



**Maatschappelijk verslag 2010**  
**Stichting IJsselland Ziekenhuis**  
**Capelle aan den IJssel**  
**Mei 2011**





## Voorwoord Raad van Bestuur

Voor u ligt het Jaardocument 2010 van het IJsselland Ziekenhuis.

2010 was een goed jaar voor het IJsselland Ziekenhuis. Samengevat: een financieel positief resultaat, een hogere productie en mooie resultaten op het gebied van kwaliteit. Een resultaat dat dankzij de inspanningen van onze medewerkers, medisch specialisten en vrijwilligers is bereikt ten gunste van onze patiënten.

Macro ontwikkelingen in de zorg, bijvoorbeeld met betrekking tot de financiering, maken het niet altijd makkelijk om het juiste beleid voor de toekomst te bepalen. In 2010 is veel aandacht besteed aan de positionering en strategie van het IJsselland Ziekenhuis. Wij hebben de ambitie om een algemeen ziekenhuis met een breed pakket aan medisch specialistische zorg te blijven. Met een gezonde financiële huishouding, goede kwaliteit van zorg, prettige samenwerking met huisartsen en ketenzorgpartners en betrokken medewerkers en medisch specialisten ziet het IJsselland Ziekenhuis 2011 met vertrouwen tegemoet.

Een belangrijk traject in 2010 was de NIAZ (Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg) heraccreditatie. In april 2010 heeft een auditbezoek plaatsgevonden in het kader van de ziekenhuisbrede heraccreditatie. Het IJsselland Ziekenhuis heeft kunnen aantonen dat er veilige en goede patiëntenzorg geleverd wordt volgens de laatste inzichten en dat de bedrijfsvoering op orde is. De accreditatie is verlengd tot 2015. Een resultaat waar wij trots op zijn.

De productiegroei kenmerkte zich door een stijging in het aantal eerste polikliniekbezoeken (6%), het aantal klinische opnames (2%) en het aantal dagopnames (2%). De gemiddelde ligduur bedroeg 5,2 dagen.

Onze patiënten waarderen het ziekenhuis met een gemiddeld rapportcijfer van 7.98. Ook andere partijen in de buitenwereld erkenden het IJsselland Ziekenhuis in 2010 als een goed ziekenhuis. In november ontving het ziekenhuis 6 nieuwe predicaten 'topzorg' van zorgverzekeraar Menzis. Bestaande keurmerken, zoals het vaatkeurmerk en de Smiley voor de kinderafdeling, zijn verlengd. Het ziekenhuis ontving het keurmerk Zorg bij dikke darmkanker (groene V'tje). Het IJsselland Ziekenhuis is blij met dit keurmerk, want maag-, darm- en leverziekten (MDL) is het speerpunt van het IJsselland Ziekenhuis.

Naast het Jaardocument brengt het IJsselland Ziekenhuis het Jaarbeeld 2010 uit, waarin het ziekenhuis op een toegankelijke en aantrekkelijke wijze de belangrijkste gebeurtenissen van 2010 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>5</b>
<b>1. Uitgangspunten van de verslaglegging .....</b>	<b>7</b>
<b>2. Profiel van de organisatie.....</b>	<b>9</b>
2.1 Algemene identificatiegegevens.....	9
2.2 Structuur van het concern.....	9
2.2.1 Structuur .....	9
2.2.2 Gelieerde entiteiten .....	11
2.2.3 Medezeggenschapstructuur.....	11
2.3 Kerngegevens .....	11
2.3.1 Kernactiviteiten en nadere typering.....	11
2.3.2 Cliënten, capaciteit, productie, personeel en opbrengsten.....	12
2.3.3 Werkgebieden .....	13
2.4 Belanghebbenden .....	13
<b>3. Bestuur, toezicht, bedrijfsvoering en medezeggenschap.....</b>	<b>15</b>
3.1 Normen voor goed bestuur .....	15
3.2 Raad van Bestuur.....	15
3.3 Raad van Toezicht.....	16
3.4 Bedrijfsvoering.....	18
3.4.1 Planning- en controlcyclus / jaarplancycclus:.....	18
3.4.2 Administratie organisatie en interne controle .....	20
3.4.3 Risicomanagement.....	21
3.5 Cliëntenraad.....	21
<b>4. Beleid, inspanningen en prestaties.....</b>	<b>23</b>
4.1 Meerjarenbeleid.....	23
4.1.1 Missie.....	23
4.1.2 Strategisch beleid 2008 -2012 .....	23
4.1.3 Toekomstvisie .....	23
4.1.4 Strategie.....	24
4.2 Algemeen beleid 2010 .....	25
4.2.1 Strategie.....	25
4.2.2 Productie & Financiën .....	26
4.2.3 Kwaliteit.....	26
4.2.4 Organisatie.....	27
4.3 Vooruitblik 2011.....	29
4.4 Algemeen kwaliteitsbeleid.....	29
4.4.1 Algemeen kwaliteitsbeleid .....	29
4.4.2 Kwaliteit van informatie.....	31
4.4.3 Kwaliteit van gebouwen en installaties.....	31
4.5 Kwaliteitsbeleid ten aanzien van patiënten .....	32
4.5.1 Kwaliteit van zorg .....	32
4.5.2 Klachtenmanagement.....	34
4.5.3 Toegankelijkheid .....	35
4.5.4 Patiënttevredenheid en patiëntenparticipatie.....	36
4.5.5 Voorlichting .....	37
4.6 Kwaliteit ten aanzien van medewerkers .....	37
4.6.1 Personeelsbeleid.....	37
4.6.2 Kwaliteit van werk.....	39
4.7 Samenleving.....	40
4.7.1 Milieu .....	41
4.7.2 Open dag .....	42
4.7.3 Bijeenkomst maatschappelijke verantwoording.....	42

Maatschappelijk verslag 2010 – IJsselland Ziekenhuis

4.8	Financieel beleid.....	42
4.8.1	Resultaat 2010 ten opzichte van 2009 .....	42
4.8.2	Beheersing.....	43

## 1. Uitgangspunten van de verslaglegging

Voor u ligt het jaardocument van de Stichting IJsselland Ziekenhuis te Capelle aan den IJssel. In het Jaardocument Maatschappelijk Verantwoording 2010 doet het IJsselland Ziekenhuis verslag van zijn activiteiten over de periode 1 januari 2010 tot en met 31 december 2010.

Het jaardocument is opgesteld conform de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) en de richtlijnen voor de jaarverantwoording voor zorginstellingen 2010 van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en bestaat uit het maatschappelijk verslag, de jaarrekening en verplichte bijlagen.

Het maatschappelijk verslag 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.

Uitgangspunt bij de verslaglegging is om een zo compleet mogelijk beeld te schetsen van wat zich in 2010 heeft afgespeeld.

Het maatschappelijk verslag gaat achtereenvolgens in op:

- Het profiel van de organisatie.
- Het bestuur, het toezicht, de bedrijfsvoering en de medezeggenschap.
- Het beleid, de inspanningen en de prestaties in 2010.

Het jaardocument wordt in een beperkte oplage verspreid en wordt openbaar gemaakt op de website [www.jaarverslagenzorg.nl](http://www.jaarverslagenzorg.nl).

De prestaties van ziekenhuizen worden gemeten en transparant gemaakt door kwaliteitsindicatoren. De kwaliteitsindicatoren worden gepresenteerd op de website [www.ziekenhuizen transparant.nl](http://www.ziekenhuizen transparant.nl) en worden niet herhaald in het.

De verplichte bijlagen van dit jaardocument zijn ingevuld via een webenquête, die inzichtelijk is via [www.jaarverslagenzorg.nl](http://www.jaarverslagenzorg.nl). Deze bijlagen bevatten nadere kwantitatieve en kwalitatieve informatie in tabelvorm.



## 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>

Het IJsselland Ziekenhuis heeft naast de hoofdlocatie in Capelle aan den IJssel een buitenpolikliniek gevestigd in de Rotterdamse wijk Nesselande.

### 2.2 Structuur van het concern

#### 2.2.1 Structuur

De Stichting IJsselland Ziekenhuis is statutair gevestigd in Capelle aan den IJssel. De Stichting exploiteert het IJsselland Ziekenhuis. De Stichting IJsselland Ziekenhuis beschikt over een toelating als algemeen ziekenhuis.

De Stichting kent twee bestuursorganen. De Raad van Bestuur is belast met het besturen van het ziekenhuis. De Raad van Toezicht vervult de toezichthoudende functie.

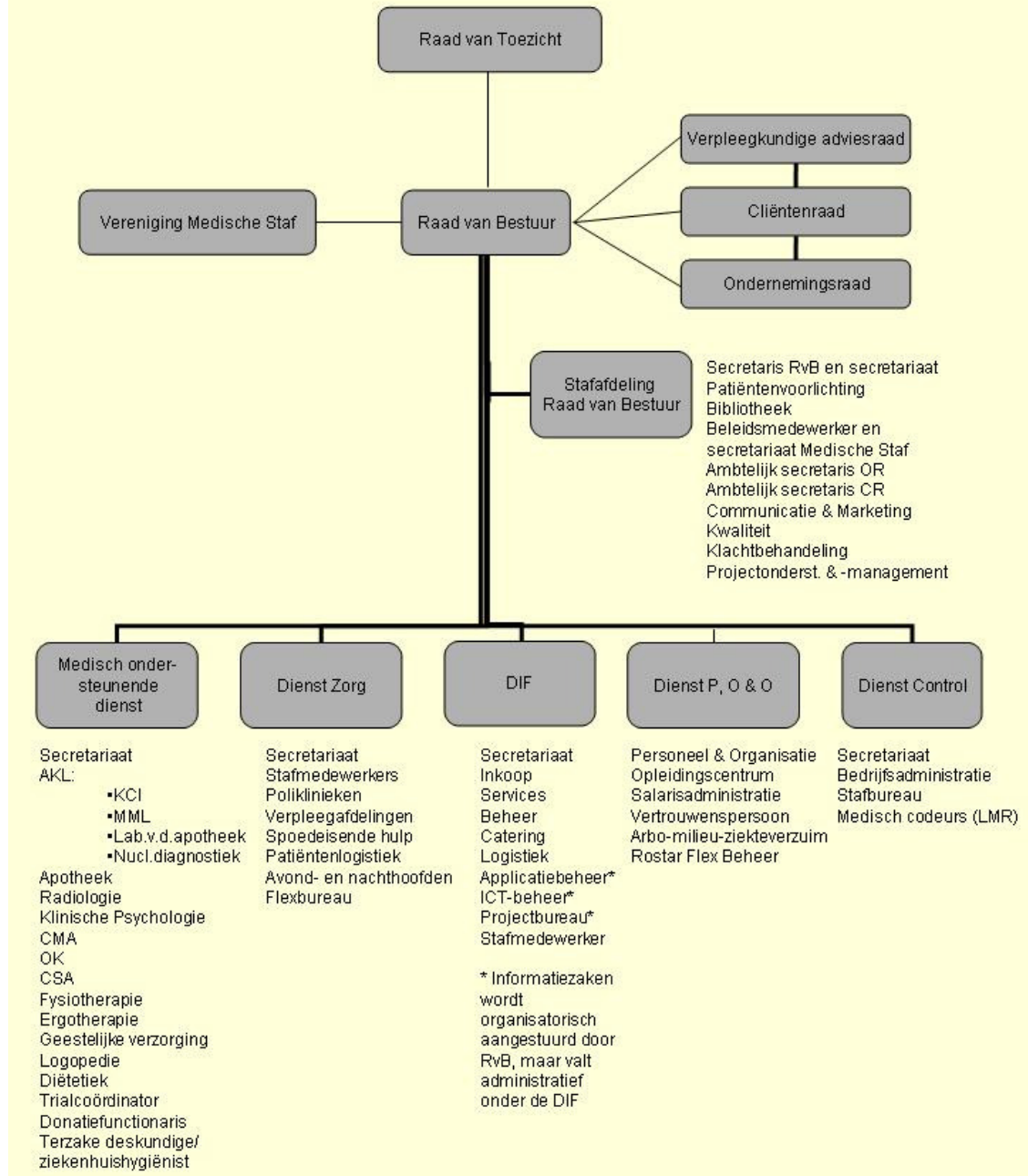
Onder de Raad van Bestuur vallen vijf diensten:

1. De dienst Zorg.
2. De Medisch Ondersteunende Dienst.
3. De dienst Personeel Organisatie en Opleiding (P,O & O).
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.

Op de volgende bladzijde is de organisatiestructuur weergegeven.

# IJsselland Ziekenhuis



### 2.2.2 *Gelieerde entiteiten*

#### DC Skoop Schiedam BV

Het IJsselland Ziekenhuis participeert in DC Skoop Schiedam BV en heeft 33.33 % van de aandelen in handen. De MDL-artsen en de DC groep bezitten elk 33.33 % van de aandelen. De MDL-artsen van het IJsselland Ziekenhuis verrichten binnen DC Skoop endoscopieën voor de eerste lijn.

#### IJssel Parkeerbeheer BV

Het beheer van de parkeervoorzieningen van het IJsselland Ziekenhuis is ondergebracht in IJssel Parkeerbeheer BV. Stichting IJsselland Ziekenhuis is enig aandeelhouder.

### 2.2.3 *Medezeggenschapstructuur*

Het IJsselland Ziekenhuis kent vier inspraak-/adviesorganen die verschillende belangengroepen vertegenwoordigen:

1. Bestuur Vereniging Medische Staf: vertegenwoordiging van de medische staf. De medische staf bestond op 31 december 2010 uit 108 stafleden, die verenigd zijn in de Vereniging Medische Staf IJsselland Ziekenhuis.
2. Ondernemingsraad: vertegenwoordiging van medewerkers.
3. Verpleegkundige Adviesraad: vertegenwoordiging van verpleegkundigen.
4. Cliëntenraad: vertegenwoordiging van patiënten.

Deze organen geven gevraagd en ongevraagd advies aan de Raad van Bestuur over beleid en voorgenomen besluiten in het ziekenhuis.

## 2.3 **Kerngegevens**

### 2.3.1 *Kernactiviteiten en nadere typering*

Het IJsselland Ziekenhuis is een algemeen regionaal ziekenhuis. Het ziekenhuis biedt een breed pakket aan medisch specialistische zorg 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 oorheeskunde
- Kindergeneeskunde
- Klinische chemie
- Klinische geriatrie
- Longziekten
- Maag-, darm- en leverziekten
- Medische microbiologie
- Medische seksuologie
- Mondziekten/kaakchirurgie
- Neurologie
- Nucleaire geneeskunde
- Oogheelkunde
- Orthopedie
- Pathologische anatomie

## Maatschappelijk verslag 2010 – IJsselland Ziekenhuis

- Plastische chirurgie
- Psychologie
- Radiodiagnostiek
- Revalidatiegeneeskunde
- Urologie
- Verloskunde

Het ziekenhuis beschikt over een spoedeisende hulp, een intensive care level I, een algemeen klinisch laboratorium en een apotheek.

Naast de medisch specialistische zorg die het IJsselland Ziekenhuis verleent aan zijn patiënten, heeft het ziekenhuis een opleidingstaak voor artsen in opleiding tot medisch specialist en voor verpleegkundigen.

### 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 2010.

<b>Capaciteit</b>	
Aantal beschikbare bedden voor klinische capaciteit en dag/deeltijdbehandeling per einde verslagjaar	390
<b>Productie</b>	
Aantal in verslagjaar geopende DBC's	142.950
• Waarvan medisch specialistische zorg in A-segment	111.018
• Waarvan medisch specialistische zorg in B-segment	31.932
Aantal in verslagjaar gesloten DBC's	137.197
• Waarvan medisch specialistische zorg in A-segment	105.509
• Waarvan medisch specialistische zorg in B-segment	31.688
Aantal in verslagjaar aan verzekeraar in rekening gebrachte overige en ondersteunende producten waaronder verrichtingen op verzoek van de eerste lijn	328.107
Aantal in verslagjaar aan verzekeraar in rekening gebrachte overige trajecten en verrichtingen	30.829
Aantal in verslagjaar uitgevoerde operatieve verrichtingen in curatieve zorg excl. GGZ-DBC's in PAAZ en PUK	14.637
Aantal klinische opnamen exclusief interne overnamen in verslagjaar	19.977
Aantal ontslagen patiënten in verslagjaar	19.978
Aantal eerste polikliniekbezoeken in verslagjaar	100.788
Aantal overige polikliniekbezoeken in verslagjaar	148.585
Aantal dagverplegingsdagen en/of deeltijdbehandelingen in verslagjaar	16.423
Aantal klinische verpleegdagen in verslagjaar	105.481
• Waarvan verkeerde-bed-dagen	2.017
<b>Personeel</b>	
Aantal personeelsleden in loondienst excl. medisch specialisten per einde verslagjaar	1543
Aantal FTE personeelsleden in loondienst excl. medisch specialisten per einde verslagjaar	1100
Aantal medisch specialisten (loondienst + inhuur + vrij beroep) per einde verslagjaar	108
Aantal FTE medisch specialisten (loondienst + inhuur + vrij beroep) per einde verslagjaar	90
<b>Bedrijfsopbrengsten</b>	
Totaal bedrijfsopbrengsten verslagjaar	113.937
Waarvan wettelijk budget voor aanvaardbare kosten	68.414
Waarvan overige bedrijfsopbrengsten	45.523

### 2.3.3 Werkgebieden

Het IJsselland Ziekenhuis biedt zorg aan inwoners van Capelle aan den IJssel, Krimpen aan den IJssel, Nieuwerkerk aan den IJssel, de Krimpenerwaard en aan inwoners van (de oostelijke kant van) Rotterdam. De adherentie is in 2009 met 4,9% voor de polikliniek en met 4,1% voor de kliniek en dagbehandeling gegroeid ten opzichte van 2008, zoals uit onderstaande tabel blijkt. De maag-, darm en levergeneeskunde heeft een bovenregionale functie en bedient daarmee een groter verzorgingsgebied.

	2008	2009
Adherentie polikliniek	129.755	133.272
Adherentie kliniek en dagbehandeling	136.161	138.744

## 2.4 Belanghebbenden

Samenwerking in de (zorg)keten en een goede relatie met belanghebbenden is belangrijk. Het IJsselland Ziekenhuis heeft met een groot aantal partijen samenwerkingsrelaties.

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 (onder andere de Duodagen).
- Huisartsen samenwerkend in de Huisartsenpost: gezamenlijke spoedzorg.
- Verpleeg- en verzorgingshuizen, waaronder Laurens, Zorggroep Rijnmond en de Zellingen: overplaatsing van ouderen ten behoeve van reactivering en ouderenzorg.
- Bavo Europoort: consultatiefunctie over en weer, gezamenlijke protocollen, samenwerking op maatschapsniveau.
- Verloskundigen: verwijzingen en poliklinische bevallingen.
- Sint Franciscus Gasthuis: regionaal dienstrooster vaatchirurgie, samenwerking IC en volumechirurgie.
- Erasmus Medisch Centrum: opleidingsfunctie co-assistenten en assistenten in opleiding tot specialist.
- Oogziekenhuis: participatie in het Oogzorgnetwerk.
- Pathan: pathologisch onderzoek. Het IJsselland Ziekenhuis is vertegenwoordigd in de Raad van Toezicht.
- GGZ: Bavo Europoort, Bouman kliniek. Polikliniek activiteiten.
- GHOR Rotterdam Rijnmond: protocollen met betrekking tot rampen, ziekenhuisrampenopvangplan en rampenoefeningen.
- Stichting Transmurale Zorg Rijnmond Noord-Oost.
- Stichting Zorg op Noord.
- Zelfstandige Behandelcentra: DC Skoop Schiedam BV, Park Medisch Centrum.

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

Toezichthouders.

- Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ): reguliere bezoeken, meldingen, overleg.
- Arbeidsinspectie: diverse onderwerpen, onder andere werktijdenbesluit, arbo-regelgeving.
- Keuringsdienst van Waren.
- DCMR Milieudienst.
- Nederlandse Zorgautoriteit.

Zorgverzekeraars.

Het lokaal overleg is gevoerd met Zilveren Kruis Achmea (marktleider in de regio), UVIT en Multizorg. Ten aanzien van het B-segment heeft het IJsselland Ziekenhuis contracten met diverse verzekeraars.

Overheden.

- 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.
- Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg.
- Waarborgfonds voor de Zorgsector.
- MSRC.

## **3. Bestuur, toezicht, bedrijfsvoering en medezeggenschap**

### **3.1 Normen voor goed bestuur**

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 daartussen is belangrijk. De Raad van Bestuur bestuurt de organisatie en de Raad van Toezicht houdt integraal toezicht op het beleid van de Raad van Bestuur en de algemene gang van zaken.

Als norm voor goed bestuur en toezicht onderschrijft het IJsselland Ziekenhuis de herziene Zorgbrede Governance Code, die met ingang van januari 2010 van kracht is. De Raad van Toezicht heeft in 2010 de principes van de code uitvoerig besproken. Alle hoofdstukken zijn getoetst aan de praktijk. Geconcludeerd kan worden dat de Raad van Toezicht werkt conform de code. In 2011 wordt een aantal zaken zoals het reglement Raad van Toezicht en het informatieprotocol Raad van Bestuur – Raad van Toezicht aangepast. Naast de Zorgbrede Governance Code werkt de Raad van Toezicht volgens het Reglement Raad van Toezicht. De kernelementen van het reglement zijn de positionering van de Raad van Toezicht, verantwoordelijkheden en bevoegdheden, informatievoorziening, samenstelling, intern en extern overleg en optreden, benoeming, werkwijze, evaluatie, honorering en verantwoording.

De Raad van Toezicht toetst of de Raad van Bestuur bij de beleidsvorming en de uitvoering van bestuurstaken het belang van het ziekenhuis in relatie tot de maatschappelijke functie in het oog houdt 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 beleid strookt met de vastgestelde en goedgekeurde beleidsplannen en beleidsuitgangspunten.

De taken van de Raad van Toezicht richten zich in ieder geval op:

- Het zorg dragen voor een goed functionerende Raad van Bestuur, door benoeming, beoordeling en ontslag van de Raad van Bestuur.
- Het zorg dragen voor een goed functionerend intern toezicht, door benoeming, beoordeling en ontslag van (leden van) de Raad van Toezicht.
- Het functioneren als adviseur en klankbord voor de Raad van Bestuur.
- Het houden van integraal toezicht op het beleid van de Raad van Bestuur en de algemene gang van zaken in het ziekenhuis.
- Het goedkeuren van strategische beslissingen van de Raad van Bestuur.

### **3.2 Raad van Bestuur**

#### Samenstelling

Het IJsselland Ziekenhuis werkt volgens het Raad van Bestuur model. De Raad van Bestuur bestaat uit één of meerdere leden. Sinds 2008 werkt het ziekenhuis met een eenhoofdige leiding. De Raad van Bestuur wordt gevormd door de heer drs. P.H. Draaisma. De heer Draaisma is in nevenfunctie lid van de Raad van Toezicht van Stichting Ipse de Bruggen. De bezoldiging van de Raad van Bestuur is overeenkomstig de NVZD-richtlijnen.

#### Werkwijze

De Raad van Bestuur werkt conform de statuten en het reglement Raad van Toezicht. De Raad van Bestuur legt de besluiten die uit verschillende overleggen voortvloeien, waaronder het managementteam en het zorgoverleg, vast in een getekende besluitenlijst. De besluitenlijsten worden toegezonden aan het managementteam, de Raad van Toezicht, het bestuur Vereniging Medische Staf, de cliëntenraad en de ondernemingsraad.

De Raad van Bestuur vergadert tweewekelijks met het managementteam. Het managementteam is als volgt samengesteld: Raad van Bestuur, diensthoofden, voorzitter en vice-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 in het Zorgoverleg tussen de Raad van Bestuur, diensthoofd Zorg en het bestuur Vereniging Medische Staf.

Jaarlijks worden vooraf (overleg)vergaderingen ingepland van de Raad van Bestuur met het bestuur Vereniging Medische Staf (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, waaronder: Stuurgroep Kwaliteit & Veiligheid, Stuurgroep Huisvesting en de ICT-coördinatiegroep.

De werkwijze tussen de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht, waaronder afspraken met betrekking tot de informatievoorziening, staan beschreven in paragraaf 3.3.

Teneinde het topmanagement van het ziekenhuis op een duurzame en houdbare wijze in te vullen is in 2010 besloten om een Directeur Patiëntenzorg aan te stellen. Zodoende wordt een volwaardige inbreng op medisch-inhoudelijk vlak geborgd en wordt voorzien in een goede vervangingsregeling voor de Raad van Bestuur. De Directeur Patiëntenzorg is in december 2010 aangetreden.

### 3.3 Raad van Toezicht

#### 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 het ziekenhuis en met een spreiding van achtergronden en deskundigheden.

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 het ziekenhuis en opgave doen van hun (neven)functies.

De samenstelling op 31 december 2010 was als volgt:

<b>Naam</b>	<b>Functie</b>	<b>Hoofdfunctie</b>
Dhr. ir. J.F. de Leeuw	Voorzitter	Secretaris-Generaal Sociale Zaken en Werkgelegenheid
Dhr. mr. drs. G. Brouwer	Lid	Zelfstandig ondernemer
Mw. mr. L.F. Gerretsen	Vice-voorzitter	Vice-president gerechtshof 's-Gravenhage
Dhr. P.G.M. Giezeman RA	Lid	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 Universiteit
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.

Per januari 2010 zijn mevrouw mr. L.F. Gerretsen en de heer drs. J.H.A.A. Prins herbenoemd voor een tweede zittingstermijn. Bij deze herbenoemingen is de procedure gevolgd zoals deze is

vastgelegd in het reglement Raad van Toezicht. De interne geledingen zijn in de gelegenheid gesteld om advies uit te brengen over de herbenoeming.

De heer drs. T. Verheij heeft besloten om na zeven jaar de Raad van Toezicht per januari 2010 te verlaten.

#### Commissies

De Raad van Toezicht heeft in september 2010 de portefeuilleverdeling opnieuw vastgesteld. Besloten is om het aantal commissies uit te breiden. De Raad van Toezicht kent de volgende commissies: auditcommissie, remuneratiecommissie, commissie bouw en commissie kwaliteit. De commissies hebben een voorbereidende taak. Er is geen sprake van gedelegeerde verantwoordelijkheden.

#### Honorering

De hoogte van de honorering over 2010 is gelijk aan de honorering in 2009. De hoogte is passend binnen de adviesregeling van de NVTZ die in juni 2009 is uitgebracht.

#### Werkwijze

In 2010 vergaderde de Raad van Toezicht zes keer. De Raad van Bestuur was bij alle vergaderingen aanwezig. Met ingang van december 2010 is naast de Raad van Bestuur tevens de Directeur Patiëntenzorg bij de vergadering aanwezig.

De agenda van de Raad van Toezicht wordt deels bepaald door de verschillende jaarstukken, zoals de begroting, de managementletter, jaarrekening, jaarverslag en kwartaalrapportages. Deels wordt de agenda gevuld op basis van actuele interne en externe ontwikkelingen. De Raad van Bestuur doet elke vergadering in een rapportage verslag van de lopende zaken. Strategische ontwikkelingen en onderwerpen die bespreking met, dan wel de goedkeuring van de Raad van Toezicht behoeven, worden apart geagendeerd en besproken.

#### Evaluatie

Jaarlijks evalueert de Raad van Toezicht het functioneren van de Raad van Bestuur en het eigen functioneren. De Raad van Toezicht zal het eigen functioneren begin 2011 evalueren. Een evaluatiegesprek met de Raad van Bestuur vindt begin 2011 plaats.

#### Informatievoorziening

De Raad van Toezicht ontving informatie over het reilen en zeilen van de organisatie uit formele overlegmomenten met de Raad van Bestuur, Bestuur Vereniging Medische Staf (1x), ondernemingsraad (1x), cliëntenraad (1x), diensthoofden (1x), externe accountant en door aanvullend informeel overleg met de Raad van Bestuur en anderen. In januari vond een gezamenlijke bijeenkomst plaats van Raad van Toezicht, Raad van Bestuur en vertegenwoordigers van ondernemingsraad, cliëntenraad, bestuur Vereniging Medische Staf en diensthoofden. Daarnaast werd de Raad van Toezicht bij de vergaderstukken schriftelijk geïnformeerd aan de hand van diverse documenten zoals het verslag van de Raad van Bestuur, memo's over verschillende vergaderonderwerpen, jaarplan, begroting, en dergelijke. De Raad van Toezicht vergaart ook zelf actief informatie. Zo was een vertegenwoordiging van de Raad van Toezicht aanwezig bij de Vereniging Medische Staf bijeenkomst met betrekking tot de strategie, de bijeenkomst maatschappelijke verantwoording en de strategiedag van het managementteam.

Het extern auditoverleg, onder voorzitterschap van een lid van de Raad van Toezicht, vond in 2010 twee keer plaats in aanwezigheid van de externe accountant. De externe accountant was in mei aanwezig bij de Raad van Toezicht vergadering bij de bespreking van het jaardocument, het accountantsverslag en de jaarrekening 2009.

#### Onderwerpen 2010

Onder meer de volgende onderwerpen zijn in 2010 aan de orde geweest.

### Strategie en bouw

2010 stond nadrukkelijk in het teken van de strategische richting van het ziekenhuis en de voorgenomen (ver)bouwplannen (zie hoofdstuk 4). De Raad van Toezicht heeft de ontwikkelingen op dit gebied nauwlettend gevolgd en intensief besproken. In mei kwam de opdrachtverlening aan een extern adviesbureau aan bod, om de strategie van ziekenhuis te toetsen en de bouwvoornemens te toetsen op financiële haalbaarheid. In juli namen twee leden deel aan de strategische sessie van het managementteam en het bestuur Vereniging Medische Staf, waarin stil werd gestaan bij de externe ontwikkelingen die het ziekenhuis op zich af ziet komen en de positionering van het ziekenhuis. In september besprak de Raad van Toezicht de uitkomsten van het genoemde onderzoek. In november kwam de strategische richting en de strategie die het ziekenhuis voor staat aan bod. De Raad van Toezicht staat achter de richting die het ziekenhuis kiest.

### Planning & Control

De Raad van Toezicht heeft nauwlettend de ontwikkelingen op het gebied van financiën, productie en onderhandelingen met de verzekeraar gevolgd in 2010. De Raad van Bestuur rapporteert elke vergadering over de deze ontwikkelingen. In 2010 zijn de definitieve begroting 2010, de investeringsbegroting 2010, het jaardocument 2009, de managementletter 2010 en de begroting en het jaarplan 2011 goedgekeurd.

### Kwaliteit

Het onderwerp kwaliteit is een vast agendapunt geworden op de agenda van de Raad van Toezicht. De voortgang van het veiligheidsmanagementprogramma, de kwaliteitsindicatoren en het NIAZ heraccreditietraject worden gevolgd.

### Cultuur

De Raad van Toezicht volgde gedurende het jaar de voortgang van het cultuurprogramma.

### Externe ontwikkelingen

De Raad van Bestuur informeert de Raad van Toezicht over de diverse externe ontwikkelingen die impact hebben op het ziekenhuis. Met name in het licht van de strategie is gesproken over de ontwikkelingen op het gebied van de financiering van de zorg en kwaliteit.

### Samenwerking met derden

De Raad van Toezicht besprak regelmatig de voortgang in de samenwerking met derden.

De Raad van Toezicht heeft in mei 2011 goedkeuring gegeven aan voorliggend jaardocument 2010.

## **3.4 Bedrijfsvoering**

De beheersing van de bedrijfsvoering bestaat uit twee onderdelen.

Er vindt beheersing plaats van processen en beheersing op de uitkomsten van de processen.

De procesbeheersing vindt plaats via de administratieve organisatie en het kwaliteitssysteem.

Controle op de werking van de administratieve organisatie en het kwaliteitssysteem vindt plaats via interne controle en audits. Het kwaliteitssysteem komt in hoofdstuk 4.3 aan de orde.

Hierna vindt een toelichting plaats op planning en control en AO/IC.

### *3.4.1 Planning- en controlcyclus / jaarplancyclus:*

#### 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 aggregereert 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.

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 Hoofd DIF is samenspraak met dienst Control.

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.

Momenteel wordt gewerkt aan een businessplan waarin o.a. de diverse meerjarenramingen (inventaris, bouw, ICT en exploitatie) worden geïntegreerd mede met het oog op de bouw- en renovatieplannen van het IJsselland Ziekenhuis.

#### Managementrapportages

De bewaking van de financiën 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 door de dienst P, O & O. 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.
  - kostenontwikkeling in relatie tot productieontwikkeling.

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

#### Ontwikkelingen

Het IJsselland Ziekenhuis wil mede in verband met de verwachte verandering in de financiering van de zorg en de gewenste transparantie:

- Naast financiële ook niet financiële informatie (onder andere kwaliteitsinformatie) onderdeel laten uitmaken van de periodieke rapportages.
- De verantwoordelijkheden voor de relatie tussen kosten en opbrengsten neerleggen op de plek waar deze het beste beheerst kan worden.

In 2009 is daartoe het financiële systeem SAP aangepast en is aanvullend het businesswarehouse verder ontwikkeld zodat de verantwoordelijken ook informatie hebben om te kunnen sturen. In 2010 is dit verder doorontwikkeld.

#### *3.4.2 Administratie organisatie en interne controle*

Het onderhoud en de aanpassing van de administratieve organisatie valt onder de verantwoordelijkheid van de betreffende dienst- en afdelingshoofden van het IJsselland Ziekenhuis. Afdeling AO/IC geeft hierbij advies en biedt ondersteuning. Dit onderhoud geschiedt vooral projectmatig naar aanleiding van externe en interne ontwikkelingen en uitgevoerde interne audits door de afdeling AO/IC en de NIAZ auditoren.

De afdeling AO/IC stelt voor een periode van 3 jaar een intern controleplan op en indien gewenst wordt het controleplan middels een addendum tussentijds aangepast. De voortgang wordt geëvalueerd en bewaakt in de auditcommittee waaraan de directie, vertegenwoordigers van de Raad van Toezicht, de accountant, een vertegenwoordiger van de Medische Staf, de stafmedewerker kwaliteit en de medewerkers AO/IC deelnemen. In deze auditcommittee komen onder andere ook de jaarrekening en de managementletter aan de orde.

Uitgangspunt van de interne controle is dat er met een redelijke mate van zekerheid vastgesteld kan worden dat de doelstellingen gerealiseerd worden op het gebied van:

- De effectiviteit en efficiency van de bedrijfsprocessen.
- De betrouwbaarheid van de financiële informatieverzorging.
- De naleving van relevante wet- en regelgeving, beleidsrichtlijnen en procedures waaronder de AO/IC kaderregeling.
- Het bewaken van activa of waarden.
- Het beperken van de bedrijfsrisico's.

Sinds 2009 zijn de interne controle werkzaamheden verder uitgebreid. Naast zorggerelateerde audits worden ook audits op het gebied salarisadministratie, inkoop, medisch instrumentenbeheer uitgevoerd. De audits worden conform de zogenaamde 'plan-do-check-act' cyclus uitgevoerd wat wil zeggen dat naar aanleiding van het auditrapport acties worden geformuleerd en uitgevoerd. Na ongeveer een jaar zal vanuit de interne controlefunctie een follow up audit volgen. Verder is opnieuw onderzoek gedaan naar de adequate opzet, bestaan en werking van de AO/IC rondom de DBC- en verrichtingenregistratie rekeninghoudend met de eisen uit de AO/IC kaderregeling, de registratieregels opgesteld door DBC Onderhoud en de intern gemaakte afspraken. Dit heeft geresulteerd in verbetermaatregelen.

Ook in het kader van de AO/IC Kaderregeling is in 2010 wederom een aselechte steekproef op de juistheid van de gefactureerde DBC's uitgevoerd. De resultaten hiervan zijn vastgelegd in 'het Verantwoordingsdocument Gefactureerde DBC's 2010'. Dit document is door de Raad van Bestuur ondertekend t.b.v. de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). In het verantwoordingsdocument wordt aangegeven dat de administratieve organisatie en interne controle binnen Stichting IJsselland Ziekenhuis voldoet aan het gestelde in de Regeling Administratieve Organisatie en Interne Controle inzake DBC registratie en facturering, rekening houdend met landelijk voorkomende beperkingen.

### 3.4.3 Risicomanagement

Risicomanagement is momenteel nog geen structureel onderdeel van de planning en control cyclus. In 2011 zal dit vorm gaan krijgen door onder andere portfolioanalyses door maatschappen (vooral gericht op kwaliteit) en door een risicoanalyse in de ziekenhuisorganisatie gekoppeld aan kwaliteitsindicatoren. De genoemde ontwikkelingen onder 3.4.1 gaan vertaald worden naar de reguliere planning en control cyclus waardoor risicomanagement geconcretiseerd wordt.

## 3.5 Cliëntenraad

Conform de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ) heeft het IJsselland Ziekenhuis een cliëntenraad. De cliëntenraad bestaat uit 7 leden en vergadert maandelijks. Met de Raad van Bestuur heeft de cliëntenraad minimaal 4 keer per jaar overleg. Geschillen tussen de Raad van Bestuur en de cliëntenraad over de WMCZ en over de uitvoering van de samenwerkingsovereenkomst tussen bestuurder en cliëntenraad worden voorgelegd aan de Landelijke Commissie van Vertrouwenslieden.

De cliëntenraad heeft in 2010 met betrekking tot de volgende onderwerpen gevraagd advies uitgebracht:

- Nieuwe manier van klaar maken en serveren warme maaltijd.
- Parkeren tijdens en na de bouw van de parkeergarage.
- Profielschets Directeur Patiëntenzorg.
- Procedure veilige zorg.
- Kwaliteitsbeleid.
- Wijziging reglement onafhankelijke klachtencommissie.

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

- Het wachten van patiënten in de centrale hal op zorgvervoer.
- Het inzichtelijk maken van de resultaten van de open vragen van de klinische enquête patiëntenbejegening-cultuur.
- Actuele wachttijden op de website van het IJsselland Ziekenhuis.
- Het inzichtelijk maken van het functioneren van de buitenpolikliniek Nesselande.

De cliëntenraad heeft in 2010 deelgenomen aan de stuurgroep voeding, de werkgroep patiëntveiligheid in de preoperatieve fase, bouw, invoering zorgpaden, poliklinieken en schoonmaak.

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 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.

Maatschappelijk verslag 2010 – IJsselland Ziekenhuis

Het complete jaarverslag 2010 van de cliëntenraad is te lezen op de website:  
<http://www.ysl.nl/patient-en-bezoeker/rechten-en-plichten/clientenraad/> .

## 4. Beleid, inspanningen en prestaties

### 4.1 Meerjarenbeleid

#### 4.1.1 Missie

De missie van het IJsselland Ziekenhuis luidt:

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.

Het IJsselland Ziekenhuis wil graag uitstralen: een betrouwbaar ziekenhuis, waar je je als patiënt vertrouwd voelt.

#### 4.1.2 Strategisch beleid 2008 -2012

Eind 2007 is het strategisch beleidsplan 2008 – 2012 getiteld *Kwaliteit heeft prioriteit* vastgesteld. In dit plan staat verwoord dat het IJsselland Ziekenhuis in 2012:

- Een zelfstandig algemeen ziekenhuis met een regionale functie is.
- 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 IJsselland 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. Binnen het zorgaanbod heeft het ziekenhuis één bovenregionaal speerpunt, te weten maag-, darm- en levergeneeskunde. Daarnaast zijn er vier prioriteiten, namelijk Vrouw en Kind, Geriatrie, Spoedeisende Hulp / Huisartsenposten het Algemeen Klinisch Laboratorium. Voor het ziekenhuis is ook het opleidingsklimaat dat er heerst belangrijk. Voor verscheidene specialismen en functies wordt de opleiding verzorgd.

#### 4.1.3 Toekomstvisie

Door de ontwikkelingen in de buitenwereld, onder meer met betrekking tot kwaliteit en financiering van de zorg, en door het aantal ziekenhuizen in de omgeving, is in 2010 zeer uitvoerig stil gestaan bij de vraag wat voor ziekenhuis het IJsselland Ziekenhuis wil zijn. Het IJsselland Ziekenhuis heeft de ambitie om de komende jaren een algemeen regionaal ziekenhuis met een breed aanbod medisch specialistische zorg te blijven. Deze ambitie past bij de missie, strategisch beleid en medisch beleidsplan. Een betrouwbaar ziekenhuis, waar je je als patiënt mee vertrouwd voelt, is de beoogde uitstraling. De focus ligt op de kern van het bedrijf: medisch specialistische zorg. Ofwel: diagnostiek en behandeling staan centraal. Dat betekent aan de voorzijde de juiste patiënten laten instromen en aan de achterzijde de patiënten zo spoedig mogelijk als medisch verantwoord naar de juiste plaats van herstel brengen. De zorgprocessen die zich in het ziekenhuis afspeelen, worden zo efficiënt mogelijk ingericht.

#### 4.1.4 Strategie

Om de ambitie waar te maken en te anticiperen op de ontwikkelingen in de omgeving is eind 2010 de strategie aangescherpt op de volgende punten:

##### Het verstevigen van de positie in de zorgketen in de regio

De focus ligt op het goed organiseren van de instroom, doorstroom en uitstroom van patiënten.

Uitgangspunt is de hele zorgketen, waarvan het ziekenhuis een onderdeel is. Het is nodig om:

- De instroom te optimaliseren; geen patiënten behandelen die beter in de eerste lijn of in de VVT (Verpleeg-, verzorgingshuizen en Thuiszorg) behandeld kunnen worden.
- De doorstroom te verhogen; snellere doorlooptijd op de SEH en ligduurverkortung in de kliniek.
- De uitstroom te vergroten; minder verkeerde beddagen.

Er wordt gezocht naar een nauwere samenwerking met de 1<sup>e</sup> lijn en met de sector verpleging, verzorging, thuiszorg. Om deze doelen te realiseren wordt het programma "Zorg waar het hoort" gestart. Het programma omvat projecten op de SEH, polikliniek en in de kliniek.

##### Het beheersen van de risico's op het gebied van kwaliteit en veiligheid

Om de ambitie als algemeen regionaal ziekenhuis met een breed aanbod aan medische specialistische zorg waar te (blijven) maken en met het oog op de steeds hogere kwaliteitseisen die worden gesteld, is het van belang voldoende zicht te hebben op de risico's ten aanzien van kwaliteit en het volume van zorgprocessen. Daarom zal een aantal zorgprocessen geanalyseerd worden op kwaliteitsaspecten door middel van een portfolio-analyse. Indien nodig, wordt op inhoudelijke gronden de samenwerking met de ziekenhuizen in de regio door middel van netwerkafspraken uitgebouwd, bijvoorbeeld ten aanzien van laag volume, hoog complexe zorg.

Met betrekking tot het speerpunt en de prioriteiten in het zorgaanbod het volgende.

##### Het versterken van het speerpunt MDL

Het IJsselland Ziekenhuis heeft de afgelopen jaren een sterke reputatie opgebouwd op het gebied van MDL. De adherentie en het marktaandeel van MDL zijn aanmerkelijk groter dan die van de rest van het ziekenhuis. De MDL-geneeskunde in het IJsselland Ziekenhuis is een voorloper in Nederland. De ambitie is om MDL zorg in de volle breedte te kunnen bieden, primair aan de inwoners van de regio groot Rotterdam, maar ook daarbuiten. Het ziekenhuis zal dit onder andere faciliteren door het realiseren van een MDL-centrum.

##### Het uitbouwen van de positie op het gebied van geriatric

Door de vergrijzing zal de geriatricche zorgvraag in het verzorgingsgebied van het ziekenhuis toenemen. Als algemeen ziekenhuis is geriatric een voor de hand liggend onderdeel van het zorgaanbod. Naast de bestaande poliklinische geriatricche zorg wordt de komende jaren ook klinische capaciteit gerealiseerd. Daarnaast wordt ingezet op een intensievere samenwerking met de verpleeg- en verzorgingshuizen en de eerste lijn.

##### Het verdedigen van de positie op het gebied van 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 Ziekenhuis heeft een sterke positie op het gebied van verloskunde in het verzorgingsgebied. Dat blijkt onder andere uit het hoge marktaandeel en een stabiele adherentie. Het IJsselland Ziekenhuis wil de positie behouden dan wel vergroten. Het IJsselland Ziekenhuis bekijkt de mogelijkheden om samen met Stichting Kraamzorg Rotterdam de bevallingen op een hoog kwaliteitsniveau te leveren. Er wordt gewerkt aan een gezamenlijk zorgpad. Bovendien is het plan om in de kliniek extra ruimte aan te wenden.

#### Het verdedigen van de positie van de Spoedeisende Hulp

Op het ziekenhuisterrein vlakbij de SEH is de huisartsenpost gevestigd. Er is sprake van een uitstekende samenwerking. Het IJsselland Ziekenhuis en de huisartsen hebben de gezamenlijke ambitie deze samenwerking uit te breiden door de integratie van beide spoedposten. Zodoende krijgt de patiënt op de juiste plaats zijn of haar behandeling en kan een meer efficiënte bezetting van beide posten gerealiseerd worden.

#### Het verdedigen van de positie van het Algemeen Klinisch Laboratorium

Het IJsselland Ziekenhuis 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.

## **4.2 Algemeen beleid 2010**

Deze paragraaf beschrijft op hoofdlijnen de belangrijkste activiteiten en resultaten in 2010 in relatie tot het strategische beleid. Nadere informatie over het kwaliteitsbeleid, personeelsbeleid en het financiële beleid volgt vanaf paragraaf 4.3

### *4.2.1 Strategie*

#### Strategische richting aangescherpt

Zoals in paragraaf 4.1.3. staat beschreven, is in 2010 veel aandacht besteed aan de toekomstvisie van het IJsselland Ziekenhuis. Het ziekenhuis heeft de ambitie om de komende jaren een algemeen regionaal ziekenhuis met een breed aanbod medisch specialistische zorg te blijven. De Raad van Toezicht, het Bestuur Vereniging Medische Staf, de ondernemingsraad en de cliëntenraad scharen zich achter de strategie van het ziekenhuis.

#### Doelen speerpunt en prioriteiten op koers

De voortgang op de doelstellingen voor het speerpunt en de vier prioriteiten laat zich in 2010 kenmerken door voorbereidende activiteiten, bijvoorbeeld op de bouw van het MDL-centrum en intensieve gesprekken met samenwerkingspartners, bijvoorbeeld ten aanzien van de integratie SEH/HAP en verloskunde. Verwachting is dat in 2011 concrete stappen worden gezet.

#### Buitenpoliklinieken

De buitenpolikliniek van het IJsselland Ziekenhuis in de Rotterdamse wijk Nesseland draaide in 2010 voor het tweede jaar. Er is sprake van een stijgende lijn voor wat betreft de productie, zowel in aantallen 'eerste polikliniekbezoeken' als in aantallen 'herhaalbezoeken'. Er is ruimte voor verdere productieverhoging.

In 2010 ging de start van de bouw van het nieuwe gezondheidscentrum in Krimpen aan den IJssel van start. Het gezondheidscentrum open begint 2012 haar deuren. Het IJsselland Ziekenhuis vestigt in het centrum een buitenpolikliniek, waarin nauw samengewerkt zal worden met de huisartsen. Daarnaast worden in het centrum onder meer paramedici, diëtisten, psychologen en een apotheek gevestigd.

#### Ketensamenwerking verder uitgebouwd

Op operationeel niveau is er vanuit de zorgverleners altijd aandacht voor de samenwerking en afstemming wanneer dit noodzakelijk is voor de continuïteit van de zorg voor de patiënt. Het IJsselland Ziekenhuis werkt met verschillende partners in de eerste lijn en in de derde lijn samen. Met betrekking tot de samenwerking binnen de tweede lijn werken de Rijnmondse ziekenhuizen samen binnen de Stichting Samenwerkende Rijnmond Ziekenhuizen. Op maatschapsniveau zijn er diverse netwerkafspraken in de regio gemaakt, zoals over een regionale vaardienst.

Rondom de implementatie van de zorgstandaarden diabetes en COPD zijn verwijsafspraken gemaakt met huisartsen in Rotterdam en worden afspraken met de huisartsen in Krimpen aan den IJssel vastgelegd. Dit wordt in 2011 verder uitgebouwd.

In juni tekenden het IJsselland Ziekenhuis en Bavo Europoort (GGZ) een samenwerkingsovereenkomst. Beide organisaties werken al jaren samen en nu zijn de samenwerkingsafspraken vastgelegd. Door met elkaar af te stemmen wordt de inzet van zorg zo goed mogelijk afgestemd op de zorgvraag van de patiënt. Dat gebeurt onder meer door gebruik te maken van elkaars deskundigheid. Zo houden zorgverleners van beide organisaties consulten bij elkaars patiënten als dat nodig is. Daarnaast maken de organisaties gebruik van gezamenlijke protocollen en gezamenlijke nascholing.

Samen met Laurens zijn klantprofielen ontwikkeld voor diverse patiëntengroepen die binnen de revalidatie- en verpleeghuissettings van Laurens verblijven. De doorstroom van het ziekenhuis naar Laurens is geoptimaliseerd.

Op het gebied van wond- en stomazorg is een regionaal project gestart om deze zorg binnen het verzorgingsgebied te verbeteren.

#### Relatie huisartsen

Samenwerking en een goede relatie met de huisartsen is belangrijk voor het ziekenhuis. Het ziekenhuis onderneemt verschillende activiteiten om deze relatie te verstevigen. In 2010 werden voor de 3<sup>e</sup> keer de Duodagen georganiseerd: een geaccrediteerde nascholing voor huisartsen, voorbereid door medisch specialisten/huisartsen duo's. Er waren 95 deelnemers. Daarnaast vonden enkele wetenschappelijke vergaderingen plaats met huisartsen, medisch specialisten en arts-assistenten. Het ziekenhuis brengt 3 keer per jaar het blad arts@ysl en nieuwsbrieven uit om huisartsen te informeren over de gang van zaken in het ziekenhuis.

In 2010 is in samenwerking met het bureau Mediquest een onderzoek onder de huisartsen gehouden naar hun waardering voor de samenwerking met het ziekenhuis en de maatschappen. Ten opzichte van het vorige onderzoek is een aantal dimensies verbeterd. De resultaten zijn besproken in het Algemeen Huisartsen Overleg IJsselland Ziekenhuis.

### *4.2.2 Productie & Financiën*

#### Prima resultaat over 2010

Het IJsselland Ziekenhuis heeft 2010 afgesloten met een positief financieel resultaat van 3.9 mln. euro. Dit is een rendement van 3.4%. Wat betreft de productie was 2010 een goed jaar voor het IJsselland Ziekenhuis. De totale productie steeg met 4%.

### *4.2.3 Kwaliteit*

#### Heraccreditatie Niaz behaald

De NIAZ-accreditatie is een belangrijk kwaliteitskeurmerk voor ziekenhuizen. In 2010 vond in het ziekenhuis traject van heraccreditatie plaats. In maart 2011 is de accreditatie verlengd tot 2015. Zorgconsumenten, zorgverzekeraars, samenwerkingspartners, overheden en samenleving kunnen hieraan het vertrouwen ontleenen dat de zorg reproduceerbaar op een adequate en veilige manier wordt verleend.

#### Waardering voor kwaliteit

Patiënten die in 2010 in het IJsselland Ziekenhuis verbleven, waarden het ziekenhuis met een rapportcijfer van 7.98.

Ook andere partijen in de buitenwereld erkenden het IJsselland Ziekenhuis in 2009 als een goed ziekenhuis. In november ontving het ziekenhuis 6 nieuwe predicaten 'topzorg' van zorgverzekeraar Menzis. Bestaande keurmerken, zoals het vaatkeurmerk en de Smiley voor de

kinderafdeling, zijn verlengd. Het ziekenhuis ontving het keurmerk Zorg bij dikke darmkanker (groene V'tje). Meer over kwaliteit leest u in hoofdstuk 4.4

#### Patiëntveiligheid rol verder uit

In 2010 werd op alle verpleegafdelingen het 'veilig incident melden' (VIM) geïntroduceerd. Incidenten worden op de afdeling gemeld, geregistreerd en afgehandeld. De tien landelijke thema's van het veiligheidsmanagementsysteem zijn verder opgepakt.

#### Informatiebeveiliging volop in de aandacht

In 2010 is hard gewerkt aan de NEN 7510; de norm voor informatiebeveiliging waaraan ziekenhuizen moeten voldoen. Eind 2010 vond een audit plaats door een externe auditor. Hieruit is gebleken dat het IJsselland Ziekenhuis voldoet aan de norm die voor deze fase was gesteld.

### 4.2.4 Organisatie

#### 4.2.4.1 Bouw en huisvesting

##### Parkeergarage in gebruik genomen

Van april tot november vond de bouw van de parkeergarage plaats. Op 6 november was de feestelijke opening, in aanwezigheid van de burgemeester. De garage voorziet in 237 extra plaatsen. Hiermee is een einde gekomen aan de jarenlange parkeerproblemen bij het ziekenhuis en de overlast in de woonwijken rond het ziekenhuis. In april werd tevens het parkeerbeleid gewijzigd en is betaald parkeren voor patiënten, bezoekers en medewerkers ingevoerd.

##### Oncologisch dagbehandelcentrum gerealiseerd

Met financiële steun van onder meer de Stichting Vrienden van het IJsselland Ziekenhuis is in 2010 de verbouwing van de oncologische dagbehandeling gerealiseerd. Op 12 november vond de feestelijke opening plaats. Het IJsselland Ziekenhuis heeft hiermee een oncologisch behandelcentrum dat mensen met kanker en hun naasten meer en betere voorzieningen biedt. Met de verbouwing is onder meer een uitbouw gerealiseerd waarin de oncologische dagbehandeling is gehuisvest. Zo is er meer ruimte voor patiënten en begeleiders.

##### Voorbereiding realisatie huisvestingsplannen in gang gezet

Het IJsselland Ziekenhuis staat voor aanzienlijke investeringen in de huisvesting. Het oorspronkelijke gebouw is circa 20 jaar oud en dient technisch en functioneel te worden aangepast. Daarbij komen de capaciteit en opzet van de huisvesting niet meer overeen met de vraag van de organisatie. Daarom wil het ziekenhuis het gebouw op het bestaande terrein renoveren (met het accent op de verpleegafdelingen) en nieuwbouw plegen. In 2010 is veel aandacht uitgegaan naar de voorbereidingen van deze investeringsplannen. Daarbij is eerst gekeken of de strategie die aan de plannen ten grondslag ligt voldoende robuust is en of de investeringen betaalbaar zijn. Een extern bureau is gevraagd om een objectieve analyse te maken van de investeringsplannen. Naar verwachting vindt medio 2011 de definitieve besluitvorming plaats.

#### 4.2.4.2 ICT

##### Voorbereiding 'DBC's op weg naar transparantie' (DOT) in volle gang

In 2010 zijn verdere voorbereiding voor DOT opgepakt. Daarbij is de oorspronkelijke planning van het traject gevolgd, zodat zo lang mogelijk kan worden proefgedraaid. In samenwerking met andere SAP ziekenhuizen is software ontwikkeld. De basisregistratie is scherp onder de loep genomen, omdat deze een belangrijke randvoorwaarde is.

##### Voorbereiden scannen dossier

Er zijn verdere stappen genomen om het papieren dossier af te schaffen. De implementatie van het archiefsysteem SHA (Soarian Health Archive) is voorbereid. Het gaat daarbij om het scannen van het raadpleegdeel van het medisch dossier. Daarmee kunnen uitslagen en correspondentie in SAP, het ziekenhuisinformatiesysteem, worden geraadpleegd. In de huidige situatie is deze

informatie alleen op papier beschikbaar. Begin 2011 vindt de daadwerkelijke implementatie plaats. Informatie wordt dan niet meer toegevoegd in het dossier, maar wordt gearchiveerd door middel van scannen.

#### Digitaal opnameformulier geïmplementeerd

Voor de snijdende vakken is een digitaal opnameformulier ontwikkeld en geïmplementeerd. Alle betrokken disciplines, zoals medisch specialist, verpleegkundige, apotheek, maken gebruik van het formulier bij opname van een patiënt. Hiermee is een procesverbetering tot stand gebracht en is de informatiedeling geoptimaliseerd.

#### Ontwikkeling digitale dienstverlening volop in gang

In 2009 werd het mogelijk online een afspraak te maken voor maag- en darmonderzoek en poliklinieken urologie en cardiologie. In 2010 is de polikliniek orthopedie daaraan toegevoegd. Daarnaast is in 2010 versie 2.0 van deze applicatie ontwikkeld om online afspraken voor buitenpolikliniek Nesseland in 2011 mogelijk te maken.

In 2010 ging het Patiëntenloket online, een deel van de website waar patiënten en ouders zaken diensten elektronisch met het IJsselland Ziekenhuis kunnen regelen. Ten behoeve van een afspraak op het kinderlongspreekuur kunnen ouders het anamneseformulier thuis invullen en beveiligd naar het IJsselland Ziekenhuis zenden.

Tevens wordt in samenwerking met medisch specialisten en huisartsen gestart met de voorbereidingen voor het bouwen van een beveiligde e-mail omgeving voor intercollegiaal overleg tussen huisartsen en medisch specialisten. Voor deze module is eerst een nieuwe huisartsenportal nodig, deze gaat januari 2011 online.

Verder hebben voorbereidende werkzaamheden plaatsgevonden ten aanzien van de vervanging van het laboratoriumsysteem, de digitalisering van de facturen, een vooronderzoek naar een uitbreiding van het radiologiesysteem en de vervanging van de telefooncentrale.

#### 4.2.4.3 P&O

In 2010 vond een medewerkersonderzoek plaats. Het algehele rapportcijfer dat de respondenten aan het ziekenhuis geven is een 7,3 en ligt daarmee iets hoger dan het benchmarkgemiddelde van 7,2.

Het verzuimpercentage over 2010 bedraagt 3,6%. Daarmee behoort het ziekenhuis tot de besten in de branche.

Meer informatie over personeelsbeleid is te lezen in hoofdstuk 4.6.

#### 4.2.4.4 Communicatie

Het uitdragen van het ziekenhuis in de omgeving is een belangrijk aandachtspunt. Op het gebied van interne en externe communicatie vonden verschillende activiteiten plaats. Een greep uit de activiteiten en middelen:

- Er is gewerkt aan de verdere ontwikkeling van de website. Er verschijnt steeds meer informatie over de maatschappen en de patiëntenfolders zijn op de website te vinden.
- Het Zorgmagazine, een blad voor patiënten en bezoekers verscheen 4 keer.
- Er zijn ruim 30 persberichten uitgebracht.
- Het IJsselland Ziekenhuis verscheen ongeveer 75 keer in de huis-aan-huis kranten en dagbladen. Daarnaast frequent op verschillende websites en nieuwsbanken.
- Negen keer per jaar informeert het IJsselland Ziekenhuis via een bijdrage in de krant patiënten over allerlei onderwerpen.

In oktober werd bij 110.00 huishouden een speciale huis-aan-huisuitgave van het ziekenhuis bezorgd. Hierin werd onder meer aandacht besteed aan MDL, geriatrie en verloskunde.

### 4.3 Vooruitblik 2011

#### Vooruitblik 2011

2010 was financieel een goed jaar voor het IJsselland Ziekenhuis. Dat is ook de insteek voor 2011. Gezien de ingrijpende ontwikkelingen die gaande zijn ten aanzien van de financiering van de zorg is het zaak hier zo goed als mogelijk op te anticiperen. De verdere voorbereidingen om per 1 januari 2012 in de nieuwe DOT-structuur te kunnen werken zijn een belangrijk aandachtspunt.

Met betrekking tot de strategie, het blijven van een algemeen regionaal ziekenhuis, is het programma “Zorg waar het hoort”, een belangrijk onderwerp voor 2011. De samenwerking met de eerste lijn en de verpleging, verzorging en thuiszorg zal verder vorm krijgen. Binnen het ziekenhuis ligt de focus op ligduurverkortings in de kliniek.

Met betrekking tot bouw en huisvesting zal een groot deel van 2011 in het teken staan van definitieve besluitvorming rond de nieuwbouw en renovatieplannen.

Met betrekking tot veiligheid zijn de verdere uitrol van de tien thema's van het veiligheidsmanagementsysteem en van de risicobeheersing (veilig incident melden en prospectieve risico-inventarisatie) belangrijk. Op het gebied van informatiebeveiliging en veilige (werk)omgeving start medio 2011 een bewustwordingscampagne.

### 4.4 Algemeen kwaliteitsbeleid

#### 4.4.1 Algemeen kwaliteitsbeleid

##### Wat is kwaliteit

Kwaliteit heeft te maken met de volgende aspecten:

- Professionele kwaliteit:  
voldoet de inhoud van het werk aan de standaard die de beroepsgroep (professie) stelt?
- Functionele kwaliteit:  
beantwoordt de geboden zorg (product of dienst) aan de behoefte van de klant?
- Relationale kwaliteit:  
de relatie tussen zorgaanbieder (medewerker) en klant/patiënt. De wijze waarop de zorg wordt geboden.
- Organisatorische kwaliteit:  
(logistieke) organisatie van het zorgproces.

Voor het IJsselland Ziekenhuis is kwaliteit: de goede dingen goed doen en van goed naar beter.

##### Kwaliteitssysteem

Het ziekenhuis zal met behulp van een integraal kwaliteitssysteem goede kwaliteit van zorg en dienstverlening bieden. Het IJsselland Ziekenhuis werkt 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).

Binnen het werken met het kwaliteitssysteem staat de Deming-cirkel centraal: Plan, Do, Check, Act.

### Normen

Als norm hanteert het IJsselland Ziekenhuis het NIAZ normenkader, dat is vormgegeven volgens het INK model. Het NIAZ is een onafhankelijk instituut dat kwaliteitsnormen voor zorginstellingen opstelt en individuele instellingen op hun verzoek toetst. In 2006 werd het ziekenhuis getoetst aan de hand van de NIAZ normering en het accreditatiebewijs voor vier jaar toegekend. In april 2010 heeft een auditbezoek plaatsgevonden in het kader van de ziekenhuisbrede heraccreditatie. Het IJsselland Ziekenhuis heeft kunnen aantonen dat er veilige en goede patiëntenzorg geleverd wordt volgens de laatste inzichten en dat de bedrijfsvoering op orde is. De accreditatie is verlengd tot 2014.

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

- CCKL accreditatie met betrekking tot KCL, MML en Apo-lab.
- ISO 9001:2000 met betrekking tot het kwaliteitsmanagementsysteem van de dienst Informatievoorziening en Faciliteiten.
- Baby Friendly Hospital met betrekking tot het beleid rondom borstvoeding.
- HACCP richtlijnen met betrekking tot de catering.
- Smiley Vereniging Kind en Ziekenhuis met betrekking tot de kinderafdeling.
- Vaatkeurmerk.
- Groene V'tje voor zorg rondom dikke darmkanker.
- College Zorg Opleidingen en Calabris met betrekking tot het Opleidingencentrum IJsselland Ziekenhuis.

### Indicatoren

Jaarlijks legt het ziekenhuis verantwoording af over de landelijk vastgestelde indicatoren voor de zorg. Het betreft de indicatoren van de IGZ, Zichtbare Zorg en de uitvraag van de ziektekostenverzekeraars.

### Bewaking

Het ziekenhuis werkt met een intern auditsysteem. Er hebben 22 interne NIAZ audits plaatsgevonden in 2010. In een bewakingsmatrix worden alle aanbevelingen die uit de auditbezoeken naar voren komen geregistreerd. Halfjaarlijks wordt de stand van zaken met betrekking tot de verbeterpunten in kaart gebracht.

Om in het kader van veiligheid de incidenten te kunnen monitoren, wordt gebruikt gemaakt van een geautomatiseerd meldingssysteem (PatientSafetyCompany). Op alle patiëntgebonden afdelingen zijn VIM-teams actief. Er is een risicobeheersstructuur ingericht, om organisatiebreed op veiligheid te kunnen monitoren en sturen.

Voor het documentenbeheer wordt gebruik gemaakt van DKS-e. Er staan bijna 7000 protocollen, procedures, werkinstructies, richtlijnen en algemene documenten in het systeem. Er is een werkgroep DKS-e actief die verbeteringen ontwikkelt en implementeert.

### Organisatie van de kwaliteitszorg

In 2010 is de Stuurgroep Kwaliteit samen gegaan met de Stuurgroep Veiligheid. Dit heeft te maken met het gegeven dat kwaliteit en veiligheid onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn. De Stuurgroep Kwaliteit en Veiligheid heeft tot doel het coördineren, initiëren, bewaken en borgen van het kwaliteits- en patiëntveiligheidsbeleid (VeiligheidsManagementSysteem) en daaruit voortvloeiende activiteiten en projecten.

#### *4.4.2 Kwaliteit van informatie*

In 2010 is hard gewerkt aan de NEN 7510, de norm voor informatiebeveiliging waaraan ziekenhuizen moeten voldoen. Eind 2010 vond een audit plaats door een externe auditor. Hieruit is gebleken dat het IJsselland Ziekenhuis voldoet aan de norm die voor deze fase was gesteld.

#### *4.4.3 Kwaliteit van gebouwen en installaties*

##### Bedrijfshulpverlening

Voor een juiste inrichting van de bedrijfshulpverlening (BHV) is in 2010 een inventarisatie uitgevoerd op alle taken die verband houden met een goed ingerichte BHV organisatie. Naar aanleiding daarvan zijn een kader- en een organisatieplan opgesteld alsmede een procedurehandboek. Ook zijn er op maat gesneden lesplannen voor de BHV coördinator en BHV medewerkers ontwikkeld.

In 2010 is men begonnen met het opleiden, dit loopt door in 2011.

Om een goede dekking van BHV'ers op alle afdelingen te kunnen garanderen, is gestart met het werven van nieuwe BHV medewerkers.

##### Brandmeldcentrale

De huidige brandmeldcentrale kan niet meer in onderhoud en service worden gehouden gelet op de ouderdom van deze centrale. Om die reden is in 2010 een vervangingstraject gestart, dat doorloopt in 2011. Gekoppeld aan de nieuwe aanleg van de brandmeldcentrales is ook de aanleg van de ontruimingsinstallatie gestart en voltooid.

##### Brandveiligheid

Tijdens een inspectie is gebleken dat de brandscheidingen in een aantal bouwdelen niet meer voldoende brandwerend waren. Dit is ontstaan door werkzaamheden die verband houden met veranderingen deze bouwdelen. Hierdoor waren de brandwerende schillen niet meer gesloten. De betreffende openingen zijn in 2010 brandwerend afgedicht.

Aanvullend hierop is een brandveiligheidsonderzoek uitgevoerd door een extern bedrijf. De hier uit voortkomende punten worden verwerkt in een plan van aanpak en uitgevoerd in 2011.

##### Installaties

Om de huidige staat van onderhoud te kennen is er een conditiemeting uitgevoerd van de bestaande installaties. In het rapport staat duidelijk vermeldt waar eventuele gebreken zijn, of vervolgacties dienen plaats te vinden om de installaties in functionele conditie te houden. Aan de hand hiervan is een meerjaren onderhoudsplanning voor de desbetreffende installatie gemaakt.

## 4.5 Kwaliteitsbeleid ten aanzien van patiënten

### 4.5.1 Kwaliteit van zorg

#### Kwaliteitsprojecten

In het ziekenhuis lopen diverse kwaliteitsprojecten 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.

In 2010 liepen onder meer de volgende projecten/activiteiten:

#### Verpleegkundige portfolio

Het portfolio is een persoonlijke (digitale) map waarin de persoonlijke competenties gerelateerd aan een standaard en onderbouwd met bewijzen, zijn opgenomen. Tevens bevat het portfolio een persoonlijk stappenplan. Het portfolio sluit goed aan bij het werken met competenties en zelf verantwoordelijkheid nemen voor het leerproces. In de eerste helft van 2010 vond op 2 verpleegafdelingen een pilot met een persoonlijk portfolio voor verpleegkundigen plaats. Daarna is de uitrol naar andere afdelingen gestart.

#### Veilig toedienen en gereed maken van medicatie (VTGM)

De werkgroep VTGM heeft in 2010 de rekentoets en de verpleegkundige visitatie opgestart. De rekentoets is bedoeld voor alle zorgverleners die zich bezighouden met het gereedmaken en toedienen van medicatie. De toets wordt eens in de 2 jaar uitgevoerd via een e-learning module. Eind 2010 zijn 2 verpleegafdelingen, apotheekmedewerkers en medewerkers van de operatiekamers gestart met de module. Vanaf maart 2011 starten ook de medewerkers van andere verpleegafdelingen de rekentoets.

Tijdens de verpleegkundige visitatie toetsen medewerkers, aan de hand van een checklist, bij elkaar de toepassing van de VTGM-richtlijnen. Op basis van de uitkomsten worden verbeteracties in gang gezet. Centraal in de visitatie staat het van elkaar leren.

#### Toezicht Operatief Proces (TOP)

In 2010 is de stuurgroep TOP 4 gestart. De focus binnen TOP 4 ligt op het hele operatieve proces: pre-, per- en postoperatief. Beoogd wordt het totale proces als een lopend geheel te organiseren, te borgen en te monitoren. De stuurgroep heeft eerst het totale operatieve proces in kaart gebracht. Er is een audit instrument ontwikkeld aan de hand waarvan een zelfevaluatie heeft plaatsgevonden op alle IGZ-criteria. Daarmee is een overzicht verkregen van de sterke en zwakke punten in het proces. De verbetervoorstellen zijn opgesteld. Een voorbeeld van een verbeterpunt is de overdracht van de patiënt van de verpleegafdeling naar de holding. Om de overdracht te verbeteren zijn op de verpleegafdelingen zakkaartjes beschikbaar en hangen posters op de afdelingen met de checklist die doorlopen moeten worden. Ook zijn er afspraken gemaakt welke informatie wordt overgedragen van de verpleegkundige op de afdeling aan de anesthesiemedewerker op de holding.

Een andere verbetering in het operatieve proces is de ontwikkeling en implementatie van het digitaal opnameformulier. Het papieren opnameformulier is gedigitaliseerd. Dit heeft geresulteerd in een digitaal preoperatief patiëntvolgsysteem dat voldoet aan alle eisen van de IGZ. Het systeem is multidisciplinair van opzet, dat willen zeggen dat alle betrokken zorgverleners binnen het systeem communiceren over alle in aanmerking komende patiënten, vanaf het moment van indicatie tot de overdracht aan de holding.

#### Taskforce Medicatie

Medio 2010 is een taskforce medicatieverificatie ingesteld. De opdracht aan de taskforce is om het proces van voorschrijven en distribueren van medicatie vóór 2012 zo in te richten dat:

- Door de juiste persoon, tijdig, de juiste medicatie op de juiste wijze in het Elektronisch Voorschrift Systeem (EVS) wordt voorgeschreven, klaargemaakt en toegediend.
- Overdrachtsmomenten tot een minimum zijn terug gebracht.
- Bij opname en ontslag een actueel geautoriseerd medicatieoverzicht beschikbaar is.

Er zijn 3 multidisciplinaire werkgroepen geformeerd die hiermee aan de slag zijn.

#### Patiëntveiligheid

Het IJsselland Ziekenhuis participeert in SRZ verband in het landelijke programma Veiligheidsmanagementsysteem. Door gezamenlijk in de regio op te trekken wordt beoogd de patiëntveiligheid te vergroten. In het landelijke programma zijn tien thema's vastgesteld, waarop in termen van het terugdringen van vermijdbare schade veel winst valt te behalen.

Voor bijna alle genoemde thema's zijn inmiddels werkgroepen geformeerd en/of zijn artsen/medewerkers voor participatie benaderd. De stuurgroep PatiëntVeiligheidsSysteem monitort de voortgang. De werkwijze en aanpak is voor de meeste werkgroepen gelijk en bestaat tenminste uit de volgende stappen:

1. Organisatie: formeren werkgroep per inhoudelijke thema.
2. Advies: de stuurgroep adviseert over toepassing van het themabundel binnen het IJsselland Ziekenhuis.
3. Aanpak: beschrijven van een aanpak van de gekozen oplossingen, de interventies en realisatie er van.
4. Realisatie: uitvoering en realisatie binnen het ziekenhuis en betrokken afdelingen.
5. Terugkoppeling: monitoren en in stand van houden van de processen en resultaten en terugkoppelen aan het landelijke programma.

Omdat binnen het landelijk programma is gekozen voor een stapsgewijze aanpak van de thema's bevindt een aantal thema's zich in de implementatie fase en andere thema's zich in de ontwikkelfase.

1. Voorkomen van wondinfecties na een operatie: interventies zijn geïmplementeerd.
2. Voorkomen van lijnsepsis en behandeling van ernstige sepsis: implementatiefase.
3. Vroege herkenning en behandeling van de vitaal bedreigde patiënt: realisatiefase. Verpleegkundigen worden geschoold op vroegtijdige herkenning van de vitaal bedreigde patiënt. In 2010 vond een succesvolle pilot plaats op een verpleegafdeling. Op dit moment vindt uitrol plaats.
4. Medicatieverificatie bij opname en ontslag: wordt meegenomen in de Taskforce.
5. Kwetsbare ouderen: pilotfase.
6. Voorkomen van nierinsufficiëntie bij intravasculair gebruik van jodiumhoudende middelen: realisatiefase.
7. Verwisseling van en bij patiënten: afgerond.
8. High Risk Medicatie, klaarmaken en toedienen van parenteralia: realisatiefase.
9. Vroege herkenning en behandeling van pijn: realisatiefase.
10. Optimale zorg bij Acute Coronaire Syndromen: organisatiefase.

#### Melden en analyseren van incidenten

In 2010 is op alle verpleegafdelingen gestart met 'Veilig Incident Melden' (VIM). Incidenten worden in principe op afdelingsniveau gemeld en door het betreffende VIM-team opgepakt en geanalyseerd waarna verbeteracties worden ingezet. Ernstige meldingen worden doorgestuurd aan de meldingscommissie. Voorbeelden van verbeteracties die zijn ingezet zijn onder andere het dragen van 'niet storen' hesjes tijdens de medicatierondes en het aanleveren van koelkastproducten vanuit de apotheek in een koelbox. Eind 2010/begin 2010 zijn ook de

medewerkers en VIM-teams van de poliklinieken, paramedici en SEH geïnstrueerd om met VIM te starten.

Met prospectieve risicoanalyse wordt in 2011 een start gemaakt.

#### Medische staf

De Vereniging Medische Staf is in het najaar 2008 gestart met IFMS. Dit staat voor Individueel Functioneren Medisch Specialisten en is een systeem dat bedoeld is om het eigen functioneren van specialisten te evalueren. Eind 2010 heeft ongeveer 40% van de stafleden een gesprek gehad in het kader van het IFMS. Ook zijn er nieuwe auditoren opgeleid om de IFMS gesprekken af te nemen. Er zijn nu 10 medisch specialisten actief als auditor voor het IFMS.

In 2009 is gerealiseerd dat alle maatschappen hun complicatieregistratie digitaal kunnen registreren in SAP, het ziekenhuisinformatiesysteem. In 2010 zijn daadwerkelijk alle maatschappen hun complicaties gaan registreren in SAP. Ook de maatschap besprekingen rondom de complicaties heeft zijn intrede gedaan bij de maatschappen waar dit nog niet standaard plaats vond.

In 2010 zijn de volgende vakgroepen gevisiteerd: kindergeneeskunde, anesthesiologie, heekunde (kwaliteitsvisitatie in combinatie met opleidingsvisitatie), MDL. Daarnaast zijn in 2010 de visitatierapporten van oncologie, kindergeneeskunde, heekunde, revalidatie, medische microbiologie, urologie, anesthesiologie besproken in de vergadering van het Bestuur Vereniging Medische Staf en Raad van Bestuur

#### Medische opleidingen

Op het gebied van opleidingen tot medisch specialist beschikt het IJsselland Ziekenhuis over erkenningen voor de heekunde, interne geneeskunde, klinische chemie en klinische psychologie. Het IJsselland Ziekenhuis verzorgt stages in het kader van de opleiding tropengeneeskunde, ouderengeneeskunde en SEH-arts (anesthesiologie stage). Daarnaast zijn in het IJsselland Ziekenhuis co-assistenten werkzaam voor de specialismen interne geneeskunde, heekunde, neurologie en gynaecologie als mede huisartsen in opleiding.

#### Trials

Het IJsselland Ziekenhuis participeert op dit moment in ongeveer 31 trials. In 2010 startten er 14 nieuwe en werden 22 trials gesloten. De nieuw gestarte trials lopen op het gebied van interne geneeskunde, chirurgie, gynaecologie, cardiologie en interne/MDL.

#### *4.5.2 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. In 2010 hebben zich 104 klagers bij de Patiëntenvoorlichting gemeld. Hiervan kreeg 66% een vervolg bij de klachtenfunctionaris of de onafhankelijke klachtencommissie.

De patiënt kan 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 2010 190 klachten of verzoeken om informatie bemiddeld, waarvan er 176 naar tevredenheid van de klager door de functionaris zijn afgehandeld. In 2010 is het aantal klachten of verzoeken om

informatie met 9 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 2010 42 klachten ingediend, waarvan 21 in behandeling zijn genomen. Twaalf klachten zijn doorgestuurd naar de klachtenfunctionaris en 9 klachten zijn niet in behandeling genomen. 17 klachten zijn in 2010 afgehandeld en 4 zijn nog in behandeling. Het aantal klachtonderdelen dat gegrond is verklaard is 9. De commissie heeft drie keer een aanbeveling uitgebracht aan de Raad van Bestuur.

#### 4.5.3 Toegankelijkheid

Hieronder zijn de toegangstijden in weken weergegeven van december 2010.

##### *Toegangstijd polikliniek*

1. Cardiologie		0
2. Chirurgie algemeen		1
3. Dermatologie		3.5
4. Gastro-enterologie (maag-, darm-, leverarts)		2
5. Gynaecologie algemeen		2
6. Interne geneeskunde algemeen		4
7. Kaakchirurgie		2
8. Keel-, neus-, en oorheelkunde		1
9. Kindergeneeskunde algemeen		0
10. Klinische geriatrie		3
11. Longziekten		1
12. Neurologie		1
13. Oogheelkunde		3
14. Orthopedie		2
15. Pijnbestrijding/ anesthesiologie		2
16. Plastische chirurgie		2
17. Pre-operatieve polikliniek anesthesiologie (POPA)		1
18. Revalidatie		3
19. Urologie		1

Voor alle behandelingen viel de wachttijd in 2010 binnen de gestelde Treeknormen. Hieronder volgt een overzicht van de wachttijd in december 2010

##### *Wachttijd behandeling*

1. Spataderen (chirurgie)		3
2. Liesbreuk (chirurgie)		3
3. Galblaas (chirurgie)		3
4. Sterilisatie man (urologie)		1
5. Prostaatoperatie/ prostaatacarcinoom (urologie)		1
6. Totale heup operatie (orthopedie)		5
7. Kijkoperatie knie (orthopedie)		4
8. Totale knie operatie (orthopedie)		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)		4

15. Carpaal tunnel syndroom (chirurgie)		4
16. Sterilisatie vrouw (gynaecologie)		2
17. Baarmoederverwijdering (gynaecologie)		2
18. Neus-, en/of keelamandelen (keel-, neus-, en oorheelkunde)		2
19. Oorbuisjes (keel-, neus-, en oorheelkunde)		2
20. Neustussenschot (keel-, neus-, en oorheelkunde)		3
21. Staaroperatie (oogheelkunde)		6

Ook de geregistreerde wachttijden tot diagnostiek vielen binnen de treeknormen. De gemiddelde wachttijd voor een MRI-scan en een CT-scan bedroeg in december 2010 2 weken.

#### 4.5.4 *Patiënttevredenheid en patiëntenparticipatie*

##### Patiënttevredenheid

Alle patiënten ontvangen aan het eind van een klinische opname een tevredenheidsenquête. In 2010 namen ruim 4000 patiënten de moeite om deze in te vullen. Het rapportcijfer dat deze patiënten gemiddeld aan het ziekenhuis toekenden, was 7.98. De uitkomsten van de enquêtes worden verwerkt in pluimen en verbeterpunten op ziekenhuis- en op afdelingsniveau.

In 2010 is een groot tevredenheidsonderzoek op alle poliklinieken en functieafdelingen voorbereid. Er is een vragenlijst ontwikkeld en in persoonlijk contact -met 17 patiënten- van tevoren getest. Het totale onderzoek gaat 1,5 jaar duren (november 2010 – april 2012). In 2011 wordt de vragenlijst voor de functieafdelingen ontwikkeld en in gebruik genomen.

Een tevredenheidsonderzoek voor de Dagopname Geriatrie, in de vorm van een enquête, is medio 2010 ontwikkeld en in gebruik genomen. Eind 2010 zijn de resultaten op basis van de eerste 20 patiënten geanalyseerd en gerapporteerd. De afdeling heeft actie ondernomen op de gerapporteerde verbeterpunten.

##### Patiëntenparticipatie

Het IJsselland Ziekenhuis is van mening dat het ziekenhuis en medewerkers veel van patiënten kunnen leren omdat zij ons een spiegel kunnen voorhouden. Daarom hecht het IJsselland Ziekenhuis aan de toepassing van methoden om patiëntenparticipatie te bevorderen.

In 2010 vond onder patiënten een evaluatie plaats van het zorgprogramma Collum care bij patiënten en hun contactpersonen. Patiënten, die in die periode met een gebroken heup in het ziekenhuis werden opgenomen, kregen bij hun ontslag een vragenlijst mee. Het hele proces van SEH tot vervolgrevalidatie na ontslag werd voorlichtingskundig geëvalueerd. Voorlichtingsfolder, voorlichtingsfilm en de fysiotherapie-oefenkaarten werden door patiënten en contactpersonen beoordeeld.

In 2010 vond een groot schaduwonderzoek plaats van patiënten die het preoperatieve plein bezoeken. Er is met 23 patiënten meegelopen tijdens alle afspraken, gesprekken en baliecontacten tot aan de operatiekamer. Om zo een nauwkeurig beeld te krijgen van alle knelpunten waarmee de patiënt gedurende het gehele preoperatieve traject geconfronteerd wordt. In het onderzoek lag het accent op informatievoorziening en overdracht van informatie tussen professionals onderling.

In samenwerking met de Nurse Practitioner Cardiologie en de teamleider van de polikliniek, is een groepsconsult hartfalen opgezet en in de praktijk getest. Op basis van de ervaringen is de inhoud van de groepsvoorlichting bijgesteld en zijn organisatorische aanpassingen doorgevoerd.

#### 4.5.5 Voorlichting

Het IJsselland Ziekenhuis hecht grote waarde aan het informeren en voorlichten van patiënten en bezoekers.

##### Voorlichtingsmateriaal

Schriftelijke voorlichting in de vorm van patiëntenfolders. Het IJsselland Ziekenhuis beschikt inmiddels over ruim 650 folders. In 2010 zijn 54 nieuwe folders geschreven en 159 folders geactualiseerd. Alle folders zijn ook op de website beschikbaar. Totaal werden in 2010 162.342 folders aan patiënten uitgereikt.

Een medische startpagina op de website van het ziekenhuis is volledig geactualiseerd en bevat 200 webverwijzingen. Patiënten die zich via internet willen oriënteren op hun ziekte of aandoening kunnen terecht voor een internet advies.

##### Voorlichtingsactiviteiten

- De open dag voor zwangere vrouwen. Deze vond in 2010 twee keer plaats. In totaal bezochten ongeveer 400 personen deze dagen.
- Informatieavonden borstvoeding: deze avonden worden zowel op de hoofdlocatie in Capelle aan den IJssel als op de buitenpolikliniek Nesselande gehouden. Er werden totaal circa 23 voorlichtingsavonden georganiseerd en bijgewoond door in totaal circa 450 zwangere vrouwen en partners.
- Het Inloopspreekuur van 'De Wervelkolom' vond in 2010 tien maal plaats. Er werden in totaal circa 15 patiënten en partners ontvangen, geïnformeerd en geadviseerd door een ervaringsdeskundige ten aanzien van het omgaan met rugklachten.
- 'Lotgenotencontact op afspraak' door ervaringsdeskundigen. Patiënten en partners die met een ervaringsdeskundige in contact willen komen om te praten over vermoeidheid & kanker of over diabetes, worden door Patiëntenvoorlichting in contact gebracht met vaste ervaringsdeskundigen die werken namens de betreffende patiëntenorganisatie. Op een gezamenlijk afgesproken moment treffen zij elkaar op de afdeling Patiëntenvoorlichting. In 2010 heeft 10 keer een gesprek plaatsgevonden over diabetes en er was één gesprek tussen een patiënt en de ervaringsdeskundige over vermoeidheid en kanker.
- In 2010 vonden informatieavonden voor patiënten plaats over de volgende onderwerpen:
  - Urine-incontinentie en verzakking.
  - Hormonale therapie bij kanker.
  - Prostaatkanker.
  - Opereren door een sleutelgat (Open Dag Nesselande).

Aan de balie van de Patiëntenvoorlichting zijn in 2010, 4200 vragen gesteld. Via de email kwamen 187 vragen binnen.

## 4.6 Kwaliteit ten aanzien van medewerkers

### 4.6.1 Personeelsbeleid

#### Sociaal Plan

Het sociaal beleid in het IJsselland Ziekenhuis is er op gericht om op adequate en zorgvuldige wijze in te kunnen spelen op een eventuele toekomstige organisatiewijziging of reorganisatie ten gevolge van een organisatiewijziging. Het ziekenhuis acht het van groot belang dat bij veranderingen optimaal recht wordt gedaan aan de continuïteit van de bedrijfsvoering, maar uiteraard ook aan de (rechts)positie van de werknemers. Hiertoe is in 2007 het eerste Sociaal Plan geschreven en overeengekomen met de vakbonden, met een looptijd van drie jaar. Het Sociaal Plan 2007 – 2010 verliep in oktober 2010. In het najaar heeft een gesprek over verlenging van het Sociaal Plan plaatsgevonden met vier vertegenwoordigers van werknemersorganisaties. De ondernemingsraad van het ziekenhuis was hierbij als toehoorder

aanwezig. In de bespreking kwam een aantal technische en tekstuele wijzigingen aan de orde. Het standpunt en inzicht met betrekking tot de inhoud van het Sociaal Plan is voor wat betreft het ziekenhuis niet gewijzigd ten opzichte van de in 2007 met de vakbonden overeengekomen versie. Ten tijde van het schrijven van dit maatschappelijk verslag zijn de besprekingen nog niet afgerond. Afsproken is, dat het Sociaal Plan 2007 – 2010 van kracht blijft tot de ondertekening van het nieuwe document.

#### Gedragscode bij relaties op het werk

Soms ontstaan op de werkvloer relaties die verder gaan dan vriendschap. Een relatie op de werkvloer vraagt om heldere afspraken ter voorkoming van misverstanden en problemen. Het IJsselland Ziekenhuis respecteert de persoonlijke levenssfeer van de in het ziekenhuis werkzame personen. Het recht op privacy van een medewerker kan alleen dan worden begrensd wanneer de werkgever daartoe een gerechtvaardigd belang heeft. De werkgever heeft als taak en verantwoordelijkheid bedrijfsrisico's in kaart te brengen en aan te pakken. Een relatie op de werkvloer is in het IJsselland Ziekenhuis aangeduid als een bedrijfsrisico. In 2010 is hiervoor een gedragscode bij relaties op het werk ontwikkeld.

#### Verzuimbeleid

Het verzuimpercentage van het IJsselland Ziekenhuis over het jaar 2010 is uitgekomen op 3,6%. Hiermee heeft het IJsselland Ziekenhuis een goede performance op het gebied van verzuim en kan zich met de besten uit de branche meten. Het management, de arbodienst en de afdeling P&O zijn actief betrokken bij de reïntegratie van zieke medewerkers en het voorkomen van arbeidsverzuim en arbeidsongeschiktheid. Voor de komende jaren zal met preventieve maatregelen worden getracht het verzuim verder te reduceren. Gedacht wordt hierbij aan het inzetten van een vitaliteitscan.

#### Eigen risico dragerschap

Omdat het IJsselland Ziekenhuis in januari 2009 eigen risico drager is geworden voor de WGA is de afdeling P&O bezig met het opstellen van actueel reïntegratiebeleid.

#### Verbetering personeel- en salarisadministratie

In 2010 is een werkgroep ingesteld met als doel de meest kritische processen binnen de personeel- en salarisadministratie door te lichten. De werkgroep heeft voorstellen geformuleerd tot verbetering en aanscherping van werkprocessen en procedures. Daardoor ontstaat er een duidelijkere functiescheiding tussen de personeels- en salarisadministratie. De verbeterpunten zullen in 2011 worden ingevoerd.

#### SRZ Samenwerkingsverband

De Raden van Bestuur van de bij de Stichting Samenwerkende Rijnmond Ziekenhuizen aangesloten ziekenhuizen onderstrepen door ondertekening van het convenant "Samenwerken, samen opleiden" het grote belang dat zij hechten aan het waarborgen van continuïteit in het leveren van kwalitatief goede zorg door gespecialiseerde medewerkers binnen een krappe arbeidsmarkt. Door ondertekening van dit convenant heeft het IJsselland Ziekenhuis de intentie uitgesproken een actieve en stimulerende bijdrage te zullen leveren aan de afspraken die in dit convenant worden vastgelegd. Het IJsselland Ziekenhuis participeert in SRZ verband in werkgroepen gericht op de arbeidsmarktcommunicatie, imago zorg, opleiding zorgpersoneel en inhuur van gespecialiseerd personeel via detacheringsbureaus.

#### Werving en Selectie

De afdeling P&O is in 2010 begonnen het werving & selectieproces te evalueren en intern verbeteringen door te voeren op het gebied van efficiëntie en zorgvuldigheid. Daarnaast wil de afdeling P&O ook meer aansluiting gaan vinden bij doelgroepen die tot nu toe onvoldoende aangesproken worden, met name de jongere beroepsbevolking.

### Opleidingen

Het IJsselland Ziekenhuis biedt een breed scala aan opleidingsmogelijkheden voor medische, verpleegkundige en medisch ondersteunende beroepen.

Onderwijsinstellingen op WO-, HBO- en MBO-niveau hebben het IJsselland Ziekenhuis door middel van accreditatie als erkend leerbedrijf gekwalificeerd. Interne opleidingen en bijscholingen worden op maat ontwikkeld om medewerkers en management in staat te stellen competenties te verwerven en te verbeteren, die bijdragen aan het realiseren van de kwaliteit van de dienstverlening.

Voorbeelden hiervan zijn onder andere themabijeenkomsten bejegening, inloopmarkten verpleegkundige en voorbehouden handelingen, methodische werkbegeleiding en basisregistratie.

Aantallen leerlingen in het IJsselland Ziekenhuis per 31-12-2010:

	Aantal	FTE
1e jaars leerling verpleegkundige MBO	7	7,00
2e jaars leerling verpleegkundige MBO	14	13,00
3e jaars leerling verpleegkundige HBO	5	4,44
3e jaars leerling verpleegkundige MBO	14	13,67
4e jaars leerling verpleegkundige HBO	2	1,78
4e jaars leerling verpleegkundige MBO	4	3,56
diabetes verpleegkundige in opleiding	1	0,44
leerling anesthesie medewerker	3	3,00
leerling cardiologie-assistent	4	3,22
leerling doktersassistent	12	10,11
leerling endoscopie assistent	2	1,78
leerling medisch nucleair werker	1	0,89
leerling operatie assistent chirurgie	6	6,00
leerling radiologisch laborant	6	5,44
nurse practitioner in opleiding	3	2,78
pré-klinische leerling operatie assistent	4	4,00
pré-klinische leerling radiologische laborant	2	2,00
pré-klinische leerling verpleegkundige MBO	17	17,00
verpleegkundige in opleiding geriatrie	2	1,83
verpleegkundige in opleiding HCN	1	0,89
verpleegkundige in opleiding IC/CCU	5	4,78
verpleegkundige in opleiding kinderaantekening	4	3,78
verpleegkundige in opleiding obstetrie/gynaecologie	2	1,89
verpleegkundige SEH in opleiding	7	6,22
Totaal	128	119,50

#### 4.6.2 *Kwaliteit van werk*

##### Risico inventarisatie & Evaluatie (RI&E)

In 2010 zijn plannen van aanpak vanuit de RI&E geactualiseerd. Voor een enkele afdeling is een nieuwe inventarisatie uitgezet. Dit betroffen met name afdelingen die nog niet eerder bevestigd zijn of waarvan de werklocatie of de werkzaamheden gewijzigd zijn. Vanuit deze nieuwe inventarisaties zijn geen grote knelpunten naar voren gekomen. Om borging te creëren worden er periodiek arbo audits gehouden. De basis hiervoor vormt het plan van aanpak van de betreffende afdeling in combinatie met algemene arbo risico's.

#### Medewerkersonderzoek

Bij de toetsing van de RI&E is gebleken dat het onderwerp welzijn onvoldoende in kaart is gebracht. Om welzijn en beleving van de arbeid toch in kaart te brengen is er in 2010 door een extern bedrijf een medewerkersonderzoek gehouden. De respons van het onderzoek van het gehele ziekenhuis is 45,4 %.

Naar aanleiding van dit onderzoek zijn er 55 rapportages gegenereerd over verschillende lagen van de organisatie (op zowel management- als afdelingsniveau). Door P, O & O is ondersteuning geboden aan de afdelingen om de uitkomsten van deze rapportages in de jaarplannen te verwerken.

#### Fysieke belasting

In 2010 zijn twee ergotherapeuten en twee fysiotherapeuten opgeleid tot trainer fysieke belasting. Zij zijn nu in staat de basis opleiding en nascholingen van de ergocoaches te geven. In 2010 zijn er 4 bijeenkomsten als nascholing voor de ergocoaches geweest waarbij de ondersteunende diensten een aparte bijeenkomst hadden. In 2011 zullen er nieuwe ergocoaches opgeleid worden.

#### Bedrijfshulpverlening (BHV)

In 2010 is ervoor gekozen om te wijzigen van aanbieder van de opleiding BHV en nascholing. Hierdoor is de opleiding meer gericht op het ziekenhuis waardoor er een groter draagvlak onder de BHV-ers ontstaat. De medewerkers voelen zich veiliger nu er reële situaties nagebootst worden. Naast de BHV scholing zijn er ook weer 5 ontruimingsoefeningen geweest op een leegstaande unit voor niet BHV geschoolde medewerkers. Deze oefening is door 115 personen gevolgd. Het aantal BHV-ers is ongeveer gelijk gebleven. Het ontruimings- en noodplan is in 2010 herschreven en ook alle afdelingsspecifieke ontruimingsplannen zijn geactualiseerd. In 2010 heeft er op de operatiekamer een BHV oefening plaats gevonden. Deze oefening is zowel door de assistenten als de specialisten bezocht. In totaal hebben 42 medewerkers aan deze oefening deel genomen.

#### Werkplekonderzoeken

In 2010 zijn er 38 werkplekonderzoeken uitgevoerd door de ergotherapeute en arbo assistent. Deze zijn zowel preventief als klachtengerelateerd aangevraagd door de bedrijfsarts of de leidinggevende. De uit deze onderzoeken voortvloeiende aanbevelingen zijn opgevolgd. Op een van de locaties is een klimaatonderzoek uitgevoerd waarvan de aanbevelingen nog uitgevoerd dienen te worden.

#### Beleid

In 2010 is een start gemaakt met het obesitasbeleid. Dit beleid richt zich op de fysieke belasting van medewerkers bij de verzorging en het verplaatsen van obese patiënten. Dit beleid zal in 2011 afgerond en geïmplementeerd worden.

In 2010 is de procedure veilige zorg van kracht geworden. Hiermee is vastgelegd op welke wijze er in het IJsselland Ziekenhuis omgegaan wordt met agressie en geweld tegen medewerkers. Hieraan gekoppeld zijn de gedragsregels in het gehele ziekenhuis verspreid en op duidelijk zichtbare plaatsen opgehangen.

### **4.7 Samenleving**

Het IJsselland Ziekenhuis 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.

#### 4.7.1 Milieu

Door de tijdelijke afwezigheid van een milieufunctionaris is in 2010 begonnen met een inhaalslag. Er is in de beginperiode vooral aandacht besteed aan het op een centraal punt verzamelen van de aanwezige documentatie zoals meetresultaten, registraties en instructies, het inventariseren van nieuwe milieuacties en het voldoen aan de wettelijke voorschriften die zijn vastgelegd in de milieuvergunning van het ziekenhuis. In 2010 zijn diverse milieuactiviteiten uitgevoerd zoals afvalscheiding, energie- en waterbesparing en beheer van milieugevaarlijke stoffen.

De milieu-/energiefunctionaris wordt bij zijn werkzaamheden ter zijde gestaan door een Milieuteam en milieuambassadeurs op de diverse afdelingen. Het Milieuteam bestaat uit vertegenwoordigers van de verpleegafdeling (een teamleider), de polikliniek en de milieurelevante afdelingen Catering, Inkoop & Logistiek, Beheer en het AKL. Verder maakt de arbocoördinator deel uit van het Milieuteam.

De milieu-/energiefunctionaris heeft een meerjarig bedrijfsmilieuplan en een milieujaarplan voor 2011 opgesteld. Het meerjarig Bedrijfsmilieuplan is een voortzetting van de initiële milieubeoordeling die in 2003 een beeld gaf van de actuele stand van zaken van de milieuaspecten op dat moment.

#### Energie en water

In onderstaande tabel is het energie- en waterverbruik te zien over de afgelopen jaren.

Tabel 1: Het energieverbruik inclusief water over de jaren 2007 tot 2010:

	2007	2008	2009	2010
<b>Gas</b>	603.707	965.836	914.223	932.315
<b>Elektra</b>	5.721.131	6.143.778	6.049.287	6.086.335
<b>Water</b>	66.155	73.974	74.567	61.098

#### Gas

Het gasverbruik is in 2010 met 6,6% toegenomen ten opzichte van 2009. Uitgaande van het grote aantal graaddagen in 2010 is het gasverbruik echter flink afgenomen ten opzichte van 2009, namelijk met 9,2%. De trend zet zich door, want ten opzichte van 2008 leverde 2009 een daling op van 6,1%. Door een defecte gasmeter moest voor de maanden augustus, september en oktober een extrapolatie worden toegepast: de verbruiken zijn gerelateerd aan die van dezelfde maanden in 2009 met een verhoging van 5%.

#### Elektra

Het elektriciteitsverbruik in 2010 laat een lichte toename zien ten opzichte van 2009 met 0,8%. De aanvraag voor koudelevering was met 8.435 GJ 9,5% lager dan in 2009. De verwachting dat de prognose van 8.000 GJ ongeveer zou worden gehaald, kwam daarmee redelijk uit. Ten opzichte van 2009 is vooral winst geboekt in de eerste drie maanden van 2010 en in de maanden september. De maanden juni en augustus laten nog een flink verbruik van koude zien, terwijl juli verhoudingsgewijs is afgenomen. In totaliteit is het verbruik van koude teruggebracht naar het niveau van 2008.

#### Drinkwater

Het waterverbruik is in 2010 met 18% afgenomen tot 61.000 m<sup>3</sup> ten opzichte van 2009. Voor een deel is deze daling te verklaren met het minder spoelen in verband met legionella dankzij het gebruik van de koper zilver installatie. Een andere besparingsmaatregel is de nieuwe manier van wassen van patiënten waarbij weinig water wordt gebruikt.

### *Afval*

De totale omvang van het restafval bedroeg in 2010 492.419 kilogram. In 2009 bedroeg dit 416.517 kilogram. Een aantal van de afvalfracties zijn percentueel toegenomen in 2010. Dat is een trend die toe te schrijven is aan de productietoename. Een goede ontwikkeling is dat er minder medicijnafval geproduceerd is. Het chemisch afval is over de hele linie ook afgenomen. Daarentegen is het grof bedrijfsafval inclusief hout en ander brandbaar bedrijfsafval flink toegenomen.

#### *Scheiden van kunststof verpakkingsmateriaal*

In november/december heeft een proef gedraaid met het inzamelen van diverse soorten plastic. Het hoofd Inkoop & Logistiek heeft dit samen met de milieu-/energiefunctionaris opgezet op één verpleegafdeling, het AKL en het personeelsrestaurant. De respons en medewerking was goed en de proef is op het AKL en het personeelsrestaurant in 2011 voortgezet. Op de verpleegafdeling is de proef stopgezet wegens logistieke problemen met de opslag en het interne transport van de afvalzakken.

#### *4.7.2 Open dag*

Een bijzondere activiteit om te noemen was de landelijke open dag op zaterdag 19 maart 2010. Op deze dag stelde de ziekenhuizen de deuren open voor bezoekers. In het IJsselland Ziekenhuis namen 2200 bezoekers een kijkje achter de schermen. Hiervan namen 812 mensen namen deel aan een rondleiding, onder meer over de operatieafdeling en het laboratorium. De dag was zeer geslaagd.

#### *4.7.3 Bijeenkomst maatschappelijke verantwoording*

Begin juli organiseerde het IJsselland Ziekenhuis, in het kader van *good governance*, voor de eerste keer een bijeenkomst 'Met zorg verantwoord'. Tijdens deze bijeenkomst legde het ziekenhuis maatschappelijke verantwoording af over 2009. Aan samenwerkingspartners, stakeholders en belanghebbenden werd een toelichting gegeven op het jaarverslag.

## **4.8 Financieel beleid**

Het financieel beleid van het IJsselland Ziekenhuis is enerzijds gericht op het behalen van een rendement van 2%, om toekomstige investeringen zeker te stellen. Anderzijds is het gericht op het beter beheersbaar krijgen van het resultaat door op meer detail en dieper in de organisatie te laten sturen op resultaat (overigens niet alleen in financiële zin). In 2010 is in beide opzichten een beter resultaat bereikt.

#### *4.8.1 Resultaat 2010 ten opzichte van 2009*

Het financieel beleid van het IJsselland Ziekenhuis is gericht op enerzijds een rendement van 2% te behalen om toekomstige investeringen zeker te stellen. Anderzijds is het gericht op het beter beheersbaar te krijgen van het resultaat door op meer detail en dieper in de organisatie te laten sturen op resultaat (overigens niet alleen in financiële zin). In 2010 is in beide opzichten een beter resultaat bereikt.

#### **Resultaat 2010 t.o.v. 2009**

Het resultaat is met ruim 2 mln. gestegen naar 3,9 miljoen. Dit is bij een omzet van 114 mln. een rendement van 3,4%.

Bij een productiestijging van 4% zijn de opbrengsten sterker gestegen dan de kosten. Het sturen om deze ontwikkeling voor de toekomst vast te houden blijft de aandacht van het management vergen.

*4.8.2 Beheersing*

De beheersing is verder verbeterd door inzicht in de kostenontwikkeling en het resultaat per DBC en de casemix (gewogen resultaat van DBC's) per vakgroep. In 2011 en verder jaren zal de sturing hierop verder worden ontwikkeld.



**Bijlage 1 Raad van Toezicht**

<b>Naam</b>	Dhr. 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>	Dhr. mr. drs. G. Brouwer	Nevenfuncties
Functie	Lid	Voorzitter Rotterdamse Kunststichting
Functie dagelijks leven	Zelfstandig ondernemer	Voorzitter welzijnsstichting Helgroep
Zittingstermijn t/m	2012, niet herbenoembaar	Voorzitter Stichting Pierre Bayle monument
Bezoldiging	€ 8.500	
<b>Naam</b>	Mw. 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" (tot medio 2010)
Zittingstermijn t/m	2013, niet herbenoembaar	Lid selectiecommissie Rechterlijke Macht
Bezoldiging	€ 8.500	
<b>Naam</b>	Dhr. P.G.M. Giezeman, RA	Nevenfuncties
Functie	Lid, voorzitter auditcommissie	Penningmeester agrarische natuurvereniging "weide en waterpracht"
Functie dagelijks leven	Zelfstandig adviseur	Penningmeester St. Landschapsfonds Alphen aan den Rijn e.o.
Zittingstermijn t/m	2012, niet herbenoembaar	Extern lid auditcommissie productschap tuinbouw
Bezoldiging	€ 11.000	
<b>Naam</b>	Dhr. drs. J.H.A.A. Prins	Nevenfuncties
Functie	Lid	Voorzitter RvC Rabobank Rotterdam
Functie dagelijks leven	Directievoorzitter Kristal NV	Voorzitter St. tot Exploitatie Capelse Golf & Country Club
Zittingstermijn t/m	2013, niet herbenoembaar	Bestuurslid St. Stuurgroep Experimentele Volkshuisvesting
Bezoldiging	€ 8.500	
<b>Naam</b>	Mw. A.L. van Staa, MD, MA, RN	Nevenfuncties
Functie	Lid	Redacteur Kwalon & docent Platform Kwalon
Functie dagelijks leven	Lector, Hogeschool Rotterdam en Universitair docent Erasmus Univ.	Bestuurslid St. Leerhuizen Palliatieve Zorg (Laurens)
Zittingstermijn t/m	2011, herbenoembaar	
Bezoldiging	€ 8.500	
<b>Naam</b>	Dhr. prof. dr. W.P.M.M. van de Ven	Nevenfuncties
Functie	Lid, lid auditcommissie	Lid redactiecommissie diverse wetenschappelijke tijdschriften
Functie dagelijks leven	Hoogleraar sociale ziektekostenverzekering, Erasmus Universiteit	Lid vertrouwenscommissie Thuiszorg Rotterdam

Maatschappelijk verslag 2010 – IJsselland Ziekenhuis

Zittingstermijn t/m	2011, herbenoembaar		Plv. voorzitter RvT Waarborgfonds voor de Zorg
Bezoldiging	€ 8.500		

