



**Maatschappelijk verslag 2008**  
**Stichting IJsselland Ziekenhuis**  
**Capelle aan den IJssel**  
**Mei 2009**





## Voorwoord Raad van Bestuur

Voor u ligt het Jaardocument 2008 van het IJsselland Ziekenhuis. Het jaar 2008 was voor het ziekenhuis geen makkelijk jaar. Het ziekenhuis was bestuurlijk en financieel behoorlijk in beweging en het jaar is afgesloten met een verlies. Ingezette (investerings)plannen moesten gedurende het jaar worden bijgesteld, omdat deze te hoge kosten met zich meebrachten ten opzichte van wat het ziekenhuis op dit moment kan dragen. De patiëntenzorg heeft hier niet onder geleden. De kwaliteit van onze zorg is in de buitenwereld niet onopgemerkt gebleven zo blijkt uit de waardering van patiënten en belanghebbenden. Het IJsselland is voor de vierde keer op rij uitgeroepen tot nummer 1 in Nederland voor MDL-geneeskunde. Verder is de diabeteszorg de beste in Nederland en werken bij het IJsselland de beste chirurgen van de regio. Zorgverzekeraars hebben het IJsselland bovendien aangemerkt als preferent ziekenhuis voor een aantal behandelingen. Kwaliteit is en blijft een prioriteit die hoog op de agenda moet staan. Ook in 2009. We bereiden ons in 2009 ook voor op de omslag naar een structuur met resultaatverantwoordelijke eenheden. Daarmee kan er in de organisatie beter gestuurd worden en komt het ziekenhuis niet voor verrassingen te staan met betrekking tot het resultaat.

Naast het Jaardocument brengt het IJsselland Ziekenhuis het Jaarbeeld 2008 uit, waarin het ziekenhuis op een toegankelijke en aantrekkelijke wijze de belangrijkste gebeurtenissen van 2008 letterlijk in beeld brengt. Het Jaarbeeld kunt u vinden op [www.ysl.nl](http://www.ysl.nl)

Dhr. Drs. P.H. Draaisma  
Raad van Bestuur

## Inhoudsopgave

<b>Voorwoord Raad van Bestuur .....</b>	<b>3</b>
<b>Inhoudsopgave .....</b>	<b>4</b>
<b>1. Uitgangspunten van de verslaglegging.....</b>	<b>5</b>
<b>2. Profiel van de organisatie .....</b>	<b>7</b>
2.1 Algemene identificatiegegevens .....	7
2.2 Structuur van het concern .....	7
2.3 Kerngegevens .....	8
2.3.1 Kernactiviteiten en nadere typering .....	8
2.3.2 Cliënten, capaciteit, productie, personeel en opbrengsten.....	10
2.3.3 Werkgebieden .....	11
2.4 Belanghebbenden .....	11
<b>3. Bestuur, toezicht en bedrijfsvoering .....</b>	<b>13</b>
3.1 Bestuur en toezicht.....	13
3.1.1 Zorgbrede Governance Code .....	13
3.1.2 Raad van Bestuur .....	13
3.1.3 Verslag Raad van Toezicht.....	14
3.2 Bedrijfsvoering.....	16
3.2.1 Organisatiestructuur/besturingsfilosofie.....	16
3.2.2 Planning- en controlcyclus / jaarplancycclus:.....	16
3.2.3 Administratie organisatie en interne controle .....	18
3.3 Cliëntenraad .....	18
<b>4. Beleid, inspanningen en prestaties .....</b>	<b>21</b>
4.1 Meerjarenbeleid.....	21
4.1.1 Missie .....	21
4.1.2 Strategisch beleid 2008 – 2012 .....	21
4.2 Algemeen beleid.....	22
4.3 Algemeen kwaliteitsbeleid .....	24
4.4 Kwaliteitsbeleid ten aanzien van patiënten .....	26
4.4.1 Kwaliteit van zorg.....	26
4.4.2 Klachtenmanagement .....	27
4.4.3 Toegankelijkheid .....	27
4.4.4 Veiligheid .....	28
4.4.5 Patiënttevredenheid en patiëntenparticipatie .....	29
4.5 Kwaliteit ten aanzien van medewerkers.....	29
4.5.1 Personeelsbeleid .....	29
4.5.2 Kwaliteit van werk .....	31
4.6 Samenleving.....	31
4.7 Financieel beleid .....	32
<b>Bijlage 1 Raad van Toezicht .....</b>	<b>35</b>

## **1. Uitgangspunten van de verslaglegging**

Voor u ligt het Jaardocument van de Stichting IJsselland Ziekenhuis te Capelle aan den IJssel. Het jaarverslag heeft betrekking op het boekjaar 2008.

Evenals vorig jaar is de jaarverantwoording tot stand gekomen conform het format van het ministerie van VWS. Met het jaardocument legt het ziekenhuis maatschappelijke verantwoording af op basis van de kaders van het jaardocument zorginstellingen. Het jaardocument bundelt de jaarlijkse verplichtingen op grond van wet- en regelgeving. Het jaardocument is in samenwerking met diverse afdelingen tot stand gekomen, besproken in het managementteam, vastgesteld door de Raad van Bestuur en goedgekeurd door de Raad van Toezicht. De externe accountant heeft de jaarrekening en het maatschappelijk verslag gecontroleerd. Het jaardocument wordt in een beperkte oplage verspreid en wordt openbaar gemaakt op de website [www.jaarverslagenzorg.nl](http://www.jaarverslagenzorg.nl).

Het Maatschappelijk verslag gaat achtereenvolgens in op:

- Het profiel van de organisatie
- Het bestuur, het toezicht en de bedrijfsvoering
- Het beleid, de inspanningen en de prestaties



## 2. Profiel van de organisatie

### 2.1 Algemene identificatiegegevens

Naam verslagleggende rechtspersoon	Stichting IJsselland Ziekenhuis
Adres	Prins Constantijnweg 2
	2906 ZC Capelle aan den IJssel
	Postbus 690
	2900 AR Capelle aan den IJssel
Telefoonnummer	010 – 258 5000
Nummer KvK	41128994
E-mailadres	<a href="mailto:Directiesecretariaat@ysl.nl">Directiesecretariaat@ysl.nl</a>
Internetadres	<a href="http://www.ysl.nl">www.ysl.nl</a>

### 2.2 Structuur van het concern

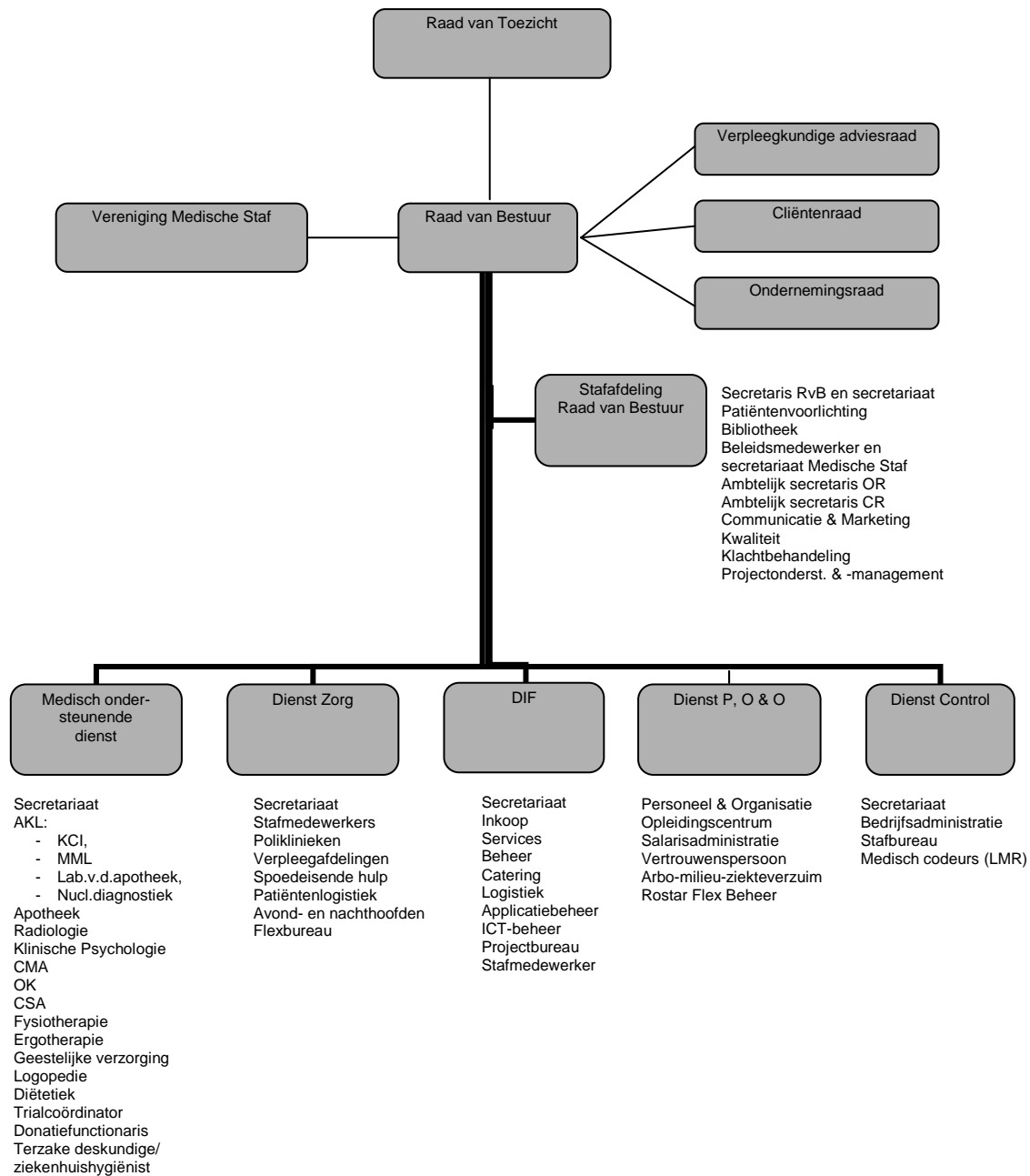
De Stichting IJsselland Ziekenhuis beschikt over een toelating als algemeen ziekenhuis. De organisatie wordt bestuurd volgens het Raad van Bestuur model. Onder de Raad van Bestuur vallen vijf diensten: 1) de dienst Zorg, 2) de Medisch Ondersteunende Dienst, 3) de dienst Personeel Organisatie en Opleiding, 4) de dienst Informatiezaken en Faciliteiten, 5) de dienst Control. Daarnaast ressorteren onder de Raad van Bestuur de secretaris Raad van Bestuur en de stafafdeling Raad van Bestuur.

De medische staf bestond op 31 december 2008 uit 94 stafleden die verenigd zijn in de Vereniging Medische Staf IJsselland Ziekenhuis.

De medezeggenschap van medewerkers en cliënten is geborgd in de ondernemingsraad en de Cliëntenraad. Bovendien is de Verpleegkundige adviesraad actief.

De toezichthoudende functie wordt vervuld door de Raad van Toezicht.

Op de volgende bladzijde is de organisatiestructuur weergegeven.



## 2.3 Kerngegevens

### 2.3.1 Kernactiviteiten en nadere typering

Het IJsselland Ziekenhuis verleent professionele specialistische zorg voor een ieder in het verzorgingsgebied van het ziekenhuis. De doelstelling van het ziekenhuis, zoals vastgelegd in de statuten, luidt:

'Het oprichten, exploiteren en in stand houden van klinische en poliklinische ziekenhuisvoorzieningen, waarin voorzien wordt in de behoeften van onderzoek,

behandeling, verpleging en verzorging van personen, die medisch-specialistische, paramedische, verpleegkundige en/of verloskundige hulp behoeven;

Het – al dan niet tezamen met anderen – verwerven en vervreemden van deelnemingen of andere belangen in rechtspersonen en instellingen, gericht op onderzoek, behandeling, verpleging en verzorging van personen, die medisch-specialistische, paramedische, verpleegkundige en/of verloskundige hulp behoeven dan wel daaraan gelieerde activiteiten;

Het voeren van het bestuur over rechtspersonen en instellingen, die voorzien in de behoefte aan onderzoek, behandeling, verpleging en verzorging van personen, die medisch-specialistische, paramedische, verpleegkundige en/of verloskundige hulp behoeven dan wel daaraan gelieerde activiteiten;

Het bevorderen van de samenhang en afstemming in strategie, positionering en activiteiten tussen de verschillende rechtspersonen en instellingen waarover de stichting het bestuur voert.'

Het ziekenhuis biedt een breed pakket aan basiszorg en heeft daarnaast een speerpunt en enkele prioriteiten op het gebied van de patiëntenzorg. Deze komen aan bod in hoofdstuk 4. Het ziekenhuis heeft de volgende specialismen:

- Anesthesiologie
- Cardiologie
- Chirurgie
- Dermatologie
- Gynaecologie
- Interne geneeskunde
- Keel-, neus- en oorheelkunde
- Kindergeneeskunde
- Klinische chemie
- Klinische geriatrie
- Longziekten
- Maag-, darm- en leverziekten
- Medische microbiologie
- Medische seksuologie
- Mondziekten/kaakchirurgie
- Neurologie
- Nucleaire geneeskunde
- Oogheelkunde
- Orthopedie
- Pathologische anatomie
- Plastische chirurgie
- Psychologie
- Radiodiagnostiek
- Revalidatiegeneeskunde
- Urologie
- Verloskunde

Het ziekenhuis beschikt over een algemeen klinisch laboratorium en een apotheek.

2.3.2 *Cliënten, capaciteit, productie, personeel en opbrengsten*

In onderstaande tabel staan de kerngegevens weergegeven met betrekking tot de capaciteit, de productie, het personeel en de opbrengsten in 2008.

<b>Capaciteit</b>	
Aantal beschikbare bedden voor klinische capaciteit en dag/deeltijdbehandeling per einde verslagjaar	390
•Waarvan plaatsen voor psychiatrische deeltijdbehandeling	0
•Waarvan PAAZ- en PUK-bedden	0
<b>Productie</b>	
Aantal in verslagjaar geopende DBC's	126.216
• Waarvan DBC-GGZ in PAAZ en PUK	0
• Waarvan medisch specialistische zorg in A-segment	111903
• Waarvan medisch specialistische zorg in B-segment	14343
Aantal in verslagjaar gesloten DBC's	128.167
• Waarvan DBC-GGZ in PAAZ en PUK	0
• Waarvan medisch specialistische zorg in A-segment	114.899
• Waarvan medisch specialistische zorg in B-segment	13.268
Aantal in verslagjaar aan verzekeraar in rekening gebrachte overige en ondersteunende producten waaronder verrichtingen op verzoek van de eerste lijn	188.353
Aantal in verslagjaar aan verzekeraar in rekening gebrachte overige trajecten en verrichtingen	12.484
Aantal in verslagjaar uitgevoerde operatieve verrichtingen in curatieve zorg excl. GGZ-DBC's in PAAZ en PUK	20.237
Aantal klinische opnamen exclusief interne overnamen in verslagjaar	17.427
• Waarvan opnamen in PAAZ en PUK	0
Aantal ontslagen patiënten in verslagjaar	17433
Aantal eerste polikliniekbezoeken in verslagjaar	88.905
• Waarvan eerste poliklinische contacten in PAAZ en PUK	0
Aantal overige polikliniekbezoeken in verslagjaar	105.537
• Waarvan overige poliklinische contacten in PAAZ en PUK	0
Aantal dagverplegingsdagen en/of deeltijdbehandelingen in verslagjaar	14555
• Waarvan psychiatrische deeltijdbehandelingen in PAAZ en PUK	0
Aantal klinische verpleegdagen in verslagjaar	115508
• Waarvan klinische verpleegdagen in PAAZ en PUK	0
• Waarvan verkeerde-bed-dagen	6.962
<b>Personeel</b>	
Aantal personeelsleden in loondienst excl. medisch specialisten per einde verslagjaar	1422
Aantal FTE personeelsleden in loondienst excl. medisch specialisten per einde verslagjaar	1073
Aantal medisch specialisten (loondienst + inhuur + vrij beroep) per einde verslagjaar	94
Aantal FTE medisch specialisten (loondienst + inhuur + vrij beroep) per einde verslagjaar	75
<b>Bedrijfsopbrengsten</b>	
Totaal bedrijfsopbrengsten verslagjaar	€ 92.743.000
Waarvan wettelijk budget voor aanvaardbare kosten	€ 65.325.000
Waarvan overige bedrijfsopbrengsten	€ 27.418.000

### 2.3.3 Werkgebieden

Het IJsselland Ziekenhuis biedt zorg en diensten aan inwoners van Capelle aan den IJssel, Krimpen aan den IJssel, Nieuwerkerk aan den IJssel, de Krimpenerwaard en aan inwoners van Rotterdam. De adherentie bedraagt ongeveer 140.000. De maag-, darm en levergeneeskunde heeft een bovenregionale functie en bedient daarmee een groter adherentiegebied.

## 2.4 Belanghebbenden

Samenwerking in de (zorg) keten en een goede relatie met belanghebbenden is belangrijk. Het IJsselland Ziekenhuis heeft te maken met verschillende belanghebbenden.

### Samenwerking- en ketenzorgpartners

- Huisartsen; gezamenlijke patiëntenzorg. Naast individuele samenwerking tussen zorgverleners lopen contacten via het AHOIJ-bestuur (Algemeen Huisartsen Overleg IJsselland Ziekenhuis), de adviescommissie communicatie huisartsen en gezamenlijke nascholingsactiviteiten;
- Huisartsen samenwerkend in de HAP; gezamenlijke spoedzorg;
- Verpleeg- en verzorgingshuizen, waaronder Laurens; overplaatsing van ouderen ten behoeve van reactivering en ouderenzorg;
- Bavo-RNO groep (GGZ); consultatiefunctie over en weer, gezamenlijke protocollen;
- Verloskundigen; verwijzingen en poliklinische bevallingen;
- Sint Franciscus Gasthuis; regionaal dienstrooster vaatchirurgie, samenwerking IC en volumechirurgie;
- Erasmus MC; opleidingsfunctie co-assistenten en assistenten geneeskundigen;
- Oogziekenhuis; participatie oogzorgnetwerk;
- Pathan; pathologisch onderzoek. Het IJsselland is vertegenwoordigd in de Raad van Toezicht;
- Bouman kliniek; polikliniek activiteiten;
- GHOR Rotterdam Rijnmond; protocollen m.b.t rampen, ziekenhuisrampenopvangplan en rampenoefeningen;
- Stichting Transmurale Zorg Rijnmond Noord-Oost;
- Stichting Zorg op Noord.

De samenwerking met de Rijnmondse ziekenhuizen vindt plaats in de Stichting Samenwerkende Rijnmond Ziekenhuizen (SRZ). Binnen dit verband worden over diverse onderwerpen regionale samenwerkingsafspraken gemaakt.

### Toezichthouders

- Regionale Inspectie voor de Gezondheidszorg; reguliere bezoeken, meldingen, overleg;
- Arbeidsinspectie; diverse onderwerpen, onder andere werktijdenbesluit, arbo-regelgeving;
- Keuringsdienst van Waren;
- DCMR Milieudienst;
- NZa;
- NMa.

### Verzekeraars

Het lokaal overleg wordt gevoerd met Achmea (marktleider inde regio) en een regiovertegenwoordiger van Multizorg. Ten aanzien van het B-segment heeft het IJsselland contracten met diverse verzekeraars.

Overheid

- Gemeente Capelle aan den IJssel; diverse onderwerpen, onder andere parkeerbeleid, vergunningen;
- (Deel)gemeente(n) Rotterdam;
- Regiopolitie en wijkagent; agressie.

Patiëntenorganisaties

- Stichting Zorgbelang Zuid-Holland;
- Landelijke patiëntenverenigingen.

Overig

- ING-bank;
- Medirisk;
- Niaz;
- Waarborgfonds voor de Zorgsector;
- MSRC;
- Leveranciers.

### 3. Bestuur, toezicht en bedrijfsvoering

#### 3.1 Bestuur en toezicht

##### 3.1.1 Zorgbrede Governance Code

Het IJsselland Ziekenhuis hecht belang aan goed bestuur, goed toezicht en een adequate verantwoording. De scheiding tussen uitvoerende en toezichthoudende functies en een goede samenwerking tussen beide is belangrijk. Het IJsselland Ziekenhuis onderschrijft de aanbevelingen uit de zorgbrede Governance Code en past deze toe.

##### 3.1.2 Raad van Bestuur

###### Samenstelling

Het IJsselland Ziekenhuis werkt volgens het Raad van Bestuur model. De Raad van Bestuur bestaat uit één of meerdere leden. De Raad van Bestuur is eindverantwoordelijk voor het functioneren van de organisatie. Tot 28 oktober 2008 was de Raad van Bestuur tweehoofdig en was als volgt samengesteld:

Naam	Bestuursfunctie	Nevenfuncties
De heer J.C.G.D. Kiemel, arts	Voorzitter	
De heer drs. P.H. Draaisma	Lid	Lid Raad van Toezicht Stichting Ipse

Per 28 oktober 2008 heeft de heer Kiemel zijn werkzaamheden als voorzitter van de Raad van Bestuur neergelegd. De Raad van Toezicht heeft besloten de ontstane vacature voorlopig niet in te vullen, waardoor voor de resterende periode in 2008 feitelijk een situatie met eenhoofdige leiding ontstond. Voor een nadere toelichting wordt verwezen naar het verslag van de Raad van Toezicht.

De bezoldiging van de Raad van Bestuur is overeenkomstig de NVZD-richtlijnen.

###### Werkwijze

De Raad van Bestuur werkt volgens het reglement Raad van Bestuur, vastgesteld in december 2007. In de situatie met een tweehoofdige Raad van Bestuur vergadert de Raad van Bestuur tweewekelijks, in aanwezigheid van de secretaris Raad van Bestuur. Van de vergadering wordt een verslag opgesteld. In de situatie met een eenhoofdige Raad van Bestuur legt de Raad van Bestuur de besluiten die uit verschillende overleggen voortvloeien, waaronder het managementteam, vast in een tweewekelijkse besluitenlijst. De besluitenlijsten worden toegezonden aan het managementteam en de Raad van Toezicht.

De Raad van Bestuur vergadert tweewekelijks met het managementteam. Het managementteam is als volgt samengesteld: Raad van Bestuur, diensthoofden, voorzitter medische staf, beleidsmedewerker medische staf en secretaris Raad van Bestuur. Van elke managementteam vergadering verschijnt een nieuwsbericht in het wekelijkse informatiebulletin voor medewerkers. Wekelijks vindt afstemming plaats tussen de Raad van Bestuur, de diensthoofden Zorg en MOD en het bestuur VMS in het Zorgoverleg.

Jaarlijkse worden vooraf (overleg)vergaderingen ingepland van de Raad van Bestuur met het bestuur VMS (1 x p.m.), de Cliëntenraad (4 x p.j.), de Ondernemingsraad (1 x p.m.) en de Verpleegkundige Advies Raad (2 x p.j.). De Raad van Bestuur wordt eenmaal per maand uitgenodigd voor de vergadering van de Vereniging Medische Staf. Voor alle vergaderingen wordt vooraf een agenda opgesteld en de uitkomsten van deze vergaderingen worden genotuleerd en naar betrokkenen verzonden.

De Raad van Bestuur zit daarnaast een aantal stuurgroepen voor: Stuurgroep Integrale Kwaliteit, Stuurgroep Huisvesting en de ICT-coördinatiegroep.

### 3.1.3 Verslag Raad van Toezicht

#### Ter inleiding

De Raad van Toezicht van het IJsselland Ziekenhuis werkt volgens het Reglement Raad van Toezicht. Het reglement beschrijft onder meer het toetsingskader van de Raad. De Raad van Toezicht toetst of de Raad van Bestuur bij zijn beleidsvorming en de uitvoering van bestuurstaken oog houdt op het belang van het ziekenhuis in relatie tot de maatschappelijke functie en een zorgvuldige afweging heeft gemaakt van de belangen die daarbij een rol spelen. De Raad van Toezicht ziet erop toe dat de uitvoering van het bestuursbeleid strookt met de vastgestelde en goedgekeurde beleidsplannen en beleidsuitgangspunten. Daarbij worden afspraken gemaakt over de ijkpunten tussen Raad van Toezicht en Raad van Bestuur.

De Raad van Toezicht richt zich in ieder geval op:

- Het zorg dragen voor een goed functionerende Raad van Bestuur;
- Het zorg dragen voor een goed functionerend intern toezicht;
- Het functioneren als adviseur en klankbord voor de Raad van Bestuur;
- Het houden van integraal toezicht;
- Het goedkeuren van strategische beslissingen.

#### Samenstelling en profiel

Bij de samenstelling van de Raad van Toezicht wordt onder meer rekening gehouden met algemene bestuurlijke kwaliteiten en ervaring, affiniteit met de doelstelling van de stichting en met een spreiding van achtergronden en deskundigheden. De Raad van Toezicht bestaat conform de statuten uit ten minste 5 leden en maximaal uit 9 leden.

Het functioneren van de leden van de Raad van Toezicht wordt gekenmerkt door integriteit en een onafhankelijke opstelling. Dit betekent dat leden in de uitoefening van de functie op geen enkele wijze belang hebben bij de stichting en opgave doen van hun (neven)functies.

De samenstelling op 31 december 2008 was als volgt:

<b>Naam</b>	<b>Functie</b>	<b>Functie dagelijks leven</b>
Dhr. ir. J.F. de Leeuw	Voorzitter	Secretaris-Generaal Sociale Zaken en Werkgelegenheid
Dhr. drs. T. Verheij	Vice-voorzitter	Algemeen directeur Albron
Dhr. mr.drs. G. Brouwer	Lid	Zelfstandig ondernemer
Mw. mr. L.F. Gerretsen	Lid	Vice-president gerechtshof 's Gravenhage
Dhr. P.G.M. Giezeman RA	Lid, voorzitter auditcommittee	Zelfstandig adviseur
Dhr. drs. J.H.A.A. Prins	Lid	Directievoorzitter Kristal NV
Mw. drs. A.L. van Staa	Lid	Lector, Hogeschool Rotterdam Universitair docent Erasmus MC
Dhr prof.dr. W.P.M.M. van de Ven	Lid	Hoogleraar sociale ziektekostenverzekering, Erasmus Universiteit

Informatie over de nevenfuncties, de zittingstermijn en de bezoldiging is opgenomen in bijlage 1.

In januari en maart 2008 zijn respectievelijk benoemd de heer prof.dr. W.P.M.M. van de Ven en mevrouw drs. A.L. van Staa. Per januari 2009 zijn de heer P.G.M. Giezeman, RA en de heer mr.drs. G. Brouwer herbenoemd voor een tweede zittingstermijn. In alle gevallen is bij de (her)benoeming de procedure gevolgd zoals deze is vastgelegd in het reglement Raad van Toezicht. Daarbij is getoetst of er geen sprake is van mogelijke belangenverstremgeling. De interne geledingen zijn in de gelegenheid gesteld om advies uit te brengen over de benoeming.

### Bezoldiging

Voor de bezoldiging is vastgehouden is aan de hoogte van de bezoldiging over 2007. Eind 2008 heeft de Raad van Toezicht besloten de bezoldiging aan te passen gezien de onvoorziene extra inspanningen die noodzakelijk waren in het najaar rond de wijziging samenstelling Raad van Bestuur. Bij het uitkomen van het advies van de NVTZ in 2009 zal de Raad van Toezicht het onderwerp opnieuw bespreken.

### Werkwijze

In 2008 kwam de Raad van Toezicht 8 maal bijeen. Het betrof zes reguliere vergaderingen en twee ingelaste vergaderingen. De Raad van Bestuur was bij alle vergaderingen aanwezig, met uitzondering van een gedeelte van een extra ingelaste vergadering in het najaar. De Raad van Bestuur doet elke vergadering in een rapportage verslag van de lopende zaken. Strategische ontwikkelingen en onderwerpen die goedkeuring van de Raad van Toezicht behoeven worden apart geagendeerd en besproken. Elk kwartaal bespreekt de Raad van Toezicht een managementrapportage die de financiële voortgang, de productie en personele aangelegenheden beschrijft. Tevens komen de prestatie-indicatoren van de Raad van Bestuur aan bod.

De Raad van Toezicht maakt naast de informatie die de Raad van Bestuur aanreikt ook gebruik van aanvullende informatiebronnen, namelijk het overleg met de externe accountant en het overleg met de interne geledingen.

Het extern auditoverleg, onder voorzitterschap van een lid van de Raad van Toezicht, vond in 2008 twee keer plaats in aanwezigheid van de externe accountant. De externe accountant was bij de Raad van Toezicht vergadering aanwezig bij de bespreking van de jaarrekening 2007 (mei 2008) en de managementletter 2008 (november 2008).

Ook in 2008 vond er overleg plaats tussen de Raad van Toezicht en een vertegenwoordiging van het bestuur van de Vereniging Medische Staf, de diensthoofden, de Ondernemingsraad en de Cliëntenraad. De Raad van Bestuur is bij dit overleg aanwezig. Een ingelast gezamenlijk overleg tussen Raad van Toezicht en een vertegenwoordiging van de geledingen vond plaats in oktober 2008 om de situatie Raad van Bestuur te bespreken.

Jaarlijks evalueert de Raad van Toezicht het functioneren van de Raad van Bestuur en het eigen functioneren. Het eigen functioneren is in maart 2009 aan de orde geweest.

### Onderwerpen 2008

De agenda van de Raad van Toezicht wordt deels gevuld volgens het stramien van de verschillende jaarstukken en planning & controlcyclus, zoals de begroting, jaarrekening, jaarverslag en kwartaalrapportages. Deels wordt de agenda gevuld op basis van actuele interne en externe ontwikkelingen.

Onder meer de volgende onderwerpen zijn in de vergaderingen aan de orde geweest:

- De definitieve begroting 2008, inclusief investeringsbegroting en meerjarenbegroting ICT-projecten;
- Het jaardocument 2007;
- De managementletter 2008 van de accountant en de reactie van de Raad van Bestuur;
- Het jaarplan en de werkbegroting 2009;
- Lange termijn personeelsbeleid;
- Het strategische beleidsplan 2008 – 2012 Kwaliteit heeft prioriteit;
- Prestatie-indicatoren voor de Raad van Bestuur;
- Parkeerdek;
- Treasurystatuut;
- Samenwerking/participatie met derden;
- Functioneren Raad van Bestuur.

De Raad van Toezicht heeft alle jaarstukken die hierboven worden genoemd goedgekeurd (inclusief voorliggend Jaardocument 2008).

In de tweede helft van 2008 heeft het functioneren van de Raad van Bestuur de nodige aandacht gevraagd van de Raad van Toezicht. Na grondige analyse van signalen met betrekking tot zorgelijke en met het oog op de toekomst onverantwoorde ontwikkelingen binnen het ziekenhuis heeft de Raad van Toezicht moeten constateren, dat er een onwerkbaar situatie is ontstaan, waarin handelend optreden noodzakelijk was. Per 28 oktober 2008 heeft de voorzitter van de Raad van Bestuur zijn werkzaamheden neergelegd. De Raad van Toezicht besloot de ontstane vacature voorlopig niet in te vullen, waardoor voor de resterende periode in 2008 feitelijk een situatie met eenhoofdige leiding ontstond. Deze werkwijze wordt in 2009 geëvalueerd.

## 3.2 Bedrijfsvoering

In de volgende paragrafen wordt de bedrijfsvoering nader toegelicht aan de hand van de planning en controlcyclus en de AO/IC. Eerst volgt een korte toelichting op de organisatiestructuur (zie ook hoofdstuk 2.2)

### 3.2.1 *Organisatiestructuur/besturingsfilosofie*

De Raad van Bestuur van het IJsselland Ziekenhuis geeft leiding aan vijf diensten en de stafafdeling raad van bestuur. De vijf diensten zijn de dienst Zorg, de Medisch Ondersteunende Dienst, de dienst Personeel, Opleidingen en Organisatie, de dienst Control en de dienst Informatiezaken en Faciliteiten.

Met de volgende vier geledingen voert de Raad van Bestuur regelmatig overleg:

- Het bestuur van de Vereniging Medische Staf;
- De Ondernemingsraad;
- De Cliëntenraad;
- De Verpleegkundige Adviesraad.

Naast de geledingen functioneren er in het ziekenhuis een aantal commissies, waaronder de meldingscommissie incidenten patiëntenzorg, klachtencommissie patiënten, de IC-commissie, en OK-commissie;

### 3.2.2 *Planning- en controlcyclus / jaarplancycclus:*

#### Cyclus

De planning- en controlcyclus ondersteunt het management bij het beheerst realiseren van de doelstellingen. De cyclus kent de volgende jaarlijks terugkerende onderdelen:

- In een Groot-MT-vergadering (Raad van Bestuur, managementteam en bestuur Vereniging Medische Staf) worden de hoofdprioriteiten bepaald voor het volgende jaar, onder meer op basis van het strategisch beleidsplan;
- Op basis daarvan wordt een kaderbrief opgesteld en start het ontwerpbegrotingsproces;
- De diensthoofden stellen vervolgens hun jaarplannen op en dienen hun ramingen voor de ontwerpbegroting in. De dienst Control aggregeert deze informatie en stelt een ontwerpbegroting op die door het managementteam wordt besproken. Parallel worden door de Raad van Bestuur met de maatschappen gesprekken gevoerd over hun productieverwachtingen voor het komende jaar;
- Op basis van deze verwachtingen worden de onderhandelingen met de zorgverzekeraars gevoerd en wordt de ontwerpbegroting afgerond. Het streven is om de begroting uiterlijk in december vast te stellen. In de praktijk worden de gesprekken met de zorgverzekeraars niet afgerond voor april van het nieuwe jaar.

De gewenste investeringen worden aan een aantal commissies voorgelegd:

- De medische en overige inventarissen worden door de investeringscommissie beoordeeld;
- De ICT-investeringen door de ICT-coördinatiegroep;
- De verbouwingen door de stuurgroep Bouw.

De adviezen van deze commissies worden besproken in het MT.

Uit bovenstaande traject wordt een ontwerpbegroting en een concept jaarplan voor de gehele organisatie opgesteld. De Raad van Bestuur bespreekt de plannen met de zorgverzekeraars en maakt daarbij afspraken over de productie en de prijzen.

De Raad van Bestuur stelt het jaarplan, de interne begroting en het investeringsplan vast en deze uitkomsten worden verwerkt in de meerjarenraming. De Raad van Bestuur legt daarna de begroting aan de Raad van Toezicht voor ter goedkeuring.

#### Managementrapportages

De bewaking van de budgetten vindt plaats aan de hand van managementrapportages.

##### Maandrapportage budgethouders

Maandelijks worden de personele en materiële kosten aan de budgethouders verstrekt. Deze rapportages worden besproken tussen accountmanagers van de dienst Control en de desbetreffende budgethouders. De budgethouders rapporteren aan het diensthoofd en het diensthoofd aan de Raad van Bestuur.

##### Maandrapportage personeel

Maandelijks wordt een personeelsmanagementrapportage aan de Raad van Bestuur, de diensthoofden en de budgethouders verzonden. Deze rapportage bestaat uit formatie en bezettingsoverzichten in fte's, cumulatief formatie bezettingsoverzichten in fte en geld en cumulatieve ziekteverzuimoverzichten.

##### Maandrapportage ziekenhuis

Maandelijks wordt een financiële rapportage op ziekenhuisniveau opgesteld op basis van de maandrapportage van de diensthoofden. Tevens wordt een prognose van het resultaat voor het lopende jaar afgegeven. Deze worden door het MT besproken.

#### Productierapportages

De productie op ziekenhuisniveau wordt maandelijks gerapporteerd. In deze rapportage wordt de cumulatieve productie vergeleken met de realisatie van vorig jaar en de productieafspraken, en wordt er tevens een jaarprognose afgegeven. In deze rapportage wordt er een onderscheid gemaakt tussen A-segment- en B-segment-productie.

Minimaal eenmaal per kwartaal worden de productiecijfers besproken met de verschillende maatschappen.

#### Kwartaalrapportages

Ieder kwartaal wordt er een uitgebreide managementrapportage opgesteld. De volgende informatie wordt hierin opgenomen:

- Toelichting op de exploitatieresultaten;
- Balans;
- Liquiditeitsprognose.
- Verder wordt er op de volgende kengetallen gerapporteerd:
- Patiënt: zaken als wachttijden, enquêtes;
- Logistiek: voortgang productie, ligduur en bezettingscijfers;
- Personeel: inzet, ziekteverzuim, verloop.

Deze rapportage wordt door het MT besproken en aan externe belanghebbenden verzonden, waaronder de Raad van Toezicht.

#### Datawarehouse

In 2007 is het datawarehouse opgeleverd. Momenteel zijn de productiegegevens (oude FB parameters), verrichtingen, DBC's en omzetgegevens ontsloten. Het datawarehouse zal verder ontwikkeld worden afhankelijk van de ambities van het IJsselland Ziekenhuis met betrekking tot de managementinformatie. In verband met capaciteitsgebrek wordt overwogen een deel van de gegevensverwerking uit te besteden.

### 3.2.3 *Administratie organisatie en interne controle*

#### Administratieve organisatie

Het onderhoud en de aanpassing van de administratieve organisatie gebeurt op dit moment met name naar aanleiding van de wijzigingen in de DBC-registratie en andere grotere wijzigingen die over het algemeen als project worden uitgevoerd.

#### Intern controleplan

Jaarlijks wordt er een intern controleplan opgesteld. Het gaat hierbij om een plan van aanpak om de beheersing van de DBC-registratie, de validatie en de facturatie te controleren. Het totaal aan periodieke controlewerkzaamheden dient:

- Aantoonbaar te maken in hoeverre voldaan wordt aan de gestelde eisen in de kaderregeling;
- Een basis te bieden op basis voor het door de Raad van Bestuur te tekenen verantwoordingsdocument over de DBC-registratie en facturatie;
- Waarborgen te bieden voor de juistheid en de volledigheid van de werking en beschrijving van de AO/IC;
- Leiden tot verbetermaatregelen in de registratie, de validatie en de facturatie van DBC's.

In 2008 lag de focus vooral op de DBC's, echter de wens is om op termijn tot een verbreding van de werkzaamheden te komen waarbij ook overige financiële en operationele audits worden uitgevoerd op het gebied van inkoop, betalingsverkeer en salarisadministratie.

#### Interne controlewerkzaamheden

De interne controlefunctie van het IJsselland Ziekenhuis heeft gedurende 2008 gestructureerd onderzoek gedaan naar de adequate opzet, het bestaan en de werking van de AO/IC. Deze werkzaamheden betroffen onder andere het uitvoeren van interne audits en het uitvoeren van een risicoanalyse en een beoordeling van de opzet en de toereikendheid van de beheersingsmaatregelen. Hierbij zijn zowel risico's als beheersingsmaatregelen in kaart gebracht en is de juiste werking hiervan beoordeeld.

Verder zijn in 2008 op gestructureerde wijze steekproeven uitgevoerd (300 statuscontroles) en heeft een evaluatie van de geconstateerde bevindingen plaatsgevonden.

In 2008 is een audit omtrent het inkoopproces afgerond. Naar aanleiding van de audit zijn verbeteringen voorgesteld en geïmplementeerd. In 2008 is een audit naar de personele en salarisadministratie gestart. In 2009 zullen de bevindingen gepresenteerd worden.

#### Verklaring gefactureerde DBC's 2008

Voor het jaar 2008 is een verklaring afgegeven omtrent de gefactureerde DBC's.

De AO/IC inzake DBC-registratie en facturatie voldoet nog niet gedurende het gehele jaar volledig aan de regeling AO/IC. Hiervoor is een verbeterplan opgesteld. Op organisatieniveau en vakgroepniveau zijn middels audits, instructies en interne controle veel inspanningen verricht om de kwaliteit van de DBC-registratie en de orderverrichtingen administratie te verbeteren en beter te beheersen. Belangrijkste mijlpaal is daarbij het uitvoeren van een verbeterplan waarin normen en procedures zijn aangescherpt, betrokkenen zijn opgeleid en het geheel nu gemonitord en ondersteund wordt door een registratiecentrum onder verantwoordelijkheid van dienst Control. Dit heeft zich onder andere vertaald in het feit dat wij ook in 2008 binnen de zogenoemde 5%-foutennorm van de NZA zijn gebleven en een aanzienlijke verbetering in het registratieproces is opgetreden.

In 2009 zal een organisatiebrede risico-analyse worden uitgevoerd.

### **3.3 Cliëntenraad**

Conform de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen heeft het IJsselland Ziekenhuis een Cliëntenraad. De Cliëntenraad heeft in 2008 met betrekking tot de volgende onderwerpen gevraagd en ongevraagd advies uitgebracht:

1. Een wijziging in het rookbeleid;

2. Het toekennen van het enquêterecht;
3. Benoeming nieuw lid van de onafhankelijke klachtencommissie;
4. Benoeming nieuwe voorzitter van de onafhankelijke klachtencommissie;
5. Gedragsregels;
6. Notitie alcohol en werk.

Adviezen één tot en met vier zijn in zijn geheel overgenomen, adviezen vijf en zes op onderdelen.

Daarnaast heeft de Cliëntenraad bij de Raad van Bestuur aandacht gevraagd voor de volgende onderwerpen:

- Parkeerproblematiek;
- Bejegening;
- Nachtbezetting gynaecologie;
- Wachttijden op de polikliniek;
- Het gebruik van de tillift op de polikliniek;
- De patiëntveiligheidskaart;
- Schoonmaak;
- Informatievoorziening van de Cliëntenraad.

De Cliëntenraad heeft in 2008 deelgenomen aan de stuurgroep voeding, bewegwijzering, de werkgroep ontslag en marketing gynaecologie. Daarnaast is de Cliëntenraad betrokken geweest bij de visitatie van de Cardiologie.

Naast dit alles is met de Cliëntenraad een breed scala van onderwerpen besproken die het beleid van de organisatie betreffen, zoals de strategische plannen, bouwactiviteiten en de financiering van de zorg.

De Cliëntenraad wordt bij de werkzaamheden ondersteund door een ambtelijk secretaris. Daarnaast wordt jaarlijks budget beschikbaar gesteld ten behoeve van het uitvoeren van de werkzaamheden.



## 4. Beleid, inspanningen en prestaties

### 4.1 Meerjarenbeleid

#### 4.1.1 Missie

Het IJsselland ziekenhuis verleent medisch specialistische zorg voor een ieder in het verzorgingsgebied van het ziekenhuis.

De zorg wordt geboden vanuit betrokkenheid, in een veilig klimaat en met respect voor de levensopvatting van iedereen die hulp nodig heeft. Hierbij staat de zorgvraag van de patiënt centraal.

Belangrijke cultuurwaarden zijn wederzijds respect, vertrouwen, samenwerking, verantwoordelijkheid nemen en verantwoording afleggen.

#### 4.1.2 Strategisch beleid 2008 – 2012

Eind 2007 is het strategische beleidsplan 2008 – 2012 getiteld *Kwaliteit heeft prioriteit* vastgesteld. De keuzes in het strategisch beleid zijn onder meer gebaseerd op een SWOT-analyse van de organisatie, de positionering in de markt en de ontwikkelingen in de sector. Het strategisch beleidsplan geeft de belangrijkste uitgangspunten weer voor de visie op het ziekenhuis in 2012:

In 2012 is het IJsselland Ziekenhuis.....

- Een zelfstandig algemeen ziekenhuis met een regionale functie;
- Kwaliteit van medisch-specialistische zorg staat centraal. Patiëntgerichtheid en efficiëntie zijn kernbegrippen in de zorgverlening;
- Het IJsselland Ziekenhuis kiest voor een netwerkstructuur van samenwerkingspartners op zorginhoudelijke gronden;
- Er zijn goede hotelfaciliteiten en een uitstekende serviceverlening;
- Het IJsselland Ziekenhuis is een aantrekkelijke werkgever;
- Het ziekenhuis is financieel gezond en voorbereid op de financiële risico's van de toekomst.

Op het gebied van de zorg staat het streven naar uitstekende zorg centraal. Naast algemene zorg werkt het IJsselland aan het speerpunt maag-, darm- en levergeneeskunde waarbij de chirurgen, de internisten/oncologen en de MDL-artsen samenwerken. De MDL-artsen en MDL-chirurgen van het ziekenhuis vervullen een bovenregionale functie voor hun patiëntenpopulatie. De MDL-geneeskunde in het IJsselland Ziekenhuis is een voorloper in Nederland. Het ziekenhuis zal dit onder andere faciliteren door het realiseren van een MDL-centrum. Daarnaast kent het ziekenhuis vier prioriteiten:

#### Geriatricie

Door de vergrijzing stijgt het aantal oudere patiënten sterk. De vraag naar geriatricie neemt toe. Naast de bestaande poliklinische geriatricie wordt de komende jaren ook klinische capaciteit gerealiseerd. Daarnaast wordt ingezet op een intensievere samenwerking met de verpleeg- en verzorgingshuizen.

#### Vrouw en Kind

Jaarlijks vinden veel bevallingen plaats in het IJsselland Ziekenhuis. Zowel vrouwen met een medische indicatie als vrouwen die onder begeleiding van een verloskundige in het ziekenhuis bevallen. Het IJsselland bekijkt de mogelijkheden om samen met Stichting Kraamzorg Rotterdam e.o. een geboortehotel te realiseren.

### Spoedeisende Hulp

Naast het ziekenhuis vlakbij de SEH is de huisartsenpost gevestigd. Voor de toekomst wordt gestreefd naar verdere integratie van beide afdelingen.

### Algemeen Klinisch Laboratorium

Het IJsselland beschikt over een groot en goed algemeen klinisch laboratorium. Het laboratorium verricht diensten voor het ziekenhuis, voor andere zorgaanbieders en vervult een bovenregionale functie voor neonatale screening. De komende jaren wordt gestreefd naar een versterking van de bovenregionale functie.

Om de beleidsvoornemens te realiseren is een aantal hoofdlijnen voor de aanpak vastgesteld:

- Organisatie van de primaire zorgprocessen rondom zorgprogramma's;
- Korte en heldere communicatielijnen (zeggen wat je doet en doen wat je zegt);
- Strategische allianties met andere zorgaanbieders;
- Passende omvang en een evenwichtige samenstelling van het zorgaanbod;
- Marktaandeel vergroten;
- Service en bereikbaarheid optimaliseren;
- Arbeidsmarkt; een aantrekkelijke werkgever zijn;
- Behouden en uitbouwen van een gezonde financiële basis.

## **4.2 Algemeen beleid**

Het jaar 2008 was voor het IJsselland een jaar waarin analyse van de organisatie en van de bedrijfsvoering centraal stond. Om de voornemens en de keuzes uit het strategische beleidsplan te realiseren en een toekomstbestendige organisatie te borgen, zijn een aantal analyses uitgevoerd, heeft het ziekenhuis geparticipeerd in een aantal benchmark onderzoeken en zijn op basis daarvan instrumenten en plannen ontwikkeld om in de beleidsperiode tot en met 2012 de (bedrijfs)processen en de financiële positie te verbeteren. Begin 2009 zijn keuzes gemaakt, plannen bijgesteld en een prioritering aangebracht om focus aan te brengen in de verschillende plannen. Daarbij is kritisch gekeken naar de maatvoering die past bij het ziekenhuis en wat reëel is om waar te maken in de komende jaren.

Op het speerpunt en de prioriteiten van het strategisch beleid zijn vooral voorbereidende activiteiten uitgevoerd. Zo zijn eind 2008 voorbereidingen getroffen om klinische capaciteit voor geriatrie te creëren, de zorgunit uit te plaatsen en samenwerking met de V&V-sector te intensiveren. Het contract voor de bovenregionale neonatale screening van het laboratorium is verlengd. Andere activiteiten op het gebied van zorg komen aan bod in hoofdstuk 4.3 kwaliteit van zorg.

Patiënten en belanghebbenden hebben het IJsselland ook in 2008 erkend als een goed ziekenhuis. In 2008 riep Elsevier in de lijst met beste medisch specialisten het IJsselland Ziekenhuis voor de vierde keer op rij uit tot nummer 1 in Nederland voor MDL. In de regio Rijnmond zijn onze chirurgen als beste specialisten aangewezen. En de diabetes zorg is ook de beste in Nederland volgens onderzoeksbureau Mediquest. Achmea Zilveren Kruis heeft het IJsselland Ziekenhuis voor 2009 aangewezen als preferent ziekenhuis voor de behandeling van staar, galblaas en borstkanker. Zorgverzekeraar Menzis heeft het IJsselland Ziekenhuis aangewezen als een topzorg ziekenhuis voor de behandeling van borstkanker en de meniscus. De kinderafdeling ontving een Smiley certificaat van de Vereniging Kind en Ziekenhuis.

Op bestuursvlak is 2008 een bewogen jaar en heeft ertoe geleid dat in het najaar de voorzitter Raad van Bestuur de taken heeft neergelegd en het ziekenhuis nu feitelijk met een eenhoofdige leiding werkt (zie verslag RvT).

Op het gebied van financiën en bedrijfsvoering is veel energie gestoken in het verbeteren van de budgetdiscipline. De overschrijdingen op vooraf gemaakte afspraken maakten het noodzakelijk hier stringent beleid op te voeren. Daarnaast is een financiële commissie ingesteld, waarin ook medisch specialisten zitting hebben. Het financieel beleid in 2008 wordt nader toegelicht in hoofdstuk 4.7.

Op het gebied van hotel en voeding is na een proefperiode in de 2<sup>e</sup> helft van 2008 de broodserverwagen definitief in gebruik genomen. Op deze wijze kunnen de broodmaaltijden beter worden afgestemd op de wensen van de patiënt. Patiënten kunnen nu een keuze maken uit de producten op de broodserverwagen en hoeven niet meer van tevoren hun bestelling door te geven.

De schoonmaak is verbeterd. Er is nu sprake van een gedifferentieerde aanpak per afdeling.

Op het gebied van huisvesting zijn de afgelopen jaren verschillende bouwprojecten uitgevoerd. In 2008 is de herinrichting en de huisvesting van de poliklinieken afgerond. Er zijn voorbereidingen getroffen voor de realisatie van een parkeerdek. In 2008 is de bouw van het gezondheidscentrum De Kristal in de Rotterdamse wijk Nesselande gereed gekomen. Het IJsselland Ziekenhuis heeft in het centrum een buitenpolikliniek gevestigd. Sinds oktober vindt bloedafname plaats. Per 1 januari 2009 worden spreekuren gedraaid. Eind 2008 zijn de eerste voorbereidingen getroffen voor het realiseren van een buitenpolikliniek in het nieuw te bouwen gezondheidscentrum in Krimpen aan den IJssel in samenwerking met de gemeente en de Stichting Gezondheidscentrum Krimpen.

Op het gebied van informatisering en automatisering zijn verschillende projecten afgerond waaronder:

- Vervanging van de informatie- en planningssystemen van de OK en de CSA. Deze zijn nu gekoppeld aan het ZIS waardoor er betere managementinformatie beschikbaar is;
- De patientorganisator is ingevoerd;
- Medio 2008 is de digitale huisartsenbrief in gebruik genomen;
- De complicatieregistratie is gebouwd in SAP;
- Het VIM-systeem van de firma Grecom is ingericht;
- Telefooncentrale ACD telefonie, uitrol DECT-telefoons.

Verder zijn er de nodige voorbereidingen getroffen voor de invoering en het werken met het Burger Service Nummer.

Samenwerking en een goede relatie met de huisartsen is belangrijk voor het ziekenhuis. Het ziekenhuis onderneemt verschillende activiteiten om deze relatie te verstevigen. In 2008 werden voor het eerst de Duodagen georganiseerd: Een geaccrediteerde nascholing voor huisartsen, voorbereid door medisch specialisten/huisartsen duo's. Daarnaast vond drie keer een wetenschappelijke vergadering met huisartsen, medisch specialisten en assistent geneeskundigen plaats. Het ziekenhuis brengt daarnaast drie keer per jaar het blad arts@ysl en nieuwsbrieven uit om huisartsen te informeren over de gang van zaken in het ziekenhuis.

Voor communicatie en marketing is het belangrijk om de naamsbekendheid en het imago te verbeteren en duidelijker uit te dragen. Begin 2008 is de nieuwe website in gebruik genomen. De website bevat naast informatie onder andere een aantal services zoals een routebeschrijving via een sms en het versturen van een kaartje. In 2008 werden 30 persberichten uitgebracht. Verder is in 2008 gestart met Zorgmagazine, een blad voor patiënten en bezoekers dat vier keer per jaar verschijnt.

Het IJsselland participeerde in 2008 in minimaal vijftien wetenschappelijke onderzoeken op het gebied van cardiologie (4x), chirurgie (4x), interne geneeskunde (4x), orthopedie (1x), dermatologie (1x) en kindergeneeskunde (1x).

Op het gebied van opleidingen tot medisch specialist beschikt het IJsselland over erkenningen voor de heekunde, interne geneeskunde, klinische chemie en tropengeneeskunde. Daarnaast

zijn in het IJsselland co-assistenten voor de specialismen interne geneeskunde, heelkunde, neurologie en gynaecologie werkzaam alsmede huisartsen in opleiding.

#### Vooruitblik 2009

In het jaarplan 2009 staat een aantal punten centraal.

De werkbegroting voor 2009 is een realistische begroting waarin alle kosten zijn meegenomen. Een scherpe sturing op de financiën is noodzakelijk gezien het financiële resultaat over 2008. Het naleven van een stringente budgetdiscipline en kostenreductie waar mogelijk staan daarbij centraal. Daarnaast worden met maatschappen/vakgroepen concrete afspraken gemaakt in termen van productie, waarbij de prestaties worden vergeleken met de landelijke DBC-profielen en gemiddelden. In dit kader is ook van belang te noemen dat verder gewerkt wordt aan een verbetering van tijdige, juiste en goede managementinformatie om over een goed dashboard te beschikken. Verder worden voorbereidingen getroffen om de omslag te maken naar resultaatverantwoordelijke eenheden.

Ten aanzien van bouw en huisvesting zijn begin 2009 een aantal voorgenomen plannen heroverwogen in het licht van de actuele situatie en zijn besluiten genomen over de bouw van een MDL-centrum, het parkeerdek en de huisvesting van de huisartsenpost. In 2009 zullen deze bouwtrajecten verder worden voorbereid en daar waar mogelijk een start worden gemaakt met de daadwerkelijke bouwactiviteiten. Tevens vinden voorbereidingen plaats voor de buitenpolikliniek in Krimpen aan den IJssel. De mogelijkheden voor het realiseren van een geboortehotel worden gezien. De capaciteit voor de klinische geriatrie zal worden opgebouwd in 2009. Om in huis meer ruimte te creëren voor (poli)klinische activiteiten worden enkele kantoorfuncties uitgeplaatst.

Belangrijke onderwerpen voor de zorg zijn ligduurverkorting en de implementatie van zorgprogramma's. De zorgprogramma's beogen onder meer een gestandaardiseerde manier van werken en het terugbrengen van wachttijden en toegangstijden door optimalisatie van de processen.

### **4.3 Algemeen kwaliteitsbeleid**

Het IJsselland Ziekenhuis werkt aan het integraal invullen van het kwaliteitsbeleid op basis van het managementmodel van het Instituut Nederlandse Kwaliteit. Dit betekent systematisch aandacht voor:

- De manier waarop het IJsselland Ziekenhuis is georganiseerd (leiderschap, strategie, personeelsmanagement en middelenmanagement);
- De manier waarop professionals werken (procesinrichting);
- De resultaten van de zorg (waardering door klanten, medewerkers en maatschappij en de financiële resultaten).

#### Accreditatie en keurmerken

Om de voortgang te bewaken en te toetsen heeft het IJsselland Ziekenhuis in het verleden de NIAZ- (Nederlands Instituut Accreditatie Ziekenhuizen)-accreditatie aangevraagd. In 2006 vond de ziekenhuisbrede accreditatie plaats en is het accreditatiebewijs voor vier jaar toegekend. In de tussentijd wordt gewerkt aan de aandachtspunten die zijn meegegeven op basis van de ziekenhuisbrede accreditatie. Op 30 september 2008 heeft een audit op deze verbeterpunten plaatsgevonden. Het NIAZ auditteam heeft geconstateerd dat de verbeterpunten adequaat zijn opgepakt.

Het ziekenhuis werkt met een intern auditsysteem. In 2008 zijn elf nieuwe auditoren geschoold en zes bestaande auditoren. Er hebben negen interne NIAZ audits plaatsgevonden.

Als documentkwaliteitssysteem wordt gebruik gemaakt van DKS-e. Er staan meer dan 5000 protocollen, procedures, werkinstructies, richtlijnen en algemene documenten in het systeem. Er

is een werkgroep DKS-e actief die verbeteringen ontwikkelt en implementeert. De beheerorganisatie en het gebruik van DKS-e zijn in 2008 verder verbeterd. Op een aantal afdelingen wordt nog op papier beoordeeld en/of geautoriseerd. In 2009 wordt dit omgezet naar digitale beoordeling en autorisatie.

Naast centrale kwaliteitssystemen beschikt het IJsselland over een aantal decentrale kwaliteitscertificaten en –labels:

- CCKL accreditatie m.b.t. KCL, MML en Apo-lab;
- ISO 9001:2000 m.b.t. het kwaliteitsmanagementsysteem van de dienst Informatievoorziening en Faciliteiten;
- Baby Friendly Hospital met betrekking tot het beleid rondom borstvoeding;
- HACCP richtlijnen m.b.t. de catering;
- Smiley Vereniging Kind en Ziekenhuis m.b.t. de kinderafdeling
- Vaatkeurmerk
- College Ziekenhuis Opleidingen en Calabris m.b.t. het Opleidingcentrum IJsselland Ziekenhuis

Daarnaast wordt jaarlijks verantwoording afgelegd over de landelijk vastgestelde prestatie-indicatoren voor de zorg. Het IJsselland Ziekenhuis doet ook mee aan Zichtbare Zorg. Met Zichtbare Zorg wordt verantwoording afgelegd over de medisch specialistische zorg.

#### De inhoud van het kwaliteitsbeleid

De patiënt wil zorg ontvangen die aandacht besteedt aan de volgende aspecten:

- Veilig en deskundig;
- Patiëntgericht;
- Toegankelijk;
- Efficiënt;
- Effectief.

*Veilige/deskundige zorg* is het realiseren van het VMS, het Veiligheidsmanagementsysteem, (of PVS, patiëntveiligheidssysteem), waaronder vallen:

- VIM, veilig incident melden;
- Medicatieveiligheid;
- Complicatieregistratie;
- Mortaliteitscijfers;
- Visitaties vakgroepen, professionele indicatoren;
- Evidence-based handelen;
- Functioneringsgesprekken.

*Patiëntgerichte zorg:*

- Bejegening;
- Informatievoorziening.

*Toegankelijke zorg:*

- Toegangstijden.

*Efficiënte en effectieve zorg:*

- Doorlooptijden, one-stop, zorgpaden.

Daarnaast is een mogelijkheid om in kwaliteit te onderscheiden:

- De uitstraling en aankleding van de omgeving (gebouw en medewerkers) en de hotelservices.

#### Organisatie van de kwaliteitszorg

Het IJsselland Ziekenhuis kent sinds medio 2007 een stuurgroep integrale kwaliteit met als doel het centraal aansturen, coördineren, initiëren, bewaken en borgen van kwaliteitsprocessen. Eind 2007 is een stafmedewerker kwaliteit aangesteld. Deze is werkzaam in het ziekenhuis naast de kwaliteitsadviseurs binnen de verschillende afdelingen en diensten.

Bij de uitvoering van de kwaliteitsprojecten wordt methodisch gewerkt via de PDCA-cyclus en toepassen van het principe “meten is weten”.

In het najaar van 2008 is een kwaliteitsmarkt gehouden voor medewerkers van het ziekenhuis. De verschillende kwaliteitsprojecten presenteerden zich. Ook werden kwaliteitsprijzen uitgereikt aan individuele medewerkers en afdelingen binnen het IJsselland Ziekenhuis.

### **4.4 Kwaliteitsbeleid ten aanzien van patiënten**

#### *4.4.1 Kwaliteit van zorg*

##### Kwaliteitsprojecten

In het ziekenhuis zijn diverse kwaliteitsprojecten actief om aspecten van de zorg(verlening) en service te verbeteren en te borgen. Een deel van de projecten is geïnitieerd vanuit landelijke wet- en regelgeving. Voor een ander deel geldt dat initiatieven vanuit de medewerkers/afdelingen komen. Een kwaliteitsproject gaat van start als een plan van aanpak goedgekeurd is en er budget beschikbaar is. De bewaking van de voortgang en de borging van de resultaten van projecten gebeurt in de Stuurgroep Integrale Kwaliteit.

In 2008 liepen onder meer de volgende projecten:

- Decubitus: prevalentie, incidentie en registratie;
- Postoperatieve pijn;
- Ondervoeding;
- VIM (Onderdeel VMS); Er is een digitaal meldsysteem aangeschaft. Op twee pilotafdelingen zijn medewerkers geschoold;
- Delier (Onderdeel VMS); Protocol, richtlijnen en registratiemethode zijn ontwikkeld en worden geïmplementeerd;
- Voorkomen van schade door sepsis (Onderdeel VMS);
- Reductie sterfte bij patiënten met bedreigde vitale functies (Onderdeel VMS);
- Preoperatief spreekuur; is gestart;
- Colonherstelprogramma;
- Kindermishandeling; Plan van aanpak is geïmplementeerd. Het IJsselland werkt conform de eisen van de IGZ;
- COPD transmuraal: verwijsafspraken 1e lijn; Plan van aanpak is gereed;
- Diabetes transmuraal: transmurale samenwerking opzetten. Transmurale samenwerking is gerealiseerd en er zijn casusbesprekingen met huisartsen in de regio;
- Informatie/ontslagregeling. Er is een ontslagkaart ontwikkeld die in 2009 gepilot wordt.
- Transmurale zorgketen/ uitplaatsen zorgunit;
- Triage SEH;
- Zorgprogramma's; Zorgprogramma's gynaecologie zijn geschreven. Zorgprogramma's KNO en Orthopedie zijn in ontwikkeling;
- Beleid formuleren over afspraken- opname- en transferbureau. Het beleid is geformuleerd;
- Verpleegkundig rapportagesysteem; Het verpleegkundig rapportagesysteem is ingevoerd;
- Rampenopvangplan (ZiROP); Het ZiROP is goedgekeurd door het MT. Er is een plan voor opleiding, trainen en oefenen;

Ook dit jaar wordt weer verslag gedaan over de prestatie-indicatoren die door de Inspectie voor de Gezondheidszorg zijn aangedragen.

#### Medische staf

De Vereniging Medische Staf is in het najaar 2008 gestart met IFMS. Dit staat voor Individueel Functioneren Medisch Specialist en is een systeem dat bedoeld is om het eigen functioneren van specialisten te evalueren. In 2009 wordt dit verder uitgerold.

In 2008 is gestart met de complicatieregistratie in SAP. Tot nog toe vinden de complicatieregistratie van diverse vakgroepen plaats op papier of in verschillende systemen. Met de registratie in SAP zal dit meer uniform gebeuren.

In 2008 zijn de volgende vakgroepen gevisiteerd: oncologie, plastische chirurgie, medische psychologie, oogheelkunde en het AKL. Daarnaast zijn in 2008 de visitatierapporten van cardiologie, neurologie en interne geneeskunde besproken in de vergadering van het bestuur VMS en Raad van Bestuur.

#### 4.4.2 *Klachtenmanagement*

Een klacht kan worden beschouwd als een gratis kwaliteitsadvies ten behoeve van het verbeteren van de patiëntenzorg. Het streven van het IJsselland Ziekenhuis is dat klachten zoveel mogelijk worden opgepakt op de plaats waar de klacht ontstaat. Patiënten wordt daarom zoveel mogelijk gevraagd met de desbetreffende medewerker en/of diens leidinggevende in gesprek te gaan. Als patiënten meer informatie willen over de wijze van klachtopvang binnen het IJsselland Ziekenhuis kunnen zij terecht bij de balie van Patiëntenvoorlichting in de centrale hal van het ziekenhuis. Ook voor de eerste klachtopvang kan men bij de afdeling Patiëntenvoorlichting terecht.

Mocht dit niet tot het gewenste resultaat leiden, dan kan de patiënt een beroep doen op de klachtenfunctionaris. Hij probeert door middel van bemiddeling samen met de patiënt tot een oplossing te komen. De klachtenfunctionaris heeft in 157 klachten of verzoeken om informatie bemiddeld, waarvan er 150 naar tevredenheid van de klager door de functionaris zijn afgehandeld. In 2008 is het aantal klachten of verzoeken om informatie met 36 afgenomen. Alle klachten zijn met betrokkenen besproken. Doel hiervan is de klager recht te doen en de vertrouwensrelatie met het ziekenhuis te verbeteren of te herstellen.

De patiënt kan ook een klacht indienen bij de onafhankelijke klachtencommissie van het IJsselland Ziekenhuis. Bij de onafhankelijke klachtencommissie zijn in 2008 15 klachten ingediend, die allemaal in behandeling zijn genomen. In 2007 bedroeg het aantal klachten 24. Het totaal aantal klachtonderdelen in 2008 bedroeg 52. Het aantal klachtonderdelen dat gegrond is verklaard is 22. De commissie heeft drie keer een advies uitgebracht aan de Raad van Bestuur. Toegankelijkheid

#### 4.4.3 *Toegankelijkheid*

Tachtig procent van de poliklinieken voldeed in de tweede helft van 2008 aan de treeknormen voor de wachttijden voor de polikliniek. Vier poliklinieken hadden een te lange toegangstijd: dermatologie, kaakchirurgie, neurologie en oogheelkunde. Hieronder zijn de toegangstijden weergegeven.

##### *Toegangstijd polikliniek*

1. Cardiologie		2
2. Chirurgie algemeen		1
3. Dermatologie		6
4. Gastro-enterologie (maag-, darm-, leverarts)		3
5. Gynaecologie algemeen		1.5
6. Interne geneeskunde algemeen		3
7. Kaakchirurgie		8

8. Keel-, neus-, en oorheelkunde		2
9. Kindergeneeskunde algemeen		4
10. Klinische geriatrie		0
11. Longziekten		0
12. Neurologie		8
13. Oogheelkunde		5
14. Orthopedie		2
15. Pijnbestrijding/ anesthesiologie		1/2
16. Plastische chirurgie		3.5
17. Pre-operatieve polikliniek anesthesiologie (POPA)		2
18. Revalidatie		4
19. Urologie		2.5

Alle geregistreerde wachttijden voor behandelingen vielen binnen de treeknormen. Hieronder volgt een overzicht.

#### *Wachttijd behandeling*

1. Spataderen (chirurgie)		3
2. Liesbreuk (chirurgie)		3
3. Galblaas (chirurgie)		3
4. Sterilisatie man (urologie)		1.5
5. Prostaatoperatie/ prostaatacarcinoom (urologie)		2
6. Totale heup operatie (orthopedie)		3.5
7. Kijkoperatie knie (orthopedie)		3.5
8. Totale knie operatie (orthopedie)		3.5
9. Borstcorrectie met medische indicatie (plastische chirurgie)		3
10. Borstcorrectie zonder medische indicatie (plastische chirurgie)		3
11. Buikwandcorrectie (plastische chirurgie)		3
12. Dupuytren (plastische chirurgie)		2
13. Carpaal tunnel syndroom (plastische chirurgie)		2
14. Carpaal tunnel syndroom (orthopedie)		3.5
15. Carpaal tunnel syndroom (chirurgie)		3
16. Sterilisatie vrouw (gynaecologie)		1.5
17. Baarmoederverwijdering (gynaecologie)		2
18. Neus-, en/of keelamandelen (keel-, neus-, en oorheelkunde)		1/1
19. Oorbuisjes (keel-, neus-, en oorheelkunde)		1
20. Neustussenschot (keel-, neus-, en oorheelkunde)		3
21. Staaroperatie (oogheelkunde)		6

Ook de geregistreerde wachttijden tot diagnostiek vielen binnen de treeknormen. Voor de afdeling Radiologie is een kwaliteit actieplan opgesteld en in de praktijk gebracht om de organisatie en de kwaliteit van de dienstverlening te verbeteren. Eind 2008 is gestart een experiment gestart met de zaterdag openstelling van de afdeling. Dit heeft de toegangstijden naar beneden gebracht.

#### *4.4.4 Veiligheid*

De visie van het IJsselland Ziekenhuis op veiligheid is:

'Het ziekenhuis wil binnen haar bereik veiligheid voor patiënten, medewerkers en omgeving creëren waarbij de risico's waaraan deze worden blootgesteld gerechtvaardigd en acceptabel zijn en waarbij voldaan wordt aan wettelijke vereisten.'

Het IJsselland Ziekenhuis participeert in SRZ verband in het Regionale Netwerk Veiligheid. Door gezamenlijk op te trekken willen we de patiëntveiligheid verhogen. In het landelijke VMS

programma 'Voorkom schade, werk veilig' zijn 10 thema's vastgesteld. De eerste vier thema's zijn conform de landelijke planning in 2008 in gang gezet:

- 1 Voorkomen van ziekenhuisinfecties na een operatie. Doelstelling: 50 % reductie van het aantal postoperatieve wondinfecties;
- 2 Voorkomen van schade bij patiënten door sepsis (= bloedvergiftiging);
- 3 Vroegtijdige herkenning van patiënten met bedreigde vitale functies. Doelstelling: reductie sterfte met 50 %;
- 4 Voorkomen van medicatiegerelateerde fouten, met gerichte aandacht voor de momenten van overdracht. De doelstelling wordt nog vastgesteld.

In 2008 is het software pakket van GreCom aangeschaft voor het veilig incident melden. Op de pilotafdelingen zijn medewerkers geschoold om met het pakket te kunnen werken. Dit project, dat tot nu toe als een pilot op een beperkt aantal afdelingen plaatsvond, wordt de komende tijd ziekenhuisbreed uitgerold. Incidenten worden in principe op afdelingsniveau gemeld en door het eigen VIM-team geanalyseerd en afgehandeld.

#### 4.4.5 *Patiënttevredenheid en patiëntenparticipatie*

##### Patiënttevredenheid

Alle patiënten ontvangen aan het eind van een klinische opname een tevredenheidsenquête. In 2008 namen ruim 4100 patiënten de moeite om deze in te vullen. Het rapportcijfer dat deze patiënten gemiddeld toekenden was 7.89 in de eerste helft van 2008 en 7.93 in de tweede helft van 2008. De uitkomsten van de enquêtes worden verwerkt in pluimen en verbeterpunten op ziekenhuis- en op afdelingsniveau.

Een belangrijk verbeterpunt uit de enquêtes van 2008 betreft het ontslag van patiënten. 20% van onze patiënten is daar niet tevreden over. Daarom is in 2008 een project gestart om de gang van zaken rond ontslag te verbeteren. Er zijn een nieuwe ontslagmethodiek en twee nieuwe voorlichtingsmaterialen ontwikkeld (ontslagkaart en ontslagfolders). In 2009 vindt een pilot plaats, waarna uitrol over het ziekenhuis plaatsvindt.

Voor de afdeling radiologie is een nieuwe tevredenheidsenquête op maat ontwikkeld die zowel online als via een enquêtezuil werd aangeboden. In de periode juni tot december zijn 560 enquêtes in gevuld. De uitkomsten worden in 2009 bekend.

Daarnaast is gewerkt aan de ontwikkeling van een enquête voor de gastvrouwfunctie op de verpleegafdeling.

##### Patiëntenparticipatie

Het IJsselland is van mening dat het ziekenhuis en medewerkers veel van patiënten kunnen leren omdat zij ons een spiegel kunnen voorhouden. Daarom hecht het IJsselland aan de toepassing van methoden om patiëntenparticipatie te bevorderen. In 2008 vonden drie focusgesprekken en drie spiegelgesprekken plaats. Met behulp van deze gesprekken is de problematiek rond ontslag in kaart gebracht.

## 4.5 **Kwaliteit ten aanzien van medewerkers**

### 4.5.1 *Personeelsbeleid*

De dienst Personeel, Organisatie & Opleidingen heeft in het jaarplan 2008 als missie en visie opgenomen, dat de dienst werkzaamheden wil verrichten op het gebied van Human Resource Development teneinde bij te dragen aan het succesvol zijn van het IJsselland Ziekenhuis.

De doelen van de dienst behelzen het adviseren, het ondersteunen en het begeleiden van het management, leidinggevenden en medewerkers van het ziekenhuis op het gebied van personele, organisatorische en opleidingsvraagstukken in de breedste zin van het woord.

Het IJsselland heeft in 2008 gewerkt aan een aantal specifieke beleidsonderwerpen, waarvan een deel in een eerdere fase is gestart:

1. Lange termijn personeelsbeleid
2. Digitalisering
3. Klantgerichtheid verbeteren
4. Bejegening
5. Competentiemanagement

#### Ad 1. Lange termijn personeelsbeleid

In 2008 is een lange termijn personeelsbeleid ontwikkeld, gericht op drie belangrijke pijlers, te weten in-, door- en uitstroom binnen het IJsselland Ziekenhuis.

##### Instroom

Het ziekenhuis wil zich onderscheiden van andere werkgevers in de regio door een aantrekkelijke werkgever te zijn.

Een van de aandachtspunten daarbij was het investeren in het opleiden van leerlingen en het zoveel mogelijk vullen van het in de begroting opgenomen aantal leerlingplaatsen. Het Opleidingscentrum van het ziekenhuis heeft daarvoor beleid ontwikkeld.

Een ander aandachtspunt was het verbeteren van de toegankelijkheid voor mogelijk geïnteresseerden. Daarvoor is in overleg met de afdeling Informatiezaken de website gemoderniseerd en is de huisstijl vernieuwd.

##### Doorstroom

Evenals in voorgaande jaren is in 2008 het boeien en binden van medewerkers een belangrijk onderwerp geweest. Het ziekenhuis hecht er aan in medewerkers te (blijven) investeren middels opleiding, aandacht, begeleiding en coaching. Jaargesprekken worden gevoerd, waarin ook functioneren, loopbaanbeleid en persoonlijk ontwikkel plan (POP) aan de orde komen.

Omgangsvormen en gedrag zijn belangrijke thema's geweest.

##### Uitstroom

Het ziekenhuis staat er voor, dat ongewenst verloop tot een minimum moet worden beperkt, dan wel moet worden voorkomen. Met vertrekkende medewerkers worden exitgesprekken gevoerd. Signalen en trends uit deze gesprekken worden besproken met leidinggevenden en de Raad van Bestuur.

#### Ad 2. Digitalisering

In 2006 is het beleid met betrekking tot het project digitalisering binnen P&O ingezet. Door technische problemen was het zowel in 2007 als in 2008 niet mogelijk over te gaan op het gebruik van digitale personeelsdossiers. Omdat het huidige systeem van personeelsdossiers sterk verouderd is, blijft dit een belangrijk aandachtspunt.

In 2008 is de Benefit Planner van RAET in gebruik genomen. De medewerkers kunnen daarmee op "web based" basis vanaf hun huisadres gebruik maken van de mogelijkheden van het Meerkeuzesysteem arbeidsvoorwaarden.

#### Ad 3. Klantgerichtheid verbeteren

In 2007 is het verbeteren van de klantgerichtheid als een van de actiepunten van de dienst P, O & O benoemd. Dit punt heeft ook in 2008 permanent op de agenda gestaan.

Zo is een start gemaakt met het moderniseren van de gestandaardiseerde correspondentie, waarbij het leveren van maatwerk voorop blijft staan.

#### Ad 4. Bejegening

In 2008 heeft het thema bejegening als een rode draad door het ziekenhuis gelopen. In 2007 is een traject ingezet om medewerkers te trainen op het vlak van bejegening. Dit is in 2008 verder uitgerold.

## Ad 5. Competentiemanagement

In 2008 is besloten dat het ziekenhuis competentie management gaat invoeren. Een conferentie leidinggevend is georganiseerd, waar onder begeleiding van een extern adviseur is gediscussieerd over dit onderwerp. In 2009 wordt dit verder uitgerold in de organisatie en worden de competentieprofielen vastgesteld.

### 4.5.2 *Kwaliteit van werk*

In 2007/2008 is een Risico inventarisatie & evaluatie (RI&E) uitgevoerd die betrekking heeft op de werkomstandigheden. Een van de aandachtspunten van de toetsing van de RI&E was dat het welzijnsaspect onvoldoende bevestigd is.

Voor wat betreft de arbeidsomstandigheden wordt er over het algemeen gewerkt volgens de regels van de arbowet. Er zijn een aantal aandachtspunten uit de RI&E/plannen van aanpak naar voren gekomen.

Belangrijkste daarvan zijn:

- Fysieke belasting: dit knelpunt zal opgepakt worden door middel van het opleiden van ergocoaches medio 2009.
- Werkdruk/werkbeleving: dit knelpunt zal verder uitgevraagd worden door middel van een medewerkers tevredenheidsonderzoek.
- BHV: er zullen meer BHV-ers opgeleid gaan worden; er is een instructiefilm aangeschaft voor nieuwe medewerkers, en alle betrokken medewerkers op de zorgafdelingen worden geschoold.

Verder worden er regelmatig op afdelingsniveau "RSI-voorlichtingen" gegeven. Ook worden de werkplekonderzoeken gestimuleerd en uitgevoerd. In 2008 is gestart aan de ontwikkeling van een RSI beleid en een procedure beeldschermbril.

## 4.6 **Samenleving**

Het IJsselland legt verantwoording af aan de samenleving door middel van dit verslag, maar ook door zicht te houden aan de regels van good governance. De breed samengestelde Cliëntenraad is een goede toetssteen voor de Raad van Bestuur.

### Voorlichting

Het IJsselland hecht grote waarde aan het informeren en voorlichten van patiënten en bezoekers. De afdeling Patiëntenvoorlichting speelt daarin een cruciale rol en coördineert en initieert activiteiten die de voorlichting structureel verbeteren. De volgende voorlichtingsactiviteiten vinden plaats:

- Schriftelijke voorlichting in de vorm van patiëntenfolders. Het IJsselland beschikt inmiddels over 590 folders. In 2008 zijn 45 nieuwe folders geschreven en 114 folders geactualiseerd. In 2009 komen alle folders ook op de website beschikbaar.
- Een medische startpagina op de website van het ziekenhuis in toegankelijke taal geschreven. Patiënten die zich via internet willen oriënteren op hun ziekte of aandoening kunnen terecht voor een internet advies.
- De open dag voor zwangere vrouwen. Deze vond in 2008 twee keer plaats. In totaal bezochten ongeveer 400 personen deze dagen.
- Landelijke COPD-dag in november
- Informatieavonden borstvoeding. In 2008 vonden er elf voorlichtingsavonden plaats, bijgewoond door 375-400 personen.
- Het inloopsprekuren van De Wervelkolom vond elf maal plaats.
- Lotgenotencontact kanker en vermoeidheid. In 2008 vond tweemaal een gesprek plaats.

Aan de balie zijn in 2008 4344 vragen gesteld. Via de email kwamen 177 vragen binnen. Er zijn 61 internetadviezen uitgebracht. Er zijn 134.601 patiëntenfolders uitgereikt.

#### Milieu

Een ander aspect in het kader van verantwoording naar de samenleving betreft het milieubeleid. De resultaten over 2008 zijn afgezet tegen het aantal gewogen patiënteneenheden. Dit aantal bedraagt voor 2008 394.602 eenheden. De totale afvalproductie bedroeg 0.92 kilogram per gewogen patiënteneenheid, waarvan 0.07 kilogram per gewogen patiënteneenheid voor specifiek ziekenhuis afval. In 2007 bedroegen deze resultaten respectievelijk 0.98 en 0.07. De energiekosten in 2008 bedroegen € 3.30 per gewogen patiënteneenheid. In 2007 bedroeg dat € 2.54 en in 2006 nog lager. Het verschil is niet alleen veroorzaakt door de ontkoppeling van de stadsverwarming maar ook doordat de kosten van koude opwekking tot en met 2006 niet waren meegenomen en de werkelijke kosten voor de stads verwarming uiteindelijk veel hoger zijn uitgevallen door een verrekening over alle voorafgaande jaren, die zijn in 2007 afgerekend. In 2008 zijn wel alle kosten factoren voor energie meegenomen.

### **4.7 Financieel beleid**

#### Financieel beleid

Het financieel beleid van het IJsselland Ziekenhuis is gericht op een financieel gezond ziekenhuis. Voor de lange termijn is het doel het versterken van het eigen vermogen. De doelstelling is om naar 20% te groeien in 2012. De reden hiervoor is tweeledig. In de komende jaren zullen de financiële risico's voor de ziekenhuizen toenemen onder andere door het veranderen van de financiering van de ziekenhuisgebouwen. Ook door het werken met DBC's nemen de risico's voor het ziekenhuis toe. De DBC is een administratieve code voor de zorgvraag (diagnose) en de totale behandeling van de patiënt. Aan de DBC hangt een vast "prijskaartje" dat wordt onderhandeld met de zorgverzekeraars. De risico's voor als er meer of minder kosten voor de behandeling worden gemaakt liggen bij het ziekenhuis. Om aan de genoemde risico's voldoende het hoofd te kunnen bieden, zal het eigen vermogen moeten groeien.

Daarnaast moet het IJsselland Ziekenhuis in voldoende mate geld van financiers kunnen betrekken voor de leningen die noodzakelijk zijn voor investeringen. Momenteel is het IJsselland Ziekenhuis aangesloten bij het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WfZ) die garantiestelling verleent richting de financiers. Naar verwachting zal vanuit het WfZ een verdere versterking van het eigen vermogen worden geëist.

In het afgelopen jaar heeft het IJsselland Ziekenhuis een verlies geleden van k€ 1.022 (toelichting zie hieronder). Ondanks ingrijpen in de zomer door middel van onder andere een vacaturestop en drastische maatregelen op facilitair gebied is het resultaat negatief gebleven. Naar aanleiding van de structureel neergaande trend van de laatste jaren is besloten om in te gaan grijpen op het kostenpatroon van het ziekenhuis en tegelijkertijd de zorgverzekeraar te vragen op het gebied van het speerpunt Maag-Darm-Lever zorg een financiële bijdrage te leveren omdat deze zorg relatief duur is.

Het ingrijpen in de kostenstructuur vindt plaats op basis van benchmarks waarbij zowel op facilitair gebied (m.n. energie) als in de patiëntenzorg verbeteringen te behalen zijn. Door middel van zorgpaden wordt het zorgproces waar mogelijk gestroomlijnd en tegelijkertijd het zorgprofiel vergeleken met landelijke benchmarks om een besparing te realiseren. Tot slot wordt zowel de organisatie als de managementinformatie aangepast aan het werken met resultaatverantwoordelijke eenheden waardoor de verantwoordelijkheden daar gelegd kunnen worden waar ze het beste beheerst kunnen worden.

### Exploitatieresultaten

Het exploitatieresultaat bedraagt k€ 1.022 negatief. Dit is -/ - 1,1% van de bedrijfsopbrengsten (2007: 0,03%).

Het eigen vermogen bedraagt 14,1% (2006: 13,2%) van de totale bedrijfsopbrengsten. Ondanks het verlies is er een toename van het eigen vermogen. Vanwege veranderde regelgeving (RJ 655) is de egalisatiereserve voor instandhoudingsinvesteringen overgeheveld naar het eigen vermogen.

De groei van het eigen vermogen is negatief terwijl bedrijfsopbrengsten groeien. Dit komt doordat enerzijds de kosten toenemen en anderzijds het budget sterk onder druk staat door de kortingsmaatregelen van het Ministerie van VWS. Inmiddels zijn voor de korte termijn bezuinigingsmaatregelen genomen en voor de lange termijn structurele maatregelen om het kostenpatroon om te buigen.

De bedrijfsopbrengsten zijn met 6,1% gestegen. Dit valt uiteen in een 2,3% wegens prijsstijgingen en 3,8% wegens groei van de productie.

De bedrijfslasten inclusief de financiële baten en lasten zijn met 7,3% gestegen.

De personele kosten zijn met 9,2% gestegen. Dit komt enerzijds door gestegen salariskosten 3% en anderzijds door een groei van het aantal fte met 23 en vergrote inzet van inhuur.

De overige bedrijfslasten zijn met 6,2% (bijna 1,8 miljoen) gestegen. Dit is in lijn met de productiegroei.

### Investeringen

In 2007 is ruim 7 miljoen geïnvesteerd. Dit bestaat voor 4,7 miljoen uit bouw en verbouwactiviteiten en voor 2,6 miljoen aan investeringen in inventaris. De grote bedragen worden gevormd door de verbouwactiviteiten voor de bestaande polikliniek.

### Financiering

De mutatie van liquide middelen uit operationele middelen is ongeveer 0. Enerzijds was er sprake van toenemende overfinanciering met 11 miljoen. Dit komt omdat er meer is gefactureerd dan het wettelijke budget. Anderzijds is door het verlaat factureren van het B-segment een liquiditeitstekort ontstaan. Er is 7 miljoen geïnvesteerd en bijna 5 miljoen afgelost op leningen zonder dat nieuwe leningen zijn afgesloten. Per saldo zijn de liquide middelen met 12 miljoen afgenomen. Vanwege de toegenomen overfinanciering is de liquiditeit (vlottende activa als % balanstotaal) gestegen van 36% in 2007 naar 40% in 2008.

### Ontwikkelingen

Het IJsselland Ziekenhuis verwacht in 2009 weer een positief resultaat te behalen. Verder worden plannen afgerond voor investeringen in een tweede buitenpolikliniek te Krimpen aan den IJssel en de bouw van een MDL centrum aanpalend aan het bestaande ziekenhuis, waarin eveneens een huisartsenpost en mogelijk een geboortecentrum zijn opgenomen.



## Bijlage 1 Raad van Toezicht

<b>Naam</b>	De heer ir. J.F. de Leeuw	Nevenfuncties
Functie	Voorzitter	Bestuurslid Abraham Kuijperfonds
Functie dagelijks leven	Secretaris-generaal Sociale Zaken en Werkgelegenheid	Bestuurslid Stichting Toekomst der Techniek
Zittingstermijn t/m	2011, niet herbenoembaar	
Bezoldiging	€ 13.000	
<b>Naam</b>	De heer drs. T. Verheij	Nevenfuncties
Functie	Vice-voorzitter	Bestuurslid Veneca
Functie dagelijks leven	Algemeen directeur Albron	Bestuurslid Stichting Ik Kies Bewust
Zittingstermijn t/m	2010, niet herbenoembaar	Voorzitter Stichting Verslavingspreventie
Bezoldiging	€ 8.500	
<b>Naam</b>	De heer mr.dr.s. G. Brouwer	Nevenfuncties
Functie	Lid	Voorzitter Rotterdamse Kunststichting
Functie dagelijks leven	Zelfstandig ondernemer	Voorzitter welzijnstichting Thermiek
Zittingstermijn t/m	2008, herbenoemd	Voorzitter Stichting Pierre Bayle monument
Bezoldiging	€ 8.500	
<b>Naam</b>	Mevrouw mr. L.F. Gerretsen	Nevenfuncties
Functie	Lid	Lid-jurist Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg
Functie dagelijks leven	Vice-president gerechtshof 's-Gravenhage	Bestuurslid Stichting "de Vruchtenburg"
Zittingstermijn t/m	2009, herbenoembaar	Lid selectiecommissie Rechterlijke Macht
Bezoldiging	€ 8.500	
<b>Naam</b>	De heer P.G.M. Giezeman, RA	Nevenfuncties
Functie	Lid, voorzitter auditcommissie	Penningmeester agrarische natuurvereniging "weide en waterpracht"
Functie dagelijks leven	Zelfstandig adviseur	Penningsmeester St. Landschapsfonds Alphen aan den Rijn e.o.
Zittingstermijn t/m	2008, herbenoemd	Extern lid auditcommissie productschap tuinbouw
Bezoldiging	€ 11.000	
<b>Naam</b>	De heer drs. J.H.A.A. Prins	Nevenfuncties
Functie	Lid	Lid RvC Rabobank Rotterdam
Functie dagelijks leven	Directievoorzitter Kristal NV	Voorzitter St. tot Exploitatie Capelse Golf & Country Club
Zittingstermijn t/m	2009, herbenoembaar	
Bezoldiging	€ 8.500	
<b>Naam</b>	Mevrouw drs. A.L. van Staa	Nevenfuncties
Functie	Lid	Redacteur Kwalon & docent Platform Kwalon
Functie dagelijks leven	Lector, Hogeschool Rotterdam en Universitair docent Erasmus MC	Redactieraad Ned. Tijdschr. Palliatieve Zorg
Zittingstermijn t/m	2011, herbenoembaar	Lid landelijke expertcommissie Onderzoek in HBO (HBO Raad)
Bezoldiging	€ 8.500	Bestuurslid St. Leerhuizen Palliatieve Zorg

		(Laurens)
		Lid Wetenschapscommissie Expertisecentrum Palliatieve Zorg (Erasmus MC)
		Expert / referent Chronisch Zieken e.a. terreinen (ZonMw)
<b>Naam</b>	De heer prof.dr. W.P.M.M. van de Ven	Nevenfuncties
Functie	Lid	Lid redactiecommissie diverse wetenschappelijke tijdschriften
Functie dagelijks leven	Hoogleraar sociale ziektekostenverzekering, Erasmus Universiteit	Lid vertrouwenscommissie Thuiszorg Rotterdam
Zittingstermijn t/m	2011, herbenoembaar	Plv. voorzitter RvT Waarborgfonds voor de Zorg
Bezoldiging	€ 8.500	

