

ZOL Jaarverslag 2011



□ Campus Sint-Jan
Schiepse Bos 6
B 3600 Genk

□ Campus Sint-Barbara
Bessemersstraat 478
B 3620 Lanaken

□ Campus André Dumont
Stalenstraat 2
B 3600 Genk

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord	5
Aandacht voor de medewerker	6
Charter Respect	12
Aandacht voor groei	14
Nieuwe artsen	20
Aandacht voor het klinische	22
Aandacht voor de patiënt	30
Cijfers	37
Bokonzi	43
Raad van Beheer, Directie	43

Colofoon:

Publicatie ZOL
dienst Communicatie
uitgave juni 2012

Verantwoordelijke
uitgever:
Erwin Bormans

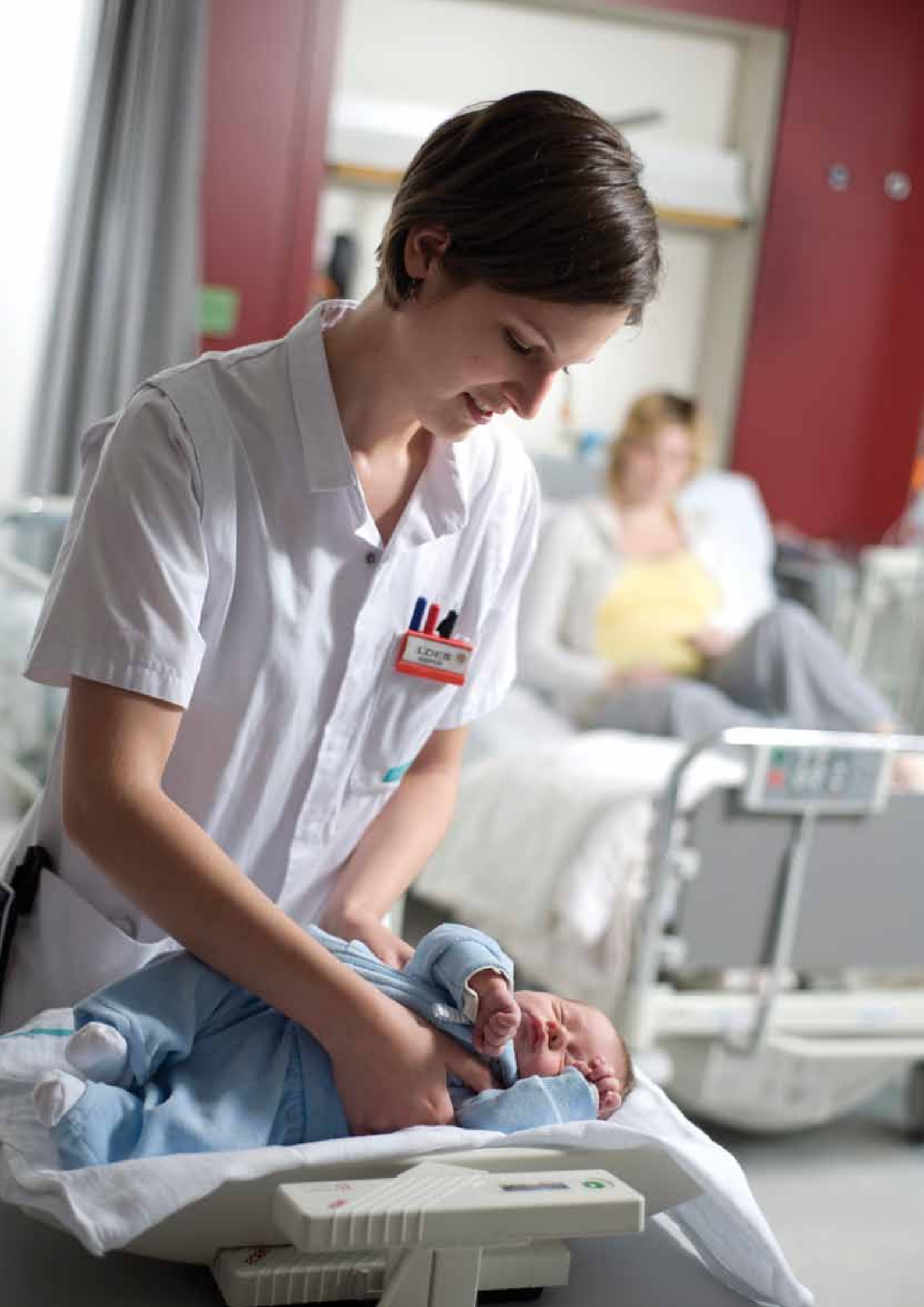
Eindredactie:
Jurgen Ritzen

Redactie:
Grete Bollen
Jurgen Ritzen

Lay-out:
Liesbeth Grondelaers

Foto's:
Lotje Iwanicki
Vlaamse Overheid
Yorick Jansen
IMA pictures





VOORWOORD

Naar jaarlijkse traditie stellen we u het jaarverslag van het Ziekenhuis Oost-Limburg voor. U vindt in deze uitgave een overzicht van de verwezenlijkingen, de plannen en de financiële resultaten van 2011. Qua aanpak hebben we geopteerd voor een formule met dubbelinterviews. Een directielid en een medewerker of arts geven uitleg bij 4 sleutelthema's: de patiënt, de medewerker, de groei van onze organisatie en tot slot het klinische luik.

2011 was in vele opzichten een uitermate boeiend jaar voor het ZOL. Zo moesten om diverse redenen heel wat kader- en staffuncties heringevuld worden. En nieuwe mensen, dat betekent nieuwe ideeën. Zuurstof dus om op creatieve wijze de toekomst tegemoet te gaan.

2011 was het jaar waarin VIPA 4 verder vorm kreeg. Dit laatste luik uit het masterplan dat opgemaakt werd na de fusie, moet uiteindelijk leiden tot het integreren van de huidige activiteiten van campus André Dumont in de twee andere campussen. De bouw van de K-Blok en de N-Blok op campus Sint-Jan en van de Pijnkliniek op campus Sint-Barbara moet dit op infrastructuurvlak mogelijk maken.

2011 bracht duidelijkheid over de plannen van het ZOL om voluit voor een accreditatietraject te gaan. Een externe doorlichting van de werking van het ziekenhuis drong zich op om ook in de toekomst onze patiënten van de beste zorg te voorzien. De keuze viel op de internationale organisatie JCI. Bedoeling is om in 2014 een geaccrediteerd ziekenhuis te zijn.

2011 stond op de verpleegafdelingen in het teken van patiëntentevredenheid. Want zoals u verderop kan lezen zijn tevreden patiënten te vergelijken met tevreden klanten: ze denken aan je wanneer ze je opnieuw nodig hebben. En dus werden er tal van initiatieven genomen om de tevredenheid bij onze patiënten te verhogen.

2011 was het jaar waarin de strategie voor de toekomst werd uitgetekend en waarin duidelijk werd dat er een grote wil is om verder uit te groeien tot een tweede- en derdelijnsziekenhuis met universitaire ambities. Het verder uitwerken van duurzame samenwerkingsverbanden met de omliggende ziekenhuizen is hierbij een belangrijke uitdaging.

2011 was het jaar waarin UHasselt, het ZOL en het Jessaziekenhuis het 'Limburg Clinical Research Programme' gelanceerd hebben. Bedoeling is het gezamenlijk wetenschappelijk onderzoek te versterken en een leidend centrum te worden voor klinisch onderzoek.

2011 tot slot was het jaar dat we met een uitzonderlijk goed financieel resultaat konden afsluiten. Hoofdzakelijk omwille van een aantal eenmalige inkomsten die onze richting uitkwamen, maar toch ook omwille van het harde werk dat door al onze artsen en medewerkers geleverd werd. We wensen daar iedereen uitdrukkelijk voor te bedanken.

Erwin Bormans
Algemeen Directeur ZOL

Mieke Dezeure
Voorzitter ZOL

AANDACHT VOOR DE MEDEWERKER

Peter Hermans, personeelsdirecteur ZOL

Suzy Kimpfen, opleidingsverantwoordelijke operatiekwartier (OK) ZOL



“WIE GEEN RESPECT VOOR EEN COLLEGA TOONT, PAST NIET IN DE ZOL-CULTUUR”

Aandacht voor de werknemer wordt steeds belangrijker in een sector die voortdurend op zoek is naar goede werkrachten. Het ontplooien van talent, de focus op arbeidsethiek en het aanscherpen van de verbondenheid met het ZOL als werkgever waren daarom in 2011 enkele speerpunten in het beleid van het departement personeelszaken. We spraken erover met personeelsdirecteur Peter Hermans en met Suzy Kimpfen, die in het operatiekwartier van het ZOL verantwoordelijk is voor de opleiding van studenten en jonge verpleegkundigen.

Op 3 maart 2011 vond in het ZOL het congres van het toonaangevende tijdschrift HR Square plaats. Onder andere de leiderschapstrajecten binnen het ZOL kwamen uitgebreid ter sprake. Welke ondersteuning voorziet het ZOL voor verpleegkundigen in een leidinggevende functie?

Peter Hermans: HR Square organiseert jaarlijks een congres rond zorg. In 2011 stond het congres voor innovatieve projecten op het vlak van HR in de zorgsector en wij als ZOL waren gastheer.

Allereerst zijn er de high potentials, de mensen waarvan wij denken dat ze het in zich hebben om hoofdverpleegkundige te worden. Voor deze verpleegkundigen wordt een traject uitgeschreven waarin ze een jaar lang gekoppeld worden aan een externe coach. Ten tweede zijn er de verpleegkundigen die recent pas aangesteld zijn als leidinggevende. Voor hen voorzien we een vervolgtraject opgebouwd rond ondersteuning en training om hun competenties verder te ontwikkelen. Een vervolg daarop, meteen ook het

Binnen die coachingstrajecten lijken een drietal termen steeds terug te keren: loopbaanontwikkeling, management development en talent management. Zijn dit de principes waarrond de opleidingen opgebouwd zijn?

Peter Hermans: De basisopleidingen zijn steeds op competenties geënt en één van de voornaamste competenties van hoofdverpleegkundigen is leiding kunnen geven. We reiken hen hiervoor voortdurend tools aan.

Ook hopen we natuurlijk dat we de juiste keuzes maken. Dat we de mensen selecteren die het meest geschikt zijn om hoofdverpleegkundige te worden. Vaak wijst zich dit uit in de loop van het traject. We geven ook steeds enkele medewerkers de kans om dit voor zichzelf uit te zoeken. Op het vlak van management development hebben we een duidelijk competentieprofiel voor ogen dat we gebruiken bij selecties. Mensen worden geselecteerd op basis van dit competentieprofiel. Het is daarna aan de managers om die competenties mee te helpen ontwikkelen en uitbouwen, onder andere via gerichte vorming en training.

“ EEN VAN DE VOORNAAMSTE COMPETENTIES VAN HOOFDVERPLEEGKUNDIGEN IS LEIDING KUNNEN GEVEN.”

We hebben er voluit onze projecten rond leiderschapsontwikkeling kunnen voorstellen, in het bijzonder op het vlak van de hoofdverpleegkundigen. De hoofdverpleegkundige moet de dag van vandaag meer en meer een coach zijn en in die zin voorzien we in het ZOL ook intensieve trainingen. We doen dat op 3 niveau's.

derde traject, is verdere ondersteuning geven aan hoofdverpleegkundigen die deze functie al langer bekleden. Daarom voorzien we ook voor hen een vervolgtraject.

Past de aanwerving van Suzy ook binnen dit kader?

Peter Hermans: Suzy beschikt inderdaad over een aantal coachingvaardigheden en werkt nu als opleidingsverantwoordelijke en stafmedewerker. Maar haar opdracht richt zich meer naar de beginnende medewerker en de student omdat we in het OK zagen dat nieuwe medewerkers eigenlijk te weinig ondersteuning kregen en ook te weinig op basis van hun competenties werden ingezet.

Suzy is specifiek aangesteld om mee die competenties van studenten en beginnende medewerkers te screenen en ze goed in te schatten. Want het is uiterst belangrijk dat jonge mensen de juiste ondersteuning krijgen in de beginjaren van hun carrière. Alleen zo kunnen ze een lange carrière uitbouwen in een setting als het OK, hetgeen toch wel een pijnpunt was in het verleden.

Suzy, wat heeft bij jou de doorslag gegeven om vorig jaar naar het ZOL te komen?

Suzy Kimpen: Een stuk de uitdaging om datgene wat ik in het UZ Leuven geleerd heb ook in een perifeer ziekenhuis toe te passen. Een overstap naar een andere omgeving doet ook leren en verruimt jezelf als persoon. En ook de uitdaging om terug te keren naar mijn roots speelde een rol. Ik ben namelijk een Limburgse.

Wat zijn de pijlers van jouw werkmethodes?

Suzy Kimpen: Ik volg het preceptorship programma, dat is een begeleidingsconcept dat in de jaren 60 in de VS en Canada werd geïntroduceerd. Het grote verschil

tussen een mentor die we in België altijd gekend hebben en een preceptor is dat een preceptor mag evalueren en aansturen. Terwijl een mentor eerder een zachte coach is, gaat een preceptor kandidaat-verpleegkundigen gestructureerd opleiden. Op die manier zorg je er voor dat wanneer de stageperiode achter de rug is bepaalde competenties ook verworven zijn. Het onderwijs vraagt dit ook. Docenten, stagebegeleiders van gegradueerde verpleegkundigen en praktijklectoren van de bachelorverpleegkundigen komen met competentieprofielen naar de vloer. Dus moeten wij vanuit het werkveld onze verpleegkundigen

“ EEN OPERATIEKWARTIER IS POWER EN PEPER. ALLES STAAT EN VALT BIJ MOTIVATIE EN ENTHOUSIASME OM AAN TEAMWORK TE DOEN.”

intensief trainen om onze student-verpleegkundigen in dat verhaal mee te nemen. Alleen zo zorg je ervoor dat het competentieverhaal een sluitend geheel vormt.

En teamwork is daarbij van doorslaggevend belang?

Suzy Kimpen: Absoluut, een OK dat is power en peper. Alles staat en valt bij de motivatie en het enthousiasme van verpleegkundigen om aan teamwork te doen. En zo'n team dat bestaat uit anesthesisten, chirurgen, verpleegkundigen tot en met de logistieke medewerkers. Ik bedoel, als de poetsvrouw niet zorgt voor een nette zaal dan stinkt het radarwerk al meteen.

We hebben het preceptorship ook visueel gemaakt.

Witte mutsen voor startende verpleegkundigen, blauwe mutsen voor studenten. Op die manier creëren we een leercultuur waar fouten gecontroleerd mogen gemaakt worden. De hoge stressfactor in een OK kan al eens tot geagiteerd gedrag leiden. Als je dan niet duidelijk kan aangeven wie een student of een startende verpleegkundige is, dan kan er al eens een hard woord vallen terwijl dat helemaal niet gegrond is. Het doel is om binnen de 5 jaar een leercultuur te creëren die het OK van het ZOL tot een state of the art OK in ons land maakt. Een opleidingscentrum niet alleen voor chirurgen maar zeker ook voor verpleegkundigen.

Gecontroleerd fouten mogen maken en niet onterecht op je donder krijgen brengt ons naadloos bij het volgende thema, met name het charter 'Respect' dat in 2011 opgesteld werd. Was het nodig om zo een charter in het leven te roepen?

Peter Hermans: In de missie van het ZOL staat alleszins dat we de ziekenhuiswerking zo willen organiseren dat de medewerkers zich gewaardeerd en betrokken voelen en zich professioneel kunnen ontplooiën; en dan gaat het over respectvol omgaan met elkaar. En na een aantal incidenten hebben we besloten om het een en ander op papier te zetten. Want respect of beter het gebrek aan respect is soms de reden waarom bepaalde mensen afhaken of niet meer willen





AANSTELLING ELKE PANIS

De directie van het ZOL werd in 2011 vernieuwd op het departement financiële zaken. Elke Panis werd door de raad van beheer aangesteld tot financieel directeur.

Ruim 15 jaar actief in het ZOL

Elke Panis is handelsingenieur van opleiding en studeerde een jaar management en beleid van gezondheidszorg. Ze startte in 1996 in het ZOL als stafmedewerker op de personeelsdienst. In 2000 werd ze beleidsadviseur bij de algemeen directeur en sinds 2006 was ze aangesteld als manager financiële zaken.

Met dank aan Lydia Moors

Elke Panis neemt de fakkel over Lydia Moors die de functie van financieel directeur op vraag van de directie tijdelijk heeft ingevuld. Lydia Moors verhuist naar de functie van manager financiële beleidsinformatie binnen het departement financiële zaken. De directie wenst haar uitdrukkelijk te bedanken voor het uitstekend vervullen van de interim opdracht.



werken binnen een bepaalde setting. Vandaar dus het idee om het begrip 'respect' via een charter te concretiseren.

In het charter staan een 12-tal vuistregels waarvan we echt vinden dat ze zo fundamenteel zijn dat iedere medewerker, leidinggevende, arts, ... ze moet nakomen. Kan dat niet, dan is er een fundamenteel probleem.

Heeft het charter ervoor gezorgd dat er nu met meer respect met mekaar omgegaan wordt?

Suzy Kimpen: Ik merk in ieder geval dat het er is en dat mensen er rekening mee houden. Jammer genoeg zijn er nog altijd uitzonderingen en die vallen ook heel erg op.

Respect is trouwens iets dat in twee richtingen werkt. Verpleegkundigen wensen door artsen met respect behandeld te worden maar vergeten soms dat ze ook met hun eigen collega's respectvol dienen om te gaan. Nu, het OK is wat dat betreft een bijzondere werkplek. De hoge stresslevels zorgen ervoor dat het er verbaal nogal eens heftig aan toe kan gaan, en dan moet je een onderscheid kunnen maken tussen wat persoonlijk is en wat gerelateerd is aan de omstandigheden. Al merken we dat vooral beginnende verpleegkundigen moeilijk dat onderscheid kunnen maken. Het mag echter ook geen excuus zijn.

Was respect ook een insteek om een uitgebreide strategische oefening rond het aanwezigheidsbeleid op touw te zetten?

Peter Hermans: Zijdelings wel maar de voornaamste insteek was: meer gezond aanwezig zijn op de werkvloer. Want het gevoel leefde dat ziekenbriefjes niet altijd gebruikt werden waarvoor ze dienen, met name echt ziek zijn. En inderdaad, het ziekenbriefje onrechtmatig gebruiken, is niet collegiaal. Want het zorgt altijd voor een verstoring van de uurroosters en voor collega's die moeten inspringen of overuren moeten doen. Het was nodig om aan deze problematiek vanuit personeelszaken aandacht te besteden.



Een tweede reden was om meer zorgzaam te zijn voor personeelsleden die omwille van ziekte kortdurig of langdurig afwezig zijn. We stelden vast dat deze groep al wel eens aan haar lot overgelaten werd terwijl er vanuit de meeste medewerkers net aandacht werd gevraagd.

“ DE VUISTREGELS IN HET CHARTER RESPECT ZIJN ZO FUNDAMENTEEL DAT IEDERE MEDEWERKER, LEIDINGGEVENDE EN ARTS ZE MOET NAKOMEN.”

En wat is er dan concreet gebeurd?

Peter Hermans: We hebben onze diensthooften getraind om met de verschillende vormen van afwezigheden om te gaan. Dat gebeurde via de opleiding verzuimgesprekken die speciaal ingericht is om dat te doen. Niet alleen met de bedoeling om mensen meer aanwezig te laten zijn in het ziekenhuis maar ook om de band te behouden met langdurige zieken en hen niet aan hun lot over te laten.

Hoe uitte zich dit op de werkvloer?

Suzy Kimpen: De impact is enorm, want 1 of 2 zieken dat betekent dat er echt met planningen geschoven moet worden. En dus wordt de flexibiliteit van collega's op de proef gesteld. Ik merk wel dat het inzetten van controleartsen ervoor gezorgd heeft dat mensen er beter over nadenken voordat ze thuis blijven.

De controlearts is één van de zaken die geïntroduceerd werd?

Peter Hermans: Ja, maar eigenlijk toch meer in de marge. De klemtoon ligt er toch op om de leidinggevende meer tools te geven om beter te kunnen omgaan met zieke medewerkers of om oplossingen aan te bieden bij het probleem dat achter het verkeerd gebruik van het ziektebriefje schuilgaat.

Zijn er al resultaten? Betert het?

Peter Hermans: De evaluatie volgt eind 2012. Maar we hebben alvast casussen waarbij we weten dat mensen bewuster omgaan met het gebruik van ziektebriefjes. De ziektecijfers zijn er alleszins op verbeterd.

Kadert ook de verdere uitbouw van 'ZOL beweegt' in de filosofie om mensen meer te betrekken bij de organisatie?

Peter Hermans: Wel, er is absoluut een link tussen een aanwezigheidsbeleid en een gezondheidsbeleid. Het gezondheidsbeleid staat bij ons een beetje in de kinderschoenen maar wordt in 2012 zeker verder uitgebouwd. Niet enkel door deel te nemen aan sportmanifestaties, maar ook door intern preventieve gezondheidsacties te organiseren. Want gezondheid gaat verder dan regelmatig sporten. Denk maar aan tabakspreventie of de obesitasproblematiek. En specifiek voor verpleegkundigen moeten we ons vaccinatiebeleid aanscherpen en preventief werken rond het oplopen van infecties. Een hele resem aandachtspunten dus binnen een

“ DWARS DOOR HASSELT LOPEN IN EEN ZOL T-SHIRT WAS VOOR MIJ HEEL BELANGRIJK.”

gezondheidsbeleid dat we nog verder zullen uitbouwen tot een coherent programma. De aanzet is gegeven, we zullen hier nu hoog op blijven inzetten.

Is het ook naar teamspirit toe goed om samen sportieve prestaties neer te zetten buiten de werkuren?

Suzy Kimpen: Ja, en ik heb dat aan de lijve ondervonden.

Toen ik hier pas was, heb ik met een hele groep ZOL collega's deelgenomen aan Dwars door Hasselt. Dat schept meteen een band, ook met mensen die op andere diensten werken en waar je op de werkvloer minder contact mee hebt.

Ook in een ZOL T-shirt lopen was voor mij heel belangrijk. Het gevoel om deel uit te maken van een groep en een organisatie is voor de meeste verpleegkundigen belangrijk om optimaal te kunnen functioneren. Ik herinner me dat ik trots was om in dat ZOL T-shirt te lopen.

Om af te ronden iets helemaal anders nog. 2011 was ook het jaar dat de sollicitatietool CV Warehouse geïntroduceerd werd.

Peter Hermans: CV Warehouse staat eigenlijk voor online solliciteren. De sollicitant komt in een gegevensbank terecht die het ZOL kan raadplegen. Het is een stap in de verdere professionalisering en digitalisering van het selectiegebeuren. Sollicitatiebrieven en CV's worden geüpload, waardoor het overzicht voor onze dienst werving er aanzienlijk op vooruitgegaan is. Het maakt het allemaal een stuk efficiënter.

En dat was in 2011 zeker geen overbodige luxe. Want door pensioneringen en toevallige of logische vertrekken was het meer

dan ooit tevoren een jaar met heel veel wissels, selecties en dus nieuwe kaderaanstellingen. We hebben daar veel tijd en energie in gestoken maar intussen zijn alle vacante staf- en kaderfuncties wel ingevuld.

NAAR EEN CULTUUR VAN RESPECTVOL OMGAAN MET ELKAAR

> CHARTER

- 1 Wij waarderen alle collega's voor hun verdiensten onafhankelijk van hun functie, beroepsgroep, positie in de organisatie, dienst van tewerkstelling,... Eveneens onafhankelijk van huidskleur, handicap of een ander lichamelijk kenmerk, etnische of sociale afkomst, geloofsovertuiging, geslacht, geaardheid, leeftijd....
- 2 Wij praten met respect over elkaar. Zowel tijdens de werktijd als in de pauzes, zowel binnen als buiten de muren van het ziekenhuis.
- 3 Wij gaan discreet om met vertrouwelijke persoonlijke informatie van collega's en vermijden roddel en laster.
- 4 Wij besteden veel aandacht aan het overdragen van vaardigheden en het uitwisselen van kennis met elkaar.
- 5 Wij luisteren naar elkaars mening, tonen interesse en proberen elkaars standpunt te begrijpen. Wij hebben begrip voor een andere manier van denken. Meningsverschillen hoeven niet te leiden tot conflicten.
- 6 Wij beantwoorden onrespectvol gedrag niet opnieuw met onrespectvol gedrag. Wij proberen het juiste antwoord te geven door in dialoog te gaan. Wij aanvaarden dat men ons wijst op eigen onrespectvol gedrag.
- 7 Wij komen afspraken en beloftes na.
- 8 Wij stellen ons vriendelijk op en begroeten elkaar in het gehele ziekenhuis. Wij spreken daarbij de Nederlandse taal.
- 9 Wij tonen respect door een verzorgd uiterlijk, gepaste kledij, kapsel en juwelen.
- 10 Wij gebruiken communicatietools (o.a. mail, telefoon, brief) professioneel, beleefd en zakelijk.
- 11 Wij zijn stipt aanwezig op vergader- en overlegmomenten of verontschuldigen tijdig. Vertrouwelijke informatie (naast het beroepsgeheim) over collega's die eventueel aan bod komt, blijft beperkt tot de leden van de vergadering.
- 12 Wij zijn loyaal ten opzichte van de organisatie. Op geen enkele wijze brengen wij het ziekenhuis in diskrediet. Ook op sociale media als Facebook, Twitter, enz. tonen wij het nodige respect.

Door onze handtekeningen onderschrijven wij(*) dit charter en bevestigen wij ons engagement om dit na te leven.

(*) WIJ zijn alle artsen, directieleden, leidinggevenden, medewerkers, vrijwilligers, kortom iedereen die actief is binnen het Ziekenhuis Oost-Limburg.



AANDACHT VOOR GROEI

Erwin Bormans, algemeen directeur ZOL
Philip Verheye, manager technische zaken ZOL



VOORTDUREND INVESTEREN IN MEER KWALITEIT EN HOGERE VEILIGHEID

Een organisatie zoals het ZOL is voortdurend in beweging. Op het vlak van infrastructuur maar ook strategisch. Vooruitgang boeken is noodzakelijk om te kunnen blijven voldoen aan de hoge kwaliteitsnormen die we onszelf opleggen en die de patiënten van ons verwachten. Daarom investeren we voortdurend in de verdere uitbouw van ons ziekenhuis, maar ook in het optimaliseren van onze werkprocessen. Algemeen directeur Erwin Bormans en manager technische zaken Philip Verheye geven tekst en uitleg.

Kunnen we stellen dat 2011 vooral een jaar was waarin alles in gereedheid gebracht werd om binnen het kader van het 4de VIPA project van het masterplan te kunnen starten met een aantal belangrijke bouwwerken?

Erwin Bormans: Inderdaad. Het akkoord van de Vlaamse overheid kregen we reeds in 2010, maar in 2011 werd er uitvoerig overlegd met de diensten van stedenbouw en met de stad Genk over de definitieve ontwerpplannen.

“ MET DE START VAN DE WERKEN AAN HET PIJNCENTRUM OP CAMPUS SINT-BARBARA IS VIPA 4 OOK ZICHTBAAR UIT DE STARTBLOKKEN GEGAAN.”

Philip Verheye: Veel tijd kroop ook in het voeren van gesprekken met de toekomstige gebruikers om tot definitieve invullingen te komen en voorts werden de aanbestedingsdossiers verder uitgewerkt.

Misschien even project per project bespreken. Wat is er in 2011 voor de K-Blok gebeurd?

Philip Verheye: De aanbesteding van de ruwbouw, zodat die begin 2012 kon toegewezen worden. En de verdere invulling van alle percelen naar afwerking en technieken toe.

Erwin Bormans: Maar toch is VIPA4 ook zichtbaar uit de startblokken gegaan want in augustus 2011 zijn de werken aan het Pijncentrum op campus Sint-Barbara gestart.

Philip Verheye: Het was ook belangrijk dat we daar tijdig konden beginnen met bouwen want VIPA4 moest van start gaan binnen de 2 jaar na de initiële subsidiebeslissing.

De rest van de projecten mogen dan aansluitend volgen.

De Pijnkliniek komt er om de verhuis vanuit campus André Dumont op te vangen?

Erwin Bormans: In 1996 werd in het zorgstrategisch plan al opgenomen om uiteindelijk van 3 naar 2 campussen te evolueren. Toen is er beslist om niet alle activiteiten naar campus Sint-Jan over te brengen, maar om ook campus Sint-Barbara hier ten volle bij te betrekken. Dit kadert in het principe om enerzijds de leefbaarheid van onze site in Lanaken te garanderen maar ook om niet alle druk op campus Sint-Jan te leggen.

Verder is er ook het functioneel gebouw of de N-Blok?

Philip Verheye: Het opzet van het functioneel gebouw was oorspronkelijk om ons magazijn te herintegreren op de campus. Dit omwille van logistieke en budgettaire redenen. Uiteindelijk is er de apotheek bijgekomen, het labo, 4 operatiezalen en de pickstraat binnen het OK.

En dus is het uiteindelijk een gebouw geworden van 4 verdiepingen met 8000 vierkante meter oppervlakte. In 2011 hebben we samen met de eindgebruikers vooral gewerkt aan de dossiers en is het gebouw ook in aanbesteding gegaan. Een beetje parallel met de K-blok dus.

Rest nog de renovatie van de verpleegafdelingen.

Erwin Bormans: In 2011 is de beslissing genomen om deze renovaties daadwerkelijk uit te voeren en ook hoe dit zal gebeuren. We moeten er rekening mee houden dat campus Sint-Jan toch ook al weer dateert van begin jaren 80, hetgeen betekent dat deze afdelingen al ongeveer 30 jaar intens gebruikt worden. We zullen telkens van 2 rug-aan-rug afdelingen 1 grote afdeling maken, met 1 organisatie. We doen dit om efficiënter te kunnen werken maar ook om ruimte te winnen.



N-blok campus Sint-Jan



K-blok campus Sint-Jan

We zijn in onze huidige afdelingen nu eenmaal gebonden aan de beschikbare oppervlakte. Uitbreiden of bijbouwen aan deze afdelingen is geen optie, dus moeten we creatief omspringen met de ruimte die er voorhanden is. Door van 2 afdelingen telkens 1 te maken, kunnen we het aantal nutsruimtes quasi halveren, zodat er ruimte vrijkomt om de kamers van de patiënten te vergroten en om meer privé kamers te integreren. We gaan dus niet meer kamers bouwen, maar wel het comfort voor de patiënt optimaliseren.

Zullen de afdelingen dan ook volgens de 'state of the art' technieken verbouwd worden?

Philip Verheye: Ja, na ongeveer 30 jaar zijn onze afdelingen dringend aan renovatie toe. Bedoeling is om na de op stapel staande verbouwen opnieuw voor 30 tot 35 jaar safe te zitten. Daarom hebben we geopteerd voor de meest grondige aanpak. We gaan voor een volledige kaalslag en beginnen van betonskelet opnieuw op te bouwen. En dus verhuist de volledige afdeling telkens naar het prefab gebouw naast de M-blok. Ja, ook dat prefabgebouw hebben we in 2011 opgetrokken. Zo zijn telkens de volledige plateaus vrij om de verbouwingen grondig te kunnen doen.

Budgettair weegt deze aanpak zwaarder maar de investering die we nu doen gaat wel voor de volledige levensduur mee.

En wat verandert er op bouwtechnisch vlak?

Philip Verheye: Historisch worden de kamers op campus Sint-Jan klassiek elektrisch verwarmd. Daar stappen we van af. We zullen voortaan verwarmen en ook koelen op basis van de beschikbare energie van de warmtepompen. En we doen dat via klimaatplafonds. Het gevolg is een hoger comfort met een beter regelbaar klimaat tegen een beter budget en een veel lagere ecologische voetafdruk.

ONDERTEKENING SAMENWERKING MET HBO VERPLEEGKUNDE EN KHLIM

Op 23 december tekenden HBO Verpleegkunde Genk (Kazog VZW), de KHLim (Katholieke Hogeschool Limburg) en het ZOL een samenwerkingsovereenkomst. Doel is om de band tussen verschillende Limburgse opleidingen verpleegkunde en het ZOL aan te halen.

Nieuwbouw

De overeenkomst wordt vanaf 2014 ook werkelijk zichtbaar. Op de zorgcampus Schiepsse Bos in Genk zal dan een nieuwbouw verrijzen die de opleidingen verpleegkunde van beide scholen zal huisvesten. Dit creëert voordelen op tal van domeinen. Enerzijds krijgen de naar schatting ruim 1200 studenten de kans om via de nabijgelegen campus Sint-Jan rechtstreeks en intensief in contact te komen met hoogtechnologische evoluties in de zorg en anderzijds is het de bedoeling om de instroom van studenten te verhogen en te diversifiëren door de opleidingen meer regionaal te spreiden.



Alleen maar voordelen

In het nieuwe gebouw worden degelijk uitgeruste oefenruimtes voorzien, zogenaamde skillslabs waar ook de verpleegkundigen van het ZOL gebruik van kunnen maken. Een win-win situatie dus.

Ook de buitenramen worden vervangen. Nu zijn dat nog houten ramen met dubbel glas van de eerste generatie. Er komt aluminium schrijnwerk in de plaats met glas dat veel beter isoleert. Bijkomend wordt de buitengevel extra geïsoleerd.

Hoe lang zal de cascade duren?

Erwin Bormans: Nu gaat het over 10 afdelingen. We doen er 2 per half jaar, waardoor eind 2014 de 10 afdelingen gerenoveerd zullen zijn.

Zal de bedrijvigheid ook op de braakliggende terreinen rond campus Sint-Jan toenemen?

Erwin Bormans: Ja, en we spreken dan over de zorgcampus. Op deze gronden voorzien we zorggerelateerde faciliteiten die een partnership hebben met het ZOL. Zoals dat in het verleden al het geval was met het kinderdagverblijf Wombat en met het Kinderpsychiatrisch Centrum, werd er in 2011 een nieuwe erfpacht gegeven. Dit keer voor de bouw van de verpleegsterafdelingen van de KHLim en van HBO. Deze samenwerkingsovereenkomst reikt trouwens verder dan het oprichten van de gebouwen. Ook de inhoudelijke samenwerking tussen onderwijs en werkveld werd op papier gezet. En kreeg verdere concrete invulling.

Goed, dat wat betreft de groei qua infrastructuur. Maar ook naar werking toe zit het ZOL niet stil. Zo werd er in 2011 beslist om in een accrediteringsproces te stappen. Waarom?

Erwin Bormans: Allereerst, accreditering is geen verplichting.

Het is niet zo dat de financiering van ons ziekenhuis zal wijzigen op het moment dat we geaccrediteerd zullen zijn. Ook geloof ik niet dat het ons op korte termijn meer of minder patiënten zal opleveren.

Op langere termijn is dat echter een ander verhaal. Steeds vaker baseren landen de financiering van ziekenhuizen op kwalitatieve parameters, met als gevolg dat patiënten hun keuze

Het is vooral het proces van de zorg voor de patiënten dat we zullen trachten te verbeteren. En dat binnen een gestructureerd kader.

Waarom is de keuze op JCI (Joint Commission International) gevallen?

Erwin Bormans: We hebben ons goed laten informeren door 2 ziekenhuizen die dit traject al doorlopen hebben.

“ WE GAAN BIJ HET RENOVEREN VAN DE VERPLEEG-AFDELINGEN NIET MEER KAMERS BOUWEN MAAR WEL HET COMFORT VAN DE PATIËNT OPTIMALISEREN.”

meer en meer laten afhangen van de kwaliteit en outcome van een ziekenhuis of zorgverstreker. En dus is de reden om in een accrediteringsproces te stappen meevoudig. Zo past het binnen een tijdsgeest waarin ziekenhuizen veel meer aandacht hebben voor kwaliteit en veiligheid van patiënten en medewerkers. Trouwens, ook de maatschappij verwacht dat van ons. Patiënten en opiniemakers worden kritischer en eisen dat ziekenhuizen en andere zorginstellingen voldoen aan bepaalde internationale standaarden. De tijd dat mensen ziekenhuizen blindelings vertrouwen is definitief voorbij.

Via een accrediteringstraject laten we onze werking extern aftoetsen om te kijken waar we goed bezig zijn en waar we een tandje moeten bijsteken. En dat gebeurt, opnieuw, op basis van internationale standaarden. Dus het is niet meteen het label aan de muur dat ons interesseert.

Jessa dat voor het Nederlandse NIAZ gekozen heeft en het UZ Leuven dat geaccrediteerd is via de internationale organisatie JCI. We hebben onze collega's uit Hasselt en Leuven samen met de leidinggevenden en artsen van het ZOL uitgenodigd in onze aula en daar hebben we vooral geluisterd naar de beweegredenen om voor accreditering te gaan. We hebben de vergelijking gemaakt tussen Niaz en JCI en met een heel breed draagvlak binnen onze organisatie hebben we beslist om met JCI in zee te gaan. Neem bijvoorbeeld onze artsen. Omdat ze vaak deelnemen aan internationale congressen en studies was het voor hen belangrijk dat JCI zeer internationaal gefocust is. Anderzijds werkt JCI met erg meetbare normen, zonder veel ruimte voor interpretatie. Er wordt letterlijk aangegeven wat er moet veranderen om in regel te zijn met hun normen. De definitieve beslissing is medio 2011 genomen samen met de medische raad. Daarna zijn we gestart met de samenstelling van een eigen accreditatieteam.





MEGAMIX MAASTRICHT

**MEGA
MIX**

WWW.MEGAMIX.NL
TEL. 043 363 88 99

Na een eerste contact met JCI zijn we dan begonnen met het voorbereiden van het baseline assessment dat voor 2012 voorzien was.

Het accrediteringsproces zal ook zijn impact op de werkvloer hebben. Zien jullie dat als een opgave of als een opportuniteit?

Philip Verheye: Beide. We willen al jaren onze lat hoger leggen om een aantal processen te verbeteren. Uiteraard gaat dat heel wat energie, middelen en input kosten. Maar ik hoop dat het toch vooral een hefboom zal zijn om de zaken die we al jaren willen doen nu ook echt te realiseren. Voor 80% zal dat ook vlot verlopen. Dat gaat om verbeterpunten die wij ook kennen en die wij ook willen aanpakken.

Blijft er de resterende 20% waarbij JCI omwille van haar internationale karakter iets afwijkt van onze visie en onze gebruiken.

Erwin Bormans: Klopt, dat heeft inderdaad alles te maken met het internationale karakter van JCI. Een voorbeeldje. JCI focust heel sterk op tariefzekerheid en de financiële opties die de patiënt heeft.

“ BIJ DE ACCREDITERING IS HET NIET HET LABEL AAN DE MUUR DAT ONS INTERESSEERT. WEL DE OPTIMALISATIE VAN HET ZORGPROCES.”

En terecht, zeker wanneer je het vanuit een Amerikaanse invalshoek benadert en de patiënt dus quasi integraal zelf opdraait voor zijn of haar ziekenhuiskosten. Maar het kader is toch enigszins anders wanneer zoals in België het merendeel van de kosten gedekt zijn door de verplichte ziekteverzekering.

Dat zijn zaken die we nog met JCI moeten aftoetsen.

Beseft de directie dat dit accreditatietraject druk legt op het personeel en zal daar ook rekening mee gehouden worden?

Erwin Bormans: Ja, we beseffen dat en ja, we zullen daar rekening mee houden.

Naar beleidsdoelstellingen toe verleggen we de focus naar het accreditatieproces.

Dit wil zeggen dat we een gespreid actieplan zullen maken over de volgende 2 jaar, met de klemtoon op acties die voor JCI nodig zijn.

Bedoeling is om in die periode onze mensen zo weinig mogelijk extra te

“ VIA HOSPILIM SMEDEN WE BANDEN TUSSEN ALLE LIMBURGSE ZIEKENHUIZEN OM ZO DE GEZONDHEIDSZORG IN ONZE PROVINCIE OP EEN HOGER NIVEAU TE TILLEN”

belasten met andere beleidsplannen die ingrijpende gevolgen hebben op de werkvloer.

Op 1 juli werd er een samenwerkingsakkoord gesloten met Jessa. Kunnen we spreken van een historisch akkoord?

Erwin Bormans: Dat is in elk geval de bedoeling. Het is belangrijk dat het akkoord er nu is, zodat we kunnen inventariseren op welke basis we voor een aantal zaken een samenwerking op poten kunnen zetten.

Ik denk dan voornamelijk aan de

zogenaamde speerpuntdiensten waarvoor naast dure apparatuur ook bijzondere voorzieningen en specifieke deskundigheid nodig zijn. Vaak gaat het om diensten met weinig patiënten of een beperkt aantal erkenningen vanuit de overheid. Mekaar nodeloos beconcurreren is dan eigenlijk niet langer een optie.

Ook niet met het oog op het einddoel van zowel het ZOL als Jessa: de best mogelijke gezondheidszorg voor de Limburgse patiënt.

Trouwens, ook in de voorbije jaren werkten we al samen met Jessa. Denk maar aan het Limburgs Oncologisch Centrum (LOC) en aan het Limburgs PET-centrum.

Ook Hospilim kreeg in 2011 definitief vorm. Alle Limburgse ziekenhuizen werken voortaan samen in een aantal niet concurrentiële dossiers. Hoe concreet is dit al?

Erwin Bormans: Het idee om over de ziekenhuisgrenzen heen samen te

werken is in 2009 opgestart door de vorige gouverneur. Bedoeling was om samenwerkingsverbanden te smeden tussen alle ziekenhuizen van Limburg om zo de gezondheidszorg in onze provincie op een hoger niveau te tillen. Een jaar later werd het idee concreter en werd er beslist om samen te werken op vlakken waar de concurrentie tussen ziekenhuizen niet echt speelt. Het eerste voorstel was om die samenwerking concreet te maken rond logistiek en aankoopbeleid. Na een studie door Ernst & Young is er beslist om hiervoor via de VZW Hospilim een kader te creëren.

De oprichting is in 2010 ondertekend en in 2011 is Hospilim effectief van start gegaan. De beslissing viel om een manager en een aankoper aan te stellen. En ook is er een overeenkomst gemaakt met Limburg Sterk Merk om dit startproject rond aankoop en logistiek mee te financieren.

Medio 2011 waren onze mensen aan boord en van toen af is het project in een stroomversnelling terecht gekomen. Het aankoopluik werd concreet gemaakt en een beleidswerkgroep vatte de zoektocht aan naar andere synergieën tussen de Limburgse ziekenhuizen.

Zo zijn er vrij snel subwerkgroepen gecreëerd rond accreditering, rond transnationale samenwerking en rond strategisch HR beleid in ziekenhuizen. De projectaanvragen worden ook steeds eerst bij Hospilim besproken en afgetoetst op hun creativiteit en zorginnovatieve impact, alvorens ze ingediend worden bij het directiecomité van LSM.

AANSTELLING ARTSEN 2011



dr. Peter Hallet
revalidatie-arts



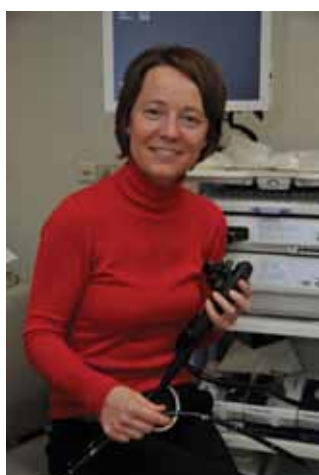
dr. Karen Deraedt
anatoompatholoog



dr. Sarah Van Slycke
stomatoloog



dr. Endri Willems
geneesheer medische
beeldvorming



dr. Jaarke Vannoote
gastro-enteroloog



dr. Nathalie Dhondt
gynaecoloog



dr. Jo Wierinckx
orthopedisch chirurg



dr. Peter Emmery
kinder-en jeugd-
psychiater



dr. Christel Ivens
spoedarts



AANDACHT VOOR HET KLINISCHE

dr. Hubert Vandeput, medisch directeur ZOL

dr. Mathias Vrolix, medisch coördinator en diensthoofd cardiologie ZOL



VERDER EVOLUEREN NAAR EXPERTZIEKENHUIS MET TOPGENEESKUNDE

Het ZOL is een groot regionaal ziekenhuis met tal van expertdiensten. De afgelopen jaren zijn de activiteiten almaar blijven toenemen. Om voorbereid te zijn op de uitdagingen van de toekomst werd in 2011 een ZOL 2020 strategie uitgewerkt. De medische wereld kent immers razendsnelle evoluties. Daarnaast brengen de maatschappelijke veranderingen heel wat uitdagingen met zich mee.

Dr. Mathias Vrolix: ZOL 2020 is er gekomen op initiatief van zowel de directie als de geneesheren en is daarom ook door beiden gefinancierd. In feite is het een bevraging van de toekomstambities van alle partijen. Daaruit is gebleken dat er een grote bereidheid en een vaste wil is om met het ZOL uit te groeien tot meer dan een tweedelijns- of zelfs een derdelijnsziekenhuis met universitaire ambities.

Dr. Hubert Vandeput: Er zijn nu al diensten in ons ziekenhuis die op universitair niveau werken. We willen de ambities van onze diensten meer geordend opvolgen. In eerste instantie gaan we de mogelijkheden per dienst uitwerken en verder formaliseren.

Dr. Mathias Vrolix: Ook de artsen staan hier erg achter. De diensten die op topklinisch niveau werken, kunnen de uitstraling van het hele ziekenhuis op een hoger niveau tillen.

Hoe verloopt de samenwerking met UZ Leuven en hoe belangrijk is het Leuven Ziekenhuisnetwerk?

Dr. Hubert Vandeput: Traditioneel werken we met UZ Leuven in het kader van opleiding, de recrutering van stafleden en de verwijzing van patiënten. De band is zeer stevig. Het netwerk zelf is het afgelopen jaar beginnen transformeren van een verwijzings- naar een kennisnetwerk.

Dat wordt een belangrijke zoektocht. Het aantal betrokken ziekenhuizen is erg groot maar de output is voorlopig nog beperkt.

Erg belangrijk voor het ZOL is uiteraard de samenwerking met Universiteit Hasselt?

“ DE DIENSTEN DIE OP TOPKLINISCH NIVEAU WERKEN, KUNNEN DE UITSTRALING VAN HET HELE ZIEKENHUIS OP EEN HOGER NIVEAU TILLEN. ”

Dr. Mathias Vrolix: Die samenwerking is van een totaal andere orde en erg belangrijk omdat we een gelijke ambitie hebben. UHasselt zoekt naar partners om toegepast wetenschappelijk onderzoek uit te voeren. Zowel qua geneeskundestudenten als biomedische studenten. Terwijl ons ziekenhuis naar artsen en biomedici voor toegepaste doctoraatsonderzoeken zoekt. We zijn in 2011 gestart met een aantal belangrijke projecten in verschillende ziekenhuisdiensten en zijn daar bijzonder fier op. Het zal een heel belangrijk moment zijn als we met de resultaten van deze onderzoeken naar buiten komen.

Dr. Hubert Vandeput: Er zijn momenteel toch nog wat hinderpalen. Heel wat budgetten worden momenteel nog gelinkt aan werken in een universitair ziekenhuis.

Met de twee grote Limburgse ziekenhuizen, de UHasselt en de provincie Limburg proberen we dit te doorbreken.

We zoeken naar bondgenoten in een gelijkaardige situatie in Wallonië om samen de nodige verandering te bepleiten. Dat kan want nu al

bestaat er voor een aantal Brusselse niet-universitaire ziekenhuizen een uitzondering. Zij hebben toegang tot budgetten die voor ons onbereikbaar zijn en dat vinden wij een probleem. Anderzijds is in ons ziekenhuis zeker de dynamiek aanwezig om doctoraatsstudenten aan te trekken. Dat is onbegrensd.

Wat er op korte tijd aan onderzoeksprojecten op poten is gezet, vind ik ongezien. Er zijn wereldwijd posters gepubliceerd en er zitten belangrijke artikels in de pijplijn om gepubliceerd te worden in internationale tijdschriften. Voorheen was dit ondenkbaar.

Die wetenschappelijke onderzoeken helpen ook in de verdere uitbouw van de topklinische geneeskunde in ons ziekenhuis. Hoe werkt dit voor het hartcentrum?

Dr. Mathias Vrolix: Onze dienst ziet heel veel patiënten en registreert enorme hoeveelheden data. Maar we hadden te weinig mankracht om die te verwerken. Deze (post)-doctorandi helpen mee om onze ideeën en ambities uit te voeren. Ik denk dat we samen met hen de output aan artikels kunnen verhogen maar ook onze dienst beter kunnen positioneren en definiëren. Wat doen we en vooral waar zijn we goed in? Ook andere medische diensten in het ziekenhuis hebben vergelijkbare ambities en mogelijkheden.

Dr. Hubert Vandeput: Heel wat van onze artsen behaalden een PhD of zijn ermee bezig. Daarnaast hebben we meer dan twintig artsen met een academische aanstelling (ZAP). Er heeft altijd veel wetenschappelijke belangstelling bestaan in het ZOL, maar jammer genoeg met onvoldoende mogelijkheden om hier ook output aan te geven. Door de samenwerking met UHasselt gaan er vele deuren open. Vele ZOL-artsen hebben intussen ook een aanstelling aan de universiteit. Dit zorgt voor een wederzijdse bevruchting van de activiteiten.

Afgelopen jaar heeft het pijncentrum een accreditatie gekregen. Er zijn nog andere diensten in het ziekenhuis die dit traject eerder afgelegd hebben. In 2011 werd beslist om voor een ziekenhuisbrede accreditatie met de internationale instantie JCI te gaan. Wordt dit een moeilijke oefening?

Dr. Mathias Vrolix: Het is belangrijk dat we de JCI-accreditatie behalen. Dit behoort ook tot de ZOL 2020-doelstelling. Na de pas afgeronde gap-analyse, blijkt dat er nog heel wat werk aan de winkel is.

Maar we gaan ervoor. De medische raad heeft zijn actieve medewerking toegezegd en wil ook financieel bijdragen.

Dr. Hubert Vandeput: De artsen hebben inderdaad hun akkoord gegeven maar wensen, terecht, ook een vinger aan de pols. Wie mee financiert, kan uiteraard mee de gang van zaken in de commissies bepalen en is bovendien gemotiveerd en betrokken. De JCI-accridering, in combinatie met de oefening ZOL 2020, betekent de komende jaren heel wat extra werk voor ziekenhuis en artsen. Bij de JCI-accridering ligt de nadruk op patiëntveiligheid, kwaliteit en patiëntgerichtheid. ZOL 2020 is een meer theoretische en strategische oefening waarin we onze ambities voor de toekomst bepalen.

Zijn de artsen nog even positief na de gap-analyse?

Dr. Mathias Vrolix: De artsen zijn bezorgd over het vele werk dat nog moet gebeuren. We moeten ons sowieso goed realiseren dat geen enkele dienst op zijn lauweren zal kunnen rusten. Accridering is een 'work in progress'. Er mee starten, betekent niet meer stoppen.

Dr. Hubert Vandeput: Ik denk dat wij in het ZOL kampioenen zijn in goede geneeskunde maar dat we onze structuur moeten verbeteren.

Zal er nog ruimte zijn voor nieuwe initiatieven?

Dr. Mathias Vrolix: Innovatieve projecten en nieuwe initiatieven moeten kunnen, maar opgenomen in een stramien. Dat stramien mankeren we nu nog wat op de verschillende niveaus: dit van de artsen, van de verpleegkundigen en in de relatie met de patiënten.

Dr. Hubert Vandeput: We zijn gekend als een vooruitstrevend ziekenhuis en moeten dat blijven, daar bestaat geen twijfel over. Het klinkt misschien vreemd, maar wie wil, kan in het ZOL 'alles' verwezenlijken. We vinden het belangrijk dat er initiatieven blijven komen vanuit de basis.

In 2011 werd in het ZOL het stemcentrum opgericht, een innovatief nicheproject met grote ambities. Is dit hier een goed voorbeeld van?

Dr. Hubert Vandeput: Het toont aan dat er met de recrutering van jonge artsen die in het buitenland gestudeerd hebben ook nieuwe initiatieven ontstaan. Het is goed dat het ZOL het mogelijk maakt om zo'n ambitieus project uit te bouwen. Op deze manier hebben we in het verleden heel veel erkenningen binnengehaald. Kijk naar onze Neonatale Intensive Care. Waarom zijn wij de enige in Limburg met deze erkenning?

" WE ZIJN GEKEND ALS EEN VOORUITSTREVENDE ZIEKENHUIS EN MOETEN DAT BLIJVEN, DAAR BESTAAT GEEN TWIJFEL OVER."

De geneeskunde moet minstens even goed zijn en zo mogelijk nog beter worden. We moeten een vast patroon creëren, ziekenhuisbreed. Een JCI-accridering is in dit opzicht meer een 'tool' dan een doel op zich.

Omdat wij op het moment dat we nog zelf voor de financiering moesten instaan, deze investering gedaan hebben. Alleen met hard werken en investeren, ga je vooruit.





Dr. Mathias Vrolix: Ik wil hier toch opmerken dat nieuwe initiatieven prima zijn maar dat we de laatste jaren steeds meer botsen op de grenzen van de financiële haalbaarheid. Het duurt in België almaar langer voor nieuwe technieken of initiatieven vergoed worden. Dat wil zeggen dat diensten vaak jarenlang zelf moeten investeren.

Geldt hetzelfde voor investeringen in nieuwe, dure apparatuur?

Dr. Mathias Vrolix: Je bent als ziekenhuis gedoemd om te blijven investeren in nieuwe apparatuur. Maar er zijn grenzen. Daarom moet je dit proberen te doen op het niveau waar er een draagkracht voor is. We hebben dat in het verleden al gedaan maar zullen dit evenzeer doen voor toekomstige investeringen, zoals onder andere oncologische apparaten en toestellen voor gespecialiseerde chirurgische disciplines. Wat bijvoorbeeld met robotchirurgie? Ik denk dat hier op een hoger platform met andere partners over overlegd moet worden.



Belangrijk hierbij is de vraag of de toestellen zich valoriseren op termijn. voor robotchirurgie bijvoorbeeld staat nog geen nomenclatuur.

Dr. Hubert Vandeput: Daarom hebben we in 2011 een gentleman's agreement afgesloten met het Jessa ziekenhuis. We zijn overeengekomen dat we grote aankopen in overleg doen en enkel op basis van wetenschappelijke argumenten. We moeten zeer verstandig nadenken over onze toekomstige investeringen.



Hoe belangrijk is samenwerking met de medische diensten van de ons omliggende ziekenhuizen?

Dr. Mathias Vrolix: Als ik later voor iets wil herinnerd worden, dan is het voor het belang dat ik hecht aan samenwerking. Het is een absolute noodzaak om correct en eerlijk samen te werken met de omliggende ziekenhuizen. Zeker als je een tweede- of derdelijnsziekenhuis wil zijn voor bepaalde disciplines. Ik denk dat je zelfs moet streven naar ziekenhuisoverschrijdende associaties. Enkel zo garandeer je duurzaamheid.

UHASSELT, ZOL EN JESSA INVESTEREN IN GEZAMENLIJK ONDERZOEK

UHasselt, het ZOL en het Jessa ziekenhuis hebben in 2011 het 'Limburg Clinical Research Programme (LCRP)' gelanceerd. Bedoeling is het gezamenlijk wetenschappelijk onderzoek te versterken en een leidend centrum te worden voor klinisch onderzoek. Het LCRP heeft de ambitie om wetenschappelijk onderzoek van internationale kwaliteit te verrichten in volgende domeinen: oncologie, cardiologie, gynaecologie/fertiliteit, obesitas, anesthesie/centraal zenuwstelsel en infectieziekten.

Welk onderzoek gebeurt concreet in het ZOL?

De cluster Anesthesie (o.l.v. prof. dr. F. Jans) test een meettechniek op basis van infrarood licht uit om de zuurstofhoeveelheid in de hersenen te kunnen volgen tijdens therapeutische onderkoeling, bv. na een hartstilstand.

De cluster Infectieziekten (o.l.v. prof. dr. G. Robaey) verricht onderzoek om antivirale therapie meer bereikbaar te maken voor de belangrijkste risicogroep voor hepatitis C infectie.

De cluster Cardiologie (o.l.v. prof. dr. W. Mullens en prof. dr. P. Dendale) onderzoekt de oorzaken, behandeling en opvolging van hartfalen.

De cluster Gynaecologie (o.l.v. prof. dr. W. Ombelet en prof. dr. W. Gyselaers) gaat op zoek naar verbeterde technieken voor het behandelen van vruchtbaarheidsproblemen op wereldwijde schaal en een betere methode om zwangerschapsvergiftiging op te sporen.

Binnen de cluster Oncologie exploreren artsen en onderzoekers van Jessa, ZOL, het LOC en UHasselt innovatieve methoden voor een betere opvolging van de ziekteactiviteit en therapierespons bij kankerpatiënten.



Verwijst u hiermee naar de associatie KNO, die over heel Oost-Limburg loopt?

Dr. Mathias Vrolix: KNO is hier inderdaad een goed voorbeeld van.

“ HET IS EEN NOODZAAK OM CORRECT EN EERLIJK SAMEN TE WERKEN MET DE OMLIGGENDE ZIEKENHUIZEN.”

Ik zie ook dat bepaalde chirurgische diensten ingrepen uitvoeren in omliggende ziekenhuizen. Dat heeft voor- en nadelen maar garandeert minstens de binding. De tijd van interpersoonlijke afspraken tussen artsen is voorbij. Samenwerking moet op een hoger niveau geformaliseerd worden. De individuele inzet van de geneesheren in de verschillende ziekenhuizen blijft uiteraard heel belangrijk.

Dr. Hubert Vandeput: Een uitdaging zal zijn om de netwerkstructuur zoals die nu wordt uitgebouwd te verankeren. We zitten nu in een fase waarin we de verwachtingen van de kleinere ziekenhuizen rondom ons nog moeilijk kunnen invullen.

Ook kleinere ziekenhuizen moeten, net als wij, bepalen waarmee ze zich willen bezighouden en daar duurzame verbanden rond afsluiten. Uiteraard zijn het de artsen die dit alles moeten faciliteren. De fusie tussen het Sint-Jansziekenhuis, André Dumont en Sint-Barbara tot ZOL is destijds goed geslaagd omdat veel van onze artsengroepen snel ingezien hebben dat ze akkoorden moesten sluiten over de ziekenhuisgrenzen heen.

Ook met de huisartsen moet er goed samengewerkt worden.

Hun positie wordt almaar belangrijker. Zo bijvoorbeeld in het hartfalenprogramma?

Dr. Mathias Vrolix: De huisarts moet centraal staan. Ik vind het heel goed dat er nu een huisartsenwachtdienst is in Genk en ik hoop dat dit een effect zal hebben op onze Spoedgevallendienst.

Voor hartfalen en arteriële hypertensie bijvoorbeeld is er inderdaad een nauwe samenwerking tussen patiënt, huisarts en de dienst Cardiologie. Maar het blijft een zeer delicate oefening.

Sommige huisartsen vinden dat ze de behandeling helemaal onder de knie hebben en doen dit volledig zelf. Aan het andere eind heb je huisartsen die zeggen dat ze er niets van weten. Wij proberen dit vanuit het ziekenhuis zo goed mogelijk aan te sturen. Algemeen beschouwd is het immers belangrijk dat we onze chronische patiënten zoveel mogelijk uit het ziekenhuis houden. Dat is beter voor hen, goedkoper voor de overheid maar ook efficiënter voor het ziekenhuis. Met het beperkte aantal bedden dat we hebben is er anders immers geen plaats meer in het ziekenhuis voor onze acute patiënten.

Zijn wij als ZOL klaar voor de patiënt van de toekomst, voor de vergrijzing?

Dr. Hubert Vandeput: Vergrijzing is een probleem dat nog een vijftal jaren in een stijgende lijn gaat en dan een plateau bereikt. In deze moeilijke overgangsperiode moet dringend een oplossing gevonden worden. Er wordt op dit moment uitgezocht, samen met het OCMW, of er voor de mensen die nu te lang in het

We rekenen op de Vlaamse regering, zij moet mee modaliteiten scheppen want het aantal opvangplaatsen in Limburg is nog steeds laag in verhouding tot de rest van België. Daarnaast willen we als ziekenhuis mee zoeken naar oplossingen en erin investeren. Misschien moeten ook wij seniorenflats en opvangtehuizen bouwen in plaats van meer raadplegingen te organiseren?

Hierbij moeten we ons in eerste instantie de vraag stellen wat de belangrijkste opdracht is van het ziekenhuis? Hoe belangrijk is onze regionale functie?

Dr. Mathias Vrolix: We mogen inderdaad onze regionale functie niet uit het oog verliezen. Maar we hebben maar een beperkt aantal bedden en als deze dicht slibben kunnen onze topchirurgen niet meer opereren. Dat is wat extreem gesteld maar toch een probleem waarmee wij elke dag geconfronteerd worden.

Dr. Hubert Vandeput: Dat is de uitdaging van de komende vijf jaar. We hebben daar nog geen oplossing voor. We kunnen immers geen zieke mensen ontslaan uit het ziekenhuis als ze elders niet voldoende goed opgevangen worden.

Dr. Mathias Vrolix: Misschien moeten we ook werken aan een mentaliteitswijziging. Er zijn te weinig mensen die de mantelzorg van hun ouders nog op zich willen nemen.

Dr. Hubert Vandeput: Onze manier van leven is inderdaad veranderd. Dat is

“ WAT ER OP KORTE TIJD AAN ONDERZOEKSPROJECTEN OP POTEN IS GEZET IN HET ZOL, VIND IK ONGEZIEN.”

ziekenhuis verblijven geen betere opvangmogelijkheden bestaan. Het gaat in eerste instantie om geriatrische en psychiatrische patiënten. Zij kunnen eventueel naar rustoorden of verzorgingsinstellingen maar ook naar huis op voorwaarde van een goede omkadering.

Dr. Mathias Vrolix: Er moet op verschillende niveaus gewerkt worden.

wat het OCMW nu ook heeft ingezien. Ze beseffen dat ze maximaal moeten ondersteunen. En er is ook veel mogelijk in de eerste lijn. Organisaties als het Wit-gele Kruis leveren zeer goed werk. Maar er blijven gaten in de opvang 's nachts en in het weekend. We zullen snel met oplossingen moeten komen.





AANDACHT VOOR DE PATIËNT

Jo Gommers, verpleegkundig-paramedisch directeur ZOL
Frieda Corstjens, projectleider van het Leer- en Innovatiecentrum (LIC)



"WE ZULLEN KLANTGERICHTHEID BLIJVEND OP DE AGENDA ZETTEN."

Op het verpleegkundig departement stond 2011 in het teken van de klantgerichtheid. Tal van initiatieven werden genomen met uiteindelijk telkens hetzelfde doel: patiënten behandelen en bejegenen met de nodige service zodat ze ervaren dat ze meer krijgen dan dat ze verwachten. De klantgerichtheid en patiëntvriendelijkheid is een proces dat tot uiting komt in het rechtstreekse contact met de patiënt en waarvan de kiem eigenlijk ligt bij de wijze waarop verpleegkundigen opgeleid worden. Meer uitleg door verpleegkundig directeur Jo Gommers en door Frieda Corstjens, projectleider van het Leer- en Innovatiecentrum (LIC).

Naar opleiding en scholing toe was het LIC een belangrijk project dat in 2011 werd opgestart. Wat is het LIC precies en wat zijn de basisprincipes van de werking ervan?

Jo Gommers: We zijn met het LIC begonnen om de werelden van onderwijs en werkvloer dichterbij elkaar te brengen. Het concept hebben we ontleend aan het Nederlandse ZIC, het Zorginnovatie Centrum. Toegespitst op onze noden hebben we het concept verfijnd.

Welke zijn die noden?

Frieda Corstjens: Het verkleinen van de kloof tussen theorie en werkelijkheid

Jo Gommers: Toen ik op de KHLim werkte was het mijn grote betrachting om docenten terug naar de praktijk te brengen, en in dit concept maken we die betrachting waar. Docenten geven les maar kunnen tot 2 dagen per week op een afdeling werken als verpleegkundig specialist. En anderzijds willen we ook een krachtige leeromgeving voor de student creëren.

Is de docent dan in het ziekenhuis de mentor van de studenten?

Frieda Corstjens: Niet echt. Tijdens een klassieke stage krijgt de student ook een mentor toegewezen. Dit zijn verpleegkundigen van de

van de stagecoaches beter georganiseerd via de functie die ik invul op de afdeling GB25.

Jo Gommers: Let wel, het is niet zo dat het LIC nu plotseling zaligmakend is en dat de klassieke werkwijze niet deugt. Het is gewoon een andere manier van leren. Vroeger had je werkbegeleiding en daarnaast leerbegeleiding. De werkbegeleiding gebeurde door een verpleegkundige op de afdeling en de leerbegeleiding was de verantwoordelijkheid van de school. Het LIC wil dit proces integreren in één persoon: de stagecoach.

Frieda Corstjens: En die stagecoaches, dat zijn verpleegkundigen die daarvoor kiezen en die daar ook een extra opleiding voor gevolgd hebben. Die daarvoor gesolliciteerd hebben en die een functiewijziging en een bijvoegsel bij hun contract krijgen.

Jo Gommers: Dat laatste is belangrijk. Stagecoach zijn is geen vrijblijvende opdracht, net daarom maken we het formeel. En om het plaatje compleet te maken is er Frieda die het geheel superviseert en begeleidt. Ze doet dat vanuit een meer pedagogische achtergrond omdat zij ook op de school werkt. Dat is het concept.

" OP TERMIJN IS HET DE BEDOELING DAT ELKE STUDENT ZIJN Afstudeerstage kan doen in een LIC."

en dus tussen werkvloer en onderwijs. We stomen onze studenten klaar voor het werkveld maar vaak vergeten we daarbij de link te maken met dat werkveld. Daarom hebben we naar een manier gezocht om ervoor te zorgen dat studenten op verpleegafdelingen meer centraal staan.

afdeling die de studenten begeleiden, dit is werkbegeleiding. De docent komt één keer per week gedurende enkele uren langs om zowel met de studenten als de verpleegkundigen te overleggen over de vorderingen en werkpunten. In een LIC hebben we de supervisie



Is het de bedoeling dat binnen een aantal jaren alle verpleegafdelingen in het ZOL op die manier zullen werken?

Frieda Corstjens: Het klopt dat het LIC voorlopig enkel op afdeling GB25 actief is. Uitbreiden naar het hele ziekenhuis is misschien wat hoog gegrepen maar we willen er toch steeds meer afdelingen bij betrekken. Zo starten we volgend jaar op in 2 nieuwe afdelingen. Op termijn is het de bedoeling dat elke student zijn afstudeerstage kan doen in een LIC.

Jo Gommers: Het moet ook nog



groeien. Studenten nemen deel op vrijwillige basis, en er is ook nog wat koudwatervrees. Zo duurt een stage in een LIC dubbel zo lang als een gewone stage waardoor de studenten slechts 2 in plaats van 3 stages kunnen doen. Dat houdt hen nog wat tegen want vaak willen ze tijdens hun stages zoveel mogelijk afdelingen 'uitproberen'.

Wat is de grootste toegevoegde waarde van de filosofie van het LIC?

Frieda Corstjens: De studenten gaan deel uitmaken van een team en worden intensief gecoacht. Zo gaan ze veel sneller de knepen van het vak leren en worden ze sneller aanvaard. Verpleegkundigen gaan anders denken en praten over studenten. De taakgerichte opdrachten, die gebeuren nog wel en dat is ook niet verkeerd, maar er wordt toch meer van afgestapt. Studenten worden meer meegenomen in het volledige traject van verzorging van een patiënt en niet naar slechts bepaalde aspecten ervan. Zo creëren we een krachtige leeromgeving en dat is uiteindelijk toch het doel.

Jo Gommers: Doordat studenten sneller integreren, krijgen ze ook meer verantwoordelijkheid. Ze worden voor vol aanzien en daardoor gaan ze beter leren.

Word je ook een betere docent doordat je een deel van je tijd in het ziekenhuis doorbrengt?

Frieda Corstjens: Dat is zeker een van de doelstellingen. Momenteel geef ik even geen les omdat ik met dit project bezig ben, maar ik heb wel al gesproken met een aantal mensen die het wel doen en ze zeggen dat dit



een ongelooflijke meerwaarde biedt. Wanneer je een foto meebrengt van een longoedeem en je kan zeggen dat die foto van een patiënt is die je de dag ervoor verzorgd hebt... ja, dan hangen de studenten aan je lippen. Het maakt je ook veel zekerder in je vak.

Jo Gommers: Misschien nog even toevoegen dat het project zich nog in een opstartfase bevindt maar dat de eerste gunstige effecten er wel al zijn. We zien dat LIC-studenten die een positieve ervaring achter de rug hebben er voor kiezen om in het ZOL en zelfs op de LIC-afdeling te komen werken en dat is uiteraard, naar binding toe, voor het ziekenhuis ook best een belangrijk aspect.

“DE INSTEEL BIJ DE VERNIEUWDE CPR-OPLEIDING IS HET OVERSCHAKELLEN NAAR EEN METHODE VAN AUTONOME TRAINING EN TESTING.”

Frieda Corstjens: Voelen dat je gewaardeerd wordt op een stageplaats, dat trekt natuurlijk aan want studenten verpleegkunde kunnen tegenwoordig zowat overal terecht.

In 2011 is er beslist om met een vernieuwde CPR-opleiding te starten. Waarom?

De insteek was om te veranderen van een erg arbeidsintensieve vorming BLS, gegeven door CPR-instructoren van de dienst spoedgevallen, naar een methode van autonome training en testing. We opteerden voor een systeem waarbij onze verpleegkundigen niet meer om de 2 jaar een echte opleiding moeten volgen, maar waarbij ze tweejaarlijks BLS-vaardigheden oefenen en moeten aantonen met



een zelftest dat ze de BLS techniek beheersen.

Voor nieuwe verpleegkundigen is er een vorming op maat, voor verpleegkundigen van kritische diensten en interne MUG afdelingen worden er 'Advanced Life Support' trainingen gegeven waarbij de meer klassieke, docent afhankelijke practica behouden blijven.

Het verpleegkundig departement structureerde ook de werking met referentieverpleegkundigen.

Was dat noodzakelijk?

Jo Gommers: Een referentieverpleegkundige is een afdelingsverpleegkundige die bijkomende interesse heeft in een

specifiek zorgdomein en voor dit domein een voorbeeldfunctie heeft naar andere collega's. Ze verdiepen zich in hun specialisme en dragen hun kennis over naar collega's op de afdeling.



Overleg referentieverpleegkundigen



Handhygiëne

Voorbeelden van zorgdomeinen zijn wondzorg, pijn, ethiek,... Bedoeling was om rond die zorgdomeinen een coherente werking op te zetten door leernetwerken op te richten, bestaande uit de zorgcoördinator, de expertverpleegkundige en de referentieverpleegkundigen. Zo breng je meteen ook meer lijn in de waaier van verschillende types verpleegkundigen. Deze netwerken komen geregeld samen en wisselen best practices en verworven kennis uit.

Voor sommige domeinen verloopt die werking al prima. Zo werd het leernetwerk rond ethiek betrokken bij het uitwerken van de visietekst rond het levenseinde.

Centraal beleidspunt voor het verpleegkundig departement was het verhogen van de klantvriendelijkheid. Welke projecten werden hiervoor op poten gezet?

Jo Gommers: We hebben een aantal deelprojecten gedefinieerd. Zo heeft iedere afdeling twee kleine

initiatieven geformuleerd om de klantgerichtheid te verbeteren. Een goed voorbeeld is het voornemen van een afdeling om beter te letten op de stilte 's nachts zodat de patiënten hun nachtrust verbetert. Patiënten klagen er soms over dat ze niet kunnen slapen omdat verpleegkundigen met mekaar praten of telefoneren of door nieuwe opnames tijdens de nacht. Een andere afdeling maakte er een punt van om steeds de telefoon op te nemen, want in de hectiek van de dag gebeurde het al eens dat het dectoestel onbemand achter bleef.

METEN IS WETEN

De dienst kwaliteit en patiëntveiligheid staat in voor het meten van een aantal factoren die de goede werking maar ook de pijnpunten binnen het ZOL blootlegt. Doelstelling is steeds het verder op punt stellen van de inrichting en verbetering van onze zorgverlening. Ook de week van de patiëntveiligheid stond in het teken hiervan.

Tevredenheid bij gehospitaliseerde patiënten

Gehospitaliseerde patiënten krijgen een schriftelijke bevraging aangeboden met de vraag tot deelname. Twee maal per jaar wordt een rapport opgemaakt en bezorgd aan alle betrokkenen. Verbeteracties worden door afdelingen opgenomen in beleidsplannen en op ziekenhuisbreed vlak besproken door de stuurgroep kwaliteit en patiëntveiligheid.



100% indicatoren

Het ZOL heeft momenteel 4 indicatoren die het label 100% indicator kregen. Dit zijn 'Basisvereisten handhygiëne', 'Patiëntidentificatie of zorgbandjes', 'Identificatie van bloed- en urinestalen' en de 'Safe surgery' checklist. De doelstelling ligt steeds op 100% compliance.

Week van de patiëntveiligheid

Van 19 tot 23 november organiseerden onze 3 campussen allerhande activiteiten om te meten hoe veilig onze zorg wel is. Er werd voor de formule van workshops gekozen om zorgverleners actief te betrekken. De belangstelling was groot, vele zorgverleners namen actief deel aan de workshops.

Kleine zaken dus die een groot verschil kunnen maken. Daarna hebben we twee doelgroepen geformuleerd waarbij klantvriendelijkheid zo mogelijk nog belangrijker is.

Dat waren enerzijds de kinderen en anderzijds minderheidsgroepen zoals gehandicapten en allochtonen.

“ NAAR KLANTGERICHTHEID TOE KUNNEN KLEINE ZAKEN EEN GROOT VERSCHIL MAKEN.”

Werden er concrete projecten rond opgestart?

Jo Gommers: Ja, heel wat eigenlijk. Rond kindvriendelijkheid hebben we budget vrijgemaakt om een filmpje te maken over het traject dat een kind aflegt wanneer het voor een ingreep naar het dagziekenhuis komt. Zo hebben kinderen minder drempelvrees wanneer de grote dag aangebroken is. We hebben ook samen met dr. Lemmens bekeken hoe we een ziekenhuisbezoek voor kinderen aangenamer kunnen maken. Dat gaat van het verkorten van de wachttijden in de wachtzalen tot het aanreiken van tips aan verpleegkundigen om attenter te zijn. Eigenlijk hebben we het hele zorgtraject van kinderen verbeterd.

En naar minderheidsgroepen toe? Zijn daar ook initiatieven genomen?

Jo Gommers: De voornaamste actie is dat we ons ziekenhuis in het algemeen hebben geanalyseerd op toegankelijkheid. De resultaten verwachten we in 2012.

Verder hebben we onze interculturele bemiddelaars een vorming laten voorbereiden naar specifieke casussen toe. Bijvoorbeeld: hoe gaan allochtonen om met zwangerschappen en bevallingen.

Frieda Corstjens: Eén van mijn collega's hier is van Marokkaanse origine.

Zij is onlangs opgeroepen tijdens een moeilijke bevalling omdat er zich een taalprobleem stelde.

Jo Gommers: Eigenlijk was het uitgangspunt om de patiënt als klant te benaderen.

Op die manier gaat het serviceniveau vanzelf omhoog. We willen de klanten positief bejegen. Inspiratie halen we uit het boek van Fred Lee: 'Als Disney de baas was in uw ziekenhuis'. Bovendien zijn patiënten klanten die nog eens extra kwetsbaar zijn, want ze zijn ziek of hebben een beperking.

We zullen klantgerichtheid trouwens voor de volgende jaren blijvend op de agenda zetten.

De extra kinderpsychologe die ingeschakeld werd, waarbinnen kaderde die beslissing?

Jo Gommers: Ook binnen de acties rond kindvriendelijkheid. Onze vaste kinderpsychologe werkt binnen het patiëntenprogramma Moeder en Kind. We hebben daar met Inge Goffart een extra psychologe aan toegevoegd om in te schakelen op de niet-Moeder en Kind afdelingen. Vanuit het Kankerplan hadden we middelen ter beschikking gekregen om waar nodig kinderen en kleinkinderen van volwassen patiënten psychologisch te begeleiden. Want wanneer een papa kanker heeft, dan is er vaak een kind dat daarmee moet omgaan.

“ HET KANKERPLAN GAF ONS MIDDELEN OM KINDEREN VAN VOLWASSEN PATIËNTEN PSYCHOLOGISCH TE BEGELEIDEN.”

2011 was ook het jaar waarin de elektronische maaltijdenregistratie ingevoerd werd.

Jo Gommers: En opnieuw met als doel om nog meer patiëntgericht te werken. Al was er ook een economische reden om over te schakelen op de elektronische registratie, want het systeem werkt efficiënter, verbruikt geen papier meer en kan de algemene voedingskost doen dalen door het aantal verkeerd bestelde maaltijden te beperken.

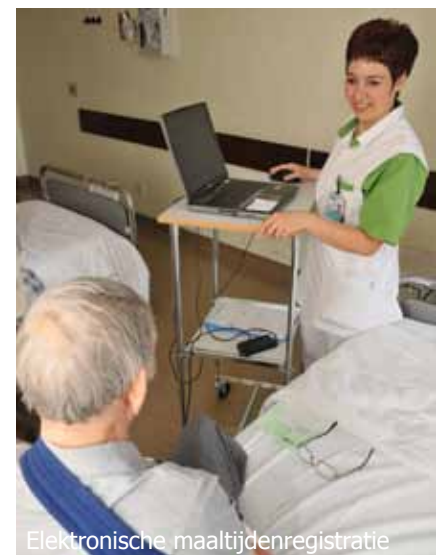
Na een moeilijke opstartperiode staat het systeem nu stilaan op punt.

Hoe werkt het precies?

Jo Gommers: Toen de registratie nog schriftelijk gebeurde werden er te vaak standaard maaltijden besteld of plaatste men dezelfde bestelling voor de hele afdeling. Ook was het voor de patiënten niet altijd duidelijk dat de maaltijdkeuze niet voor de eerstvolgende maaltijd van toepassing was, wat voor de nodige verwarring zorgde. Met de elektronische registratie hebben we nu een tool in handen om iedere patiënt individueel te bevragen. Wil je aardappelen, pasta of rijst? Wil je een appel, een yoghurt of een zoet dessert? En dat iedere dag opnieuw.

Zo worden er ook minder maaltijden verkwist omdat mensen sneller iets opeten of lekker vinden wanneer ze het persoonlijk gekozen hebben.

Frieda Corstjens: En omdat de logistieke medewerker dagelijks langskomt om de maaltijdkeuze op te nemen, verhoogt ook het sociaal contact voor de patiënten. Opnieuw een element dus dat meespeelt in het verhogen van de patiënttevredenheid.



Elektronische maaltijdenregistratie



DE CIJFERS

Op de volgende bladzijden vindt u een aantal cijfers die de activiteiten en resultaten van het ZOL in 2011 samenvatten.

Financieel

Wat meteen opvalt is het resultaat. Met 12,8 miljoen euro ligt dit een fors stuk hoger dan de 2 tot 3 miljoen van de voorbije jaren. De reden moeten we voornamelijk zoeken bij een aantal uitzonderlijke opbrengsten. Eenmalige zaken die te maken hebben met de manier waarop wij als ziekenhuis gefinancierd worden. Zo hebben we in 2011 de herziening van 2005 en 2006 gehad. En daar zaten een aantal meevallers bij die niet ingecalculeerd waren.

Bijkomend hebben we ook onze kosten beter onder controle gehouden. Onder meer omdat we financieel voordeel gehaald hebben uit een aantal projecten zoals de elektronische maaltijdenregistratie waardoor de voedingskosten daalden.

Bijkomend zien we in de balans dat er veel liquide middelen en geldbeleggingen bijgekomen zijn. In vergelijking met 5 jaar geleden, is dit bedrag gestegen van 2,5 naar 31,5 miljoen euro. Uiteraard is dit een momentopname, maar het opent wel perspectieven, zeker in het kader van de toekomstige verbouwingen.

Het is trouwens belangrijk dat we reserves aanleggen. Want indien de crisis zich ook doorzet naar de financiering van de ziekenhuissector, dan is voorzichtigheid geboden. Bovendien zal door de uitvoering van VIPA4 het ziekenhuis verder groeien, hetgeen hogere exploitatiekosten met zich meebrengt.

Activiteiten

Wat het meeste opvalt is de stijging van de activiteiten met betrekking tot de geriatrische patiënten. Dit kadert binnen de algemene vergrijzing van de bevolking waarvan we weten dat die in Limburg pas in 2015 een hoogtepunt zal bereiken. En samen daarmee stijgt ook de ligduur van de patiënten lichtjes.

Een trend die zich verderzet, is het groeiend aantal patiënten in het dagziekenhuis. Steeds minder mensen moeten na een ingreep één of enkele nachten in het ziekenhuis doorbrengen. Nieuwe technieken en de medische vooruitgang in het algemeen zijn hiervan de oorzaken.

Opmerkelijk ook is dat het aantal bevallingen in het ZOL zich op een



historisch hoogtepunt bevindt. Er werden in 2011 2190 baby's geboren in het ZOL. Dat zijn er 13 meer dan in 2009, het vorige recordjaar.

We realiseerden deze resultaten met 1989 VTE's. Het magische getal van 2000 ligt nu binnen handbereik.

Elke Panis
Financieel Directeur

Activiteiten

1. Aantal opgenomen patiënten

	2007	2008	2009	2010	2011	%'10-'11
Heelkunde	12.442	12.571	12.437	13.026	13.919	6,85%
Geneeskunde	12.331	11.804	12.280	12.297	11.604	-5,63%
Pediatrie	2.238	2.234	2.270	2.355	2.285	-2,97%
Materniteit	2.212	1.998	2.097	2.149	2.252	4,79%
M.I.C.	344	510	462	347	330	-4,89%
Neonatale Intensieve Zorgen	257	259	266	263	282	7,22%
Geriatric	1.792	1.880	2.006	2.102	2.194	4,37%
Neuro-psiatrie	1.003	1.032	1.101	984	966	-1,82%
Dagverpleging A-dienst	89	95	88	101	102	0,01%
Sp Locomotorische Revalidatie	10	10	12	12	16	33,33%
Palliatieve Zorgen	34	32	24	27	40	48,14%
Sp Chronische Aandoeningen	2	2	1	3	1	-66,66%
Totaal	32.754	32.427	33.044	33.666	33.991	0,97%

2. Aantal verpleegdagen

	2007	2008	2009	2010	2011	%'10-'11
Heelkunde	67.600	67.819	66.263	66.538	70.690	6,24%
Geneeskunde	66.162	61.830	61.483	58.705	54.169	-7,72%
Pediatrie	6.544	7.098	6.912	6.807	6.763	-0,64%
Materniteit	11.436	10.976	11.385	11.042	11.650	-5,50%
M.I.C.	2.880	2.468	2.578	2.528	2.992	18,35%
Neonatale Intensieve Zorgen	5.196	5.794	5.250	5.508	5.549	0,74%
Geriatric	44.790	48.669	50.165	55.965	59.140	5,67%
Neuro-psiatrie	9.766	10.637	11.011	10.883	10.642	-2,21%
Dagverpleging A-dienst	3.217	3.427	3.251	3.566	3.246	8,97%
Sp Locomotorische Revalidatie	5.440	5.840	5.835	6.112	5.555	9,11%
Palliatieve Zorgen	2.318	2.429	2.406	2.273	2.439	-7,30%
Sp Chronische Aandoeningen	6.890	6.837	6.239	6.284	4.738	-24,60%
Totaal	232.239	233.824	232.778	236.211	240.281	1,73%

3. Activiteit dagziekenhuis

Aantal verpleegdagen	2007	2008	2009	2010	2011	%'10-'11
Dagziekenhuis forfaits	32.967	31.905	32.567	31.151	41.193	32,23%
Chronische pijn	1.868	3.933	4.629	5.734	6.000	4,63%
Chirurgisch dagziekenhuis	13.174	13.623	13.522	13.917	13.797	-0,86%
Totaal	47.894	48.009	49.461	50.718	50.786	0,13%

4. Aantal bevallingen

	2007	2008	2009	2010	2011	%'10-'11
	2.118	2.036	2.177	2.068	2.190	5,90%

Activiteiten

5. Aantal spoedgevallen

	2007	2008	2009	2010	2011	% '10-'11
Ambulant	25.159	27.129	28.562	28.098	29.645	5,50%
Gehospitaliseerd	14.131	13.704	14.134	14.089	13.843	-1,74%
Totaal	39.290	40.833	42.696	42.187	43.488	3,08%
Aantal MUG-ritten	1.251	1.286	1.222	1.246	1.204	-3,37%

6. Aantal OK-ingrepen

	2007	2008	2009	2010	2011	% '10-'11
	28.667	29.696	30.303	32.215	32.014	-0,62%

7. Aantal ambulante contacten

	2007	2008	2009	2010	2011	% '09-'10
	407.819	425.271	438.776	457.037	485.790	6,29%

Erkende bedden versus verantwoorde bedden

	Erkende bedden	Verantwoorde bedden				
		1/7/07- 30/06/08	1/7/08- 30/06/09	1/7/09- 30/06/10	1/7/10- 30/06/11	1/7/11- 30/06/12
Heelkunde	241	275	260	262	257	251
Geneeskunde	239	275	260	263	258	252
Pediatrie	25	32	33	32	31	31
Materniteit	52	43	42	44	48	42
M.I.C.	8	8	8	8	8	8
Neonatale Intensieve Zorgen	17	17	17	17	17	17
Geriatric	126	142	140	141	138	152
Neuro-psiatrie	30	30	30	30	30	30
Dagverpleging A-dienst	12	12	12	12	12	12
Sp Locomotorische Revalidatie	22	22	22	22	22	22
Palliatieve Zorgen	9	9	9	9	9	9
Sp Psycho geriatrie	30	21	21	21	21	30
Totaal	811	886	854	861	851	856

Betaalde effectieven per categorie

	2009	2010	2011	'10/'11
Medisch personeel	0,42	1,00	0,58	-0,42
Loontrekkend personeel	275,0	276,48	281,94	5,46
Administratief personeel	301,70	308,40	312,27	3,87
Verplegend personeel	1.161,07	1.182,86	1.183,28	0,42
Paramedisch personeel	155,97	158,85	185,76	26,91
Ander personeel	36,59	44,11	25,30	-18,81
Totaal	1.930,77	1.971,70	1.989,13	17,43

	ZIEKENHUIS OOST-LIMBURG Balans	Codering	2011 31.12.2012 Euro	2010 31.12.2010 Euro
	Activa Vaste activa	20/28	151.094.635,34	155.671.802,43
I	Oprichtingskosten	20	552.383,32	619.378,45
II	Immateriële vaste activa	21	1.234.182,98	1.272.569,67
III	Materiële vaste activa	22/27	149.308.069,04	153.779.854,31
	A Terreinen en Gebouwen	22	118.394.670,60	121.931.511,77
	B Materieel voor medische uitrusting	23	17.682.290,23	21.077.213,69
	C Materieel voor niet-me dische uitrusting en meubilair	24	8.556.439,32	9.315.093,79
	D Huurfinanciering en soortgelijke rechten	25	0,00	61.376,46
	E Overige materiële vaste activa	26	0,00	0,00
	F Vaste activa in aanbouw en vooruitbetalingen	27	4.674.668,89	1.394.658,60
IV	Financiële vaste activa	28	0,00	0,00
	Viottende activa	29/58	132.871.685,26	115.445.925,26
V	Vorderingen op meer dan één jaar	29	485.770,10	503.459,72
	A Vorderingen voor prestaties	290	0,00	0,00
	B Overige vorderingen	291	485.770,10	503.459,72
VI	Voorraden en bestellingen in uitvoering	3	4.876.901,40	4.605.420,04
	A Grondstoffen en leveringen	31	4.876.901,40	4.605.420,04
	B Vooruitbetalingen op voorraad inkopen	36	0,00	0,00
	C Bestellingen in uitvoering	37	0,00	0,00
VII	Vorderingen op ten hoogste één jaar	40/41	93.999.539,46	81.060.276,56
	A Vorderingen voor prestaties	400/409	84.407.142,25	69.420.327,07
	1. Patiënten	400	6.586.802,89	6.736.769,26
	2. Verzekeringsinstellingen	402	67.818.912,18	56.154.795,94
	3. Inhaalbedragen	403	8.565.782,70	5.356.913,90
	4. Te innen opbrengsten	404	2.974.570,84	2.703.548,88
	5. Provisie dubieuze debiteuren	406/9	-1.538.92,36	-1.531.700,91
	B Overige vorderingen	41	9.592.397,21	11.639.949,49
	1. Geneesheren tandartsen verpl en paramed	415	0,00	0,00
	2. Overige	411/4 416/9	9.592.397,21	11.639.949,49
VIII	Geldbeleggingen	51/53	22.943.282,59	20.705.928,14
IX	Liquide middelen	54/58	8.725.146,37	6.644.644,08
X	Overlopende rekeningen	490/1	1.841.045,34	1.926.196,72
	Totaal der Activa	20/58	283.966.320,60	271.117.727,69

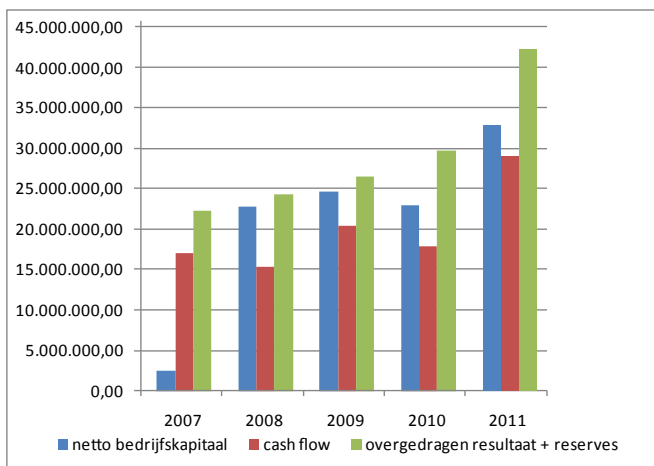
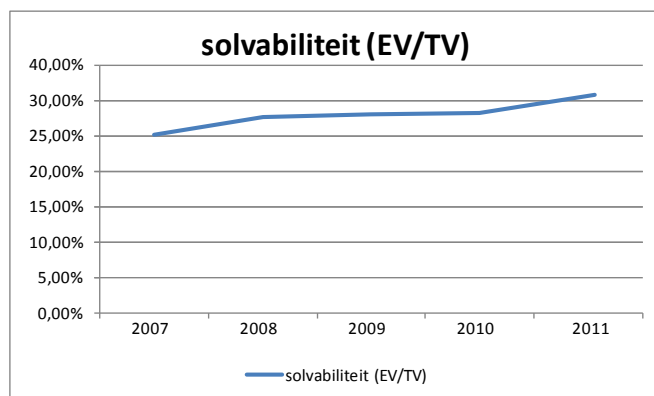
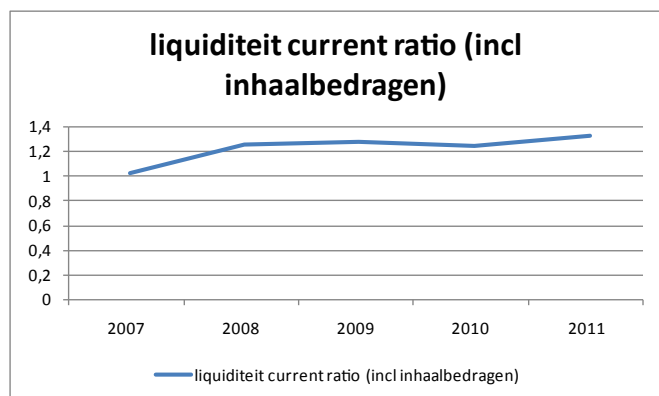
	ZIEKENHUIS OOST-LIMBURG Balans	codering	2011 31.12.2012 Euro	2010 31.12.2010 Euro
	Passiva			
	Eigen Vermogen	10 tot 15-18	87.783.994,36	76.579.869,89
I	Dotaties	10		
II	Herwaarderingsmeerwaarden	12		
III	Reserves	13	23.250.947,50	23.250.947,50
A.	Wettelijke reserves	130		
B.	Niet beschikbare reserves	131	23.250.947,50	23.250.947,50
C.	Beschikbare reserves	133		
IV	Overgedragen resultaat	14	19.319.119,02	6.468.301,00
V	Investeringsubsidies	15	45.213.927,84	46.860.621,39
VI	Sluitingspremies	18		
	Voorzieningen		20.459.994,36	17.166.230,51
VII	Voorzieningen voor risico's en kosten	16	20.459.994,36	17.166.230,51
	Schulden	17/49	175.722.331,88	177.371.627,29
			186.289.507,61	188.589.104,83
VIII	Schulden op meer dan één jaar	17	76.131.645,58	85.153.615,01
A.	Financiële schulden	170/4	75.129.719,60	84.151.689,03
	1. Achtergestelde leningen	170	0,00	0,00
	2. Niet-achtergestelde leningen	171	0,00	0,00
	3. Schulden voor huurfinan ciering en soortgelijke	172	0,00	0,00
	4. Kredietinstellingen	173	75.129.719,60	84.151.689,03
	5. Overige leningen	174	0,00	0,00
B.	Handelsschulden	175	0,00	0,00
C.	Voorschotten Ministerie van Volksgezondheid	177	1.001.925,98	1.001.925,98
D.	Overige schulden	178/9	0,00	0,00
IX	Schulden op ten hoogste één jaar	42/48	89.697.867,67	86.269.253,31
A.	Schulden op meer dan één jaar die binnen het jaar vervallen	42	11.441.502,74	14.054.953,16
B.	Financiële schulden	43	0,00	0,00
	1. Kredietinstellingen	430/4	0,00	0,00
	2. Overige leningen	435/9	0,00	0,00
C.	Lopende schulden	44	57.783.753,95	52.411.918,53
	1. Leveranciers	440+444	18.164.205,34	19.149.972,84
	2. Te betalen wissels	441	0,00	0,00
	3. Inhaalbedragen	443	11.543.986,02	7.475.628,84
	4. Geneesheren, tandartsen verplegend personeel en paramedici	445	28.075.562,59	25.786.316,85
D.	Ontvangen vooruitbetalingen	46	97.200,96	173.955,97
E.	Schulden met betrekking tot belastingen bezoldigingen en sociale lasten	45	20.270.210,64	19.497.358,64
	1. Belastingen	450/3	3.357.515,15	3.247.697,76
	2. Bezoldigingen en sociale lasten	454/9	16.912.695,49	16.249.660,88
F.	Overige schulden	47/48	105.199,38	131.067,01
X	Overlopende rekeningen	492/3/9	9.892.818,63	5.948.758,97
	Totaal der Passiva	10/49	283.966.320,60	271.117.727,69

ZIEKENHUIS OOST-LIMBURG Resultatenrekening			Boekjaar 2011 Euro	Boekjaar 2010 Euro
I	Bedrijfsopbrengsten	70/74	312.302.899,07	299.793.427,52
A.	Omzet	70	293.036.129,58	280.842.652,42
	Budget financiële middelen	700	105.536.327,21	99.899.981,63
	Geraamd inhaalbedrag van het lopend boekjaar	701	-4.807.667,00	-3.251.547,65
	Supplementen kamers	702	843.231,35	819.707,00
	Forfaits conventies R.I.Z.I.V.	703	18.507.752,41	16.868.215,74
	Diverse opbrengsten	704	1.613.452,11	1.542.930,23
	Farmaceutische en daarmee gelijkgestelde producten	705	48.814.120,83	48.515.271,34
	Honoraria	709	122.528.912,67	116.448.094,13
B.	Geactiveerde interne productie	72	122.456,37	63.524,91
C.	Overige bedrijfsopbrengsten	74	19.144.313,12	18.887.250,19
	Bedrijfssubsidies	740	0,00	0,00
	Overige	741/9	19.144.313,12	18.887.250,19
II	Bedrijfskosten	60/64	305.513.289,96	294.721.270,79
A.	Voorraden en leveringen	60	69.801.152,70	68.850.962,46
	1. Inkopen	600/8	70.072.634,06	68.688.032,77
	2. Wijziging in de voorraad (toename-, afname +)	609	-271.481,36	162.929,69
B.	Diensten en bijkomende leveringen	61	86.610.392,33	81.900.806,67
	1. Diensten en leveringen	610/8	17.969.619,39	16.744.264,47
	2. Voorschotten geneesheren	619	68.913.772,94	65.156.542,20
C.	Bezoldigingen en sociale lasten	62	118.709.557,68	115.351.671,42
D.	Afschrijvingen en waardeverminderingen op oprichtingskosten op immateriële en materiële vaste activa	630	16.876.725,84	15.941.710,09
E.	Waardeverminderingen op vlottende activa (toevoegingen +, terugnemingen -)	631/4	7.225,45	-49.523,14
F.	Voorzieningen voor risico's en kosten (toevoegingen +, terugnemingen -)	635/7	5.653.843,06	5.234.798,50
G.	Overige bedrijfskosten	640/8	7.854.392,90	7.490.844,79
III	Bedrijfswinst (+)	70/64	6.789.609,11	5.072.156,73
	Bedrijfsverlies (-)	64/70		
IV	Financiële opbrengsten	75	3.472.766,56	3.102.336,83
A.	Opbrengsten uit financiële vaste activa	750	0,00	0,00
B.	Opbrengsten uit vlottende activa	752	382.544,33	278.050,38
C.	Subsidies in kapitaal en intresten	753	3.084.356,89	2.822.073,42
D.	Andere financiële opbrengsten	754/9	5.865,34	2.213,03
V	Financiële kosten	65	3.417.769,86	3.807.789,87
A.	Kosten voor investeringsleningen	650/4	3.413.509,21	3.800.267,75
B.	Kosten voor kredieten op korte termijn	656	0,00	3.094,59
C.	Diverse financiële kosten	657/9	4.260,65	4.427,53
VI.	Winst (+)	70-65	6.844.605,81	4.366.703,69
	Verlies (-)	65/70		

ZIEKENHUIS OOST-LIMBURG Resultatenrekening (vervolg)			Boekjaar 2011 Euro	Boekjaar 2010 Euro
VII	Uitzonderlijke opbrengsten	76	8.72.432,25	5.141.817,37
	A. Terugneming van afschrijvingen en van waardeverminderingen op immateriële en materiële vaste activa	760	0,00	0,00
	B. Terugneming van waardeverminderingen op financiële vaste activa	761	0,00	0,00
	C. Terugneming van voorzieningen voor uitzonderlijke risico's en kosten	762	3.331.277,93	4.175.591,42
	D. Meerwaarden bij de realisatie van vaste activa	763	6.627,35	70.598,96
	E. Andere uitzonderlijke opbrengsten van het boekjaar	764/8	573.452,54	17.800,00
	F. Opbrengsten m.b.t. vorige boekjaren	769	4.861.074,34	877.826,99
VIII	Uitzonderlijke kosten	66	2.766.220,04	6.332.294,06
	A. Uitzonderlijke afschrijvingen en waardeverminderingen op oprichtingskosten, op immat. en mat. vaste activa	660	0,00	485.000,00
	B. Waardeverminderingen op financiële vaste activa	661	0,00	0,00
	C. Voorzieningen voor uitzonderlijke risico's en kosten	662	232.205,00	0,00
	D. Minderwaarden bij de realisatie van vaste activa	663	0,00	0,00
	E. Andere uitzonderlijke kosten van het boekjaar	664/8	50.150,82	33.097,69
	F. Kosten m.b.t. vorige boekjaren	669	2.483.864,22	5.814.196,37
IX	Winst van het boekjaar (+)	70/66	12.850.818,02	3.176.227,00
	Verlies van het boekjaar (-)	66/70		
	Bestemmingen en voorheffingen			
	A. Te bestemmen winstsaldo	70/69	19.319.119,02	6.468.301,00
	1. Te bestemmen winst van het boekjaar	70/66	12.850.818,02	3.176.227,00
	Te verwerken verlies van het boekjaar (-)	66/70		
	2. Overgedragen winst van het vorige boekjaar	790	6.468.301,00	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	0,00	0,00
	Toevoeging aan de reserves	692		
	D. Over te dragen resultaat			
	1. Over te dragen winst (-)	693	19.319.119,02	6.468.301,00
	2. Over te dragen verlies	793	0,00	0,00
	E. Tussenkomen van derden in het verlies	794	0,00	0,00

RATIO-ANALYSE

	2007	2008	2009	2010	2011
liquiditeit current ratio (met inhaalbedragen)	1,03	1,26	1,28	1,25	1,33
solvabiliteit financiële onafhankelijkheid: EV / TV	25,05%	27,56%	28,07%	28,27%	30,91%
netto bedrijfskapitaal	2.450.623,86	22.707.078,35	24.541.375,77	22.911.897,99	32.795.275,71
cashflow	17.004.269,08	15.369.991,48	20.458.660,08	17.790.547,61	29.205.182,55
overgedragen resultaat + reserves	22.230.199,02	24.342.223,03	26.543.021,50	29.719.248,50	42.570.066,52



IN SAMENWERKING MET DE NGO MEMISA BLIJFT HET ZOL INVESTEREN IN DE WERKING VAN HAAR PARTNERZIEKENHUIS IN **BOKONZI**, CONGO. OOK IN 2011 WORDT ER 25.000 EURO GESCHONKEN. DE MIDDELEN WORDEN GEBRUIKT OM TE VOORZIEN IN DE BASISGEZONDHEIDSZORG VAN 200.000 MENSEN.



Raad van Beheer ZOL

Effectieve beheerders

Dr. Mieke Dezeure, voorzitter
Koen Torfs, ondervoorzitter
Tjeu Arits
Gianni Cacciatore
Louis Gaethofs
Ria Max-Grondelaers
Eddy Quintiens
Jozef Schreurs
Cyriel Vanden Dries
Hendrik Wetsels

Beheerders zonder stemrecht

Fonny Anthonissen
Rik Eraly
Prof. dr. Johan Kips
Alda Romain
Geert Vermote

Directie ZOL

Erwin Bormans
Algemeen directeur

Dr. Hubert Vandeput
Medisch directeur

Peter Hermans
Personeelsdirecteur

Elke Panis
Financieel directeur

Jo Gommers
Verpleegkundig-paramedisch directeur

Steven Knuts
Bedrijfskundig directeur

