

A photograph of a modern building entrance with large glass doors. Two people are walking through the entrance, their figures blurred to convey motion. The person on the left is wearing a reddish-brown sweater and dark trousers. The person on the right is wearing a light-colored blazer and dark trousers. The floor is covered with a grey carpet. The background shows a bright, sunny day outside.

Jaarverslag 2005

Het traject van de patiënt



Ziekenhuis Oost-Limburg

© jaarverslag 2005 Ziekenhuis Oost-Limburg

Samenstelling: dienst Pers en Communicatie,
Schiepse Bos 6, 3600 Genk
Tel.: 089 32 17 61 • E-mail: info@zol.be

Foto's: Mine Dalemans
Vormgeving: Onar
Druk: Paesen Opglabbeek

Het traject van de patiënt in het ZOL

INHOUDSTAFEL

	Voorwoord	3
	Inleiding: Start project patiëntveiligheid	5
1.	Verwijzing en afspraak	6-9
1.1	Communicatie met de huisartsen	8
1.2	Herkomst en pathologie van de patiënt	9
1.3	Prijsindicaties	9
2.	Raadpleging en medisch-technische onderzoeken	10-15
2.1	Parking	12
2.2	Inschrijving	12
2.3	Bewegwijzering	13
2.4	Aantal consulten	13-14
2.5	Info onderzoeken op internet	15
2.6	Medisch-technische nieuwigheden	15
3.	Opname	16-41
3.1	Via Spoed	18
3.1.1	Hospitalisatie via Spoed	18
3.1.2	Hospitalisatie op Spoed	19
3.2	Geplande opname en voorinschrijving	20-21
3.3	Wie is de patiënt?	22
3.4	Algemene activiteitscijfers	23-25
3.5	De mening van de patiënt over zijn verblijf	26-27
3.6	Behandeling en verzorging	27
3.6.1	Algemeen	28-29
3.6.2	Zorginhoudelijk	30
3.6.2.1	Klinische paden	30-31
3.6.2.2	Campagnes, projecten en protocollen	31-35
3.6.2.3	Wie is de zorgverlener?	36
3.6.2.3.1	Medewerkers	36-37
3.6.2.3.2	Artsen	37-38
3.6.2.3.3	Opleidingscentrum	38-39
3.6.2.3.4	Studenten verpleegkunde	39
3.6.3	Nieuwe erkenningen afdelingen	39-40
3.6.4	Netwerken	40-41
4.	Ontslag	42-45
4.1	Communicatie met thuiszorg/casemanagement	44
4.2	Opvolging dagziekenhuis heelkunde	44
4.3	De ziekenhuisfactuur	44
4.4	Klachtenbemiddeling	45
	Bijlage	47-51
	Contactgegevens ziekenhuis	47
	Financiële resultaten	48-51



VOORWOORD

VOOR u ligt het jaarverslag van het Ziekenhuis Oost Limburg met een overzicht van de werking van 2005. Dit kan onmogelijk een volledig verslag zijn. Er werd gekozen om dit jaarverslag op te bouwen rond het traject van de patiënt vanaf de afspraak, de raadpleging, de geplande opname of de opname via de dienst spoedgevallen, de tevredenheid van de patiënt tot en met het ontslag, aangevuld met een aantal cijfers en evoluties.

Het jaar 2005 was opnieuw een druk jaar voor het ZOL. Bijna alle activiteiten blijven toenemen, de gemiddelde verblijfsduur blijft dalen, de bouwwerken op campus St.-Jan en campus St.-Barbara werden verder gezet. Positief is de vaststelling dat de patiënttevredenheid nooit beter was dan in 2005. Dit is het resultaat van een volgehouden inspanningen vanuit onze diensten en afdelingen. Bijkomende klinische paden en protocol-len werden ontwikkeld. Het multidisciplinair pijncentrum kreeg een erkenning als referentiecentrum voor de behandeling van chronische pijn, een nieuwe dagkliniek werd geopend op campus St.-Barbara, de multidiscipli-naire voetkliniek kreeg een erkenning als derde lijnscentrum, een nieuwe revalidatieafdeling werd opgericht, het hyperbaar zuurstofcentrum kon opstarten,... voorbeelden van de dynamiek die leeft in het ZOL. De tevreden-heid van de huisartsen over de ziekenhuiswerking is toegenomen.

Financieel was het jaar 2005 een redelijk positief jaar. De beoogde financiële objectieven werden gerealiseerd en dat is essentieel om het huidige ritme van de bouwwerken te kunnen aanhouden. De toekomst van het zie-kenhuis voorbereiden en daardoor de continuïteit van de zorgverlening in de regio kunnen garanderen vraagt middelen om dit mogelijk te maken. Deze middelen kunnen enkel gerealiseerd worden door het realiseren van een winst uit de ziekenhuisexploitatie waardoor het financieel meerjarenplan ingevuld kan worden.

De tewerkstelling is afgelopen jaar verder aangegroeid. Tal van vormingsinitiatieven werden ontwikkeld en de uitbouw van het ZOL als opleidingscentrum voor artsen en verpleegkundigen werd verder gezet.

2005, was het tiende jaar van het ZOL als fusieziekenhuis en er kan een positief bilan voorgelegd worden. Toch is er geen plaats voor euforie. Verbeteren kan en moet altijd. De uitdaging blijft om de mensen die in ons ziekenhuis op raadpleging komen, een onderzoek ondergaan, al dan niet gepland opgenomen worden in de dagkliniek of op een afdeling, de best mogelijke zorg te geven. Dit is en blijft in belangrijke mate het werk van mensen; artsen, verpleegkundigen, paramedici, maar ook van mensen in de ondersteunende diensten zoals de administratie, het onderhoud, de keuken en van vrijwilligers die zich belangeloos inzetten in het ZOL. Het realiseren van de beoogde kwaliteitszorg is noodzakelijk, maar niet evident. Er moet verder gewerkt worden aan het objectief in beeld brengen van de effectieve resultaten van de zorg zodat we niet alleen perceptie van de zorg en de ziekenhuiswerking, maar ook de daadwerkelijk kwaliteit ervan kennen en kunnen opvolgen. Dat is een belangrijke uitdaging naar de toekomst.

Graag willen we iedereen danken die meegewerkt heeft aan de realisatie van de ziekenhuiswerking van 2005. Het verhaal van het traject van de patiënt zal u hierover een mooi beeld schetsen.



INLEIDING

Start project patiëntveiligheid

De veiligheid van de patiënt is een van de belangrijkste prioriteiten van de komende jaren in het ZOL. In 2005 werd de veiligheidscultuur bevraagd via een gevalideerde vragenlijst. Na exploratie van de beschikbare instrumenten werd gekozen voor de 'Hospital Survey on Patient Safety Culture' van het Agency for Healthcare Research and Quality. In totaal namen hier 1300 artsen en medewerkers of 75,3% van de bevraagden aan deel.

Het initiatief vanuit de ziekenhuisdirectie om dergelijke meting te organiseren, de ondersteuning zowel vanuit medisch als verpleegkundig-paramedisch departement en de grote antwoordratio bij medewerkers en artsen, tonen een belangrijke betrokkenheid naar patiëntveiligheid en de bereidheid tot een kritische zelfevaluatie. De volgende fase in het meerjarenplan 'patiëntveiligheid' zal hiertoe alleszins een aanzet geven. Er zal ook een methodologie voor het wijzigen van de veiligheidscultuur in het ziekenhuis uitgewerkt worden.

Op afdelingsniveau werden intussen al enkele succesvolle projecten opgestart. Zo deed de dienst Gynaecologie een interne audit in verband met 'clinical risk management'. Op de verpleegdienst D00 heeft het project 'suggestiebus' waar verpleegkundigen fouten en bijna-fouten kunnen rapporteren, veel succes.

Het ZOL diende het meerjarenproject rond 'patiëntveiligheid' in voor de Tyco Healthcareprijs en behaalde, samen met het Sint-Blasiusziekenhuis van Dendermonde, de eerste plaats.

Nieuw kwaliteitsdecreet

2005 werd het eerste jaar waarin het nieuwe kwaliteitsdecreet concreet gestalte kreeg in de Vlaamse ziekenhuizen. In het ZOL werd in januari de Stuurgroep Kwaliteit omgevormd tot de stuurgroep Kwaliteit & Patiëntveiligheid. Het gevoerde kwaliteitsbeleid van 1997 tot 2004 werd geëvalueerd en er werd geopteerd voor een werking rond grote thema's.

Volgende grote thema's kwamen vervolgens aan bod in 2005:

- Klinische performantie
 - Valincidenten: een goede indicator voor kwaliteit van zorg?
 - Incidentie decubitus: registreren, interpreteren, opvolgen en verbeteren.
 - Bespreking van het 'Rapport klinische performantie algemene en universitaire ziekenhuizen' vanuit de Vlaamse overheid.
 - Klinische paden: stand van zaken 2005 en opties 2006.
 - Ongeplande heropname: herdefiniëring en dataverzameling.
- Operationele performantie
 - Temperatuur van de voeding bij de distributie van maaltijden.
 - Duidelijkheid van de interne bewegwijzering voor patiënten en bezoekers.
- Evaluatie door de gebruiker
 - Feedback over het leerproces van leerlingen verpleegkunde in het ZOL.
 - Verslag klachtenafhandeling 2004.
 - Bevraging bij gehospitaliseerde patiënten.
 - Bevraging bij ambulante patiënten.
 - Huisartsenbevraging.
- Evaluatie door de medewerker
 - Evaluatie van de veiligheidscultuur door zorgverleners in het ZOL.
 - Doorlichting van het voorschrijf-, distributie- en toedieningsproces van geneesmiddelen binnen de afdelingen 'Geriatric' en 'Moeder en Kind'.



1. Verwijzing en afspraak



1. 1 Communicatie met de huisartsen

In 2005 werd een informatica-project geïnitieerd voor de elektronische uitwisseling van informatie met de huisarts via een extranet. Met behulp van een 'token' of een digipass, kan een huisarts inloggen op een beveiligde website (het ZOL-extranet) en krijgt hij toegang tot 2 applicaties: één voor het maken van afspraken en een tweede voor het opvragen van medische gegevens van zijn patiënten. Dit project werd gedurende 3 maanden getest door een groep van 10 huisartsen en uiteindelijk positief geëvalueerd.

Daarnaast werd ervoor gezorgd dat de huisarts via Medibridge dagelijks een overzicht krijgt van zijn patiënten die opgenomen zijn, verblijven in en ontslagen werden uit het ziekenhuis.

- Informatica-nieuwigheden ter ondersteuning van zorg en behandeling
- EMD: het ZOL is in 2005 gestart met de implementatie van een centraal elektronisch medisch dossier. Een dergelijk software-pakket laat toe het dossier per medische dienst op maat te parametriseren zodat de meeste diensten dit in de toekomst in gebruik kunnen nemen. Het 'uitrollen' van deze oplossing zal nog enkele jaren in beslag nemen.
- Mediweb: Opvolger van de huidige resultatenserver 'Medifile' die een gebruiksvriendelijkere opzoeking van resultaten van medische onderzoeken mogelijk maakt. Tevens kan deze webapplicatie ook door de artsen buiten het ZOL geconsulteerd worden.
- Broka: Afsprakenmodule voor huisartsen.

Wat vindt de huisarts van de samenwerking?

Patiënten komen meestal naar het ziekenhuis op verwijzing van hun huisarts. Een goede relatie tussen ziekenhuis en huisarts is daarom uiterst belangrijk. In 2005 werd in samenwerking met de stuurgroep Huisartsenkringen een bevraging uitgewerkt voor de huisartsen uit het verwijzingsgebied van het ZOL.

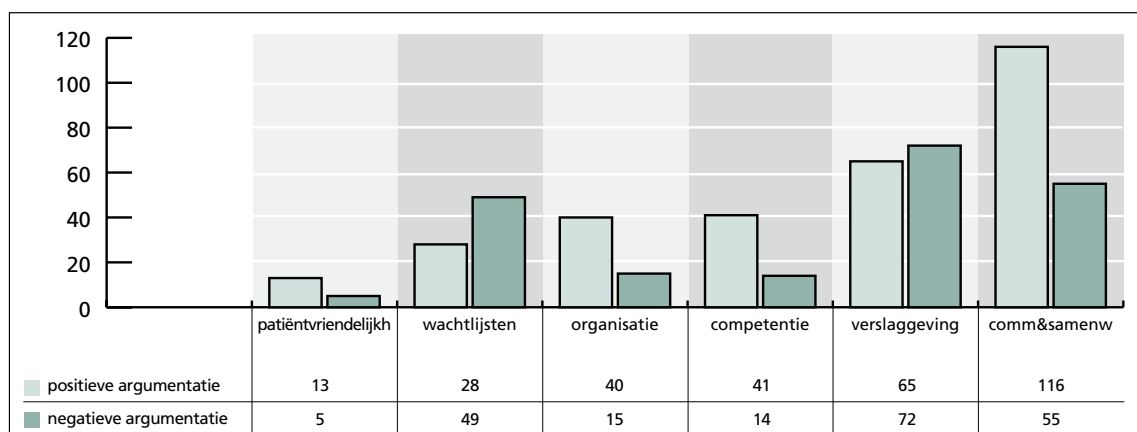
De bevraging kende een respons van 61% en leverde heel wat informatie op voor het ziekenhuis.

In de enquête wordt aan de huisartsen gevraagd om de drie diensten te benoemen waarmee zij het liefst samenwerken en de drie diensten waarmee zij het minst graag samenwerken en deze keuzes te motiveren. In totaal werden er 27 diensten van de 35 gekozen waarmee liefst samengewerkt wordt. Er werd 254 maal een positieve keuze gemaakt. De huisartsen benoemden 24 diensten waarmee het minst graag samengewerkt wordt. In totaal werden er 183 negatieve keuzes gemaakt.

De motivatie voor positieve en negatieve keuzes konden herleid worden tot zes categorieën. Onderstaand schema brengt deze in overzicht. Het aantal positieve en negatieve bemerkingen per categorie wordt in overzicht gebracht in onderstaande grafiek. 'Verslaggeving' en 'Communicatie & samenwerking' worden het meest aangehaald als reden waarom de huisarts graag of niet graag samenwerkt met een medische dienst. In de categorieën 'patiëntvriendelijkheid', 'organisatie', 'competentie' en 'communicatie & samenwerking' bedragen de positieve bemerkingen minstens het dubbele van de negatieve bemerkingen. Op vlak van 'wachtlijsten' en 'verslaggeving' zijn er meer opmerkingen dan felicitaties.

Graag of minder graag samenwerken' met een medische discipline in het ziekenhuis wordt voor de huisarts bepaald door zes aspecten.

De waardering voor deze samenwerking uit zich in positieve of negatieve argumentatie bij de keuzes die de huisartsen maken.



1. 2. Herkomst en pathologie van de patiënt

Uit welke gemeenten komen de patiënten van het ZOL? Onderstaand schema geeft de top 20 weer van de gemeentes volgens het aantal opgenomen patiënten.

	2004	2005
Alle Patiënten	31.975	32.526
Belgische patiënten	30.504	31.010
GENK	8.746	8.728
MAASMECHELEN	4.327	4.338
LANAKEN	2.339	2.458
DILSEN-STOKKEM	1.484	1.509
BILZEN	1.157	1.259
MAASEIK	1.167	1.245
HOUTHALEN-HELCHTEREN	1.117	1.084
OPGLABBEK	877	936
MEEUWEN-GRUITRODE	908	867
AS	811	790
ZUTENDAAL	800	778
BREE	551	592
DIEPENBEEK	407	445
ZONHOVEN	333	385
PEER	426	381
KINROOI	315	376
LOMMEL	329	373
BOCHOLT	425	369
HASSELT	267	341
TONGEREN	354	334

Met welke problemen komen de patiënten naar het ZOL? Onderstaand schema geeft een overzicht volgens pathologie voor opgenomen patiënten.

	2003	2004	2005
05 Hart en vaatstelsel	17,24%	18,01%	16,95%
08 Bewegingsstelsel & bindweefsel	14,46%	14,24%	14,80%
06 Spijsverteringsstelsel	13,34%	12,53%	12,15%
04 Ademhalingsstelsel	10,39%	9,42%	10,68%
01 Zenuwstelsel	8,93%	9,81%	9,30%

1.3 Prijsindicaties

Patiënten hebben heel wat vragen over de kostprijs van het verblijf en de behandeling in het ziekenhuis. Nog voor dit vanuit de overheid gestimuleerd werd, ondernam het ZOL acties om het financiële aspect van onderzoek en behandeling voor de patiënt transparant te maken. Zo werden er prijsindicaties uitgewerkt voor een groot aantal veel voorkomende ingrepen. Deze worden jaarlijks geactualiseerd en uitgebreid.

De prijsindicaties zijn terug te vinden op de ZOL-website:
[www.zol.be/patiënten/patiënteninfo/financiële informatie/prijsindicaties](http://www.zol.be/patiënten/patiënteninfo/financiële_informatie/prijsindicaties)

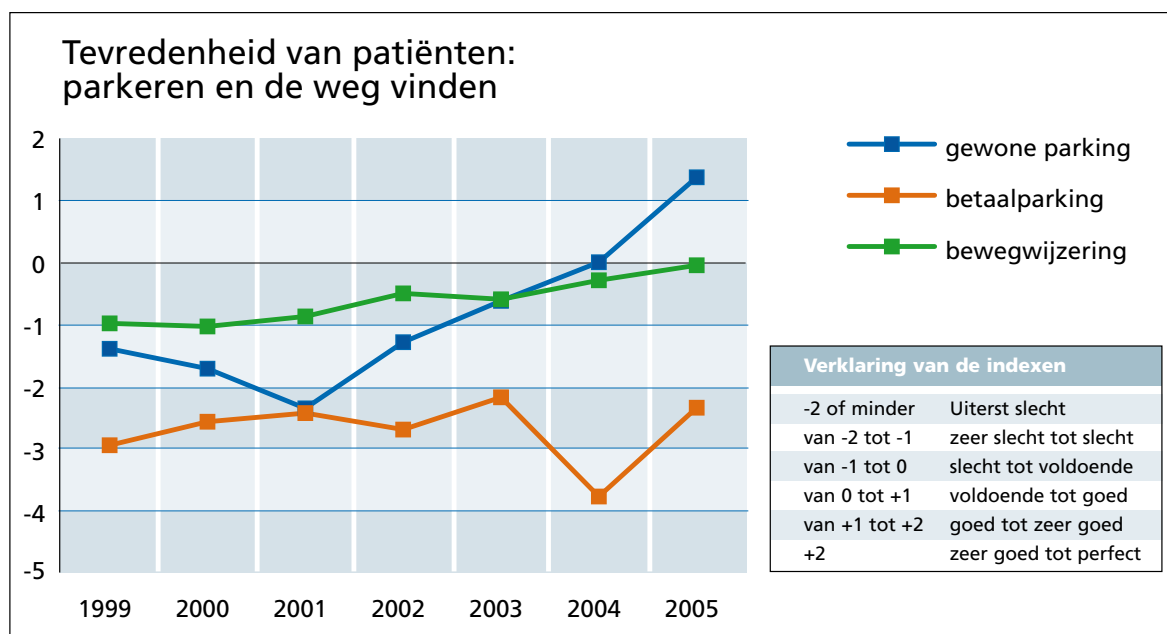


Raadpleging en medisch-technische onderzoeken



2.1. Parking

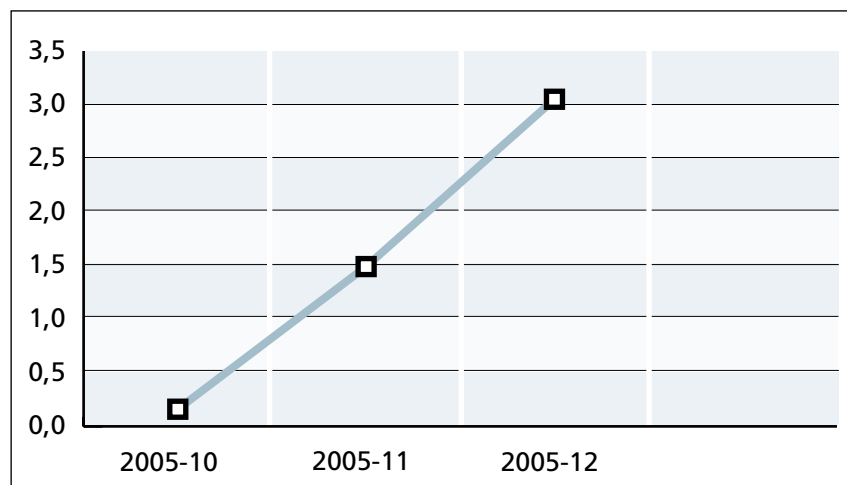
Het ZOL werkt al jaren aan een structurele oplossing voor de parkeerproblematiek. De tevredenheid over de gewone parking in André Dumont en Sint-Barbara is toegenomen dankzij de gloednieuwe parking in Lanaken. Wat de betaalparking en de bewegwijzering op Sint-Jan betreft, werden de nodige plannen uitgetekend voor een volledige vernieuwing.



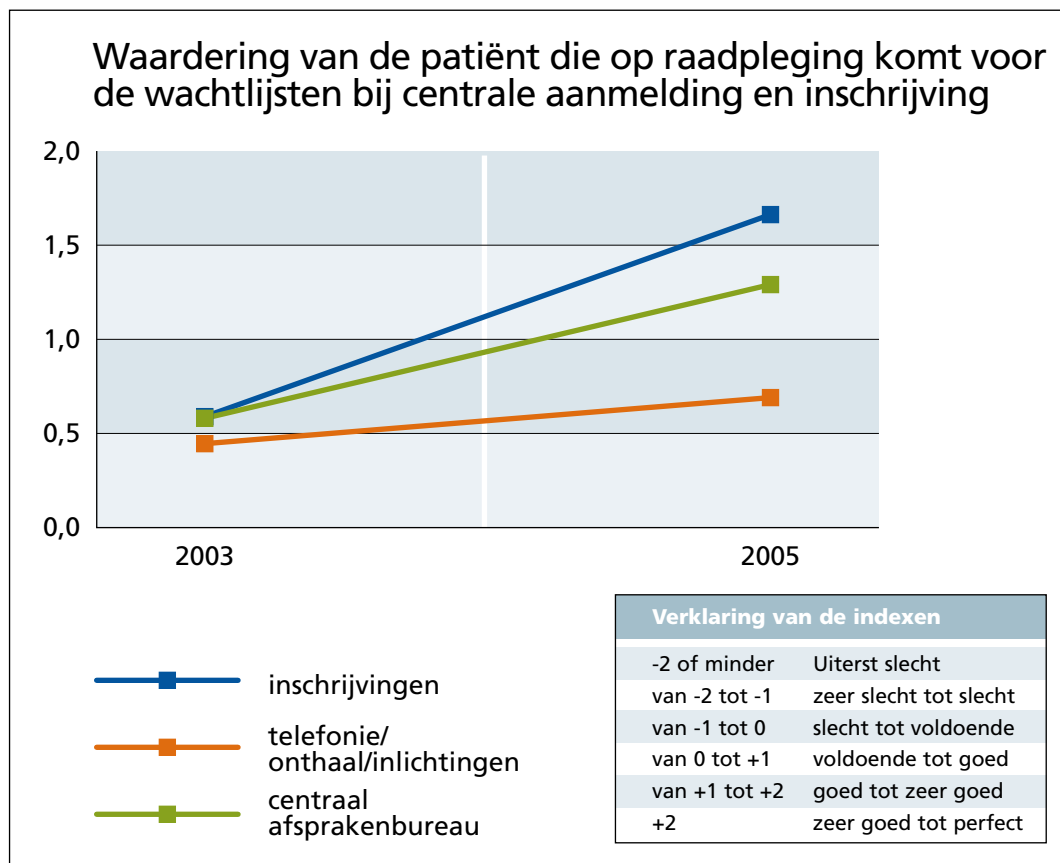
2.2 Inschrijving

Een ambulante patiënt kan zich sinds oktober 2005 zelf inschrijven aan een automatische kiosk, zonder zich te moeten aanmelden aan het loket. Op deze manier moeten de wachttijden aan de loketten beperkt worden en kan de inschrijver meer tijd nemen om de patiënt te helpen. In de opstartfase begeleidt een onthaaldame patiënten bij het gebruik van de kiosken.

Procentueel aantal inschrijvingen van ambulante patiënten via de kiosken.



Patiënten die zich aanmelden voor een raadpleging worden centraal onthaald en ingeschreven in het ziekenhuis. De ervaring die de ambulante patiënt hierbij opdoet, wordt tweejaarlijks bevraagd.



2.3 Bewegwijzering

Uit de bevraging van 179 patiënten die voor een eerste keer op raadpleging komen in het ZOL bleek dat 4 op 10 patiënten de interne bewegwijzering 'niet duidelijk' vonden. 24% van de patiënten moet 1 of meerdere keren de weg vragen (uitleg aan onthaal en inschrijvingen niet inbegrepen).

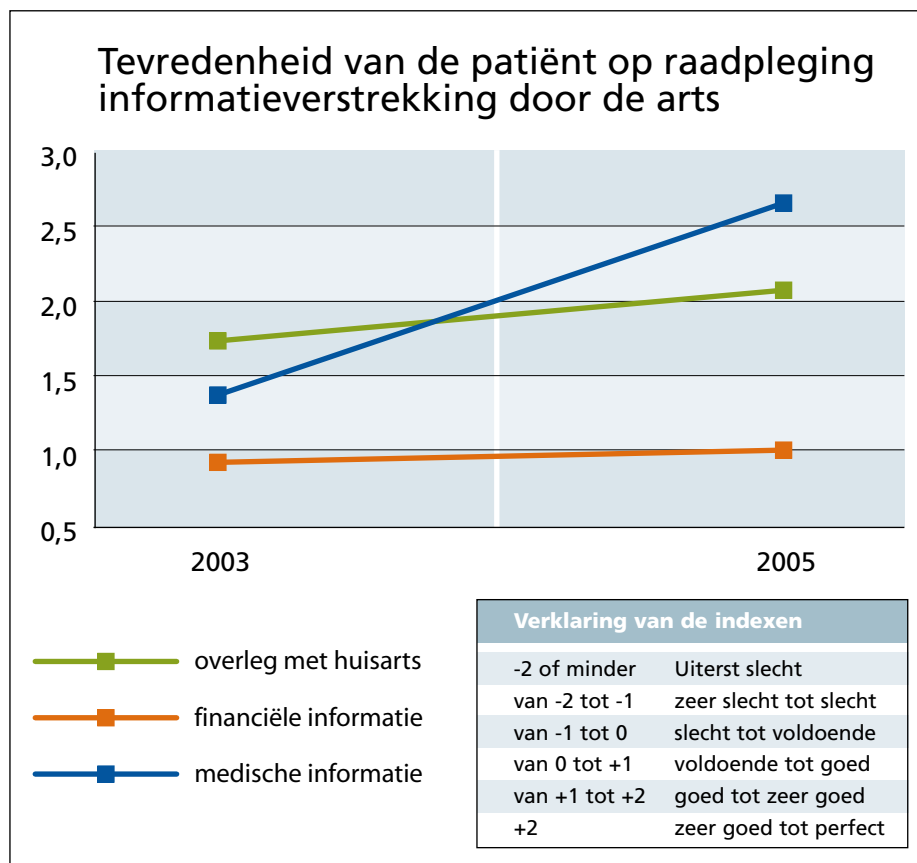
In de beleidsnota 2006 wordt opgenomen dat een nieuw concept van bewegwijzering zal uitgewerkt worden.

2.4 Aantal consulten

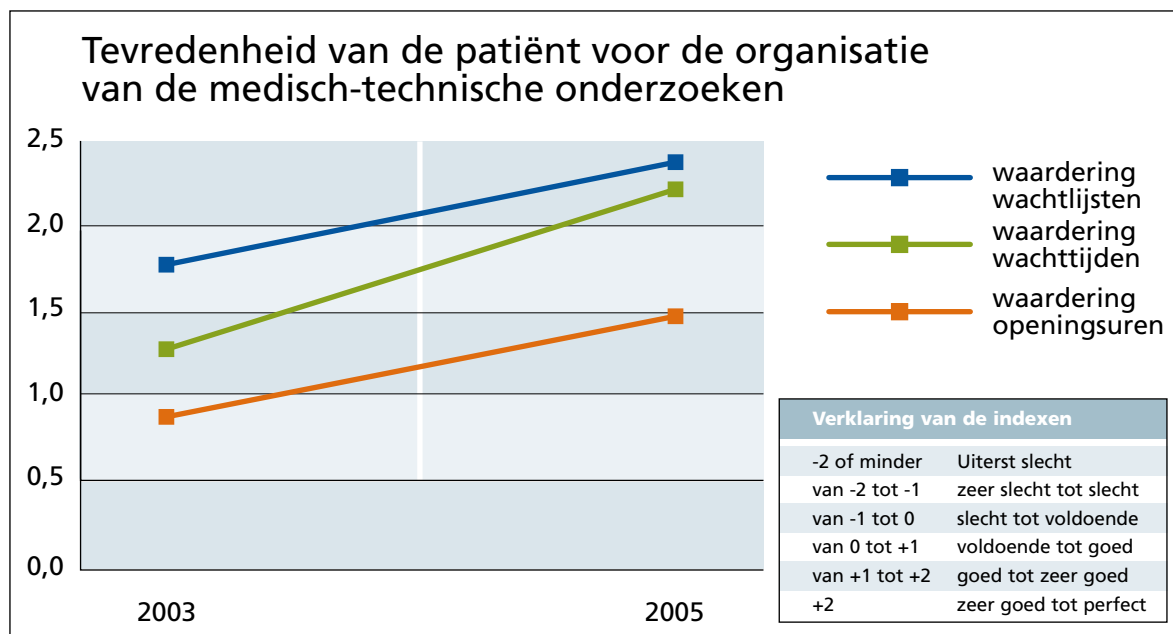
Het aantal raadplegingen in het ZOL blijft stijgen. De stijging (t.o.v. 2004) is vooral terug te vinden in volgende medische diensten: cardiochirurgie: +18%, geriatrie: +14%, cardiologie: +9%, plastische heelkunde: +9%, pneumologie: +7%, abdominale heelkunde +6%, pediatrie + 5,5%, oncologie: +5%.

	2003	2004	2005
Alle Artsen	353.458	373.712	377.989
1 Moeder en Kind	68.370	74.299	74.596
2 Thoraxcentrum	34.924	37.062	39.373
3 Abdominale/oncologie	35.745	36.919	36.120
4 Hoofd/nek/orth/alg hlk	99.701	104.296	101.844
5 Ger/psy/reva/alg.inw.	25.576	28.134	28.266
6 Kritische & ondersteunende diensten	19.289	18.458	19.825
7 Medisch-technische diensten	59.251	63.524	65.366

Het is belangrijk voor de patiënt dat de arts tijdens de raadpleging voldoende informatie geeft over de diagnose en de eventuele behandeling maar ook dat hij overlegt met de huisarts. Uit de jaarlijkse enquête blijkt dat de tevredenheid over de informatieverstrekking is gestegen.

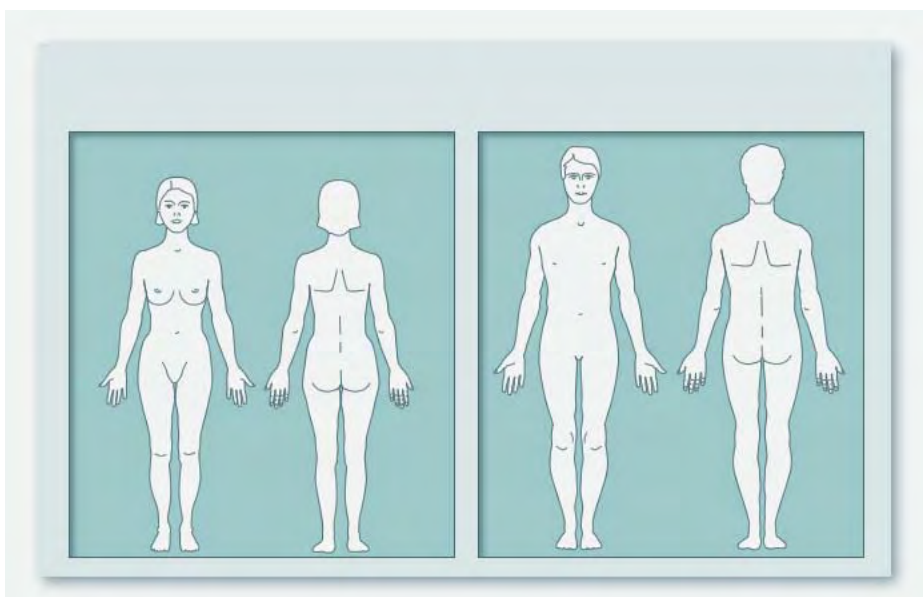


De organisatie van diverse praktisch-organisatorische aspecten bij het ondergaan van een medisch-technisch onderzoek wordt als 'goed' tot 'zeer goed' ervaren.



2.5 Info-onderzoeken op internet

Om de patiënten tijdig en grondig te informeren, werd heel wat praktische en algemene informatie in verband met ingrepen, onderzoeken en een verblijf in het ziekenhuis op het internet gezet. Zo kan de patiënt zich thuis rustig voorbereiden op wat hem te wachten staat.
(www.zol.be/patiënten/patiënteninfo)



Patiënten kunnen op het gewenste lichaamsdeel klikken om zo informatie over een therapie, ingreep en andere te verkrijgen.

2.6 Medisch-technische nieuwigheden

Op campus SB werd de bestaande CT vervangen door een nieuwe multislice CT.

In het klinisch labo werd, in samenwerking met de dienst Anatomopathologie, het laboratorium 'moleculaire biologie' opgestart. De uitgevoerde parameters werden gekozen op basis van een enquête bij de ziekenhuis-artsen. De nodige apparatuur werd aangekocht en er zal een vacature geopend worden voor een wetenschappelijk medewerker, die mee zal instaan voor de verdere uitbouw van de dienst 'moleculaire biologie'.



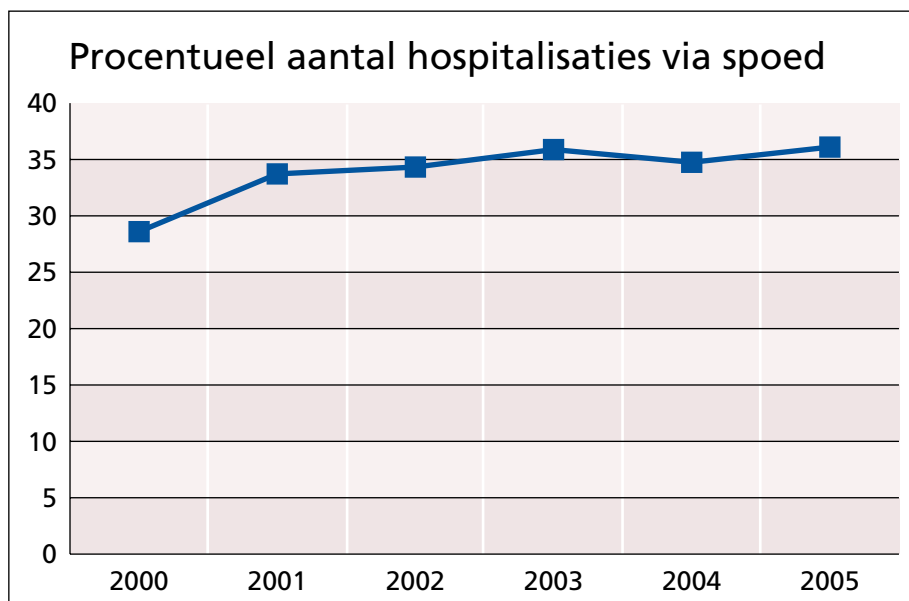
3. Opname



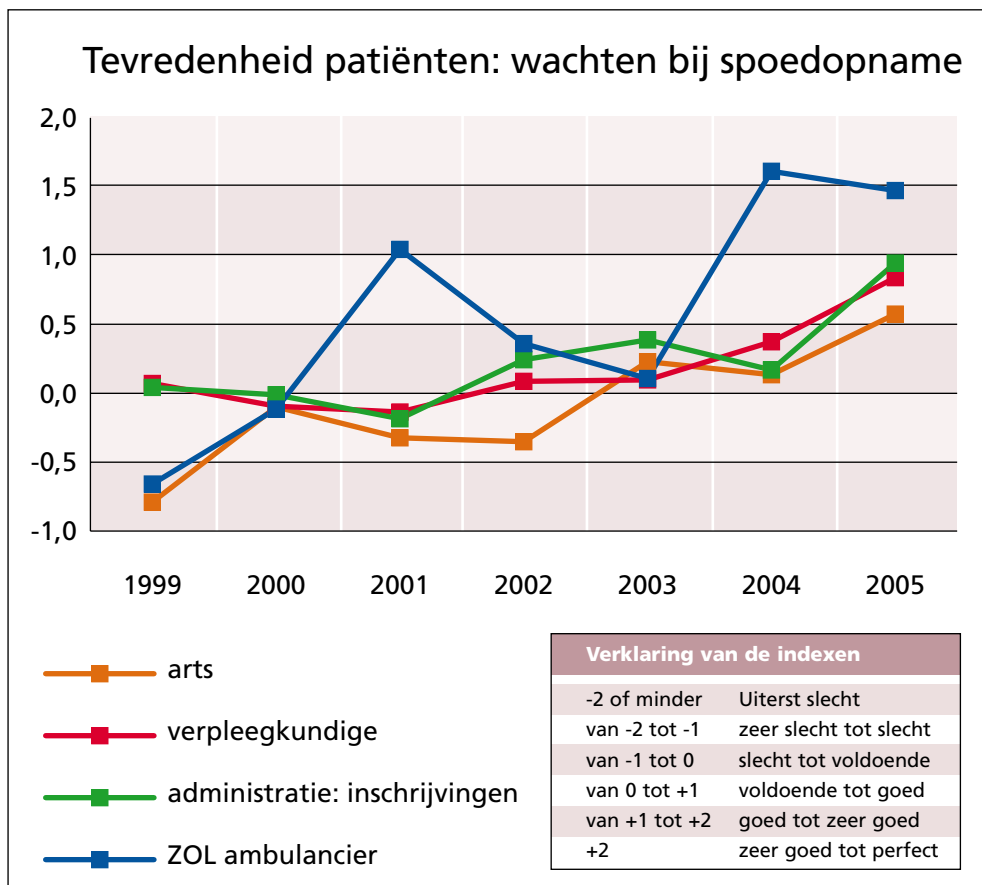
3.1 Via Spoed

3.1.1 Hospitalisatie via Spoed

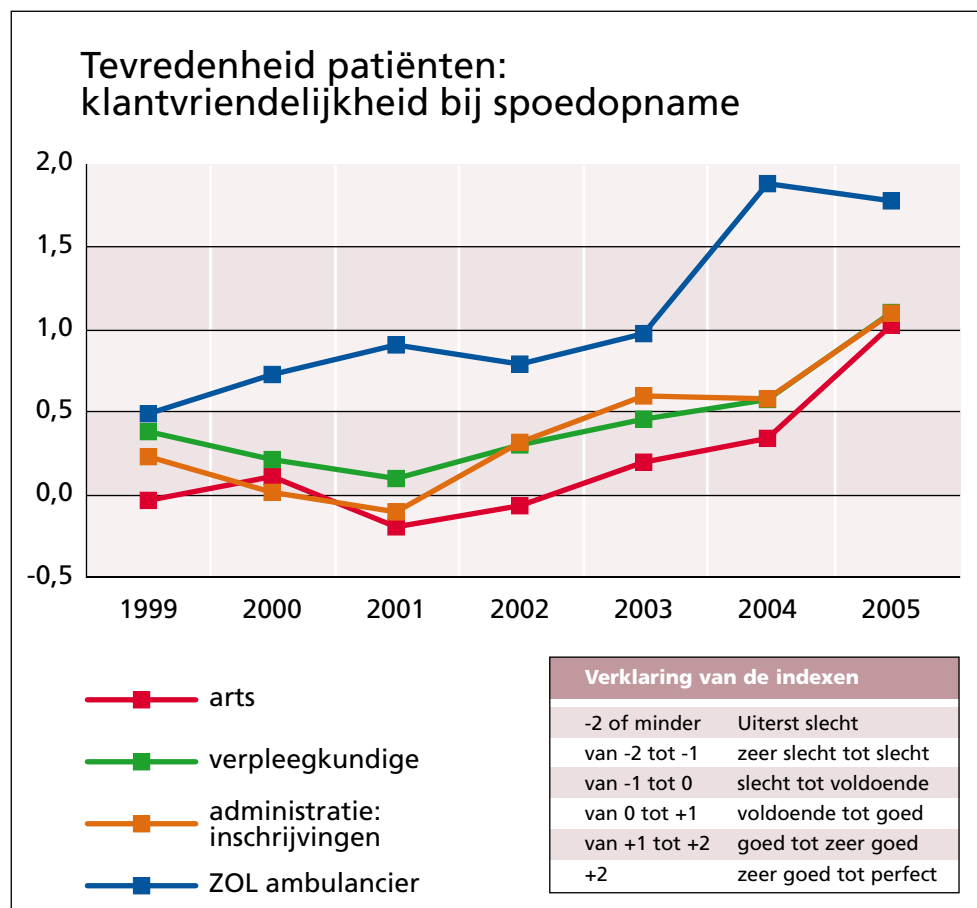
In 2005 zijn 36% van de opgenomen patiënten via Spoed gekomen.



De tevredenheid over de wachttijden bij een spoedopname stijgt geleidelijk.



Een vriendelijke opvang en bejegening van de patiënt is een basisprincipe: ook bij een spoedopname.



3.1.2 Hospitalisatie op Spoed

Patiënten die opgenomen worden via Spoed moeten daar blijven tot er een aangepast bed in het ziekenhuis beschikbaar is. Om dit verblijf zo aangenaam mogelijk te maken, werd een hospitalisatiedienst op Spoed opgericht. Deze afdeling met 8 bedden werd begin 2005 in gebruik genomen. Hierdoor is de patiëntentevredenheid in 2005 - voor dit item - op de Spoedgevallendienst duidelijk verbeterd.

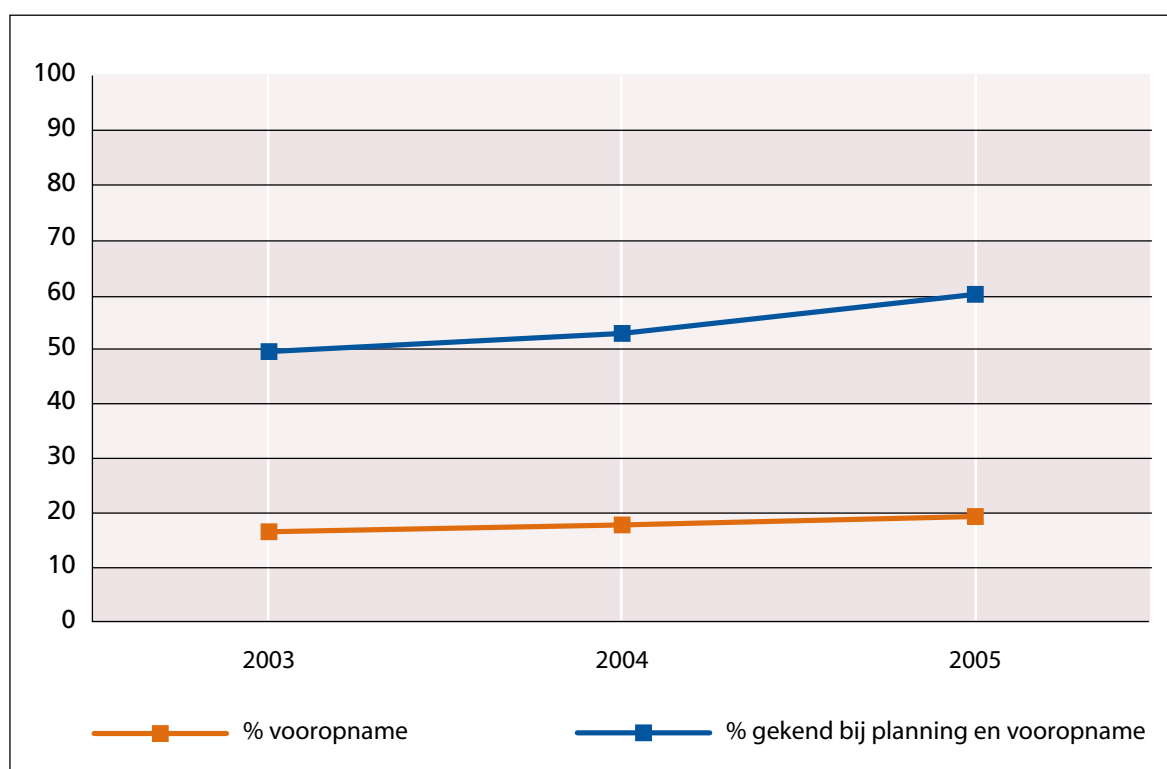


3.2 Geplande opname en voorinschrijving

Om de wachttijden voor de patiënt bij een opname in het ziekenhuis te beperken, werd expliciet gevraagd aan de geneesheren om patiënten bij de planning van hun opname naar het loket 'vooropname' te sturen. Op dat moment kunnen patiënten hun geplande opname administratief in orde brengen. Het voordeel is dat de patiënt op de dag van opname niet meer met administratieve formaliteiten belast wordt en rechtstreeks naar de afdeling kan gaan.

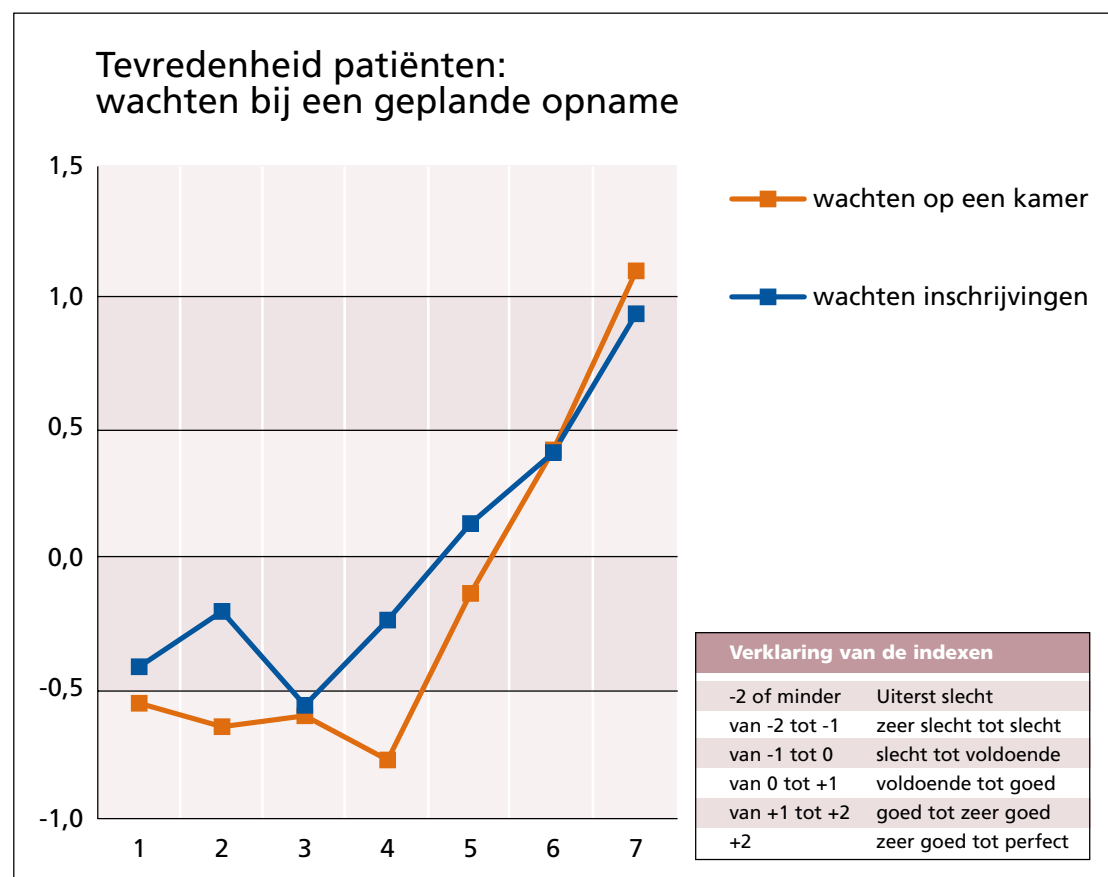
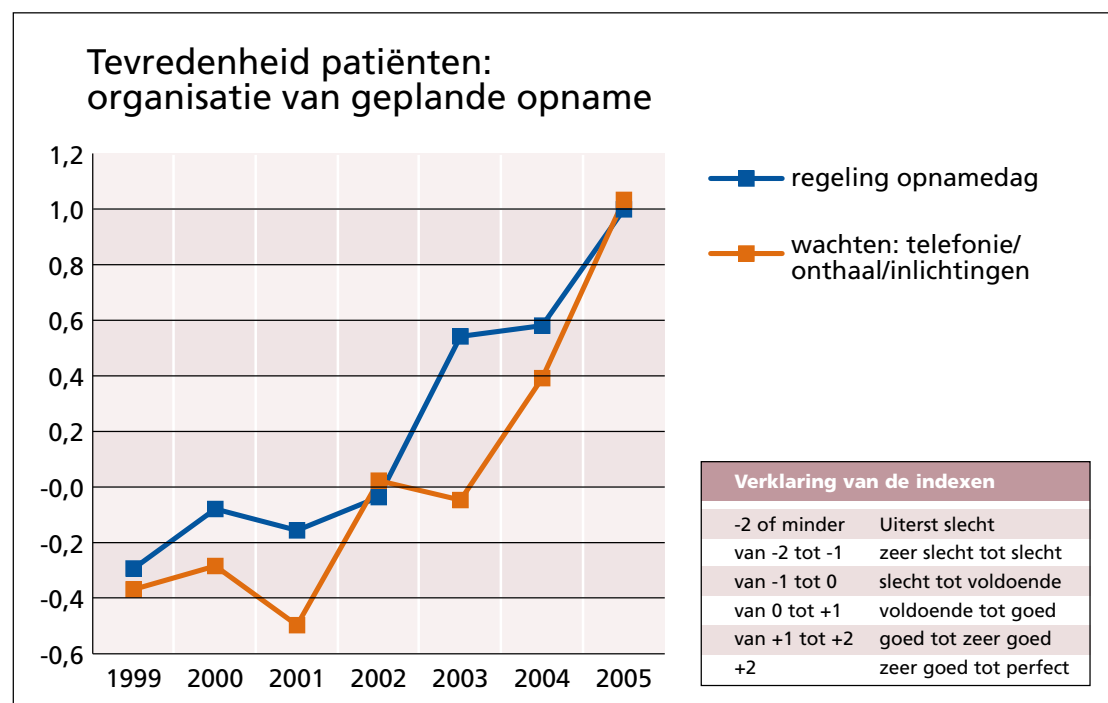
Uit onderstaande grafiek blijkt dat 20% van de geplande opgenomen patiënten naar de dienst vooropname zijn geweest. Patiënten die via Spoed komen zijn niet opgenomen in de cijfers.

Daarnaast maakt onderstaande grafiek duidelijk van hoeveel patiënten bij het moment van opname geweten is dat ze zullen komen. Deze patiënten zijn niet bij de vooropname geweest, maar via de arts is toch gecommuniceerd aan de opnamedienst dat de patiënt zal opgenomen worden. Dit is van belang om een goede planning van de bedden te kunnen doen. Daarnaast kan er een vlottere doorstroming gebeuren in de hal op de dag van opname, waardoor patiënten tijdig op de verpleegeenheid en in het operatiekwartier raken.



Diverse verbeteringsacties met betrekking tot telefonisch onthaal en opnameplanning wierpen in de loop van de jaren hun vruchten af.

Uit de meting van 2005 blijkt dat patiënten ten opzichte van 2004 meer tevreden zijn over het wachten (telefonie/onthaal/inlichtingen) en over de regeling van de opnamedag.



3.3 Wie is de patiënt?

Opmames per kenletter:

Voor de kenletters S2/S4/S5/S9 zijn de opnames inclusief interne transferten. Voor de andere kenletters (incl. totaal van alle kenletters) is het aantal opnames via de grote poort (is opnames exclusief interne transferten) opgenomen.

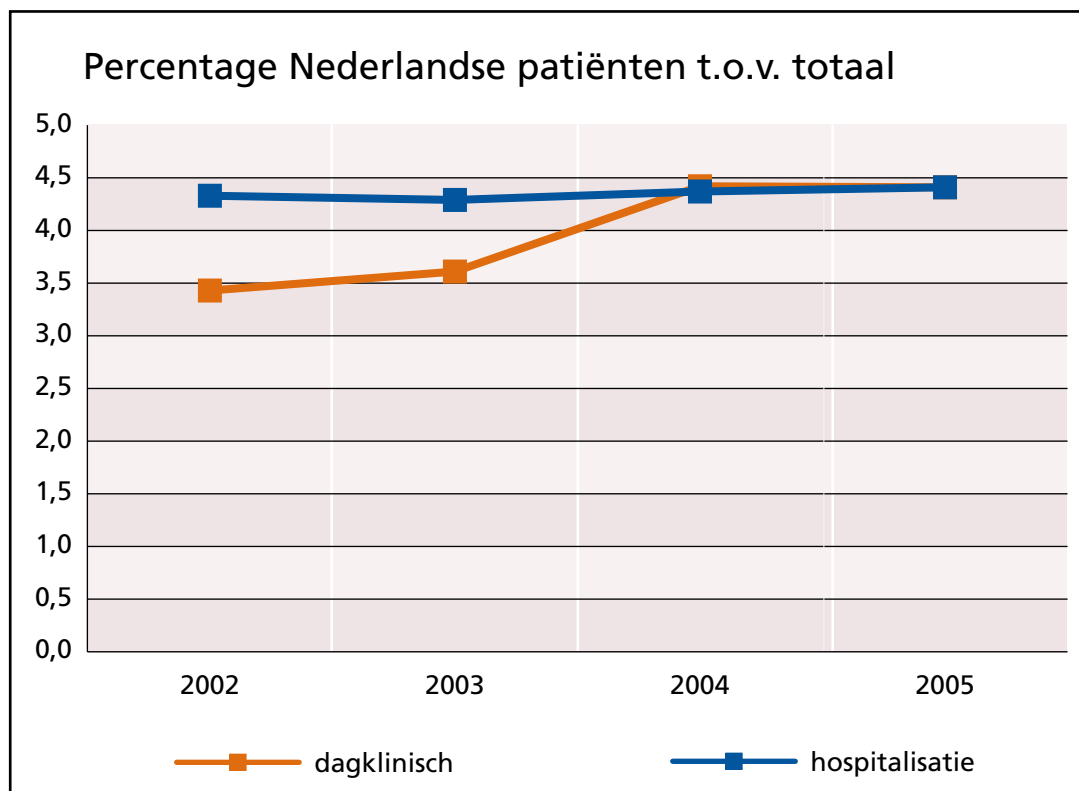
	2004	2005
Alle Kenletters	31.975	32.526
A1-tot (psychiatrie dagklinisch)	61	81
A-tot (psychiatrie)	930	1.073
C-tot (chirurgie)	12.054	12.336
D-tot (inwendige)	12.512	12.180
E-tot (pediatrie)	1.974	2.262
G-tot (geriatrie)	1.862	2.007
M-tot (materniteit)	2.307	2.300
N-tot (neonatale intensieve zorgen)	246	261
S2 (sp-locomotorische)		53
S4 (sp-palliatief)	108	117
S5/S9 (sp-chronische)	100	85

Aantal opnames volgens leeftijd:

	2004	2005
Alle Leeftijden	31.975	32.526
Categorie 0-9	1.789	2.098
Categorie 10-19	978	952
Categorie 20-29	2.782	2.760
Categorie 30-39	3.457	3.374
Categorie 40-49	3.768	3.959
Categorie 50-59	4.541	4.638
Categorie 60-69	5.445	5.266
Categorie 70+	9.215	9.479

Opmames Nederlandse patiënten:

		2002	2003	2004	2005
Hospitalisatie opnames	Alle Patiënten	31.475	31.621	31.975	32.526
	NL	1.362	1.355	1.397	1.435
	NL/totaal	4,33	4,29	4,37	4,41
		2002	2003	2004	2005
Opmames Dagziekenhuis	Totaal Herkomst	40.040	41.864	43.380	46.481
	NL	1.375	1.513	1.918	2.050
	NL/totaal	3,43	3,61	4,42	4,41

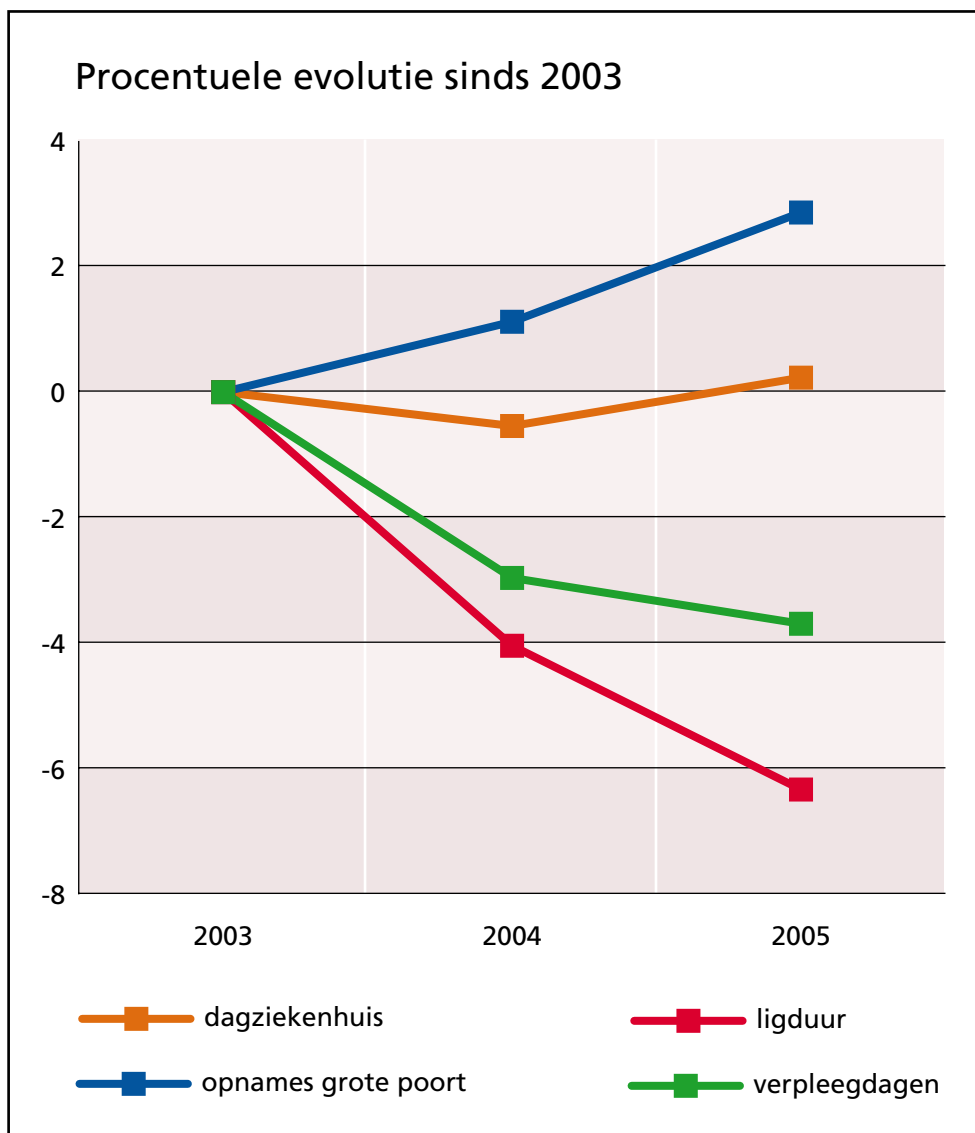


3.4 Algemene activiteitscijfers

Verblijfsgegevens – klassieke hospitalisatie

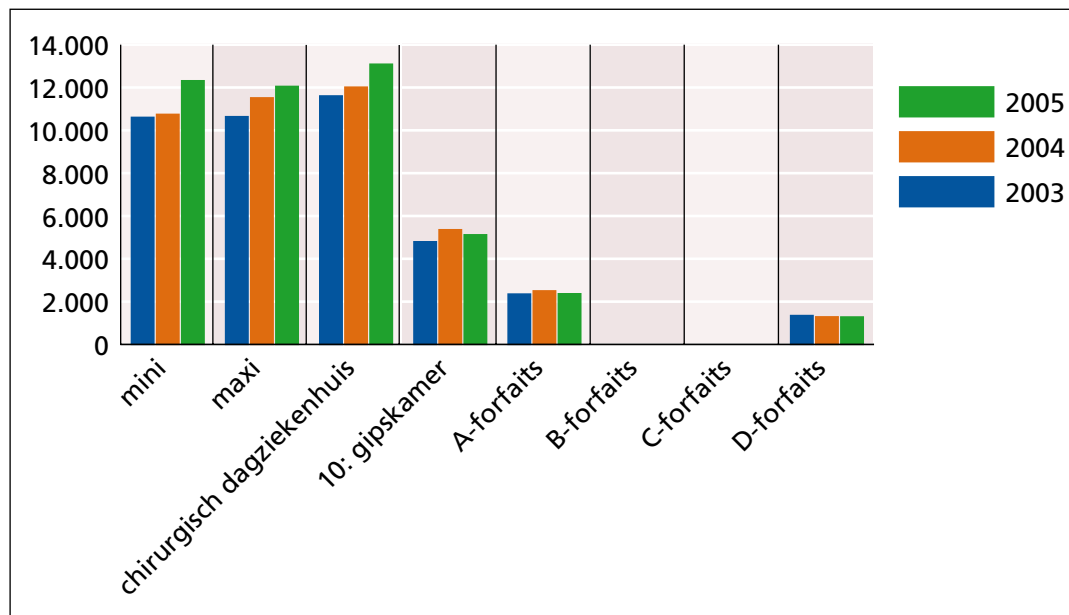
	2003	2004	2005
verpleegdagen	240.701	233.574	231.831
opnames	31.621	31.975	32.526
ligduur	7,61	7,30	7,13
bezettingsgraad	81,26%	80,82%	81,45%





Dagziekenhuis: aantal gefactureerde forfaits

	2003	2004	2005
mini	10.609	10.749	12.320
maxi	10.642	11.520	12.055
chirurgisch dagziekenhuis	11.610	12.021	13.092
10: gipskamer	4.800	5.362	5.125
A: A-FF (A-forfait)	2.357	2.506	2.372
B: B-FF (B-forfait)	56		5
C: C-FF (C-forfait)	6	3	8
D: D-FF (D-forfait)	1.354	1.293	1.287
	41.434	43.454	46.264



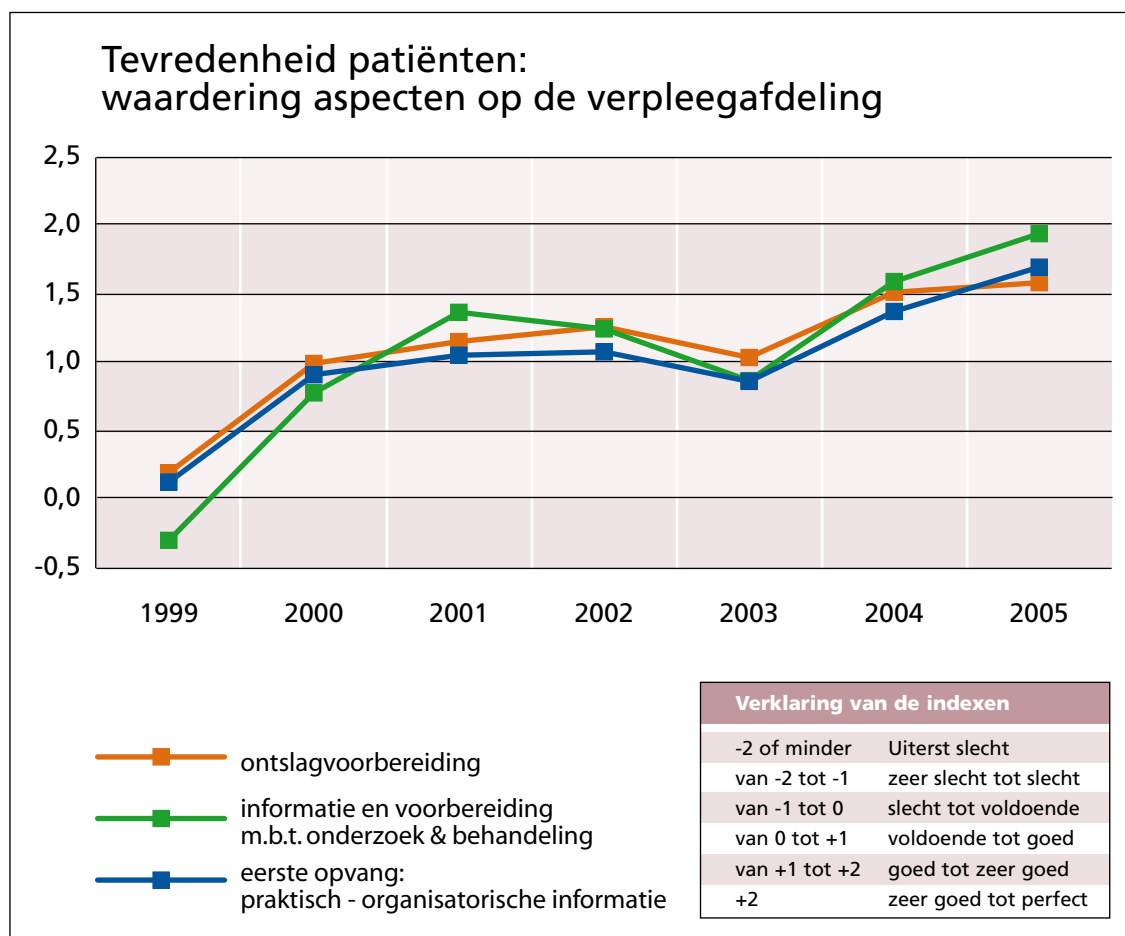
Andere dagklinische behandelingen

	2003	2004	2005
hemodialyse	25.163	27.197	28.966
conventies	203.794	241.744	280.517
revalidatie	6.629	7.712	8.662
totaal	235.586	276.653	318.145

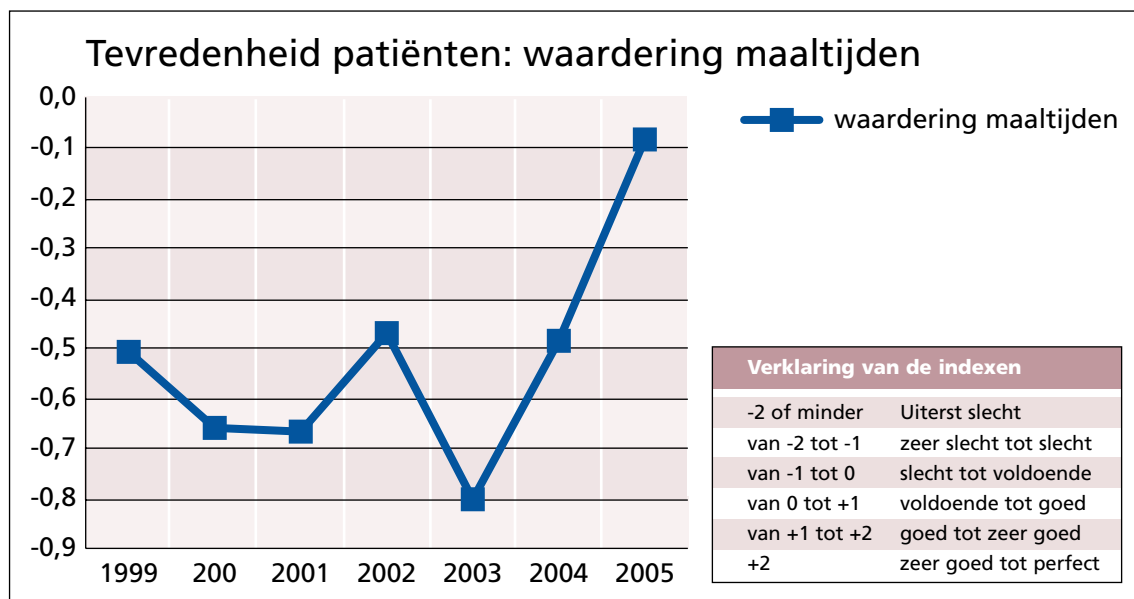


3.5 Wat vindt de patiënt over zijn verblijf?

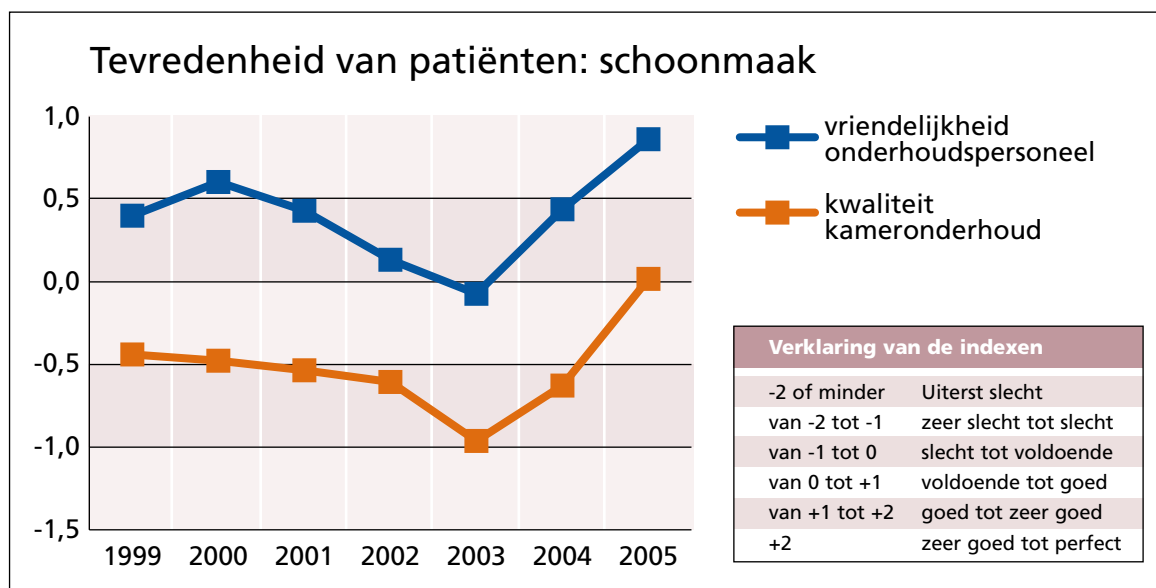
De patiënt geeft een hoge waardering voor het werk van de verpleegkundigen in 2005. De vele acties die in de loop van de voorbije jaren op de verpleegafdelingen ondernomen zijn, werpen hun vruchten af.



De patiënt geeft in 2005 de hoogste waardering voor de maaltijden sedert het begin van de meting in 1999. Na de opstart van de nieuwe keuken in 2003 betekent dit alvast een hart onder de riem voor de keukenmedewerkers.



De schoonmaak van het ziekenhuis werd een aantal jaren uitgesteld. Sinds 2003 wordt dit opnieuw uitgevoerd door medewerkers in dienst van het ziekenhuis. Dit leverde alvast betere resultaten op in 2005.



3.6 Behandeling en verzorging

3.6.1 Algemeen

Privacy van de patiënt

Eén van de actiepunten uit het beleidsplan 2005 van het Thoraxcentrum was gericht op het verbeteren van de privacy van de patiënt. Tijdens de zorgobservaties op de afdelingen werd daarom ondermeer bijzondere aandacht besteed aan het respect voor privacy in de dagdagelijkse werking. Onder leiding van de zorgcoördinator werd samen met de hoofdverpleegkundigen eind juni 2005 een sensibilisatiecampagne uitgewerkt.

Vooreerst werd een steekkaart gemaakt met een aantal belangrijke aandachtspunten inzake privacy waartegen vandaag al te dikwijls gezondigd wordt. Zij is een hulpmiddel bij het bewaken van de kwaliteit van de zorgverlening op de afdeling. De diensthoofden en zorgcoördinator hebben in de tweede helft van 2005 specifiek toegezien op het naleven van de aandachtspunten. Ook tijdens functionerings- en evaluatiegesprekken werd hieraan bijzondere aandacht gegeven. Ter ondersteuning van deze campagne werden tevens enkele posters ontworpen, die alle zorgverleners op een ludieke wijze attenderen op het belang dat patiënten hechten aan privacy.

De oudere patiënt in het ziekenhuis

Niet-geriatrische afdelingen worden meer en meer met 'oudere patiënten' geconfronteerd. Om tegemoet te komen aan de specifieke noden en problemen van oudere patiënten tijdig te herkennen, werd destijds de geriatrische liaisonfunctie opgestart. De heilkundige diensten hebben in 2005 extra aandacht besteed aan het probleem. De nood aan dergelijke begeleiding op heilkunde is immers essentieel en werd zorgvuldig besproken en opgevolgd in samenwerking met het liaisonteam.

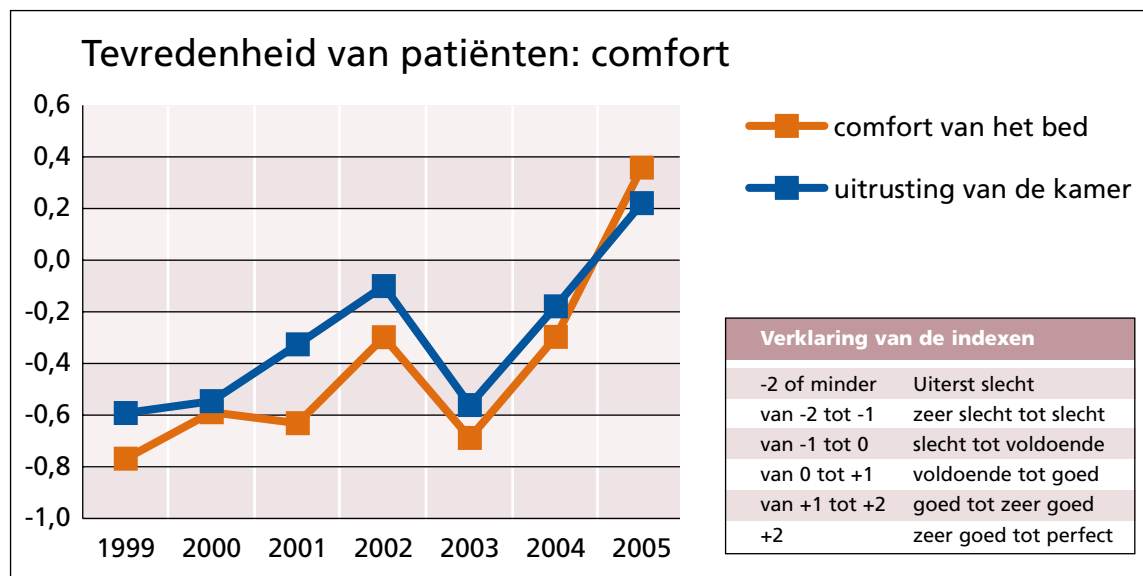
Klassieke opnames volgens leeftijd op geriatrische versus niet-geriatrische diensten

2005	Alle Leeftijden	0-69	70-79	80-89	90+
niet-geriatrie	30.712	22.830	5.617	2.094	171
geriatrie	1.814	217	615	801	181
totaal	32.526	23.047	6.232	2.895	352
	Alle Leeftijden	0-69	70-79	80-89	90+
niet-geriatrie	94%	99%	90%	72%	49%
geriatrie	6%	1%	10%	28%	51%
totaal	100%	100%	100%	100%	100%

124 nieuwe elektrische bedden

In 2005 werden opnieuw 124 elektrische bedden aangekocht. Deze bedden verhogen het comfort, zowel voor de patiënt als voor de verpleging. Omwille van de uitwisselbaarheid tussen de verschillende afdelingen werd gekozen voor hetzelfde type als het voorbije jaar. De nieuwe bedden werden toegewezen aan de afdelingen die het meest samenwerken met de Intensieve Zorgen en Hartbewaking omwille van de uitwisselbaarheid en de zware pathologie.

Nieuwbouw, renovatie van verpleegafdelingen en aankoop van nieuwe bedden zorgen voor een stijging van de tevredenheid over het comfort van de patiënt op de kamer.



3.6.2 Zorginhoudelijk

3.6.2.1 Klinische paden

Om het traject van de patiënt te stroomlijnen zijn klinische paden een goed hulpmiddel.

Een klinisch pad is een verzameling van methoden en middelen om de leden van het multidisciplinair en interprofessioneel team op elkaar af te stemmen en taakafspraken te maken voor de zorg van een specifieke patiëntenpopulatie.

Het ZOL is aangesloten bij het 'Netwerk klinische paden', opgericht door het Centrum voor Ziekenhuis en Verplegingswetenschappen. Dit netwerk is opgestart in maart 2000 met als doel de ziekenhuizen te ondersteunen bij ontwikkeling, implementatie en evaluatie van klinische paden.

Sedert 2004 zijn ook revalidatiecentra en thuiszorgorganisaties aangesloten bij dit netwerk.

Overzicht van de klinische paden in het ZOL

Uitgewerkt en geïmplementeerd

Totale heupprothese	1999
Lage rugchirurgie	1999
Chirurgie intracraniele tumoren	2000
Abdominale hysterectomie	2000
Diverticulitis	2000
Normaal postpartum	2001
CABG / klepchirurgie (+ doc)	2001
Myocardinfarct (+ doc)	2001
Implantatie DCS (apart doc)	2002
Vaginale hysterectomie	2003
Sectio	2003
Mastectomie	2003
Infectieuze COPD (doc)	2003
Diabetes mellitus	2003
Coronarografie / PTCA	2003
Pacemakerimplantatie	2003
Schouder (rotator cuff)	2003
Radicale prostatectomie	2003
Osteotomie (BSO-Lefort) (+ doc)	2003
SRPE (doc)	2003
Lobectomie/pneumectomie (+ doc)	2004
Inwendige defibrillator	2004
Gastro-intestinale bloedingen	2004
Abdominale prostatectomie	2004
Cervicale laminectomie	2005
Ventriculo-peritoneale drain	2005
Totale knieprothese	2005
Inwendige defibrillator (doc HB)	2005

Nog in ontwikkeling

- Longembolen
- Pré- en postoperatieve zorgen en follow-up na implantatie Baclofen-pomp
- Nefrectomie

De meeste klinische paden lopen tot aan het ontslag van de patiënt. Verkorte ligduur, dagklinische ingrepen en dergelijke zorgen er voor dat de zwaarte en complexiteit van de zorg in de eerste lijn toeneemt.

Vanuit die context is het belangrijk klinische paden ziekenhuisoverschrijdend uit te werken.

In 2005 werd hiermee een aanvang genomen door samenwerking met voorzieningen voor personen met een fysieke en mentale handicap, revalidatiecentra en thuiszorgorganisaties.

3.6.2.2 Campagnes, projecten en protocols

In het ZOL worden voortdurend acties opgezet om de zorg, de behandeling, de veiligheid en het comfort van de patiënt te verhogen. Onderstaande projecten werden uitgewerkt of kregen extra aandacht in 2005.

Campagne Handhygiëne

Het ZOL nam deel aan de nationale campagne van het ministerie van Volksgezondheid ter bevordering van de handhygiëne bij alle gezondheidswerkers in de Belgische ziekenhuizen.

Het project moet de opvolging van handhygiëne blijvend verbeteren, zodat op lange termijn het aantal ziekenhuisinfecties met 20 à 30 procent kan teruggedrongen worden.

De campagne bestaat uit drie fasen:

1. Basis of nulmeting in verband met de toepassing van handhygiëne
2. Verstrekken van gestandaardiseerde informatie aan gezondheidswerkers (gerichte bijscholing per dienst) en patiënten (brochures en affiches).
3. Na-meting toepassing handhygiëne om het effect van de sensibilisatie na te gaan.

Nieuw in deze campagne is dat de patiënt en zijn familie betrokken worden. Het verstrekken van informatie door middel van brochures en affiches moet de patiënt en zijn familie sensibiliseren voor het probleem.

Project 'voedingsstatus bij de geriatrische patiënt'

In 2005 zijn er afspraken gemaakt met Diëtiëk en Geriatrie en werd gestart met de registratie van ondervoeding bij patiënten. Er wordt geregistreerd volgens de MUST-score. Dit staat voor Malnutrition Universal Screening Tool. Het is een handig instrument om eenvoudig en snel het risico op ondervoeding op te sporen. In een eerste fase registreert men op een klever die op het anamneseblad geplakt wordt maar later zal dit op het anamneseformulier geïntegreerd worden.



Project 'huilbaby's'

Verschillende verpleegkundigen van de afdeling Pediatrie volgden een bijscholing in verband met huilbaby's. Daarnaast werd er literatuur rond dit thema verzameld. Een werkgroep, met vertegenwoordiging van de verschillende betrokken disciplines (pediater, kinderpsycholoog, verpleegkundigen, kinesist), werd opgericht. Ideeën voor de verdere aanpak van dit thema werden op papier gezet en zullen in 2006 verder worden uitgewerkt tot een concreet, te implementeren project.

Project 'begeleiding ouders van doodgeboren kinderen'

Ouders met een doodgeboren kind hebben nood aan een optimale begeleiding, zowel medisch, verloskundig, als psycho-sociaal en pastoraal. Om hieraan tegemoet te komen, werd een werkgroep opgericht. Deze werkgroep, met vertegenwoordiging van de verschillende betrokken disciplines, heeft de bestaande informatiebrochure herwerkt. Onder andere de zelfhulpgroep 'met lege handen', de gynaecoloog, de anatoom-pathologen en de intercultureel bemiddelaars werden hiervoor geconsulteerd.

De herwerkte brochure bevat informatie over het ziekenhuisverblijf, de dienst Patiëntenbegeleiding, de formaliteiten en de levensbeschouwelijke en psychologische bijstand.

Naast de brochure werd een aangepast kaartje en een gedichtenbundel uitgewerkt met als titel "Elk afscheid is de geboorte van een herinnering" om medeleven te betuigen. Er werd ook op zoek gegaan naar een mooie doos of koffer waarin alle herinneringen die de ouders hebben van hun kindje (een knuffel, een voetafdrukje, foto's en dergelijke meer) verzameld kunnen worden.

Pijnprotocol

In 2005 werd het pijnprotocol met behulp van flyers voorgesteld op de hoofdenvergadering van alle programma's. Dit gebeurde gelijktijdig met de toelichting over de verandering van de pijnprocedure. De flyer werd verdeeld over de afdelingen van het ziekenhuis. Op een vorming georganiseerd door de wetenschappelijke raad werd het pijnprotocol en de pijnprocedure voorgesteld aan de artsen van het ziekenhuis en de huisartsen.

Het pletten van medicatie voor toepassing bij sondevoeding

Elke patiënt heeft recht op een adequate en veilige geneesmiddelentherapie. Ook de ziekenhuisapotheek speelt hierin - naast de andere zorgdisciplines - een centrale rol.

Voor patiënten die via sonde gevoed worden of patiënten met slikproblemen komt de zorgvuldige farmacotherapie soms in het gedrang bij gebrek aan aangepaste geneesmiddelvormen.

Bij het verplegend personeel is er een behoefte aan informatie over het verwerken van de verschillende vormen van medicatie. De bijsluiters van geneesmiddelen vermelden immers zelden hoe men het geneesmiddel best kan toedienen via sonde. Vaak worden tabletten verpulverd of worden capsules geopend, zonder even stil te staan bij de mogelijke gevolgen hiervan - zowel op therapeutisch als toxicologisch vlak. Ook in de pediatrie moet vaak worden overgegaan tot dergelijke praktijken door gebrek aan aangepaste pediatrie formuleringen.

Op intranet werd door de apotheek een overzicht van de medicatie die al dan niet geplet of geopend mag worden, en de eventueel te nemen voorzorgen, ter beschikking gesteld.

Borstvoedingsprotocol

Het bestaande borstvoedingsbeleid werd aangepast conform de 10 vuistregels van het WHO en Unicef. Dit aangepaste protocol werd in het voorjaar van 2005 geïmplementeerd op de verschillende diensten via interactieve vormingssessies.

In september 2005 startten nogmaals 2 vroedvrouwen met de opleiding lactatiekunde.

De eerste lactatiekundige werd in de loop van 2005 aangesteld. Zij biedt de nodige ondersteuning aan moeders die borstvoeding geven. Ook voor haar collega's is zij beschikbaar voor uitleg en ondersteuning.

In het najaar werden de infoavonden van Kind & Gezin uitgebreid met een 4e avond, met als thema borstvoeding. Voor toekomstige moeders die eerder in kleine groep informatie wensen rond borstvoeding, werd gestart met 2 gespreksavonden per maand, waarop telkens maximaal 5 koppels uitleg krijgen in verband met borstvoeding.

Protocol kindermishandeling

In navolging van de visitatie werd in 2005 gestart met het uitwerken van het protocol 'kindermishandeling'. Hiervoor werd een kleine werkgroep opgericht met onder andere de kinderpsychologe en de dienst Patiëntenbegeleiding. Als eerste aanzet werd een bevraging gedaan in andere Vlaamse ziekenhuizen en werd een uitgebreide literatuurstudie uitgeschreven in het kader van een eindwerk. Deze informatie werd gebundeld en aangevuld met de eigen werkwijze. Aan de hand hiervan werd een eerste versie van het protocol kindermishandeling uitgewerkt.

In 2006 zal deze versie verder worden aangevuld met informatie over de medico-legale aspecten en zal deze worden besproken met de pediaters en andere betrokkenen. Na finalisatie kan deze worden geïmplementeerd op de verschillende diensten binnen het ZOL die betrokken zijn bij deze problematiek.

Fixatieprotocol

Om de communicatie in verband met fixeren tussen de zorgverleners en de patiënt en zijn vertrouwenspersoon te verbeteren, werd een fixatieprotocol uitgewerkt en geïmplementeerd in het voorjaar van 2005. Bovendien wordt getracht het aantal fixaties te verminderen en vooral de negatieve gevolgen van fixeren voor de patiënt te minimaliseren.

Op elke campus werd vorming georganiseerd. De afdelingen Spoedgevallen en Intensieve Zorgen planden vormingssessies 'fixatie' in het kader van de verlenging bijzondere beroepstitel. Bovendien werden ook op afdelingsniveau verscheidene infosessies gegeven.





Onderzoek naar de implementatie van protocols

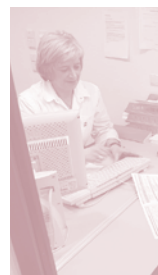
In 2005 werd een hoofdverpleegkundige gedurende 3 maanden halftijds vrijgesteld om te onderzoeken in welke mate ziekenhuisbrede protocols geïmplementeerd zijn.

Doelstelling van het onderzoek was het toetsen van de protocollen 'decubitus', 'wondzorg' en 'fixatie' aan de dagdagelijkse praktijk op de verpleegafdelingen van het ZOL.

In totaal werden er 29 afdelingsbezoeken afgelegd, 18 hoofdverpleegkundigen en 11 verpleegkundigen werden bevestigd en 143 documenten werden doorgenomen en geanalyseerd.

Uit het onderzoek bleek dat de protocollen decubitus en wondzorg al verder zijn doorgedrongen in de dagelijkse praktijk dan het laatst ingevoerde fixatieprotocol. De schaalgrootte van het ziekenhuis noopt tot realisme wat betreft implementatie. Het veranderen van routines vergt tijd en een voortdurende opvolging en bijsturing op de werkvloer zelf. Hierbij is een belangrijke rol weggelegd voor de hoofdverpleegkundige, de zorgcoördinator en de programmamanager.

Positief is dat de uitwerking van de protocollen evidenced based gebeurt met inspraak van zorgverleners uit de praktijk. De protocollen komen tegemoet aan reële zorgvragen binnen een verpleegafdeling.



3.6.2.3 Wie is de zorgverlener?

3.6.2.3.1 Medewerkers

GEWERKTE FTE - 2005

Absoluut	2001	2002	2003	2004	2005
FTE zorggebonden (= hospitalisatie + apoth/steril)	891,64	930,53	959,34	993,86	1.017,00
FTE functionele diensten	292,49	276,1	253,93	267,38	272,22
FTE facilitaire zaken	105,87	106,16	184,75	193,11	199,74
FTE raadplegingen/medisch-technisch	235,89	235,93	234,86	239,48	246,45
totaal	1.525,89	1.548,72	1.632,88	1.693,83	1.735,41

PROCENTUELE EVOLUTIE					
Procentueel	2001	2002	2003	2004	2005
FTE zorggebonden	58,43%	60,08%	58,75%	58,68%	58,60%
FTE functionele diensten	19,17%	17,83%	15,55%	15,79%	15,69%
FTE facilitaire zaken			11,31%	11,40%	11,51%
FTE raadplegingen/ medisch-technisch	15,46%	15,23%	14,38%	14,14%	14,20%
totaal	93,06%	93,15%	100,00%	100,00%	100,00%

Aantal koppen	31/12/2003	31/12/2004	31/12/2005
Voltijds	1157	1168	1169
Deeltijds	1206	1239	1268
Totaal	2363	2407	2437
Totaal vorige jaar	2201	2363	2407
Groei tov vorig jaar	162	44	30

Arbeidsverhoudingen	31/12/2003	31/12/2004	31/12/2005
contracten onbepaalde duur	1618	1755	1838
contracten bepaalde duur + vervangingsovereenkomsten	401	337	289
statutairen	344	315	310
totaal	2363	2407	2437

Leeftijd op 31-12-2004	mannen	vrouwen	totaal
Jonger dan 30 jaar	123	431	554
Van 31-40 jaar	109	586	695
Van 41-50 jaar	103	619	722
Van 51-60 jaar	95	322	417
Ouder dan 60 jaar	6	13	19
Totaal	436	1971	2407

Leeftijd op 31-12-2005	mannen	vrouwen	totaal
Jonger dan 30 jaar	94	461	555
Van 31-40 jaar	140	616	756
Van 41-50 jaar	104	622	726
Van 51-60 jaar	92	296	388
Ouder dan 60 jaar	4	8	12
Totaal	434	2003	2437

Het ZOL doet heel wat inspanningen om zijn medewerkers gezond en tevreden te houden. Dit is maar mogelijk als ze de kans krijgen hun werk en privé-leven op een goede manier te combineren. Daarnaast is het belangrijk dat ze zich goed voelen in hun job en met hun collega's. Wie vragen of problemen heeft, kan hiermee terecht op de dienst Personeelsbegeleiding. Onderstaande tabel geeft een overzicht van de gebieden waarover vragen gesteld werden.

	2004	2005
1. de arbeidssituatie:	26,60%	37,30%
2. financieel:	22%	18,70%
3. persoonlijk en familiaal:	20,40%	17,80%
4. gezondheid:	17,90%	12,90%
5. verlofstelsels:	3,70%	9,50%
6. vertrouwenspersoon:	9,40%	3,80%

3.6.2.3.2 Artsen

Op 31 december waren er 194 ZOL-artsen.

In 2005 zijn er 13 nieuwe geneesheren gestart in het ZOL:

- Greet Bries (oncologie): 01-01-2005
- Nicolas Verhelle (plastische chirurgie): 01-03-2005
- Cédric Gérard (M.K.A.): 01-01-2005 (resident tot 30-06-2005)
- Pieter Viaene (neurologie): 01-08-2005
- Pascal Vanelderen (anesthesiologie): 01-08-2005
- Lizelot Paulissen (M.K.A.): 01-08-2005
- Frank Jans (anesthesiologie): 01-08-2005
- Gregg Van de Putte (gynaecologie): 01-08-2005
- Sabine Fransis (anatomopathologie): 01-08-2005
- Sven Van Poucke (anesthesiologie) : 01-08-2005
- Jo Dens (cardiologie): 01-09-2005
- Diedrik Peuskens (neurochirurgie) : 16-08-2005
- Stefan Delen (gastro-enterologie) : 15-09-2005

Verkiezingen Medische Raad

Op 9 maart vonden de driejaarlijkse verkiezingen plaats van de Medische Raad. Volgende geneesheren zijn verkozen als lid:

Dr. Guy Coppens, dr. Cathy De Deyne, dr. Jan De Koster, dr. Johan Gelin, dr. René Heylen, dr. Geert Lauwers, dr. Bart Neuville, dr. Jan Oosterbosch, dr. Jacques Peeters, dr. Jan Verhaert, dr. Hans Verhelst, dr. Mathias Vrolix, dr. Frank Weyns.

Proefschrift

In 2005 verdedigden dr. Gyselaers, dr. Verhelle, dr. Van Zundert hun proefschrift tot het behalen van de titel 'doctor in de medische wetenschappen'.

Identificatiebadge

Om de veiligheid in het ziekenhuis te verhogen werden identificatiebadges ingevoerd en gefinaliseerd in 2005.

Medewerkers moeten deze steeds zichtbaar dragen. De kaart integreert verschillende toegangs- en registratiefuncties, naargelang de privileges die de drager heeft.

Dat alle medewerkers en artsen een identificatiebadges dragen, verhoogt ook de patiëntvriendelijkheid. Patiënten weten nu immers steeds met wie ze te maken hebben.

3.6.2.3.3 Opleidingscentrum

Het ZOL besteedt traditiegetrouw veel aandacht aan de bijscholing en opleiding van de medewerkers. In 2005 werden er heel wat symposia georganiseerd:

Thema-congresdag orthopedie: bijscholing, standaardisatie en samenwerking tussen de campussen

Op 12 mei 2005 vond het eerste congres orthopedie plaats in de aula. De medici, verpleegkundigen en paramedici van de diverse afdelingen orthopedie boden de deelnemers een studienamiddag aan rond een aantal nieuwigheden in de orthopedische chirurgie en de revalidatie van deze patiëntengroep. Materialen in de moderne inplantchirurgie, de evolutie van de schouderchirurgie, revalidatie na protheseschirurgie, het gebruik van klinische verzorgingspaden, arthroscopische voorste kruisband reconstructie, de verpleegkundige benadering in de pre- en postoperatieve fase bij de oudere patiënt, de operatieve behandeling van heupfracturen en de M.I.S van het heupgewricht zijn onderwerpen die uitgebreid aan bod kwamen. Een 150-tal deelnemers (voornamelijk ZOL-medewerkers) konden genieten van deze boeiende namiddag die afgesloten werd met een kleine receptie.

Opleiding neuroverpleegkundigen

Vanuit patiëntenprogramma 4 van het ZOL (hoofd/nek, orthopedie, algemene heelkunde) werd in samenwerking met de Belgische Vereniging voor Neuroverpleegkundigen een opleidingsaanbod van 16 sessies uitgewerkt voor de verpleegkundigen van de Limburgse ziekenhuizen op het vlak van neurologie en neurochirurgie.

Opleiding referentieverpleegkundigen palliatieve zorg

Tijdens deze verplichte driedaagse vorming was het de bedoeling om de basiskennis van alle referentieverpleegkundigen naar eenzelfde niveau te brengen. Zij kregen lessen in verband met palliatieve zorgen en de verpleegkundig-technische, communicatieve en psychologische aspecten ervan.

Congres Endocrino@zol

Op 20 en 21 oktober 2005 vond het eerste endocrino@zol-congres plaats in de Limburghal. Het congres handelde over acute complicaties van diabetes mellitus. De opkomst van meer dan 250 deelnemers bevestigde niet alleen de interesse voor dit onderwerp maar gaf ook de noodzaak tot educatie weer. De eerste dag opende gastspreker Prof. Dr. Greet Van den Berghe, diensthoofd intensieve geneeskunde UZ Leuven, met een bekendmaking van haar recentste gegevens over de levensreddende invloed van een strikte glycemiecontrole op zowel een heelkundige als een inwendige intensieve zorgeneenheid. De dag nadien werden enkele parallele lezingen georganiseerd en werden workshops ingericht.

Workshop psychotherapeutische technieken bij Chronische Pijnrevalidatie

Op dinsdag 18 oktober 2005 organiseerde het Multidisciplinair Referentiecentrum voor Chronische Pijn van het Ziekenhuis Oost-Limburg een workshop voor psychologen en psychotherapeuten die actief zijn in de behandeling van chronische pijnpatiënten. Na een plenaire sessie waarbij de sprekers hun thema toelichtten, werd door elk van hen een workshop ingericht waarin de topics verder uitgediept werden.

Symposium 10 jaar palliatieve zorg

Op 22 april organiseerde de Palliatieve eenheid een symposium ter gelegenheid van haar tiende verjaardag. In die jaren werd er een zorg uitgebouwd die zich richt naar de mens achter de zieke. De pijn- en symptoomcontrole lukt steeds beter en ook de waarde van de psychisch-(sociale) bijstand is een tasbaar gegeven geworden. Uitdaging voor de toekomst is onder andere het omgaan met euthanasievragen of wilsverklaringen.

Tweede editie Thorazol

Op 14 januari 2005 vond de tweede editie van ThoraZOL plaats in de landcommanderij Alden Biesen. De focus van dit congres lag in de voormiddag vooral op de nieuwste technieken inzake interventionele cardiologie en cardiochirurgie. Er waren lezingen omtrent endovasculaire behandeling van septumdefecten, ablatieve behandelingen van ritmestoornissen en coronaire bypasschirurgie op het kloppend hart (off-pump surgery). Verder was er een uiteenzetting over het verband tussen cardiovasculaire en psychosociale ziekten, waarin ook de pathofysiologische mechanismen en de multidisciplinaire werking van cardiale revalidatiecentra werden belicht. De namiddagssessie belichtte drie thema's: moderne drainagetechnieken in de respiratoire kinesitherapie, toepassingen van de hyperbare zuurstoftherapie en de diagnose en behandeling van slaapgerelateerde ademhalingsstoornissen.

3.6.2.3.4 Studenten verpleegkunde

Met de scholen voor de opleiding verpleegkunde / vroedkunde is er een vlotte samenwerking via de verschillende werkgroepen 'Stagementoraat Limburg'. Een van de in het oog springende realisaties van deze werkgroep dit jaar is het nieuwe begeleidingsformulier voor de studenten verpleegkunde dat als proefmodel op alle verpleegafdelingen sedert september geïmplementeerd werd.

Naast het LiPZO (Limburgs Platform Zorg), waar de directies van de Limburgse instellingen samenkomen met de directies van de scholen, heeft de verpleegkundig – paramedisch directeur een individueel overleg met de directeurs, departementshoofden en opleidingsverantwoordelijken van de Limburgse scholen voor de opleiding verpleegkunde / vroedkunde. Hier worden initiatieven voor de verbetering van zowel de opleiding verpleegkunde / vroedkunde als de praktische aangelegenheden in verband met de stages besproken.

3.6.3 Nieuwe erkenningen en afdelingen

Multidisciplinair pijncentrum

Vanaf 1 mei 2005 werd het multidisciplinair pijncentrum van het ZOL, gehuisvest op campus André Dumont, door het RIZIV erkend als referentiecentrum voor patiënten met chronische pijn. De doelstelling van dit centrum is - daar waar mogelijk - de pijn te verlichten, patiënten te leren leven met de resterende pijn en het dagelijks functioneren te optimaliseren.

Doelgroep van het centrum zijn patiënten met chronische pijn waarbij de pijn een grote weerslag heeft op hun beroepsactiviteit, hun persoonlijk, familiaal en sociaal leven. Het erkende centrum is een derdelijnscentrum met een diagnostische functie en een behandelingsfunctie. Naar aanleiding van dit project werden 4,75 FTE bijgevoegd aan het huidige kader van het multidisciplinair pijncentrum (1 verpleegkundige, 1 kinesitherapeute, 1 psycholoog en 2 secretaressen).

Pijnkliniek planning & opvolging: om aan de nodige registraties tegemoet te komen werd een software module aangekocht, hetgeen ook de planning van de verschillende facetten van de patiënt doorheen met pijncentrum toelaat.

Nieuw dagziekenhuis heelkunde

Vanaf 9 mei 2005 werd een nieuw dagziekenhuis heelkunde op campus SB geopend. Deze dagkliniek is uniek wat betreft inrichting en uitwerking. Zij biedt veel mogelijkheden voor de verdere uitbouw van de dagklinische werking op campus SB. Voor verschillende medische diensten was dit een grote opportuniteit.

Er is een rechtstreekse verbinding met het operatiekwartier en voor de patiënten kan een kwaliteitsvolle zorg geboden worden in een moderne accommodatie. Er zijn 8 individuele kamers en 6 tweepersoonskamers maar de patiënten gaan pas naar hun bed na de ingreep, zodat elk bed minstens 2 keer per dag kan gebruikt worden.

Er is veel aandacht besteed aan de planning van de ingrepen zodat nodeloze wachttijden zoveel mogelijk vermeden worden. Men kan in de onmiddellijke nabijheid parkeren en zich rechtstreeks inschrijven in de dagkliniek, waardoor het traject van de patiënt zeer efficiënt wordt. De realisatie van deze dagkliniek past binnen het zorgstrategisch plan van het ZOL waarbij campus SB specifieke profielen kreeg toegewezen.

Erkenning voetkliniek

In 2005 heeft de werking van de diabetische voetkliniek zich verder geconsolideerd met een toegenomen activiteit, de erkenning door het RIZIV als 'curatieve derdelijns diabetische voetkliniek', en de actieve deelname van de dienst Vaatheelkunde aan de multidisciplinaire raadplegingen.

Waar in de voetkliniek de preventie ook een groot aandeel inneemt, betreft de erkenning door het RIZIV alleen de behandeling van patiënten met bestaande voetletsels. De erkenning kwam er op basis van het aantal patiënten dat in de vorige jaren behandeld werd en een aantal kwaliteitsvereisten waaraan werd voldaan. Vooralsnog zijn er landelijk slechts een twintigtal centra erkend en het ZOL als enige in de provincie Limburg.

De integratie van de dienst Vaatheelkunde vervolledigt het spectrum van de verschillende benaderingen van de diabetische voetproblemen, samen met deze van de internist-diabetoloog, podoloog, dermatoloog, orthopedist en orthopedische technici.

Erkenning Sp-locomotorisch

Op campus Sint-Barbara wordt reeds gedurende vele jaren locomotorische en neurologische revalidatie aangeboden en dit zowel klinisch als ambulant. Tot nu toe werden de revalidatie-patiënten gehospitaliseerd in bedden die de kernletter D droegen (dwz inwendige pathologie).

In 2005 heeft het ZOL echter de goedkeuring gekregen om een aantal van de huidige bedden te reconverteren naar 22 Sp-locomotorische bedden. Vanaf het moment van deze goedkeuring is men begonnen aan de verbouwing van een gloednieuwe revalidatie-afdeling op LBI die medio mei 2006 zal opengaan.

Opstart rugschool op basis van het David-Back concept

Half 2005 werd een rugschool opgestart op campus André Dumont, gestuurd vanuit de pijnkliniek. Het gaat hier om een multidisciplinair rugrevalidatieprogramma dat gebaseerd is op het wetenschappelijk ondersteunde David Back-behandelingsconcept. Dit revalidatieprogramma is gebaseerd op een zeer specifieke oefentherapie met speciaal daartoe ontworpen toestellen.

Na een controle door de geneesheer, de kinesist en de psycholoog krijgen de revalidanten een programma dat over meerdere maanden loopt à rato van 2 sessies per week. Eind 2005 was het eerste revalidatietraject afgelopen en kon een tweede groep beginnen.

Hyperbaar zuurstofcentrum

Vanaf 5 december 2005 werd het hyperbaar zuurstofcentrum opgestart met een team van 8 caisson-bedieners, gelinkt aan de Spoedgevallendienst op campus Sint-Jan. Dr. Van Poucke, anesthesioloog en specialist in hyperbare geneeskunde, werd aangetrokken om de therapie op te starten.

Hyperbare zuurstoftherapie is een behandeling waarbij patiënten zo zuiver mogelijke zuurstof inademen in een omgeving waar de druk hoger is dan de atmosferische druk. Door de therapie zal de hoeveelheid opgeloste zuurstof in het plasma aanzienlijk toenemen.

In het ZOL zal de therapie vooral gebruikt worden voor enerzijds koolstofmonoxidevergiftiging en anderzijds chronische wonden of aandoeningen waar wondproblemen of zuurstof centraal staan en/of waar een infectie aanwezig is die door chirurgie en antibiotica alleen niet bestreden kan worden. Daarnaast ook decompressie-ongevallen (duiken), plots optredende doofheid en chronische indicaties zoals aantasting van de beenderige structuren (osteoradionecrose) en weke weefsels (radiocystitis) na bestraling, preventieve behandeling voor tandextractie in een bestraald bot enz...

3.6.4 Netwerken

Noord-Limburgs Revalidatiecentrum

Om een wezenlijke bijdrage te leveren tot het behoud en de uitbouw van een toegankelijk en hoogkwalitatief aanbod van patiëntenzorg voor M.S.-patiënten en van revalidatie van patiënten met neurologische aandoeningen in Noord-Oost Limburg werd een samenwerkingsovereenkomst ondertekend tussen het Ziekenhuis Oost-Limburg, het Maria Ziekenhuis Noord-Limburg, het Ziekenhuis Maas en Kempen, en het M.S. & Neurologisch Revalidatiecentrum Overpelt.

De keuze om onderling een bijzondere en intense samenwerking op het vlak van patiëntenzorg te realiseren, wordt geconcretiseerd door onder andere onderlinge verwijzing van patiënten.

Een van de concrete uitgewerkte initiatieven in functie van de samenwerkingsovereenkomst is bijvoorbeeld de modulaire opleiding MS-deskundige.

PET-centrum

Het PET-onderzoek (Positron Emissie Tomografie) is onontbeerlijk bij de opsporing van onder andere bepaalde kankercellen. Deze technologie behoort tot de 'zware' medische technologieën. Het ZOL nam samen met een aantal andere ziekenhuizen het initiatief om gezamenlijk deze technologie uit te baten in de vzw associatie 'het Limburgs Pet Centrum' (LPC). In de praktijk zijn het de nucleaire geneesheren van het Christelijk Algemeen Ziekenhuis Midden-Limburg (CAZ), Virga Jesse Ziekenhuis (VJZ) en ZOL die deze onderzoeken uitvoeren op de campus van CAZ.

Het LPC startte op in juni 2002. In het eerste volledige werkjaar van 2003 waren er 5 onderzoeken per werkdag. In 2005 telden we reeds 7 onderzoeken per werkdag.

Radiotherapie en het Limburgs Oncologisch Centrum (LOC):

Het LOC is een uniek samenwerkingsverband in de vorm van een vzw associatie waarmee het Virga Jesse Ziekenhuis, het Christelijk Algemeen Ziekenhuis Midden-Limburg en het Ziekenhuis Oost-Limburg een goede radiotherapie willen uitbouwen voor heel Limburg. Bestralingen zijn tot nu toe alleen mogelijk in het Virga Jesse Ziekenhuis.

In 2005 kreeg het LOC, mede dankzij een goede en volgehouden argumentatie, het akkoord van de federale overheid om een decentrale site met twee lineaire versnellers, te bouwen op campus Sint-Jan in het ZOL.

Dat is vooral goed nieuws voor de kankerpatiënten in Oost- en Noord-Limburg. Tot nu toe zijn zij de enigen in Vlaanderen die zich niet met radiotherapie kunnen laten behandelen binnen een straal van 20 km van hun woonplaats. Daarnaast zal het niet langer nodig zijn om patiënten in het weekend of in de late avond te bestralen.

In de loop van 2005 werden de eerste 4 ZOL-verpleegkundigen in VJZ opgeleid, die later de radiotherapie zullen bedienen. Radiotherapeuten, fysici en verpleegkundigen van het LOC bespraken met de architecten hoe het gebouw er moet uitzien. De bestralingsdienst wordt samen met de oncologie-raadpleging en de nieuwe dagkliniek inwendig ondergebracht op nivo -I van blok L. De aannemers stonden eind 2005 klaar om te starten met de werken.

Eind 2005 werd actief gezocht naar de medische apparatuur. Dit resulteerde in een aanbestedingsdossier (februari 2006) voor 3 versnellers (2 voor het ZOL, 1 vervanging in Virga Jesse), een nieuw planningssysteem dat via een netwerk verspreid is over de 2 ziekenhuizen en een nieuwe CT simulator (Virga Jesseziekenhuis).

Multidisciplinaire commissie voor oncologie

Voor 80 % van de kankers in het ZOL werden richtlijnen goedgekeurd door de geneesheren uit Ziekenhuis Maas en Kempen, Maria Ziekenhuis Noord-Limburg en ZOL die in deze commissie zetelen. Deze zijn opgenomen in het Oncologisch Handboek, dat beschikbaar is via internet (met paswoord) en intranet.

Euregio

De dienst Pneumologie participeert sinds 2005 in een intervisiegroep met de pneumologen van het Academisch Ziekenhuis Maastricht (azM) en het ziekenhuis van Heerlen.

Daarnaast werkt de dienst Pneumologie sinds april 2005 mee aan het samenstellen van een biobank met DNA-gegevens van kankerpatiënten. De coördinatie voor dit biobank-project ligt in het azM.





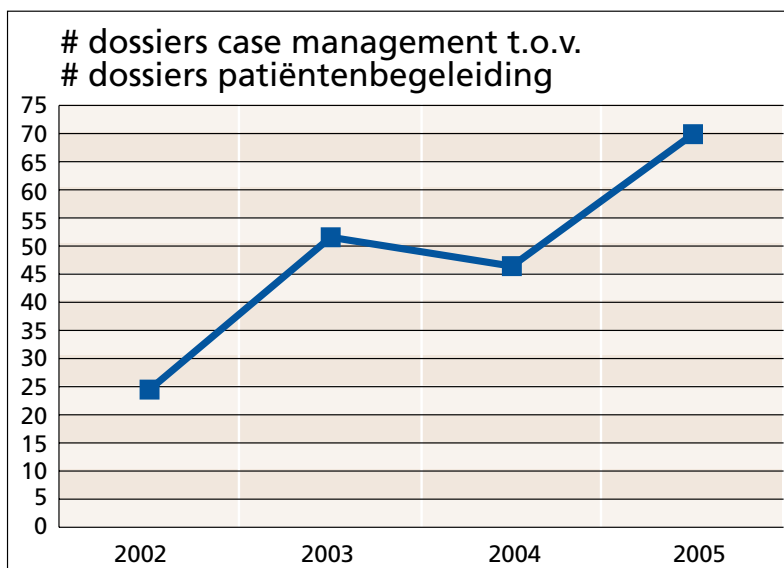
4. Ontslag



4. Ontslag

4.1. Communicatie met thuiszorg en casemanagement

Omdat de ligduur steeds korter wordt, gaan almaar meer patiënten die nog complexe verzorging nodig hebben naar huis. Een optimale afstemming met de thuiszorg is daarom een noodzaak. Het ZOL heeft er enkele jaren geleden voor gekozen om het zorgverleningsmodel 'casemanagement' toe te passen op alle afdelingen van het ziekenhuis. Het aantal dossiers 'casemanagement' bleef stijgen in 2005.



4.2 Opvolging dagziekenhuis heelkunde

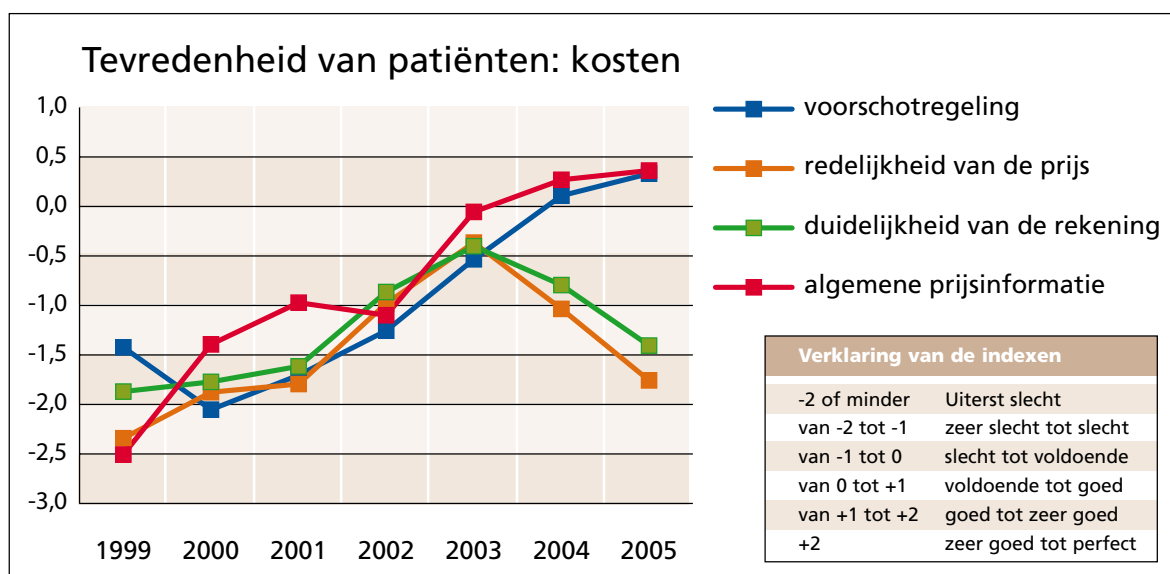
De dag na de ingreep worden alle patiënten uit het dagziekenhuis Heelkunde campus Sint-Barbara thuis telefonisch gecontacteerd. Er worden enkele gestandaardiseerde vragen gesteld.

In 2005 werd 61,8 % van het aantal patiënten telefonisch gecontacteerd. Hierbij werd geïnformeerd naar de pijnscores (0-10), misselijkheid (ja of neen), braken (ja of neen) en wondproblemen. De resultaten van 2005 tonen aan dat er bij 71,9 % van de patiënten geen problemen werden gemeld. Bij 5 % van de gevallen werden telefonische richtlijnen gegeven in verband met pijnstilling, wondproblematiek; braken of misselijkheid. Bij 19,5 % van de telefonische contacten waren de patiënten niet aanwezig.

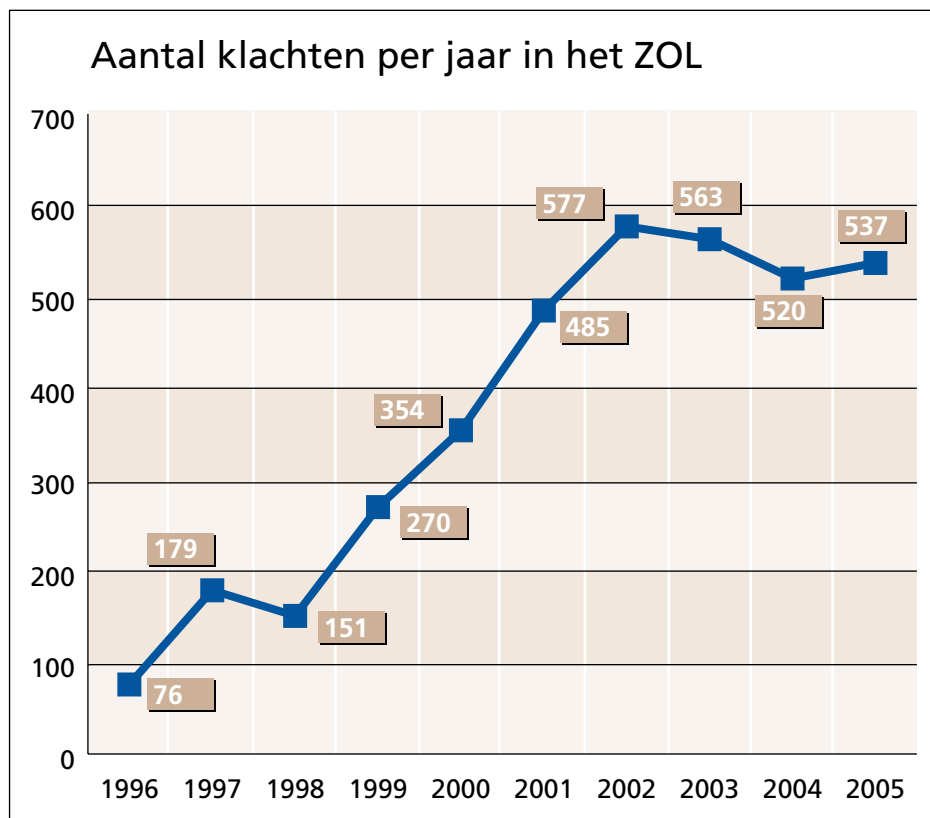
0,5 % van de patiënten werd verder opgenomen op de hospitalisatieafdeling (16 van de 3.059).

4.3 De ziekenhuisfactuur

De tevredenheid over de prijsinformatie en de voorschotregeling gaat in stijgende lijn. Duidelijkheid van de rekening en redelijkheid van de prijs zijn factoren waar we als ziekenhuis een minimale invloed kunnen op uitoefenen.



4.4 Klachtenbemiddeling



Het aantal klachten in het ZOL is gestabiliseerd de laatste jaren en zelfs lichtjes gedaald.

Nog meer dan de afgelopen jaren en proportioneel méér in het ZOL dan in het gemiddelde Vlaamse ziekenhuis worden de klachten voor het overgrote deel door de patiënt of zijn onmiddellijke omgeving zelf gemeld, rechtstreeks aan de ombudsman. De overige aanmeldingen gebeuren vooral door de interne verpleegkundigen/paramedici, artsen en administratieve medewerkers. Wanneer een externe hulpverlener optreedt in naam van de patiënt, is het voornamelijk de juridische dienst van de mutualiteit of de huisarts van de patiënt.

In het ZOL worden 80 % van de klachten geformuleerd in een direct contact, persoonlijk of telefonisch. In het gemiddelde Vlaamse ziekenhuis is dit 58 %.

Terwijl in het ZOL de meeste patiënten met een klacht tot dit jaar vooral een signaal (in 2003 nog 30 %, in 2004 nog 37 % en in 2005 nog maar 16 %) wensten te geven met de vraag tot voorkoming voor anderen en vaak ter compensatie van hun ontevredenheid een correctie van hun ziekenhuisfactuur wensten (in 2003 nog 45 %, in 2004 nog 32 % en in 2005 nog maar 25 %), verwachten de meeste klagende patiënten in 2005 vooral een bemiddelende (52 %), neutrale, onafhankelijke en informatieve (29 %) rol van de ombudsman.

De registratie van de 19 Vlaamse ziekenhuizen leert ons dat patiënten in het gemiddelde Vlaamse ziekenhuis de ombudsman gaan opzoeken vooral om een signaal (36%) te geven ter voorkoming en met de verwachting dat de ziekenhuisfactuur wordt gecorrigeerd (33%).

In 8 % van de geregistreerde patiëntenklachten in het ZOL gaat het in 2005 over een vraag tot schadeclaim (gemiddeld Vlaams ziekenhuis: 7 %).

Klachten in het ZOL over de medische diensten bleven in 2005 proportioneel op hetzelfde peil als in 2004 (56 % in 2004 en eveneens 56 % in 2005), klachten over de verpleegkundige en paramedische diensten stegen van 30 % in 2004 naar 36 % in 2005, terwijl de dalende trend van de klachten over de administratieve diensten sinds 2004 (nog 18 %) zich voortzet, in 2005 nog 16 %.



BIJHORENDE CONTACTGEGEVENS

Beheer en directie:		
Jo Vandeurzen (voorzitter):	089/32.13.01	secr. 089/32.13.02
Johan Hellings (algemeen directeur):	089/32.13.05	secr. 089/32.13.02
Dr. Hubert Vandeput (medisch directeur):	089/32.15.05	secr. 089/32.15.02
Solange Indenkleef (verpleegk.-param. directeur)	089/32.16.05	secr. 089/32.16.02
Peter Hermans (personeelsdirecteur)	089/32.17.05	secr. 089/32.17.02
Lydia Moors (financieel directeur)	089/32.18.05	secr. 089/32.18.02
Patiëntenbegeleiding		
Patricia Vrancken	089/32.16.51	
Pastorale Dienst	089/32.14.71	
Andere levensbeschouwingen	089/32.16.51	
Ombudsdienst/klachtenbeheer		
Jean Dreezen	089/32.15.21	
Kwaliteitsadviseur		
Tilly Postelmans	089/32.16.46	
Patiëntveiligheid		
Dr. Ward Schrooten	089/32.13.22	
Ziekenhuishygiëne		
Dr. Guy Coppens (geneesheer-ziekenhuishyg.)	089/32.15.31	
Apotheek		
Luc Vandorpe	089/32.14.05	
Bloedtransfusiecentrum		
	089/32.59.02	
Financiële dienst		
	089/32.19.40	
Centrale afspraken		
	089/32.51.51	
Dienst Pers en Communicatie		
	089/32.17.60	
Vorming		
Sylvain Haekens	089/32.17.51	
Personeelsbegeleiding		
Jaak Vandewaerde	089/32.17.15	

Financiële resultaten

BALANS

Activa	Codering	2005 31.12.2005 Euro	2004 31.12.2004 Euro	2003 31.12.2003 Euro	2002 31.12.2002 Euro
Vaste activa	20/28	126.408.923,93	114.460.329,06	103.912.673,97	92.054.940,15
I. Oprichtingskosten	20	929.593,85	1.386.952,97	479.322,80	214.407,05
II. Immateriële vaste activa	21	1.428.877,49	1.753.406,14	1.206.369,44	866.269,07
III. Materiële vaste activa	22/27	124.050.452,59	111.319.969,95	102.226.981,73	90.974.264,03
A Terreinen en Gebouwen	22	83.161.749,37	75.274.376,40	58.724.015,45	58.244.770,36
B Materieel voor medische uitrusting	23	14.971.521,24	14.829.017,52	16.409.959,63	17.660.021,53
C Materieel voor niet-medische uitrusting en meubilair	24	9.107.777,02	9.322.075,83	8.636.553,18	7.340.673,50
D Huurfinanciering en soortgelijke rechten	25	0,00	0,00	0,00	0,00
E Overige materiële vaste activa	26	0,00	0,00	0,00	0,00
F Vaste activa in aanbouw en vooruitbetalingen	27	16.809.404,96	11.894.500,20	18.456.453,47	7.728.798,64
IV. Financiële vaste activa	28	0,00	0,00	0,00	0,00
Vlottende activa	29/58	91.559.419,76	100.553.500,14	93.941.646,19	91.384.539,71
V. Vorderingen op meer dan één jaar	29	926.469,79	1.111.146,98	1.336.568,29	1.128.824,12
A Vorderingen voor prestaties	290	0,00	0,00	0,00	0,00
B Overige vorderingen	291	926.469,79	1.111.146,98	1.336.568,29	1.128.824,12
VI. Voorraden en bestellingen in uitvoering	3	3.698.922,64	3.768.303,91	3.653.813,65	3.497.537,18
A Grondstoffen en leveringen	31	3.698.922,64	3.768.303,91	3.653.813,65	3.497.537,18
B Vooruitbetalingen op voorraad inkopen	36	0,00	0,00	0,00	0,00
C Bestellingen in uitvoering	37	0,00	0,00	0,00	0,00
VII. Vorderingen op ten hoogste één jaar	40/41	78.143.762,30	84.423.979,79	79.846.858,98	77.508.254,32
A Vorderingen voor prestaties	400/409	69.822.638,66	78.082.140,99	74.670.103,64	72.019.645,69
1. Patiënten	400	8.927.116,91	8.452.463,65	8.059.323,38	7.051.069,54
2. Verzekeringsinstellingen	402	55.247.746,25	63.274.475,42	51.396.123,70	46.317.594,16
3. Inhaalbedragen	403	6.775.210,54	7.600.054,72	15.332.735,24	20.091.056,11
4. Te innen opbrengsten	404	900.954,37	835.951,44	1.765.115,28	454.697,94
5. Provisie dubieuze debiteuren	406/9	-2.028.389,41	-2.080.804,24	-1.883.193,96	-1.894.772,06
B Overige vorderingen	41	8.321.123,64	6.341.838,80	5.176.755,34	5.488.608,63
1. Geneesheren tandartsen verpl en paramed	415	5.719,75	5.719,75	5.719,75	5.719,75
2. Overige	411/4 416/9	8.315.403,89	6.336.119,05	5.171.035,59	5.482.888,88
VIII. Geldbeleggingen	51/53	1.800.000,00	3.753.000,00	0,00	900.000,00
IX. Liquide middelen	54/58	2.953.799,18	3.429.965,47	6.310.768,06	5.772.907,31
X. Overlopende rekeningen	490/1	4.036.465,85	4.067.103,99	2.793.637,21	2.577.016,78
Totaal der Activa	20/58	217.968.343,69	215.013.829,20	197.854.320,16	183.439.479,86

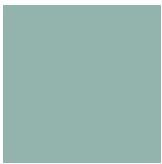
Passiva	Codering	2005 31.12.2005 Euro	2004 31.12.2004 Euro	2003 31.12.2003 Euro	2002 31.12.2002 Euro
Eigen Vermogen	10 tot 15-18	57.084.761,05	48.942.115,97	40.977.789,19	31.718.491,49
I. Dotaties	10	0,00	0,00	0,00	0,00
II. Herwaarderingsmeerwaarden	12	0,00	0,00	0,00	0,00
III. Reserves	13	13.339.150,14	9.927.323,50	7.978.853,60	4.292.212,45
A Wettelijke reserves	130	0,00	0,00	0,00	0,00
B Niet beschikbare reserves	131	13.339.150,14	9.279.995,93	7.331.526,03	4.292.212,45
C Beschikbare reserves	133	0,00	647.327,57	647.327,57	0,00
IV. Overgedragen resultaat	14	3.292.074,00	3.292.074,00	3.292.074,00	3.292.074,00
V. Investeringssubsidies	15	40.453.536,91	35.722.718,47	29.706.861,59	24.134.205,04
VI. Sluitingspremies	18	0,00	0,00	0,00	0,00
Voorzieningen		10.402.837,93	11.951.922,85	9.140.005,92	6.408.356,77
VII. Voorzieningen voor risico's en kosten	16	10.402.837,93	11.951.922,85	9.140.005,92	6.408.356,77
Schulden	17/49	150.480.744,71	154.119.790,38	147.736.525,05	145.312.631,60
VIII. Schulden op meer dan één jaar	17	73.454.388,84	73.065.833,71	75.376.420,33	63.909.481,14
A Financiële schulden	170/4	72.452.462,86	72.063.907,73	74.374.494,35	62.907.555,16
1. Achtergestelde leningen	170	0,00	0,00	0,00	0,00
2. Niet-achtergestelde leningen	171	0,00	0,00	0,00	0,00
3. Schulden voor huurfinanciering en soortgelijke	172	0,00	0,00	0,00	0,00
4. Kredietinstellingen	173	72.452.462,86	72.063.907,73	74.374.494,35	62.907.555,16
5. Overige leningen	174	0,00	0,00	0,00	0,00
B Handelsschulden	175	0,00	0,00	0,00	0,00
C Voorschotten Ministerie van Volksgezondheid	177	1.001.925,98	1.001.925,98	1.001.925,98	1.001.925,98
D Overige schulden	178/9	0,00	0,00	0,00	0,00
IX. Schulden op ten hoogste één jaar	42/48	71.118.798,79	75.604.918,99	66.619.697,84	76.527.382,70
A Schulden op meer dan één jaar die binnen het jaar vervallen	42	11.535.173,77	12.035.579,00	11.346.542,63	10.028.758,81
B Financiële schulden	43	4.400.000,01	6.241.096,30	5.200.000,01	15.593.618,61
1. Kredietinstellingen	430/4	4.400.000,01	6.241.096,30	5.200.000,01	15.593.618,61
2. Overige leningen	435/9	0,00	0,00	0,00	0,00
C Lopende schulden	44	42.336.374,46	44.806.077,22	38.669.761,63	39.923.289,88
1. Leveranciers	440/444	18.225.237,76	21.290.444,96	16.861.677,10	20.688.835,83
2. Te betalen wissels	441	0,00	0,00	0,00	0,00
3. Inhaalbedragen	443	3.288.844,23	4.462.813,80	3.320.672,98	2.077.567,67
4. Geneesheren, tandartsen, verplegend personeel en paramedici	445	20.822.292,47	19.052.818,46	18.487.411,55	17.156.886,38
D Ontvangen vooruitbetalingen	46	159.833,19	400.881,34	356.353,75	57.795,14
E Schulden met betrekking tot belastingen bezoldigingen en sociale lasten	45	12.643.393,48	11.649.216,84	10.981.398,56	10.168.123,78
1. Belastingen	450/3	1.979.528,91	105.912,57	59.533,82	37.636,02
2. Bezoldigingen en sociale lasten	454/9	10.663.864,57	11.543.304,27	10.921.864,74	10.130.487,76
F Overige schulden	47/48	44.023,88	472.068,29	65.641,26	755.796,48
X. Overlopende rekeningen	492/3/9	5.907.557,08	5.449.037,68	5.740.406,88	4.875.767,76
Totaal der Passiva	10/49	217.968.343,69	215.013.829,20	197.854.320,16	183.439.479,86

Financiële resultaten

REKENING

		Boekjaar 2005 <i>Euro</i>	Boekjaar 2004 <i>Euro</i>	Boekjaar 2003 <i>Euro</i>	Boekjaar 2002 <i>Euro</i>
I. Bedrijfsopbrengsten	70/74	235.586.513,21	223.835.969,23	211.239.304,18	194.789.336,89
A. Omzet	70	213.304.830,54	204.436.481,80	194.376.604,40	182.228.998,57
Budget financiële middelen	700	76.291.781,42	73.583.453,35	71.419.685,58	67.126.358,61
Geraamd inhaalbedrag van het lopend boekjaar	701	831.797,78	-874.727,54	-1.458.616,57	-1.452.173,52
Supplementen kamers	702	758.907,80	597.172,25	568.883,85	604.016,86
Forfaits conventies R.I.Z.I.V.	703	12.056.770,88	11.122.277,68	9.989.591,89	10.290.627,10
Diverse opbrengsten	704	14.420.758,45	14.487.434,60	13.569.072,80	11.930.108,85
Farmaceutische en daarmee gelijkgestelde producten	705	20.849.267,57	19.463.561,57	18.270.549,24	16.711.137,58
Honoraria	709	88.095.546,64	86.057.309,89	82.017.437,61	77.018.923,09
B. Geactiveerde interne productie	72	6.327,62	194.670,39	145.314,76	69.738,95
C. Overige bedrijfsopbrengsten	74	22.275.355,05	19.204.817,04	16.717.385,02	12.490.599,37
Bedrijfssubsidies	740	0,00	0,00	0,00	0,00
Overige	741/9	22.275.355,05	19.204.817,04	16.717.385,02	12.490.599,37
II. Bedrijfskosten	60/64	228.846.700,50	219.040.382,28	203.318.359,16	190.025.398,57
A. Voorraden en leveringen	60	51.897.648,42	50.735.881,55	47.339.465,48	44.700.126,09
1. Inkopen	600/8	51.828.267,15	50.850.371,81	47.495.741,95	44.836.778,12
2. Wijziging in de voorraad (toename-, afname +)	609	69.381,27	-114.490,26	-156.276,47	-136.652,03
B. Diensten en bijkomende leveringen	61	67.924.689,90	63.047.432,91	58.730.739,08	54.336.403,49
1. Diensten en leveringen	610/8	17.355.617,44	16.244.785,19	14.555.851,19	13.489.278,24
2. Voorschotten geneesheren	619	50.569.072,46	46.802.647,72	44.174.887,89	40.847.125,25
C. Bezoldigingen en sociale lasten	62	89.035.044,48	84.097.465,38	78.729.890,07	74.561.421,21
D. Afschrijvingen en waardeverminderingen op oprichtingskosten op immateriële en materiële vaste activa	630	12.957.294,68	11.711.186,77	10.925.846,06	9.792.003,69
E. Waardeverminderingen op vlottende activa (toevoegingen +, terugnemingen -)	631/4	-52.414,83	204.679,95	-18.647,78	162.683,52
F. Voorzieningen voor risico's en kosten (toevoegingen +, terugnemingen -)	635/7	1.256.523,96	4.363.487,08	3.555.935,91	2.883.941,16
G. Overige bedrijfskosten	640/8	5.827.913,89	4.880.248,64	4.055.130,34	3.588.819,41
III. Bedrijfswinst (+)	70/64	6.739.812,71	4.795.586,95	7.920.945,02	4.763.938,32
Bedrijfsverlies (-)	64/70				
IV. Financiële opbrengsten	75	1.684.571,24	926.107,30	881.118,02	827.477,79
A. Opbrengsten uit financiële vaste activa	750	0,00	0,00	0,00	0,00
B. Opbrengsten uit vlottende activa	752	100.071,21	79.340,31	46.360,81	43.658,41
C. Subsidies in kapitaal en intresten	753	1.555.911,17	809.241,57	810.473,57	769.105,83
D. Andere financiële opbrengsten	754/9	28.588,86	37.525,42	24.283,64	14.713,55
V. Financiële kosten	65	3.357.244,99	3.254.965,89	3.542.524,91	3.847.572,20
A. Kosten voor investeringsleningen	650	3.225.572,21	3.200.438,19	3.173.390,63	3.210.184,96
B. Kosten voor kredieten op korte termijn	656	121.301,96	44.208,14	356.878,77	627.741,94
C. Diverse financiële kosten	657/9	10.370,82	10.319,56	12.255,51	9.645,30
VI. Winst (+)	70-65	5.067.138,96	2.466.728,36	5.259.538,13	1.743.843,91
Verlies (-)	65/70				

		Boekjaar 2005 <i>Euro</i>	Boekjaar 2004 <i>Euro</i>	Boekjaar 2003 <i>Euro</i>	Boekjaar 2002 <i>Euro</i>
VII. Uitzonderlijke opbrengsten	76	3.496.885,68	2.411.192,72	1.929.421,06	3.814.750,83
A. Terugneming van afschrijvingen en van waardeverminderingen op immateriële en materiële vaste activa	760	0,00	0,00	589.372,27	10.692,62
B. Terugneming van waardeverminderingen op financiële vaste activa	761	0,00	0,00	0,00	0,00
C. Terugneming van voorzieningen voor uitzonderlijke risico's en kosten	762	3.194.295,28	1.613.340,03	587.094,43	2.624.047,91
D. Meerwaarden bij de realisatie van vaste activa	763	10.937,09	0,00	0,00	0,00
E. Andere uitzonderlijke opbrengsten van het boekjaar	764/8	0,00	0,00	0,00	863.804,40
F. Opbrengsten m.b.t. vorige boekjaren	769	291.653,31	797.852,69	752.954,36	316.205,90
VIII. Uitzonderlijke kosten	66	5.152.197,98	2.929.451,18	3.502.318,05	3.879.180,04
A. Uitzonderlijke afschrijvingen en waardeverminderingen op oprichtingskosten, op immat. en mat. vaste activa	660	491.989,22	0,00	1.047.417,33	84,09
B. Waardeverminderingen op financiële vaste activa	661	0,00	0,00	0,00	0,00
C. Voorzieningen voor uitzonderlijke risico's en kosten	662	217.800,00	4.015,10	604.956,09	1.330.182,94
D. Minderwaarden bij de realisatie van vaste activa	663	0,00	0,00	0,00	808,93
E. Andere uitzonderlijke kosten van het boekjaar	664/8	648.703,57	218.081,71	4.299,93	685.341,78
F. Kosten m.b.t. vorige boekjaren	669	3.793.705,19	2.707.354,37	1.845.644,70	1.862.762,30
IX. Winst van het boekjaar (+)	70/66	3.411.826,66	1.948.469,90	3.686.641,14	1.679.414,70
Verlies van het boekjaar (-)	66/70				
Bestemmingen en voorheffingen					
A. Te bestemmen winstsaldo	70/69	6.703.900,66	5.240.543,90	6.978.715,14	4.971.488,70
1. Te bestemmen winst van het boekjaar	70/66	3.411.826,66	1.948.469,90	3.686.641,14	1.679.414,70
Te verwerken verlies van het boekjaar (-)	66/70				
2. Overgedragen winst van het vorige boekjaar	790	3.292.074,00	3.292.074,00	3.292.074,00	3.292.074,00
Overgedragen verlies van het vorige boekjaar (-)	690				
B. Onttrekking van de eigen middelen	791/2				
1. aan het kapitaal en aan de uitgiftepremies	791				
2. aan de reserves (-)	792				
C. Toevoeging aan de reserves	691/2	3.411.826,66	1.948.469,90	3.686.641,14	1.679.414,70
Toevoeging aan de reserves	692	3.411.826,66	1.948.469,90	3.686.641,14	1.679.414,70
D. Over te dragen resultaat					
1. Over te dragen winst (-)	693	3.292.074,00	3.292.074,00	3.292.074,00	3.292.074,00
2. Over te dragen verlies	793	0,00	0,00	0,00	0,00
E. Tussenkost van derden in het verlies	794	0,00	0,00	0,00	0,00







Ziekenhuis Oost-Limburg