding geweest tot het nemen van een maatregel of aanbrengen van een verandering. |
| Uitspraak en Aanbeveling: De commissie vindt het ongewenst dat patiënten, zeker als het gaat om verwarde patiënten, geruime tijd zonder polsbandje in het ziekenhuis verblijven en dringt aan op maatregelen die er in voorzien dat een patiënt te allen tijde te identificeren is. | De afdeling chirurgie heeft alle aandachtspunten uit de klacht in het werkoverleg besproken en deze worden onder de aandacht van de verpleegkundigen gebracht. Omdat men op zoek is naar voorkomen van kans op herhaling wordt de kwaliteitsfunctionaris ingeschakeld. Dit geldt ook voor de aanbeveling over het polsbandje of een ander middel om de patiënt te identificeren. De SEH afdeling zal vaker bij patiënt en familie onder de aandacht brengen wie aanspreekpunt is. De SEH is gestart met een project om de doorstroming op de SEH te verbeteren zodat het niet meer voorkomt dat patiënten en familie lang moeten wachten op de SEH en in de tussentijd niets te eten of te drinken aangeboden krijgen. |

Overige aspecten

De commissie fungeert tevens als BOPZ-klachtencommissie ten behoeve van gedwongen opgenomen patiënten. In het verslagjaar zijn geen BOPZ-klachten ontvangen of behandeld. De commissie heeft een externe Eerste Geneeskundige al eerder bereid gevonden om de commissie te versterken bij de behandeling van BOPZ-klachten. De benoeming is in voorbereiding.

Sinds 2009 brengen klachtenfunctionaris en klachtencommissie gezamenlijk een jaarverslag uit. Sinds 2010 komen klachtenfunctionaris en klachtencommissie in december bij elkaar. Een van de veranderingen die eind 2010 is ingevoerd, houdt in dat klagers via de website van het ziekenhuis aan de klachtenfunctionaris kunnen laten weten dat zij een klacht willen indienen bij de commissie. Hiervan wordt ook gebruik gemaakt, maar de meeste klagers komen toch persoonlijk naar de klachtenfunctionaris voor het indienen van hun klacht.

Beschouwing door de klachtencommissie

Klachten

Het aantal klagers dat in het verslagjaar een klacht of klachten heeft ingediend bij de klachtencommissie bedraagt 8, tegen 11 in 2011, 14 in 2010 en 20 in 2009. In vergelijking tot het voorgaande jaar is het aantal klagers nog verder gedaald tot onder het niveau van 2005 (13). In 2012 hebben bij de klachtenfunctionaris 153 klagers geklaagd over 183 klachtaspecten. Voor zover daarover gelet op de aantallen iets te zeggen valt, is een afname in klachten over organisatorische aspecten te zien en een toename in klachten over vakinhoudelijke aspecten. Hoewel het aantal klagers en klachtaspecten bij de klachtencommissie te gering is om daarover harde uitspraken te doen, valt met in achtneming van deze kanttekening wel op dat naar verhouding het aantal klachten over behandelingstechnische aspecten (categorie A) een groot deel uitmaakt van het totaal aantal klachtaspecten.

Naar aanleiding van hun jaarlijks overleg 2011 hebben klachtenfunctionaris en klachtencommissie in februari 2012 een gezamenlijke brief geschreven aan de Raad van Bestuur. In deze brief worden positieve ontwikkelingen, zoals het afnemen van klachten bij bepaalde afdelingen, gesignaleerd, als ook dat het opvalt dat vooral in de vakantieperiode zich problemen voordoen op de verpleegafdelingen.

Eveneens is er in februari 2012 een brief uitgegaan naar aanleiding van een klacht die in 2011 is behandeld. De commissie heeft onderzoek gedaan naar de opslag van patiëntgegevens van paren die zich tot een gynaecoloog wenden in verband met fertiliteitsonderzoek. De commissie heeft vervolgens aan de Raad van Bestuur gevraagd om voor man en vrouw een eigen dossier te laten aanleggen met een link naar het dossier van de ander. Hiermee worden juridische problemen op het punt van inzage-recht en persoonlijke levenssfeer voorkomen.

Het aantal klachten dat door de commissie ongegrond wordt verklaard, 16, is iets groter dan het aantal klachten dat gegrond wordt verklaard, 11. Hoewel dit mogelijk niet naar tevredenheid van klagers is, zijn klachten wel aanleiding tot veranderingen in de organisatie.

Natraject klachten

Net als in 2010 en 2011 is ook dit jaar zowel bij de klachtenfunctionaris als bij de klachtencommissie meer aandacht besteed aan structurele terugkoppeling naar de organisatie. De klachtenfunctionaris heeft eens per kwartaal overleg met de managers bedrijfsvoering om de bevindingen van de klachtenopvang te bespreken. Dit maakt het voor de managers bedrijfsvoering gemakkelijker om na te gaan of zij veranderingen in gang moeten zetten. Vanuit de Raad van Bestuur vindt, zoals reeds te doen gebruikelijk, terugkoppeling plaats naar de klachtencommissie over het vervolg dat aan de uitspraken is gegeven en wordt teruggekoppeld of veranderingen geïmplementeerd zijn. De Raad van Bestuur vraagt op iedere uitspraak van de klachtencommissie een reactie van betrokken hulpverlener en/of afdeling. Opvalt dat de klachtbrief en ook de uitspraak voor de betrokkenen vaak al aanleiding zijn om nog eens kritisch naar het eigen werkproces te kijken. Verder is er een werkgroep in het leven geroepen die als doel heeft om uitgaande van informatie verzameld in het kader van klachten, claims, VIM-meldingen (Veilig Incidenten Melden), calamiteiten, kwaliteitsbewaking etc. na te gaan waar in de organisatie structurele aanpassingen met het oog op veilige zorg nodig zijn. De klachtenfunctionaris en de secretaris van de klachtencommissie nemen deel aan deze werkgroep. Met de komst van een tweede lid van de Raad van Bestuur die specifiek kwaliteit in zijn portefeuille heeft, staat het onderwerp borging van kwaliteit in het vervolg op de behandeling van klachten op de agenda van de Raad van Bestuur.

Extern

In 2012 zijn de klachtencommissies van de Limburgse ziekenhuizen op initiatief van de voorzitter van de klachtencommissie van het Laurentius Ziekenhuis bij elkaar gekomen in Roermond. Van iedere commissie waren 2 tot 3 personen aanwezig. Besproken zijn onder andere de procedures die de commissies hanteren. Zo bleek 1 commissie geen hoorzittingen waarbij beide partijen aanwezig zijn te houden. Inmiddels werkt ook deze commissie met hoorzittingen. Ook de ontwikkelingen rond het wetsvoorstel Cliëntenrechten zorg werden besproken. De commissies hebben het voornemen opgevat een dergelijke bijeenkomst jaarlijks te organiseren.

Incidenten patiëntenzorg

Patiëntenzorg hoort veilig en verantwoord te zijn. Daar werken onze professionals in het Laurentius ziekenhuis elke dag aan. Maar tegelijkertijd komen ook (menselijke) fouten voor. Om daarvan te leren en herhaling te voorkomen worden fouten en bijna-fouten gemeld en geanalyseerd. Melden vindt plaats via een digitaal meldsysteem aan/via het afdelingsmanagement. Met behulp van I-vim wordt 'blamefree' en laagdrempelig gemeld.

De verantwoordelijkheid van incidenten ligt primair bij het afdelingsmanagement, o.a. door systematische bespreking van incidenten als vast agendapunt in de werkbepreking. Lag het accent eerder op het incidentmelden, het creëren van een open meldcultuur, voor 2013 zal het analyseren en het daadwerkelijk verbeteren speerpunt zijn. O.a. zal hiervoor een VIM-coördinatorenoverleg gerealiseerd worden waar o.a. ervaringen gedeeld worden en verbetervoorstellen besproken worden. Ook scholing in analysetechnieken zal hier onderdeel van uitmaken

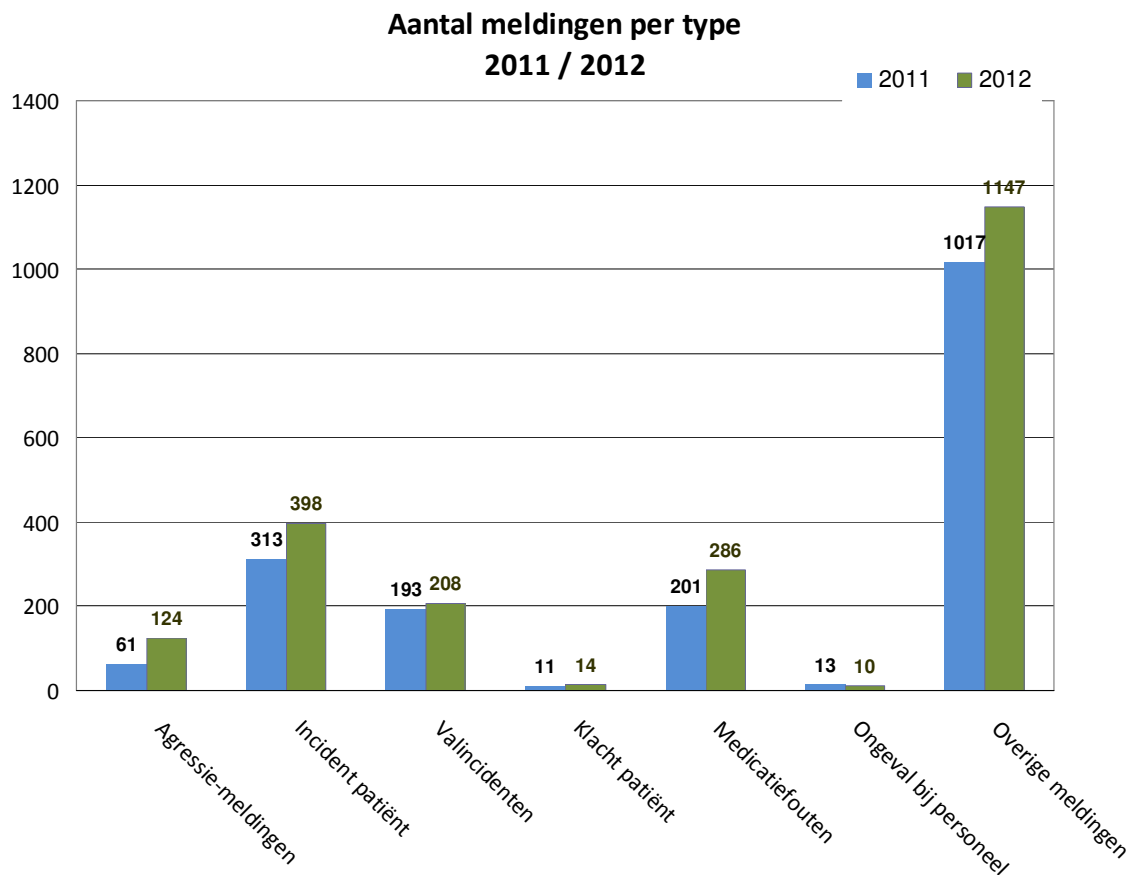
Daarnaast is in ons ziekenhuis de commissie Meldingen Incidenten Patiëntenzorg (MIP) actief. Deze commissie heeft tot taak bevordering en bewaking van patiëntenzorg, dit naar aanleiding van gebeurtenissen al dan niet veroorzaakt door menselijk handelen of nalaten bij onderzoek, behandeling, verpleging of verzorging van patiënten, welke tot een schadelijk gevolg voor de patiënt hebben geleid of hadden kunnen leiden. Had deze commissie in het verleden meer de rol van 'biechtstoel' waar incidenten gemeld werden is de rol van de commissie nu veel meer het signaleren van ziekenhuisbrede trends en analyses. In 2012 heeft de commissie onder andere geadviseerd over:

- Verwisseling aansluiting centraal alarm met pc-aansluiting kinderafdeling. Verwisseling is nu niet meer mogelijk. Pc-aansluiting is d.m.v. wireless netwerk gerealiseerd, vaste aansluitingen zijn onklaar gemaakt.
- Meldingen m.b.t. niet correct inplannen OK-patiënt zijn voorgelegd aan OK-bestuur. Binnen Chipsoft is een planningsmodule individuele patiënt gemaakt waarin alle voorwaarden en akkoorden van betrokkenen inzichtelijk zijn en geparafeerd dienen te zijn alvorens definitieve OK-planning kan plaatsvinden.
- N.a.v. gesignaleerde trend onjuiste identificatie onderzoeksmateriaal heeft de MIP een analyse gemaakt. Deze is aangereikt aan bestuurder en betrokken afdelingsmanagement. Heeft o.a. geleid tot aanschaf van extra stickerapparatuur.

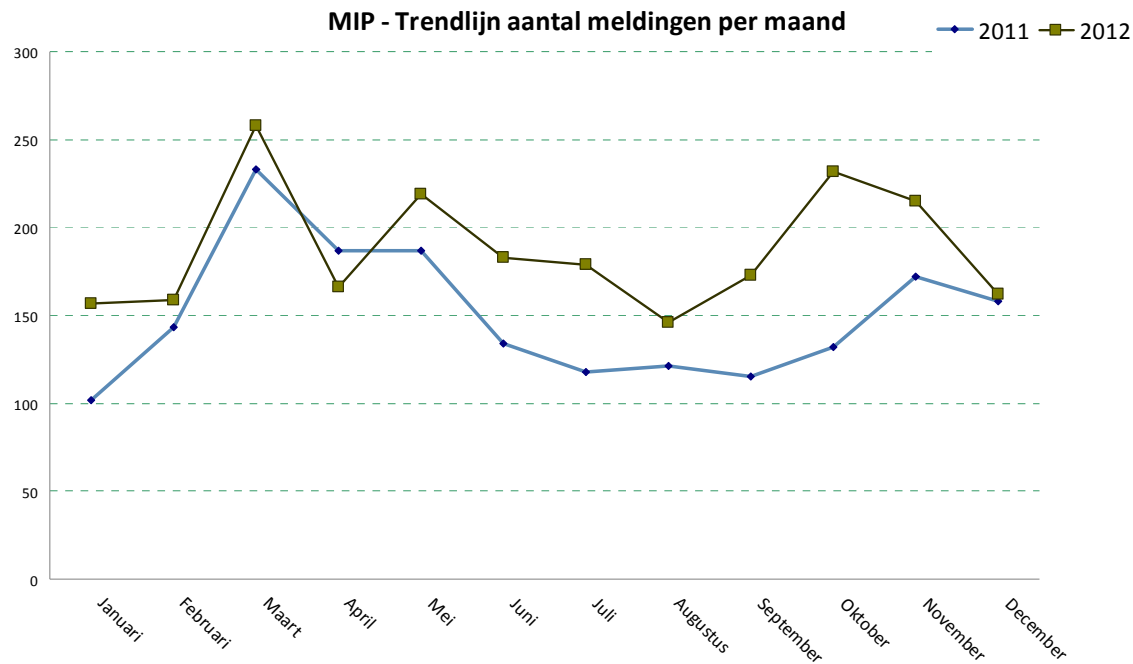
Incidentmeldingen

In totaal zijn er in 2012 2187 meldingen ontvangen. Dit is een toename van bijna 17% t.o.v. 2011. Dit valt onder andere te verklaren uit het feit dat sinds 2012 nagenoeg alle afdelingen digitaal melden en dat op afdelingen het melden van incidenten gestimuleerd wordt. In augustus 2012 werd de 10.000ste melding geregistreerd.

Onderstaand overzicht laat het aantal meldingen per type melding zien afgezet tegen 2011.



Onderstaande trendlijn laat het aantal meldingen per maand zien.



Veiligheidsrondes

Het werken aan veilige zorg vraagt om een open en proactieve cultuur op alle afdelingen. Het veranderen van gedrag en stimuleren van professionals om anders naar het eigen werk te kijken zijn aspecten die aandacht vragen bij het werken aan veiligheid. Om patiëntveiligheid bespreekbaar te maken is in de VS het instrument Walkrounds (Patient Safety Leadership Walkround, 2004 Institute of Healthcare Improvement) ontwikkeld. In Nederland is deze vertaald door het project Veiligheidsmanagement 'Bouwen aan Veiligheid in de Zorg' naar de Nederlandse situatie.

Veiligheidsronde betekent letterlijk het lopen van een ronde op de afdeling waarbij specifiek wordt gelet op patiëntveiligheid. Veiligheidsrondes worden in principe uitgevoerd op alle afdelingen waarbij sprake is van patiëntencontact. De veiligheidsronde is bedoeld om het management in gesprek te brengen met medewerkers op de afdeling om zo inzicht te krijgen in de patiëntveiligheid van ons ziekenhuis en om het onderwerp patiëntveiligheid aan de orde te stellen. Door het lopen van veiligheidsrondes kan de Raad van Bestuur en het management betrokkenheid tonen met het gevoerde veiligheidsbeleid, kunnen veiligheidsgerelateerde problemen geïdentificeerd worden en worden medewerkers ondersteund bij het verbeteren van de patiëntveiligheid.

In 2012 zijn 2 soorten veiligheidsrondes ingevoerd

- Veiligheidsronde 1 ziekenhuisbreed
- Veiligheidsronde 2 uitgevoerd door de afdeling zelf

De eerstgenoemde veiligheidsronde wordt uitgevoerd door bestuurder/manager bedrijfsvoering, lid medische staf, lid VAR en beleidsmedewerker. Hierbij wordt een checklist gebruikt. Met behulp van deze checklist worden zorgverleners bevestigd, ruimtes en materialen bekeken en patiëntendossiers worden ingezien. De uitkomsten van de veiligheidsronde worden binnen de afdeling besproken en verbetervoorstellen worden geformuleerd. Daarnaast worden de resultaten gebruikt voor ziekenhuisbrede analyse. Op afdelingsniveau vindt gemiddeld 1 x per 6 weken een veiligheidsronde plaats a.d.h.v. een afdelingschecklist. Deze ronde wordt uitgevoerd door de afdelingsleidinggevende en een afdelingsverpleegkundige/-medewerker. De uitkomsten van iedere veiligheidsronde worden binnen de afdeling besproken en verbetervoorstellen worden geformuleerd. De veiligheidsrondes worden in eerste instantie uitgevoerd op afdelingen waarbij sprake is van patiëntencontact.

In het verslagjaar hebben 12 ziekenhuisbrede veiligheidsrondes plaatsgevonden. Deze hebben o.a. geleid tot:

- Het aanscherpen van het intraveneus toedienen van medicatie, het zogenaamde voor toediening gereedmaken.

- het opnieuw onder de aandacht brengen van (hand-)hygiëneafspraken, in 2013 start een ziekenhuisbreed verbetertraject
- uitvoeren van 5 S-trajecten op diverse afdelingen; een leanmethodiek om werkplekken te optimaliseren.

Bovenal leiden veiligheidsrondes tot bewustwording en het anders kijken naar organisatie en werkplek. Medewerkers gaan met elkaar in discussie en zoeken naar verbetermogelijkheden.

Voor 2013 worden de veiligheidsrondes gecontinueerd en zal meer dan voorheen gekeken worden naar de verbeteringen die n.a.v. deze rondes al dan niet zijn gerealiseerd.

5-S traject

In 2011 is als verbeterinstrument de 5 S methodiek ingevoerd. Dit is een eerste concrete invulling van het beleid om met behulp van lean-principes en lean-instrumenten een verbetercultuur te stimuleren. De essentie van deze methodiek is werkplek veranderen om kwaliteit en veiligheid van de zorg te verbeteren: minder fouten, minder tijd verloren door zoeken, prettiger werken, minder kosten door minder ruimte en minder voorraad. Het proces onder controle krijgen door standaardisatie en last en zeker niet not least de basis leggen voor continue verbeteren in de dagelijkse praktijk.

De implementatie van de 5 S methode wordt intern ondersteund door de beleidsmedewerker zorglogistiek en de beleidsmedewerker zorgontwikkeling. De aanpak komt er op neer dat per afdeling een team wordt samengesteld, bestaande uit 3 – 5 personen. Dit team krijgt een interne training en wordt begeleid door bovengenoemde interne projectbegeleiders. De aanpak kenmerkt zich door de praktische insteek, na kort bij de theorie stil te staan wordt heel praktisch aan de slag gegaan op de afdeling zelf.

5 S bestaat uit 5 stappen te weten: - scheiden – schikken – schoonmaken – standaardiseren – standhouden. Gemiddeld zijn er 3 – 4 dagdelen nodig om een 5 S-traject af te implementeren. Daarna is het de bedoeling om steeds nieuwe teams te vormen, ondersteund door een teamlid dat zich de methodiek eigen heeft gemaakt om zodoende de methodiek te verspreiden over de medewerkers van de afdeling. Ook deze teams worden ondersteund door de interne projectbegeleiders

In het verslagjaar zijn de volgende trajecten opgestart:

- A-1 cardiologie; medicijnkamer
- A-3 oncologie; zusterspost
- A-3 Gespecialiseerd oncologieverpleegkundigen; ontvangstruimte, spreekkamer en backoffice
- Afdeling B-0 dialyse; desinfectie en acute kamer
- Afdeling B-2 longgeneeskunde en gynecologie/urologie; medicijnkamer en desinfectie
- Afdeling B-3; medicijnkamer en desinfectie
- Gipskamer; kantoorruimte en behandelkamers
- Poli dermatologie; behandelkamer
- Poli gynaecologie; tussengang
- Poli interne geneeskunde; backoffice
- Poli orthopedie; front- en backoffice
- Poli urologie; verpleegkundige backoffice, poli front- en backoffice
- Steunpunt Laurentius Echt; front- en backoffice

In het verslagjaar heeft een bijeenkomst plaatsgevonden met afgevaardigden van alle 5 S teams. Deze bijeenkomst is m.n. bedoeld om ervaringen uit te wisselen en het delen van tips en trucs. Ook voor 2013 zullen deze bijeenkomsten worden georganiseerd. De 5 S methodiek mag zich nog steeds in een grote belangstelling verheugen getuige de vele aanmeldingen voor 2013 om te mogen deelnemen.

ICT beleid en ICT-architectuur

Belangrijke uitgangspunten voor de architectuur is met name dat de functionaliteit van de diverse systemen goed op elkaar afgestemd wordt zodat er voor de gebruikers een goede workflow ontstaat en de gegevens vanuit één hoofdsysteem opvraagbaar zijn. Tevens is het niet wenselijk dat gebruikers van veel verschillende systemen gebruik moeten maken.

De functionaliteit van de patiëntgerichte informatie systemen kan onderverdeeld worden in een drietal hoofdgebieden:

- de patiëntenlogistiek en financiële afhandeling
- onderzoeks- en medicatie gegevens
- elektronisch patiënten dossier (EPD)

In de architectuur is vastgelegd welk systeem invulling moet geven aan de genoemde functionaliteit met daarbij de mogelijkheden van transmuralisering. Aangezien er ook deelsystemen zijn die voor één specifieke toepassing (bv Obstetrie, Maagdarmlever-onderzoeken, Dialyse) zijn ontwikkeld zullen binnen het werkveld EPD naast het generieke EPD van chipsoft ook specifieke EPD's ingezet worden. Belangrijke voorwaarde hiervoor is dat conform de architectuur de resultaten / samenvatting van deelsystemen doorgestuurd worden naar het generieke EPD, de afsprakenplanning uitsluitend plaatsvindt in het ZIS en de financiële gegevens eveneens doorgestuurd worden naar het ZIS

ICT Beleid 2012 en 2013

De Informatie en Communicatie ontwikkeling (ICT) maakt een enorme ontwikkeling en het Laurentius Ziekenhuis volgt de ontwikkelingen op de voet teneinde de informatievoorzieningen te verbeteren met als leidraad het verbeteren van de efficiency en effectiviteit van het functioneren van het ziekenhuis en het verhogen van de kwaliteit van zorg. Met name het primaire proces krijgt hierbij de meeste aandacht temeer ook omdat door de enorme ICT ontwikkelingen de verwachtingen van de patiënt aanzienlijk zijn toegenomen.

De belangrijkste bijdrage van ICT aan de bovenstaande primaire doelstellingen is dat alle relevante zorginformatie op elk tijdstip en op elke plaats elektronisch beschikbaar is voor elke geautoriseerde zorgverlener in een toegankelijke vorm, hiermee tegemoet komende aan de patiëntenverwachting dat elke zorgverlener goed geïnformeerd is. Deze beoogde verbetering van de informatie toegankelijkheid en -uitwisseling heeft niet alleen betrekking op zorgverleners intern maar ook de zorgverleners buiten de instelling zowel op tweedelijns niveau als verticaal op de zorgas van eerste tot derde lijn. Bovenstaande doelstelling impliceert dat alle gegevens éénmalig vastgelegd moeten worden bij de bron en dus geheel papierloos gewerkt moet worden. Papieren archieven moeten geheel verdwijnen en het afdrukken van gegevens vindt alleen plaats t.b.v. de leesbaarheid maar niet meer voor archiveringsdoeleinden.

Voor de planperiode 2012 en 2013 ligt de nadruk op informatiebeveiliging, de inzet van EPD functionaliteit in het huidige Chipsoft ZIS, transmurale communicatie en de digitalisering van diverse werkprocessen met als doelstelling de communicatie over de patiënt te verbeteren, papierloos(-arm) te werken en de workflow te optimaliseren

Mijlpalen ontwikkelingen 2012

Transmurale systemen

De doorontwikkeling van transmurale systemen heeft in 2012 geen doorgang kunnen vinden doordat de portalen alleen verder doorontwikkeld kunnen worden in een nieuw Microsoft SharePoint platform. De 6 limburgse ziekenhuizen, Maastricht Clinic en IKL werken nauw samen in de ontwikkeling van een gezamenlijke infrastructuur t.b.v. beeld en data uitwisseling maar de stagnatie in landelijk EPD en LSP ontwikkelingen hebben de voortgang in deze belemmerd.

Patiëntenlogistiek

Het systeem biedt de mogelijkheid om procesgericht eenvoudig digitaal orders uit te zetten die vervolgens door de uitvoerende afdeling ingepland moeten worden. Implementatie van ordercommunicatie wordt met name bij de pilot EPD's en het verpleegkundig EPD veelvuldig toegepast.

Medicatiebewaking 1e en 2e lijn

De nadruk in 2012 heeft gelegen bij de verdere uitrol van het EVS voor poliklinisch en klinisch voorschrijven. Teneinde de actuele medicatie te kunnen opvragen is dit EVS gekoppeld aan het Landelijk Schakelpunt (LSP), maar de landelijke problemen rondom het LSP hebben deze ontwikkeling ondermijnt. Het gebruik van het LSP in de regio is nog volstrekt onvoldoende om te kunnen spreken van een goede transmurale medicatie uitwisseling.

EPD (deel)systemen

Momenteel maken we nog niet gebruik van één totaal geïntegreerd elektronisch patiënten dossier en wordt er veelal nog niet digitaal gewerkt. Wel beschikken we over een goed geïntegreerd ziekenhuis informatiesysteem waarin alle digitaal beschikbare informatie ook beschikbaar wordt gesteld maar daarnaast zijn de meeste registraties in het primaire proces nog niet digitaal.

Wat is wel digitaal:

Diverse deelsystemen rapporteren geheel digitaal de bevindingen en die zijn opvraagbaar in CS-EZIS. Op enkele afdelingen worden ook digitaal medische gegevens ingevoerd in CS-EZIS zoals de preoperatieve screening, de SEH, op de verpleegafdelingen en voor diabetes patiënten wordt ook gebruik gemaakt van een op maat gemaakt EPD in CS-EZIS.

Er zijn diverse digitale meet instrumenten ontwikkeld, namelijk risicoscorelijst decubitus, registratie VAS-score, Delier Observatie Schaal, Stratefy (checklijst valrisico), de Snaq (screening voedingstoestand) en de complicatieregistratie.

Digitaal aanvragen van onderzoeken is pas beperkt mogelijk, namelijk klinische CKCH aanvragen, ECG's en klinische longfunctieonderzoeken.

Gewenste situatie

De doelstelling is dat we vóór de realisatie van de nieuwbouw beschikken over een EPD waarin alle relevante patiëntgegevens worden opgeslagen en dat alle zorgverleners op elk tijdstip en op elke plaats toegang hebben tot de gegevens waartoe ze gemachtigd zijn. Naast vele ICT uitdagingen en investeringen betekent dit feitelijk dat alle zorgverleners uiteindelijk geheel papierloos moeten gaan werken.

Vakgroep EPD's

In 2012 is de basis gelegd voor een grootschalig EPD project dat doorloopt tot eind 2014. In 2012 zijn de onderstaande pilot afdelingen gestart met het inrichten en ontwikkelen van hun vakgroep EPD's welke eind oktober in gebruik genomen zijn:

Implementatie generiek basisdossier t.b.v. EPD-vorming in het ziekenhuis dat voorziet in o.a. allergieregistratie en inzage in ziektebeelden en voorgeschiedenis

Implementatie van het cardiologie dossier voor de registratie van verschillende contactmomenten en/of besprekingen voor zowel de poliklinische als de klinische setting en daaraan gekoppeld de implementatie van het hartrevalidatie dossier met de deelvragenlijsten gebaseerd op de nieuwe richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie

Implementatie van het Maag-, Darm-, Leverziekten dossier voor de registratie van verschillende contactmomenten en/of besprekingen voor zowel de poliklinische als de klinische setting.

Implementatie van het Urologie dossier voor de registratie van verschillende contactmomenten en/of besprekingen voor zowel de poliklinische als de klinische setting.

Implementatie van CS-revalidatie ter ondersteuning van het planningsproces van de revalidatieafdeling en de dossiervoering door de revalidatiearts

Verpleegkundig EPD

De uitrol van het verpleegkundig EPD heeft in 2012 plaatsgevonden op de afdeling Oncologie en de voorbereidingen voor de afdelingen Kindergeneeskunde, PAAZ en cardiologie zijn getroffen zodat deze in het voorjaar van 2013 in gebruik genomen kunnen worden.

Overige resultaten

Scannen poliklinische statussen

In 2012 zijn de poliklinische statussen van de vakgroep Chirurgie, Urologie, MDL gescand en is gestart met het scannen van de poliklinische statussen van de cardiologie en Interne Geneeskunde. Dit met name uit oogpunt van plaatsgebrek in de archiefruimtes en de ophanden zijnde verbouw- en nieuwbouw plannen. Deze gescande statussen zijn gekoppeld aan CS-EZIS en zijn overal digitaal opvraagbaar. Het papier dat nog binnenkomt (huisartsbrieven, onderzoeksverslagen, etc) worden na ontvangst ook meteen erbij gescand.

Spraakherkenning

De verdere uitrol van spraakherkenning heeft in 2012 zijn vervolg gekregen bij de vakgroepen Geriatrie, Revalidatiegeneeskunde en Sportgeneeskunde.

Multimedia

Diverse deelsystemen rapporteren geheel digitaal middels HL7 koppelingen de bevindingen en die zijn opvraagbaar in CS-EZIS. Er zijn echter veel kleinere deelsystemen die niet via deze systematiek kunnen communiceren met CS-EZIS. We beschikken over een module "multimedia" waarmee we deze gegevens digitaal kunnen opnemen in CS-EZIS. Inmiddels worden veelvuldig onderzoeksverslagen in pdf formaat opgeslagen en via multimedia in CS-EZIS geautomatiseerd ingelezen. Ook bij de aanschaf van nieuwe apparatuur wordt hiermee rekening gehouden.

CVL

Voor de CVL registratie is een module van Chipsoft aangeschaft en deze is in samenwerking met chipsoft verder aangepast aan onze werkwijze en deze is in 2012 in gebruik genomen.

TOP123

In samenwerking met chipsoft is een aanvang gemaakt met het eerste deel van TOP123 namelijk het preoperatieve gedeelte. We waren het eerste ziekenhuis dat deze module heeft aangeschaft en hebben een essentiële bijdrage geleverd aan deze ontwikkeling. Deze module is in 2012 in gebruik genomen en de voorbereidingen voor de verdere doorontwikkeling en digitalisering van de time-out procedures is wenselijk.

Management Informatie

In 2011 zijn beide systemen iVide en iPresto van InfoReports gefaseerd in gebruik genomen en de veranderende set aan indicatoren vereist een continu proces van ontwikkeling, testen en in gebruik name. Veelal is het ook noodzakelijk om de bronssystemen aan te passen hetgeen gecombineerd moet worden met de implementatie van de vakgroep EPD's en vervolgens ontsluiten van deze data in iPresto.

HRM, financieel, logistiek

Medio 2009 is gekozen voor het opzetten van een flexbureau en de daarvoor benodigde software is aangeschaft. In 2012 zijn het nieuwe roosterplanningssysteem Aysist en het ziekteverzuim systeem van Raet ziekenhuis breed in gebruik genomen.

In het tweede kwartaal van 2009 is een nieuw logistiek- en boekhoudsysteem "live" gegaan en in april 2010 is het debiteurenbeheer (DB3) in productie genomen. Medio 2011 is gekozen om over te gaan naar de nieuwe productlijn "Vidavi" van VCD en deze migratie is in 2012 gestart en zal in 2013 afgerond worden. In dit nieuwe systeem zit ook de mogelijkheid om papierarm te gaan werken door het scannen van facturen en middels een workflow ondersteuning kan het autoriseren beter georganiseerd en de doorlooptijd van de verwerking van facturen verkort worden.

Facilitaire informatie systemen

In 2011 is de ICT module van het Facility Management Informatie Systeem in gebruik genomen en in 2012 heeft een marktverkenning plaatsgevonden van de ICT beheertools. In 2013 zullen nieuwe beheertools in gebruik genomen worden en dient verdergaande standaardisatie hoog op de agenda te staan.

Internet/intranet

In 2012 is iAudit en iCompliance aangeschaft en gestart met de implementatie op pilot afdelingen.

Intranet/extranet/Internet

In 2012 zijn diverse nieuwe communicatie media ingezet en in 2013 en zal een nieuw beleid ontwikkeld worden waarin ook deze nieuwe sociale media en internet marketing een prominente plaats krijgen.

Informatiebeveiliging

De informatiebeveiliging staat prominent op de agenda sinds 2007 en is in september 2011 als positief beoordeeld door de IGZ. In 2012 is ziekenhuis breed een start gemaakt met een heel uitgebreide bewustwording campagne door bij alle afdelingen in een presentatie van 1 uur de privacybescherming en met name de bevoegdheden van professionals te bespreken.

Om aansluiting te vinden bij de landelijke ontwikkelingen zijn investeringen noodzakelijk voor de implementatie van Unieke Zorgverlener Identificatie (UZI-pas), aansluiting aan het landelijk Schakelpunt (LSP) en zorgdragen voor een "Goed beheerde Zorgsystemen" (GBZ) conform de NEN7510 norm. Ondanks diverse sceptische berichtgevingen lijkt het ons alleszins verstandig de LSP ontwikkelingen op de voet te volgen en hierin zeker niet achter te blijven. Daarnaast sluiten onze eigen zorgverlenersportaal ontwikkelingen zeer goed aan bij de behoefte van de huisartsen en bieden we hiermee meer goed beveiligde functionaliteit dan momenteel in de landelijke EPD ontwikkelingen zijn gerealiseerd.

Infrastructuur

De voorbereidingen voor de realisatie van een draadloos netwerk hebben in 2012 plaatsgevonden. Dit draadloos netwerk zal in 2013 gerealiseerd worden en dient als basis voor de vervanging van het verpleegproepsysteem (VOS), introductie van Voice over IP (VOIP) en is met name voor het gebruik van het EPD een belangrijke randvoorwaarde. Na vervanging van de telefooncentrale door een VOIP centrale zal in deze ruimte de tweede computerruimte gerealiseerd worden.

De voorbereidingen voor het realiseren van redundante server en storage capaciteit in beide computerruimtes zullen in 2013 plaatsvinden.

Sociaal beleid

Top Employer 2012

Het Laurentius Ziekenhuis is één van de 58 bedrijven die in 2012 is gecertificeerd als Top Employers Nederland 2012. Onder deze 58 bedrijven zitten een achttal ziekenhuizen. Onafhankelijk onderzoek, uitgevoerd door CRF Institute, heeft aangetoond dat het Laurentius Ziekenhuis goede secundaire arbeidsvoorwaarden en carrièremogelijkheden biedt, en daarmee goed voor de medewerkers zorgt. Het CRF Institute, specialist op het gebied van internationaal onderzoek naar arbeidsvoorwaarden, houdt jaarlijkse een onderzoek naar HR beleid en arbeidsvoorwaarden.

Alle onderzochte organisaties zijn door middel van grondig onderzoek naar hun HR beleid beoordeeld op de volgende criteria: Primaire arbeidsvoorwaarden, Secundaire arbeidsvoorwaarden en werkomstandigheden, Training & Ontwikkeling, Carrière mogelijkheden en Organisatiecultuur. Alleen die organisaties die voldoen aan de strikte criteria ontvangen het Top Employers keurmerk.

Verzuimmanagement

In het najaar van 2012 is er vormgegeven aan de inrichting van het geautomatiseerde verzuimmanagement systeem Raet Verzuim Manager. Hiervoor is een projectgroep geformeerd waar naast een afvaardiging van de afdeling HRM een aantal leidinggevenden hebben geparticipeerd. Zodoende is het systeem zo optimaal mogelijk ingericht naar de wensen van de gebruikers en afgestemd op de vigerende wet- en regelgeving.

Middels dit systeem heeft het Laurentius Ziekenhuis meer grip op ziekteverzuim, aangezien het systeem ondersteunt bij de begeleiding, controle en bevordering van een snelle terugkeer van de werknemer. De meldingsfunctie helpt leidinggevenden tijdig actie te ondernemen bij verzuimproblemen. Een centrale dossieropbouw waarin de leidinggevende, HRM-adviseur en de bedrijfsarts participeert, is een basisvoorwaarde voor een doelmatige aanpak van het verzuimproces. Alle gebruikers, zowel casemanagers (leidinggevenden) als ziek- en herstelmelders (vaak teamcoördinatoren) zijn getraind in het gebruik van het systeem. De implementatie heeft succesvol plaatsgevonden in december.

Verzuimcijfers

| | 2012 | 2011 |
|---|-------|--------|
| Verzuimcijfer LZR | 4,6 % | 5,04 % |
| Verzuimcijfer branche ziekenhuizen | 4,3 % | 4,51 % |
| Verzuimfrequentie | 1,3 | 1,39 |
| WIA-instroom | 3 | 3 |

Arbobeleid

Laurentius is sinds een aantal jaren doelbewust en structureel bezig het bewustzijn rond veiligheid, welzijn en gezondheid binnen de organisatie te versterken.

De afdelingsmanagers/lijnverantwoordelijken spelen hierin een cruciale rol. Het is aan hen om samen met de medewerkers veiligheid, welzijn en gezondheid binnen de afdelingen tot een vast aandachtspunt te maken.

- Agressie en geweld: Het traject Veiligezorg dat in 2008 is gestart speelt hierbij een belangrijke rol. Doel van het traject is om agressie te bestrijden, veiligheid te creëren en de arbeidsomstandigheden binnen de zorg te verbeteren. Kortom het veiligheidsgevoel van de medewerkers te verbeteren. Indirect wordt ook de reputatie van het ziekenhuis verbeterd.
- De training “omgaan met lastig en/of agressief gedrag” die vanaf najaar 2011 gestart is, is hier een belangrijk onderdeel van. Aan deze training hebben in 2012 90 medewerkers deelgenomen. Deze training loopt door in 2013 en 2014.
- Het digitale meldingsformulier agressie incidenten geeft ons inzicht in de incidenten die plaatsvinden in Laurentius. Invullen van dit formulier gebeurt steeds frequenter en in 2012 werd er 124 meldingen gemaakt.
- Ook is er samenwerking van het Bedrijfsopvangteam (BOT), vertrouwenspersoon en projectleider Veiligezorg. Er is een gezamenlijke website ontwikkeld om informatie te bundelen en het beleid van Laurentius te verhelderen.
- Stoelmassage: Er is in het kader van de dag van de zorg 2012 aan 100 medewerkers een stoelmassage aangeboden. Stoelmassage is een acupressuurmassage door de kleding heen. De massage biedt een moment van rust en ontspanning. Wordt de stoelmassage regelmatig herhaald dan kan deze op termijn bijdragen tot een hogere productiviteit en een lager ziekteverzuim
- RI&E's: De uitvoering van de Risico-inventarisatie en Evaluatie (RI&E) is vast gelegd in de planning. Voor een aantal geplande RI&E's geldt dat er uitloop is in 2012. De hieruit voortgekomen plannen van aanpak worden door de afdelingsmanager en arbocoördinator uitgewerkt.
- Werkplekonderzoeken: Op grond van acute problematiek zijn door de arbocoördinator in samenwerking met preventiemedewerker fysieke belasting een aantal gerichte werkplekonderzoeken uitgevoerd. Naar aanleiding van de werkplekonderzoeken zijn adviezen gegeven ter verbetering. Doel van de werkplekonderzoeken is de arbeidsomstandigheden zodanig te verbeteren dat ziekteverzuim wordt voorkomen.

Bedrijfsgezondheidszorg

In 2012 vond een heroriëntatie plaats m.b.t. de bedrijfsgezondheidszorg. Doelstelling hiervan was om in kaart te brengen of het gevoerde beleid nog aansloot bij de doelstellingen van het ziekenhuis. Er is vervolgens een aanbestedingsproces gestart. Hiervoor is een projectgroep geformeerd bestaande uit diverse disciplines (manager bedrijfsvoering, stafafdelingsmanager, afdelingsmanagers, ziekenhuishygiëne, OR, HRM). Het aanbestedingsproces kende de volgende fases:

1. programma van eisen samenstellen door projectgroep
2. plan van eisen voorleggen aan ZMT en OR
3. plan van eisen toezenden aan diverse bedrijfsgezondheidszorgverleners
4. presentaties van diverse aanbieders
5. keuze maken voor partij

Er werden in april 2012 door een drietal bureaus presentaties gehouden en er is voor gekozen om tijdelijk met de huidige arbodienstverlener, te weten Swerts & Vissers bedrijfsartsen, de samenwerking te continueren. Het contract wordt gecontinueerd tot 1 januari 2014 en tussentijds, halverwege 2013, vindt een evaluatie plaats.

Outsourcing salarisadministratie

Het Laurentius ziekenhuis en RAET werken al een aantal jaren samen op basis van partnership. Vanaf 2007 is er geïnvesteerd in een goede en constructieve samenwerking. In 2010 zijn gesprekken gestart over het borgen van de continuïteit en kwaliteit van de salarisadministratie procedures. Hieruit resulteerde dat er redenen zijn om de salarisadministratie te outsourcen:

- borging en continuïteit van de salarisverwerking
- borging kennis wet- en regelgeving
- gebruik maken van de automatiseringsontwikkelingen binnen RAET op het gebied van EHRM (o.a. Employee Self Service, Management Self Service, digitalisering personeelsdossiers)

Met de drie medewerkers van de salarisadministratie hebben gesprekken plaatsgevonden zowel vanuit Laurentius als vanuit RAET inzake de overgang naar het verwerkingscentrum van RAET in Sittard. Uiteindelijk zijn 2 medewerkers naar RAET Sittard gegaan en een medewerker heeft extern een dienstbetrekking aanvaardt. De outsourcing is met ingang 1 maart 2013 gerealiseerd.

Tevens is er een digitale loonstrook met ingang van 1 januari 2013 hetgeen in lijn is met de verdere professionalisering van de HRM afdeling.

In 2012 is de stafafdeling P&O omgebogen naar een stafafdeling HRM. HRM wordt vaak gezien als een doorontwikkeling van P&O, maar de uitgangspunten van HRM zijn essentieel verschillend van P&O. Waar P&O zich primair bezighoudt met personeelszorg gaat HRM uit van het sturen en managen van de productiefactor arbeid. De traditionele aandachtspunten van P&O zoals zorg, rouw en trouw zijn bij HRM taken hoofdzakelijk voor de leidinggevenden. HRM heeft als doel de medewerkers in een organisatie optimaal te laten functioneren, optimaal te laten renderen, in functie van de doelstellingen van de organisatie.

Zodoende wordt er steeds meer verwacht van onder andere de P&O adviseurs. Dit heeft geleid tot een nieuwe functiebenaming, te weten HRM adviseur. De HRM adviseur behoort naast gedegen kennis van het HR instrumentarium ook strategisch te kunnen meedenken over de bedrijfsvoering.

Bedrijfsvoering

Risicomanagement

Integraal Risicomanagement is een iteratief proces. Eind 2012 is gestart met een meer integrale benadering van risicomanagement middels het COSO model. Tot 2012 werden de risico's vanuit de diverse deelgebieden beheerst en was en niet altijd sprake van integraal risicomanagement. In 2012 heeft een workshop plaatsgevonden en is gestart met een nieuwe strategische risico inventarisatie. Deze inventarisatie wordt middels interviews uitgevoerd waarbij diverse stakeholders worden betrokken. Middels een afsluitende workshop worden de resultaten van de interviews besproken met als doel de belangrijkste risico's en bijbehorende maatregelen te identificeren alsmede te komen tot een gemeenschappelijke risico perceptie en risk response. In de tweede helft van 2013 zal verdere verankering in de reguliere planning van control cyclus plaatsvinden van de strategische risico's. Dit in aanvulling op de financiële risico's welke wel al nadrukkelijker zijn ingebed in de reguliere planning en control cyclus. Hierbij zal primair de nadruk worden gelegd op de kwaliteitsaspecten.

Wijziging in bekostiging

De invoering van prestatiebekostiging middels DOT per 1 januari 2012 heeft in 2012 en 2013 veel aandacht opgeëist. Doordat in 2012 diverse financiële systemen tegelijk van kracht zijn, heeft dit geresulteerd in een uitermate complex systeem. Voor een nadere technische toelichting op dit systeem verwijzen wij naar de jaarrekening. Deze invoering van prestatiebekostiging vloeit voort uit het in juni 2011 gesloten bestuurlijk hoofdlijnen akkoord. De doelstelling van het akkoord is om de zorgkosten jaarlijks autonoom niet meer te laten groeien dan 2,5 % door de invoering van prestatiebekostiging middels DOT.

Onderdeel van de invoering van prestatiebekostiging zijn onder meer:

- Selectieve inkoop: prijs, kwaliteit, doelmatigheid en gepast gebruik
- Terugdringen praktijkvariatie
- Concentratie en specialisatie
- Substitutie 1^{ste}, 2^{de} en 3^{de} lijn
- Afbouw overbodige ziekenhuiscapaciteit
- Doelmatig geneesmiddelenverbruik
- Doorontwikkelen VMS (Veiligheidsmanagementsysteem)

Om goed voorbereid te zijn op de al deze ontwikkelingen is het Laurentius ziekenhuis koploper ziekenhuis geweest op het gebied van DOT. Er is actief deelgenomen aan de landelijke projectgroepen zodat wij tijdig geïnformeerd zijn en er is bijgedragen aan de landelijk discussie omtrent de invoering. Alle gevolgen van de wijzigingen in de bekostiging zijn direct doorvertaald naar de gevolgen voor de gekozen strategie. Vanaf medio 2011 is gestart met de zorgcontractering met zorgverzekeraars welke in mei 2012 is afgerond. Met de drie grootste verzekeraars hebben wij meerjaren afspraken kunnen maken.

Ook in 2013 zijn de gevolgen van de invoering van DOT nog significant. Zo zijn er ook per 1 januari 2013 weer aanzienlijke wijzigingen in de product structuur aangebracht en zijn diverse definities aangepast ten aanzien van de registratie. In 2013 zullen dan ook verdere noodzakelijke aanpassingen in de registratie, de systemen en processen, de verantwoording en rapportages moeten worden doorgevoerd. Het belangrijkste aandachtspunt blijft echter het overbrengen van deze aanpassingen bij de medewerkers en de toenemende verantwoordelijkheden bij hen omdat de controlemogelijkheden achteraf beperkter zijn.

Wat betreft concentratie en spreiding is een samenwerkingsstrategie ontwikkeld waarin bestaande relaties verder zullen worden verdiept.

De invoering van DOT heeft niet alleen consequenties voor het ziekenhuis maar ook voor de medisch specialist. In 2012 is het beheersmodel medisch specialisten ingevoerd. Er wordt gewerkt met een budgetplafond voor de medisch specialisten conform de overeenkomst tussen de Orde, VWS en NVZ. In 2013 zijn afspraken gemaakt inzake de mutatie ruimte van het honorarium plafond.

Financiering van het ziekenhuis

Het financieringsarrangement uit 2008 is in 2011 herzien in het licht van de nieuwe strategie en nieuwe (ver)nieuwbouwplannen. In 2011 is daarom een financieringsaanvraag ingediend bij de Stichting Waarborgfonds voor de Zorgsector (WFZ).

Deze aanvraag heeft ertoe geleid dat het Laurentius Ziekenhuis is toegelaten tot het WFZ en de nieuwe leningen voor 75% geborgd zullen worden. Deze borging heeft positieve gevolgen voor het financieringsarrangement. In 2012 is het financieringsarrangement definitief vastgelegd.

Ter beheersing van het variabele rente risico zijn, na advisering door zowel de Rabobank als adviesbureau Montesquieu, drie derivaten gesloten. Nadrukkelijk merken wij op dat deze derivaten geen speculatief karakter hebben. Het betreffen twee Cashsettled Swaptions en een Cap. Het maximale risico van deze derivaten betreft de betaalde premie. Voor een nadere toelichting verwijzen wij naar de jaarrekening.

Interne beheersing

Binnen het Laurentius Ziekenhuis wordt de interne beheersing op operationeel niveau periodiek beoordeeld op basis van interne auditprogramma's en hierover wordt gerapporteerd aan de Raad van Bestuur die op zijn beurt de Raad van Toezicht informeert. Binnen alle aandachtsgebieden van het risicomanagement zijn er interne auditprogramma's. Zo zijn er onder meer interne auditprogramma's uit hoofde van het project Altijd kwaliteit, accreditaties, NIAZ en de AO/IC. De laatste zal hier nader worden toegelicht. De auditprogramma's komen elders in dit jaardocument aan de orde.

Het interne auditprogramma AO/IC is gebaseerd op een beschrijving van de onderkende procesrisico's en de getroffen interne beheersingsmaatregelen zoals deze zijn verankerd in de bedrijfsprocessen. De interne beheersmaatregelen betreffen onder andere functiescheiding, vastlegging van en toezicht op naleving van procedures, bevoegdheden en verantwoordelijkheden. In 2012 is een groot aantal processen beoordeeld. Het Laurentius ziekenhuis voldoet in 2012 aan de kaderregeling AO/IC Ziekenhuizen. Bij de interne controle ten behoeve van het verantwoordingsdocument DBC en GGZ zijn geen materiële onjuistheden geconstateerd.

Financieel Beleid

In deze paragraaf wordt het financieel beleid van het Laurentius Ziekenhuis beschreven en verantwoord. Op basis van de resultatenrekening 2012 worden de belangrijkste mutaties nader toegelicht. Hierna zal de ontwikkeling van de belangrijkste kengetallen worden toegelicht.

Analyse Resultatenrekening 2012

Het resultaat is in 2012 gestegen met circa € 1,2 miljoen ten opzichte van 2011 hetgeen voor een belangrijk deel kan worden verklaard door het transitie effect van de invoering van DOT. Het resultaat in 2011 en 2012 betreft voor een belangrijk deel een resultaat op kapitaalslasten. Momenteel zijn kapitaalslasten lager dan de vergoeding die wij middels onze prijzen ontvangen. Na realisatie van de investeringsplannen zal echter sprake zijn van hogere lasten dan wij vergoed krijgen.

Hieronder is de resultatenrekening 2012 en 2011 weergegeven:

(bedragen * 1.000)

| | 2012 | 2011 | Mutatie | Mutatie |
|--|----------------|----------------|--------------|--------------|
| | € | € | € | % |
| BEDRIJFSOPBRENGSTEN: | | | | |
| Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten Zvw-zorg | 24 | 67.218 | 67.194- | -100,0% |
| Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten PAAZ (exclusief subsidies) | 4.511 | 4.456 | 55 | 1,2% |
| Niet-gebudgetteerde zorgprestaties (exclusief DBC's / DBC-zorgproducten A- en B-segment) | 2.412 | 2.064 | 348 | 16,9% |
| Omzet DBC's / DBC-zorgproducten B-segment | 34.779 | 33.291 | 1.488 | 4,5% |
| Omzet DBC's / DBC-zorgproducten A-segment | 78.145 | - | 78.145 | 100,0% |
| Opbrengsten uit hoofde van te verrekenen transitiebedrag / overfinanciering 2011 medisch specialistische zorg | 5.678- | - | 5.678- | 100,0% |
| Subsidies | 74 | 823 | 748- | -91,0% |
| Overige bedrijfsopbrengsten | 8.851 | 8.941 | 90- | -1,0% |
| Som der bedrijfsopbrengsten | 123.118 | 116.792 | 6.326 | 5,4% |
| BEDRIJFSLASTEN: | | | | |
| Personeelskosten | 67.068 | 67.333 | 266- | -0,4% |
| Afschrijvingen op immateriële en materiële vaste activa | 5.773 | 5.807 | 34- | -0,6% |
| Bijzondere waardeverminderingen van vaste activa | 318 | - | 318 | 100,0% |
| Overige bedrijfskosten | 43.031 | 37.958 | 5.073 | 13,4% |
| Som der bedrijfslasten | 116.190 | 111.098 | 5.091 | 4,6% |
| BEDRIJFSRESULTAAT | 6.929 | 5.694 | 1.234 | 21,7% |
| Financiële baten en lasten | 288- | 325- | 37 | -11,4% |
| RESULTAAT UIT GEWONE BEDRIJFSUITOEFENING | 6.640 | 5.369 | 1.271 | 23,7% |
| Buitengewoon resultaat | - | - | - | 0,0% |
| RESULTAAT BOEKJAAR | 6.640 | 5.369 | 1.271 | 23,7% |

Bedrijfsopbrengsten

Wettelijk budget aanvaardbare kosten Zvw-zorg

In 2012 is geen sprake meer van een wettelijk budget ten gevolge van de invoering van prestatiebekostiging middels DOT. Deze post betreft in 2012 de nagekomen budgetmutaties uit eerdere jaren.

Wettelijk budget aanvaardbare kosten PAAZ

De stijging van de omzet betreft een nagekomen budget mutatie 2011. Exclusief deze budgetmutatie is sprake van een afname van de PAAZ opbrengsten

Niet-gebudgetteerde zorgprestaties

De stijging van de niet- gebudgetteerde zorgprestaties betreft hoofdzakelijk een stijging van de werkzaamheden die voor derden zijn uitgevoerd.

Omzet DBC / DBC zorgproducten B-segment

De omzetsijging in het B segment is hoger dan verwacht. Circa € 0,6 miljoen heeft naar verwachting betrekking op een verschil tussen verwachte casemix DBC zorgproducten op basis van conversie en werkelijke casemix zorgproducten. Een exacte analyse ter verklaring van dit verschil is mogelijk begin 2014.

Omzet DBC / DBC zorgproducten A-segment en Opbrengsten uit hoofde van te verrekenen transitiebedrag / overfinanciering 2011 medisch specialistische zorg

De werkelijke productie in het A segment is hoger dan de afspraken met de zorgverzekeraars inzake het schaduwbudget. Overschrijdingen worden door de zorgverzekeraars niet nagecalculeerd vandaar dat de afspraak conform het schaduwbudget is verantwoord. Hiertoe zijn de opbrengsten verlaagd middels een verrekening van het transitiebedrag en overfinanciering inzake de overloop DBC's 2011. In de jaarrekening is een uitgebreide toelichting opgenomen ten aanzien van deze post onder de waarderingsgrondslagen.

De stijging van deze post ten opzichte van het wettelijk budget 2011 wordt primair veroorzaakt door de overheveling van de TNF alfa remmers per 1 januari 2012 naar de ziekenhuizen.

Subsidies

De subsidies betreffen subsidies inzake Fonds Ziekenhuis Opleidingen (FZO). De afname in subsidies is te verklaren doordat in 2011 subsidie over meerdere schooljaren is ontvangen alsmede het feit dat het aantal gestarte opleidingen en gediplomeerden die voor subsidie in aanmerking komen in 2012 is gedaald.

Overige bedrijfsopbrengsten

De daling van de overige opbrengsten komt hoofdzakelijk vanwege tariefskortingen opgelegd door de zorgverzekeraars waardoor de omzet van de poliklinische apotheek is achtergebleven.

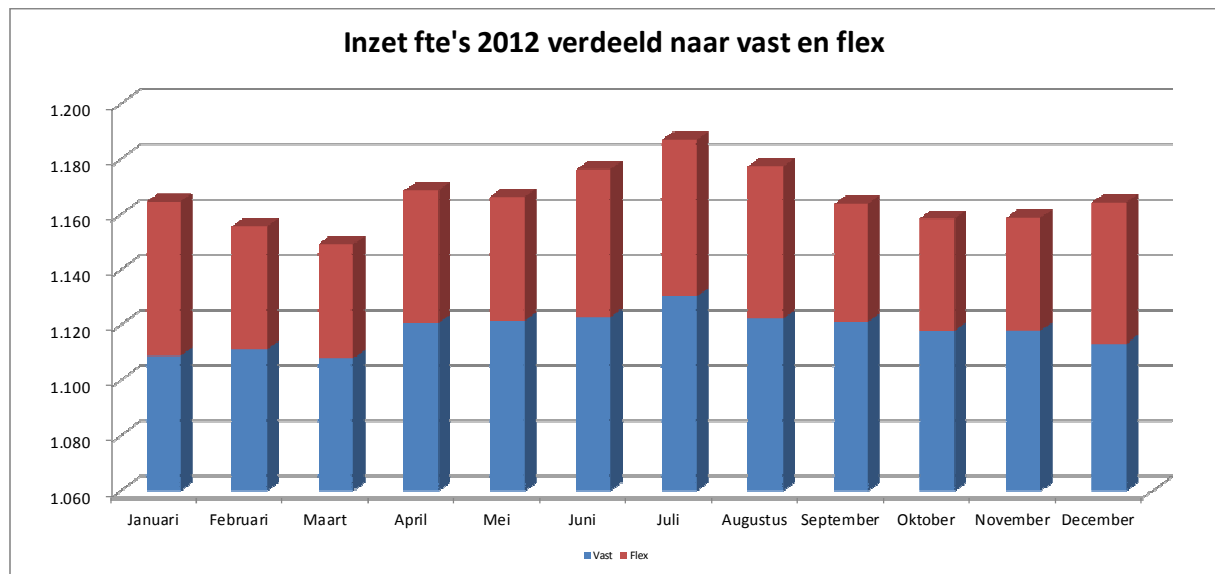
Bedrijfslasten

Personeelskosten

In 2012 zijn de personeelskosten licht gedaald ten opzichte van 2011. Dit wordt veroorzaakt doordat in 2011 een dotatie aan de voorziening PLB heeft plaats gevonden inzake de 3^{de} tranche. Indien hiervoor wordt gecorrigeerd, is sprake van een stijging van de personeelskosten. De stijging kan als volgt worden verklaard:

- Uitbreiding personele formatie
- Cao stijging
- Sociale lasten stijging
- Mutatie voorziening PLB
- Mutatie voorziening JUS/VAC

Het personeelsverloop 2012 is hieronder grafisch weergegeven:



Zoals uit de grafiek blijkt was sprake van een toename van de totale formatie in het tweede kwartaal van 2012. Deze toename overschreed de kaders van de afgesproken begroting. Het afdelingsmanagement is onder leiding van een budgetgroep in staat geweest om in de tweede helft 2012 deze trend te doen keren.

Afschrijvingen vaste activa

De afschrijvingskosten in 2012 zijn nagenoeg gelijk aan 2011.

Overige bedrijfskosten

De stijging van de bedrijfslasten houdt hoofdzakelijk verband met de overheveling van de TNF alfaremmers per 1 januari 2012 naar het ziekenhuis. De belangrijkste overige ontwikkelingen zijn:

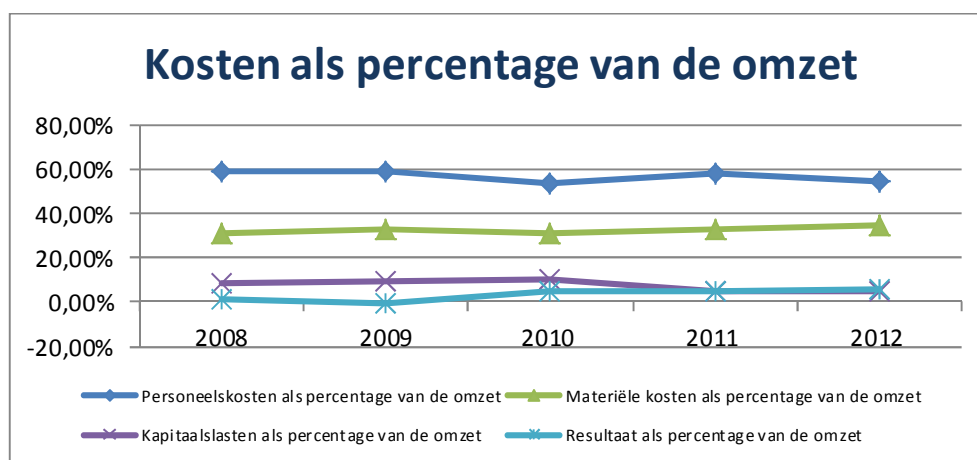
- Stijging waskosten door derden
- Stijging kosten voedingsmiddelen door aanpassing assortiment
- Stijging kosten computerfaciliteiten door derden door uitbesteding salarisadministratie
- Stijging kosten ICT
- Stijging kosten reguliere geneesmiddelen GDS
- Stijging kosten dure geneesmiddelen apotheek
- Stijging grondstofkosten laboratoria
- Stijging onderhoudskosten
- Stijging energiekosten
- Afschaffing kassiersfunctie IKL samenwerkingsverbanden
- Daling kosten MIC benodigdheden en protheses OK
- Daling advieskosten

Kengetallen financieel beleid

Kengetallen leveren snelle informatie over de financiële status van het ziekenhuis en geven hierdoor snel inzicht in de realisatie van het financiële beleid. Verder geven zij informatie waar mogelijk bijsturing noodzakelijk is. In 2011 heeft een herijking van de strategie plaatsgevonden en is de strategie "In de basis excellent 2011-2015" en het bijbehorende medisch profiel "In de basis excellent en meer 2011-2015" vastgesteld.

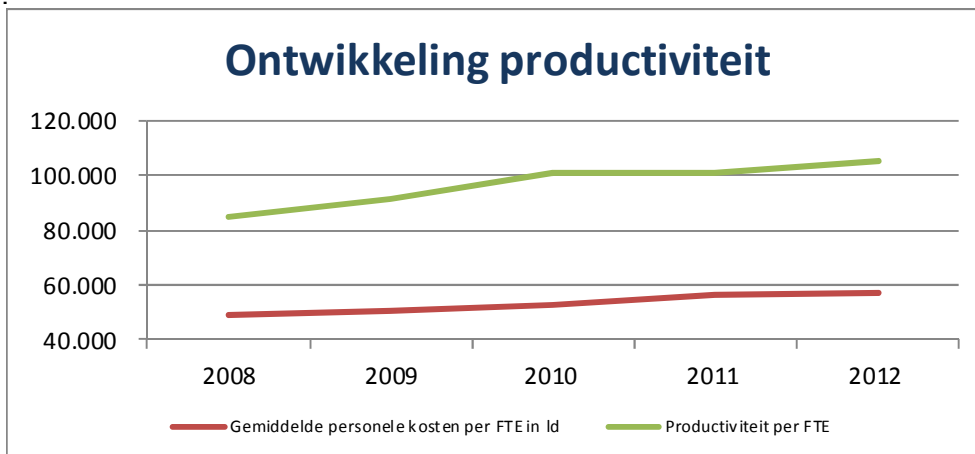
Hieronder zijn de kengetallen over de afgelopen 5 jaar weergegeven:

| Kengetallen | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|--|-------------|-------------|-----------|------------|------------|
| Personeelskosten als percentage van de omzet | 59,17% | 58,57% | 53,62% | 57,65% | 54,47% |
| Materiële kosten als percentage van de omzet | 31,22% | 33,02% | 31,26% | 32,50% | 34,95% |
| Kapitaalslasten als percentage van de omzet | 8,48% | 9,06% | 9,99% | 5,25% | 4,92% |
| Resultaat als percentage van de omzet | 1,13% | -0,66% | 5,13% | 4,60% | 5,39% |
| Cost to serve per patiënteneenheid | 238,18 | 256,38 | 252,51 | 255,35 | 269,00 |
| Gemiddelde personele kosten per FTE in Id | 48.843 | 50.807 | 52.517 | 56.403 | 57.128 |
| Productiviteit per FTE | 84.719 | 91.042 | 100.758 | 100.579 | 104.871 |
| Eigen vermogen als percentage van de omzet | 11,80% | 10,09% | 14,23% | 18,66% | 23,10% |
| Rendement eigen vermogen | 11,16% | -6,13% | 56,36% | 32,69% | 30,47% |
| Debt service coverage ratio | 2,75 | 4,61 | 9,11 | 7,25 | 8,40 |
| Interest coverage ratio | 2,00 | 0,08- | 10,05 | 17,51 | 24,04 |
| Werkkapitaal | -10.506.275 | -11.455.711 | 1.394.396 | 10.823.343 | 19.126.438 |
| Quick ratio | 0,71 | 0,66 | 1,00 | 1,19 | 1,38 |
| Current ratio | 0,74 | 0,70 | 1,04 | 1,22 | 1,42 |
| Percentage openstaande vorderingen vd omzet | 29,42% | 25,68% | 23,14% | 24,71% | 28,25% |

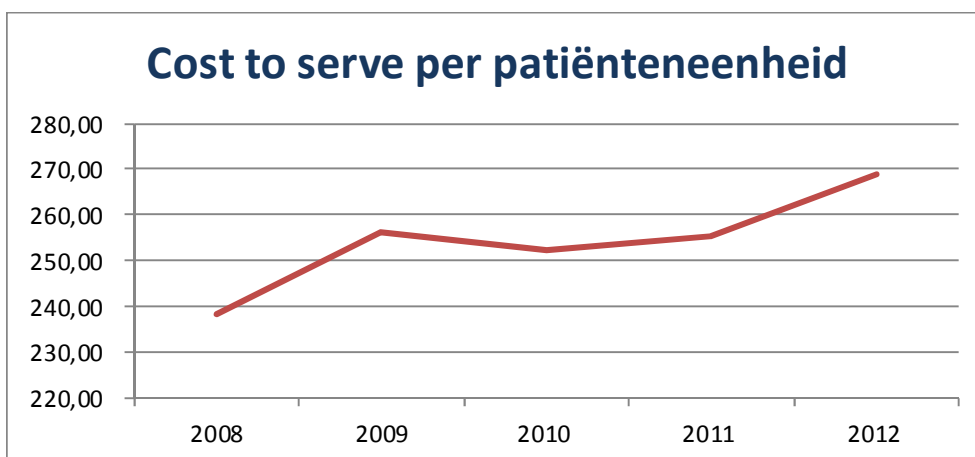


In 2012 dalen de personeelskosten als percentage van de omzet t.o.v. 2011. Dit wordt veroorzaakt door een eenmalige dotatie aan de voorziening PLB in 2011.

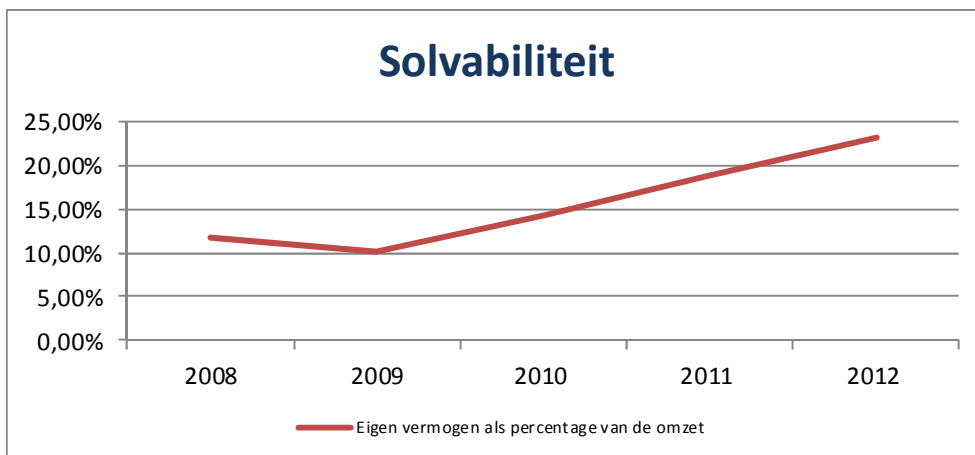
Tevens stijgt de omzet door de overheveling van de TNF alfaremmers per 1 januari 2012, hetgeen ook resulteert in een stijging van de materiële kosten. De kapitaalslasten als percentage van de omzet dalen primair als gevolg van de gestegen omzet. De lasten stijgen als gevolg van de afwaardering van derivaten.



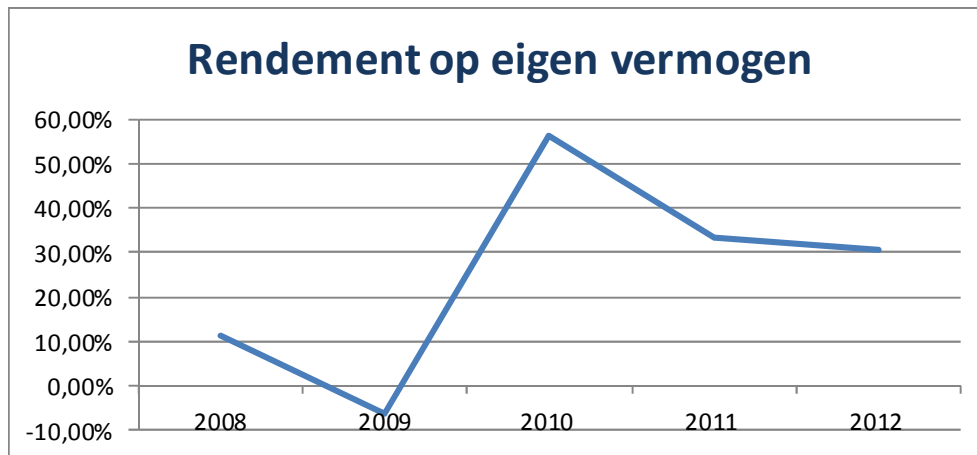
De productiviteit per FTE stijgt in 2012 ten gevolge van de overheveling TNF alfaremmers. Indien hiervoor wordt gecorrigeerd, rekening houdend met het inflatie effect, is er geen sprake van een productiviteitsverbetering. Dit komt door de te hoge inzet van personeel vanaf het tweede kwartaal 2012 welke in het vierde kwartaal is gereduceerd. De stijging van de gemiddelde personele kosten in 2012 is gering vanwege de eenmalige dotatie aan de voorziening PLB in 2011.



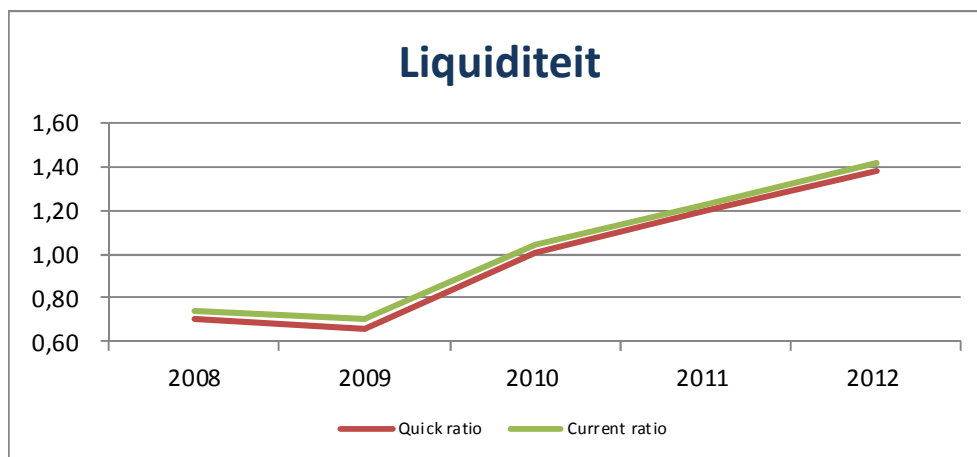
De cost to serve ratio stijgt in 2012. Gecorrigeerd voor TNF alfaremmers is sprake van een stijging van 1,6% hetgeen feitelijk een lichte verbetering van de cost to serve is daar deze dient te worden gecorrigeerd voor inflatie.



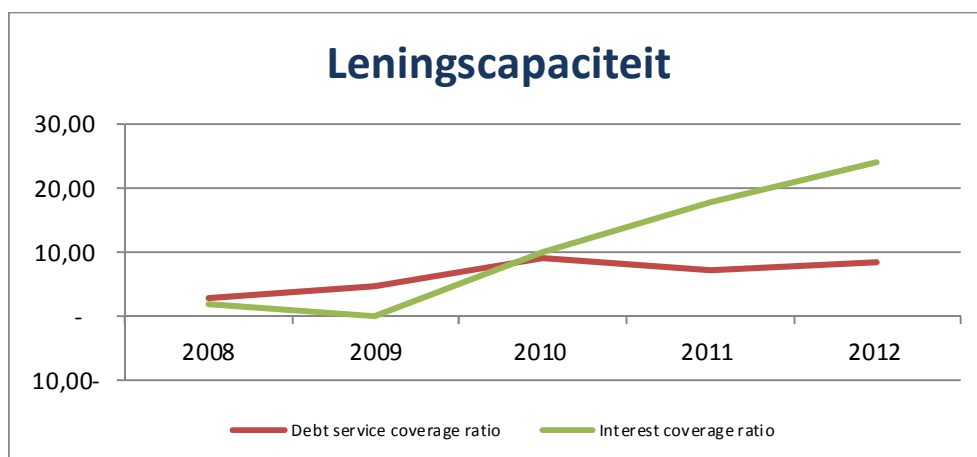
In 2012 laat de solvabiliteit wederom een stijging zien t.o.v. voorgaande jaren. De stijging wordt veroorzaakt door het positieve resultaat van € 6,6 miljoen en bedraagt 23,1% ultimo 2012.



Het rendement op het eigen vermogen daalt in 2012 hetgeen veroorzaakt wordt door stijging van het eigen vermogen.



Uit bovenstaande grafiek blijkt een duidelijke stijging van de liquiditeit voor zowel de quick ratio als de current ratio. Het positief resultaat in 2012 is hier mede de oorzaak van.



De debt service coverage ratio geeft aan hoe vaak wij onze bestaande rente en aflossing kunnen betalen uit onze vrije kasstroom. Een debt service coverage ratio van 8,4 in 2012 houdt in dat wij 8,4 keer onze rente en aflossing kunnen betalen. In het kader van de financiering is dit een belangrijke parameter. De debt service coverage ratio ligt significant boven het niveau dat de banken in het kader van de financiering eisen.

Toekomstige resultaatsontwikkeling en investeringen

Het Laurentius Ziekenhuis heeft (ver)nieuwbouwplannen. Het (ver)nieuwbouwplan voorziet in een verbetering van de logistieke routing in de gebouwen en sluit aan op de recente ontwikkeling in de gezondheidszorg. Daarnaast zal significant worden geïnvesteerd in medische apparatuur, inventaris en ICT.

Het financieringsarrangement uit 2008 is in 2011 herzien in het licht van de nieuwe strategie en nieuwe (ver)nieuwbouwplannen. In 2011 is daarom een financieringsaanvraag ingediend bij de Stichting Waarborgfonds voor de Zorgsector (WFZ). Deze aanvraag heeft ertoe geleid dat het Laurentius Ziekenhuis is toegelaten tot het WFZ en de nieuwe leningen voor 75% geborgd zullen worden. Deze borging heeft positieve gevolgen voor het financieringsarrangement. In 2012 is het financieringsarrangement ter hoogte van € 101 miljoen definitief vastgesteld.

De impact van bovenstaande investeringen en financiering zal ook zijn effect hebben op de resultaatontwikkeling. De zorgvraagontwikkeling zal in 2013 nadrukkelijk dienen te worden gevolgd. Begin 2013 is sprake van een lichte krimp die mogelijk verband houdt met de verhoging van het eigen risico alsmede de gehele economische recessie. Dit is primair terug te zien in een daling van de electieve zorg. In 2013 zal specifiek aandacht worden besteed aan het optimaliseren van de zorgprocessen door het aantal zorgstraten uit te breiden. Middels capaciteitmanagement wordt de inzet van medewerkers verder geoptimaliseerd door de juiste medewerker op de juiste tijd en de juiste plaats in te zetten.

In 2013 zal ook primair de focus moeten liggen op het sluiten van strategische samenwerking ter waarborging van het zijn van een volwaardig basis ziekenhuis met portaalfunctie. Hiertoe zal met diverse zorgpartners een netwerk dienen te worden ontwikkeld en niet vrijblijvende samenwerking moeten worden aangegaan.

Ook de invoering van prestatiebekostiging zal in 2013 nog de nodige impact hebben.

Op basis van bovenstaande ontwikkelingen is de verwachting dat het resultaat 2013 lager ligt dan het resultaat 2012.

Bezoldiging bestuurders en WOPT

De informatie omtrent de bezoldiging van bestuurders, raad van toezicht en de WOPT (Wet Openbaarmaking uit Publieke middelen gefinancierde Topinkomens) is opgenomen in de jaarrekening 2012 onder de toelichting resultatenrekening.

Vooruitblik

In dit hoofdstuk gaan we in op de bijstellingen van ons beleid voor 2013. Indachtig de PDCA cyclus stellen we ons beleid namelijk bij waar dit onvoldoende effectief is, waar de omstandigheden gewijzigd zijn of waar de doelen reeds behaald zijn.

2013 staat in het teken van verdere doorontwikkeling van onze strategie. In het bijzonder zetten we in op:

Zorgpaden

Zoals ook eerder in dit directieverslag aan de orde kwam, is de ontwikkeling van zorgpaden in 2012 onvoldoende gerealiseerd. In 2013 zijn we daarom al feitelijk gestart met aanvullende opleidingen voor medewerkers en medisch specialisten volgens het principe van train de trainer. Zo verwachten we de zorgpaden in de tweede helft van 2013 vrij snel als een olievlek te kunnen verspreiden over de organisatie. In 2013 is bijvoorbeeld reeds gestart met het zorgpad diabetes (een van de meest complexe en uitgebreide, mede vanwege de ketenzorg die in het zorgpad beschreven dient te worden).

Samenwerking en netwerkvorming

Toenemende kwaliteits- en volume-eisen geven bij ongewijzigd beleid reden tot zorg. Met name enkele acute functies, zoals de spoedeisende hulp komen dan onder druk te staan in Laurentius. Ook de geboortezorg is een element van ons zorgaanbod dat borging vraagt.

Door in een netwerk met andere partners samen te werken, zetten wij in op borging van het brede palet aan zorg dat Laurentius kenmerkt.

Verder verbeteren bedrijfsvoering

Het rendement van ziekenhuizen staat continue onder druk. Het Hoofdlijnenakkoord beperkt de groei van uitgaven tot 2,5% en verschillende zorgverzekeraars hanteren een aanneemsom voor het verlenen van de totale medisch-specialistische zorg aan hun verzekerden. Deze en andere factoren nopen ertoe de zorgverlening zo efficiënt mogelijk in te richten, uiteraard met behoud van kwaliteit, waar diverse toezichthouders ook op handhaven.

Voor Laurentius betekent dit concreet dat we in 2013 de organisatie-inrichting veranderen. Processen (zorgpaden) en capaciteiten (OK, IC, verpleegafdelingen, etc.) worden duidelijker onderscheiden in ons organisatie-model.

Ook zetten we verder in op het flexibiliseren van de personeelsinzet en goed capaciteitsmanagement. Dit wil concreet zeggen dat we medewerkers breder inzetbaar maken op verschillende afdelingen in ons ziekenhuis, maar ook de inzet van medewerkers meer afstemmen op de daadwerkelijke zorgvraag van patiënten. De inzet van personeel gaat dus (meer) mee variëren met de bedbezetting bijvoorbeeld. Dat spaart inzet van medewerkers op rustige momenten, zodat we op piekmomenten extra 'handen aan het bed' kunnen inzetten. Voor medewerkers hoeft deze flexibilisering geen verslechtering van rechtspositie te betekenen, omdat we waar dit passend is, nog steeds medewerkers een vast dienstverband kunnen geven, alleen de daadwerkelijke werkplek en -tijden zullen meer dan voorheen variëren.

Langere termijn ICT beleid

Op de langere termijn is inzet van ICT een noodzakelijk hulpmiddel om onze strategie te realiseren. Daarom gaan we hier onderstaand verder op in.

Voor de planperiode 2012 en 2013 ligt de nadruk op informatiebeveiliging, de inzet van EPD functionaliteit in het huidige Chipsoft ZIS, transmurale communicatie en de digitalisering van diverse werkprocessen met als doelstelling de communicatie over de patiënt te verbeteren, papierloos(-arm) te werken en de workflow te optimaliseren

EPD (deel)systemen

In 2012 is de basis gelegd voor een grootschalig EPD project dat doorloopt tot eind 2014. In 2012 zijn de 5 pilot afdelingen gestart met het inrichten en ontwikkelen van hun vakgroep EPD's welke eind oktober in gebruik genomen zijn. Na een evaluatie zijn de onderhandelingen met de leverancier, voor de uitrol van de andere vakgroep EPD's voor eind 2014, gestart en dit is een belangrijk speerpunt van het informatiebeleidsplan 2013 - 2016.

Verpleegkundig EPD

De uitrol van het verpleegkundig EPD heeft in 2012 plaatsgevonden op de afdeling Oncologie en de voorbereidingen voor de afdelingen Kindergeneeskunde, PAAZ en cardiologie zijn getroffen zodat deze in het voorjaar van 2013 in gebruik genomen kunnen worden.

Scannen poliklinische statussen

In 2012 zijn de poliklinische statussen van de vakgroep Chirurgie, Urologie, MDL gescand en is gestart met het scannen van de poliklinische statussen van de cardiologie en Interne Geneeskunde. Dit met name uit oogpunt van plaatsgebrek in de archiefruimtes en de ophanden zijnde verbouw- en nieuwbouw plannen. Deze gescande statussen zijn gekoppeld aan CS-EZIS en zijn overal digitaal opvraagbaar. Het papier dat nog binnenkomt (huisartsbrieven, onderzoeksverslagen, etc.) worden na ontvangst ook meteen erbij gescand.

Spraakherkenning

De verdere uitrol van spraakherkenning heeft in 2012 zijn vervolg gekregen bij de vakgroepen Geriatrie, Revalidatiegeneeskunde en Sportgeneeskunde.

Management Informatie

In 2011 zijn beide systemen iVide en iPresto van InfoReports gefaseerd in gebruik genomen en de veranderende set aan indicatoren vereist een continu proces van ontwikkeling, testen en in gebruik name. Veelal is het ook noodzakelijk om de bronsystemen aan te passen hetgeen gecombineerd moet worden met de implementatie van de vakgroep EPD's en vervolgens ontsluiten van deze data in iPresto.

In het tweede kwartaal van 2009 is een nieuw logistiek- en boekhoudsysteem "live" gegaan en in april 2010 is het debiteurenbeheer (DB3) in productie genomen. Medio 2011 is gekozen om over te gaan naar de nieuwe productlijn "Vidavi" van VCD en deze migratie is in 2012 gestart en zal in 2013 afgerond worden. In dit nieuwe systeem zit ook de mogelijkheid om papierarm te gaan werken door het scannen van facturen en middels een workflow ondersteuning kan het autoriseren beter georganiseerd en de doorlooptijd van de verwerking van facturen verkort worden.

Facilitaire informatie systemen

In 2011 is de ICT module van het Facility Management Informatie Systeem in gebruik genomen en in 2012 heeft een marktverkenning plaatsgevonden van de ICT beheertools. In 2013 zullen nieuwe beheertools in gebruik genomen worden en dient verdergaande standaardisatie hoog op de agenda te staan.

Document- en workflow management en standaardisatie kantoorautomatisering

De implementatie van document- en workflow management systemen is in 2012 onvoldoende van de grond gekomen en om die reden is in het informatiebeleidsplan 2013 - 2016 dit als speerpunt opgenomen. Hierbij wordt aansluiting gezocht bij het ontwikkelplatform SharePoint en zijn de voorbereidingen gestart om te komen tot een Microsoft Software Assurance licentiemodel dat verdergaande standaardisatie in kantoorautomatisering en beheer mogelijk maakt en het gebruik van SharePoint als ontwikkelplatform.

Infrastructuur

De voorbereidingen voor de realisatie van een draadloos netwerk hebben in 2012 plaatsgevonden. Dit draadloos netwerk zal in 2013 gerealiseerd worden en dient als basis voor de vervanging van het verpleegopropstelsel (VOS), introductie van Voice over IP (VOIP) en is met name voor het gebruik van het EPD een belangrijke randvoorwaarde. Na vervanging van de telefooncentrale door een VOIP centrale zal in deze ruimte de tweede computerruimte gerealiseerd worden.

De voorbereidingen voor het realiseren van redundante server en storage capaciteit in beide computerruimtes zullen in 2013 plaatsvinden.

Ondertekening

Dit directieverslag is vastgesteld door de Raad van Bestuur op 27 mei 2013 en vervolgens op dezelfde datum door de Raad van Toezicht goedgekeurd, ten bewijze waarvan het origineel van dit directieverslag in tweevoud is ondertekend.

Raad van Bestuur

(was getekend)

De heer mr drs G.A.M. Thiadens

(was getekend)

De heer drs. R.M. Schipper

Raad van Toezicht

(was getekend)

De heer mr G.J.H.M. Wagemans, voorzitter

(was getekend)

Mevrouw A.M.A. Meijs

(was getekend)

De heer drs J.L.H.H. Kunnen

(was getekend)

De heer drs. P.H. Beijers

(was getekend)

De heer mr drs M.S. Tenge

Personalia

In deze bijlage is de samenstelling van diverse gremia binnen het Laurentius Ziekenhuis opgenomen per ultimo 2012.

Raad van Toezicht

De heer mr G.J.H.M. Wagemans, voorzitter
De heer J.L.H.H. Kunnen
De heer M.S. Tenge
De heer P.H. Beijers
Mevrouw A.M.A. Meijs

Raad van Bestuur

mr. drs G.A.M. Thiadens, voorzitter Raad van Bestuur

Bestuur medische staf

dr. M.G.M. Bergmans, voorzitter
drs. B.G. Kaufmann, secretaris
dr. M.O. den Boer, penningmeester
drs. P.J.C. Jacobs, lid
mw. drs. L.H. Willems-Bloemer, lid

Management

Mevrouw F.M.J. Koninkx - Rulkens, Manager Bedrijfsvoering
De heer M.F.M. Ehlen, Stafafdelingsmanager Financiën en Control
Mevrouw mr. A.M.E. Westerbeek, Manager Bedrijfsvoering
De heer mr. dr. R.G.H.G. Kerff, Stafafdelingsmanager Beleidsondersteuning / Bestuursadviseur
De heer J.J. Koenen, Bouwmanager
Mevrouw J.F.M. Leurs, Directiesecretaris
De heer J.J.M. Pirovano, Stafafdelingsmanager Personeel en Organisatie
De heer ir. G. Biesmans, Manager Facilitair Bedrijf a.i.

Ondernemingsraad

Mw. V. van der Zwet Slotenmaker, voorzitter, verpleegkundige Afdeling A2 Orthopedie
Mw. M.C.W. Mesman, vice-voorzitter, teamcoördinator Afdeling A3 Oncologie
Mw. L. Krauth, secretaris, medewerker operationele Inkoop
Mw. M.M.E.J. Geraets, DB-lid, medisch maatschappelijk werker
Dhr. R.M.M. Claessen, senior verpleegkundige PAAZ
Dhr. D. Groot, teamcoördinator Hart/Longfunctieafdeling
Dhr. C.J.G.M. Hoezen, afdelingsmanager Hoofd en Zintuigen
Dhr. N. Lenssen, radiodiagnostisch laborant gespecialiseerd angio
Mw.. M.G.J. Joosten, senior OK-assistent
Mw. M.H.P. Joosten, vakspecialist productieapothek
Mw. L. Vergoosen, verpleegkundige Dialyse
Dhr. P.M.H. Weijers, projectleider catering
Mw. S.A.M.J. van Wijk, Deskundige infectiepreventie
Toegevoegd als ambtelijk secretaris: Mw. E.J.G. Vossen

Cliëntenraad

Mevrouw E. Willems, voorzitter (tot 1 april 2012)
De heer T. Hoekjan, vice-voorzitter (per 1 april 2012, voorzitter)
Mevrouw A. van der Loo - Welters
Mevrouw O. Kilkens
De heer H. Vaanholt (tot 1 april 2012)
De heer A. van Pol (per 1 april 2012)
Mw. I. Bergs (per 1 april 2012)
Mevrouw H. Leurs, ambtelijk secretaris

Verpleegkundige Adviesraad

De heer K.J. van den Broek, voorzitter, senior verpleegkundige PAAZ
Mevrouw R.P.G. Ruijten, vice-voorzitter, Nurse Practitioner Oncologie
Mevrouw W.M.C. Weijers, lid, IC verpleegkundige
De heer P.E.F.M. Mertens, lid, SEH verpleegkundige
Mevrouw D.D.H. Hintzen, lid, Coördinator opleidingen
Mevrouw M. Vaesen, lid, oncologie-verpleegkundige
Mevrouw S.G. van der Loo, teamcoördinator longgeneeskunde

Privacycommissie

De heer R. van der Borgh, voorzitter, Cardioloog
De heer D.C.H. Groot, Teamcoördinator Hart- longfunctieafdeling
De heer F.G.H. Soons, Stafffunctionaris ICT
De heer A.J. Kurvers, Personeelsfunctionaris
Mevrouw W.M.C. Weijers, ICU-verpleegkundige
Mevrouw N.P.Y.M. de Bijl, ambtelijk secretaris, Stafjurist

Adviescommissie ICT

De heer P. Bus, voorzitter
De heer F. Soons, secretaris, staffunctionaris ICT
De heer M. Vogt, adviserend lid, klinisch chemicus
De heer P. Peerenboom, adviserend lid, cardioloog
De heer H. Jiang, adviserend lid, chirurg
De heer M. de Bruin, adviserend lid, uroloog
De heer J. Reijnders, adviserend lid, verpleegkundige
De heer H. Dohmen, adviserend lid, afdelingsmanager

Klachtencommissie

De heer Mr. V. van Deventer, voorzitter (extern)
De heer Drs. I. Utama, vice-voorzitter (extern)
De heer Mr. A.J.W. Lenaerts, lid namens patiënten/cliënten
De heer Drs. P.J. Bus, Maag-, darm-, Leverarts, lid vanuit de medische staf
De heer W.J.L. Hoppers, CCU-verpleegkundige, lid namens verpleegkundigen
De heer A.J.M. van den Berg, plaatsvervangend lid namens patiënten/cliënten
Mevrouw M.W.G. Moonen, plaatsvervangend lid vanuit de medische staf
Mevrouw W.M.C. Weijers, ICU-verpleegkundige, plaatsvervangend lid namens verpleegkundigen
Mevrouw Mr. Dr. N.P.Y.M. de Bijl, ambtelijk secretaris, Stafjurist Laurentius Ziekenhuis

Commissie Meldingen Incidenten Patiëntenzorg (MIP)

Mevrouw D. Hintzen, coördinator opleidingen (tevens lid Verpleegkundige Advies Raad)
Mevrouw R. Naus, secretaris
De heer P.S.J.R. Crobach, oogarts
De heer G.L.M. Smals, psychiater
De heer B.G. Kaufmann, ziekenhuisapotheker, tevens voorzitter van de commissie
De heer P.H.C. Crins, beleidsmedewerker

Medische staf

| Naam specialist | Voorletters | Specialisme |
|---------------------|----------------|------------------------|
| Aaldering * | mw. K.N.A. | internist-hematoloog |
| Anderson * | J.M.E. | anesthesioloog |
| Baardwijk van | mw. A.A.W. | radiotherapeut |
| Bell * | A.V.R.J. | chirurg |
| Berg vd | A.G.M. | psychiater |
| Bergmans * | dr. M.G.M. | gynaecoloog |
| Boer den * | dr. M.O. | internist |
| Bonnemayer * | J.M.G.C. | oogarts |
| Boorsma * | mw. S. | internist |
| Borgh vd * | R. | cardioloog |
| Boumans | R.F.J. | SEH-arts |
| Brouns | mw. M.H.H. | 2e ziekenhuisapotheker |
| Bruin de * | M.J.F.M. | uroloog |
| Bus * | P.J. | maag-darm-lever-arts |
| Cleef | mw. S. | SEH-arts |
| Crobach * | P.S.J.R. | oogarts |
| Dekkers * | G.H.G. | orthopeed |
| Delescen | mw. M.H.J. | SEH-arts |
| Dermout | mw. K.M.T. | geriater |
| Deserno * | W.M.L.L.G. | radioloog |
| Dijke van * | mw. B.J. | medisch microbioloog |
| Drabbe | mw. N.R.G. | ziekenhuisapotheker |
| Eekers * | mw. P.J.E. | neuroloog |
| Essen van | Mw. J.J.M. | fertiliteitsarts |
| Finaly-Marais * | mw. C. | chirurg |
| Frederiks * | R.M.A. | anesthesioloog |
| Gaykema | mw. O.M.A. | ziekenhuisapotheker |
| Gilles * | mw. R. | nucleair geneeskundige |
| Göbel * | E.J.A.M. | cardioloog |
| Goede de * | E.B. | maag-darm-lever-arts |
| Gonera * | E.G. | neuroloog |
| Goor van * | mw. dr. M.P.J. | neuroloog |
| Haan de * | E.F.A. | chirurg |
| Haarsma * | S.M. | orthopeed |
| Haga | mw. N. | kinderrevalidatiearts |
| Hanekom | J.H. | kinderarts |
| Heemskerk* | J. | chirurg |
| Helvoirt-Jansen van | mw. M.J.C.E. | kinderdiabetesarts |
| Henszen * | mw. dr. M.M.M. | K.N.O.-arts |
| Heuft-Dorenbosch * | mw. dr. E.L.J. | reumatoloog |
| Hoep * | L.S. | K.N.O.-arts |
| Hohmann | mw. K.J. | psychiater |
| Hoogmoed | J. | geriater |
| Houtmeyers * | G. | internist |
| Hubregtse | mw. T. | kinderarts |
| Huitema * | J.J. | internist |
| Jacobs * | P.J.C. | reumatoloog |
| Janssen * | dr. G.M.E. | sportarts |
| Janssen | P.K.C. | ziekenhuisapotheker |
| Jiang * | H.H.L. | chirurg |
| Jonkers-Bos | mw. R. | kinderarts |
| Kaufmann | B.G. | ziekenhuisapotheker |
| Kengen * | R.A.M. | nucleair geneeskundige |
| Kessing * | P.H.L. | radioloog |
| Klinkenberg | mw. R.M.C. | SEH-arts |
| Korten * | dr. A.G.G.C. | neuroloog |
| Laak ter | mw. M. | neurochirurg |
| Laan van der * | R.T. | radioloog |
| Laurin * | dr.Th. | kaakchirurg |
| Leijtens * | J.W.A. | chirurg |
| Lijnen * | R.L.P. | dermatoloog |
| Lunde * | R. | Longarts |

Naam specialist

Maassen *
 Medaer *
 Migchelbrink
 Moonen-Delarue *
 Mulder *
 Mulken van *
 Neer van *
 Nes van *
 Nooteboom
 Nopens
 Opdenakker *
 Pathmamanoharan *
 Peerenboom *
 Peeters-Fleer *
 Pennings *
 Pernot
 Pinto *
 Pitz *
 Poel van de *
 Potgieter
 Raaijmakers
 Rafiqpoor *
 Ramselaar
 Raven
 Rupa *
 Sala *
 Sannen *
 Sauren
 Schellart
 Schelven van *
 Schijns
 Schneider *
 Schouteten *
 Schyns-Soeterboek *
 Sebregts *
 Shudofski
 Smals
 Smet de *
 Souren
 Stefelmans *
 Strackke
 Ten Tusscher *
 Thissen *
 Timmermans
 Toebosch *
 Unen van *
 Vandoninck *
 Verheggen
 Vernimmen *
 Vogt
 Vries de
 Wassen *
 Welters *
 Werter *
 Willems-Bloemer *
 Willig *
 Wingen *
 Wirtz *
 Zagwijn-Welten
 Zambon *
 Zaszlos
 Zundert van
 Zwaan *
 Zwarts
 * vrijgevestigd

Voorletters

R.L.J.G.
 R.H.J.
 R.T.M.
 mw. M.W.G.
 R.J.A.B.
 J.M.J.
 dr. P.A.F.A.
 E.
 F.G.C.A.
 mw. H.
 mw. G.
 S.
 P.J.H.A.
 mw. Y.M.
 dr. H.J.
 mw. H.F.M.
 mw. T.L.
 mw. dr. C.C.M.
 mw. M.H.W.
 dr. S.T.
 mw. J.
 A.K.
 A.C.P.
 G.
 R.P.
 L.J.M.
 mw. G.
 mw. L.
 mw. M.
 R.M.
 O.E.M.G.
 mw. I.G.
 L.A.A.
 mw. A.A.J.G.M.
 B.P.
 mw. K.
 G.L.M.
 P.M.A.
 mw. D.A.P.B.M.
 mw. C.M.H.J.J.
 R.P.
 prof. M.P.M.
 mw. C.A.C.B.
 mw. P.F.
 mw. dr. S.M.
 J.M.J.
 mw. dr. V.
 mw. A.W.M.
 R.C.J.
 dr. M.H.J.
 dr. J.E.
 M.H.M.
 C.
 C.J.P.J.
 mw. L.H.
 A.P.
 mw. C.B.M.
 dr. J.J.J.M.
 mw. H.J.M.
 J-V.
 mw. K.J.M.
 M.H.
 mw. I.M.
 F.W.E.J.

Specialisme

anesthesioloog
 neuroloog
 klinisch psycholoog
 gynaecoloog
 gynaecoloog
 orthopeed
 dermatoloog
 cardioloog
 intensivist
 intensivist
 radioloog
 internist
 cardioloog
 anesthesioloog
 longarts
 revalidatie-arts
 reumatoloog
 longarts
 internist
 kinderarts
 kinderarts
 anesthesioloog
 dermatoloog
 SEH-arts
 klinisch patholoog
 longarts
 radioloog
 klinisch fysicus
 SEH-arts
 internist
 neurochirurg
 anesthesist-intensivist
 anesthesist-intensivist
 neuroloog
 uroloog
 ziekenhuisapotheker
 psychiater
 orthopeed
 GZ-psycholoog
 anesthesioloog
 revalidatie-arts
 oogarts
 dermatoloog
 ziekenhuisapotheker
 maag-darm-lever-arts
 chirurg
 uroloog
 geriater
 oogarts
 klinisch chemicus
 klinisch chemicus
 orthopeed
 plastisch chirurg
 cardioloog
 K.N.O.-arts
 klinisch patholoog
 gynaecoloog
 internist
 poliklinisch apotheker
 uroloog
 SEH-arts
 klinisch psycholoog
 gynaecoloog
 psychiater

Bijlage Raad van Toezicht

Ultimo 2012 bestond de Raad van Toezicht van het Laurentius Ziekenhuis uit:

- o Mevrouw drs. A.M.A. Meijs
- o De heer drs. J.L.H.H. Kunnen, vice-voorzitter
- o De heer drs. P.H. Beijers, lid
- o De heer mr. drs. M.S. Tenge, lid
- o De heer mr. G.J.H.M. Wagemans, voorzitter

Hoofd/Nevenfuncties:

Mevrouw drs. A.M.A. Meijs

Hoofdfunctie

Eigenaar Praktijk Anke Meijs en in dat kader voorzitter Raad van Bestuur a.i. van Zorggroep Charim.

Aandachtsgebied

- o Algemeen bestuurlijke ontwikkelingen en strategie
- o Zorginhoudelijke ontwikkelingen en kwaliteitsbeleid

Nevenfuncties

- o Lid Raad van Toezicht Laurentius Ziekenhuis Roermond
- o Voorzitter Raad van Toezicht VVT instelling Marente
- o Lid Raad van Toezicht Revant Revalidatiecentrum (tot 1/1/2013)

Eerste benoeming

1 april 2011

Huidige termijn

1 april 2011 - 1 april 2015

De heer drs. J.L.H.H. Kunnen

Hoofdfunctie

Algemeen directeur Westrom

Aandachtsgebied

- o Algemeen bestuurlijke aangelegenheden, bedrijfsvoering, financiën
- o Lid benoemd op voordracht van de Cliëntenraad
- o Lid auditcommissie

Nevenfuncties

- o Bestuurder Westrom Holding BV
- o Bestuurder Westrom Schoonmaak BV
- o Directeur Stichting Aan het Werk
- o Directeur Stichting Baanmobiel
- o Directeur Stichting Bevordering Werkgelegenheid
- o Voorzitter Provinciaal Directeuren Contact SW-bedrijven Limburg
- o Lid Raad van Toezicht De Meent Groep
- o Lid Klachtencommissie Meldpunt seksueel misbruik RKK

Eerste benoeming

1 september 2008

Tweede benoeming

10 januari 2012

Huidige termijn

1 januari 2012 - 1 januari 2016

De heer drs. P.H. Beijers

Hoofdfunctie

Vice-Voorzitter Raad van Bestuur Koninklijke Visio

Aandachtsgebied

- o Algemeen bestuurlijke aangelegenheden

Nevenfuncties verbonden aan de hoofdfunctie:

- o Penningmeester stichting Inzicht, toepassingsgericht wetenschappelijk onderzoek ten behoeve van mensen met een visuele beperking.
- o Vice-Voorzitter Katholieke stichting voor Blinden en Slechtzienden
- o Lid Adviescommissie Planning en Bouw Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN)

Overige nevenfuncties

- o Voorzitter Raad van Toezicht Radius, welzijnsinstelling Land van Cuijk
- o Lid kunstcommissie gemeente Mill en St. Hubert

Eerste Benoeming

1 april 2011

Huidige termijn

1 april 2011 - 1 april 2015

De heer mr. drs. M.S. Tenge

Hoofdfunctie

Financieel directeur Q-Park Beheer BV

Aandachtsgebied

- o Algemeen bestuurlijke aangelegenheden
- o Bedrijfsvoering en commercialisering
- o Financiën
- o Voorzitter auditcommissie

Nevenfuncties

- o Adviseur HVM Plasma Ltd. te Praag

Eerste benoeming

1 september 2008

Tweede benoeming

10 januari 2012

Huidige termijn

1 januari 2012 - 1 januari 2016

De heer mr. G.J.H.M. Wagemans

Hoofdfunctie

Kwartiermaker Chemelot Campus Consortium (tot 01-06-2012)

Aandachtsgebied

- o Algemeen bestuurlijke aangelegenheden
- o Vertegenwoordiging Raad van Toezicht

Nevenfuncties

- o Vice Voorzitter Bestuur Pensioenfondsen AMF en BFM
- o Lid Bestuur Instituut Asbest Slachtoffers
- o Lid Bestuur Nederlands Instituut Fysieke Veiligheid
- o Lid Raad van Commissarissen Parkmanagement LWV
- o Lid Bestuur Pensioenfonds DSM Nederland
- o Vice Voorzitter Raad van Commissarissen MTB
- o Lid Bestuur Waterschap Roer en Overmaas
- o Voorzitter Bestuur stichting Regiobranding Zuid-Limburg
- o Lid Adviesraad IKL
- o Voorzitter Raad van Toezicht Stichting Tophandbal Zuid Limburg

Eerste benoeming

1 september 2008

Huidige termijn

1 september 2008 - 1 september 2012