



Jaarverslag 2018

Mei 2019

| | |
|---|-----------|
| Introductie | 3 |
| 1. Het IJsselland Ziekenhuis | 4 |
| 2. Ontwikkelingen 2018 | 8 |
| 3. Focus 2018 | 10 |
| 4. Kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid in 2018 | 14 |
| 5. Financiële informatie 2018 | 17 |
| 6. Vooruitblik 2019 | 19 |
| Bijlage 1: Jaarverslag 2018 Raad van Toezicht | 20 |

Introductie

Wij zijn trots op wat onze professionals iedere dag weer laten zien. We zien passie voor het vak, professionaliteit en bovenal warmte en nabijheid als het gaat om patiëntenzorg. Patiënten geven ons ziekenhuis en daarmee dus de collega's het cijfer 8 (2019). Trots zijn wij ook op de manier waarop iedereen zich inzet in deze hectische tijden in de ziekenhuiszorg. De zorgvraag neemt toe, ziektebeelden worden complexer, er is schaarste aan personeel en de beschikbare budgetten worden steeds krappere. Tegelijkertijd worden hoge eisen gesteld aan de kwaliteit van zorg en bevat het hoofdlijnenakkoord aanwijzingen die niet vrijblijvend zijn. Tegen deze achtergrond hebben wij in 2018 een elektronisch patiëntendossier in gebruik genomen, de Havenpolikliniek mede opgezet, samenwerking met Erasmus MC voorbereid en is een omvangrijke renovatie gestart – alles met de patiënt als uitgangspunt en onze medewerkers als dragend fundament. In het jaarverslag 2018 brengen wij verslag uit over deze en andere activiteiten die het IJsselland Ziekenhuis in 2018 heeft ontplooid.

De Raad van Bestuur

Algemene identificatiegegevens

Naam verslag leggende rechtspersoon
Adres

Stichting IJsselland Ziekenhuis
Prins Constantijnweg 2
2906 ZC Capelle aan den IJssel
Postbus 690
2900 AR Capelle aan den IJssel

Telefoonnummer

010-2585000

Website

www.yssl.nl

Twitter

@ijssellandzhs

Facebook

<https://nl-nl.facebook.com/ijssellandzhs>

E-mail adres

communicatie@yssl.nl

Nummer Kamer van Koophandel

41128994

1. Het IJsselland Ziekenhuis

Het IJsselland Ziekenhuis is een algemeen regionaal ziekenhuis en biedt een breed aanbod aan medisch specialistische zorg. Onze focus ligt op het samen werken aan de best denkbare zorg voor elke patiënt en zijn naasten. De hoofdvestiging ligt in Capelle aan den IJssel. Het ziekenhuis heeft buitenpoliklinieken in Rotterdam Nesselande en Krimpen aan den IJssel en verzorgt sinds 1 oktober 2017 poliklinische zorg voor zes specialismen in de Havenpolikliniek in Rotterdam centrum. Als algemeen ziekenhuis bedienen wij in eerste instantie onze directe omgeving, die in vaktermen het adherentiegebied heet (zie figuur 1). Het adherentiegebied omvat Capelle aan den IJssel, Krimpen aan den IJssel, Nieuwerkerk aan den IJssel, de Krimpenerwaard en de oostelijke kant van Rotterdam. Een uitzondering hierop vormt de MDL-zorg die een duidelijke bovenregionale functie kent. Maag-, darm en leverzorg (MDL) is het speerpunt van het ziekenhuis. Op het gebied van MDL bieden wij topklinische zorg. Het adherentiegebied voor deze zorg is meer dan twee maal groter dan het adherentiegebied voor het reguliere zorgaanbod.



Figuur 1 Adherentiegebied IJsselland Ziekenhuis

1.1 Missie

De missie van het IJsselland Ziekenhuis, geformuleerd in het DNA traject van 2016, luidt: 'Elke dag en elk moment samen werken aan de best denkbare zorg voor elke patiënt en zijn naasten'. In 2018 is een multidisciplinair strategieteam geformeerd dat een traject begeleidde om deze missie ter vertalen naar een ambitieuze visie en een meerjarenstrategie. U leest meer over de nieuwe visie en meerjarenstrategie in hoofdstuk 6 van dit jaarverslag.

1.2 Kerncijfers 2018

In de tabel op de volgende pagina is een aantal kerncijfers opgenomen dat een beeld geeft van de klinische en poliklinische afdelingen binnen het IJsselland Ziekenhuis.

| Kerncijfers 2018 | |
|----------------------------------|-----------|
| Polikliniek | |
| Totaal aantal consulten | 275.270 |
| Unieke patiënten per specialisme | 100.807 |
| Kliniek | |
| Aantal bedden | 332 |
| Klinische opnamen incl. spoed | 16.789 |
| Dagbehandeling | 20.660 |
| Aantal klinische verpleegdagen | 88.142 |
| Gemiddelde ligduur | 4,9 |
| HSMR ¹ | 96 |
| Aantal medewerkers | 1892 |
| Aantal medisch specialisten | 151 |
| Ziekteverzuimpercentage | 5,57 |
| Resultaat | 2.847.952 |
| Solvabiliteit (EV/omzet) | 20,6 |

1.3 Bestuur en toezicht

Het IJsselland Ziekenhuis hecht vanzelfsprekend belang aan goed bestuur, degelijk toezicht en adequate verantwoording. De scheiding tussen bestuurlijke en toezichthoudende functies enerzijds en een goede samenwerking daartussen anderzijds zijn belangrijk. De Raad van Bestuur is belast met het besturen van het ziekenhuis. Dit houdt onder meer in dat de Raad van Bestuur verantwoordelijk is voor de realisatie van de doelstellingen van het ziekenhuis, de strategie en het beleid en de daaruit voortvloeiende resultatenontwikkeling en voor de kwaliteit en veiligheid van zorg. De Raad van Bestuur legt hierover verantwoording af aan de Raad van Toezicht. De Raad van Toezicht vervult de toezichthoudende functie.

De Governancecode Zorg 2017² vormt voor ons de norm voor goed bestuur en toezicht. Op 8 november 2018 heeft de Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd een inspectiebezoek gebracht aan het ziekenhuis. Tijdens dit bezoek spraken zij met vertegenwoordigers van de Raad van Toezicht, bestuur medische staf, lid VAR, de cliëntenraad en de voltallige Raad van Bestuur. De inspectie heeft vastgesteld dat de getoetste principes en elementen uit de Governancecode Zorg voldoende zichtbaar zijn in het IJsselland Ziekenhuis.

De beloning van de leden van de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht is overeenkomstig de regelgeving van de Wet Normering Topinkomens en wordt vastgesteld door de Raad van Toezicht. In de jaarrekening is hierover nadere informatie te vinden.

1.4 Medezeggenschap

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

- Bestuur Vereniging Medische Staf: vertegenwoordiging van de medisch specialisten verenigd in de Vereniging Medische Staf
- Ondernemingsraad: vertegenwoordiging van medewerkers
- Verpleegkundige Adviesraad: vertegenwoordiging van verpleegkundigen
- Cliëntenraad: vertegenwoordiging van patiënten

Deze organen geven gevraagd en ongevraagd advies aan de Raad van Bestuur over beleid en voorgenomen besluiten in het ziekenhuis. Zij leggen in eigen jaarverslagen verantwoording af over jaar 2018. In 2018 hebben naast formele (overleg)vergaderingen met de Raad van Bestuur, ook andere vergaderingen en bijeenkomsten plaatsgevonden. Zo zijn deze gremia

¹ [Toelichting HSMR](#)

² [Governancecode Zorg 2017](#)

onder andere betrokken in het traject om te komen tot de meerjarenstrategie 2019-2024, waarover meer in de toekomstparagraaf van het jaarverslag.

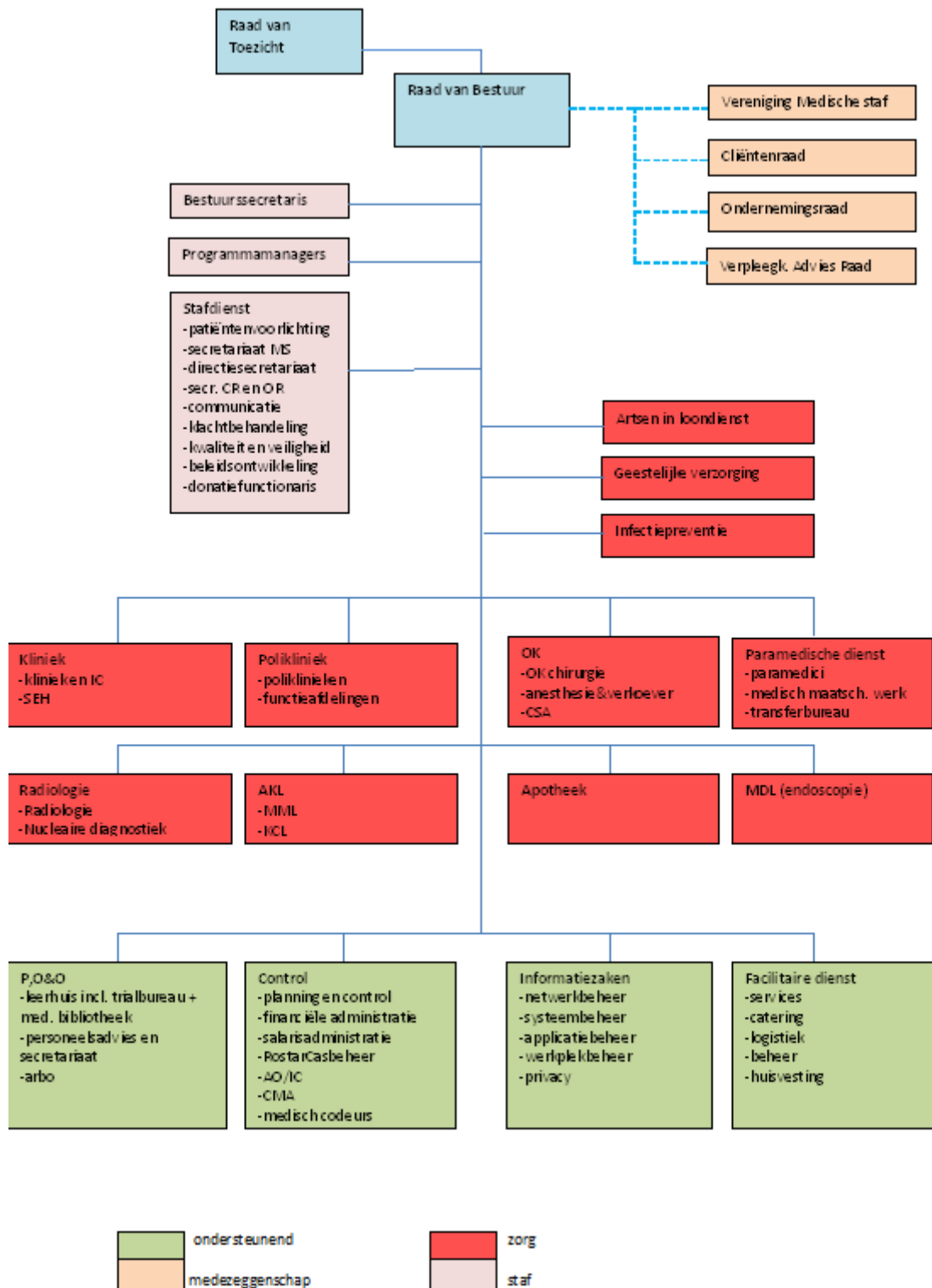
1.5 Juridische structuur en organogram

Het IJsselland Ziekenhuis is een stichting en kent een Raad van Bestuur en een Raad van Toezicht. De samenstelling van het bestuur per 31 december 2018 luidt als onderstaand:

| Leden Raad van Bestuur | Nevenfuncties |
|-------------------------------|---|
| Mr. A.H. van Wijk, voorzitter | <ul style="list-style-type: none"> - Voorzitter Raad van Toezicht Leliezorggroep - Lid Raad van Toezicht KNVB (AV) - Voorzitter Bestuur Stichting Administratiekantoor Ben van der Vlist Holding |
| Dr. J.D. Oosting, lid | <ul style="list-style-type: none"> - ISO 15189 auditor voor de Raad voor Accreditatie te Utrecht |

De samenstelling van de Raad van Toezicht is opgenomen in het jaarverslag van de Raad van Toezicht, dat integraal is opgenomen in bijlage 1 van dit jaarverslag.

Het organogram op de volgende pagina is een weergave van de opbouw van de organisatie. Binnen het zorgdomein vinden alle zorgprocessen en zorg-ondersteunende processen plaats. De facilitaire dienst, Informatiezaken, PO&O, dienst Control en stafafdeling zijn gericht op de organisatie-ondersteunende taken en processen.



2. Ontwikkelingen 2018

In dit hoofdstuk gaan wij in op de ontwikkelingen binnen en rondom het IJsselland Ziekenhuis in 2018, waarna in hoofdstuk 3 wordt ingegaan op de onderwerpen die naar aanleiding van deze ontwikkelingen de aandacht kregen in 2018. In 2018 heeft een strategieteam ontwikkelingen, feiten en trends die het ziekenhuis raken geanalyseerd en samen met input van interne en externe stakeholders vertaald naar een visie en meerjarenstrategie 2019-2024.

2.1 Interne en externe ontwikkelingen

Diverse ontwikkelingen zorgen ervoor dat de zorgvraag en –behoefte veranderen. Zo zien we dat de zorgvraag én zorgzwaarte in onze regio steeds verder toeneemt, o.a. door vergrijzing. Daarnaast zien we een veranderende patiëntbehoefte. Patiënten willen steeds vaker zelf kiezen hoe en waar zij welke zorg willen ontvangen. Vanuit de politiek merken we dat steeds meer wordt gestuurd op ‘juiste zorg, juiste plek’ om op die manier de zorg betaalbaar te houden. Ten slotte verandert ook de arbeidsmarkt. Zo wordt het bijvoorbeeld steeds moeilijker om personeel te vinden. Met het nieuwe hoofdlijnenakkoord voor de medisch specialistische zorg (2018) is landelijk een koers ingeslagen die gericht is op het oplossen van een groot probleem: hoe de groeiende zorgvraag te tackelen terwijl de middelen daartoe niet toenemen, en wel op zodanige wijze dat tegelijkertijd modernisering plaats vindt in de ontwikkeling van het zorgaanbod: efficiënter en patiëntgericht. Het is onze maatschappelijke verantwoordelijkheid om als IJsselland Ziekenhuis (verder) mede vorm te geven aan die koers. Een van de gedachten achter het hoofdlijnenakkoord is dat de juiste zorg op de juiste plaats geleverd moet worden.

Regionale ontwikkelingen

Wij zijn een algemeen ziekenhuis, verweven met de regio en verankerd in wijk en buurt. Wij zijn er voor iedereen in onze regio. Als regionaal ziekenhuis hebben wij een maatschappelijke opdracht om ons te verbinden met (lokale) overheid, zorgpartners en zorgverzekeraars in ons werkgebied. We willen dan ook samen met deze partners een regiovisie ontwikkelen voor het verzorgingsgebied. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen de regiovisie in en rond Rotterdam, zoals vanuit de SRZ (Stichting Samenwerkende Rijnmond Ziekenhuizen) wordt ontwikkeld – dit vindt al plaats- en de regiovisie die in de wijken van het verzorgingsgebied van het YSL zal worden ontwikkeld. Onderwerpen die hierbij aan de orde komen zijn:

- Samen optrekken om patiëntenstromen te optimaliseren (de juiste zorg op de juiste plaats)
- Zorg voor kwetsbare ouderen
- Preventiebeleid
- Arbeidsmarkt vraagstukken

Interne ontwikkelingen

Ook de interne organisatie is voortdurend in beweging. De afgelopen jaren lag de focus op financiën (IJsselland Kernegezond), cultuur (DNA) en verbouwingen. In 2018 is veel aandacht, capaciteit en middelen gegaan naar de invoering van een nieuwe ziekenhuis informatiesysteem/EPD (HIX), de overkomst van een aantal specialismen en medewerkers vanuit het Havenziekenhuis, Havenpolikliniek en naar de audit aan de nieuwe kwaliteitsnorm van het NIAZ.

2.2 Innovatie

De zorgsector is in sterk in ontwikkeling en staat voor de uitdaging om de groeiende zorgvraag te tackelen terwijl de middelen daarvoor niet toenemen. Dit kan alleen door de zorg anders te organiseren (de juiste zorg op de juiste plek, door de juiste professional) en passend gebruik te maken van (digitale) technologie.

In 2018 heeft het IJsselland Ziekenhuis een innovatiemanager aangetrokken. In 2018 zijn reeds meerdere initiatieven onderzocht en in een aantal gevallen gestart. Innovatie luidt de opdracht voor het ziekenhuis en dit is waarom:

1. Innovatie is noodzakelijk om de juiste zorg op de juiste plek te realiseren.
2. Technologie biedt mogelijkheden om de werkdruk van professionals te verlagen.
3. Er zijn nu (tijdelijke) subsidies beschikbaar om innovatie te stimuleren.
4. De krapte op de arbeidsmarkt dwingt ons de zorg anders te organiseren.

Innovatie is binnen het IJsselland Ziekenhuis nodig om de maatschappelijke opdracht, het bijdragen aan gezondheid en welbevinden in de regio, te kunnen blijven vervullen. Innovatie vormt dan ook de rode draad binnen de nieuwe meerjarenstrategie 2019-2024.

2.3 Wetenschappelijk onderzoek

Wetenschapscommissie

De Wetenschapscommissie, geïnstalleerd in februari 2018, adviseert de Raad van Bestuur over het wetenschapsbeleid, ontwikkelingen en de uitvoering hiervan om het wetenschappelijk onderzoek in het IJsselland Ziekenhuis te stimuleren en te ondersteunen, de onderzoekscapaciteit te handhaven en de toepassing van wetenschappelijke onderzoeksresultaten ter verbetering van de patiëntenzorg te bevorderen. De Wetenschapscommissie bestaat uit leden en hun plaatsvervangers die de verschillende disciplines vertegenwoordigen. Zij hebben allen ervaring met het opzetten en uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek, blijkend uit een proefschrift en/of publicaties in vaktijdschriften.

Trialbureau

Het Trialbureau heeft de expertise om onderzoekers of medisch specialisten onafhankelijk te ondersteunen bij het opzetten en uitvoeren van wetenschappelijke (klinische) studies en werken conform GCP (EMWO geregistreerd) en alle vigerende wet- en regelgeving.

2.4 Maatschappelijke verantwoordelijkheid en duurzaamheid

Het IJsselland Ziekenhuis is een grote organisatie met een maatschappelijke opgave en verantwoordelijkheid: als zorgverlener, als werkgever en een opgave op het gebied van duurzaamheid. Het IJsselland Ziekenhuis vervult een belangrijke rol in de continuïteit van de zorgverlening in de regio. Daarbij zijn de maatschappelijke opgave en uitdaging om de zorgkosten op macro niveau te beheersen belangrijke drijfveren. Daarnaast willen wij zinnig en zuinig met onze middelen omgaan: goede kwaliteit tegen lage kosten. De eerste zonnepanelen zijn geïnstalleerd en het IJsselland Ziekenhuis heeft besloten om in 2019 te participeren in de milieuthermometerzorg en voor Brons te gaan. In alle bouw en renovatie projecten worden duurzame cradle to cradle materialen gebruikt. Met name op voedsel afval is weer een reductie bereikt.

Op het gebied van duurzaamheid ligt de focus vooral op het gebied van:

- energie; verminderde CO2 uitstoot
- uitrol van energie(kosten)besparingsprojecten
- Gebruik van milieu vriendelijke materialen (cradle to cradle)
- vermindering Afval

3. Focus 2018

3.1 Samenwerkingen

3.1.1 Erasmus MC

Het IJsselland Ziekenhuis beoogt in een strategische en duurzame samenwerking met een derdelijns ziekenhuis, om ambities waar te (blijven) maken. Het Erasmus Medisch Centrum en het IJsselland Ziekenhuis zijn complementair aan elkaar en vormen waardevolle samenwerkingspartners. Met deze samenwerking willen beide ziekenhuizen niet alleen het behoud van kwalitatief hoogstaande en doelmatige zorg in de regio borgen ook zien beide ziekenhuizen mogelijkheden om daadwerkelijk meerwaarde te creëren en een verschil te maken waar het gaat om het bieden van de juiste zorg op de juiste plaats door de juiste professional in de zorgketen, het verstevigen van de profielen van beide ziekenhuizen en het gebruik maken van wederzijdse kennis en innovatiekracht.

In 2017 is de beoogde samenwerking op diverse aspecten uitgewerkt, heeft een adviestraject met de interne inspraak- en adviesorganen plaatsgevonden en zijn voorbereidingen getroffen voor het indienen van de concentratiemelding bij de NZa. Bestuur en medisch specialisten hebben zich onder begeleiding van een programmteam, bemenst door collega's van beide ziekenhuizen, ingespannen om de melding voor de zorgconcentratietoets in te dienen bij de NZa. De wijze waarop Erasmus MC en IJsselland Ziekenhuis hun partnership wensen vorm te geven is uniek en kreeg dan ook grote aandacht van de toezichthouder. In december 2018 is de definitieve concentratie melding ingediend bij de NZa. Op 9 april 2019 heeft de NZa besloten goedkeuring te verlenen aan de voorgenomen concentratie. De melding bij de ACM is in voorbereiding. In 2018 lopen er drie samenwerkingspilots die passen binnen het beoogde partnership: IBD-zorg, buikwand chirurgie en IC. Daarnaast worden verschillende samenwerkingsmogelijkheden nader uitgewerkt, waaronder samenwerking op de SEH, kindercardiologie, gynaecologie en een samenwerking tussen het Leerhuis van het IJsselland Ziekenhuis en de Erasmus Academie.

3.1.2 Havenpolikliniek

Per 1 oktober 2017 is het IJsselland Ziekenhuis, naast het Erasmus MC, Maasstad Ziekenhuis, Franciscus Gasthuis & Vlietland, een van de ziekenhuizen die de poliklinische zorg levert in de Havenpolikliniek. Het IJsselland Ziekenhuis verzorgt de poliklinische zorg voor zes specialismen: interne geneeskunde, heelkunde, orthopedie, gynaecologie, reumatologie en neurochirurgie. Opnames en operaties vinden niet meer plaats in het Havenziekenhuis, maar in het IJsselland Ziekenhuis. Een aantal ondersteunende activiteiten, zoals bloedafname en radiologisch onderzoek zijn door het IJsselland Ziekenhuis voortgezet voor de gezamenlijke Havenpoliklinieken. In 2018 is veel aandacht uitgegaan naar de opname van medewerkers, medisch specialisten en patiënten vanuit het Havenziekenhuis binnen het IJsselland Ziekenhuis.

Naast de poliklinische zorg werken de vier ziekenhuizen binnen het pand van het voormalige Havenziekenhuis samen met VVT en huisartsen aan een zorgconcept voor kwetsbare ouderen. Sinds oktober 2018 is het Zorgpension geopend, waar samenwerkingspartner Fundis is gestart met 20 Eerstelijns Verblijfbedden (ELV bedden). Deze bedden vallen onder verantwoordelijkheid van de huisarts dan wel de specialist ouderengeneeskunde.

3.1.3 Samenwerking in de keten

De samenwerking in de keten wordt op operationeel, tactisch en strategisch niveau vormgegeven. Professionals zoeken elkaar regelmatig op. Dit gebeurt bijvoorbeeld op patiëntniveau door één-op-één de behandeling van een patiënt te bespreken, maar ook in regionale MDO's, bij bezoeken aan elkaars praktijken en tijdens bijvoorbeeld een overleg van specialisten ouderen geneeskunde en medisch specialisten. Dit vindt plaats via formele overleggen maar ook op informele wijze, zodat men elkaar kent en daardoor makkelijker met elkaar samen werkt.

Daarnaast zijn er regionale overleggen waar de focus ligt op het structureel samenwerken. Zoals het AHOIJ- overleg van een afvaardiging van het huisartsen met een afvaardiging van het IJsselland Ziekenhuis (vanuit bestuur en medische staf), het keten overleg met de VVT en de afstemming met het gezondheidscentrum Krimpen over samenwerking.

Met andere ziekenhuizen, VVT en gemeenten wordt op tactisch en bestuurlijk niveau gekeken hoe we kunnen samenwerken om de zorg voor de patiënt vanuit het principe de Juiste Zorg op

de juiste plaats met de juiste professional zo optimaal mogelijk kunnen inrichten. Een voorbeeld daarvan is het SEH project 'Sluitende ketens voor kwetsbare ouderen'. Dit project richt zich op het optimaliseren van de beschikbaarheid aan informatie en behandelwensen tussen huisarts(enpost), wijkverpleging, ambulance en ziekenhuis. In 2018 is begonnen met een onderzoek naar de in- door- en uitstroom van 70+ patiënten op de SEH. De conclusies en aanbevelingen worden meegenomen in het plan voor het optimaliseren van de SEH (2019).

3.2 Elektronisch patiëntendossier

Het jaar 2018 heeft voor velen in het ziekenhuis in het teken gestaan van de voorbereidingen op de ingebruikname van een nieuw elektronisch patiëntendossier. Het nieuwe patiëntendossier is nodig, omdat het oude systeem niet langer voldeed aan onze wensen. Medewerkers, medisch specialisten en middelen zijn vrij gemaakt om de implementatie voor te bereiden. Op 19 oktober 2018 heeft het IJsselland Ziekenhuis succesvol het nieuwe elektronisch patiëntendossier HiX in gebruik genomen. Door deze modernisering is het ziekenhuis nog beter voorbereid op een toekomst met meer regionale samenwerking en patiëntparticipatie, waarbij het kunnen uitwisselen van patiëntgegevens een essentieel onderdeel is van deze samenwerking. In 2019 vindt een evaluatie plaats van het hele proces van implementatie en gebruik van het nieuwe elektronisch patiëntdossier.

3.3 Niaz

Het IJsselland Ziekenhuis hecht grote waarde aan kwaliteit van zorg en stelt alles in het werk om zorg continu te verbeteren. Het hebben van een goed functionerend kwaliteitsmanagementsysteem is essentieel voor de toekomst van het IJsselland Ziekenhuis. Het IJsselland Ziekenhuis streeft ernaar het kwaliteitsmanagementsysteem te laten voldoen aan de eisen van de Niaz QMentum norm. In 2018 heeft Niaz na een audit geconstateerd dat het IJsselland Ziekenhuis nog niet in aanmerking kwam voor accreditatie. Werken volgens Qmentum normen houdt in dat de lijnorganisatie het voortouw en de verantwoordelijkheid neemt met betrekking tot kwaliteitsverbetering en de aantoonbaarheid daarvan (plan-do-check-act cyclus). Tijdens de audit in juni 2018 kwam naar voren dat dit nog onvoldoende zichtbaar is binnen het ziekenhuis. Eind 2018 zijn een evaluatie van het proces en een analyse op de bevindingen van Niaz uitgevoerd. Waarna met een verbeterprogramma is gestart dat in 2019 tot afronding moet komen met als doel het zichtbaarder borgen van kwalitatief goede en veilige patiëntenzorg en een succesvolle Niaz accreditatie volgens Qmentum 3.1 normen.

3.4 Bouw en renovatie

In 2018 zijn een aantal belangrijke stappen gezet in de vernieuwing van onze gebouwen. Zo is de nieuwe dagbehandeling geopend en heeft het IJsselland Ziekenhuis de eerste stap gezet naar een moderne en flexibele kantooromgeving. Ook is als voorbereiding op de renovatie van de kliniek een nieuwe acute opname afdeling in gebruik genomen van 26 bedden. Deze dient als referentie voor de renovatie van de kliniek. Deze stappen maken de weg vrij voor een groot aantal verschuivingen in de kliniek in het kader waarvan begin 2019 bouwdeel B laag 2 en 3 zijn vrijgemaakt en de renovatie van de kliniek is gestart. In 2018 is ook besloten het OK project anders aan te pakken en te kiezen voor gedeeltelijke nieuwbouw. De plannen hiervoor zijn verder ontwikkeld in 2018 en worden begin 2019 aanbesteed.

3.5 DNA (patiënt)

DNA is de naam van het programma waarin wordt gewerkt aan de implementatie van de 9 klantbeloften³ waarmee het ziekenhuis patiënten en collega's het 'Hier gaat het om u-gevoel' wil geven. In verband met de implementatie van het nieuwe elektronische patiëntendossier en voorbereidingen voor Niaz audit, is besloten in 2018 de aandacht te leggen op 'kleine' activiteiten binnen het DNA programma. Wel zijn er in maart en oktober 2018 grote externe campagnes gelanceerd met thema 'Hier gaat het om u' en de nieuwe huisstijl. Begin 2019 zijn de eerste stappen gezet naar verankering en borging van het DNA. Zo is het programma onderdeel van de meerjarenstrategie 2019-2024.

Een van de activiteiten die bijdraagt aan de 9 klantbeloften is het patiëntportaal "Mijn IJsselland", waarvan op 19 oktober 2018 de eerste fase in gebruik is genomen. De patiënten kunnen in hun portaal afspraken maken, het pre-op formulier invullen en hun gegevens raadplegen. Eind januari 2019 is fase twee afgerond waarmee de patiënt ook delen van het

³ [De 9 klantbeloften](#) – hier gaat het om u

medisch dossier kan inzien.' In mei 2019 wordt fase 3 van "Mijn IJsselLand" afgerond waarmee volgens de Vipp vereisten alle functionaliteit op het portaal voor de patiënt beschikbaar is. Vanaf mei t/m oktober worden extra functionaliteiten toegevoegd en wordt het gebruik van het patiëntportaal gemonitord en gepromoot.

Het IJsselLand ziekenhuis heeft een goed geïnformeerde, betrokken Cliëntenraad die stevig ingebed is in de organisatie. Naast informele en formele overleggen met de Raad van Bestuur, heeft de Cliëntenraad op regelmatige basis contact met medewerkers, patiënten en naasten, managers, andere medezeggenschapsorganen en de Raad van Toezicht.

3.6 DNA (medewerker)

In 2018 hebben onderwerpen als gezondheid, HiX opleidingen, NIAZ, medische apparatuur, versteviging Mijn Leerportaal / LMS, Kwaliteitsimpuls en voorbereiding voor digitalisering HR processen de agenda gedomineerd.

Gezondheid

Het "actieplan verzuim" dat in 2017 van start is gegaan, heeft ook in 2018 ondersteuning geboden bij de aanpak van werkdruk en verzuim en verbetering van gezondheid, onder andere:

- Aanpassing verzuimbeleid
- Doorontwikkeling 60+ regeling
- Trainingen op het gebied van Transactionele Analyse
- Wisseling van bedrijfsarts
- Versteviging SMT
- Vernieuwen en aanvullen providerboog
- Versteviging begeleiding vanuit HR op dit onderwerp

HiX Opleidingen

In aanloop naar het Go Live moment in oktober 2018 is er gedurende 6 weken een intensief trainingsprogramma georganiseerd, met als doel om alle werknemers die in HiX moesten werken op dat moment te trainen. Dit is succesvol geweest, in totaal zijn 1649 mensen getraind in die weken.

NIAZ

In juni is de NIAZ auditcommissie op bezoek geweest bij P&O en leerhuis. Hierin is gekeken of leren & ontwikkeling voldoende wordt gestimuleerd en hoe dit wordt gefaciliteerd. Belangrijk hierin is of medewerkers aantoonbaar bekwaam zijn om hun functie en rol te kunnen vervullen. Ook is er gesproken over thema's als veilig leer- en werkklimaat en de cultuur van de organisatie. Ook verzuim onder personeel en leerlingen is een belangrijk thema geweest (zie ook onderwerp gezondheid). Tot slot is gevraagd of iedereen jaargesprekken houdt en wat de organisatie daaruit leert. Hieruit blijkt dat de norm nog niet wordt gehaald en daarmee is dit een verbeterpunt voor 2019.

Medische apparatuur

In mei 2018 is de *meimaand apparatuur-maand* gehouden. Dit is een nieuw initiatief dat bedoeld is om (extra) aandacht te vragen bij het personeel voor de risico's rondom het werken met medische apparatuur. Voor de apparatuur waar hoge risico's aan verbonden zijn, is deze maand ook aangewend om alle gebruikers te toetsen op veilig en verantwoord gebruik ervan.

Versteviging Mijn Leerportaal / LMS

Sinds 2018 hebben alle medewerkers en medisch specialisten toegang tot Mijn Leerportaal. Hierin kan (steeds meer) e-learning worden gevolgd. Personeel kan zich inschrijven voor (verplichte) trainingen en scholing, maar ook behaalde certificaten er in archiveren. Ook kan iedereen bijhouden welke scholing verplicht is voor zijn/haar functie.

Kwaliteitsimpuls Personeel Ziekenhuiszorg (KiPZ)

In 2018 is ervoor gekozen om een addendum te schrijven bij het bestaande opleidingsplan, in het kader van een overgangsjaar naar een nieuw op te stellen Strategisch Opleidingsplan. Er hebben in dit kader activiteiten plaatsgevonden op het gebied van 4 landelijke thema's:

- Functiedifferentiatie van verpleegkundigen
- E-health
- Continu Bekwaamheid van medewerkers

- Toekomstige beroepen en opleidingen
- Vanuit het IJsselland Ziekenhuis is hier nog een vijfde thema aan toegevoegd, namelijk:
- Gezond leven, gezond werken

In het laatste kwartaal van 2018 is het Strategisch Opleidingsplan 2019-2022 inclusief een jaarplan 2019 opgesteld.

Vorbereiding digitalisering HR processen

In 2019 wordt een groot deel van de HR processen (in-, door-, en uitstroom / declaraties) gedigitaliseerd. De voorbereidingen hiervoor hebben voor een deel in 2018 plaatsgevonden, zoals het digitaliseren van alle personeelsdossiers, het opschonen en voorbereiden van het systeem en uiteraard het opstellen van het projectplan.

Leerhuis

Het IJsselland Ziekenhuis heeft een opleidingstaak voor coassistenten, artsen in opleiding tot medisch specialist, verpleegkundigen en andere beroepsgerichte functies. Ook worden er diverse vervolgoopleidingen aangeboden. Wij vinden opleiden en het creëren van een goed opleidingsklimaat binnen het ziekenhuis van essentieel belang. Het helpt de organisatie niet alleen om in de personeelsbehoefte te voorzien en medewerkers de gelegenheid te geven zich te ontwikkelen. Het draagt ook bij aan het op peil houden van de vitaliteit, alertheid en het innovatievermogen van de organisatie. Mensen in opleiding brengen dynamiek teweeg en nemen de nieuwste kennis en inzichten mee.

Medische vervolgoopleidingen

Artsen in opleiding kunnen in het IJsselland Ziekenhuis verschillende (voor)opleidingen of deelstages van deze opleidingen volgen. Voor de opleidingen tot chirurg, internist, anesthesioloog, uroloog, klinisch chemicus, klinisch psycholoog / gz psycholoog is het mogelijk de opleiding in het IJsselland Ziekenhuis te volgen. We bieden vooropleidingen aan voor de opleiding tot: longarts, MDL-arts, cardioloog, reumatoloog (vooropleiding Interne Geneeskunde) en uroloog, orthopeed, plastisch chirurg en cardio-thoracale chirurg (vooropleiding Chirurgie). Deelstages die worden aangeboden zijn: huisarts (deelstages Heelkunde, Interne Geneeskunde, Gynaecologie, Klinische Geriatrie, Kindergeneeskunde) internist (deelstage Ouderengeneeskunde) psychiater (deelstage Klinische Geriatrie) specialist ouderengeneeskunde (deelstage Klinische Geriatrie) SEH-arts (deelstage Anesthesiologie), tropenarts (deelstage Gynaecologie) en uroloog.

Overig

Een tweetal onderwerpen heeft in 2018 minder aandacht gekregen dan vooraf beoogd was. Het DNA-proof maken van het HR beleid is minder snel gegaan dan gepland. Op een aantal onderdelen is hier wel bewust aandacht voor geweest, bijvoorbeeld bij het ontwikkelen van een nieuw vacature-format en het ontwerp van een nieuwe werving en selectie pagina.

Het project Wajong, met de ambitieuze doelstelling van plaatsing van 20 jongeren, heeft geen doorgang gehad. Dit is een bewuste keuze geweest in verband met HiX en NiAZ, dat al veel vroeg van de afdelingen. In 2019 wordt dit onderwerp, in samenwerking met andere ziekenhuizen, weer opgepakt.

Tot slot nog een aantal kerncijfers over 2018

- Er zijn in totaal 133 vacatures gesteld;
- Er zijn 423 mensen in dienst getreden (inclusief leerlingen en A(n)ios);
- Het verloop was tot en met oktober bijna 9%, dat betreft 142 mensen die uit dienst zijn getreden;
- Het verzuimpercentage over 2018 is 5,57%. Gedurende het jaar hebben de cijfers een dalende trend laten zien. Wat we zien is dat over het geheel genomen het aantal langdurend zieken afneemt;
- De verzuimfrequentie is 1.3.

4. Kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid in 2018

4.1 Kwaliteitsbeleid

In ons ziekenhuis willen we patiënten de best denkbare zorg bieden. Het is voor de patiënt van belang dat de kwaliteit en veiligheid geborgd worden, wij de kwaliteit van zorg inzichtelijk maken, wij innoveren in het zorgaanbod en dat wij verbeteringen doorvoeren naar aanleiding van ervaringen en klachten van patiënten. Kwaliteit van zorg is onze prioriteit. Het kwaliteitsbeleid van het IJsselland Ziekenhuis is gebaseerd op de zes dimensies van kwaliteit. Onderstaand worden deze toegelicht.

I. Patiëntveilige zorg

Het VMS (veiligheidsmanagementsysteem) is de basis van het patiëntveiligheidsbeleid. In 2019 is het meerjaren patiënt-veiligheidsbeleidsplan 2018 – 2022 geschreven. De aandachtspunten worden jaarlijks in het jaarplan van het stafbureau uitgewerkt.

VIM

Een belangrijk onderdeel van het VMS is het leren van 'bijna'- fouten. In 2018 is binnen de decentrale VIM-commissies (DVC) een kwaliteitsslag gemaakt bij de analyses, afsluitconclusies en verbetermaatregelen. De Centrale Vim Commissie (CVC) en DVC hebben de achterstanden in afhandeling van de meldingen weggewerkt. Ook zijn periodieke trainingen gegeven en zijn afspraken gemaakt over registratie en opvolging van verbetermaatregelen en periodieke themameldingen. In 2018 zijn in totaal 1554 nieuwe VIM-meldingen gedaan, waarvan 78 meldingen voor de CVC (ernstige consequenties of fataal) en 1476 meldingen voor de DVC (geen gevolgen, minimale of middelmatige consequenties). Na een ingezette daling in de afgelopen 3 jaar, is in 2018 weer een stijging te zien van het aantal decentrale VIM-meldingen. Het aantal ernstige of fatale meldingen is gelijk gebleven t.o.v. vorig jaar. In 2018 zijn er totaal 97 nieuwe TIM-meldingen (Transmuraal Incidenten Melden) gedaan. Het totale aantal meldingen is in 2018 t.o.v. voorgaande jaren gedaald.

Prospectieve Risico Inventarisatie

Naast analyse achteraf zijn er ook situaties waarin het zinvol is om vooraf risico's in kaart te brengen. Dit heet een prospectieve risico inventarisatie (PRI). Initiatieven voor PRI's bij nieuwe processen worden steeds vaker door de afdelingen zelf genomen. Het IJsselland Ziekenhuis biedt structureel PRI scholingsaanbod aan voor medewerkers en medisch specialisten. In 2018 zijn 10 PRI's uitgevoerd en wel op de volgende onderwerpen:

- Defibrilatoren
- Lachgas
- Optiflow
- Darmkankerscreening
- Neonatale screening
- IUI (verplicht ivm wetgeving)
- vervanging van de gamma camera.
- het rechts staan van de operateur bij een sectio (gynaecologie).
- Voor de introductie van Hoovermatt
- PRI Park Medisch Centrum

Calamiteiten

In 2018 zijn 9 calamiteiten gemeld aan de IGJ. Twee meldingen bleken na onderzoek geen calamiteit te zijn. De bereidheid tot melden blijft goed.

Convenant medische technologie

Werken volgens het convenant Medische technologie blijft een aandachtspunt voor alle afdelingen uit het zorgdomein. In 2018 heeft de 'meimaand apparatuur maand' plaatsgevonden. Een maand waarin de aandacht wordt gevraagd aan medewerkers zichzelf zichtbaar bekwaam te maken voor gebruik apparatuur. Veel medewerkers hebben het moment aangegrepen scholing te volgen.

II. Patiëntgerichte Zorg

Patiëntgerichte zorg is een breed begrip waar geen eenduidige definitie voor is en waar op zeer uiteenlopende wijze vorm aan gegeven kan worden. Het staat voor zorg waar respect en ruimte is voor de behoefte, voorkeuren en waarden van individuele patiënten. Patiëntgerichte zorg is nadrukkelijk onderdeel van de nieuwe meerjarenstrategie 2019-2024 van het IJsselland ziekenhuis. In de uitvoering van deze strategie zetten wij de nodige acties uit om deze focus te behouden en uit te bouwen. Als voorbeeld noemen wij dat de vakgroep orthopedie zich in 2018 heeft aangesloten bij het landelijke initiatief om 'Samen beslissen' vorm te geven. In 2019 zal dit projectmatig worden opgepakt.

Patiënttevredenheid

De patiënttevredenheid wordt op meerdere manieren gemeten.

Consumer Quality Index (CQi)

Uit de CQ index blijkt dat patiënttevredenheid iets minder is dan vorig jaar. Echter op de actiepunten zien we een lichte verbetering. Ieder jaar worden actiepunten benoemd in kliniek en polikliniek. Gedurende het jaar wordt daar op gestuurd.

| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | Landelijk gemiddelde 2018 |
|-----------------------------|------|-------|------|------|---------------------------|
| Totaal cijfer kliniek | 8,02 | 7,82 | 8,02 | 7,99 | 8,23 |
| NPS ⁴ | 28% | 27,5% | 29% | 29% | 45% |
| Totaal cijfer poliklinieken | - | 8,25 | 8,31 | 8,26 | 8.35 |
| NPS | | 36,8% | 43% | 36% | 46% |

Consumer Quality Index IJsselland Ziekenhuis van de afgelopen 5 jaar

Zorgkaart Nederland

Op zorgkaart Nederland geven patiënten aan hoe zij het ziekenhuis waarderen. In 2018 is de waardering lager dan voorgaande jaren. In Q1 2019 zien we het ziekenhuis weer terugkeren naar het gemiddelde van voorafgaande jaren.

| 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|------|------|------|------|------|
| 7,9 | 8,5 | 7,9 | 8,0 | 7,6 |

gemiddelde waarderingscijfers van Zorgkaart Nederland van de afgelopen 5 jaar

Daarnaast wordt de patiënttevredenheid ook real time gemeten met behulp van reactiebriefkaartjes en rode en groene kaarten. Door de real time meting kan in korte tijd gereageerd worden op punten waar patiënten niet tevreden over zijn.

Klachten

Naast de goede ervaringen, zijn er patiënten en bezoekers met minder goede ervaringen. Dit kan leiden tot een klacht. Wij nemen klachten uiterst serieus en trekken daaruit lering. Het streven is dat een klacht zoveel mogelijk wordt opgepakt op de plaats waar deze ontstaat. Indien patiënten meer informatie willen over de wijze van klachtopvang, kunnen zij terecht bij de balie van de afdeling patiëntenvoorlichting en de klachtenfunctionaris. In 2018 heeft de klachtenfunctionaris bemiddeld bij 277 klachten. De onafhankelijke klachtencommissie ontving 4 klachten, waarvan 1 is ingetrokken door klager. Het ziekenhuis heeft 18 keer een aansprakelijkstelling ontvangen. Er zijn 3 klachten bij de geschillencommissie ingediend.

⁴ De NPS is de netwerk promote score. Deze score geeft aan hoeveel patiënten het ziekenhuis zullen aanbevelen. De NPS is het % promotoren – % criticasters. Promotoren beoordelen het ziekenhuis met een 9 of 10, criticasters beoordelen het ziekenhuis met een 1 tot en met 6.

III. Efficiënte Zorg

Om de beschikbare middelen, materiaal en mensen zo goed mogelijk in te zetten is sturen op integrale capaciteit waaronder ligduur, OK-planning, VOD (verwachte ontslagdatum) en een dagelijkse sturing op de bedden capaciteit cruciaal. In 2018 is een visie op capaciteit ontwikkeld en een plan van aanpak geschreven waarin deze punten aan de orde komen. Dit plan wordt in 2019 verder uitgerold.

IV. Tijdige Zorg

De toegangstijden en wachttijden worden maandelijks op de website weer gegeven. Wanneer deze niet meer binnen de Treeknorm vallen dan worden hier acties op uitgezet. De wachttijd voor een afspraak en of behandeling op met name de polikliniek en meer specifiek voor oogheelkunde lag in 2018 boven de norm. Dit is een regionaal probleem, in regionaal verband wordt nagedacht over een oplossing.

V. Effectieve Zorg

Natuurlijk hebben alle zorgprofessionals aandacht voor aansluiting bij de ontwikkelingen binnen hun vakgebied. Dit betekent voor de ene zorgprofessional dat hij/zij voorop loopt bij het toepassen van nieuwe ontwikkelingen binnen de daarvoor geldende afspraken en voor de andere zorgprofessional dat aangesloten wordt bij de laatste wetenschappelijke ontwikkelingen en/of bewezen best practices.

Evenals in voorgaande jaren zijn in 2018 zorgpaden en protocollen ontwikkeld en herschreven. In 2018 is gestart met een andere opzet en vormgeving van de zorgpaden. Dit is visueel makkelijker te lezen en bevat hyperlinks naar protocollen en links naar (externe) websites. Voor verschillende zorgprocessen is gestart met de uitwerking van zorgpaden op deze wijze. Te denken valt aan het zorgpad voor oudere (kwetsbare) patiënten met een heupfractuur, het zorgpad Mammacarcinoom en het zorgpad Multiple Myeloom. Andere bestaande zorgpaden worden in 2019 aangepast aan het nieuwe format.

VI. Gelijke zorg voor iedereen

Ook in 2018 is het ziekenhuis aan alle verzekerden zorg blijven bieden, ook al was het plafond van de afspraken met de zorgverzekeraars bereikt.

4.2 Risicomanagement

Het IJsselland Ziekenhuis maakt gebruik van de strategiekaart waarin zo concreet mogelijk de strategische doelen zijn verwoord. Aan deze doelen zijn de kritische succesfactoren gekoppeld. In samenhang met de strategiekaart is de risicomatrix opgesteld: een top-10 met de meest pregnante risico's voorzien van bijbehorende beheersmaatregelen. Voor het uitbrengen van de kaderbrief 2018 zijn de strategiekaart en de risicomatrix geactualiseerd. Deze worden door managers vertaald naar tactisch /operationeel niveau en per afdeling voorzien van kritische prestatie indicatoren. Begin 2018 is een strategieteam ingesteld dat heeft gewerkt aan de meerjarenstrategie 2019-2024. De analyse van het strategieteam biedt meerdere relevante aanknopingspunten voor het ontwikkelen van een nieuwe strategiekaart. De aandachtsgebieden in de analyse betreffen:

- Patiënt en patiëntbeleving
- Zorglandschap en samenwerkingen
- Overheid, toezicht en kwaliteit van zorg
- Zorgverzekeraars en financiën
- Cultuur en organisatie
- Digitale ontwikkelingen

In 2019 wordt aan de hand van de nieuwe strategie een vertaling gemaakt naar een actuele strategiekaart en daaruit voortvloeiend de risicomatrix.

5. Financiële informatie 2018

5.1 Ontwikkelingen gedurende het boekjaar

Het jaar 2018 kenmerkt zich op meerdere vlakken als afwijkend ten opzichte van voorgaande jaren. Dat kwam enerzijds door het feit dat per 1 oktober 2017 een deel van de zorg van het voormalige Haven Ziekenhuis is overgenomen. Hierdoor zijn zowel de opbrengsten (meer patiënten behandeld) als de kosten toegenomen. Anderzijds had het programma om de implementatie van het nieuwe ZIS/EPD te implementeren grote impact op de organisatie. Voor beide programma's waren vooraf uitgebreide business cases en begrotingen opgesteld.

Het IJsselland Ziekenhuis is er, ondanks diverse onzekerheden, in geslaagd om deze programma's en daarmee het jaar af te sluiten met een positief resultaat.

Naast de going concern zaken heeft het IJsselland Ziekenhuis in 2018 verbeteringen doorgevoerd in de wijze waarop de Planning & Control cyclus wordt vormgegeven. Deze wijzigingen hebben in hoofdlijnen te maken met het meer integraal benaderen van de onderwerpen *prestaties, processen, HRM en financiën*, het integreren van de medische staf in de P&C cyclus en het creëren van mede eigenaarschap bij leidinggevenden.

5.2 Behaalde omzet en resultaten

In de volgende tabel staan de belangrijkste financiële kengetallen uit de jaarrekening weergegeven.

| (x €1.000,-) | 2016 | 2017 | 2018 |
|---------------------------------|---------|---------|---------|
| Opbrengsten | 149.691 | 158.843 | 185.144 |
| Kosten | 147.022 | 156.355 | 182.296 |
| Resultaat | 2.670 | 2.488 | 2.848 |
| Solvabiliteit (EV/Omzet) | 21,9% | 22,2% | 20,6% |
| Solvabiliteit (EV/Balanstotaal) | 25,5% | 25,3% | 27,1% |
| DSCR | 2,10 | 1,74 | 1,63 |
| Nettomarge (netto winst/omzet) | 1,8% | 1,6% | 1,5% |

* 2016 en 2017 uit de enkelvoudige jaarrekening

De omzet- en kostentoeename in 2018 ten opzichte van 2017 komt hoofdzakelijk doordat het aantal behandelingen is uitgebreid vanwege het overnemen van zorg van het voormalig Haven Ziekenhuis.

Het IJsselland Ziekenhuis is, ondanks alle veranderingen in de markt en de grote investeringen die hebben plaatsgevonden in met name de mid-life renovatie van het ziekenhuis en een nieuw EPD/ZIS, een financieel stabiel presterend ziekenhuis. Dit is ook zichtbaar in het rapport "*Benchmark ziekenhuizen*" dat BDO jaarlijks uitbrengt. Het IJsselland Ziekenhuis scoort hier nu twee jaar op rij een 8 waarmee het in de top 30 van Nederlandse Ziekenhuizen staat. Meer details en toelichting op de cijfers zijn te vinden in de jaarrekening van het IJsselland Ziekenhuis.

5.3 Kasstromen en financieringsbehoeften

Het IJsselland Ziekenhuis bewaakt op meerdere niveaus de liquiditeit van het ziekenhuis. Operationeel wordt er met een korte termijn liquiditeitsprognose per dag gewerkt. Op tactisch niveau wordt een liquiditeitsprognose per maand gemaakt, welke anderhalf jaar vooruit kijkt. Op strategisch niveau vormt de lange termijn liquiditeitsprognose onderdeel van het meerjaren financieel businessplan van het IJsselland Ziekenhuis.

Conform het lange termijn huisvestingsplan van het IJsselland Ziekenhuis wordt een mid-life renovatie van het ziekenhuis uitgevoerd. Vele afdelingen zijn reeds gerenoveerd, maar alle verpleegafdelingen, de hal en het OK-complex staan voor de komende tweeënehalf jaar gepland.

Voor deze investeringen is in 2013 een financieringsarrangement afgesproken met een

bankenconsortium, dat in 2018 verlengd en uitgebreid is. Daarnaast is er een afspraak met een leasemaatschappij om investeringen in medische apparatuur te leasen. Met deze afspraken is voor de komende jaren voldaan aan de financieringsbehoefte van het ziekenhuis. Tevens voldoet het ziekenhuis aan de met de financiers afgesproken normen voor diverse financiële ratio's.

Het IJsselland Ziekenhuis heeft er voor gekozen geen gebruik te maken van derivaten als financiële instrumenten. Hierdoor loopt het IJsselland Ziekenhuis geen risico's met betrekking tot financiële instrumenten.

5.4 Financiële risico's 2019

Het IJsselland Ziekenhuis identificeert voor 2019 en verder op hoofdlijnen de volgende financiële risico's:

- Aanbesteding van de resterende renovatieprojecten kunnen fors tegenvallen gezien de huidige marktomstandigheden. Dit risico geldt voor het IJsselland Ziekenhuis vooral nog voor de renovatie van het OK complex.
- Het onvoldoende realiseren van de benodigde verandering om aan de afspraken in het bestuurlijk hoofdlijnen akkoord te kunnen voldoen.
- Passende afspraken maken met zorgverzekeraars, die het realiseren van de strategie van het IJsselland Ziekenhuis mogelijk maken.
- Het vervolgen van de zorg voor enkele vakgroepen voor het adherentiegebied van het oude Haven Ziekenhuis na 2020.

6. Vooruitblik 2019

Aan het eind van dit jaarverslag blikken wij vooruit op de plannen voor het jaar 2019. Zoals aangegeven heeft het IJsselland Ziekenhuis in samenwerking met interne en externe stakeholders gewerkt aan de visie en meerjarenstrategie 2019-2024 van het ziekenhuis. In december 2018 heeft het strategieteam visie en meerjarenstrategie opgeleverd aan de Raad van Bestuur. De meerjarenstrategie kent verschillende onderdelen:

- IJsselland Ziekenhuis als verbinder in het zorgnetwerk
- Wij zorgen voor u en uw naasten – ‘Hier gaat het om u’
- Tevreden en bevlogen medewerkers – ‘Hier gaat het om u’

Deze elementen leiden tot onze visie:

Ons ziekenhuis

Wij zijn een algemeen ziekenhuis, verweven met de regio en verankerd in wijk en buurt. Wij zijn er voor iedereen in onze regio. Intensief samenwerken met verschillende partners zit in ons bloed. En in alles wat we doen gaat het om u.

Digitalisering in de zorg wordt steeds belangrijker, voor ons is het dan ook vanzelfsprekend dat innovatie de rode draad is bij het verwezenlijken van onze strategie. Ook heeft een nieuwe strategie een stevige basis nodig. Daarom gaat in 2019 de aandacht uit naar het op orde brengen van de basis: kwaliteit, procesoptimalisatie en bouw/renovatie van het ziekenhuis. Deze focus vindt zijn weerslag in de plannen en voornemens voor het jaar 2019 die zijn opgenomen in de jaarplannen binnen de organisatie. Onderstaand een samenvatting van de voornemens 2019:

| <u>Basis op orde</u> | <u>Strategie/innovatie</u> |
|---|---|
| Kwaliteit Niaz NEN7510 Convenant Medische Technologie | Verbinder in het zorgnetwerk Transitie van zorg Procesoptimalisatie in de keten |
| Processen optimaliseren Capaciteitsmanagement LEAN & procesoptimalisatie | Hier gaat het om u – patiënt DNA VIPP/Mijn IJsselland SEH E-health |
| Bouw/renovatie Kliniek OK Centrale hal | Hier gaat het om u – medewerker DNA OR visie Opleidingsplannen Verzuim reductie BIG wetgeving |

In 2019 wordt een nieuwe planning & control cyclus geïntroduceerd, waarbij zowel op proces als op inhoud vernieuwingen worden doorgevoerd. Aan de hand van een nieuwe rapportage worden ieder kwartaal gesprekken gevoerd met budgethouders én vakgroepen. Hiermee wordt de samenhang tussen tussen financiën, productie, innovatie/strategie, HRM en kwaliteit verder geborgd. Dit betekent zinnige inzet van mensen en middelen in het productieproces met maximale prestaties. Dit geeft doelmatige patiëntenzorg en creëert een verbetercyclus mede eigenaarschap.

Bijlage 1: Jaarverslag 2018 Raad van Toezicht



Jaarverslag 2018

Raad van Toezicht

Naam : Raad van Toezicht
Datum : 14 maart 2019 (vastgesteld)

| | |
|---|-----------|
| 1. Over toezicht houden | 23 |
| 2. Verslag vanuit de toezichthoudende en adviserende rol | 24 |
| 3. Verslag vanuit de werkgeversrol | 27 |
| 4. Over de Raad van Toezicht | 27 |
| 5. Samenstelling Raad van Toezicht | 30 |

1. Over toezicht houden

Het IJsselland Ziekenhuis hecht belang aan goed bestuur, goed toezicht en een adequate verantwoording. 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.

1.1 Legitimatie

De Raad van Toezicht is onafhankelijk en zelfstandig in staat om zich een oordeel te vormen over het beleid en het functioneren van het IJsselland Ziekenhuis en de Raad van Bestuur. Binnen de wettelijke kaders en het kader van de Governancecode Zorg bewaakt de Raad van Toezicht het dienen van het maatschappelijke belang, de doelstellingen en de continuïteit van het ziekenhuis. Tevens houdt de Raad van Toezicht voeling met relevante belanghouders. De Raad van Toezicht heeft een open en constructieve verhouding met de Raad van Bestuur, handelt transparant en integer en is aanspreekbaar op en legt verantwoording af over het gehouden toezicht.

1.2 Toezichtskader en taken

De Raad van Toezicht heeft tot taak integraal toezicht te houden op het beleid van de Raad van Bestuur en de algemene gang van zaken van de stichting. De Raad van Toezicht toetst of de Raad van Bestuur bij de beleidsvorming en de uitvoering van de bestuurstaken oog houdt op het belang van de organisatie in relatie tot de maatschappelijke functie van de stichting en een zorgvuldige en een evenwichtige afweging heeft gemaakt van de belangen van allen die bij de stichting betrokken zijn.

De Raad van Toezicht houdt ten minste toezicht op:

- De realisatie van de statutaire en andere doelstellingen van de stichting;
- De strategie en de risico's verbonden aan de activiteiten van de stichting
- De opzet en werking van de interne risicobeheersings- en controlesystemen
- De financiële verslaglegging
- De kwaliteit en veiligheid van zorg
- De naleving van wet- en regelgeving
- De verhouding met belanghebbenden
- Het op passende wijze uitvoering geven aan de maatschappelijke doelstelling en verantwoordelijkheid van de stichting.

De taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden zijn nader uitgewerkt in de statuten van de stichting en in het reglement Raad van Toezicht. Het reglement van de Raad van Toezicht is in 2018 vernieuwd aan de hand van de modelovereenkomst van de NVTZ en de Governancecode Zorg.

Governancecode Zorg

Als norm voor goed bestuur en toezicht onderschrijft het IJsselland Ziekenhuis de Governancecode Zorg. Uitgangspunt voor de code zijn zeven principes. De code is bedoeld als richtinggevend en levend document en is zo opgezet dat het stimuleert tot reflectie en gesprek. De Raad van Toezicht heeft in 2017 een concept toezichtsvisie opgesteld en besproken, deze is

in 2018 geëvalueerd. De visie gaat uit van de zeven principes uit de Governancecode. De inspectie IGJ heeft op 8 november 2018 een bezoek gebracht in het IJsselland. Dit bezoek stond in het teken van de wijze waarop de Governancecode Zorg is geïmplementeerd en wordt nageleefd. De conceptconclusie van de IGJ luidt dat de getoetste principes en elementen uit de Governancecode Zorg voldoende zichtbaar zijn in het ziekenhuis.

1.3 Rollen: toezichthouder, adviseur/klankbord en werkgever

De Raad van Toezicht houdt toezicht op het handelen en het functioneren van de Raad van Bestuur en de algemene gang van zaken binnen het IJsselland Ziekenhuis. Voor bepaalde besluiten van de Raad van Bestuur is de voorafgaande goedkeuring vereist van de Raad van Toezicht. De Raad van Toezicht adviseert de Raad van Bestuur daarnaast gevraagd en ongevraagd. Vanuit de werkgeversrol is de Raad van Toezicht verantwoordelijk voor de benoeming (en eventuele schorsing of ontslag) van de Raad van Bestuur, en beoordeelt het functioneren van de bestuurders.

2. Verslag vanuit de toezichthoudende en adviserende rol

2.1 Algemeen

De agenda van de Raad van Toezicht wordt deels bepaald door de planning & controlcyclus, zoals de begroting, de managementletter, jaarrekening, jaarverslag en kwartaalrapportages. Voor het overige wordt de agenda gevuld op basis van actuele interne en externe ontwikkelingen.

De Raad van Bestuur brengt elke vergadering in een rapportage verslag uit van de lopende zaken en genomen besluiten. Strategische ontwikkelingen en onderwerpen die bespreking met dan wel de goedkeuring van de Raad van Toezicht vereisen, worden apart geagendeerd en besproken.

In 2018 vergaderde de Raad van Toezicht zes keer, daarnaast heeft een tweedaagse werkconferentie plaatsgevonden in mei 2018. De Raad van Bestuur was bij al deze vergaderingen aanwezig.

2.2 Onderwerpen in 2018

De volgende onderwerpen speelden in 2018 een nadrukkelijke rol op de agenda van de Raad van Toezicht.

Strategische samenwerkingen

De Raad van Bestuur informeerde de Raad van Toezicht elke vergadering over de voortgang op het gebied van de strategisch samenwerkingen rond het partnership met het Erasmus MC en de deelname aan Havenpolikliniek. In het kader van het partnership met het Erasmus MC hebben de voorzitters Raad van Bestuur en Raad van Toezicht van de beide strategische partners elkaar in 2018 tweemaal gesproken. Onderwerpen van gesprek waren het proces van de zorgconcentratietoets bij NZa en de mogelijkheden om samen te werken op deelgebieden, ook is gesproken over het strategietraject van het IJsselland in 2018. De Raad van Toezicht vindt het van belang de ontwikkelingen op deze dossiers te volgen.

Planning & Control

De Raad van Toezicht volgde nauwlettend de ontwikkelingen op het gebied van financiën, productie en onderhandelingen met de verzekeraars, mede aan de hand van het opgestelde meerjarige businessplan dat regelmatig geactualiseerd wordt en de kwartaalrapportages. In mei 2018 keurde de Raad van Toezicht een geactualiseerde versie van het businessplan goed. De kaderbrief is besproken door de auditcommissie van de Raad van Toezicht.

Ten aanzien van de documenten van de jaarcyclus keurde de Raad van Toezicht in 2018 de volgende documenten goed: herziene begroting 2018, het jaarverslag en de jaarrekening 2017 en gaf goedkeuring voor het aantrekken aanvullende financiering.

Meerjaren- en verkoopstrategie

In 2018 werd onder leiding van een speciaal daarvoor ingesteld strategieteam gewerkt aan de visie en meerjarenstrategie 2019-2024 van het IJsselland Ziekenhuis. Er hebben diverse sessies plaatsgevonden waarbij ook de Raad van Toezicht betrokken is geweest. Dit betreft de kick-off, werksessies met interne en externe stakeholders. Op 18 februari 2019 heeft de Raad van Toezicht de meerjarenstrategie 2019-2024 goedgekeurd. In lijn met dit proces is ook de verkoopstrategie ontwikkeld en toegepast.

Kwaliteit

Het onderwerp kwaliteit is een vast agendapunt op de agenda van de Raad van Toezicht. De commissie kwaliteit rapporteert over hetgeen in de commissie is besproken en aan de orde is geweest. In de Raad van Toezicht kwamen onder meer aan de orde: audit Niaz, inspectiebezoek IGJ inzake e-Health en nationale onderzoeksraad voor de veiligheid,

Bouw en renovatie

De auditcommissie en/of de volledige Raad van Toezicht spreekt regelmatig over de samenhang van de bouwactiviteiten in relatie tot de beoogde strategische samenwerking en de gevolgen voor de capaciteit. In september is een verzoek gedaan voor het aantrekken van aanvullende financiering, grotendeels vanwege extra investeringen in de bouw en renovatie van het ziekenhuis.

ICT: ZIS/EPD

De Raad van Toezicht volgde de ontwikkelingen en de voortgang ten aanzien van het implementatietraject ZIS/EPD. Het nieuwe ZIS/EPD is op 19 oktober in gebruik genomen.

Aan de slag met DNA

In maart liet de Raad van Toezicht zich bijpraten over de ontwikkelingen binnen het programma Aan de slag met DNA. Het programma waarin wordt gewerkt aan de implementatie van 9 klantbeloften waarmee het ziekenhuis patiënten en college's een 'hier gaat het om u-gevoel' wil geven.

Samenwerking met derden

De Raad van Toezicht besprak regelmatig de voortgang in de samenwerking met derden. Aan de orde kwamen onder andere de samenwerking met Aafje ten aanzien van opvang acute zorg tijdens de griep periode 2017/2018.

2.3 Commissies

De Raad van Toezicht kent drie vaste commissies: remuneratiecommissie, auditcommissie en commissie kwaliteit. Daarnaast is er een tijdelijke commissie samenwerking. De commissies hebben een voorbereidende en adviserende taak. Er is geen sprake van gedelegeerde verantwoordelijkheden. De vaste commissies hebben een vastgesteld commissiereglement waarin de taken en verantwoordelijkheden van de commissie zijn vastgelegd. Wegens wijzigingen in de samenstelling van de Raad van Toezicht, zijn ook de leden van commissies komen te wijzigen.

Auditcommissie

Leden: de heer van Essen (vz) en mevrouw Van der Vliet.

De commissie kwam in 2018 vier keer bijeen. Bij drie van deze vergaderingen was tevens de accountant aanwezig. In de vergaderingen zijn onder meer aan de orde geweest de herziene begroting 2018, interne controle rapportages, de kwartaalrapportages, ICT rapportages, bouwrapportages, AO/IC rapportages, diverse auditrapporten, het businessplan, het accountantsverslag, de jaarrekening, het controleplan, de kaderbrief, het proces van begroting en jaarplan 2019 en horizontaal toezicht.

Commissie Kwaliteit

Leden: de heer van Lier (voorzitter) en mevrouw Klomp

De commissie kwam in 2018 vier keer bijeen.

In het kader van dynamisch organisatorische kwaliteit is gesproken met leden van de commissie kwaliteit medische staf, met verschillende zorgmanagers en met de vakgroepvoorzitter radiologie. In het kader van statische organisatorisch kwaliteit is gesproken over onderwerpen als Niaz, IGJ jaargesprek, CQI rapportage, calamiteiten, reductie keurmerken en lintjes en de kwaliteitsrapportage.

Commissie Samenwerking

Leden: de heer van Moorsel en de heer van Essen

Deze commissie is enkele jaren geleden ingesteld als begeleidingscommissie voor de trajecten op het gebied van strategische samenwerking. De commissie besprak in 2018 enkele malen met de Raad van Bestuur de voortgang van de trajecten rond het Erasmus MC en het Havenziekenhuis.

2.4 Accountant

Gedurende het jaar was de accountant bij drie van de vergaderingen van de auditcommissie aanwezig. In mei was de accountant aanwezig bij de Raad van Toezicht voor het bespreken van de jaarrekening 2017.

2.5 Overleg belanghebbenden

Het reguliere overleg met de interne adviesorganen vond in 2018 als volgt plaats. Een vertegenwoordiging van het bestuur medische staf voerde eenmaal overleg met de Raad van Toezicht. Een delegatie van de cliëntenraad voerde tweemaal overleg met de Raad van Toezicht en een vertegenwoordiging van de Raad van Toezicht sloot tweemaal aan bij een overlegvergadering tussen Raad van Bestuur en Ondernemingsraad.

3. Verslag vanuit de werkgeversrol

3.1 Remuneratiecommissie

Leden: dhr. van Moorsel (voorzitter) en dhr. van Essen

Beoordelingsgesprekken Raad van Bestuur

In 2018 hebben de leden van de remuneratiecommissie voorbereidende gesprekken gevoerd met direct betrokkenen bij de Raad van Bestuur. Dit in het kader van 360 graden feedback. De gesprekken met de leden van de Raad van Bestuur individueel en gezamenlijk vinden plaats in het eerste kwartaal van 2019. Jaarlijkse beoordeelt de commissie de beloning van de Raad van Bestuur en doet een controle op de declaraties.

3.2 Werving leden Raad van Bestuur

De bezetting binnen de Raad van Bestuur was net als in 2017 een belangrijk onderwerp. Refererend aan het jaarverslag over 2017, heeft de Raad van Toezicht in verband met twee terugtrekende leden van de Raad van Bestuur in overleg met de vereniging medische staf gesproken over de wijze waarop continuïteit van bestuur kon worden geborgd. Hiertoe besloot de Raad van Toezicht om een interim bestuurder aan te trekken. De Raad van Toezicht besloot om per 14 augustus 2017 de heer J. de Vet te benoemen als lid Raad van Bestuur a.i. gedurende een periode van 6 maanden. Deze termijn is als eerste verlengd tot eind mei 2018, waarop een volgende verlenging tot 1 december 2018 volgde. De wervingsprocedure die na de zomer van 2017 startte, conform procedure en aanpak als bij de werving van de voorzitter, leidde tot benoeming van mw. dr. J.D. Oosting per 1 april 2018 als lid van de Raad van Bestuur. De continuïteit van bestuur kon worden geborgd door aanwezigheid en ruimte voor overdracht tussen de interim bestuurder en de nieuwe leden van de Raad van Bestuur.

Voor alle benoemingen geldt dat de procedures gevolgd zijn zoals deze zijn vastgelegd in de statuten en het reglement van de Raad van Toezicht. De Raad van Bestuur, het bestuur Vereniging Medische Staf, de Ondernemingsraad en de Cliëntenraad zijn in de gelegenheid gesteld om advies uit te brengen. In alle gevallen zijn positieve adviezen ontvangen.

4. Over de Raad van Toezicht

4.1 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 het ziekenhuis en met een spreiding van achtergronden en deskundigheden. Tenminste één lid beschikt over de voor het ziekenhuis relevante kennis en ervaring in de zorg. Eén lid zit, conform de wettelijke bepalingen, op voordracht van de Cliëntenraad in de Raad van Toezicht. De Raad van Toezicht heeft de competenties, deskundigheden, etc. vastgelegd in een profielschets. De profielschets bestaat uit een algemeen deel en een beschrijving van competenties voor een aantal aandachtsgebieden. De Raad van Toezicht maakt onderscheid tussen de volgende aandachtsgebieden: 1) financiën, 2) kwaliteit en veiligheid, 3) juridische zaken, 4) ondernemerschap, dienstverlening en innovatie.

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 zakelijk belang hebben bij het ziekenhuis en opgave doen van hun (neven)functies.

De samenstelling op 31 december 2018 was als volgt:

| Naam | Functie | Hoofdfunctie |
|-------------------------------|---------------------|--|
| Dhr. H. van Moorsel MPM RA | Voorzitter | Directeur De Galan Groep BV |
| Dhr. G. van Essen | Vice- voorzitter | Adviseur/toezichthouder |
| Dhr. drs. T.A.R. van Lier | Lid | Cardioloog St. Antonius Ziekenhuis |
| Mw. drs. E. van der Vliet | Lid | Bestuurder Dr. Schroeder van der Kolk bedrijven |
| Mw. dr. H. M. Klomp | Lid | Chirurg NKI - Antoni van Leeuwenhoek |

Informatie over de nevenfuncties, de zittingstermijn en de bezoldiging is opgenomen in de hoofdstuk 5.

4.2 Benoeming en herbenoeming

Werving en benoeming

Vanwege het vertrek van de heer Bestebreur als lid van de Raad van Toezicht van het IJsselland Ziekenhuis, per 1 januari 2018, heeft de Raad van Toezicht begin 2018 besloten de wervingsprocedure voor een nieuw lid te starten. Hiertoe is een profielschets vastgesteld. De openbare werving, onder regie van de Raad van Toezicht zelf, heeft een aantal kandidaten opgeleverd. Uit de selectiegesprekken heeft de Raad van Toezicht de voorkeur uitgesproken voor mevrouw Houke Klomp. Na adviestrajecten met medezeggenschapsorganen en Raad van Bestuur, die allen positief adviseerden, heeft de Raad van Toezicht mevrouw Klomp per 1 september 2018 benoemd als lid van de Raad van Toezicht. Het inwerkprogramma van mevrouw Klomp is aan de hand van een checklist in gang gezet. In oktober 2018 volgde mevrouw Klomp het programma Innovations in Governance van de Harvard Kennedy School.

4.3 Programma Goed Toezicht

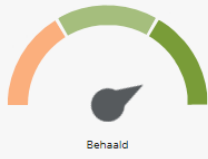
'Goed Toezicht' is de naam van het accreditatieprogramma van de NVTZ. Het programma geldt vanaf 2017 voor alle Raden van Toezicht die lid zijn van de NVTZ. In het programma wordt aangegeven hoe Raden van Toezicht inzichtelijk en aantoonbaar kunnen maken dat zij continu werken aan Goed Toezicht. Via de website van de NVTZ (www.nvtz.nl) is zichtbaar in welke mate de Raad van Toezicht voldoet aan de voorwaarden van het programma.

De tweedaagse werkconferentie die de Raad van Toezicht hield in mei, kende ook onderdelen van het programma Goed Toezicht, zoals de evaluatie van de Raad van Toezicht.

Goed beslagen ten ijs

Een goede toezichthouder gaat professioneel met zijn functie om. Daarom zal er cursorisch extra aandacht zijn voor het lidmaatschap van de raad van toezicht en het leiderschap van de raad van toezicht.

[> Lees meer over Goed beslagen ten ijs](#)



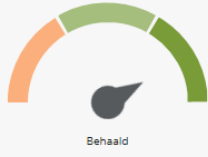
Transparantie

De waarde transparantie omvat het delen van contactgegevens van de raad van toezicht en de jaarlijkse kennis- en competentieontwikkelingen binnen de raad.

[> Lees meer over Transparantie](#)

[> Instructie bijwerken Transparantie](#)

[Gegevens transparantie bekijken](#)

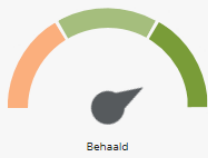



Evaluatie en reflectie

Van raden van toezicht mag worden verwacht dat zij ieder jaar evalueren en ten minste eenmaal per drie jaar onder externe begeleiding. In de tussentijd zal de raad van toezicht andere vormen van reflectie hanteren.


[> Lees meer over evaluatie en reflectie](#)

[Leerpunten evaluatie en reflectie bekijken](#)







Gert van Essen
Lid RvT




Houke Klomp
Lid RvC



Tjark van Lier
Lid RvT



Hendrik van Moorsel
Voorzitter RvT



Elly van der Vliet
Lid RvT

4.4 Functioneren en evaluatie

Jaarlijks evalueert de Raad van Toezicht het eigen functioneren. De Raad van Toezicht heeft ervoor gekozen om een zelfevaluatie onder externe begeleiding te doen. Dit gaf de mogelijkheid om, mede gezien de veranderingen in de Raad van Bestuur en de strategische dossiers, vanuit een breder perspectief te kijken. De zelfevaluatie onder begeleiding van een externe vond plaats tijdens de tweedaagse werkconferentie in mei 2018. Gedurende de evaluatie op 26 mei 2018, zijn de volgende thema's besproken en positief geëvalueerd:

- De samenwerking in de raad van toezicht als team;
- De integraliteit van het toezicht;
- De balans tussen toezicht op lange termijn beleid en actuele aandachtspunten;
- De samenstelling van de raad van toezicht, nu en in de toekomst.

4.5 Deskundigheidsbevordering

De Raad van Toezicht staat elk jaar stil op welke wijze invulling wordt gegeven aan scholing en deskundigheidsbevordering. De cursussen en congressen die de individuele leden hebben gevolgd in 2018 worden openbaar gemaakt via www.nvtz.nl.

4.6 WNT klasse indeling en bezoldiging

De Raad van Toezicht keurde in december 2018 de WNT klasse-indeling 2018 goed. Het IJsselland Ziekenhuis valt in klasse V.

De Raad van Toezicht stelde in december 2018 de bezoldiging over 2018 vast. De bezoldiging valt vanzelfsprekend binnen de Wet Normering Topinkomens en binnen de kaders van de adviesregeling van de NVTZ. Deze bedraagt 8% (lid) en 12% (voorzitter) van het maximum van de bezoldigingsklasse van de bestuurder.

4.7 Informatievoorziening

In het informatieprotocol is vastgelegd over welke onderwerpen de Raad van Bestuur de Raad van Toezicht informeert en op welk moment.

De Raad van Toezicht ontvangt informatie over de gang van zaken binnen het ziekenhuis uit de overlegmomenten met de RvB, bestuur Vereniging Medische Staf, ondernemingsraad en cliëntenraad en externe accountant.

De Raad van Toezicht wordt bij de vergaderstukken schriftelijk geïnformeerd aan de hand van diverse documenten zoals de mededelingen van de Raad van Bestuur, memo's over verschillende vergaderonderwerpen, jaarplan, begroting, e.d. Ook ontvangt de Raad van Toezicht ter informatie een knipselkrant met communicatie uitingen vanuit of over het IJsselland Ziekenhuis.

Tussen de voorzitter van de Raad van Toezicht en de Raad van Bestuur vindt met regelmaat bilateraal overleg plaats.

5. Samenstelling Raad van Toezicht

| Naam | <u>Dhr. H. van Moorsel MPM RA</u> | Nevenfuncties |
|-------------------------|--|--|
| Functie | Voorzitter | (Interim) Voorzitter RvT Stichting GGZ inGeest |
| Functie dagelijks leven | Partner/directeur De Galan Groep BV | Lid Raad van Commissarissen Stichting Vidomes |
| Zittingstermijn tot | 1 februari 2020, niet herbenoembaar | Lid Raad van Toezicht Stichting Perscentrum Nieuwspoor |
| Bezoldiging* | € 22.440,00 | |
| | | |

| | | |
|-------------------------|---|--|
| Naam | <u>Dhr. G. van Essen</u> | Nevenfuncties |
| Functie | Lid | Voorzitter van de Raad van Advies van Bright HR Strategies |
| Functie dagelijks leven | Adviseur/toezichthouder | Vice-voorzitter Raad van Toezicht Stichting Zorgzaam |
| Zittingstermijn tot | 28 mei 2021, niet herbenoembaar | Voorzitter Stichting Kruiemeltje |
| Bezoldiging* | € 14.960,00 | Lid van de Raad van Toezicht Stichting Luxor Theaters |
| | | |
| Naam | <u>Dhr. drs. T.A.R. van Lier</u> | Nevenfuncties |
| Functie | Lid | - |
| Functie dagelijks leven | Cardioloog Sint Antonius Ziekenhuis | |
| Zittingstermijn tot | 2 juli 2021, niet herbenoembaar | |
| Bezoldiging* | € 14.960,00 | |
| | | |
| Naam | <u>Mw. drs. E. van der Vliet</u> | Nevenfuncties |
| Functie | Lid | Lid Raad van Toezicht Albeda ROC (tot 1 september 2018) |
| Functie dagelijks leven | Bestuurder Dr. Schroeder van der Kolk bedrijven | |
| Zittingstermijn tot | 26 mei 2019, herbenoembaar | |
| Bezoldiging* | € 14.960,00 | |
| | | |
| Naam | <u>Mw. dr. H.M. Klomp</u> | Nevenfuncties |
| Functie | Lid | - |
| Functie dagelijks leven | Chirurg NKI-AVL, interne vertrouwenspersoon | |
| Zittingstermijn tot | 1 september 2022, herbenoembaar | |
| Bezoldiging* | € 4.986,67 | |
| | | |

* Bezoldigingsbedragen zijn exclusief 21% BTW