

**1. INLEIDING****1.1. De beleidscyclus**

De beleidscyclus van de dienst nucleaire geneeskunde kadert in deze van het ziekenhuis, waarbij elke dienst, in de herfst, een beleidsplan voorlegt aan de directie, en 16 maand later, in de lente, verslag uitbrengt over de realisatie van dit beleidsplan. Dit jaarverslag zal op zijn beurt de basis vormen voor het volgende beleidsplan.

In dit document wordt het jaarverslag besproken. Het beleidsplan heeft een identiek sjabloon. In het beleidsplan schrijft men de doelstellingen, de middelen en medewerkers die men nodig heeft maar ook de kwaliteitsobjectieven die men wil bereiken. Deze objectieven dienen SMART (Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdsgebonden) geformuleerd te worden en meetbaar te zijn door indicatoren van de structuur, het proces en vooral het resultaat.

**1.2. Het doel van een jaarverslag**

Het jaarverslag is een werkinstrument voor de dienst, een zelfevaluatie met analyse van de doelstellingen, de sterkten en zwakten, de kansen en bedreigingen voor de dienst. Het jaarverslag (of de reflectie bij het opmaken van het verslag) vormt de basis voor verbeteracties van de dienst.

Tevens is het jaarverslag het instrument bij uitstek om de andere diensten, de directie en het bestuur, en de ketenpartners de werking van de dienst beter te laten kennen.

**1.3. Hoe een jaarverslag opmaken**

Het medisch en het verpleegkundig of paramedisch hoofd maken samen het jaarverslag. Omdat zowel de inhoud als de leesbaarheid van het jaarverslag belangrijk zijn wordt een sjabloon aangeboden met een aantal vragen en suggesties (zie paragraaf 2).

Om de leesbaarheid te vergroten worden tabellen en bijlagen best met hyperlinks aan het jaarverslag gekoppeld. Het jaarverslag wordt immers meestal elektronisch gelezen. De jaarverslagen en de beleidsplannen dienen voor alle medewerkers van de dienst toegankelijk te zijn.

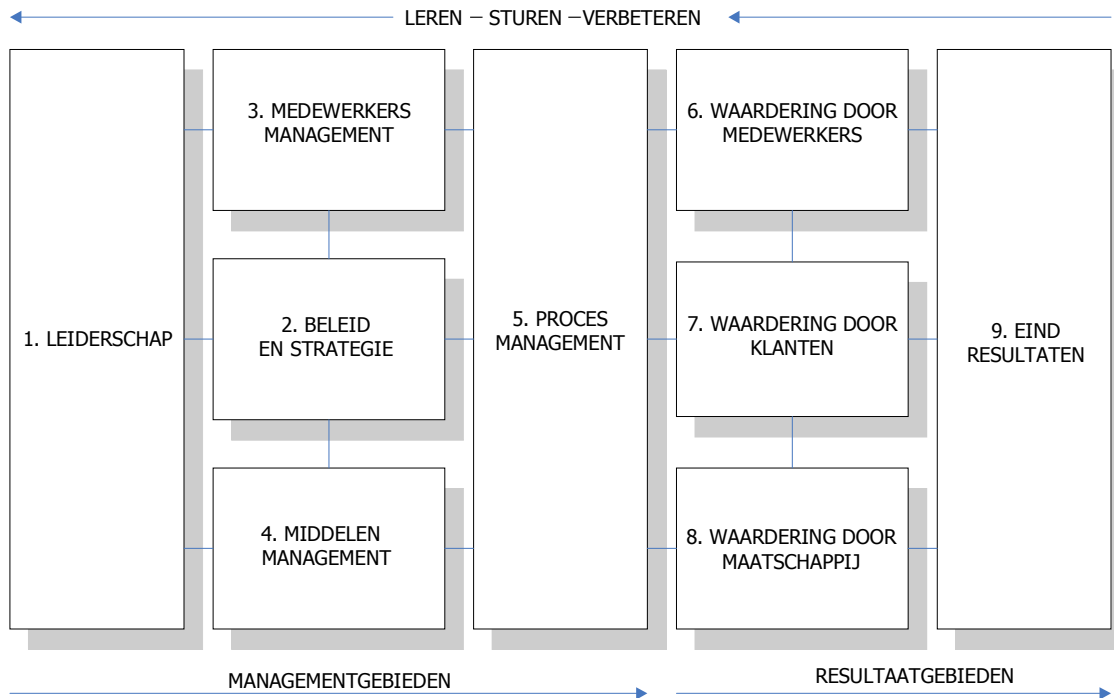
**1.4. Suggestie**

Een korte inhoud van het jaarverslag op een A4 en in één enkele Powerpoint slide is aan te bevelen. De dienst communicatie van het ziekenhuis kan dit kort verslag wensen te gebruiken voor haar jaarverslag en de ppt is klaar wanneer de dienst aan de ziekenhuisdirectie of aan de medewerkers verslag wenst uit te brengen.

---

<sup>1</sup> Met dank aan dr. J. Rutten, AZ Turnhout

## 2. HET JAARVERSLAG



### 2.1. Leiderschap

#### 2.1.1. Missie en visie van de dienst

Missie en visie dienen steeds te kaderen in de missie en visie van het ziekenhuis, maar de dienst kan eigen accenten leggen.

Missie: Waarom bestaan we? Wat is onze primaire functie/onze opdracht?

Visie: Wat willen we zijn? Ambitieuw toekomstbeeld, waarden en normen van onze dienst

Concrete vragen:

*Heeft de leiding in 2010 aan haar artsen en medewerkers haar visie meegedeeld over bijv.*

- *Wat betekent verantwoorde of kwaliteitsvolle patiëntzorg voor de dienst?*
- *Wat betekent respectvol met patiënten en elkaar omgaan in de dienst?*

#### 2.1.2. Management van de dienst

Hier wordt beschreven op welke manier vorm werd gegeven aan gestructureerd leiderschap in 2010.

Concrete vragen:

- *Hoe gebeurde de leiding van de dienst?*
- *Was er gestructureerd overleg tussen het medisch diensthoofd, het hoofd paramedisch personeel en de artsenassociatie?*
- *Op welke wijze werden de artsen en de medewerkers over de resultaten van dit overleg geïnformeerd?*
- *Hoe volgt de leiding van de dienst de resultaten van haar eigen beslissingen op?*

## **2.2. Beleid en Strategie**

### 2.2.1. Strategische doelstellingen

Strategie: Wat wensen we of dienen we op lange termijn te bereiken?

Concrete vragen:

- *Had de dienst strategische doelstellingen geformuleerd en voor welke periode/binnen welk meerjarenplan?*
- *Dienen zij, eventueel in het kader van een fusie of associatie, aangepast te worden?*
- *Hoe ziet de leiding van de dienst de bereikbaarheid van deze doelstellingen?*

### 2.2.2. Operationele doelstellingen

Beleid: Wat dienen we op korte termijn te bereiken? Wat dient onze aanpak te zijn om onze strategische doelstellingen te bereiken?

Concrete vragen:

- *Welke waren de operationele doelstellingen voor 2010?*
- *Hebben we deze bereikt in 2010?*
- *Dienen we onze doelstelling aan te passen?*
- *Werd er benchmarking uitgevoerd?*

### 2.2.3. Kerngegevens van de activiteiten van de dienst

Hier worden de kernactiviteiten van de dienst beschreven en uitgedrukt in cijfers.

Concrete vragen:

- *Hoe evolueerden de kernactiviteiten van de dienst in 2010?*
- *Hoe situeren we onze dienst binnen het zorgaanbod van de regio?*
- *Zijn we door ons beleid er in geslaagd onze kernactiviteiten te ontwikkelen?*
- *Dienen we ons beleid aan te passen in 2011 of kan dit wachten tot het beleidsplan 2012?*

## **2.3. Medewerkersmanagement**

### 2.3.1. Organogram van de dienst

Een organogram veronderstelt dat voor elke functie een taakomschrijving bestaat.

Concrete vragen:

- *Waren er in 2010 wijzigingen in het organogram of dient het organogram in de toekomst aangepast?*
- *Wie rapporteert aan wie, binnen de dienst maar ook naar het ziekenhuis?*

### 2.3.2. Strategie en beleid van het personeelsmanagement in de dienst

Het kapitaal aan kennis, ervaring en inzet behouden en laten groeien.

Concrete vragen:

- *Hoe werd de kennisbehoefte opgevolgd en hoe evolueerde ze in vergelijking met vorige jaren?*
- *Volgen hieruit conclusies voor het vormingsplan van 2012?*
- *Was er voldoende aandacht voor in- en bijscholing, niet enkel van de nieuwe medewerkers maar ook van de geneesheer-assistenten en nucleair geneeskundigen?*
- *Werd er in 2010 aan teambuilding gedaan?*

### 2.3.3. Personeelsanalyse

Concrete vragen:

- *Hoe evalueert de dienst de
  - o personeelsbezetting?
  - o het verloop?
  - o de afwezigheden?(aan de hand van de jaaruurstatistieken)*
- *Is er een procedure voor het aanpassen van de werkbelasting bij onvoldoende bestaffing?*
- *Hoe stellen we de medische en paramedische bestaffing op elkaar af?*
- *Zorgt het ziekenhuis voor exitinterviews en vraagt u feedback?*

### 2.3.4. Voorbehouden handelingen

Concrete vragen:

- *Bestaat er een regeling voor de voorbehouden handelingen?*
- *Zijn de artsen en medewerkers op de hoogte van deze regeling?*
- *Zijn zij tevreden over de gemaakte afspraken?*
- *Werd dit getoetst bij de functioneringsgesprekken?*

### 2.3.5. Wetenschappelijke activiteit van de artsen en medewerkers

Hier wordt de deelname aan congressen, organisatie van bijscholing, lidmaatschappen, publicaties van artsen en medewerkers beschreven.

Concrete vragen:

- *Biedt deze wetenschappelijke activiteit voldoende waarborg aan hoogstaande zorg of dient zij bijgestuurd?*
- *Bestaat er in de dienst een centrale registratie van deze wetenschappelijke activiteit voor alle specialisten van de dienst? Zo ja, voeg met een hyperlink de wetenschappelijke activiteit van de dienst toe.*

## 2.4. Middelenmanagement

### 2.4.1. Middelen van de dienst: beschikbare middelen in 2010

Concrete vragen:

- *Welke acties heeft de leiding van de dienst in 2010 genomen om haar middelen (bedden capaciteit, apparaten, consultaties,...) optimaal te benutten?*
- *Komt dit overeen met wat in het beleidsplan voorzien was?*

### 2.4.2. Middelen van de dienst: aangeschafte middelen in 2010

Concrete vragen:

- *Welke middelen (apparaten, lokalen, structuren, technieken, of IT) werden aangeschaft of voor de eerste maal ter beschikbaar gesteld in 2010?*
- *Hoe heeft de leiding van de dienst geborgd dat de kwaliteit van de zorg of de veiligheid van de patiënt werd verzekerd bij het ter beschikking stellen van deze middelen?*

### 2.4.3. Financiële analyse van het jaarresultaat 2010

Hier wordt een kort overzicht vanuit de boekhouding gegeven met eventuele commentaren en toelichting.

Concrete vragen:

- *Beantwoordt het resultaat van 2010 aan de ramingen en de verwachtingen van de dienst?*
- *Welke besluiten trekken we voor het beleidsplan 2012?*
- *Moet er bijsturing gebeuren in 2011?*

#### 2.4.4. Informaticasystemen van de dienst

Concrete vragen:

- *Welke belangrijke wijzigingen waren er in de IT van de dienst in 2010?*
- *Hoe volgt de leiding van de dienst de borging van de data op (back up systemen)?*
- *Hoe verzekert de leiding van de dienst de privacy van haar patiënten en medewerkers?*

## 2.5. Procesmanagement

### 2.5.1. Wachttijden

Wachttijden zijn een zeer belangrijk element in de kwaliteit van de zorg, zeker voor de patiënt en familie, maar ook voor de medewerkers, de artsen en de ziekenhuisorganisatie.

Concrete vragen:

- *Geef een overzicht van de wachttijden voor de verschillende kernactiviteiten:*
  - o *wachttijden voor toegang tot de zorg (tot de eerste afspraak)*
  - o *effectieve wachttijden tussen het afsprakuur en de raadpleging of onderzoek*
  - o *wachttijden voor vervolg diagnostische en therapeutische interventies*
  - o *interval tussen zorg en rapportering (seamless care).*
- *Over welke benchmarks beschikken we:*
  - o *landelijke benchmarks vooral dan over toegang tot de zorg (bv Treeknormen in Nederland)?*
  - o *benchmarks die we als dienst zelf hebben vastgelegd?*
- *Bestaan er afspraken over wachttijden in de samenwerkingsakkoorden met andere klinische diensten?*
- *Hoe gaat de leiding van de dienst om met wachttijden?*
- *Welke zijn de belangrijke wachttijden die de kwaliteit van de zorg sterk beïnvloeden (denk ook aan perceptie door de "klant")?*
- *Wat waren de werkelijke wachttijden in 2010?*
- *Werden ze systematisch opgevolgd?*
- *Welke indicatoren voor wachttijden zal de dienst in het beleidsplan 2012 opnemen?*

### 2.5.2. Procedures en kernactiviteiten

Concrete vragen:

- *Welke zijn de kernprocessen van onze dienst?*
- *Op welke wijze werden deze processen gestandaardiseerd en vastgelegd in procedures, protocollen en instructies?*
- *Hoe worden ze geactualiseerd?*
- *Hoe borgt de leiding van de dienst dat deze procedures, protocollen en instructies gekend zijn door de artsen en medewerkers?*

### 2.5.3. Kwaliteitsobjectieven

In het beleidsplan voor 2010 werden kwaliteitsobjectieven vooropgesteld, waarschijnlijk met indicatoren die toelaten de objectieven op te volgen.

Concrete vragen:

- *Welke kwaliteitsobjectieven werden vooropgesteld in 2010 en met welk resultaat?*
- *Zijn er vaststellingen bij de evaluatie van 2010 die ons zouden motiveren om nieuwe kwaliteitsobjectieven voor te stellen in 2012?*

#### 2.5.4. Samenwerkingsakkoorden of Service Level Agreement (SLA)

Hier komt een bespreking van de bestaande SLA's en hun beoordeling.

Concrete vragen:

- *Had de dienst SLA's in 2010 en hoe werden deze opgevolgd?*
- *Moeten we gevolgtrekkingen maken voor de toekomst?*

#### 2.5.5. Melden van tekortkomingen in het product/proces dat de dienst "aflevert"

De melding van incidenten en bijna-incidenten door de dienst en de manier om tot verbeteracties te komen. Het veiligheidssysteem is proactief en berust op analyse van de meldingen en internationaal aangereikte informatie.

De klachtenafhandeling is verschillend van het meldingsstelsel.

Concrete vragen:

- *Had de dienst in 2010 een meldstelsel voor incidenten en bijna-incidenten?*
- *Gaf dit aanleiding tot verbeteracties?*
- *Heeft de leiding van de dienst duidelijke afspraken rond het melden van calamiteiten gemaakt en zijn deze gekend door onze medewerkers?*
- *Gebeurde er in 2010 een identificatie van veiligheidsrisico's binnen de dienst?*

#### 2.5.6. Deelname aan klinische studies (indien van toepassing)

Concrete vragen:

- *Aan welke klinische studies nam de dienst in 2010 deel?*

## 2.6. Waardering door medewerkers

Hier wordt besproken hoe de dienst de tevredenheid van de medewerkers evalueert.

Concrete vragen:

- *Waren er in 2010 evaluatie- of functioneringsgesprekken van artsen, medewerkers, assistenten, stafleden?*
- *Wat waren de belangrijkste aanmerkingen en hoe zal de leiding van de dienst deze in de toekomst meenemen en verbeteren?*

## 2.7. Waardering door klanten

### 2.7.1. Patiëntentevredenheid

Concrete vragen:

- *Werden patiënten of bezoekers bevroegd in 2010?*
- *Zo ja,*
  - o *welke items werden bevroegd?*
  - o *wat gebeurde er met de resultaten?*
- *Waren er in 2010 klachten van patiënten of bezoekers tegen de dienst, met welk gevolg?*
- *Waren er in 2010 valincidenten van patiënten of bezoekers te betreuren?*

## **2.8. Waardering door de maatschappij**

### 2.8.1. Maatschappelijke verantwoording

Beantwoordt het beleid van de dienst aan de missie die de gemeenschap aan de dienst heeft gegeven?

Concrete vragen:

- *Gebeurde er een bevraging van de verwijzende artsen?*
- *Waren er beoordelingen door zorgverzekeraars, RIZIV, inspecties?*
- *Was er een visitatie of audit in 2010?*

### 2.8.2. Registratie van gegevens

Concrete vragen:

- *Heeft de dienst in 2010 deelgenomen aan verplichte of vrijwillige registraties en met welk resultaat?*

## **2.9. Eindresultaten**

Dit het belangrijkste deel van het jaarverslag.

Concrete vragen:

- *Wat is het resultaat van de kernprocessen van de dienst?*
- *Wat is het resultaat van ons zorgproces?*
- *Hebben we voor 2010 indicatoren die ons toelaten om op deze vraag te antwoorden?*
  
- *Is ons proces veilig?*
- *Hebben we in 2010 aandacht besteed aan mogelijke veiligheidsrisico's binnen het zorgproces waarvoor we de specialisten zijn?*
- *Welke acties hebben we genomen?*
  
- *Welke aandacht ging er in 2010 naar de perceptie van kwaliteit door onze "klanten"?*
- *Blijven we respectvol in wachttijden, aanspreken van de patiënt?*
- *Voldoen we aan de verwachtingen?*
- *Zorgen we dat de patiënt ziet dat we voor hem instaan voor "cure en care"?*
  
- *Is het financiële resultaat dat de dienst behaalde voldoende om haar activiteiten op een hoogstand niveau verder te zetten?*
- *Zo niet hoe moet het verder?*
  
- *Is de Zorg die in 2010 werd verstrekt voldoende hoogstaand waardoor onze patiënten, verzekeringsinstellingen, huisartsen de dienst als een 'center of excellence' beschouwen?*
- *Wat ontbreekt er nog?*
- *Wat kan onze strategie zijn? (verder te ontwikkelen in het beleidsplan 2012)*

