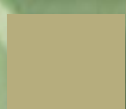
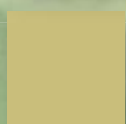




# Jaarverslag 2006

## Bouwen aan zorg



Ziekenhuis Oost-Limburg

# JAARVERSLAG 2006

## Bouwen aan zorg

### INHOUDSTAFEL

<b>0. Voorwoord</b> ..... <b>5</b> Bouwen aan zorg	<b>4. Bouwen aan... een zorgzaam en veilig ziekenhuis</b> ..... <b>18-19</b> Introductie van een veiligheidsmanagementsysteem in het ZOL
<b>1. Bouwen aan... een aangename en vooruitstrevende omgeving</b> ..... <b>6-7</b> Nieuwe infrastructuur en uitrusting	<b>5. Bouwen aan... tevredenheid</b> ..... <b>20-21</b> Positieve tendens zet zich verder
<b>2. Bouwen aan... een professionele, medische zorg</b> ..... <b>8-11</b> Innovatieve ontwikkelingen	<b>6. Bouwen aan... betaalbare zorg</b> ..... <b>22-23</b> Blijven waken over de tariefzekerheid voor de patiënt
<b>2.1. Nieuwe artsen</b>	<b>7. Bouwen aan... samenwerking</b> ..... <b>24-25</b> Netwerken 2006
<b>2.2. Nieuwe initiatieven en uitdagingen</b> Fertiliteitscentrum Intensieve zorgen Aantal hemodialyses stijgt Niersteenverbrijzelaar naar Sint-Jan Pilotproject dagziekenhuis geriatrie 10 jaar multidisciplinair pijncentrum Borstcentrum Opening labo Anatomopathologie Opening locomotorische revalidatie	<b>8. Bouwstenen</b> ..... <b>26-29</b> Ziekenhuiszorg is mensenwerk
<b>3. Bouwen aan... nieuwe zorgconcepten</b> ..... <b>12-17</b> Realisaties in de verpleegkundige en paramedische zorg	<b>8.1. Iedereen wil in het ZOL werken</b>
<b>3.1. Focus op medicatie</b> Klinische farmacie Uniformiteit van medicatie-infusen NIC: dubbelcheck bij toedienen van medicatie	<b>8.2. Vorming</b> Update inscholingsprogramma nieuwe verpleegkundigen Begeleiding studenten/mentoren STAN-monitoring Eerste MS-nurses afgestudeerd Gerizol Oefening extern rampenplan CPR-opleiding Clinical leadership Dementie: toneel herfsthoofd Oncology Clinics
<b>3.2. Het traject van de patiënt</b> Wachttijden voor chemotherapie bij dagopname Ontslagprocedure Intensieve Zorgen Transmuraal pad borstcarcinoom Planning intern patiënttransport Etiketten rechtstreeks op raadpleging Vooropname Inschrijving via de kiosk	<b>Bijlage</b> ..... <b>30-35</b> Contactgegevens Financiële resultaten
<b>3.3. Info aan de patiënt</b> Patiëntenbrochures Grootouders en borstvoeding Vernieuwing ZOL-website	
<b>3.4. Wondzorg</b>	
<b>3.5. Zorg aan het kind</b> Kindvriendelijke Spoed Baby's die ontroostbaar huilen Protocol kindermishandeling Mors in utero	
<b>3.6. Verpleegdossier</b>	



## VOORWOORD

DIT is het nieuwe jaarverslag van het Ziekenhuis Oost-Limburg (ZOL). Uiteraard bevat dit maar een greep uit de activiteiten van 2006. Er werd voor gekozen om dit verslag op te vatten rond de metafoor van het bouwen. Het ZOL is immers een ziekenhuis dat permanent in evolutie is en dat streeft naar een kwaliteitsvolle en betaalbare zorg voor de patiënt. Daarnaast komen de veranderingen in een hoge snelheid op ons af. Of het nu gaat om de organisatie en financiering van de zorg, de internationalisering van de gezondheidszorg, de vooruitgang van de medische wetenschap en technologie of de verwachtingen van de patiënt.

2006 was opnieuw een druk jaar voor het ZOL. Een aantal cijfers illustreren dit. Zo werd er heel wat gebouwd, vooral op campus Sint-Barbara en campus Sint-Jan. Het is niet onwaarschijnlijk dat een buitenstaander die aan de hoofdingang geconfronteerd wordt met de enorme bouwwerken voor de radiotherapie, de dagkliniek geneeskunde en het nieuwe parkeergebouw, zich vragen stelt bij al deze bouwlust. Gelukkig zijn vooral de medewerkers van de ondersteunende diensten door deze bouwactiviteiten in beslag genomen en kunnen de zorgverleners zich blijvend concentreren op de kernopdracht van ons ziekenhuis: kwaliteitsvolle zorgen geven. Patiënten, bezoekers en personeelsleden hebben – behalve wat parkeermoeilijkheden – tot dusver weinig last van deze werken. Wel integendeel: de nieuwe of vernieuwde infrastructuur komt het comfort van de patiënt en de kwaliteit van de zorg rechtstreeks ten goede. De goede resultaten van de patiënt- en personeelstevredenheidsonderzoeken staven dit.

Wij zijn er ons wel van bewust dat grootschaligheid niet per definitie gelijk staat met meer kwaliteit en meer patiëntvriendelijkheid. Hiervoor is inderdaad meer nodig dan goede en moderne infrastructuur. Daarom worden er op verschillende terreinen in het ZOL systematisch acties ondernomen om de zorg, de behandeling, de veiligheid en het comfort voor de patiënt te verhogen. We kunnen daarvoor rekenen op een sterk artsenkorps en gemotiveerde en professionele medewerkers.

In dit jaarverslag geven we u enkele illustraties over de betekenis van bouwen in het ZOL. We illustreren het met bouwwerken waarin artsen, verpleegkundigen en paramedici hun werking verder uitbouwen rond nieuwe zorgconcepten. Er zijn grotere en kleinere initiatieven, soms kwamen ze in het nieuws, soms niet, ... maar het zijn allemaal projecten waaraan zeer concreet gewerkt wordt om onze ziekenhuiswerking te verbeteren.

Erg positief was de verdere toename van de patiënttevredenheid. ZOL blijft ook de financiële toegankelijkheid erg ter harte nemen; het is en blijft een kernpunt van onze opzichtverklaring. De financiële cijfers kunnen de realisatie van het financieel meerjarenplan bevestigen. Dit betekent dat de lopende en nog geplande investeringen geen financiële hypotheek leggen op de ziekenhuiswerking en de continuïteit ervan.

Ziekenhuiszorg is mensenwerk en daarom wordt er ook sterk geïnvesteerd in de ondersteuning van onze medewerkers. Het overzicht van bouwstenen in verband met vorming en opleiding is daarvan een mooie illustratie.

Graag willen we iedereen danken die meegewerkt heeft aan de realisatie van de ziekenhuiswerking van 2006.



Johan Hellings  
Bestuurder-directeur



Dr. Mieke Dezeure  
Voorzitter



# 1. Bouwen aan... een aangename en vooruitstrevende omgeving



## Nieuwe infrastructuur en uitrusting

*2006 was een historisch jaar voor het Ziekenhuis Oost-Limburg. De fusie tussen de drie ziekenhuizen bestond niet alleen 10 jaar, gelijk werden er ook heel wat grote initiatieven en bouwprojecten concreet zichtbaar. De verdere kwalitatieve uitbouw van de zorg en de veiligheid en het comfort van de patiënt zijn hierbij de belangrijkste drijfveren.*

Het ZOL kon afgelopen jaar, na een lange aanvraagprocedure, starten met de bouw van de **radiotherapie** en een **nieuwe dagkliniek** oncologie op campus Sint-Jan. De werken worden afgerond in de zomer van 2007. Dan kan een nieuwe stap voorwaarts gezet worden in het aanbod van de kankerbehandeling in Limburg. Het ZOL zal immers beschikken over twee lineaire versnellers voor de bestraling van tumoren en over een ruime dagkliniek geneeskunde – oncologie. Deze realisatie gebeurt in goede afstemming met het Limburgs Oncologisch Centrum (LOC), waar ook het Virga Jesseziekenhuis en het Salvatorziekenhuis in Hasselt deel van uitmaken. Door deze samenwerking en het bundelen van de krachten heeft het LOC het potentieel om één van de meest vooraanstaande kankercentra van ons land te worden.

Het **operatiekwartier** op campus Sint-Jan was na 20 jaar activiteit dringend aan vernieuwing toe. Er werd hard gewerkt aan de realisatie van 14 operatiezalen en een nieuwe dagkliniek, geïntegreerd in het geheel. Het nieuwe operatiekwartier behoort, wat de medisch-technische uitrusting en mogelijkheden betreft, tot de top in ons land. Het biedt heel wat opportuniteiten voor de verdere uitbouw van de chirurgie in het ZOL. Neusje van de zalm zijn ongetwijfeld de twee EMC-zalen (Electromagnetic Conduction). Ook het multimedia-gebeuren biedt uitgebreide mogelijkheden: andere geneesheren kunnen beelden - gemaakt via de endoscopie-toren, beeldversterker, camera of andere opnametechnieken - in real time van op afstand bekijken. Zo kan de chirurg bij niet-frequente ingrepen, steeds het advies van een collega inwinnen.

Omdat campus Sint-Jan al een tijdje kampt met een tekort aan parkeerplaatsen en een uitbreiding van de activiteit ook een toenemende patiënten- en bezoekersstroom naar het ziekenhuis met zich meebrengt, werd afgelopen jaar ook gestart met werken voor een **parkeergebouw**. Het ontwerp werd geleverd door het bureau Cepezed uit Delft. Het werd gekozen uit een selectie van vijf die, in samenwerking met de Vlaamse bouwmeester, in competitie waren gebracht.

De werken brengen in de bouwperiode heel wat hinder met zich mee maar na de volledige realisatie zal het ziekenhuis beschikken over een parking met 1600 plaatsen op twee niveau's over een afstand van 450 meter op de toegangsweg naar de huidige parking, vlakbij de hoofdingang. De benedenverdieping ligt gedeeltelijk ondergronds wat de integratie in de omgeving en de aansluiting op het ziekenhuis optimaal maakt. Het nieuwe parkeergebouw zal het comfort voor de patiënt erg vergroten en verzekert de geografische toegankelijkheid van campus Sint-Jan met de wagen in de toekomst.

Ondertussen zijn ook de werken op campus Sint-Barbara goed opgeschoten. Na de realisatie van een goed uitgebouwde dagkliniek en een uitbreiding van het revalidatiecentrum zijn er ook heel wat interne verbouwingen gebeurd. Hieronder horen onder andere de verbouwing van het mortuarium, het poetslokaal, de opvang spoed en de kleedkamers. Tot slot werden omgevingswerken uitgevoerd en werden de parking en wegenis heringericht.

### Toekomst

Bouwen en verbouwen in een ziekenhuis is niet evident. Werken brengen immers heel wat overlast mee voor patiënten, artsen en medewerkers. Maar blijven investeren is noodzakelijk in een ziekenhuis dat ook in de toekomst de beste zorgen wil kunnen realiseren.

## 2. Bouwen aan... een professionele, medische zorg



## Innovatieve ontwikkelingen

### 2.1. Nieuwe artsen

Artsen vervullen een hoofdrol in de ziekenhuiswerking. Er wordt daarom een actief beleid gevoerd om goede geneesheren aan te trekken. Op 31 december 2006 waren er 199 artsen actief in het ZOL. In 2006 kwamen er in totaal 6 nieuwe artsen bij.

**Dr. Annelies De Blauwe** studeerde oftalmologie aan U.Z. Leuven en het Mayday Hospital in Londen. Zij slaagde voor het examen van de European Board of Ophthalmology en is consulent voorste oogsegment chirurgie aan U.Z. Leuven. Dr. De Blauwe is gespecialiseerd in cataract en chirurgie van het voorste oogsegment.

**Dr. Bernard Bynens** studeerde urologie aan de K.U.L. en bekwaamde zich verder in laparoscopie aan Radboud UMC Nijmegen en Universitätsklinikum Leipzig.

**Prof. dr. Robert Dion** is cardiochirurg, met specialisatie in chirurgie van de hartkleppen en hartfalen. Tot voor kort was hij hoofd van de afdeling thoraxchirurgie aan het Leids Universitair Medisch Centrum. Voordien heeft hij gewerkt in Leuven, Johannesburg, Rotterdam, Utrecht, Antwerpen en Brussel.

**Dr. Natalie Houben** studeerde oftalmologie aan de U.Z. Leuven en het AZ Middelheim in Antwerpen. Zij zal zich toeleggen op algemene oftalmologie.

**Dr. Johan Van Cakenbergh** is geneesheer-specialist in de fysische geneeskunde. Hij is eveneens verbonden aan het revalidatiecentrum van Overpelt.

**Dr. Joris Penders** is geneesheer-specialist in de klinische biologie en doctor in de medische wetenschappen. Tijdens zijn opleiding heeft hij zich vooral toegelegd op klinische chemie.

### 2.2. Nieuwe initiatieven en uitdagingen

De laatste jaren zijn de activiteiten in het ZOL almaar blijven toenemen; zowel wat de hospitalisatie als de dagkliniek betreft. De groei maar ook de toenemende mogelijkheden in de geneeskunde, met vaak verdere subspecialisatie als gevolg, zijn een uitdaging voor de verdere uitbouw van de ambulante werking. Steeds meer behandelingen kunnen aangeboden worden in een context waarbij de consultatie, de diagnostiek én de behandeling, samen gerealiseerd kunnen worden. Dit kan een belangrijke meerwaarde bieden voor de kwaliteit van de medische zorg én de samenhang van het traject van de patiënt.

	2004	2005	2006
<b>HOSPITALISATIE</b>			
verpleegdagen	233.574	231.831	233.518
opnames	31.975	32.526	32.393
ligduur	7,30	7,13	7,21
bezettingsgraad	80,82%	81,45%	82,27%
<b>FORFAITS</b>			
dagziekenhuis	31.444	33.173	34.563
chirurgisch dagziekenhuis	12.157	13.092	14.134
subtotaal 1	43.601	46.265	48.697
hemodialyse	27.197	28.966	30.922
conventies	241.744	280.517	305.563
revalidatie	7.714	8.662	6.700
subtotaal 2	276.655	318.145	343.185
totaal forfaits	320.256	364.410	391.882
<b>AMBULANT</b>			
consulten	373.712	378.001	397.573
aantal ingrepen	27057	27204	28112
aantal bevallingen	1880	1914	1944

## Fertiliteitscentrum

De problematiek van de fertiliteitspatiënt is vaak erg complex en vraagt om een discrete behandeling in een rustgevende omgeving. Op 26 augustus 2006 werd het vernieuwde en uitgebouwde fertiliteitscentrum met labo, operatiezaal en raadpleging officieel geopend met een wetenschappelijk symposium en een opendeur voor alle belangstellenden.

Er werd een volledig nieuw, hoogtechnologisch laboratorium ingericht conform de Europese richtlijn van 8 februari 2006 met betrekking tot de donatie van organen. Daarnaast wordt er gewerkt aan een handboek dat de kwaliteit van de geleverde diensten nog een stuk moet verbeteren. Het nieuwe labo werd uitgerust met de recentste toestellen en technieken. De Europese regeling stelt dat er een kwaliteitscontrole van de lucht vereist is. Daarom werd er een klimaatbeheersingssysteem geplaatst dat ervoor zorgt dat alle lucht die het labo binnenkomt steriel is. Daarnaast wordt ook het gehalte aan vluchtige organische componenten, die een invloed zouden kunnen hebben op het embryo, gemeten. In de broedkast werden speciale filters gezet op de gasleidingen. Er werden nieuwe luchtkabinetten aangekocht die zorgen voor een verticale luchttoevoer in het labo. In het embryolokaal werden verwarmde werkbladen geplaatst.

Naast het labo ligt de nieuwe IVF-operatiezaal met de dagkliniek. Het idee hierachter is dat ambulante patiëntenzorg buiten het grote operatiekwartier moet gebeuren. Daarnaast wordt vastgehouden aan het principe van de 'one stop fertility clinic': de patiënt krijgt in één dagopname alle antwoorden in verband met haar fertiliteitsproblemen en een idee van de mogelijke strategie. Dit op één dag doen, is bijzonder arbeidsintensief en kan alleen maar als de unit met alles erop en eraan op één plaats georganiseerd is.

De inrichting van de fertiliteitsraadpleging is het resultaat van de samenwerking tussen kunstenaar Koen Vanmechelen en gynaecoloog Willem Ombelet. Het unieke experiment werd 'Born' gedoopt en bestaat uit zeven werken die geboren werden uit de uitzonderlijke kruising van kunst, wetenschap en filosofie.

## Medium Care/Stroke Unit/Intensieve Zorgen/Hartbewaking

Omwille van de steeds groter wordende behoefte aan bedden voor heelkundige intensieve zorgen, werd op de afdeling Hartbewaking 1 een grondige reorganisatie doorgevoerd. Drie medium care-bedden en 4 hartbewakingsbedden werden er ingericht en omkaderd als volwaardige bedden voor intensieve zorgen. De afbouw van hartbewakingsbedden, werd gecompenseerd met de opening van een nieuwe Medium Care Unit, waarbinnen 6 cardiologiebedden werden voorzien.

De nieuwe, gemengde Medium Care-afdeling is geopend op 27 september. Hier worden twee groepen van patiënten verzorgd, namelijk hartpatiënten en patiënten die een beroerte gehad hebben. De afdeling omvat 10 bedden en is vlak naast de dienst Hartbewaking 2 gesitueerd. De Medium Care-afdeling wordt bestaft met dezelfde verpleegkundigen die ook op de Hartbewakingsafdeling werken en gespecialiseerd zijn in intensieve zorgen. Het medisch beleid voor de hartpatiënten wordt er gevoerd door de dienst Cardiologie. Het medisch beleid voor de patiënten die een beroerte gehad hebben, wordt gecoördineerd door de dienst Neurologie. Zowel bij de dienst Cardiologie, als de dienst Neurologie was de behoefte aan een dergelijke afdeling zeer groot. Met een vergrijzende bevolking neemt de behoefte aan gespecialiseerde afdelingen voor de opvang van beroerte- of hartpatiënten in de acute fase immers erg toe.

## Aantal hemodialyses stijgt

Het aantal hemodialyses steeg van 28.813 in 2005 naar 30.916 in 2006. Dit is een stijging van 7,3 procent. Een klein deel van deze activiteitengroei kon opgevangen worden door de capaciteitsuitbreiding van de Low Care-afdeling in het Maria Ziekenhuis in Overpelt waar de capaciteit toenam van 9 tot 12 dialyseplaatsen. Gezien het einde van de toename van de hemodialyses blijkbaar nog niet in zicht is, is het des te belangrijker dat de plannen voor de hemodialyse-nieuwbouw zo snel als mogelijk gerealiseerd worden. Dit is voorzien in het volgende VIPA-project. Daarnaast steeg het aantal peritoneale thuisdialyses in 2006 met 12 procent.

## Niersteenverbrijzelaar naar Sint-Jan

Eind 2006 werd de niersteenvergruizer van campus André Dumont verhuisd naar campus Sint-Jan. De lithotriptor en de bijhorende dagkliniek werden geïntegreerd binnen de urologie-raadpleging op campus Sint-Jan. Het is de bedoeling dat deze dagkliniek ook gebruikt wordt voor de kleine heelkundige ingrepen die voorheen voornamelijk verliepen via de centrale dagkliniek van campus André Dumont.

Deze aanpassing zal als effect hebben dat de patiënt minder verplaatsingen moet doen en dat zowel urologen als verpleegkundigen hun tijd efficiënter kunnen besteden.

## Pilootproject dagziekenhuis geriatrie

Het ZOL stelde zich kandidaat voor het proefproject 'geriatrie dagziekenhuizen' van de federale overheid en werd hiervoor geselecteerd. Het project loopt gedurende een jaar en houdt onder andere in dat er financiering voorzien wordt voor het personeel. Er wordt verwacht dat het ZOL instaat voor de registratie van patiëntengegevens. De overheid hoopt zo een beeld te krijgen van de werking van de dagziekenhuizen om te komen tot een structurele financiering.

Als gevolg van de financiering werd het dagziekenhuis in juni 2006 uitgebreid. In plaats van 3 dagen per week, ging het dagziekenhuis 5 dagen per week open (4 dagen geriatrie en 1 dag algemeen-inwendige). Daardoor zag het geriatrie dagziekenhuis in 2006 144 patiënten meer dan in 2005.

## 10 jaar multidisciplinair pijncentrum

Het Multidisciplinair Pijncentrum vierde in april 2006 zijn tweede lustrum en organiseerde een opendeur. Sinds de start is het centrum uitgegroeid tot een dynamische dienst waar elke dag tot 100 patiëntencontacten plaatsvinden in het kader van diagnosestelling en behandeling. Sedert mei 2005 is het centrum door het RIZIV erkend als Multidisciplinair Referentiecentrum voor Chronische Pijn, waardoor de expansie nog een extra duw in de rug kreeg.

Het Multidisciplinair Pijncentrum nam actief deel aan een uitgebreide studie van het Federaal Kenniscentrum voor Gezondheidszorg over 'Chronische lage rugpijn'. Op 20 april 2006 vond het minisymposium 'Nieuwe trends in de aanpak van chronische (rug)pijn: van symptoomcontrole naar pijnrevalidatie' plaats.

## Borstcentrum

Een optimale medische, verpleegkundige en psychosociale zorg aanbieden aan elke vrouw die wordt geconfronteerd met borstkanker is het opzet van het multidisciplinair borstcentrum. Deze zorg start van bij de diagnose en kan tot ver na de hospitalisatie reiken. Er werd een borstverpleegkundige aangesteld. Deze fungeert als coördinator, aanspreekpunt en bewaker van de verpleegkundige en psychosociale zorg. Belangrijke partners om de dagelijkse zorg mee op te nemen zijn de verpleegkundigen op de afdeling, de sociaal verpleegkundige, de psychologe en de patiëntenvereniging Boratie.

## Opening nieuwe lokalen labo Anatomopathologie

Het labo Anatomopathologie staat in zijn nieuwe locatie rechtstreeks in verbinding met het nieuwe operatiekwartier via een speciale lift. Er werd gebruik gemaakt van de verhuis om de modernste toestellen te installeren en de veiligheid nog meer te verhogen. Verdere informatisering en papierloos werken zijn nog grote uitdagingen.

## Opening locomotorische revalidatie

De nieuwe afdeling locomotorische revalidatie werd geopend op 23 juni 2006 op campus Sint-Barbara. Het was de ontbrekende schakel voor patiënten die behandeld worden op acute afdelingen zoals neurologie, neurochirurgie of orthopedie en nog intensieve revalidatie nodig hebben vooraleer zij naar huis kunnen of overgaan naar de ambulante revalidatie.

Op vrijdag 24 februari bracht het prinsenvrouw Filip en Mathilde een bezoek aan het revalidatiecentrum in het kader van het pilootproject 'neurologisch arbeidsreïntegratieprogramma', dat in juni 2006 ten einde liep. Het programma is een grensoverschrijdend samenwerkingsproject van Vlaamse en Zuid-Nederlandse revalidatiecentra waaronder het centrum van het ZOL. Het heeft als doel mensen jonger dan 55 jaar met een niet-aangeboren hersenletsel opnieuw op de arbeidsmarkt te integreren.

In 2006 werden er 98 patiënten opgenomen, voor een totaal van 5.011 verpleegdagen.



## 3. Bouwen aan... nieuwe zorgconcepten



## Realisaties in de verpleegkundige en paramedische zorg

### 3.1. Focus op medicatie

#### Klinische Farmacie

Klinische farmacie en farmaceutische zorg willen een veilige, doeltreffende en kosteneffectieve geneesmiddelen-therapie verzekeren vanaf de bereiding van het geneesmiddel, over zijn toediening, tot en met de opvolging van de therapie, mét respect voor de keuze van de patiënt. De Angelsaksische landen hebben een ruime ervaring met farmaceutische zorg. De farmaceutische dienstverlening is er aanvullend op de zorgverlening door artsen en verpleegkundigen en verleent de patiënt een bijkomende dienst. Studies tonen aan dat klinische farmacie een toegevoegde waarde levert in het ziekenhuis, de openbare officina, en de 'outpatient pharmaceutical clinics'. Deze studies tonen ook de economische voordelen van farmaceutische zorg aan.

In België is klinische farmacie nu in ontwikkeling. Ook in het ZOL zijn 3 apothekers gestart met enkele kleinschalige projecten op de diensten Geriatrie (W5) en Abdominale Heelkunde (A35). In het ziekenhuis gebeurt er een screening van de ondervoeding en voor het Multidisciplinair Pijncentrum worden de berekeningen van de Medication Quantification Scale-score uitgevoerd.

#### Uniformiteit van medicatie-infusen

Samen met de hoofdverpleegkundigen en medische diensthoofden van de kritische afdelingen en apotheek werden in 2006 alle medicatie-drips of -infusen geüniformeerd. Hierdoor beschikken alle afdelingen over medicatie-infusen met dezelfde concentratie en oplossing. Vooral bij mutaties heeft dit tal van voordelen voor de afdelingen. De medicatie-infusen kunnen geraadpleegd worden op het intranet.

#### Neonatal Intensive Care: dubbelcheck bij toedienen van medicatie

Op de dienst Neonatologie werd het dubbelcheck systeem ingevoerd dat een nauwkeurigere controle op de juiste toediening van medicatie mogelijk maakt. Dit is geen overbodige luxe gezien de complexiteit van de technieken en de uiterst nauwkeurige zorgen. Er werd ook een anoniem registratiesysteem voor fouten voorzien, waardoor de oorzaak van vermelde fouten onderzocht kan worden en herhaling van de gemaakte fout voorkómen kan worden.

### 3.2. Het traject van de patiënt

Het traject van de patiënt blijft een belangrijke bekommernis. Als groeiend ziekenhuis, zowel in omvang als in complexiteit, mag het perspectief van de patiënt niet uit het oog verloren worden. Goede opnameplanning, met begrijpelijke informatie, goede coördinatie van onderzoeken en behandeling, integreren van klinische paden, goede onderlinge communicatie en overdracht van informatie, verpleegkundige patiënttoewijzing, gerichte 'liaison'-ondersteuning, kwaliteitsvolle en goed afgestemde ontslagbegeleiding, meting van tevredenheid,... blijven belangrijke aandachtspunten.

#### Wachttijden voor chemotherapie bij dagopname

Dagelijks komt er een grote groep patiënten voor chemotherapie naar de dagkliniek geneeskunde. Om een beter zicht krijgen op het traject dat deze patiënten doorlopen, werd een onderzoek ingesteld. De resultaten worden opgenomen in de voorbereiding van de opening van het nieuwe dagziekenhuis in 2007. De doelstelling van het onderzoek was om een objectief beeld te bekomen van de totale wachttijd en de deelwachttijden voor de verscheidene deelprocessen van bij aankomst tot bij de opstart van de chemotherapie. In de loop van de maanden augustus en september verleenden 76 patiënten op de dagkliniek hun medewerking aan dit onderzoek. Dankzij de gemotiveerde medewerking van de patiënten en een goede samenwerking met de medewerkers van het dagziekenhuis, het labo, de apotheek en het centraal afsprakenbureau kon een gedetailleerde weergave van de patiëntenflow opgemaakt worden.

De resultaten werden geanalyseerd en besproken met alle betrokkenen. Er wordt gezocht naar mogelijkheden om de wachttijden te verkorten. Een jaar na de opening van het nieuwe dagziekenhuis zal de meting herhaald worden om de resultaten van de verbeteracties te meten.

### Ontslagprocedure Intensieve Zorgen

Voor de verbetering van het patiëntentraject op Intensieve Zorgen, werd in 2006 de ontslagprocedure geoptimaliseerd. Een werkgroep ontwikkelde een nieuw ontslagformulier met verpleegkundige en medische gegevens. Verder werden ook afspraken gemaakt omtrent de uitwisseling van bedden en anti-decubitusmatrassen tussen de afdeling Intensieve Zorgen en de chirurgische afdelingen.

### Transmuraal zorgpad borstcarcinoom

Vanuit de diensten Kwaliteit en Zorgcoördinatie werd in 2006 een voorstel gedaan aan huisartsen en thuiszorgpartners om bestaande klinische paden transmuraal te maken. De huisartsen gingen akkoord. Afspraak was dat elke SIT (Samenwerkings Initiatief Thuiszorg) een klinisch pad zou kiezen tegen oktober 2006 en dat deze pilootprojecten zouden opgestart worden in 2007.

Daarnaast was er vanuit de dienst Gynaecologie al geruime tijd nood aan een verdere uitwerking van het bestaande klinische pad met betrekking tot borstamputaties. Het bestaande klinische pad beschrijft enkel de periode die de patiënt in het ziekenhuis verblijft en stopt bij ontslag. Uit de literatuur blijkt dat programmatische fouten die leiden tot een ongewenste uitkomst frequent voorkomen na de ontslagprocedure. Hier is het dus essentieel om de eerste lijn vlugger te betrekken bij de opvang en opvolging van de patiënt.

Voor de uitbreiding van het pad 'borstcarcinoom' werd het ZOL uitgenodigd om mee in te stappen in het project van de Koning Boudewijnstichting. Het doel van het project is de samenwerking tussen alle actoren in de oncologische zorg vanuit de eerste en de tweede lijn op elkaar af te stemmen. Hierbij wordt de methodiek van klinische paden, ontstaan in de industrie onder de naam Critical Pathways en vertaald naar de ziekenhuiscontext, transmuraal toegepast. In 2006 werd een samenwerkingsstructuur tussen de eerste en de tweede lijn besproken en uitgewerkt. Het totale project loopt tot september 2009. Het project wordt geleid door een onderzoeksgroep van het departement Maatschappelijke Gezondheidszorg van de KULeuven en gebeurt in samenwerking met het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde (prof. J. Heyrman) en het Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap (prof. VV. Sermeus).

### Planningsmodule intern patiëntentransport

Eind 2006 werd op campus Sint-Jan het project 'Planning intern patiëntentransport Medische Beeldvorming' opgestart. Voor klassieke, niet nuchtere onderzoeken krijgen afdelingen vaste trajecten toegewezen. Voor de andere deelaspecten (MRI, CT, echo, nuchtere onderzoeken) worden specifieke trajecten uitgewerkt. Dit alles om de continuïteit van het transport, de interne werking van de dienst Medische Beeldvorming en de transparantie op afdelingsniveau efficiënter te laten verlopen.

### Etiketten rechtstreeks op raadpleging

In 2006 is een project op campus Sint-Jan gestart om de etiketten die de patiënt op het moment van centrale inschrijving meekrijgt, rechtstreeks te laten printen op de raadpleging. Voor Sint-Jan was dit eind 2006 gerealiseerd voor 80% van alle ambulante contacten.

Het voordeel is dat de raadplegingseenheid onmiddellijk, als een patiënt ingeschreven is, weet dat deze patiënt effectief onder weg is. Dit geeft de mogelijkheid om, indien haalbaar, op dat moment de nodige administratieve voorbereidingen te doen.

### Vooropnames

In 2005 werden acties ondernomen naar de geneesheren om voor alle patiënten met een geplande opname, de opname vooraf te melden. De patiënt zal op die manier op de dag van opname sneller en bed toegewezen krijgen.

In 2006 werden de acties verder gezet en zij leverden duidelijk resultaat. Het aantal patiënten gekend bij de dienst Planning op de dag van opname steeg naar bijna 70%. Hiervan kwam 20% van de patiënten zelf naar de vooropnamedienst.

	2003	2004	2005	2006
totaal excl spoed en verloskunde	14.319	14.589	14.525	18.713
vooropname via loket	2.388	2.342	2.843	3.727
vooropname via formulier	4.690	5.037	5.675	8.768

	2003	2004	2005	2006
% vooropnames	16,68%	16,05%	19,57%	19,92%
% gekend bij planning	49,43%	50,58%	58,64%	66,77%

### Inschrijving via de kiosk

In 2006 werd extra aandacht besteed aan de inschrijving van ambulante patiënten via de kiosken (automatische inschrijvingspilaar). Eind 2006 maakt ongeveer 10% van alle patiënten hiervan gebruik. Voor de patiënt levert dit enkel voordelen. Hij hoeft immers niet aan te schuiven om zich in te schrijven.

## 3.3. Info aan de patiënt

### Patiëntenbrochures

Het Thoraxcentrum ontwikkelde in 2006 een informatiebrochure voor patiënten met voorkamerfibrillatie, voor patiënten met stenting bij een vernauwde halsslagader en voor patiënten met tuberculose. In deze brochures worden vooral de behandeling, het verloop in het ziekenhuis en de richtlijnen bij ontslag belicht. Voor de dagkliniek heelkunde werden informatiebrochures uitgewerkt voor ingrepen met betrekking tot neus-keel-oor, mond-, kaak- en aangezichtsheelkunde, neurochirurgie, orthopedie, gynaecologie, abdominale heelkunde en urologie.

Ook voor patiënten die een totale knieprothese krijgen, werd een informatiebrochure uitgewerkt.

In deze brochure zijn verschillende aspecten beschreven o.a. de anatomie van het kniegewricht, de knieprothese, preoperatieve voorbereiding, het postoperatieve verloop en de revalidatie.

### Grootouders en borstvoeding

Grootouders kunnen een belangrijke rol spelen in de begeleiding van hun (schoon)dochter bij borstvoeding. Eén van de lactatiekundigen van de Materniteit heeft, in functie van haar opleiding, de folder 'grootouders en borstvoeding' ontworpen. De folder informeert grootouders over de vele voordelen van borstvoeding voor moeder én kind, en geeft hen praktische tips over hoe ze hun (schoon)dochter kunnen ondersteunen bij het geven van borstvoeding.

### Vernieuwing ZOL-website

Om de gebruiksvriendelijkheid van de website [www.zol.be](http://www.zol.be) nog te verhogen, werden de navigatie en de opmaak aangepast. Daarnaast is de patiënteninformatie uitgebreid en werden extra informatie en verduidelijking toegevoegd in verband met de ziekenhuisrekening en de betaling ervan. Er kwam ook een rubriek 'informatie- en gespreksavonden' bij.

In 2006 gingen ook de deelsites Plastische Heelkunde, Limburgs Vaatcentrum en Patiëntveiligheid via [www.zol.be](http://www.zol.be) on line.





### 3.4. Wondzorg

Door het succes van vacuümtherapie bij (gecompliceerde) wonden nemen de toepassingen sterk toe. Met deze therapie kan een nauwkeurig gereguleerde onderdruk gegarandeerd worden in de wonde, wat resulteert in een snellere wondheling. In 2006 werd in het ZOL een derde vacuümpomp aangekocht. Met de werkgroep wondzorg 'Limburgse Ziekenhuizen en Wit-Gele Kruis' werd in 2006 een symposium georganiseerd. De werkgroep werd uitgebreid tot alle Limburgse Ziekenhuizen. Het ZOL neemt het voorzitterschap van de werkgroep waar.

### 3.5. Zorg aan het kind

#### Kindvriendelijke Spoed

Om het kind de gepaste aandacht te geven in het ziekenhuis is, in samenwerking met de Katholieke Hogeschool Kempen, door afdeling Pediatrie en de dienst Spoedgevallen het project 'kindvriendelijke spoed' opgestart. Zo zijn onder andere onderlinge afspraken gemaakt in verband met vochtbeleid, materiaalkeuze en informatie-doorstroming. Ook werd op de 2 afdelingen een fotoboek gemaakt voor de kinderen, met een eenvoudige uitleg en foto's over diverse onderzoeken.

#### Baby's die ontroostbaar huilen

Een werkgroep, met vertegenwoordiging van de verschillende betrokken disciplines (pediater, kinderpsychologe, kinesist, pediatrische verpleegkundigen), heeft het project 'Baby's die ontroostbaar huilen' op touw gezet. Zo werden afspraken gemaakt met betrekking tot het verloop van de opname, aangevuld met een huilkaart en een informatiebrochure voor de ouders. Daarnaast vond overleg plaats met Kind & Gezin, zodat zij thuis bijkomende ondersteuning kunnen bieden. Het project is voorgesteld op een vormingsavond van de Wetenschappelijke Raad van het ZOL.

#### Protocol kindermishandeling

Om op een zorgvuldige en eenduidige wijze te kunnen handelen bij (een vermoeden van) kindermishandeling werd een ziekenhuisbreed protocol 'kindermishandeling' ontwikkeld. Er zullen vormings sessies hieromtrent georganiseerd worden voor verpleegkundigen en (para)medici, in samenwerking met het vertrouwenscentrum kindermishandeling. Het protocol is reeds voorgesteld op een vormingsavond van de Wetenschappelijke Raad van het ZOL.

#### Mors in utero

Om ouders met een doodgeboren kindje optimaal te kunnen begeleiden, is een informatiebrochure en een gedichtenbundel voor de ouders en een checklist en handleiding voor het verloskundig personeel ontwikkeld. De checklist geeft een duidelijk overzicht van de uitgevoerde acties, gegeven informatie en beslissingen die ouders genomen hebben. Ook op de dienst Neonatologie volgt men dit concept, zij het met hun eigen afdelingsspecifieke toets.

### 3.6. Verpleegdossier

In het kader van de vernieuwde MVGII-registratie, die van start gaat op 1 september 2007, is gestart met de aanpassing van alle verpleegdossiers. Er wordt naar gestreefd een zo groot mogelijke uniformiteit te bekomen tussen de verschillende afdelingen, met een zo volledig mogelijke integratie van de MVG-items. In tegenstelling tot in het verleden zullen een aantal afdelingen (bv. spoedopname, verloskamer...) een eigen registratie moeten voeren. De eerste overlegmomenten naar uitwerking en introductie van de nieuwe verpleegdossiers worden ook op deze afdelingen opgestart. Verdere uitwerking van dit geheel zal gebeuren in de eerste helft van het jaar 2007.



## 4. **Bouwen aan...** een zorgzaam en veilig ziekenhuis



## Patiëntveiligheid: een permanente bekommernis in het ZOL

### Introductie van een veiligheidsmanagementsysteem

*In 2006 werd het ZOL geselecteerd om deel te nemen aan het onderzoeksproject risicomanagement in het ziekenhuis, gesubsidieerd door de federale overheid. Hieraan namen 16 ziekenhuizen deel. Het project van het ZOL in dit kader omvat de definitie en opstart van een veiligheidsmanagementsysteem (VMS). Op basis van de Europese aanbeveling en de resultaten van deze onderzoeksprojecten wordt in de loop van 2007 in België een beleidsnota inzake patiëntveiligheid geformuleerd.*

In mei 2006 formuleerde de Raad van Europa in het Comité van Ministers de "Recommendation on management of patient safety and prevention of adverse events in health care". Ook hierin wordt een verplichte systematiek voor het beheer van risico's in ziekenhuizen aanbevolen. Deze aanbeveling benadrukt tevens het belang van het werken aan een cultuur rond patiëntveiligheid. Een cultuurmeting patiëntveiligheid werd in het ZOL in 2005 reeds uitgevoerd. Hieruit bleken een aantal werkpunten. De opstart van een ziekenhuisbreed veiligheidsmanagementsysteem is een belangrijke schakel in het verbeteren van deze veiligheidscultuur. In de federale beleidsnota voor 2007 zal trouwens ook het uitvoeren van een cultuurmeting patiëntveiligheid een aanbeveling zijn.

Een veiligheidsmanagementsysteem is een structurele aanpak voor de beheersing van mogelijke risico's. Daar waar in de industrie het veiligheidsmanagementsysteem veelal de risico's naar personeel en productie omvat, heeft het veiligheidsmanagementsysteem in het ziekenhuis betrekking op de structurele aanpak. Het hoofddoel is de veiligheid voor patiënten tijdens het traject doorheen de zorgverlening te bevorderen.

De objectieven van een veiligheidsmanagementsysteem zijn:

- Het prospectief opsporen van risico's, op basis van gegevens uit de literatuur, informatie vanuit het eigen ziekenhuis en vanuit andere ziekenhuizen.
- Het registreren en analyseren van (bijna-) incidenten.
- Het plannen en opvolgen van verbeteracties.

Een geïntegreerd veiligheidsmanagementsysteem in het ziekenhuis vereist 3 essentiële componenten:

1. Directie en management: patiëntveiligheid is een prioriteit. In het managementcomité wordt eens per maand het onderwerp patiëntveiligheid geagendeerd. Bij ieder dossier wordt het aspect patiëntveiligheid in acht genomen. Gezien de verschillende directies en managers in dit orgaan vertegenwoordigd zijn, moet dit de nodige slagkracht verlenen om verbeteracties te sturen.
2. Centrale actoren met patiëntveiligheid als uitdrukkelijke opdracht. Zij zijn de drijvende kracht achter het VMS. De beleidsadviseur patiëntveiligheid inventariseert de risico's. Aan ieder risico wordt een eigenaar toegekend. Daartoe werden per patiëntprogramma 1 of 2 risk managers aangeduid (meestal de zorgcoördinator). Alle risico's, zijnde prospectieve analyses of (bijna-)incidenten worden opgeslagen in een centrale databank. Deze werkt volledig anoniem en is gebaseerd op de patient safety event taxonomy<sup>3</sup>.
3. Decentrale betrokkenheid: op iedere afdeling en voor elk specialisme wordt een veiligheidsexpert aangeduid. Deze veiligheidsexpert fungeert als aanspreekpersoon zowel voor de collega's op de werkvloer als voor de beleidsadviseur en riskmanagers, en brengt patiëntveiligheid op de agenda bij dienstoverleg.

Momenteel wordt deze derde component opgestart in het ZOL. Eénmaal deze op volle kracht draait in het ziekenhuis zal ook een vierde component, de patiënt en de huisarts, bij dit systeem worden betrokken. Ook zij hebben een belangrijke rol bij het verbeteren van de veiligheid in het ziekenhuis.

Het VMS weerspiegelt de erkenning dat "fouten" in de zorgverlening kunnen gebeuren en tracht op actieve wijze het ziekenhuissysteem te optimaliseren, om incidenten te voorkomen en mogelijke schade te beperken. De continue, systematische aanpak naar veiligheid tracht eveneens de veiligheidscultuur van het ziekenhuis te verbeteren en zo het ziekenhuis om te vormen tot een lerende organisatie. Veiligheid is niet de taak van één of enkele individuen, maar eenieder, in alle lagen van de ziekenhuisorganisatie en zelfs buiten de ziekenhuisorganisatie heeft een belangrijke, actieve rol te vervullen om de zorg voor de patiënt veiliger te maken.

# 5. Bouwen aan... tevredenheid



## Positieve tendens zet zich verder

### 5.1. Tevreden patiënten

De patiënttevredenheid in het ZOL blijft in stijgende lijn gaan. In de loop van de zomer 2006 werden de resultaten verwerkt van het patiënttevredenheidsonderzoek dat liep van november 2005 tot en met juni 2006. Het betreft een achtste bevestigingsperiode voor gehospitaliseerde patiënten waarbij in totaal 798 enquêtes werden afgenomen.

Het aantal "meer dan tevreden" patiënten bedraagt op ZOL-niveau 80,5% ten opzichte van 77,1% tijdens de vorige meting. Het aantal "minder dan tevreden" bedraagt 1,3% en is enkel tijdens de meting in 2002-2003 meer dan 2 % geweest.

	2003-2004		2004-2005		2005-2006	
	% minder dan	% meer dan	% minder dan	% meer dan	% minder dan	% meer dan
	tevreden	tevreden	tevreden	tevreden	tevreden	tevreden
ZOL	1,10	72,60	1,30	77,10	1,30	80,50
Sint-Jan	1,00	70,30	1,40	76,80	1,70	78,20
André-Dumont	1,80	83,90	0,80	78,70	0,50	88,00
Sint-Barbara	0,70	65,30	2,00	75,40	0,00	78,20

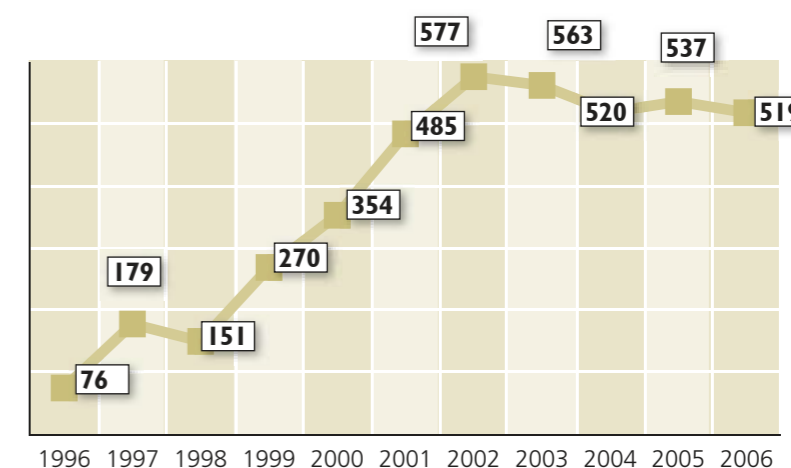
### 5.2. Lerend ziekenhuis

Patiënten die niet tevreden zijn over het zorgproces of een probleem willen melden, kunnen terecht bij de ombudsman. Afgelopen jaar werden er in het ZOL 519 klachten behandeld. Dit aantal zegt meer over de laagdrempeligheid van de procedure en de manier waarop er met klachten wordt omgegaan.

Een goed georganiseerde klachtenbehandeling zorgt er voor dat het aantal geregistreerde klachten in het ziekenhuis stijgt en dat de ontevredenheid van patiënten daalt. De doelstelling van de klachtenbehandeling in het ZOL is dat zowel de klagende patiënt als de aangeklaagde beroepsbeoefenaar zich met respect behandeld weten en dat een klacht wordt gezien als een stimulans om te komen tot een betere patiëntenzorg.

### Aantal klachten per jaar in het ZOL

Vanaf 1996 tot 2006



De klachten in het ZOL worden in stijgende mate hoofdzakelijk gemeld aan de ombudsman. Hoe langer de ombudsman formeel en zichtbaar aanwezig is in het ziekenhuis, hoe méér de klachten er aangemeld worden. In een ziekenhuis waar de ombudsman nog niet of minder gekend is en minder zichtbaar aanwezig is, is de drempel hoger en worden klachten minder gemeld. De evolutie in de dalende of stijgende verhouding van deze aanmelding in het ziekenhuis zegt iets over de zichtbaarheid, bereikbaarheid of de klachtdrempel van de ombudsman. In het ZOL worden 72 % van de klachten geformuleerd in een direct contact, persoonlijk of telefonisch. In het gemiddelde Vlaamse ziekenhuis is dit 60 %.

## 6. Bouwen aan... betaalbare zorg



## Blijven waken over de tariefzekerheid voor de patiënt

In de opdrachtverklaring van het ZOL wordt het belang van tariefzekerheid voor de patiënt sterk onderlijnd. Het ZOL blijft inspanningen doen om de betaalbaarheid van de zorgen zo goed mogelijk te blijven waarborgen. We zien immers het aandeel van de patiënt in de kosten van gezondheidszorg steeds toenemen. Als we de analyse maken, zien we dat het ZOL bijzonder terughoudend is naar het aanrekenen van bijkomende erelonen of bijkomende kosten. Reeds geruime tijd is er in het ZOL geen supplement op de tweepersoonskamer, niet voor de artsen en niet voor het ziekenhuis.

### Studie Christelijke Mutualiteit (CM)

De CM analyseert elk jaar de facturen van haar leden en stelt de verzamelde informatie ter beschikking op [www.cm.be](http://www.cm.be). Er werd een module uitgewerkt om de tariefpraktijken van de ziekenhuizen te vergelijken. De gegevens in deze module zijn gemiddelden, gebaseerd op alle facturen van CM-leden die in 2005 gehospitaliseerd werden. De studie vergelijkt de honoraria supplementen, materiaalsupplementen, D-geneesmiddelen (worden aan de patiënt aangerekend), diverse kosten en kamersupplementen voor de diensten heekunde, geneeskunde, pediatrie, materniteit en geriatrie.

De resultaten positioneren het ZOL voor ereloonsupplementen en materiaalsupplementen voor alle diensten bij de groep van de goedkoopste ziekenhuizen.

Met betrekking tot de D-geneesmiddelen (die aan de patiënt aangerekend worden) behoort het ZOL voor alle diensten tot de oranje zone (middelste waarde). In 2004 hoorde materniteit voor de D-geneesmiddelen nog tot de groep van duurste ziekenhuizen. Bij geriatrie op 1-persoonskamers is een evolutie vast te stellen van groene naar oranje zone die als volgt te verklaren valt: patiënten op geriatrie die op een 1-persoonskamer liggen, liggen hier meestal om medische redenen. Dit brengt met zich mee dat dit de meer complexe pathologie is met vaak ook een langdurig verblijf. Leeftijd en het meer toepassen van medische ingrepen op hogere leeftijd spelen hier een belangrijke rol. Meer complexe pathologie betekent meestal ook een hoger gebruik van medicatie.

Het ZOL behoort voor materniteit met betrekking tot de diverse kosten en kamersupplementen niet meer in de groep van de goedkoopste ziekenhuizen. Voor de kamersupplementen is dit te verklaren door het feit dat er in 2005 een nieuwe afdeling materniteit in gebruik genomen is. Deze afdeling biedt de patiënt de mogelijkheid om voor een luxe-kamer te kiezen. De patiënt is volledig vrij in zijn keuze voor deze kamers en staat dus ook zelf in voor de hierbij horende supplementen.

Op de dienst pediatrie, waar enkel gemeenschappelijke kamers zijn, stijgen de diverse kosten. Deze toename is te wijten aan een stijging van het gebruik van maaltijden door ouders, waar een forfaitair bedrag van 15 euro per dag voor wordt aangerekend. Het nachtverblijf van de ouders wordt hier ook niet extra aangerekend.

### Studie Socialistische Mutualiteiten

De Socialistische Mutualiteiten bieden op hun website ([www.socmut.be](http://www.socmut.be)) een module aan om de kostprijs voor de patiënt te berekenen van 7 courante ingrepen (liesbreukoperatie, bevalling, keizersnede, galblaasoperatie, knieprothese, besnijdenis en meniscusoperatie). Deze module laat ook een vergelijking van prijzen tussen ziekenhuizen toe. De prijzen werden berekend op basis van facturen die leden aangerekend kregen in de loop van de periode van juli 2002 tot december 2004. In deze prijzen zijn opgenomen: de remgeld, ereloonsupplementen, niet vergoedbare geneesmiddelen, kamersupplementen, materiaalsupplementen en diverse kosten (telefoon, televisie, enz.). Uit een analyse blijkt dat het ZOL voor alle ingrepen onder het gemiddelde blijft van wat andere Belgische ziekenhuizen aanrekenen.

Uit de module waarin men de tarieven en supplementen kan nagaan die ziekenhuizen aanrekenen, blijkt ook dat het ZOL een van de weinige algemene ziekenhuizen is die geen supplement aanrekenen voor een tweepersoonskamer. Het supplement voor een eenpersoonskamer blijft onder het gemiddelde van wat andere algemene ziekenhuizen aanrekenen.

## 7. Bouwen aan... samenwerking



## Netwerken 2006

Een ziekenhuis met expertfuncties, zoals het ZOL, heeft akkoorden met basisziekenhuizen nodig om deze expertfuncties verder uit te kunnen bouwen, zowel op kwalitatief vlak als op kwantitatief vlak. Hierdoor kon een goed afgestemde ziekenhuiswerking in de brede regio Oost-Limburg ontstaan die de best mogelijke zorg kan realiseren voor de betrokken bevolking. Door te investeren in een goede samenwerking kan ook geanticipeerd worden op het mogelijke ontstaan van zorgregio's voor de ziekenhuizen.

Een goede samenwerking tussen ziekenhuizen berust in belangrijke mate op de kwaliteit van de samenwerking die tussen de medische diensten van de betreffende ziekenhuizen kan opgebouwd worden. Afgelopen jaren namen veel diensten van het ZOL initiatief op dit vlak en werden goede samenwerkingsakkoorden gesloten tussen de ziekenhuizen en de betrokken medische diensten.

Afgevaardigden van het ZOL maken deel uit van de bestuursorganen van volgende samenwerkingsstructuren:

- vzw Limburgs Oncologisch Centrum (Hasselt)
- vzw Limburgs PET-Centrum (Hasselt)
- vzw MS- en Revalidatiecentrum (Overpelt)
- vzw Ziekenhuis Maas en Kempen (Maaseik)
- vzw Kinderpsychiatrisch Centrum (Genk)

### Radiotherapie in het ZOL

Begin 2006 kreeg het ZOL toestemming van de overheid om te starten met radiotherapie op campus Sint-Jan. Dit gebeurt in nauwe samenwerking met het Limburgs Oncologisch Centrum. Voorheen moesten oncologiepatiënten van het ZOL steeds naar Hasselt voor bestralingen. Vanaf begin 2007 zullen inwoners van het oosten en noorden van Limburg een oncologisch bestralingscentrum hebben op 20 km van hun woonplaats, zoals de norm veronderstelt.

Het Limburgs Oncologisch Centrum (LOC) is een samenwerkingsverband op het vlak van kankerbehandeling tussen het Ziekenhuis Oost-Limburg, het Christelijk Algemeen Ziekenhuis (CAZ) Midden-Limburg en het Hasseltse Virga Jesseziekenhuis. De samenwerking bestaat al sinds 1989. In 2002 werd de vzw LOC erkend als ziekenhuisassociatie. Het LOC heeft als opdracht de radiotherapie in Limburg te exploiteren. Andere taken zijn het opzetten van kwaliteitsbevorderende initiatieven met betrekking tot oncologie en het organiseren van overleg over de uitbouw van oncologische activiteiten in de provincie.

Al sinds de oprichting werd de samenwerking door de overheid aangehaald als ideaal model wanneer dure medische apparatuur betrokken is. Het LOC werkt sinds enkele jaren ook samen met alle andere Limburgse ziekenhuizen via de organisatie van plaatselijke consultaties voor oncologie. Minister Rudy Demotte heeft het juridisch kader gemaakt om de beoogde werking mogelijk te maken en minister Inge Vervotte heeft de vergunning toegewezen aan het Limburgs Oncologisch Centrum.

De kern van het kankercentrum is de afdeling Radiotherapie die op de campus van het Virga-Jesseziekenhuis in Hasselt is gevestigd. Het is de enige Limburgse bestralingsafdeling voor kankerpatiënten en één van de grootste van het land. In 2005 werden er 2.250 patiënten bestraald. Dit met slechts drie bestralingstoestellen, terwijl er internationaal van uitgegaan wordt dat één toestel 400 patiënten per jaar aankan. In 2007 zullen er twee bestralingstoestellen bijkomen in Genk. Deze laatste zullen uiteraard bediend worden door hetzelfde, bestaande artsenteam en één verpleegkundige equipe. De opstart van de nieuwe bestralingseenheid in Genk wordt verwacht in het najaar van 2007.

## 8. Bouwstenen



## Ziekenhuiszorg is mensenwerk

### 8.1. “Iedereen wil in het ZOL werken”

Om een goede zorg te kunnen realiseren moet je een beroep kunnen doen op goede verpleegkundigen en tal van andere medewerkers. Daarom is het belangrijk dat medewerkers zich goed voelen in hun vel en dat een vlotte combinatie van werk en privé-leven mogelijk is. Dit wordt in het ZOL bijvoorbeeld gerealiseerd door een soepele toekenning van de verlofstelsels, deeltijds werk en het aanbieden van flexibele kinderopvang voor medewerkers met posten in kinderdagverblijf AD Wombat (vzw A. Dumont). Daarnaast is er veel aandacht voor het coachen, functioneren en evalueren van medewerkers. Ook het blijven ijveren voor een specifiek statuut voor de medewerkers in openbare ziekenhuizen, is een bekommernis.

In het voorjaar 2006 werd de derde meting in verband met medewerkerstevredenheid uitgevoerd door de cel Integrale Kwaliteit op vraag van het departement Personeelszaken. 1430 of 61% van de medewerkers vulden de enquête in. Zij gaven hun mening in verband met de aspecten ‘leiderschap’, ‘stress’ en ‘regelruimte’ in hun job. De resultaten van de meting 2006 zijn verbeterd ten opzichte van de resultaten van de nulmeting in 2002 en de tweede meting in 2004. Voor de dimensie ‘leiderschap’ is er na de licht dalende trend van de vorige meting opnieuw een opwaartse evolutie waar te nemen. De dimensie ‘stress’ heeft een sterke positieve evolutie. Ook het percentage van medewerkers dat stress dikwijls of bijna altijd als problematisch ervaart, gaat verder achteruit. In de dimensie ‘regelruimte’ zet de positieve trend die bij de vorige meting waarneembaar was zich door.

#### Uitbreiding effectieven

Het aantal betaalde VTE steeg van 1.766,02 VTE (2005) naar 1.799,87 VTE (2006). Er was met andere woorden een aangroei van 33,85 VTE. De categorie verplegend personeel kent de grootste stijging; +19,94 VTE. Deze groei situeert zich op ereloondiensten (bijkomende of stijgende activiteiten op diverse diensten), maar nog meer in het lidgedeelte van het ziekenhuis.

### 8.2. Vorming

Om de begeleiding van nieuwe verpleegkundigen te optimaliseren, werden in 2006 een aantal initiatieven genomen. Ook aan vorming werd zeer veel aandacht besteed.

#### Update inscholingsprogramma nieuwe verpleegkundigen

Nieuwe verpleegkundigen die starten in het ZOL krijgen een ‘inservicemap’ ter beschikking waarmee ze zich stapsgewijze kunnen inwerken, zowel ziekenhuisbreed als afdelingsspecifiek. Om hun hier verder in te ondersteunen werd de ‘verplichte inscholing’ opgestart.

De nieuwe verpleegkundigen worden uitgenodigd voor een ‘kennismakingssessie’. Hier maken ze kennis met de functies van diverse zorgverleners en referentieverpleegkundigen. Verder wordt aandacht besteed aan het verpleegdossier en het gebruik van het intranet.

Ze krijgen ook een inscholingskaart waarop datum, uur en locatie vermeld zijn van de verplicht te volgen vormingen binnen zes maanden na datum van aanwerving. Volgende vormingen staan op het programma: decubitus / fixatie; wondzorg / pijnprotocol; infuus / ziekenhuishygiëne; CPR –BLS, basiscursus veiligheid en brandveiligheid, MVG2 / verpleegdossier.

#### CD-rom neurologie

In functie van kwalitatieve inscholing van nieuwe verpleegkundigen, studenten en andere medewerkers werd op de dienst neurologie een CD-rom ontwikkeld waarbij je op een eenvoudige manier informatie kan vinden met betrekking tot de neurologie.

Diverse aspecten zijn zeer grondig uitgewerkt: een boekje met toelichting bij de verschillende neurologie-aandoeningen, een overzicht van de meest voorkomende medicatie op neurologie, een medisch verklarend woordenboek, neuro-links met diverse info rond verenigingen, educatie, neurochirurgie, online handboeken, atlanten, protocollen en tijdschriften, artikels, medische links en patiënteninformatie.

## Begeleiding studenten/mentoren

De Provinciale Projectgroep Stagementoraat heeft zich gebogen over de ontwikkeling van een nieuw begeleidingsformulier voor studenten. Het ZOL heeft actief geparticipeerd in deze werkgroep, die er onmiddellijk voor opteerde om de begeleiding van de toekomstige verpleegkundigen vanuit het competentieperspectief te benaderen. De stagiair zal onder andere feedback krijgen over beroepsspecifieke attitudes, communicatie, kwaliteitsbewaking e.a.

Stagiairs feedback geven over te bereiken competenties zal een ommekeer betekenen voor de stagementoren en verpleegkundigen. De implementatie van het nieuwe formulier zal daarom gebeuren na een testfase en vorming van stagementoren / verpleegkundigen in het academiejaar 2008 – 2009.

## STAN-monitoring

Van alle personeelsleden die in de verloskamer of de MIC (Maternal Intensive Care) werken werd verwacht dat zij op 31 maart 2006 het STAN-monitoring-certificaat (ST Waveform Analysis) behaald hadden. De STAN-monitor is een nieuw systeem voor de bewaking van de baby tijdens arbeid en bevalling. Volgens enkele studies kan deze nieuwe methode bijdragen tot een vermindering van het aantal baby's geboren met zuurstofgebrek en van instrumentele of chirurgische verlossingen omwille van foetaal lijden. Om een optimale toepassing te kunnen verzekeren van de STAN-monitor is een bijzondere opleiding vereist, zowel voor vroedvrouwen als voor artsen. In Vlaanderen wordt deze opleiding gecoördineerd door de universiteiten van Antwerpen en Leuven. In het ZOL hebben 2 vroedvrouwen en 1 gynaecoloog deze opleiding gevolgd in 2002. Zij organiseerden een verdere uitbreiding van deze opleiding binnen het ZOL. Na de opleiding werd een internationaal standaard-examen ingericht 'ter certificering'.

## Eerste MS-nurses afgestudeerd

62 cursisten beëindigden het voorbije academiejaar de praktijkgerichte opleiding MS-nurse / MS-deskundige (Multiple Sclerose) met succes. Het is voor het eerst in Europa dat een dergelijk opleidingsinitiatief vanuit verzorgingsinstellingen aangeboden werd.

De opleiding kwam tot stand in het kader van een samenwerkingsovereenkomst tussen het Ziekenhuis Oost-Limburg, het MS- en Neurologisch Revalidatiecentrum Overpelt, het Ziekenhuis Maas en Kempen en het Mariaziekenhuis van Overpelt. Ook de Belgische Vereniging voor Neuroverpleegkundigen werkte actief mee aan deze opleiding.

## Gerizol

Gerizol 2006 stond volledig in het teken van 'vallen'. Tijdens het avondprogramma werd het probleem 'vallen bij bejaarden' zowel in de thuisituatie als in het ziekenhuis verder uitgediept. Als afsluiting van de avond wist prof. dr. Scherder op een boeiende manier de 200 aanwezigen te overtuigen van het belang van fysieke activiteit bij dementie.

Tijdens het dagprogramma konden de 300 aanwezigen een keuze maken uit 5 lezingen en 5 workshops. De linken tussen 'duizeligheid en vallen', 'osteoporose en vallen' werden uitvoerig besproken. Niet alleen de risicofactoren kwamen aan bod, maar ook het belang van gangrevalidatie om de bejaarde personen 'op de been' te houden. Tijdens de workshops kwamen praktische tips in verband met valevaluatie, hulpmiddelen, evaluatie in de thuisituatie, taak van de thuisverpleegkundige en het vermijden van fixatie uitgebreid aan bod.

## Extern rampenplan: waar rook is, is vuur

Als ziekenhuis is het ZOL verplicht om jaarlijks een rampoefening voor de medewerkers te organiseren. In 2005 werd een interne evacuatie-oefening gehouden met Brandweer Genk. In 2006 werd een externe evacuatie-oefening opgezet met Brandweer Genk, Rode Kruis Limburg, politie Genk en Technisch Instituut Sint-Lodewijk. De Vlaamse Ongevalssimulanten leverden 19 levensechte 'slachtoffers'.

## CPR-opleiding

De Europese Reanimatie Raad heeft in november 2005 zijn nieuwe richtlijnen gepubliceerd met betrekking tot cardiopulmonaire en cerebrale resuscitatie (CPR). Deze richtlijnen, die een aanpassing zijn van de vorige CPR-richtlijnen gepubliceerd in 2001, omvatten een overzicht van de heersende kennis en wetenschap met betrekking tot reanimatietechnieken. Zij zijn een leidraad voor al degenen die bij de reanimatiepraktijk, -opleiding en -onderwijs betrokken zijn.

Ook de ZOL CPR-opleiding heeft, in aansluiting op bovenstaande, een grondige herziening doorgemaakt. Zowel voor BLS (Basic Life Support) als ALS (Advanced Life Support) zijn er aanpassingen en opmerkingen uitgeschreven. In het ZOL dient iedere zorgverlener om de twee jaar een BLS-sessie te volgen.

## Clinical Leadership als hefboom naar een lerende (netwerk)organisatie

In 2006 is de derde groep hoofdverpleegkundigen gestart met het opleidingsprogramma Clinical Leadership. Het gaat om 7 hoofdverpleegkundigen van het ZOL, 1 van MS-Overpelt, 3 van MZ-Overpelt en 1 van ZM-Bree-Maaseik. Voordien volgden al 13 ZOL-, 5 ZMK- en 6 MZ-hoofdverpleegkundigen de opleiding.

Het project Clinical Leadership heeft als doel dat hoofdverpleegkundigen via een specifieke leiderschapsstijl - die ze zich tijdens een intensief leerproces eigen maken - met en door hun team de patiëntenzorg verbeteren. Het project tracht via een wetenschappelijk gefundeerde en professionele begeleiding de deelnemers te helpen om gestalte te geven aan hun persoonlijk competentie- en loopbaanontwikkelingsbeleid en dit volledig geïntegreerd in het HRM-visie van het ziekenhuis. Er wordt samengewerkt met 3 partnerziekenhuizen (ZM-Bree-Maaseik, MZ-Overpelt en MS-Overpelt) waardoor er een platform ontstaat voor wederzijdse bevruchting en inspiratie.

## Dementie: toneel Herfsthoofd

Op 23 november konden ZOLverpleegkundigen de educatieve theatervoorstelling 'Herfsthoofd' over dementie bijwonen. De voorstelling 'Herfsthoofd' is een samenwerking tussen 'Teater Splinter' en vzw 'expreZZive', die ondersteund wordt door het Ministerie van Vlaamse Gemeenschap.

Het verhaal was als volgt: Mia woont met haar dementerende, en steeds agressiever wordende echtgenoot Maurice nog steeds thuis. Hun zoon wil Maurice laten opnemen in een rusthuis, de dochter wil dat niet. De dokter, verpleegster en de gezinshelpster proberen te zoeken naar de juiste oplossing. Maar wat is de juiste oplossing?

Het was een treffende voorstelling die heel wat emotie en reactie losmaakte bij het publiek. Velen vonden de situaties zeer herkenbaar, zowel vanuit hun privé-ervaring als vanuit hun situatie als zorgverlener.

## Oncology Clinics

Vanuit het Limburgs Oncologisch Centrum werd het initiatief genomen om samen met de betrokken ziekenhuizen een vormingsprogramma uit te werken in het kader van het zorgprogramma oncologie. In het najaar 2006 ging dit vormingsinitiatief van start met volgende algemene sessies:

- basisprincipes hematologie en oncologie (3/10/2006)
- oncologische behandelingsvormen (7/11/2006)
- praktisch verloop van radiotherapie voor een patiënt (7/12/2006)

Vanuit het ZOL volgden heel wat verpleegkundigen, werkzaam op de oncologische verpleegeenheden en de dagkliniek, deze vorming. In 2007 zal dit vormingsinitiatief een vervolg krijgen, waarbij meer specifiek zal worden ingegaan op een aantal tumoren.





## BIJHORENDE CONTACTGEGEVENS

<b>Beheer en directie:</b>		
Dr. Mieke Dezeure (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 Indenkleeef (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
<b>Patiëntenbegeleiding</b>		
Patricia Vrancken	089/32.16.51	
Pastorale Dienst	089/32.14.71	
Andere levensbeschouwingen	089/32.16.51	
<b>Ombudsdienst/klachtenbeheer</b>		
Jean Dreezen	089/32.15.21	
<b>Kwaliteitsadviseur</b>		
Tilly Postelmans	089/32.16.46	
<b>Patiëntveiligheid</b>		
Dr. Ward Schrooten	089/32.13.22	
<b>Ziekenhuishygiëne</b>		
Dr. Els Oris (geneesheer-ziekenhuishygiëne)	089/32.46.61	
<b>Apotheek</b>		
Luc Vandorpe	089/32.14.05	
<b>Bloedtransfusiecentrum</b>		
	089/32.59.02	
<b>Financiële dienst</b>		
	089/32.19.40	
<b>Centrale afspraken</b>		
	089/32.51.51	
<b>Dienst Pers en Communicatie</b>		
	089/32.17.60	
<b>Vorming</b>		
Sylvain Haekens	089/32.17.51	
<b>Personeelsbegeleiding</b>		
Jaak Vandewaerde	089/32.17.15	



## BALANS

Activa	Codering	2006 31.12.2006 Euro	2005 31.12.2005 Euro	2004 31.12.2004 Euro	2003 31.12.2003 Euro
<b>Vaste activa</b>	20/28	137.901.533,99	126.408.923,93	114.460.329,06	103.912.673,97
I. Oprichtingskosten	20	976.841,74	929.593,85	1.386.952,97	479.322,80
II. Immateriële vaste activa	21	1.114.464,05	1.428.877,49	1.753.406,14	1.206.369,44
III. Materiële vaste activa	22/27	135.810.228,20	124.050.452,59	111.319.969,95	102.226.981,73
A Terreinen en Gebouwen	22	97.059.463,42	83.161.749,37	75.274.376,40	58.724.015,45
B Materieel voor medische uitrusting	23	21.958.294,94	14.971.521,24	14.829.017,52	16.409.959,63
C Materieel voor niet-medische uitrusting en meubilair	24	9.700.229,22	9.107.777,02	9.322.075,83	8.636.553,18
D Huurfinanciering en soortgelijke rechten	25	301.661,94	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	6.790.578,68	16.809.404,96	11.894.500,20	18.456.453,47
IV. Financiële vaste activa	28	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>Flottende activa</b>	29/58	90.509.638,28	91.559.419,76	100.553.500,14	93.941.646,19
V. Vorderingen op meer dan één jaar	29	734.603,36	926.469,79	1.111.146,98	1.336.568,29
A Vorderingen voor prestaties	290		0,00	0,00	0,00
B Overige vorderingen	291	734.603,36	926.469,79	1.111.146,98	1.336.568,29
VI. Voorraden en bestellingen in uitvoering	3	3.790.656,54	3.698.922,64	3.768.303,91	3.653.813,65
A Grondstoffen en leveringen	31	3.790.656,54	3.768.303,91	3.653.813,65	3.497.537,18
B Vooruitbetalingen op voorraad inkopen	36		0,00	0,00	0,00
C Bestellingen in uitvoering	37		0,00	0,00	0,00
VII. Vorderingen op ten hoogste één jaar	40/41	78.255.025,36	78.143.762,30	84.423.979,79	79.846.858,98
A Vorderingen voor prestaties	400/409	69.069.798,85	69.822.638,66	78.082.140,99	74.670.103,64
1. Patiënten	400	7.580.561,29	8.927.116,91	8.452.463,65	8.059.323,38
2. Verzekeringsinstellingen	402	54.358.674,73	55.247.746,25	63.274.475,42	51.396.123,70
3. Inhaalbedragen	403	7.420.363,74	6.775.210,54	7.600.054,72	15.332.735,24
4. Te innen opbrengsten	404	1.571.267,10	900.954,37	835.951,44	1.765.115,28
5. Provisie dubieuze debiteuren	406/9	-1.861.068,01	-2.028.389,41	-2.080.804,24	-1.883.193,96
B Overige vorderingen	41	9.185.226,51	8.321.123,64	6.341.838,80	5.176.755,34
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	9.179.506,76	8.315.403,89	6.336.119,05	5.171.035,59
VIII. Geldbeleggingen	51/53	1.100.000,00	1.800.000,00	3.753.000,00	0,00
IX. Liquide middelen	54/58	4.945.755,55	2.953.799,18	3.429.965,47	6.310.768,06
X. Overlopende rekeningen	490/1	1.683.597,47	4.036.465,85	4.067.103,99	2.793.637,21
<b>Totaal der Activa</b>	20/58	228.411.172,27	217.968.343,69	215.013.829,20	197.854.320,16

Passiva	Codering	2006 31.12.2006 Euro	2005 31.12.2005 Euro	2004 31.12.2004 Euro	2003 31.12.2003 Euro
<b>Eigen Vermogen</b>	10 tot 15-18	60.499.293,09	57.084.761,05	48.942.115,97	40.977.789,19
I. Dotaties	10		0,00	0,00	0,00
II. Herwaarderingsmeerwaarden	12		0,00	0,00	0,00
III. Reserves	13	16.240.744,51	13.339.150,14	9.927.323,50	7.978.853,60
A Wettelijke reserves	130		0,00	0,00	0,00
B Niet beschikbare reserves	131	16.240.744,51	13.339.150,14	9.279.995,93	7.331.526,03
C Beschikbare reserves	133		0,00	647.327,57	647.327,57
IV. Overgedragen resultaat	14	3.292.074,00	3.292.074,00	3.292.074,00	3.292.074,00
V. Investeringssubsidies	15	40.966.474,58	40.453.536,91	35.722.718,47	29.706.861,59
VI. Sluitingspremies	18		0,00	0,00	0,00
<b>Voorzieningen</b>		7.809.301,08	10.402.837,93	11.951.922,85	9.140.005,92
VII. Voorzieningen voor risico's en kosten	16	7.809.301,08	10.402.837,93	11.951.922,85	9.140.005,92
<b>Schulden</b>	17/49	160.102.578,10	150.480.744,71	154.119.790,38	147.736.525,05
VIII. Schulden op meer dan één jaar	17	80.247.034,98	73.454.388,84	73.065.833,71	75.376.420,33
A Financiële schulden	170/4	80.247.034,98	72.452.462,86	72.063.907,73	74.374.494,35
1. Achtergestelde leningen	170		0,00	0,00	0,00
2. Niet-achtergestelde leningen	171		0,00	0,00	0,00
3. Schulden voor huurfinanciering en soortgelijke	172	241.329,55	0,00	0,00	0,00
4. Kredietinstellingen	173	79.003.779,45	72.452.462,86	72.063.907,73	74.374.494,35
5. Overige leningen	174		0,00	0,00	0,00
B Handelsschulden	175		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
IX. Schulden op ten hoogste één jaar	42/48	74.942.950,12	71.118.798,79	75.604.918,99	66.619.697,84
A Schulden op meer dan één jaar die binnen het jaar vervallen	42	13.401.460,11	11.535.173,77	12.035.579,00	11.346.542,63
B Financiële schulden	43	5.450.000,01	4.400.000,01	6.241.096,30	5.200.000,01
1. Kredietinstellingen	430/4	5.450.000,01	4.400.000,01	6.241.096,30	5.200.000,01
2. Overige leningen	435/9		0,00	0,00	0,00
C Lopende schulden	44	41.484.920,72	42.336.374,46	44.806.077,22	38.669.761,63
1. Leveranciers	440/444	19.349.075,13	18.225.237,76	21.290.444,96	16.861.677,10
2. Te betalen wissels	441		0,00	0,00	0,00
3. Inhaalbedragen	443	2.225.930,87	3.288.844,23	4.462.813,80	3.320.672,98
4. Geneesheren, tandartsen, verplegend personeel en paramedici	445	19.909.914,72	20.822.292,47	19.052.818,46	18.487.411,55
D Ontvangen vooruitbetalingen	46	580.225,37	159.833,19	400.881,34	356.353,75
E Schulden met betrekking tot belastingen bezoldigingen en sociale lasten	45	13.970.727,21	12.643.393,48	11.649.216,84	10.981.398,56
1. Belastingen	450/3	1.952.497,20	1.979.528,91	105.912,57	59.533,82
2. Bezoldigingen en sociale lasten	454/9	12.018.230,01	10.663.864,57	11.543.304,27	10.921.864,74
F Overige schulden	47/48	55.616,70	44.023,88	472.068,29	65.641,26
X. Overlopende rekeningen	492/3/9	4.912.593,00	5.907.557,08	5.449.037,68	5.740.406,88
<b>Totaal der Passiva</b>	10/49	228.411.172,27	217.968.343,69	215.013.829,20	197.854.320,16

## REKENING

		Boekjaar 2006	Boekjaar 2005	Boekjaar 2004	Boekjaar 2003
		Euro	Euro	Euro	Euro
<b>I. Bedrijfsopbrengsten</b>	70/74	241.378.897,55	235.586.513,21	223.835.969,23	211.239.304,18
<b>A. Omzet</b>	70	224.078.381,88	213.304.830,54	204.436.481,80	194.376.604,40
Budget financiële middelen	700	80.491.425,15	76.291.781,42	73.583.453,35	71.419.685,58
Geraamd inhaalbedrag van het lopend boekjaar	701	1.797.078,80	831.797,78	-874.727,54	-1.458.616,57
Supplementen kamers	702	732.101,55	758.907,80	597.172,25	568.883,85
Forfaits conventies R.I.Z.I.V.	703	12.613.362,97	12.056.770,88	11.122.277,68	9.989.591,89
Diverse opbrengsten	704	15.993.935,48	14.420.758,45	14.487.434,60	13.569.072,80
Farmaceutische en daarmee gelijkgestelde producten	705	22.273.476,44	20.849.267,57	19.463.561,57	18.270.549,24
Honoraria	709	90.177.001,49	88.095.546,64	86.057.309,89	82.017.437,61
<b>B. Geactiveerde interne productie</b>	72	0,00	6.327,62	194.670,39	145.314,76
<b>C. Overige bedrijfsopbrengsten</b>	74	17.300.515,67	22.275.355,05	19.204.817,04	16.717.385,02
Bedrijfssubsidies	740	0,00	0,00	0,00	0,00
Overige	741/9	17.300.515,67	22.275.355,05	19.204.817,04	16.717.385,02
<b>II. Bedrijfskosten</b>	60/64	236.842.380,13	228.846.700,50	219.040.382,28	203.318.359,16
<b>A. Voorraden en leveringen</b>	60	54.927.558,94	51.897.648,42	50.735.881,55	47.339.465,48
1. Inkopen	600/8	55.019.292,84	51.828.267,15	50.850.371,81	47.495.741,95
2. Wijziging in de voorraad (toename-, afname +)	609	-91.733,90	69.381,27	-114.490,26	-156.276,47
<b>B. Diensten en bijkomende leveringen</b>	61	64.247.185,75	67.924.689,90	63.047.432,91	58.730.739,08
1. Diensten en leveringen	610/8	14.549.660,49	17.355.617,44	16.244.785,19	14.555.851,19
2. Voorschotten geneesheren	619	49.697.525,26	50.569.072,46	46.802.647,72	44.174.887,89
<b>C. Bezoldigingen en sociale lasten</b>	62	94.527.626,85	89.035.044,48	84.097.465,38	78.729.890,07
<b>D. Afschrijvingen en waardeverminderingen op oprichtingskosten op immateriële en materiële vaste activa</b>	630	12.624.023,74	12.957.294,68	11.711.186,77	10.925.846,06
<b>E. Waardeverminderingen op vlottende activa (toevoegingen +, terugnemingen -)</b>	631/4	16.704,24	-52.414,83	204.679,95	-18.647,78
<b>F. Voorzieningen voor risico's en kosten (toevoegingen +, terugnemingen -)</b>	635/7	3.493.047,13	1.256.523,96	4.363.487,08	3.555.935,91
<b>G. Overige bedrijfskosten</b>	640/8	7.006.233,48	5.827.913,89	4.880.248,64	4.055.130,34
<b>III. Bedrijfswinst (+)</b>	70/64	4.536.517,42	6.739.812,71	4.795.586,95	7.920.945,02
<b>Bedrijfsverlies (-)</b>	64/70				
<b>IV. Financiële opbrengsten</b>	75	1.897.099,56	1.684.571,24	926.107,30	881.118,02
<b>A. Opbrengsten uit financiële vaste activa</b>	750	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>B. Opbrengsten uit vlottende activa</b>	752	118.563,63	100.071,21	79.340,31	46.360,81
<b>C. Subsidies in kapitaal en interesten</b>	753	1.753.110,38	1.555.911,17	809.241,57	810.473,57
<b>D. Andere financiële opbrengsten</b>	754/9	25.425,55	28.588,86	37.525,42	24.283,64
<b>V. Financiële kosten</b>	65	3.460.618,03	3.357.244,99	3.254.965,89	3.542.524,91
<b>A. Kosten voor investeringsleningen</b>	650/4	3.368.571,31	3.225.572,21	3.200.438,19	3.173.390,63
<b>B. Kosten voor kredieten op korte termijn</b>	656	83.354,45	121.301,96	44.208,14	356.878,77
<b>C. Diverse financiële kosten</b>	657/9	8.692,27	10.370,82	10.319,56	12.255,51
<b>VI. Winst (+)</b>	70-65	2.972.998,95	5.067.138,96	2.466.728,36	5.259.538,13
<b>Verlies (-)</b>	65/70				

		Boekjaar 2006	Boekjaar 2005	Boekjaar 2004	Boekjaar 2003
		Euro	Euro	Euro	Euro
<b>VII. Uitzonderlijke opbrengsten</b>	76	6.652.102,62	3.496.885,68	2.411.192,72	1.929.421,06
<b>A. Terugneming van afschrijvingen en van waardeverminderingen op immateriële en materiële vaste activa</b>	760	0,00	0,00	0,00	589.372,27
<b>B. Terugneming van waardeverminderingen op financiële vaste activa</b>	761	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>C. Terugneming van voorzieningen voor uitzonderlijke risico's en kosten</b>	762	6.149.711,03	3.194.295,28	1.613.340,03	587.094,43
<b>D. Meerwaarden bij de realisatie van vaste activa</b>	763	0,00	10.937,09	0,00	0,00
<b>E. Andere uitzonderlijke opbrengsten van het boekjaar</b>	764/8	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>F. Opbrengsten m.b.t. vorige boekjaren</b>	769	502.391,59	797.852,69	752.954,36	316.205,90
<b>VIII. Uitzonderlijke kosten</b>	66	6.723.507,20	5.152.197,98	2.929.451,18	3.502.318,05
<b>A. Uitzonderlijke afschrijvingen en waardeverminderingen op oprichtingskosten, op immat. en mat. vaste activa</b>	660	260.000,00	491.989,22	0,00	1.047.417,33
<b>B. Waardeverminderingen op financiële vaste activa</b>	661	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>C. Voorzieningen voor uitzonderlijke risico's en kosten</b>	662	63.127,05	217.800,00	4.015,10	604.956,09
<b>D. Minderverwaarden bij de realisatie van vaste activa</b>	663	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>E. Andere uitzonderlijke kosten van het boekjaar</b>	664/8	4.874,81	648.703,57	218.081,71	4.299,93
<b>F. Kosten m.b.t. vorige boekjaren</b>	669	6.395.505,34	3.793.705,19	2.707.354,37	1.845.644,70
<b>IX. Winst van het boekjaar (+)</b>	70/66	2.901.594,37	3.411.826,66	1.948.469,90	3.686.641,14
<b>Verlies van het boekjaar (-)</b>	66/70				
<b>Bestemmingen en voorheffingen</b>					
<b>A. Te bestemmen winstsaldo</b>	70/69	6.193.668,37	6.703.900,66	5.240.543,90	6.978.715,14
1. Te bestemmen winst van het boekjaar	70/66	2.901.594,37	3.411.826,66	1.948.469,90	3.686.641,14
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>B. Onttrekking van de eigen middelen</b>	791/2				
1. aan het kapitaal en aan de uitgiftepremies	791				
2. aan de reserves (-)	792				
<b>C. Toevoeging aan de reserves</b>	691/2	2.901.594,37	3.411.826,66	1.948.469,90	3.686.641,14
Toevoeging aan de reserves	692	2.901.594,37	3.411.826,66	1.948.469,90	3.686.641,14
<b>D. Over te dragen resultaat</b>					
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
<b>E. Tussenkost van derden in het verlies</b>	794	0,00	0,00	0,00	0,00

