



Jaarverslag 2019

Raad van Bestuur

Mei 2020

Voorwoord	3
Deel 1 – Over het IJsselland Ziekenhuis	4
1.1 Profiel	4
1.2 Governance	5
1.4 Organisatiestructuur	6
1.5 Gelieerde entiteiten	9
1.6 Visie en strategie.....	9
1.7 Maatschappelijke verantwoordelijkheid.....	16
<hr/>	
Deel 2 – Kwaliteit, mensen, productie en middelen/financiën	17
2.1 Kwaliteit.....	17
2.2 Mensen	26
2.3 Productie.....	33
2.4 Middelen	34
2.5 Financiën.....	37
<hr/>	
Deel 3 – De Brug naar morgen	45
Bijlage 1 Specialismen	48
Bijlage 2: Kerncijfers	49
Bijlage 3: Nevenfuncties Raad van Bestuur	50
Bijlage 4: Jaarverslag 2019 Raad van Toezicht	51

Voorwoord

Voor u ligt het jaarverslag 2019 van Stichting Ijsselland Ziekenhuis te Capelle aan den IJssel. Met het jaarverslag legt het ziekenhuis naar alle belanghebbenden en naar de maatschappij verantwoording af over het beleid, de inspanningen en de prestaties over het jaar 2019.

Als maatschappelijke organisatie vinden we het vanzelfsprekend om verantwoording af te leggen. Naast het formele jaarverslag wordt een publieksversie beschikbaar gesteld via de website.

In deel 1 van het jaarverslag volgt een beschrijving over het Ijsselland Ziekenhuis, de meerjarenstrategie 2019-2024 en de belangrijkste programma's in 2019. In deel 2 worden de prestaties over 2019 behandeld. Wij hebben ervoor gekozen om de prestaties te structureren naar de vier dimensies van de 'ruit': Kwaliteit, Mensen, Productie en Middelen/Financiën. In deel 3 van het jaarverslag blikken wij vooruit naar het jaar 2020.

Uit respect voor het milieu wordt het jaarverslag alleen digitaal aangeboden en niet gedrukt. Het is voor iedereen te raadplegen op onze website www.ysl.nl.

Algemene identificatiegegevens

Naam verslag leggende rechtspersoon	Stichting Ijsselland Ziekenhuis
Adres	Prins Constantijnweg 2 2906 ZC Capelle aan den IJssel Postbus 690 2900 AR Capelle aan den IJssel
Telefoonnummer	010-2585000
Website	www.ysl.nl
Twitter	@ijssellandzhs
Facebook	https://nl-nl.facebook.com/ijssellandzhs
E-mailadres	communicatie@ysl.nl
Nummer Kamer van Koophandel	41128994

Mei 2020

Deel 1 – Over het IJsselland Ziekenhuis

1.1 Profiel

Het IJsselland Ziekenhuis is een algemeen regionaal ziekenhuis en biedt een breed aanbod aan medisch specialistische zorg. 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 onderstaand figuur). 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. 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.

Met onze 1712 medewerkers, 148 medisch specialisten¹ en 214 vrijwilligers spannen wij ons elke dag weer met veel energie en betrokkenheid om onze missie te behalen: "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". In bijlage 2 is een aantal kerncijfers over het ziekenhuis opgenomen.



Adherentiegebied IJsselland Ziekenhuis

¹ Een overzicht van de specialismen is opgenomen als bijlage 1.

1.2 Governance

Het IJsselland Ziekenhuis is een stichting en kent een Raad van Bestuur en een Raad van 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 2017 vormt voor ons de norm voor goed bestuur en toezicht. De principes uit de code worden dan ook toegepast. 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 is vanzelfsprekend in overeenstemming met de regelgeving van de Wet Normering Topinkomens en wordt vastgesteld door de Raad van Toezicht. In de jaarrekening is nadere informatie te vinden over de hoogte van de beloning. Voor de nevenfuncties van de leden van de Raad van Bestuur wordt verwezen naar bijlage 3 van het jaarverslag. In bijlage 4 is het jaarverslag van de Raad van Toezicht opgenomen met daarin onder meer de beloningsgegevens en nevenfuncties van de leden van de Raad van Toezicht.

De samenstelling van de Raad van Bestuur per 31 december 2019 luidt als onderstaand:

De heer Mr. A.H. van Wijk – voorzitter Mevrouw Dr. J.D. Oosting – lid
--

De samenstelling van de Raad van Toezicht per 31 december 2019 luidt als onderstaand:

De heer H. van Moorsel MPM RA – voorzitter De heer G. van Essen – vice-voorzitter Mevrouw drs. E. van der Vliet – lid Mevrouw dr. H.M. Klomp – lid De heer drs. T.A.R. van Lier – lid

1.3 Medezeggenschap

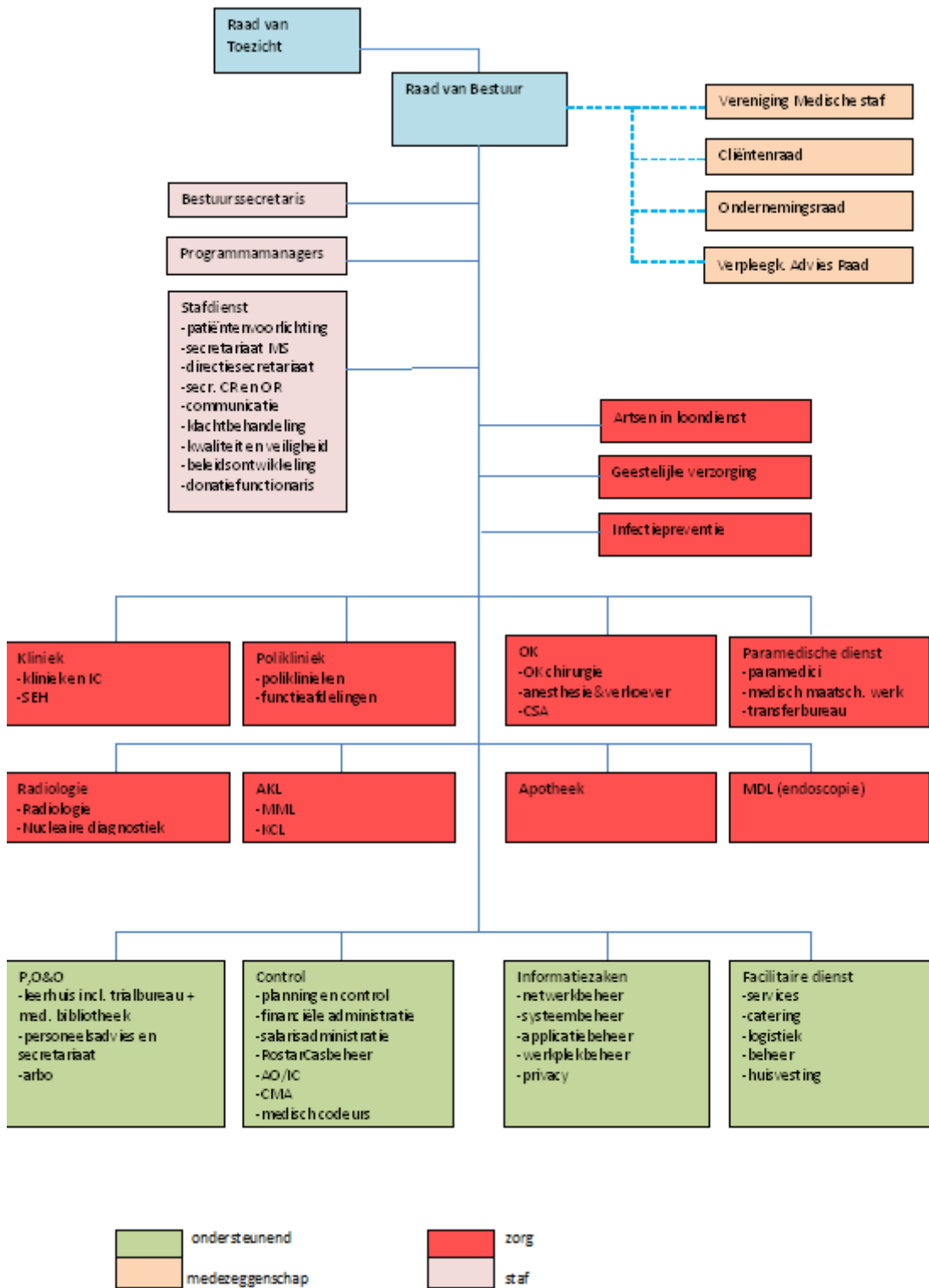
Het IJsselland Ziekenhuis kent vier inspraak-/adviesorganen die verschillende belangengroepen vertegenwoordigen:

- 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

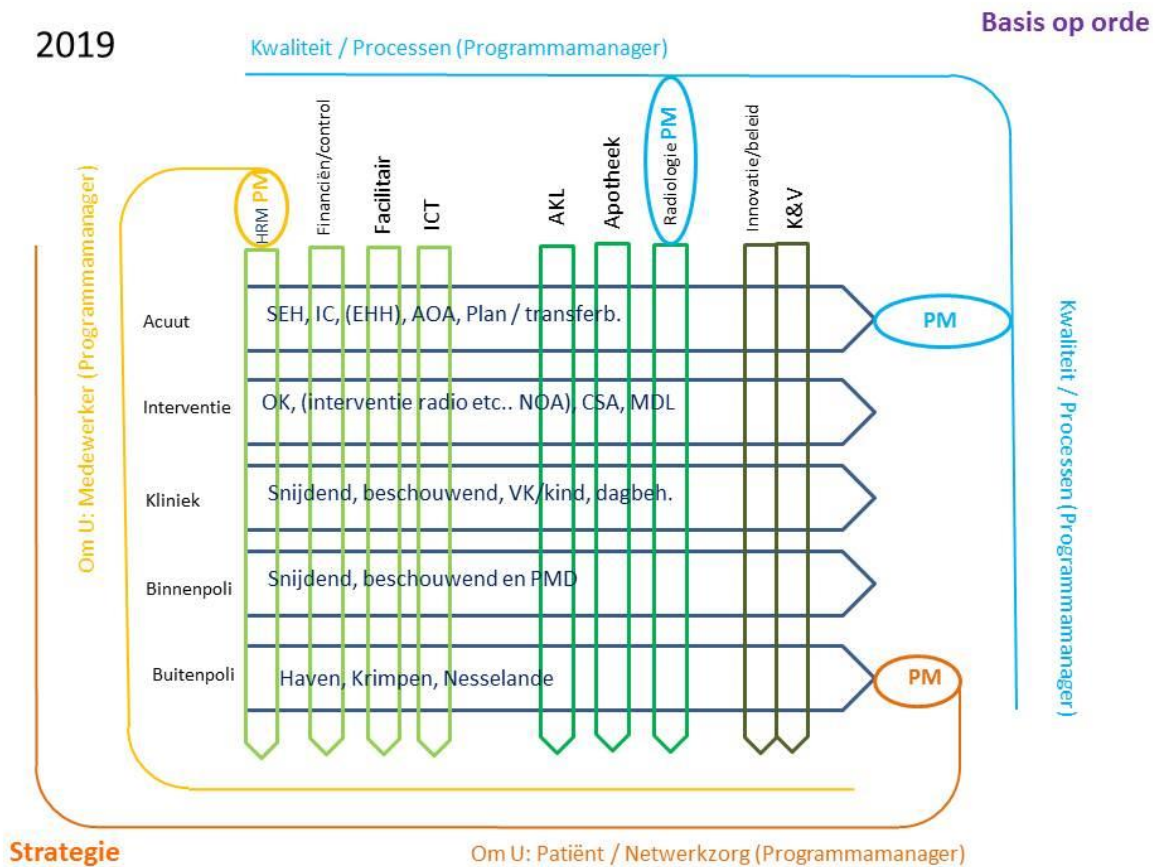
Deze organen geven gevraagd en ongevraagd advies aan de Raad van Bestuur over beleid en voorgenomen besluiten in het ziekenhuis. Zij leggen in eigen jaarverslagen verantwoording af over jaar 2019. In 2019 hebben naast formele (overleg)vergaderingen met de Raad van Bestuur, ook andere vergaderingen en bijeenkomsten plaatsgevonden. Zo is de Raad van Bestuur uitgenodigd door de cliëntenraad om gezamenlijk geschoold te worden op het vlak van de nieuwe Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (Wmcz 2018) en heeft de Ondernemingsraad de Raad van Bestuur en Raad van Toezicht uitgenodigd voor een overleg in het kader van WOR artikel 24. De Raad van Bestuur nodigt de medezeggenschapsorganen op haar beurt uit deel te nemen aan verschillende werkgroepen en projecten.

1.4 Organisatiestructuur

Het organogram op de volgende pagina is een weergave van de opbouw van de organisatie. De organisatie is opgebouwd uit verschillende onderdelen zoals uit het organogram (figuur 2) blijkt. De zorgafdelingen en zorg-ondersteunende richten zich op de primaire zorgprocessen. De facilitaire dienst, Informatiezaken, PO&O, dienst Control en stafafdeling zijn gericht op de organisatie-ondersteunende taken en processen. In 2019 is met behoud van de formele organisatiestructuur een tijdelijke wijziging in aansturing toegevoegd. Met het oog op de 'basis op orde' en de meerjarenstrategie, waarover meer in hoofdstuk 1.6 Visie en strategie is ruimte vrij gemaakt in de organisatie, zodat strategische programma's gerealiseerd kunnen worden. Eind 2018 zijn tijdelijk twee zorgmanagers aangenomen. Hiermee is voor de zorgmanagers ruimte gecreëerd voor het uitvoeren van programma's, om de basis op orde te brengen en de strategie vorm en inhoud te gaan geven. Een nadere toelichting op de programma's is omschreven in hoofdstuk 1.6 Visie en strategie. In 2020 wordt deze tijdelijke aansturing geëvalueerd, waarna een voorstel volgt voor een definitief model.



In onderstaand figuur wordt de tijdelijke aansturing weergegeven. Horizontaal zijn de patiëntzorgstromen weergegeven, verticaal de ondersteunende zorgprocessen. De aansturing van de acute zorg stroom (SEH, IC, AOA), inclusief planbureau en transferbureau is losgekoppeld van de aansturing van de kliniek en is een aparte stroom. De aansturing van de poliklinieken op de hoofdlocatie in Capelle aan den IJssel en de buitenpoliklinieken is gesplitst. De manager van de poliklinieken op de hoofdlocatie stuurt ook de paramedische dienst en medisch maatschappelijk werk aan. De radiologie wordt apart aangestuurd door een zorgmanager. Zoals gezegd, is hiermee ruimte gecreëerd voor het op orde brengen van de basis en uitvoeren van de strategische programma's. Zo is de manager buitenpoli tevens programmamanager (PM) 'Hier gaat het om u – patiënt' en netwerkzorg, zijn de managers van de acute stroom en radiologie verantwoordelijk voor het verbeteren van de kwaliteit en het optimaliseren van processen. De manager HRM is tevens programmamanager voor het strategieonderdeel 'Hier gaat het om u – medewerker'.



1.5 Gelieerde entiteiten

De volgende entiteiten zijn per eind 2019 (bestuurlijk) verbonden met Stichting Ijsselland Ziekenhuis:

Naam en rechtsvorm en woonplaats rechtspersoon	Kernactiviteit	Kapitaalbelang (in %)
Rechtstreekse kapitaalbelangen >= 20%:		
Parkeerbeheer B.V. te Capelle aan den IJssel*	Verzorgt parkeergarage Ijsselland	100%
Regioapothek Ijsselland B.V. te Capelle aan den IJssel*	Verzorgt apothekersdiensten in de regio Capelle aan den IJssel	50%
ZBC DC Skoop Vaste Land B.V. *	Verzorgen van MDL Scopieën	49%
Zeggenschapsbelangen:		
OWM MediRisk B.A. te Utrecht*	Verzekeren van medische aansprakelijkheid	2%
Pathan B.V. te Rotterdam*	Verzorgt pathologische onderzoeken	17%
ZBC DC Skoop Schiedam B.V.*	Verzorgen van MDL Scopieën	12%

1.6 Visie en strategie

De Nederlandse gezondheidszorg is volop in ontwikkeling. We zien de zorgvraag én zorgzwaarte in onze regio toenemen, onder andere door vergrijzing en een toename in chronisch zieken. Daarnaast zien we de patiëntbehoefte veranderen: patiënten willen steeds vaker zelf kiezen hoe en waar zij welke zorg willen ontvangen. Vanuit de politiek en zorgverzekeraars wordt er gestuurd op 'de juiste zorg op de juiste plek', transparantie over besismogelijkheden (bijvoorbeeld samen beslissen in de spreekkamer) en het verminderen van regeldruk. De ontwikkelingen op gebied van technologie en software gaan razendsnel en bieden nieuwe (behandel)mogelijkheden, zowel in het ziekenhuis als (digitaal) dichtbij huis. Ten slotte verandert ook de arbeidsmarkt. Door het stijgend personeelstekort wordt het steeds moeilijker om personeel te vinden. Vanuit de Rotterdamse Zorg wordt regionaal gestuurd op de aanpak van dit tekort. Het Ijsselland Ziekenhuis wil een aantrekkelijk werkgever zijn voor potentiële medewerkers en huidige medewerkers boeien, binden en behouden. Met het Hoofdlijnenakkoord voor de medisch specialistische zorg (2019-2022) is landelijk een koers ingeslagen die gericht is op de uitdaging om de groeiende zorgvraag het hoofd te bieden, zonder dat de middelen daarvoor toenemen. Deze ontwikkelingen stellen ziekenhuizen de komende jaren voor belangrijke uitdagingen. De Raad van Bestuur van het Ijsselland Ziekenhuis heeft op deze en andere ontwikkelingen geacteerd door, in nauw overleg met interne en externe stakeholders, een visie/meerjarenstrategie 2019-2024 op te stellen. De strategie stimuleert het Ijsselland Ziekenhuis de ontwikkelingen het hoofd te bieden en tegelijkertijd haar successen vast te houden. Zo wordt het Ijsselland Ziekenhuis positief beoordeeld vanwege kleinschaligheid en korte lijnen, grote daadkracht en betrokkenheid van medewerkers, ontwikkelingen op het vlak van EHealth en voortdurende verbetering van kwaliteit en patiëntveiligheid.

De missie van het ziekenhuis bood de leidraad voor het ontwikkelen van visie en meerjarenstrategie:

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

De visie van het IJsselland Ziekenhuis vertaalt zich naar twee strategische uitgangspunten, die in onderstaande figuur in één oogopslag gevisualiseerd zijn:



Om als ziekenhuis de toekomstvisie 2024 te realiseren is in 2019 een aantal programma's vastgesteld:

1. Basis op orde (kwaliteit, processen, renovatie)
2. Hier gaat het om U – patient
3. Hier gaat het om U – medewerker
4. Netwerkgang
5. Preventie

Binnen deze programma's zijn in 2019 en worden de komende jaren projecten en activiteiten gestart die er uiteindelijk toe leiden dat de basis op orde is en de strategische doelstellingen worden gerealiseerd. In de eerste jaarschijf van de meerjarenvisie lag de focus op het op orde brengen van de basis, tegelijk met aandacht voor netwerkgang, patiënt en medewerker. Deze focus werd mogelijk gemaakt door de eerder omschreven tijdelijke wijziging in de aansturing van de organisatie en het invoeren van programmamanagement. In de volgende paragrafen worden de vijf genoemde programma's nader toegelicht.

Naast het in gang zetten van een aantal veranderingen in het kader van de vijf genoemde programma's wordt in 2019 en 2020 gewerkt aan concretisering van visie en strategie naar doelstellingen. In februari 2020 zijn de uitkomsten gepresenteerd en wordt duidelijk welke vervolgstappen in 2020 nodig zijn om de als ziekenhuis de genoemde uitdagingen het hoofd te kunnen bieden en de toekomstvisie 2024 te realiseren.

1.6.1 Basis op orde (kwaliteit, processen, renovatie)

Het fundament onder de meerjarenstrategie ligt in optimaal ingerichte en uitgevoerde processen, een focus op kwaliteit en passende huisvesting.

Kwaliteit

Binnen het programma basis op orde lag voor 'kwaliteit' de focus op het voorbereiden op en behalen van de Niaz-accreditatie (Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg). In 2018 heeft Niaz na een audit geconstateerd dat het IJsselland Ziekenhuis nog niet in aanmerking kwam voor accreditatie. Hierop is een verbeterprogramma gestart met als doel het aantoonbaar borgen van kwalitatief goede en veilige patiëntenzorg, een proces van continu verbeteren en het behalen van Niaz accreditatie. Het intensieve verbeterprogramma stond onder leiding van een zorgmanager als projectleider en een medisch specialist en heeft voor grote betrokkenheid onder medewerkers en medische staf gezorgd. Er zijn vele nieuwe auditoren opgeleid, waardoor een groot aantal flits- en tracer audits uitgevoerd kon worden. Deze interne audits en ook 'thermometer-acties' kwamen tijdens de evaluatie naar voren als waardevolle bronnen van informatie om maatregelen op te kunnen nemen.

Tijdens de Niaz audit in november 2019 heeft het IJsselland Ziekenhuis kunnen aantonen bijzonder grote stappen te hebben gemaakt. De auditoren hebben vastgesteld dat het IJsselland ziekenhuis 100% voldoet aan alle VIR's (vereiste instellingsrichtlijnen) en aan 99% van de 'goud' criteria. Een prestatie waar wij ontzettend trots op zijn. Het doel is nu om te blijven sturen op kwaliteit van zorg en continue verbeteren.

Processen

In ons ziekenhuis worden we voortdurend uitgedaagd door overheid en zorgverzekeraars om kosten te besparen en kwaliteit te verbeteren. Ook wordt de patiënt steeds kritischer en zijn zorgvraag steeds complexer. Dit vraagt om voortdurende aandacht voor procesverbetering. In 2019 ligt de focus in het programma basis op orde 'processen' op optimale benutting van onze capaciteit en verbeteren van processen door middel van Lean methodiek.

Met het oog op verwezenlijken van de strategie van het ziekenhuis en bijdragen aan de maatschappelijke opdracht om zorgkosten te beperken, is het van belang om patiëntvraag en capaciteitsaanbod van het ziekenhuis goed op elkaar af te stemmen. Het IJsselland Ziekenhuis werkt aan de invoering van Integraal Capaciteit Management, met als uitgangspunt dat een centrale regie op de verdeling van bedden en centrale regie op de planning van patiënten zal leiden tot een integrale aansturing en daarmee optimale benutting van capaciteit. Sturen op capaciteit en centrale regie vragen om vastgestelde uitgangspunten. In het eerste kwartaal van 2020 is een beleidskader opgesteld ter ondersteuning bij de verdeling van de capaciteit van bedden als ook de operationele planning van patiënten.

In 2019 heeft het IJsselland Ziekenhuis besloten om de Lean methodiek in te zetten als hulpmiddel bij het optimaliseren van processen binnen de organisatie. De Lean methode sluit naadloos aan op het centraal stellen van onze patiënt (Hier gaat het om U) en richt zich op het creëren van toegevoegde voor de patiënt. Door onze processen te optimaliseren en slimmer te werken verhogen we niet alleen de waarde voor de patiënt, maar ook medewerkerstevredenheid, kwaliteit van zorg en verlagen we de zorgkosten. Medio 2019 zijn Raad van Bestuur en Managementteam bekend gemaakt met de Lean principes en is het Lean programma gestart, met onder andere trainingen voor leidinggevenden (train de trainer) en intervisie. In 2020 wordt het Lean programma vervolgd; een aantal medewerkers zal een Green Belt training volgen en teams worden door hun leidinggevende bekend gemaakt met de principes van Lean.

Bouw en renovatie

Een ziekenhuis met ambities heeft een gebouw dat de verwezenlijking van die ambities ondersteunt. Renovatie en nieuwbouw van het ziekenhuis spelen dan ook een grote rol om de basis op orde te brengen en zijn een driver voor kwaliteit- en procesverbetering. In 2019 zijn na jaren van voorbereidingen, voorloop projecten (AOA, Dagbehandeling, IC, N3) de eerste nieuwe verpleegafdelingen opgeleverd: de eerste standaardverpleegafdelingen B2 en de nieuwe kinderafdelingen op B3. Hiermee wordt voor de patiënt en medewerker een nieuwe prettige omgeving eindelijk werkelijkheid. Een belangrijke stap voor het IJsselland Ziekenhuis.

In 2019 is ook het startsein gegeven voor nieuwbouw en renovatie van het OK-complex. In september 2019 is de aftrap gegeven bij het schroeven van de eerste heipaal. Er is gekozen voor een snel bouwproces met minimale overlast voor patiënten, organisatie en omgeving. Hiertoe is een overeenkomst aangegeven met firma Cadolto uit Duitsland, dat gespecialiseerd is in systeembouw. De contouren van het nieuwe OK complex zijn inmiddels duidelijk zichtbaar, de betonconstructie is gereed en de modules zijn in januari 2020 geplaatst. Na oplevering van het nieuwe OK-complex medio 2020 start de renovatie van het huidige complex. Naar verwachting is deze fase eind 2020 afgerond, waarmee er acht nieuwe OK's, een nieuwe CSA en verkoever zijn. Gedurende de nieuwbouw en renovatie wordt de bestaande OK capaciteit niet verminderd.

1.6.2 Hier gaat het om U – patiënt

Het IJsselland Ziekenhuis wordt door patiënten en netwerkpartners gewaardeerd om haar kleinschaligheid en korte lijnen. Het IJsselland Ziekenhuis is goed bereikbaar, zowel fysiek, telefonisch als digitaal en wij streven er naar dat de patiënt niet onnodig hoeft te wachten. Wij zijn kostenbewust en geloven dat zinnige en slim georganiseerde zorg bijdragen aan het betaalbaar en toegankelijk houden van de zorg. "Halveer het gedoe, verdubbel de aandacht". Tegelijkertijd is er ruimte voor het verbeteren van patiëntbejegening en bereikbaarheid van het ziekenhuis. Het ankerpunt van de meerjarenstrategie 2019 -2024 van het IJsselland Ziekenhuis is het centraal stellen van de patiënt en zijn naasten. De 9 patiëntbeloften van het ziekenhuis vormen de basis voor het verbeteren van service- en patiëntgerichtheid. In 2019 zijn hierin grote stappen gezet. Het voornemen van de medische staf om het onderwerp patiëntbejegening centraal te stellen hebben zijn samen met medewerkers, verpleegkundigen en cliëntenraad uitgewerkt in een plan voor 2020. Ook is samen besloten in de spreekkamer als pilot gestart bij de vakgroep orthopedie en maken vele patiënten gebruik van het patient portaal 'Mijn IJsselland'. In 2020 gaan wij op de ingeslagen weg door. We doen er alles aan om een bezoek aan het IJsselland Ziekenhuis zo zorgeloos mogelijk te maken, persoonlijk en aangenaam. Iedere patiënt is uniek en heeft eigen wensen. Door naar de patiënt te luisteren worden we iedere dag een stukje beter in ons werk. Wij zorgen ervoor dat alle informatie duidelijk en beschikbaar is, zodat de patiënt samen met de dokter de beste keuze kan maken over de best passende zorg. Het IJsselland Ziekenhuis draagt hier aan bij door het verplaatsen van zorg naar de juiste plek, door de juiste professional, slim en doelmatig organiseren van processen en waar mogelijk digitaliseren en tevens wordt samen besloten verder uitgerold over het ziekenhuis.

Onder hoofdstuk 2.2 wordt verder ingegaan op de prestaties van het IJsselland Ziekenhuis ten aanzien van de strategische visie 'Hier gaat het om U – patiënt'.

1.6.3 Hier gaat het om U – medewerker

Het programma ‘Hier gaat het om U – medewerker’ is in het voorjaar van 2019 vertaald naar het actieplan Binden, Boeien & Behouden. Het actieplan is gepresenteerd aan de RvB, RvT, MT, Ondernemingsraad en Teamleidinggevendenden. De Ondernemingsraad herkende de eigen meerjarenvisie terug presentatie. Het actieplan bestaat uit een set aan korte termijn, middellange termijn en lange termijnmaatregelen om onze medewerkers te behouden en nieuwe medewerkers aan ons te binden. Als basis voor dit actieplan is een nieuwe HR visie ontwikkeld. Onder de noemer “9 zekerheden” is een praktische kapstok gepresenteerd waaraan de HR gerelateerde acties, activiteiten en instrumenten kunnen worden opgehangen.

Deze visie wordt door de RvB, MT en Ondernemingsraad omarmd.

De 9 Zekerheden van ons personeelsbeleid

1. We vinden je Bijzonder als je bij ons werkt!
2. We gebruiken de Denkkraft van onze medewerkers!
3. We stimuleren een “Leven lang Leren”!
4. We werken Gezond & Veilig!
5. We werken Slimmer, Niet Harder!
6. We geven Vrijheid, Ruimte & Vertrouwen!
7. We vinden Leiderschap cruciaal!
8. We zijn Transparant!
9. We werken Samen!

Een aantal van de acties uit het Actieplan Binden, Boeien & Behouden is in 2019 al geïmplementeerd, deze prestaties zijn terug te vinden in hoofdstuk 2.2.2.

1.6.4 Netwerkgang

Om invulling te geven aan de gewenste transitie van zorg uit het Hoofdlijnenakkoord, positioneert het Ijsselland Ziekenhuis zich nadrukkelijk als betrouwbare partner in het regionale zorgnetwerk. Intensief samenwerken met verschillende partners zit in ons bloed. Op basis van de visie op netwerkgang richt het ziekenhuis zich op een optimale samenwerking in het netwerk. Met verschillende samenwerkingspartners werken aan het goed organiseren van de juiste zorg op juiste plek door de juiste professional. Dit is terug te zien in onze samenwerkingsverbanden en in de manier waarop onze meerjarenstrategie 2019-2024 tot stand is gekomen. Verschillende organisaties zoals VVT en zorgverzekeraars zijn actief betrokken hierbij, waardoor wij ons als herkenbare en benaderbare partij hebben gepresenteerd. Samenwerking met zorgpartners binnen onze regio, zorgverzekeraars en ook tech partners is essentieel om transitie van zorg te bewerkstelligen. Dit kan door 1) het voorkomen van onnodige zorg, 2) het verplaatsen van zorg en 3) het vervangen van dure zorg voor goedkopere zorg. Hierbij is het van belang om goede afspraken te maken met (potentiële) samenwerkingspartners, en (tijdelijke) projectstructuren zorgvuldig in te richten. Ter ondersteuning bij keuzes in positionering in ons regionale zorgnetwerk maken wij gebruik van analyses (regiobeelden, transitie-monitor) die inzicht geven in demografie en zorgconsumptie in het adherentiegebied van het ziekenhuis. Aan de hand van deze analyses wordt in het eerste of tweede kwartaal van 2020 inzichtelijk hoe de zorg zich gaat ontwikkelen en hoe we met onze samenwerkingspartners kunnen zorgen voor de ombuiging van zorg.

Samenwerking in het netwerk

De samenwerking in het netwerk 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, het overleg tussen specialisten ouderengeneeskunde en specialisten uit het ziekenhuis en de afstemming met het gezondheidscentrum Krimpen over samenwerking.

Met andere ziekenhuizen, VVT, welzijn en gemeenten wordt ook 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 project 'Samen voor Kwetsbare Ouderen 010'. Dit project richt zich op het optimaliseren van de zorg voor kwetsbare ouderen. In de regio wordt centrale triage opgezet voor een verbetering van de doorstroom vanuit de SEH/ziekenhuis/huisarts naar de VVT. Ook het Havenue concept dat samen met eerste lijn en VVT organisaties is ontworpen op de locatie van het voormalige Havenziekenhuis is een mooi voorbeeld van juiste zorg op de juiste plek, door de juiste professional.

Een recente ontwikkeling is het ondertekenen van een intentieverklaring met Lelie zorggroep in januari 2020. Hiermee wordt een intensieve samenwerking tot stand gebracht met als doel patiënten zo dichtbij mogelijk, passende zorg te bieden. Lelie zorggroep is een van de partners in het Havenue concept op locatie van het voormalige Havenziekenhuis. Met de samenwerking willen de partijen onnodig lange ligduur in het ziekenhuis van ouderen voorkomen en elkaar versterken door samen te werken op het gebied van innovatie en personeelsbeleid. De samenwerking richt zich op inwoners van Rotterdam-oost, Capelle aan den IJssel en Krimpen aan den IJssel. Een en ander in samenspraak met huisartsen, welzijnsorganisaties en andere partijen in dat gebied. Het voorgaande biedt tevens een mooie kans om de poliklinische zorg die het IJssellandziekenhuis nu nog biedt in het voormalige Havenziekenhuis, vanwege het sluiten van deze locatie verder vorm te geven op een locatie van Lelie zorggroep. Daaruit volgt dat verdere concrete samenwerking vanuit een nieuw perspectief mogelijk wordt en verkenning hiervan een logische stap is.

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, bijvoorbeeld over arbeidsmarktbeleid.

Daarnaast is De Raad van Bestuur lid van diverse landelijke en regionale bestuurlijke samenwerkingsverbanden. Ook leden van het managementteam vertegenwoordigen het IJsselland Ziekenhuis in verschillende samenwerkingsverbanden.

Transformatiegelden

In 2019 heeft het IJsselland Ziekenhuis transformatiegelden verkregen waarmee een aantal projecten kon worden uitgevoerd. Doelstelling van deze projecten was om zorg te verplaatsen; dichtbij huis als het kan, in het ziekenhuis als het moet. Bij het definiëren van deze projecten is gekeken naar 1) draagvlak bij professionals, 2) projecten die al bewezen effectief zijn in andere ziekenhuizen, en 3) projecten waarbij de doelgroep een aanzienlijk volume kent, zodat ook daadwerkelijk impact kan worden gerealiseerd.

Gedurende 2019 zijn de volgende projecten gestart met inzet van de transformatiegelden:

1. MijnIBDcoach: IBD zorg op afstand
2. Telemonitoring Hartfalen
3. Telemonitoring COPD
4. BeterDichtbij
5. Oogzorg in de 1,5e lijn
6. Meekijkconsult

Door de structuur, aanpak en inhoud gezamenlijk met professionals te doordenken en uit te werken is betrokkenheid en draagvlak gerealiseerd. Vervolgens zijn in gestructureerde projecten de eerste resultaten bereikt. Doelstelling is om komende jaren steeds meer patiënten in de nieuwe werkwijze te includeren. Daartoe worden aantallen en relevante parameters gemonitord.

Belangrijk is ook dat we middels (communicatie over) deze projecten de bewustwording in de organisatie t.a.v. (de komst van) digitale zorg hebben vergroot. We merken dit doordat er nieuwe ideeën t.a.v. verplaatsen van zorg, voorkomen van (onnodige) zorg of het vervangen van (dure) zorg proactief worden aangedragen. Dat biedt perspectief voor 2020, zo zijn er plannen om chemo thuis en PTNS als nieuwe projecten op te starten.

Partnership Erasmus MC

Het IJsselland Ziekenhuis en het Erasmus MC willen een juridische samenwerking. Een samenwerking die verplaatsing van zorg beoogt: (dichter) bij mensen thuis als het kan en verder weg (geconcentreerd) als dit nodig is met het oog op kwaliteit en doelmatigheid. Een samenwerking om onnodige en (duurdere) zorg te voorkomen in de regio. Een samenwerking ook die een versterkend effect heeft op de ontwikkeling van innovatieve zorgvormen/e-health en ICT-zorginfrastructuur. Een samenwerking bovendien die arbeidsproblematiek in de gezondheidszorg tegengaat door in de regio een aantrekkelijke en ambitieuze werkomgeving te creëren die professionals de mogelijkheid biedt uit te blinken - nu en in de toekomst.

De afgelopen jaren is beoogde samenwerking op diverse aspecten uitgewerkt, het adviestraject met de interne inspraak- en adviesorganen heeft plaatsgevonden en in 2018 is de melding voor de zorgconcentratietoets ingediend 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. Op 9 april 2019 heeft de NZa besloten een goedkeuring onder voorwaarden te verlenen aan de voorgenomen concentratie. Deze goedkeuring is 11 september ingetrokken omdat een van de verzekeraars heeft aangegeven dat zij niet voldoende geïnformeerd zijn over de invulling van de samenwerking. Op 11 december 2019 is opnieuw goedkeuring voor voorgenomen concentratie aangevraagd en op 4 februari 2020 heeft NZa deze aanvraag weer onder voorwaarden goedgekeurd.

De voorbereiding op de aanvraag tot goedkeuring van de concentratie bij de ACM is intussen doorgegaan en het streven is in het eerste kwartaal van 2020 de aanvraag bij de ACM in te dienen. In 2020 worden de organisatorische, financiële juridische en fiscale aspecten van de concentratie uitgewerkt, zodat de ziekenhuizen per 1 januari 2021 de samenwerking kunnen formaliseren.

In 2018 is een aantal samenwerkingspilots gestart, die in 2019 zijn geëvalueerd. Besloten is de samenwerking op het vlak van IBD zorg en IC voort te zetten en de pilot buikwandchirurgie anders vorm te geven. In 2019 zijn verschillende nieuwe samenwerkingsinitiatieven onderzocht, waarvan een pilot is gestart met betrekking tot het uitvoeren van gynaecologisch laparoscopische onderzoeken, bij een vooraf vastgestelde patiëntenpopulatie in het IJsselland Ziekenhuis. Het opzetten van een gezamenlijke pool van SEH artsen wordt momenteel verder uitgewerkt als samenwerkingspilot en de verwachting is dat in het tweede kwartaal van 2020 de eerste SEH artsen gaan werken in het IJsselland Ziekenhuis.

1.6.5 Preventie

Het IJsselland Ziekenhuis participeert in en initieert diverse preventieve projecten in de regio. Het griep project in Krimpen aan den IJssel is hiervan een goed voorbeeld, alsmede het in 2019 gestarte project met kwetsbare ouderen in diezelfde regio. De onderdelen van de strategie krijgen in de betreffende jaarschijven verschillende diepgang en aandacht. Het programma preventie krijgt in 2020 verder vorm.

1.7 Maatschappelijke verantwoordelijkheid

Het IJsselland Ziekenhuis vervult een belangrijke rol in de continuïteit van de zorgverlening in de regio, zoals ook wordt uitgedragen door onze hernieuwde visie en strategie. Naast het gebruik van de juiste materialen en bouw en renovatie heeft het IJsselland Ziekenhuis het afgelopen jaar de bronzen keurmerk behaald in de milieuthermometer zorg van het Milieuplatfom zorg (MPZ). Ook is een nieuw inkoop beleid opgesteld waar mvo en duurzaamheid een prominenter plaats in krijgen. Samen met de participatie in de Circulair Ondernemen Challenge Capelle aan den IJssel en de opstart om een routekaart op te stellen naar 2050 95% CO2 reductie is een fundament gelegd om het IJsselland Ziekenhuis de komende jaren verder om te buigen naar een duurzame toekomst.

In Capelle aan den IJssel is het IJsselland Ziekenhuis de grootste werkgever. In de regio Rijnmond participeren wij actief in het gezamenlijk arbeidsmarktbeleid en de instrumenten daarvoor binnen de Rotterdamse Zorg.

Als ziekenhuis dat is verankerd in wijk en buurt is voor het IJsselland Ziekenhuis vanzelfsprekend dat het zich inzet voor bewoners, zowel op sociaal vlak als op het gebied van gezondheidsverbetering en preventie van ziekte.

Op het gebied van duurzaamheid ligt de focus vooral op het gebied van energie; verminderde CO2 uitstoot, inkoop van duurzame energie, opwekking van lokale energie en uitrol van energie(kosten)besparingsprojecten die gedurende de verbouwing steeds verder worden gerealiseerd.

Deel 2 – Kwaliteit, mensen, productie en middelen/financiën

Om de prestaties van de organisatie te kunnen monitoren sturen we binnen het IJsselland Ziekenhuis op de zogenoemde 'ruit'. In de ruit wordt de samenhang zichtbaar tussen de onderdelen kwaliteit (2.1), mensen (2.2), productie (2.3) en middelen (2.4)/financiën (2.5). Vakgroepen en afdelingen van het ziekenhuis houden bij het jaarplan rekening met alle vier de aspecten van de ruit en zoeken daarbij de optimale spanning tussen de onderdelen. Zinnige inzet van mensen en middelen in het productieproces leidt immers tot doelmatigheid en een optimaal (financieel) resultaat. Onderstaand worden de prestaties van het ziekenhuis omschreven aan de hand van de vier zijdes van de ruit.

2.1 Kwaliteit

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 en dat wij de kwaliteit van zorg inzichtelijk maken, innoveren in het zorgaanbod en verbeteringen doorvoeren naar aanleiding van ervaringen en klachten van patiënten. Het kwaliteitsbeleid is geënt op de visie en de strategie van het ziekenhuis. In de cultuur van de organisatie is veilig werken en continu verbeteren voor patiënt en medewerker volledig geïntegreerd. Dit betekent de best denkbare zorg door goed opgeleide medewerkers en medisch specialisten waarbij intensief met elkaar wordt samengewerkt. Binnen het werken met het kwaliteitssysteem staat de Deming-cirkel (plan, do, check, act) centraal. Vanuit onze 9 patiëntbeloften worden patiënten respectvol en meelevend benaderd. In de relatie tussen zorgverlener en patiënt worden de behoeften en voorkeuren van de patiënt gerespecteerd. De behoeften en voorkeuren van de patiënt en wat de behandeling voor het leven van de patiënt betekent, staan centraal.

2.1.1 Kwaliteit van zorg

Kwaliteitsorganisatie

In 2019 is de kwaliteitsstructuur in de organisatie vernieuwd. Gelieerd aan de normensets uit de Niaz QMentum norm, zijn kernteams ingesteld bestaande uit verschillende disciplines. Daarnaast zijn op afdelingen verbetersteams en verbetermatrixen ingevoerd. In de verbetermatrix worden alle acties en verbetermaatregelen opgenomen die voortkomen uit diverse analyses, zoals VIM meldingen, veiligheidsrondes, calamiteiten uit de Niaz audits. De verbetersteams zorgen voor het invoeren, monitoren en evalueren van de maatregelen. De kwaliteitsorganisatie wordt in 2020 voortgezet en verder verbeterd.

Kwaliteitsdashboard

Sinds oktober 2018 werkt het IJsselland Ziekenhuis met een nieuw EPD. Deze overgang vraagt om een nieuwe rapportage voor kwaliteitsindicatoren, zowel verpleegkundige als medisch specialistische indicatoren. In overleg met de teamleiders kliniek en vakgroepen is bepaald welke indicatoren worden opgenomen in het kwaliteitsdashboard. Maandelijks worden de resultaten gedeeld met Raad van Bestuur, zorgmanagers, teamleiders en vakgroepen. Het dashboard wordt doorlopend verder uitgebouwd met benodigde en gewenste indicatoren.

Analyses kwaliteitsindicatoren

Het stafbureau verricht analyses op de kwaliteit van zorg. Het evalueren en monitoren van de metingen/uitkomstindicatoren staat hierin centraal. Het doel hiervan is de kwaliteit en de doelmatigheid binnen het ziekenhuis te verbeteren. Wij zien de kwaliteitsindicatoren als waardevolle stimulans voor het kwaliteitsbeleid; met deze informatie kunnen wij de dialoog voeren over een gezamenlijk beeld van kwaliteit van zorg en de verbetering en de borging daarvan in een kwaliteitscyclus. Afwijkende uitslagen worden geanalyseerd met vakgroepen en zorgmanagers. Zij formuleren verbetermaatregelen die worden opgenomen in verbetermatrixen en uitgevoerd door verbeterteams. De afwijkingen worden besproken met de Raad van Bestuur. Jaarlijks leggen wij hierover verantwoording af aan IGJ en ZiN. Naast deze kwaliteitsindicatoren worden gegevens als klachten, analyses van calamiteiten, analyses naar aanleiding van (bijna) incidentmeldingen, patiënttevredenheidsonderzoeken, (prospectieve) risico analyses, veiligheidsrondes en interne en externe audits gebruikt om kwaliteit van zorg en van ondersteunende processen te monitoren, te bewaken, tijdig bij te sturen en te verbeteren. Het managementteam heeft een selectie gemaakt van indicatoren waarop het komende jaar de focus ligt en ambities zijn uitgesproken om vastgestelde normen te gaan behalen. Deze normen komen uit een benchmarkanalyse van 35 algemene ziekenhuizen.

2.1.2 Patiëntveiligheid

Het IJsselland Ziekenhuis werkt met een veiligheidsmanagementsysteem (VMS) waarmee het continu risico's kan signaleren, verbeteringen doorvoeren en beleid bepalen (PDCA).

VIM en TIM meldingen

Een onderdeel van het VMS is het leren van incidenten. Het IJsselland Ziekenhuis heeft een goed werkend systeem voor het melden van (bijna)incidenten op afdelingen: het veilig incidenten melden (VIM). Elke afdeling heeft een multidisciplinair VIM-team dat de incidenten bekijkt, analyseert en afhandelt. De meldingen met risicoscore laag tot matig risico (groen en geel) worden inhoudelijk behandeld door de decentrale VIM-teams op de afdelingen. De decentrale VIM teams informeren hun leidinggevenden hierover en maken minimaal eenmaal per jaar een rapportage. Voor diverse meldingen wordt structureel meegelezen door expertteams. Dit geldt onder andere voor medicatie (apothek), antistolling (commissie antistolling), pathologie (AKL), bloedtransfusie (hemovigilantie verpleegkundige), voeding (diëtiëk) en vallen (fysiotherapie). Het expertteam "Vallen" maakt per kwartaal een analyse van de valincidenten. De commissie Medicatieveiligheid analyseert per kwartaal de VIM meldingen omtrent medicatie (zie onderdeel medicatieveiligheid).

De meldingen met risicoscore hoog tot extreem (oranje en rood) worden besproken in de centrale VIM commissie. De Centrale VIM Commissie heeft in 2019 een drietal interne onderzoeken verricht naar aanleiding van rode meldingen VIM meldingen.

Het Transmuraal Incident Melden in de keten (TIM) wordt continu doorontwikkeld. Zo zijn in 2019 verloskundepraktijken uit de regio aangesloten op het TIM meldsysteem. Een multidisciplinaire TIM-commissie bespreekt eens per twee weken de binnengekomen meldingen en geeft naar aanleiding hiervan aanbevelingen. Er wordt per kwartaal gerapporteerd aan alle ketenpartners waarbij ook trends worden gesignaleerd. Er is daarnaast een halfjaarlijks overleg met de contactpersonen van TIM waarbij de werkwijze en aanbevelingen worden besproken.

Elk kwartaal verschijnt een ziekenhuisbrede trendanalyse over alle VIM- en TIM meldingen.

	2017	2018	2019
VIM meldingen	1446	1554	1792
TIM meldingen	133	97	87

Aantal VIM en TIM meldingen op jaarbasis

De bereidheid om te melden blijft groot. Door de kliniek, polikliniek, apotheek en OK worden de meeste meldingen gedaan. Toename in het aantal VIM meldingen in 2019 is gerelateerd aan de voorbereiding voor de Niaz accreditatie. De TIM meldingen laten een dalende trend zien. De aard van de meldingen laat geen verschuivingen zien in de afgelopen jaren. De meeste meldingen (24,6%) gaan over incidenten omtrent medicatie. De top drie in 2019: 1) Voorschrijven (medicatie opdracht niet in HIX), 2) Uitzetten, Klaarzetten, Afleveren, 3) Toedienen/ gebruiken. Daarna zijn de meeste meldingen in de categorie Administratie & Planning en Behandeling & Onderzoek.

Calamiteiten

In geval van een calamiteit wordt een ad-hoc onderzoekscommissie ingesteld die met behulp van de SIRE-methodiek onderzoek verricht naar het incident. Het doel hiervan is om aan de hand van feiten en omstandigheden de basisoorzaken op te sporen, zodat verbetermaatregelen kunnen worden ingezet. Jaarlijks wordt het proces rondom calamiteitenonderzoek en de voortgang van implementatie van aanbevelingen geëvalueerd. In 2017 is op basis van deze evaluatie de calamiteitenprocedure aangescherpt en de Beoordelings Commissie Calamiteiten (BCC) opgericht. Deze commissie ondersteunt de Raad van Bestuur bij het beoordelen van het incident/calamiteit. De commissie bestaat uit vier medische specialisten en een stafmedewerker van het stafbureau Beleid en Kwaliteit. Wanneer een incident/calamiteit aan de raad van bestuur wordt gemeld en het is niet duidelijk of er sprake is van een calamiteit, dan wordt het incident/calamiteit door de raad van bestuur aan de BCC voorgelegd. De BCC bestudeert het dossier, spreekt met de melder en binnen 72 uur adviseren zij de raad van bestuur over hoe het vervolgtraject er uit kan zien:

- Incident melden als een calamiteit aan de IGJ
- Intern onderzoeken en na 6 weken bepalen of het gemeld moet worden aan de IGJ
- Er is geen sprake van een calamiteit.

In 2019 zijn 9 (mogelijke) calamiteiten gemeld bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Twee onderzoeken zijn verricht op verzoek van de IGJ naar aanleiding van een rapport van het Erasmus MC en een melding van een patiënt aan de IGJ. De BCC heeft 6 onderzoeken uitgevoerd, waarbij de adviezen luiden: tweemaal intern onderzoek, tweemaal melding calamiteit bij IGJ en tweemaal geen calamiteit of intern onderzoek noodzakelijk.

Het stafbureau heeft in 2019 zorggedragen voor een Incompany SIRE-training voor het doen van calamiteitenonderzoek.

Peer support

Het IJsselland Ziekenhuis kent peer support, een nazorgprogramma voor betrokkenen bij een (bijna) incident of calamiteit. Bij Peer support krijgen deze betrokkenen, wanneer zij dat willen, ondersteuning van speciaal getrainde collega's die geen betrokkenheid hebben bij de casus. Peer support heeft twee doelstellingen: ondersteuning van de betrokken zorgverlener en bevorderen van de patiëntveiligheidscultuur. Peer support wordt momenteel aangeboden aan medisch specialisten, AIOS en ANIOS en chefs de clinique.

PRI's

Naast analyse achteraf, voert het ziekenhuis tevens prospectieve risico inventarisatie (PRI) uit met als doel vooraf risico's in kaart te brengen. Het aantal PRI's neemt toe doordat het beleid nu is dat voorafgaand aan veranderingen in het werkproces een PRI gedaan wordt. 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 2019 zijn diverse PRI's uitgevoerd in verband met de verhuizing van de kliniek naar de nieuwbouwafdelingen: kinderafdeling, maag darm lever/long/geriatrie en Acute Opname Afdeling.

Verpleegkundig Oproepsysteem (VOS), Medisch apparaat Oproepsysteem (MOS). Verkorte PRI's zijn uitgevoerd op brancard, extra wiel IC en Cough assistent.

Voor het doen van PRI onderzoek heeft het stafbureau een Incompany training verzorgd.

Veiligheidsrondes

Veiligheidsrondes hebben het doel in gesprek te gaan met medewerkers op afdelingen over patiëntveiligheid en medewerkersveiligheid. Door het lopen van rondes wordt inzicht verkregen in de veiligheid van de afdeling en wordt het onderwerp patiëntveiligheid aan de orde gesteld. In 2019 zijn 18 veiligheidsrondes gelopen. De rondes zijn gelopen in aanwezigheid van een lid van de Raad van Bestuur, lid bestuur Vereniging Medische Staf, teamleider, stafmedewerker van stafbureau Kwaliteit en sinds 2019 ook een lid van de cliëntenraad. De bevindingen en maatregelen zijn besproken met de betreffende zorgmanager en de vakgroepvoorzitter. De maatregelen zijn opgenomen in de verbetermatrix van de desbetreffende afdeling of vakgroep. Het stafbureau monitort de voortgang van de afgesproken verbetermaatregelen.

Landelijk Implantatenregister LIR

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft besloten om een Landelijk Implantatenregister (LIR) in te stellen. Het LIR wordt wettelijk verankerd door wijziging van de 'Wet Kwaliteit, Klachten, Geschillen in de Zorg' (Wkkgz) en heeft als doel de traceerbaarheid van een implantaat tot aan de patiënt te waarborgen waarmee de patiëntveiligheid wordt verbeterd. Binnen het IJsselland Ziekenhuis wordt gebruik gemaakt van een koppeling tussen het EPD en het LIR om de implantaatgegevens aan te leveren. Deze koppeling is medio december 2019 in productie genomen. Van de meerderheid van de implantaten worden de gegevens gestructureerd verzonden. De inrichting van dit proces wordt in 2020 verder geoptimaliseerd.

Infectiepreventie

De afdeling infectiepreventie speelt een belangrijke rol bij kwaliteit en patiëntveiligheid. De afdeling infectiepreventie draagt zorg voor scholing en voorlichting aan medewerkers. Zo heeft er individuele toetsing van 760 medewerkers plaatsgevonden op handhygiëne en omkleedprocedure bij isolatieverpleging. Vanuit het SRZ-project "Handen uit de mouwen" (HUM) is in september/oktober 2019 een afrondende meting geweest. Bij deze meting was de gemiddelde handhygiëne compliance over alle deelnemende verpleegafdelingen binnen ons ziekenhuis 68,9%. Een flinke stijging ten opzichte van de laatste meting van 2018, waar het gemiddelde 55% was. Het ziekenhuis zal deelnemen aan de initiatieven die vanuit HUM3 worden gestart. Ook is het onderwerp infectiepreventie in 2019 opgenomen in het introductieprogramma voor nieuwe medewerkers, waarbij kort wordt stilgestaan bij de aandachtspunten die het werken in een ziekenhuis met zich mee brengt. Binnen het ziekenhuis worden met regelmaat hygiëne audits en VTGM audits uitgevoerd op de afdelingen. Infectiepreventie heeft binnen Niaz QMentum een eigen normenset. De afdeling was dan ook nauw betrokken bij de uitvoering van het verbeterplan Niaz.

Medicatieveiligheid

Op het gebied van medicatieveiligheid is in 2019 veel gedaan, waaronder binnen VIPP (Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional) en Niaz. Daarnaast heeft de ziekenhuisapothek in het kader van VIPP extra apothekersassistenten ingezet om de medicatieverificatie bij ontslag te optimaliseren.

Medicatieverificatie bij opname en ontslag

Sinds de implementatie van HiX eind 2018 is de werkwijze bij opname van een patiënt dat het Apotheek Servicepunt (ASP) de medicatieverificatie bij opname uitvoert. Het ASP voert vervolgens

de gebruikte thuismedicatie in HiX in, waarna de arts dit omzet naar opnamemedicatie, zodat de verpleging dit ook kan toedienen. Het omzetten van de thuismedicatie naar opnamemedicatie door de arts blijft een punt van aandacht. Tot 2019 werden alleen de patiënten ouder dan 70 jaar die ontslagen werden door het ASP gezien. Nu worden alle patiënten waarvoor de arts een ontslagrecept voorschrijft door het ASP gesproken en vindt medicatieoverdracht volgens de geldende richtlijnen plaats. Punt van aandacht hierbij blijft dat de arts wel een ontslagrecept moet maken, omdat anders geen medicatieverificatie plaats kan vinden.

VIPP-B2

In 2019 heeft het IJsselland ziekenhuis meegedaan aan het VIPP-programma, dat als doel heeft de patiënt meer inzicht te geven in zijn eigen zorgproces, zodat hij hier meer regie over kan voeren. Het uitwisselen van gegevens is hierbij een belangrijke voorwaarde. Ook worden patiënten gestimuleerd om hun ziekenhuis gerelateerde zaken online via Mijn IJsselland te regelen. Zo kunnen patiënten via Mijn IJsselland onder andere vragenlijsten invullen, NAW-gegevens actualiseren en afspraken maken na verwijzing door de huisarts. De VIPP-module B2 bevat de medicatie. Om hieraan te kunnen voldoen moesten bij minimaal 80% van de ontslagen patiënten de medicatieafspraken bij ontslag in het EPD van het ziekenhuis zijn vastgelegd volgens de geldende medicatie richtlijn. Daarnaast moest het ziekenhuis minimaal 30% van de medicatievoorschriften elektronisch als recept versturen. Deze doelstellingen zijn beide in 2019 behaald, waarmee ons ziekenhuis het vijfde ziekenhuis in Nederland was dat hieraan voldeed.

NIAZ

Om te voldoen aan alle NIAZ-criteria met betrekking tot medicatieveiligheid is in 2019 een kernteam medicatie opgericht met als taak de instellingsbrede norm medicatiebeheer te bestuderen en te zorgen dat al deze processen goed geborgd zijn binnen ons ziekenhuis. Deze instellingsbrede norm bestaat uit ruim 120 subnormen, waaronder vijf VIRs (verplichte instellingsrichtlijnen). Dankzij de enorme inzet van de kernteamleden is het gelukt om het NIAZ te behalen. Daarnaast is een flinke inhaalslag op het gebied van medicatieveiligheid gemaakt en de bewustwording binnen het ziekenhuis vergroot. In 2020 zal het kernteam bijeen blijven komen om daarmee ook te borgen dat medicatieveiligheid overal hoog op de agenda blijft staan.

LEAN

Eind 2019 is binnen het ziekenhuis gestart met diverse LEAN-projecten. Bij het LEAN-project van de ziekenhuisapothek staat medicatieveiligheid centraal. De resultaten van deze projecten worden in de loop van 2020 verwacht.

Commissie Medicatieveiligheid

De Commissie Medicatieveiligheid heeft als doel het bevorderen van de medicatieveiligheid in het IJsselland Ziekenhuis door te bewaken dat het IJsselland ziekenhuis voldoet aan de vigerende richtlijnen met betrekking tot medicatieveiligheid. De commissie adviseert gevraagd en ongevraagd aan betrokken partijen en stelt beleid(swijzigingen) voor omtrent naleving van vigerende richtlijnen. De commissie kan vanuit haar bevoegdheden informatie omtrent medicatieveiligheid laten analyseren en metingen uitvoeren om het naleven van de richtlijnen te monitoren. Dit gebeurt bijvoorbeeld aan de hand van VIM meldingen op het vlak van medicatie. In 2019 zijn de medicatie-VIM meldingen per kwartaal geanalyseerd en besproken in de commissie medicatieveiligheid. De commissie heeft o.a. maatregelen geadviseerd over het bij opname en ontslag van de patiënt omzetten van medicatie opdrachten in het elektronisch patiëntendossier. Daarnaast verzorgt de ziekenhuisapothek sinds augustus 2019 een instructie over dit onderwerp tijdens de introductie van nieuwe artsen. Op basis van de VIM-meldingen is vastgesteld dat het voor de melding van belang is om te weten met welk specifiek geneesmiddel een (bijna-) fout is

voorgevallen. De mogelijkheid om dit aan te merken in het VIM-systeem (PatientSafetyCompany) is getest en naar verwachting wordt dit gerealiseerd in het eerste kwartaal 2020.

Thuismedicatie op de afdeling acute opname blijft een aandachtspunt van de commissie. Patiënten worden nog te weinig geadviseerd om bij ongeplande opname de thuismedicatie mee te nemen. Dit kan zorgen voor vertragingen in het proces van medicatieverificatie.

Convenant Medische Technologie en wetgeving medische hulpmiddelen

Binnen het IJsselland Ziekenhuis is de veilige toepassing van medische technologie geborgd in meerdere procedures. In 2019 heeft een werkgroep een quickscan uitgevoerd, waaruit een aantal aandachtspunten is gekomen. Het voorstel is om procedures samen te voegen, om eenduidigheid en duidelijkheid te creëren naar gebruikers en andere stakeholders. In 2020 wordt uitvoering gegeven aan dit voorstel. Naast medische technologie worden ook de veilige toepassing van alle medische hulpmiddelen en de nieuwe MDR (medical device regulation) in 2020 meegenomen.

2.1.3 Wetenschappelijk onderzoek

Het IJsselland Ziekenhuis onderschrijft het belang om te participeren in wetenschappelijk onderzoek en ondersteunt de onderzoekscapaciteit om uiteindelijk de toepassing van wetenschappelijke onderzoeksresultaten ter verbetering van de patiëntenzorg te bevorderen.

Wetenschapscommissie

De Wetenschapscommissie, geïnstalleerd in februari 2018, adviseert de Raad van Bestuur over het wetenschapsbeleid 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 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 en zijn GCP gecertificeerd (EMWO geregistreerd).

Wetenschappelijke onderzoeken worden niet geïnitieerd door de eigen lokale arts-onderzoekers. Onze instelling neemt nooit het initiatief medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen uit te voeren (investigator-initiated onderzoek), maar uitsluitend als deelnemer aan een wetenschappelijk onderzoek geïnitieerd door en/of in samenwerking met andere ziekenhuizen of industrie. Wij zijn dan formeel geen opdrachtgever en/of verrichter in termen van de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO). Dit kader geeft de juridische positie van de raad van bestuur, alsmede van de medisch specialisten in het IJsselland Ziekenhuis aan. Wij hebben gekozen voor een lokale eindverantwoordelijk voor het uitvoeren van klinisch medisch wetenschappelijk onderzoek. Voor het uitoefenen van klinisch wetenschappelijk onderzoek is een GCP certificaat van de lokale arts-onderzoeker in het IJsselland Ziekenhuis verplicht.

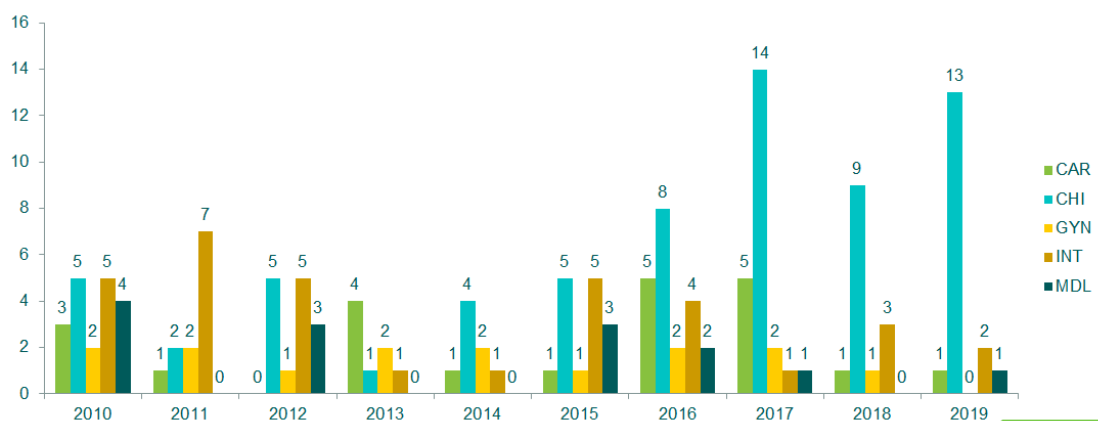
Voorbeelden van studies die in het IJsselland Ziekenhuis startte, zijn bijvoorbeeld de HOVON studies, de SONIA studie en de PUMP studie. Die laatste haalde de krant: 'Uitzonderlijke operatie slaagt', waarbij een pompje onderhuids bij de lever geïmplementeerd wordt en zodoende zeer lokaal en in een hoge dosering chemotherapie kan geven.

Trialbureau

Het Trialbureau heeft de expertise om onderzoekers of medisch specialisten onafhankelijk te ondersteunen bij het opzetten en uitvoeren van (klinisch) wetenschappelijke studies en werkt conform GCP (EMWO geregistreerd) en alle vigerende wet- en regelgeving. De Functionaris gegevensbescherming speelt een belangrijke rol bij het uitvoeren van niet WMO plichtig onderzoek en wordt betrokken bij AVG plichtige vraagstukken. De interne organisatiestructuur en personele bezetting zijn belangrijke elementen van het gevoerde beleid. Dit bepaalt mede de reikwijdte van het aantal studies ten aanzien van de opzet, toetsing en uitvoering van de studie.

Om medisch wetenschappelijk onderzoek te mogen doen, is toestemming nodig van de Raad van Bestuur. Het Trialbureau is het startpunt voor dit traject van goedkeuring. De medewerkers van het Trialbureau, de researchcoördinator en secretaris medisch wetenschappelijk onderzoek adviseren bij het opzetten en uitvoeren van onderzoek en bewaken van de kwaliteit van onderzoek. In 2019 zijn 19 nieuwe studies goedgekeurd door de raad van bestuur. In totaal lopen momenteel 75 studies.

Gestarte studies per specialisme 2010-2019



De overige specialisme zijn niet opgenomen in deze grafiek omdat zij niet meer dan 2 studies in 8 jaar tijd hebben opgestart.

Ook dit jaar zal intern en extern extra aandacht worden geschonken aan de wetenschappelijke output: publicaties (PubMed hits) in 2019 van onderzoek dat heeft plaatsgevonden in het IJsselland Ziekenhuis. Het Trialbureau verzamelt alle publicaties van onderzoek, waarbij de lokale hoofdonderzoeker en/of coauteur werkzaam zijn in het IJsselland Ziekenhuis en waarin de naam van het IJsselland Ziekenhuis als affiliatie genoemd wordt.

Synergie

Naast de samenwerking tussen de vakgroepen en het Trialbureau, zien we ook de positieve effecten van samenwerking ontstaan op processen binnen de organisatie. Zo schrijven en autoriseren we nu gezamenlijk de processen in iDoc. Ook bij verschillende activiteiten begint steeds meer synergie te ontstaan. Een voorbeeld daarvan is het gezamenlijk organiseren van het jaarlijks Wetenschapssymposium voor alle medisch specialisten en geïnteresseerde medewerkers van het IJsselland Ziekenhuis. Het blijkt een gewaardeerde, zeer inspirerende, collegiale bijeenkomst te zijn, die geaccrediteerd wordt voor medisch specialisten. We kregen van de belangstellenden een cijfer van gemiddeld een 8.3! Het programma van het symposium varieert jaarlijks en is geaccrediteerd.

Vooruitblik naar 2020

Het komende jaar willen we slimmer gaan werken door de toestemmingsprocedure (om te mogen starten) in het IJsselland Ziekenhuis, te digitaliseren. Met het digitaliseren beogen we een duidelijkere en kortere doorlooptijd bij de toestemmingaanvraag en het genereren van managementinformatie.

Verder zal informatie op de website en op iDoc geactualiseerd worden, zullen we presentaties geven aan nieuwe artsen en proberen we maandelijks een vragenuurtje te organiseren om ook vragen over AVG en delen van medische gegevens te verduidelijken. Tot slot heeft de Wetenschapscommissie de intentie om de wetenschappelijke samenwerking met het Erasmus te verkennen.

2.1.4 Privacy en informatiebeveiliging

In 2019 is gestart met een risicobeoordeling en de uitwerking van het informatieveiligheidsbeleid. Hierbij heeft de nadruk gelegen op het uitwerken van plan fase zodat in 2020 en 2021 de fasen do-check-act doorlopen kunnen worden en het ziekenhuis in Q2 2021 klaar is voor de accreditatie van NEN7510 norm.

Het aantal meldingen bij de Autoriteit Persoonsgegevens en Informatie beveiligingsincidenten zien wij toenemen. Dit geeft aan dat de medewerkers en medisch specialisten steeds bewuster worden van het belang van het borgen van informatieveiligheid en belang van het handhaven van de privacy van de patiënt.

Door de ontwikkelingen in de ICT zijn ook de ziekenhuizen steeds meer aan het digitaliseren. ICT storingen kunnen daardoor grote impact hebben op de patiëntveiligheid. In 2018 is de Onderzoeksraad gestart met een onderzoek naar hoe ziekenhuizen de risico's van ICT-storingen voor de patiëntveiligheid op adequate wijze kunnen beheersen. Aangezien zich in juni 2018 in het IJsselland Ziekenhuis een grote ICT storing heeft voorgedaan, is deze storing meegenomen in het onderzoek.

Begin 2020 is het rapport uitgebracht. De Onderzoeksraad wil met dit rapport een bijdrage leveren aan de (verdere) verbetering van de patiëntveiligheid in Nederlandse ziekenhuizen. Door lessen te trekken uit ICT-storingen in drie ziekenhuizen, wil de Onderzoeksraad Nederlandse Ziekenhuizen beter in staat testellen om:

- ICT-storingen te voorkomen en te bestrijden;
- De veiligheidsrisico's voor patiënten als gevolg van ICT-storingen te kunnen beheersen.

De aanbevelingen van de Onderzoeksraad waar het ziekenhuis zelf mee aan de slag kan worden meegenomen bij de implementatie van de NEN7510 norm.

2.1.5 Milieu

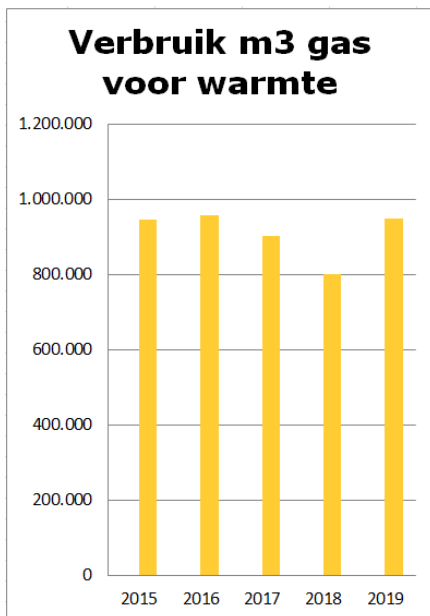
Het ziekenhuis wordt onder andere gecontroleerd door de DCMR Milieudienst Rijnmond. Zo zijn er in 2019 verschillende gegevens overlegd er hebben er twee inspecties plaatsgevonden met als speerpunt met name gevaarlijke stoffen en emissies. De inspecties zijn voltooid met een positief resultaat.

2.1.6 Milieubelasting

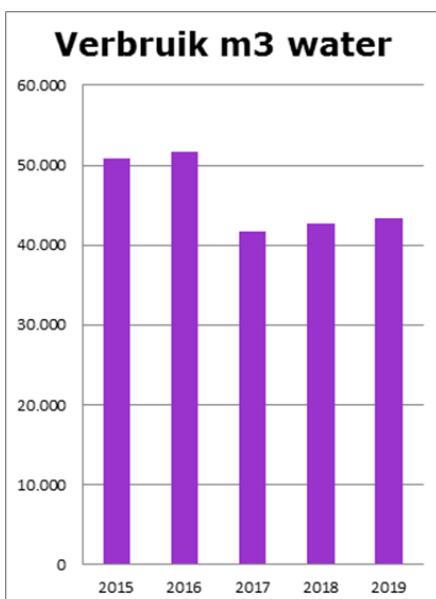
De volledige milieubelasting van het IJsselland Ziekenhuis zal worden verantwoord in het milieujaarverslag. Enkele kerncijfers worden hier al genoemd.

Verbruik gas, water en elektriciteit

De onderstaande tabellen laten het verbruik van gas, water en elektriciteit van de afgelopen vier jaren zien.

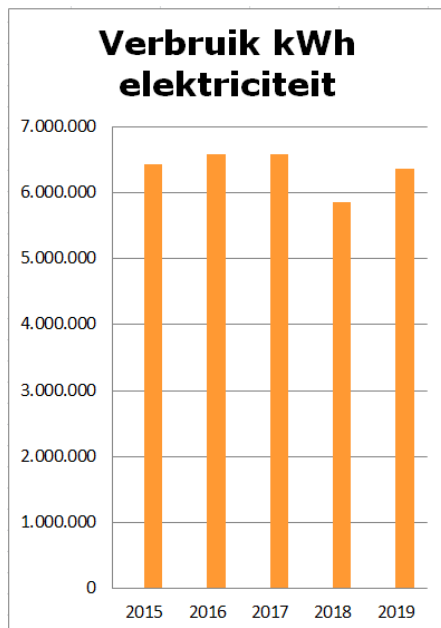


Het gasverbruik is redelijk constant de laatste jaren, wat met name wordt veroorzaakt door een redelijk constant klimaat. Enige variatie wordt verder veroorzaakt door de wisselende inzet van de warmtekrachtkoppelingen.



Het waterverbruik is redelijk constant de afgelopen 3 jaar. Compensatie extra waterverbruik door

meer douches op de verpleegafdelingen zal gevonden worden in zuinige douchekoppen en kranen.



Het afgelopen jaar is het elektriciteitsverbruik wat gestegen. Een diepgaande analyse hiervan zal worden beschreven in het milieujaarverslag.

2.1.7 Afval

In 2019 produceerde het IJsselland Ziekenhuis 501.436 kg. aan afval, waaronder 64.154 kg. gevaarlijk afval zoals specifiek ziekenhuis afval, medicijnafval en organische peroxiden. Dit is een toename van bijna 54 ton (+12%) meer afval ten opzichte van 2018. Een diepgaande analyse hiervan zal worden beschreven in het milieujaarverslag, daar ook alle gegevens nog niet volledig bekend zijn van onze afvalverwerker Renewi.

2.2 Mensen

2.2.1 Hier gaat het om U - Patiënten

Mijn IJsselland en VIPP

Op 19 oktober 2018 heeft het IJsselland Ziekenhuis het elektronisch patiëntendossier in gebruik genomen. Vanaf diezelfde datum konden patiënten ook gebruikmaken van het patiëntenportaal 'Mijn IJsselland'. Sindsdien zijn in een aantal fases steeds meer functionaliteiten toegevoegd aan 'Mijn IJsselland'. Voor de patiënt betekent dit een belangrijke stap voorwaarts in het online regelen van zijn ziekenhuiszaken. Eind 2019 raadpleegt zo'n 32% van de patiënten 'Mijn IJsselland'. Dit betekent dat er maandelijks gemiddeld 5800 patiënten inloggen.

In het najaar van 2019 heeft het patiëntenportaal van het IJsselland Ziekenhuis de VIPP doelstellingen A2, A3 en B3 behaald. Het VIPP-programma is opgezet om gegevensuitwisseling tussen zorginstellingen en patiënten en zorginstellingen onderling te bevorderen. Hiervoor is door de overheid een aantal normen opgesteld, die tijdens audits getoetst zijn. Het behalen van deze doelstellingen betekent onder andere dat we de vereiste set aan medische gegevens toegankelijk maken voor patiënten via 'Mijn IJsselland'. Zo vindt de patiënt in 'Mijn IJsselland' informatie over onder andere zijn contactgegevens, diagnoses, medicatie, poli(klinische) contacten, labuitslagen en de verrichtingen die bij hem zijn uitgevoerd. Het behalen van de B2 module betekent onder meer

dat recepten digitaal verstuurd worden naar de openbare apotheek. Die kan de medicatie daardoor klaarmaken nog voordat de patiënt langskomt. Deze hoeft hierdoor veel minder lang te wachten. En bovendien is de kans op medicatiefouten kleiner.

Kadertje in het jaarverslag over VIPP

Het IJsselland Ziekenhuis is één van de vijf ziekenhuizen in Nederland en het eerste ziekenhuis in de regio dat binnen het Versnellingsprogramma voor Informatie-uitwisseling tussen Patiënt en Professional (VIPP) alle modules behaald heeft.

Samen beslissen

In oktober 2018 heeft de voorzitter van de vakgroep Orthopedie het initiatief genomen deel te nemen aan een subsidieregeling "Beslist Samen! Met uitkomstinformatie in de spreekkamer". Het doel van deze subsidieregeling is Samen Beslissen te implementeren met extra aandacht voor het gebruik van uitkomstinformatie in de spreekkamer. Deze informatie geeft aan wat belangrijk is voor de patiënt en dient meegenomen te worden in het beslisproces. Voor Beslist Samen! is een interne projectgroep opgericht, waarin de voorzitter van de vakgroep Orthopedie, poli-assistenten, consulenten, cliëntenraad en stafbureau (inclusief projectleider) zijn vertegenwoordigd. Planning & Control, Communicatie, Patiëntenvoorlichting en IZ sluiten op aanvraag aan.

Om te faciliteren dat de patiënt nadenkt over wat voor hem/ haar belangrijk is en wat de wensen zijn, heeft het IJsselland Ziekenhuis ervoor gekozen om de digitale keuzehulpen (knieartrose en heupartrose) van Patiënt+ in te zetten bij patiënten met een indicatie voor een operatie. Vier orthopeden werken hier nu mee. Zij zijn getraind in de gesprekstechnieken die hierbij horen en weten hoe het proces verloopt. Ook de poliassistenten zijn getraind, zodat zij alle ondersteunende werkzaamheden op dezelfde manier uitvoeren. De eerste keuzehulp is uitgereikt op 3 december 2019. In totaal zijn in december 2019 15 keuzehulpen verstuurd: 14 voor knieartrose, 1 voor heupartrose. Twee patiënten hebben de keuzehulp niet ingevuld.

Ervaringen van onze patiënten: CQI van de kliniek en polikliniek

In 2019 heeft het IJsselland Ziekenhuis opnieuw deelgenomen aan de landelijke meting van de Consumer Quality Index (CQI) voor de polikliniek en kliniek. In totaal deden 9 ziekenhuizen mee. De CQI van de kliniek en polikliniek laten een flinke stijging zien ten opzichte van vorig jaar. Zowel de rapportcijfers als de NPS zijn significant hoger dan in 2018.

	2017	2018	2019	Landelijk gemiddelde 2019
Totaal cijfer kliniek	8,02	7,99	8,17	8,34
NPS	29%	29%	35%	49%
Totaal cijfer poliklinieken	8,31	8,26	8,37	8,38
NPS	43%	36%	43%	47%

Tabel 1: Consumer Quality Index IJsselland Ziekenhuis

Uit het onderzoek komt naar voren dat de **polikliniek** trots kan zijn op de bejegening, communicatie en informatie door de artsen, maar ook op de ontvangst op de polikliniek. Belangrijkste aandachtspunt vormen de oplopende wachttijden in de wachtkamer.

De **kliniek** kan trots zijn op de ontvangst op de afdeling en op de onderlinge samenwerking tussen zorgverleners. Aandachtpunten zijn met name: de informatie tijdens het opnamegesprek en de informatie bij ontslag.

Ervaringen van onze patiënten: Eigen onderzoek

Reactiekaart bij ontslag

Bij ontslag uit het ziekenhuis ontvangt iedere patiënt per mail een reactiekaart. In deze doorlopende enquête van circa 8 vragen kan de patiënt zijn mening geven over het verblijf in ons ziekenhuis en over bijvoorbeeld het contact met artsen en verpleging. Iedere afdeling heeft een aandachtsvelder die deze reactiekaarten bekijkt en actie neemt naar aanleiding van verbeterpunten. Voor hen organiseert de afdeling Patiëntenvoorlichting jaarlijks contact- en scholingsbijeenkomsten.

Groene en rode kaart poliklinieken

Op de poliklinieken kunnen patiënten hun ervaringen delen door het digitaal invullen van een groene of een rode kaart. Met een groene kaart geven zij de polikliniek een compliment, met een rode kaart kunnen zij een verbeterpunt aandragen. In 2019 hebben patiënten 178 kaarten ingestuurd: 62 groene en 116 rode. De meeste complimenten gingen over de manier waarop patiënten door het personeel werden bejegend / behandeld, het merendeel van de rode kaarten had betrekking op wachttijden.

Klachten

Sommige patiënten en bezoekers hebben minder goede ervaringen in het ziekenhuis. 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. Patiënten worden daarom zoveel mogelijk gevraagd met de betreffende medewerker en/of diens leidinggevende in gesprek te gaan. Indien patiënten meer informatie willen over de wijze van klachttopvang, kunnen zij terecht bij de balie van Patiëntenvoorlichting. Ook als de patiënt er niet uit komt met de betrokkene, is de balie van Patiëntenvoorlichting de juiste plek. Zij kunnen de klacht registreren en indien gewenst een afspraak maken met de klachtenfunctionaris. De onafhankelijke

klachtenfunctionaris en de klager bespreken samen wat er gebeurt met de klacht. Soms kan het voldoende zijn als de klager zijn verhaal heeft kunnen delen, maar de klachtenfunctionaris kan indien gewenst ook onderzoek doen naar de toedracht van de klacht. Ook kan de klachtenfunctionaris bemiddelen tussen klager en beklagde. Als het gesprek met de klachtenfunctionaris niet leidt tot een bevredigende oplossing, kan de klager een beroep doen op de onafhankelijke klachtencommissie (OKC) van het ziekenhuis. Als klager er met het ziekenhuis niet uit komt, kan deze een beroep doen op de Geschillencommissie Zorg.

2017	2018	2019
266	277	352

Aantal klachten op jaarbasis

De top 3 van klachten 2019 valt in de categorieën:

160 categorie Behandeltechnisch / medisch

113 in de categorie Organisatorisch

139 categorie Bejegening / relationeel

De categorie bejegening/relationeel is ten opzichte van 2018 gestegen. De klachtenfunctionaris is in de loop van 2019 vervangen en deze verklaart het verschil in bejegening/relationele klachten in het feit dat zij vaker bij medische klachten een bejegeningcomponent aanmerkt.

Eén klager heeft zijn klacht voorgelegd aan de Geschillencommissie zorg en één klager heeft het ziekenhuis medisch aansprakelijk gesteld. Het ziekenhuis is 17 keer financieel aansprakelijk gesteld in 2019. In 2018 was dit 18 keer.

Clëntenraad

Het IJsselland Ziekenhuis kent een betrokken en actieve cliëntenraad. De cliëntenraad adviseert de Raad van Bestuur en participeert in verschillende werkgroepen, zoals samen beslissen en patiëntbeleving. Ook neemt de cliëntenraad sinds 2019 deel aan veiligheidsrondes die de Raad van Bestuur en bestuur medische staf gezamenlijk uitvoeren en heeft zij geparticipeerd in de flitsaudits i.h.k.v. de NIAZ.

2.2.2 Hier gaat het om U - Medewerkers

Binden, boeien en behouden

In 2019 is het actieplan Binden, Boeien & Behouden van start gegaan. Het doel van dit actieplan is medewerkers te behouden en nieuwe medewerkers aan het IJsselland Ziekenhuis te binden. In 2019 is een aantal acties geïmplementeerd.

Vast Dienstverband

We werken zoveel mogelijk met vaste contracten. Veel medewerkers in de zorg worden nodeloos aan het lijntje gehouden met een aaneenschakeling van tijdelijke contracten. Wij vinden dit niet passend naar onze medewerkers en het is bedrijfseconomisch onverstandig. Wij kiezen dus voor het vaste contract daar waar mogelijk. Wanneer het niet anders kan (bij piek & ziek of afwijkende situaties) melden we dit expliciet aan de medewerker. Deze werkwijze vraagt van ons een scherpe selectie aan de poort.

PiT! Programma

Wij maken graag gebruik van de denkracht van onze medewerkers. Zij weten ten slotte als geen ander waar het beter kan of beter moet. In 2019 heeft het IJsselland Ziekenhuis het Programma intern Talent (PiT!) opgezet, waarin medewerkers met potentie (en pit) worden getraind en gecoacht in hun persoonlijke ontwikkeling. Als team gaan zij ook aan de slag met een tactisch/strategische opdracht vanuit de Raad van Bestuur. De eerste ervaringen van de kandidaten zijn heel positief en ook de inhoudelijke output van het programma is veelbelovend.

Een leven lang leren/ leer- en ontwikkelmogelijkheden

Wij investeren liever in de ontwikkeling van onze eigen medewerkers dan in het aantrekken van externe expertise. Vanuit dit principe moet er uiteraard een aantrekkelijk leerklimaat zijn. We zoeken hierin naar een balans tussen de verplichte opleidingen, continu bekwaam en persoonlijke ontwikkeling.

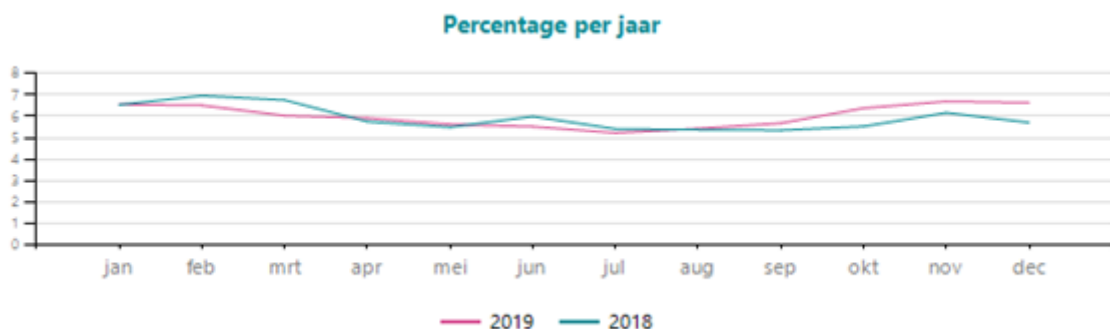
Een aantal voorbeelden uit 2019:

- In het kader van Niaz hebben wij sterk ingezet op de organisatie en beheersbaarheid van de verplichte opleidingen in de zorg (de top40). Vanuit Niaz hebben we complimenten hiervoor mogen ontvangen.
- In juli is een nieuwe Manager Leerhuis aangesteld.
- De opleidingsinterventies/trainingen vanuit het Strategisch Opleidingsplan 2019-2022 zijn in 2019 gestart. Denk hierbij aan een groot Lean opleidingstraject voor alle leidinggevenden binnen het IJsselland dat we volgens het train-de-trainerprincipe hebben opgezet.
- Voor collega's die een tweede opleiding in de zorg (willen) volgen, hebben we de arbeidsvoorwaarden aangepast, waardoor het aantrekkelijker is om een tweede opleiding te starten.

We werken Gezond & Veilig

Ontwikkeling cijfers

Gedurende 2019 hebben de verzuimcijfers grotendeels een gunstige ontwikkeling laten zien. Deze lagen tot september onder de lijn van 2018. Inzet op verzuimbegeleiding en aandacht voor de individuele medewerker is hierbij een belangrijke factor.



De instroom in het tweede jaar van ziekte is in 2019 hoger dan in 2018. Er is sprake van een aantal ernstig zieke medewerkers die niet (snel) in het arbeidsproces kunnen terugkeren. Het totaal komt daardoor iets hoger uit dan het voorgaande jaar.

Soort verzuim		
	2018	2019
Kort	0,89	0,94
Midden	0,64	0,58
Lang	4,02	3,88
> 1 jaar	0,37	0,62
Totaal	5,91	6,02

Beleid

Er is inzetbaarheidsbeleid opgesteld, waarin zowel curatieve als preventieve elementen zijn opgenomen.

Verzuim en Arbobeleid- reductie

In 2019 is veel tijd geïnvesteerd in verzuimbegeleiding: de cases zijn goed in beeld en met de casemanagers wordt overlegd over juiste en tijdige interventies. Er is aandacht voor de providerboog en deze wordt aangepast waar dit nodig is. Er is een nieuwe partij aangezocht die snel psychische expertise kan doen en daaropvolgend behandeling; dit kan tijdswinst van enkele maanden opleveren. Van partijen die niet meer voldoen, wordt afscheid genomen.

Er is een verkorte handleiding verzuimbegeleiding opgesteld voor leidinggevend en er is overleg opgezet met teamleiders waarin maandelijks kennisdeling en intervisie plaatsvindt.

Ook is er een nieuw gespreksmodel voor frequent verzuim opgesteld, waarbij het verzuim niet gemedicaliseerd wordt, maar er een gesprek plaatsvindt over de trend van het gedrag en wat er nodig is om dit te keren.

Gezondheid-preventie

In 2019 is een start gemaakt met preventie. In oktober 2019 is een pilot gestart met de life-style app Phileas waar 20 medewerkers van het IJsselland ziekenhuis aan deelnemen. De app is gericht op het verbeteren van vitaliteit en gezondheid en heeft een individueel en competitief element in zich.

Er is een projectgroep gestart die zich bezig houdt met modern roosteren. Het hebben van eigen regie is van belang voor het welbevinden van de medewerkers, wat gezondheid ten goede komt.

Er is een klein aantal medewerkers gestart met een mindfulness training op individuele basis. In 2020 wordt dit voor een grotere groep opgestart.

De voorbereidingen voor het inzetten van Preventief Medisch Onderzoek en een hieraan verbonden wetenschappelijk onderzoek zijn in 2019 getroffen. De uitrol hiervan vindt in 2020 plaats.

We werken slimmer/niet harder

Zoals eerder aangegeven heeft het IJsselland Ziekenhuis de Lean methodiek geadopteerd. Lean helpt ons om kritisch naar onze eigen processen te kijken en mogelijke verspillingen te elimineren.

Efficiëntere processen leiden (uiteindelijk) tot minder werkdruk en meer mogelijkheden om toegevoegde waarde te leveren. Veel van de huidige werkprocessen zijn gedateerd of kennen een zware administratieve werklust. Hier kritisch naar kijken kan veel voordeel opleveren. De eerste stap is het opleiden en trainen van de leidinggevenden. Hier zijn we in 2019 mee gestart en dit loopt door in 2020.

Leiderschap/Eigenaarschap/Vertrouwen

In de zorg zijn we gewend om snel actie te ondernemen. Dat is een kracht. Wanneer we echter niet tegelijkertijd kijken naar structurele oplossingen, blijven we brandjes blussen. Werkdruk wordt regelmatig aangevoerd als argument om geen tijd te (kunnen) nemen om te werken aan die structurelere oplossingen. Daarmee houdt het systeem zich in stand. Dit denken doorbreken vraagt om een fundamenteel andere manier van leidinggeven en persoonlijk leiderschap van de medewerker. Eigenaarschap, zelf verantwoordelijkheid nemen, de professional weer centraal zetten zijn hier enkele belangrijke uitgangspunten in. Minder ad hoc regelen en meer coachend en sturend zijn als leidinggevende. Dat is een behoorlijke cultuur- en gedragsverandering. Hier is in 2019 een begin mee gemaakt en zal op volle kracht in 2020 doorgezet worden.

Recruitment

Om voldoende en kwalitatief personeel binnen te halen is de positionering van het IJsselland Ziekenhuis als aantrekkelijke werkgever cruciaal. Daar is in de afgelopen jaren weinig in geïnvesteerd. Om die positionering een boost te geven zijn twee recruiters aangesteld. Zij hebben het werving en selectieproces vernieuwd en zijn diverse initiatieven gestart die ons ziekenhuis (beter) op de kaart zetten en de (nieuwe) medewerker centraal stellen.

Strategische Personeelsplanning

Binnen de zorg wordt veel gebruik gemaakt van ingehuurd personeel (ZZP'ers/PNIL'ers). Zeker wanneer zich acute personeelstekorten voordoen. Dit is een dure oplossing die ook weinig duurzaam is. Ingehuurd personeel vertrekt immers weer met alle kennis en expertise. Het is in alle opzichten verstandiger om met eigen medewerkers te werken. Dit betekent dat de organisatie de behoefte aan nieuwe medewerkers beter in beeld moet krijgen, zowel voor de korte als lange termijn. Samen met de afdeling Control en de Kliniek brengt de afdeling HRM de (toekomstige) behoefte in kaart. Tegelijkertijd werken we aan een slimmere manier van roosteren en aan een flexpool die zorgt breed inzetbaar personeel levert bij op de hele korte en iets langere termijn.

Strategisch opleidingsplan en kwaliteitsimpuls personeel ziekenhuiszorg (KIPZ)

In 2019 is het strategisch opleidingsplan (SOP) 2019-2022 opgesteld in samenwerking met diverse stakeholders in het ziekenhuis, zoals de medische staf en de Ondernemingsraad. Aan de hand van dit SOP en het opleidingsjaarplan 2019 is KIPZ subsidie aangevraagd waarvan ruim € 1,6 miljoen is toegekend. Vanwege onder andere late toekenning van de subsidie, inzet van medewerkers voor Niaz en een aantal personele wisselingen binnen het Leerhuis, is het niet gelukt alle plannen daadwerkelijk tot uitvoer kunnen brengen. Om toch zo veel mogelijk te realiseren, is aan het eind van 2019 een forse trainingsinspanning gedaan op het gebied van Lean.

Arbeidsmarktbeleid

Al geruime tijd participeert het IJsselland Ziekenhuis in het samenwerkingsverband De Rotterdamse Zorg. Binnen dit samenwerkingsverband wordt gezocht naar mogelijkheden om de zorg als interessante werkgever in gezamenlijkheid te positioneren in de regio Rotterdam. Het gaat zowel om het verhogen van de instroom alsook het reduceren van ongewenste uitstroom. De Rotterdamse Zorg levert hierin expertise en projectleidingscapaciteit. De "bemensing" van de diverse projecten en initiatieven wordt geleverd door de deelnemende VVT instellingen en ziekenhuizen. Hoewel het initiatief van De Rotterdamse Zorg door ons zeer wordt toegejuicht hebben een pas op de plaats gemaakt bij de daadwerkelijke participatie in de projecten. De tijdsinvestering is zeer fors. Dit kunnen wij ons, met een krappe eigen bezetting, niet veroorloven. Gekozen is om eerst de focus te leggen op ons ziekenhuis. We volgen de ontwikkelingen echter op de voet. In 2020 zal het IJsselland Ziekenhuis weer actief gaan participeren. Het project "ZZPérs in de primaire zorg" staat daarbij centraal en is ook cruciaal voor het IJsselland.

Digitaliseren HR proces

Er zijn zeer forse stappen gezet op het gebied van het digitaliseren van de HR processen. Dit is een complex en omvangrijk project. Personeelsdossiers zijn gedigitaliseerd en alle medewerkers hebben toegang tot hun digitale dashboard (Youforce). Een belangrijke stap is ook het digitaal declareren. De implementatie verloopt tot op heden soepel.

Wet BIG

Hoewel het wetsvoorstel BIG2 inmiddels van tafel is blijft functie differentiatie een belangrijk punt van aandacht. Er zit immers verschil in achtergrond, verwachtingen en werk- en denkniveau tussen MBO en HBO geschoolde medewerkers. Wij geloven dat maatwerk nodig is om te zorgen dat de individuele medewerker de loopbaan- en ontwikkelingskansen krijgt die hij of zij verdient. Een werkgroep met vertegenwoordigers vanuit beide groepen werkt aan die maatwerkoplossing.

Ondernemingsraad

Het IJsselland Ziekenhuis kent een proactieve en betrokken ondernemingsraad. In 2019 presenteerde de Ondernemingsraad diens meerjarenvisie 2019-2024. De Raad van Bestuur was hierover zeer enthousiast en ziet hierin de aansluiting met de meerjarenstrategie van het ziekenhuis. Elementen uit de visie van de Ondernemingsraad zijn opgenomen in het programma 'Hier gaat het om U – medewerker'.

2.3 Productie

Het totaal aantal patiënten geholpen door ons ziekenhuis in 2019 neemt met 1% toe. Dit ondanks een daling van de productie aan het begin van het jaar vanwege de recente implementatie van een volledig nieuw zorg informatie systeem aan het einde van 2018. De productie blijft op klinische onderdelen, SEH en aantallen operaties achter bij de norm. De ligduur neemt toe, alsmede de OK-tijd in uren. Dit wordt veroorzaakt door een verschuiving van een lichtere naar een zwaardere casemix. In relatie tot de omzet weegt de daling op de kliniek en OK zwaarder. Dit heeft echter geen negatieve uitwerking gehad op het realiseren van onze begroting van 2019. In 2019 hebben we ingestoken op meer consulten op afstand. In 2019 is al zichtbaar dat steeds meer consulten op afstand worden uitgevoerd. Dit doet het IJsselland zoor middel van BeterDichtbij, meekijkconsulten en tele-consulten. De verwachting is dat dit in 2020 verder zal toenemen.

Productie 2019	2018	2019	<>	<> %
Aantal patiënten YSL	92.313	93.598	1.285	1%
Polikliniek				
Eerste polikliniekbezoek	98.488	96.460	-2.028	-2%
Herhaal-polikliniekbezoek	157.286	165.310	8.024	5%
Beloonsult t. v. v. herhaalbezoek	30.510	31.390	880	3%
Totaal consulten	286.284	293.160	6.876	2%
Herhaalfactor	1,9	2,0	0,1	7%
Kliniek				
Klinische opname	17.090	15.476	-1.614	-9%
Verpleegdag	85.171	85.798	627	1%
Ligduur	5	6	1	11%
Dagverpleging	19.234	18.111	-1.123	-6%
Bevallingen	1.535	1.531	-4	0%
Aantal patiënten SEH	18.696	18.366	-330	-2%
Operatiekamers				
Aantal operaties	11.889	11.528	-361	-3%
OK tijd in uren	11.552	11.694	142	1%

Productie per parameter en voortgang per specialisme

2.4 Middelen

2.3.1 ICT

Elektronisch patiëntendossier

Op 19 oktober 2018 heeft het IJsselland Ziekenhuis succesvol het nieuwe elektronisch patiëntendossier HiX in gebruik genomen. Het oude systeem voldeed niet meer aan de wensen van het ziekenhuis. Dankzij 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. Bij in gebruik name van het nieuwe systeem waren al weinig problemen, dit beeld is in de loop van 2019 onveranderd gebleven. In 2019 is vooral aandacht geweest voor het verder uitwerken van de beheerorganisatie, waarbij organisatiebreed rollen als 'HiX-co's' en Key-users zijn belegd. Toekomstige gebruikers van het elektronisch patiëntendossier worden opgeleid; toegang tot HiX wordt eerst dan gegeven wanneer de opleiding is afgerond. De implementatie van het elektronisch patiëntendossier heeft ertoe geleid dat het ziekenhuis niet langer gebruik maakt van een papieren archief. Afdelingen hebben de implementatie van het systeem aangegrepen om procesverbeteringen door te voeren. Zo is onder andere een start gemaakt met het introduceren van digitale vragenlijsten om zorgproces efficiënter te maken.

Verbinding met partners en patiënten

Het IJsselland Ziekenhuis is een netwerkziekenhuis en ter ondersteuning bij het realiseren van doelstellingen op dit vlak, heeft het ziekenhuis in 2019 Zorgplatform van Chipsoft geïmplementeerd. Hiermee wordt de architectuur voor connectie met netwerk partners gestandaardiseerd. Een andere belangrijke verbinding die is gerealiseerd is die met patiënten door middel van Mijn IJsselland. Hierbij zijn diverse VIPP doelstellingen behaald, zoals beschreven in hoofdstuk 2.2.1. Ook zijn diverse app's geïmplementeerd die communicatie en/of monitoring tussen het ziekenhuis en andere zorgverleners en patiënten mogelijk maken (hoofdstuk 1.6.4).

Meerjarenstrategie ICT

In 2019 heeft een extern adviesbureau de ICT infrastructuur van het ziekenhuis beoordeeld en advies uitgebracht over het verbeteren van zowel techniek als (professionalisering van) de organisatie. De eerste adviezen uit het rapport zijn in 2019 opgevolgd: er zijn informatiemanagers en een service delivery manager geïntroduceerd en vooronderzoek naar cloudstrategie is gestart. De overige adviezen zullen worden geïntegreerd met de uitvoering van de meerjarenstrategie van het ziekenhuis.

2.3.2 Inkoop, facilitair, (technisch) beheer en beveiliging

Zorgservice XL

Het afgelopen jaar heeft voor onze inkoop en logistieke organisatie Zorgservice XL in het teken gestaan van veel personele wijzigingen op met name inkoopfuncties. Met de andere partners wordt voortdurend gezocht naar nieuwe inkoopbesparingen die liggen op het gebied van assortimentsreductie, huislijn en reductie in bestelvrijheid. De uitfasering van het Medeco assortiment heeft veel tijd gekost in het IJsselland Ziekenhuis maar ook bij ZXL en is bijna afgerond. Meer spend bij minder leveranciers is het devies voor de komende jaren, waarmee een kleinere webshop, betere condities en daarmee ook reductie in apparaatskosten bij ZXL zelf bereikt moeten worden.

Facilitair

De bouwprojecten, Niaz en de wisseling van Engie naar Croon Wolter en Dros is partner voor technisch onderhoud heeft een behoorlijke wissel getrokken op de organisatie.

Gebouw Technisch beheer

Helaas moesten we in 2019 besluiten afscheid te nemen van Engie, echter door snel handelen via een goed voorbereide selectie procedure konden we naadloos over naar Croon Wolter en Dros waarmee een samenwerkingsverband is aangegaan voor 5 jaar met een optie voor nog eens 5. Dit naar model van onze al lang lopende samenwerking met Albron. Samen met Croon zullen we de komende jaren het gebouw technisch beheer verder optimaliseren, nieuwe afdelingen technisch in bedrijf nemen en het nieuw vastgestelde Meer Jaren Onderhoudsplan in uitvoering nemen.

Medisch instrumenteel beheer

De bouwprojecten, Niaz en de wisseling van Engie naar Croon Wolter en Dros is partner voor technisch onderhoud heeft een behoorlijke wissel getrokken op de organisatie.

Huisvesting

De projectendruk is zeer fors, buiten de drie grote afrondende projecten van het Lange Termijn Huisvestingsplan uit 2011: Kliniek, OK-complex en centrale hal, is gestart met het proces van het maken van een Lange termijn huisvestingsplan.

Eten en drinken

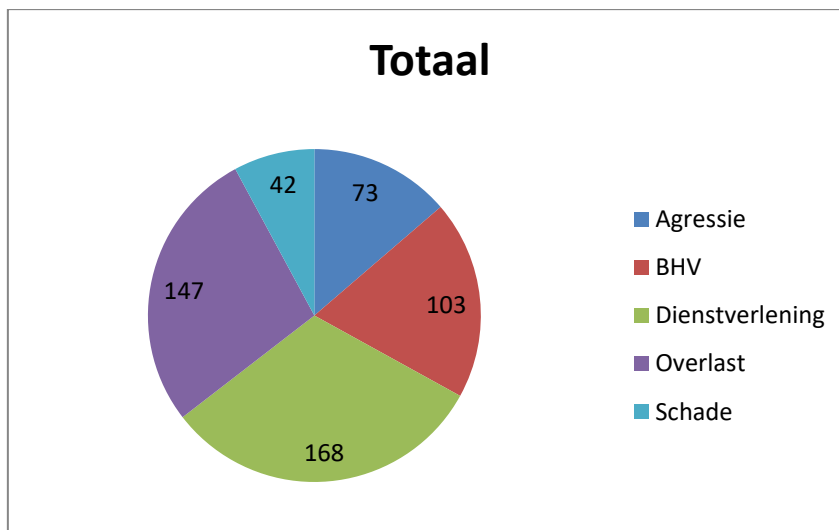
Het afgelopen jaar zijn de eerste stappen gemaakt naar de uitrol van het voedingsconcept buiten het ziekenhuis middels een traject met smaak gestuurd brood voor oncologie patiënten. De daadwerkelijke start zal in 2020 plaatsvinden.

Schoonmaak

Het contract met de GOM is afgelopen jaar verlengd tot eind 2020 zodat gezamenlijk met andere ZXL ziekenhuizen een aanbesteding kan plaatsvinden. Het steeds ouder wordende gebouw, met name de kliniek heeft de nodige uitdagingen opgeleverd maar desondanks zijn er het hele jaar goede kwaliteitsresultaten behaald.

Veiligheid en beveiliging

Het aantal incidenten in 2019 is ten opzichte van 2018 ongeveer gelijk gebleven. In totaal heeft de beveiliging in 2019 van 13474 gebeurtenissen een rapportage opgesteld. Hierbij zijn wat onderlinge verschuivingen zichtbaar. Tevens zijn er wat meer bouw gerelateerde incidenten zoals ongewenste brandalarmen en open deuren. De details zijn opgenomen in de jaarrapportage beveiliging 2019.



2.5 Financiën

2.5.1 Financiële beheersing

Ontwikkelingen gedurende het boekjaar

Het resultaat van de jaarrekening 2019 komt uit op € 2.370k. De DSCR ratio komt hiermee uit op 1,44 en de solvabiliteit op 25%.

We presteerden in 2019 ontzettend goed als het gaat over:

- Het behalen van de Niaz accreditatie
- Investeren in een omslag naar Lean door middel van opleidingen
- Investeren in ons personeel op behouden en aantrekken van personeel
- Het sluiten van langdurige financiële overeenkomsten met verzekeraar met een aanneemsom
- Investeren in vernieuwingen

Daarmee ligt het resultaat op het niveau van vorig jaar en komt het uit boven begroting. Ook is er een aantal risico's gemitigeerd en zijn we sterk aan het verbeteren op onderdelen als kwaliteit, behalen van de Niaz accreditatie, HRM beleid en het professionaliseren van onze organisatie.

Behaalde omzet en resultaten

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

(x €1.000,-)	2017	2018	2019
Opbrengsten	158.843	185.144	192.347
Kosten	156.355	182.296	190.196
Resultaat	2.488	2.848	2.150
Solvabiliteit (EV/Omzet)	22,2%	20,6%	21,0%
Solvabiliteit (EV/Balanstotaal)	25,3%	27,1%	25,7%
DSCR	1,68	1,63	1,33
Nettomarge (netto winst/omzet)	1,6%	1,6%	1,1%

* 2017 en 2018 uit de enkelvoudige jaarrekening

De omzet- en kostentoeename in 2019 ten opzichte van 2018 komt hoofdzakelijk door de prijsindexatie 2019.

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.

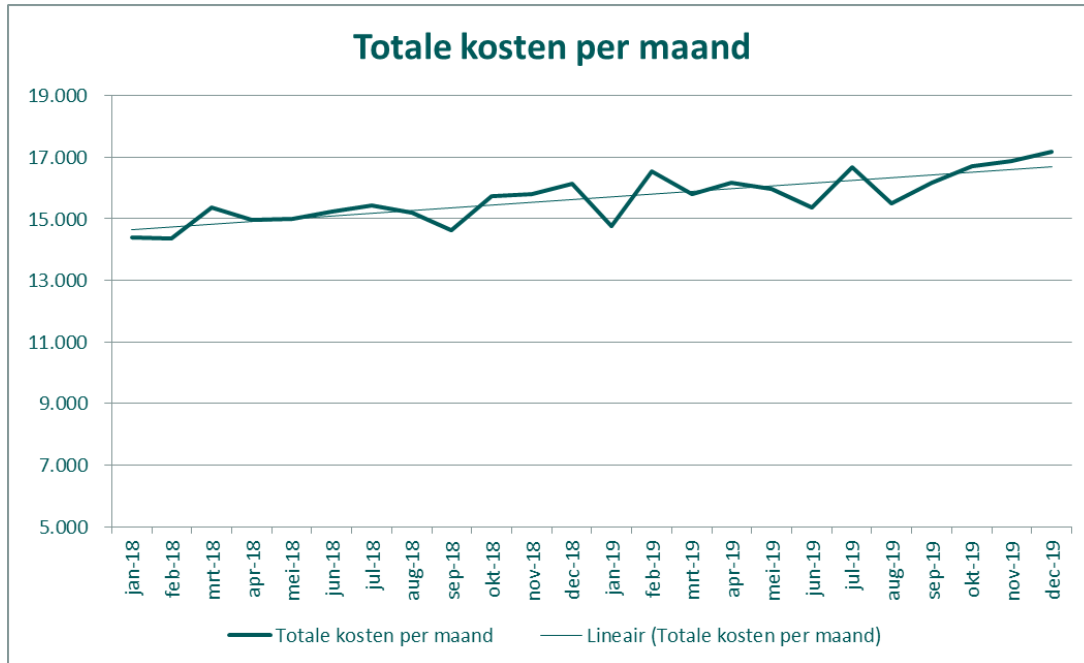
Meer details en toelichting op de cijfers zijn teug te vinden in de jaarrekening van het IJsselland Ziekenhuis.

2.5.2 Exploitatie

De belangrijkste kostentoeename wordt veroorzaakt door de prijsindex 2019. Ander oorzaken zijn:

- Volume toename van dure geneesmiddelen, deze wordt wel gecompenseerd met hogere opbrengsten.
- De patiëntgebonden- en algemene kosten zijn 11% c.q. 6% hoger dan begroot. Voor de patiëntgebonden kosten geldt dat hiertegenover hogere externe inkomsten staan.

- Daarnaast is er een relatief hoge kostentoeename zichtbaar op het onderdeel van de personele kosten, in het bijzonder Personeel Niet In loondienst (P.N.I.L.). Dit wordt veroorzaakt door krapte op de arbeidsmarkt.



Figuur: Totale kosten per maand 2018 – 2019

2.5.3 Investeringsen

Rubriek:	nog beschikbare kader t/ m 2019	Totaal besteed t/m 2019	Nog besteedbare investeringsruimte ultimo 2019
Totaal Medisch inventaris	€ 9.166.979	€ 4.050.603	€ -5.116.376
Totaal Medisch inventaris tb.v. renovatie	€ 5.074.000	€ 822.094	€ -4.251.906
Bouw- en renovatie en MJOP	€ 97.102.476	€ 59.248.058	€ -37.854.418
Totaal investeringen ICT	€ 11.212.917	€ 2.886.614	€ -8.326.303
Totaal investeringen 2018	€ 122.556.372	€ 67.007.369	€ -55.549.003

Figuur: Overzicht investeringen

2.5.4 Bouw en renovatie.

De plannen voor de renovatie liggen op schema. Er is dit jaar verder gebouwd aan de kliniek. Naast de dagverpleging en Acute Opname Afdeling is ook de geriatrische afdeling en kinderafdeling opgeleverd. De operatiekamers worden eind Q1 2020 opgeleverd. Dit is fase 1 voor de oplevering van zes OK's. Fase 2 start direct daarna, waarna er na de zomer acht nieuwe OK's, een nieuwe CSA en verkoever zal zijn.

2.5.5 Meer Jaren Onderhoud Plan

Binnen het vastgesteld budgetboek is er € 16,12 mln. bestemd voor MJOP (Meer Jaren Onderhoudsplanning) projecten. Een deel van de MJOP projecten is gereserveerd voor de bouw- en

renovatie, een deel voor het vernieuwen van het VOS/MOS incl. databekabeling, de renovatie van het dak atrium en een deel voor overige MJOP projecten. Voor 2016 en 2017 zijn de meest noodzakelijke MJOP projecten bepaald. In 2018 zijn de projecten afgerond, vanaf 2019 wordt er met een nieuw MJOP gewerkt.

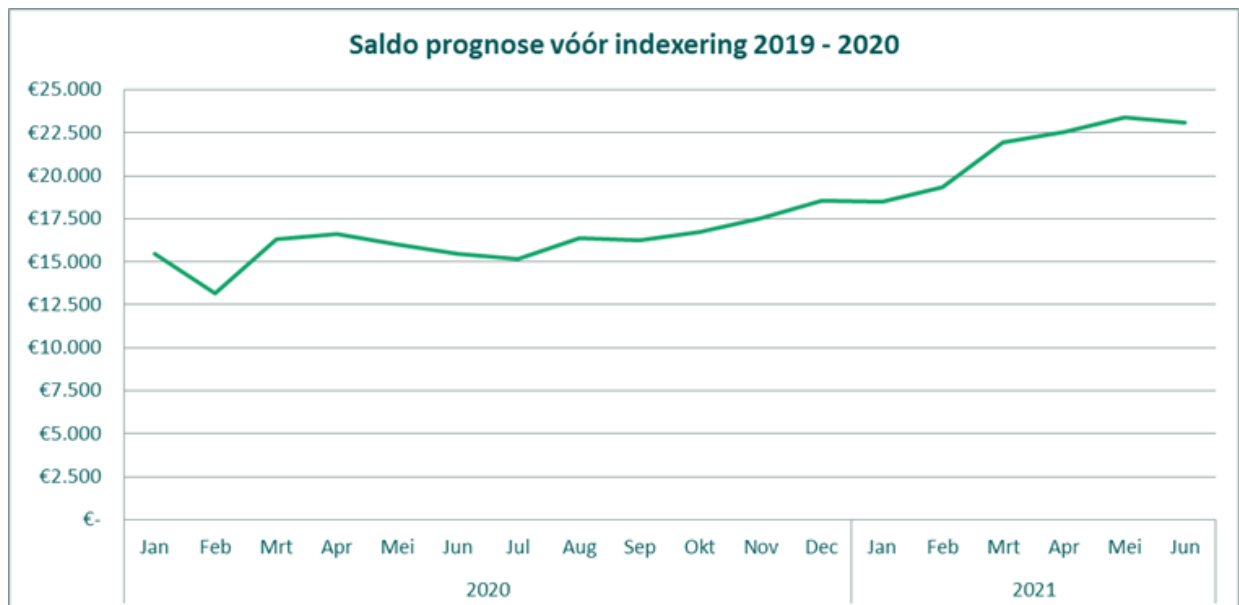
2.5.6 Financiering

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, die 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, alle verpleegafdelingen en het OK-complex staan voor de komende tweeënehalf jaar gepland. Voor deze investeringen is in 2013 een financieringsarrangement afgesproken met een bankenconsortium, deze is in 2018 verlengd en uitgebreid. 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. De financieringsfaciliteit t.b.v. de bouw wordt iedere maand achteraf aangewend ter dekking van de gedane investeringen.

De liquiditeitspositie is van voldoende niveau en kent verder geen bijzonderheden. De financiering voor geplande investering is geborgd.



De blauwe lijn geeft weer de prognose op basis van de begroting 2019.

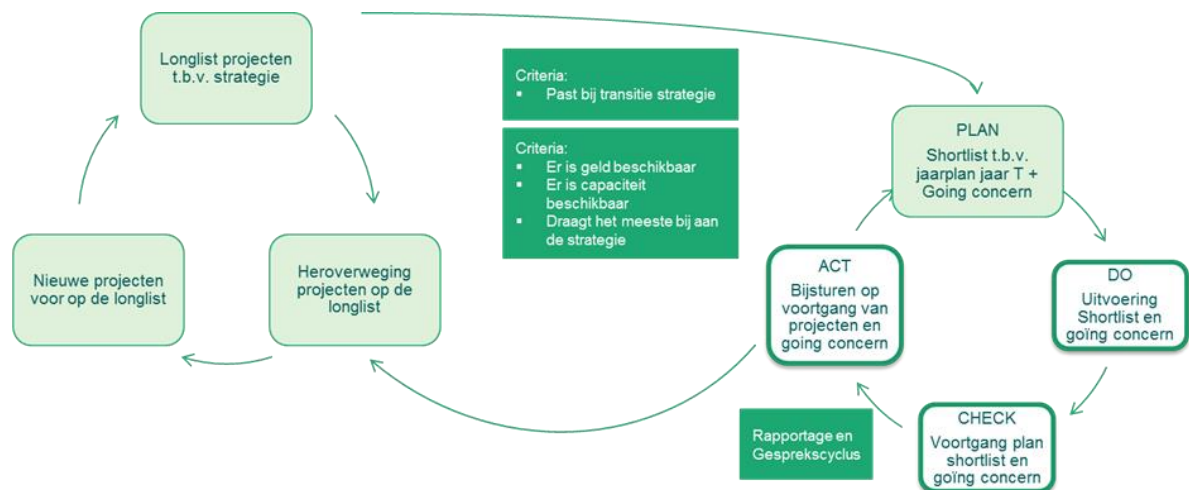
2.4.7 Voornaamste risico's en onzekerheden

Het IJsselland Ziekenhuis identificeert voor 2020 en verder op hoofdlijnen de volgende financiële risico's:

- Het onvoldoende realiseren van de benodigde verandering om aan de afspraken in het bestuurlijk hoofdlijnen akkoord te kunnen voldoen.
- Krapte op de arbeidsmarkt, waardoor er onvoldoende (zorg)personele capaciteit beschikbaar is om de toegankelijkheid van zorg te borgen
- Toenemende zorgvraag, vraagt om ICT investeringen om zorg om te kunnen buigen en de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden.
- Het vervolgen van de zorg voor enkele vakgroepen voor het adherentiegebied van het oude Haven Ziekenhuis na 2020.

2.5.8 Planning en controlcyclus

Het IJsselland Ziekenhuis heeft een Planning & Control cyclus volgens de PDCA cyclus van continue verbeteren naar beter. Hiervoor zijn er drie belangrijke rapportages. Op het hoogste niveau maandelijks de managementrapportage die door control en de RvB wordt besproken op te nemen acties om bij te sturen, deze wordt tevens in het MT besproken. De andere twee rapportages betreffen de afdeling en vakgroep ruit rapportage. In 2019 is gestart met de zogenaamde ruit-rapportage. Hierin meten we op de onderdelen Kwaliteit, HRM, Producten en Financiën (weergegeven in een ruit). De gesprekscyclus is maandelijks en 2 keer per jaar met RvB, BVMS vakgroep en afdelingen individueel.



Schematische weergave van onze P&C cyclus

2.5.9 Integraal risicomanagement

Om goed zicht te hebben op de strategische risico's werkt het IJsselland Ziekenhuis met de risicomatrix integraal risicomanagement. Deze wordt jaarlijks geactualiseerd. In 2019 is gestart met de operationalisering van de meerjaren strategie. Begin 2020 wordt de verdieping van deze strategie afgerond, waarna de integrale risicomatrix wordt vernieuwd.

2.5.10 Financieel risico management

Vanuit de AO/IC functie worden jaarlijks audits op (vooral) financiële processen uitgevoerd. Hieronder valt bijvoorbeeld Inkoop, Verkoop, Treasury, Planning & Control, etc. Een meerjarig Intern Controle plan (nu voor de periode 2020 t/m 2022) ligt hieraan ten grondslag.

Recent is een bewakingsmatrix uitgewerkt waarin alle openstaande aanbevelingen vanuit intern uitgevoerde controle audits en de interim controle van PWC zijn opgenomen. Het interne auditcommittee zal op basis van deze matrix de afhandeling van de aanbevelingen/actiepunten periodiek gaan monitoren en uitzetten bij verantwoordelijken.

Zoals uit onderstaande tabellen blijkt, zijn er 10 verlopen actiepunten/aanbevelingen waarbij het merendeel Inkoop betreft. De actiepunten zijn niet urgent maar dienen wel binnen 3 maanden (prioriteit Midden) of een jaar (prioriteit Laag) afgehandeld te zijn.

	Gereed	Open		Eindtotaal
Rijlabels	Gereed	Nog niet verlopen	Verlopen	
Hoofd Apotheek			1	1
Inkoopproces			1	1
Hoofd Bedrijfsadministratie	1	3	7	11
Inkoopproces			5	5
interim controle PWC	1	3		4
Treasury			2	2
Hoofd Control	1	2		3
interim controle PWC	1	2		3
Hoofd DIF	1		1	2
Inkoopproces	1		1	2
Hoofd Informatiezaken	1	12	1	14
Autorisaties/ transacties SAP ALL			1	1
Exclusiviteit hoge rechten in HiX		3		3
Exclusiviteit registratierechten in HiX		2		2
interim controle PWC	1	4		5
Tijdigheid dichtzetting van rechten in HiX bij uitdiensttreding		3		3
Raad van Bestuur		2		2
interim controle PWC		2		2
Eindtotaal	4	19	10	33

Prioriteit	Verlopen	Eindtotaal
laag	6	6
- Inkoopproces	4	4
- Treasury	2	2
Midden	4	4
- Autorisaties/ transacties SAP ALL	1	1
- Inkoopproces	3	3
Eindtotaal	10	10

prioriteit Hoog = Hoog risico; op korte termijn oplossen - 3 mnd
 prioriteit Midden = Beperkt risico; op middenlange termijn oplossen - 6 mnd
 prioriteit Laag = Risico niet zo groot of pas op langere termijn op te pakken; op middenlange of lange termijn oplossen - 12 mnd

2.5.11 Zorgregistratie en declaratie (Nza regelgeving)

Taskforce Registratie

Begin zomer 2019 is de Taskforce Registratie opgestart met als doel de juistheid en volledigheid van de registraties in HIX te valideren en meer zekerheid en vertrouwen te krijgen in de cijfers, inkomsten en sturingsinformatie. De aanpak van de taskforce was tweeledig. Er is een feitenanalyse gedaan over de periode januari t/m mei 2018-2019 en er heeft een proces analyse plaatsgevonden waarbij er mini audits van een halve dag bij de belangrijkste registratieve processen op de polikliniek en dagopname plaatsvinden om juistheid en volledigheid van registratie te toetsen en om de registratie efficiënter te maken.

In het vierde kwartaal is de taskforce verder gegaan met het uitvoeren van correcties op de eerder geconstateerde punten en hebben er analyses op processen plaatsgevonden. Er is een controle opgezet om klinische opnames die niet voldoen aan de definitie van een klinische opname, na te kijken en waar mogelijk om te zetten naar een dagopname of observatie. De correcties worden direct uitgevoerd en er worden instructies aan de des betreffende afdelingen gegeven. Daarnaast zijn we gestart met hervalidaties. DBC's die al eerder gefactureerd zijn worden nu structureel nogmaals gevalideerd. Dit wordt gedaan om te controleren dat de DBC's goed zijn afgeleid. Het kan bijvoorbeeld voorkomen dat essentiële verrichtingen te laat worden geregistreerd, waardoor de DBC te laag wordt afgeleid en gefactureerd. Met de hervalidatie is er al ca. €300k extra

gefactureerd. Verder zijn er vergaande afspraken met Value Care om volledigheidscntroles op onze datatabellen uit te voeren. Naar verwachting zal zullen deze controles in Q1 in gebruik worden genomen. Het registratie centrum sluit nu structureel aan bij verschillende werkoverleggen in de organisatie. Vanaf 2020 zal het registratiecentrum 2x per jaar aansluiten bij de ruit-gesprekken. Met deze nieuwe ontwikkeling, is er de intentie om ook de kwaliteit van registratie in de ruit te incorporeren. Hierdoor krijgen vakgroepen en afdelingen de registraties die specifiek voor hen van belang zijn inzichtelijk in de ruit en kan de kwartaal rapportage van het Registratie centrum vervallen. Middels deze managementrapportage zal op hoofdlijnen gerapporteerd worden over de kwaliteit van registratie.

Voortgang en resultaat zelfonderzoek 2018/2019

Jaarlijks dient het IJsselland Ziekenhuis over het afgelopen jaar een zelfonderzoek uit te voeren op de rechtmatigheid van de gedeclareerde zorg. Dit vertaalt zich in 35 uit te voeren datacontroles en/of deelwaarnemingen. De eventueel ten onterechte gedeclareerde zorg dient terug betaald te worden. Op dit moment zijn fase 2 (review ZN team) en fase 3 (aantonen van microcorrecties) van het zelfonderzoek 2018 afgerond. Na formele goedkeuring door het kernteam kan het dossier gesloten worden. Het definitieve schadebedrag komt uit op € - 525k. Dit is 0,32% van de totale onderzoeksmassa. Hiervan wordt € -338k veroorzaakt door de controle op telefonische herhaalconsulten. Dit is sinds 2018 een nieuw controlepunt binnen het zelfonderzoek als gevolg van nieuwe NZa regelgeving. De totale financiële impact is als volgt over de verschillende controles verdeeld:

Nr.	Controle	FI	%
1.4	Onterecht telefonisch herhaalconsult	€ -338.259,15	64%
5.5	Onterecht splitsen van verpleegdagen over meerdere specialismen	€ -111.195,56	21%
8	Onterecht gefactureerde dure geneesmiddelen	€ -33.597,40	6%
9	Onterechte initiele/ parallele DBC's	€ -11.758,40	2%
2	Onterecht ICC- DBC's	€ -10.570,95	2%
4	Onterechte dagopname registratie	€ -10.242,34	2%
10	Onterechte parallele DBC's specialisme overstijgend	€ -7.429,43	1%
1.3	Onterechte consultregistratie (ontbreken van face-to-face contact)	€ -2.260,00	0%
		€ -525.313,23	100%

2.5.12 Fiscaal

Fiscale zaken worden ieder kwartaal inhoudelijk besproken. Hierin wordt de loonbelasting, omzetbelasting, vennootschapsbelasting besproken. Er is in april 2019 een gesprek geweest met de belastingdienst. Dit is onderdeel van het reguliere klant gesprek dat de belastingdienst met grote ondernemingen periodiek voert. In dit gesprek worden de belangrijkste onderwerpen besproken, zoals VPB, omzetbelasting loonbelasting, maar ook de samenwerking met het Erasmus MC. In dit gesprek, dat door beide partijen als positief is ervaren, heeft de belastingdienst aangegeven een standaard boekencontrole uit te willen voeren op de omzetbelasting en de loonbelasting. Deze is 2019 over het jaar 2018 uitgevoerd.

In het kader van het boekenonderzoek heeft er begin juni een inleidend gesprek plaatsgevonden. Het doel van dit gesprek was om een beeld te krijgen van de organisatie en hoe deze is ingericht en dan vooral op fiscaal en IT gebied. De benodigde data vanuit het inleidend gesprek is aangeleverd. In februari 2020 zal de boekencontrole plaatsvinden op locatie. Naar verwachting is deze juni 2020 afgerond.

VPB

Het IJsselland Ziekenhuis valt in beginsel onder de zorg vrijstelling en is daarmee niet VPB plichtig. Echter daarbij geldt als voorwaarde voor deze vrijstelling de activiteiten toets en de winstbestemmingstoets. De activiteitentoets heeft betrekking op het feit of 90% van de activiteiten van het ziekenhuis bestaan uit zorgactiviteiten. Met de toenemende omzet op extramurale dure

geneesmiddelen en de activiteiten vanuit parkeerbeheer en het restaurant is het belangrijk om deze verhouding nauwlettend te monitoren.

2.5.13 Verzekeringen

Binnen het IJsselland Ziekenhuis zijn de volgende verzekeringen afgesloten.

1. Uitgebreide gevarenverzekering;
2. Milieuschadeverzekering;
3. Collectieve ongevallen verzekering;
4. WEGAS (Werkgeversaansprakelijkheidsverzekering Motorrijtuigen) verzekering;
5. CAR (Construction All Risk) verzekering;
6. Medische Aansprakelijkheid Risico (MAR) verzekering;
7. Gekoppeld aan MAR – WMO (Medisch wetenschappelijk onderzoek);
8. Beroepsrechtsbijstandverzekering;
9. Bestuurdersaansprakelijkheid verzekering;
10. Cybersecurity

2.5.14 Deelnemingen

Stichting IJsselland Ziekenhuis heeft deelnemingen die als financiële vaste activa zijn opgenomen in de jaarrekening. Deze deelnemingen zijn verbonden aan het IJsselland Ziekenhuis vanwege een aandelenverhouding, lening UG, etc. In ieder geval er is kapitaal verschaft aan de betreffende entiteit. De deelnemingen zijn verwerkt volgens de netto vermogensmutatie methode. Dit betekent dat deze zijn gewaardeerd op basis van het aanwezige eigen vermogen in de deelneming of op basis van de actuele waarde van de vordering.

In onderstaand overzicht is weergegeven welke deelnemingen er aan het ziekenhuis zijn verbonden;

Naam en rechtsvorm en woonplaats rechtspersoon	Kernactiviteit	Verschaft kapitaal	Kapitaalbelang (in %)	Eigen vermogen	Resultaat
OWM Medirisk B.A. te Utrecht *	Verzekeren van medische aansprakelijkheid	€ 402,000	1%	€ 487,640	€ -7,078
Pathan B.V. te Rotterdam *	Verzorgt pathologische onderzoeken	€ 200	17%	€ 3,364,774	€ 239,573
Parkeerbeheer B.V. te Capelle aan den IJssel	Verzorgt parkeergarage IJsselland Ziekenhuis	€ 31,000	100%	€ -374,271	€ 53,482
Regio Apotheek B.V. te Capelle aan den IJssel	Verzorgt apothekersdiensten in de regio Capelle aan den IJssel	€ 75,050	50%	€ 504,630	€ 113,223
ZBC DC Skoop Schiedam B.V. te Schiedam	Verzorgen van MDL scopieën	€ -	12%	€ 119,403	€ 54,611
ZBC DC Skoop Vaste Land B.V. te Rotterdam	Verzorgen van MDL scopieën	€ -	49%	€ 606,544	€ 43,216
Zorgservice XL C.V.	Inkoop/logistiek	€ -	20%	€ -	€ -

2.5.15 Risico's en onzekerheden - De mogelijke gevolgen van Covid-19 voor onze onderneming

Afhankelijk van de duur van de coronacrisis zal een grotere achterstand ontstaan in de reguliere patiëntenzorg. Op het moment dat het virus landelijk onder controle is, is een inschatting te maken van de totale achterstand en de wijze waarop dit kan worden ingelopen. Op dit moment is nog geen reële inschatting te maken van de extra kosten en het effect op de opbrengsten. Wel hebben de zorgverzekeraars en het ministerie toegezegd de ziekenhuizen te ondersteunen in de zorgverlening en in financieel opzicht.

Deel 3 – De Brug naar morgen

In het eerste jaar van de nieuwe meerjarenvisie en strategie 2019-2024 van het IJsselland Ziekenhuis lag de focus op het op orde brengen van de basis, tegelijk met aandacht voor netwerkzorg, patiënt en medewerker. Wij zien dat een grote prestatie is geleverd, die door Niaz is erkend: zij zien ten opzichte van de eerdere audit (juni 2018) een grote vooruitgang ten aanzien van visie, strategie, draagvlak, aanpak en resultaten. In feite werd daarmee de beoogde cultuurverandering geconstateerd. In 2019 zijn diverse belangrijke bouwstenen gelegd om de basis te creëren voor de volgende stap als organisatie. Terwijl belangrijke veranderingen in gang zijn gezet, is tegelijkertijd gestart met een verdieping van de visie naar concrete doelstellingen en strategische projecten.

In 2019 heeft het IJsselland Ziekenhuis met de grootste zorgverzekeraars 3 tot 4 jaren afspraken gemaakt die het ziekenhuis de financiële stabiliteit geven om de uitgezette koers te implementeren. Op basis van de zes thema's uit de strategie zijn voor de komende 4 jaar 20 strategische projecten benoemd met organisatie brede impact. Om de voortgang van deze projecten te stimuleren, te ondersteunen en te monitoren zal een transitieteam opgericht worden. Voor 2020 is de uitdaging om naast het continue optimaliseren van de reguliere bedrijfsvoering, deze projecten goed van start te laten gaan.

In het najaar van 2020 zal de renovatie van de kliniek worden afgerond en het nieuwe Operatie kamer complex (OKC) operationeel zijn. Hiermee zorgen we er voor dat de huisvesting van ziekenhuis voldoet aan de eisen van deze tijd. Wij zijn er trots op dat we deze renovatie en bouw in het najaar wordt afgerond en zullen op een feestelijk wijze de in gebruik name van deze afdelingen vieren.

Impact Coronavirus (COVID-19)

Inleiding algemeen / Aard van de gebeurtenis

In december 2019 kwamen vanuit China berichten over een besmettelijk virus. Dit virus (COVID - 19) zorgde begin 2020 voor veel patiënten en slachtoffers in China en in februari 2020 waren er de eerste patiënten en slachtoffers in Nederland. Begin maart 2020 nam de regering een aantal drastische maatregelen, waaronder het nagenoeg stilleggen van het openbare leven in geheel Nederland. De ziekenhuizen en UMC's stonden voor de taak om samen met ketenpartners in ROAZ-verband een grote groep corona-patiënten de noodzakelijke acute en intensieve zorg te verlenen. Gezien de grote besmettelijkheid van dit virus leidde dit tot drastische hygiëne- en veiligheidsmaatregelen. Door de grote toeloop van corona-patiënten, de vereiste veiligheidsmaatregelen en de noodzakelijke inzet van IC-bedden, heeft Stichting IJsselland Ziekenhuis moeten besluiten een groot deel van de reguliere zorg niet uit te voeren, dan wel uit te stellen. Als gevolg van de overheidsmaatregelen (intelligente lock-down en social distancing) worden ziekenhuizen en UMC's geconfronteerd met omzetsderving door vraaguitval en terughoudendheid bij patiënten om een beroep te doen op de ziekenhuiszorg.

In dit stadium zijn de gevolgen voor de continuïteit van de bedrijfsactiviteiten van het IJsselland Ziekenhuis, en voor de exploitatieresultaten beperkt. Het IJsselland Ziekenhuis blijft het beleid en het advies van de diverse nationale instellingen volgen en we blijven tegelijkertijd onze uiterste best doen activiteiten zo goed en veilig mogelijk voort te zetten, zonder daarbij de gezondheid van de medewerkers in gevaar te brengen. Daardoor is sprake van extra investeringen en kosten voor het beschikbaar maken van ziekenhuiscapaciteit en aanschaf van apparatuur en beschermingsmiddelen voor het verplegen van Corona- en overige patiënten in sterk aangepaste

omstandigheden. Het is nog te vroeg om hier bedragen voor te vermelden.

Zorgverzekeraars Nederland heeft na overleg met veldpartijen in brieven van 17 maart 2020 en 21 april 2020 continuïteitsgaranties geboden voor de basiszorginfrastructuur waartoe o.a. de ziekenhuizen en UMC's behoren. Met additionele bevoorschotting door de zorgverzekeraars tot contractwaarde en met additionele bekostiging van de meerkosten van de corona-uitbraak wordt de continuïteit van ziekenhuizen en UMC's gegarandeerd.

Ondanks de onzekerheden als gevolg van de Covid-19 uitbraak kan het IJsselland Ziekenhuis gebruik maken van de steunmaatregelen die door Zorgverzekeraars Nederland worden aangeboden. Naast deze specifieke toezeggingen door zorgverzekeraars kan aanspraak worden gemaakt op landelijke regelingen, waaronder NOW en uitstel van betaling van fiscale heffingen. Op basis van de meest actuele inzichten op het moment van vaststellen van deze jaarrekening kunnen de financiële gevolgen van Covid-19 worden opgevangen binnen de kredietlimiet en de overeengekomen ratio's met de banken en is er geen sprake van een materiële onzekerheid over de financiële continuïteit voor Stichting IJsselland Ziekenhuis.

Specifieke toelichting

- Het Coronavirus / impact op organisatie:

Vanaf medio maart 2020 hebben wij een aantal maatregelen genomen om de effecten van het COVID-19 virus te bewaken en te voorkomen, zoals het vormen van veiligheids- en gezondheidsmaatregelen voor onze patiënten en medewerkers. De opvang van een zeer grote groep patiënten heeft de hoogste prioriteit. Er is zoveel mogelijk capaciteit ingezet om COVID-patiënten te behandelen. Daarbij is waar mogelijk IC-capaciteit opgeschaald. Tevens is er afgeschaald op onder andere de electieve en niet-spoedeisende zorg, onderzoek en onderwijs. Op artsen en verpleegkundigen is een beroep gedaan om zoveel mogelijk extra uren te werken. Medewerkers in niet kritische functies zijn verzocht zoveel mogelijk thuis te werken.

- Voorziene ontwikkelingen:

Afhankelijk van de duur van deze crisis zal een grotere achterstand ontstaan in de reguliere patiëntenzorg. Op het moment dat het virus landelijk onder controle is, is een inschatting te maken van de totale achterstand en de wijze waarop dit kan worden ingelopen.

- Risico's en onzekerheden:

Tot het moment dat de crisis onder controle is, is het niet duidelijk wat het uiteindelijke beslag op de organisatie zal zijn. Op dit moment zijn er nog veel onzekerheden.

Tijdens deze crisis werken veel medewerkers op de toppen van hun kunnen. Nog niet duidelijk is wat het eventuele effect daarvan kan zijn.

- Genomen en voorziene maatregelen:

Het IJsselland Ziekenhuis leeft de maatregelen van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport zo goed als binnen de mogelijkheden na. Met andere ziekenhuizen en UMC's is veelvuldig afstemming over verdeling van patiënten en beschikbaarheid van medische apparatuur en medisch hulpmiddelen.

- Impact op activiteiten:

Door de hoge mate van urgentie voor corona-patiënten en de strenge veiligheidseisen is de reguliere productie vanaf begin maart aanzienlijk gedaald. Ook andere activiteiten, zoals onderzoeksprojecten en opleidingen zijn aanzienlijk gereduceerd dan wel stopgezet.

- Steun van zorgverzekeraars en overheden:

Op landelijk niveau zijn de koepels (NFU, NVZ en ZN) met elkaar overeengekomen passende financiële maatregelen te nemen. Dit betreft o.a. aanvullende bevoorschotting tot 100% passend bij de omvang van contractueel overeengekomen omzet, maar ook hoe om te gaan met meer- en minder kosten (zowel personeel, materiaal als geneesmiddelen) en meer- en minder omzet. De zorgverzekeraars hebben aan de ziekenhuizen en UMC's, bij brief d.d. 17 maart respectievelijk 21 april 2020, laten weten hen te ondersteunen, waarbij de beschikbaarheid en continuïteit van zorg op langere termijn zo goed mogelijk geborgd kan worden.

Ook de minister van VWS heeft in zijn brief d.d. 15 april 2020 aan de Tweede Kamer laten weten dat de overheid de zorgsector in staat wil blijven stellen om te doen wat nodig is om voor de lange termijn de continuïteit van zorg en ondersteuning te borgen.

Op dit moment zijn de effecten op liquiditeit, resultaat en vermogen nog onvoldoende duidelijk. Op basis van de intentie afspraak van de zorgverzekeraars en de minister, hebben wij verwachting dat de financiële risico's van deze crisis relatief beperkt blijven. Immers houdt het IJsselland Ziekenhuis middels bevoorschotting voldoende liquiditeit en middels compensatie voor gederfde opbrengsten en extra gemaakte kosten kan een acceptabel bedrijfsresultaat over 2020 gerealiseerd worden. Op basis van de hierboven genoemde gemaakte afspraken vinden wij de continuïteitsveronderstelling passend.

Bijlage 1 Specialismen

Anesthesiologie
Cardiologie
Dermatologie
Heelkunde
Interne geneeskunde
Intensive Care geneeskunde
Keel-, Neus en Oorheelkunde
Kindergeneeskunde
Klinische geriatrie
Klinische chemie
Longziekten
Maag-, Darm- en Leverziekten
Medische microbiologie
Medische seksuologie
Mond-, kaak en aangezichts chirurgie
Neurochirurgie
Neurologie
Nucleaire geneeskunde
Obstetrie en gynaecologie
Oogheelkunde
Orthopedie
Pathologie
Plastische chirurgie
Radiologie
Reumatologie
Revalidatiegeneeskunde
Urologie
Ziekenhuis farmacie

Bijlage 2: Kerncijfers

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

Kerncijfers	2019	2018
Polikliniek		
Totaal aantal consulten	293.160	275.270
Unieke patiënten per specialisme	93.598	100.807
Kliniek		
Aantal bedden	347	332
Klinische opnamen incl. spoed	15.476	16.789
Dagbehandeling	18.111	20.660
Aantal klinische verpleegdagen	85.798	88.142
Gemiddelde ligduur	5,5	4,9
HSMR ²	95	96
Aantal medewerkers	1712	1892
Aantal medisch specialisten	148	151
Ziekteverzuimpercentage	6,02	5,57
Resultaat	2.406.807	2.847.952
Solvabiliteit (EV/omzet)	21,1	20,6

² [Toelichting HSMR](#)

Bijlage 3: Nevenfuncties Raad van Bestuur

Leden Raad van Bestuur	Nevenfuncties
Mr. A.H. van Wijk, voorzitter	<ul style="list-style-type: none"> - Voorzitter Raad van Toezicht Leliezorggroep (tot 1 juni 2019) - 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/teamleider voor de Raad voor Accreditatie te Utrecht - Auditor voor Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (Niaz)

Bijlage 4: Jaarverslag 2019 Raad van Toezicht

Het jaarverslag 2019 van de Raad van Toezicht is integraal opgenomen in bijlage 4: pagina 49 tot en met 59.



Jaarverslag 2019

Raad van Toezicht

Naam : Raad van Toezicht
Datum : 10 maart 2020

1. Over toezicht houden	55
2. Verslag vanuit de toezichthoudende en adviserende rol	56
3. Verslag vanuit de werkgeversrol	59
4. Over de Raad van Toezicht	59

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.

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 concept toezichtvisie van de Raad van Toezicht, welke in 2020 wordt geactualiseerd, 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 conclusie 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 thema's en 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 2019 vergaderde de Raad van Toezicht acht keer, waarvan eenmaal een combinatie van strategiesessie en vergadering. De vergadering van november 2019 werd vooraf gegaan door scholing over ICT en innovatie. De Raad van Bestuur was bij al deze vergaderingen aanwezig. In februari 2019 heeft het strategieteam van het ziekenhuis een strategiesessie georganiseerd voor de Raad van Toezicht, een vertegenwoordiging van het bestuur VMS, en de Raad van Bestuur. In deze interactieve bijeenkomst werden de nieuwe meerjarenvisie en –strategie 2019-2024 gepresenteerd.

2.2 Onderwerpen in 2019

De volgende onderwerpen speelden in 2019 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, intentieverklaring met Lelie zorggroep en de deelname aan Havenpolikliniek en Havenue. 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 2019 tweemaal gesproken. Onderwerpen van gesprek waren het proces van de zorgconcentratietoets bij NZa en de inrichting van de governance van het partnership. 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 de kwartaalrapportages. De Raad van Toezicht heeft zich laten informeren over de wijzigingen in de P&C cyclus en het gebruik van 'de ruit' tijdens het voortgangsgesprek aan de hand waarvan de afspraken over innovatie, kwaliteit, financiën productie, HRM worden doorgenomen.

De kaderbrief voor 2020 is besproken door de voltallige Raad van Toezicht.

Ten aanzien van de documenten van de jaarcyclus keurde de Raad van Toezicht in 2019 de volgende documenten goed: begroting 2020 en het jaarverslag en de jaarrekening 2018.

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. Op 18 februari 2019 heeft de Raad van Toezicht, na afloop van een interactieve sessie, de meerjarenstrategie 2019-2024 goedgekeurd. In lijn met dit proces is ook de verkoopstrategie ontwikkeld en toegepast. De gesprekken met zorgverzekeraars zijn in 2019 anders worden ingericht dan voorheen; het komen tot meerjarenafspraken is hierbij het hoofddoel.

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, nationale onderzoeksraad voor de veiligheid, ISO15189 (certificering laboratorium), informatiebeveiliging en privacy, e-Health, CQI, IGJ jaargesprek 2019.

Digitale strategie

Het IJsselland Ziekenhuis heeft in 2019 een meerjarenstrategie ICT en digitalisering uitgewerkt. De Raad van Toezicht is in november geschoold aan de hand van een presentatie. Vanuit een brede blik op de ontwikkelingen in de zorgsector, zoals het hoofdlijnenakkoord, uitdagingen als personeelstekort, werd de impact daarvan op het IJsselland Ziekenhuis geschetst en hoe innovatie en ICT kunnen bijdragen aan oplossingen. De leden van de Raad van Toezicht hebben een goed beeld gekregen en trachten ook vanuit hun rol innovatie in de organisatie stimuleren.

Actualiteiten vakgroepen

De Raad van Bestuur informeert de Raad van Toezicht schriftelijk en/of mondeling over de ontwikkelingen binnen de vakgroepen/specialismen. Dit gebeurt onder andere aan de hand van de kwartaalrapportages en uitkomsten van audits en visitaties. De Raad van Toezicht heeft in 2019 enkele vakgroepen nadrukkelijker gevolgd.

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.

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 het Oogziekenhuis.

2.3 Commissies

De Raad van Toezicht kent drie vaste commissies: remuneratiecommissie (zie hoofdstuk 3), 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. De commissie reglementen zijn in 2019 hernieuwd.

Auditcommissie

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

De commissie kwam in 2019 vier keer bijeen. Bij drie van deze vergaderingen was tevens de accountant aanwezig. Eenmaal was de accountant in de reguliere vergadering van de RvT aanwezig. In de commissie vergaderingen zijn onder meer aan de orde geweest de jaarrekening 2018, het controleplan, de kaderbrief 2020, het proces van begroting en jaarplan 2020, interne controle rapportages, kwartaalrapportages, ICT rapportages, bouwrapportages, AO/IC rapportages, diverse auditrapporten, het accountantsverslagen en horizontaal toezicht correct registreren.

Commissie Kwaliteit

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

De commissie kwam in 2019 vier keer bijeen.

In het kader van dynamisch organisatorische en professionele kwaliteit is gesproken met leden van de commissie kwaliteit medische staf en met de vakgroepvoorzitter radiologie. In het kader van statische organisatorisch kwaliteit heeft de commissie gesproken over het verbeterplan en voortgang Niaz, actualiteiten in vakgroepen/specialismen, klachten, calamiteiten en incidenten, kwaliteitsdashboard voor indicatoren, het medicatieproces, CQI rapportage, BIG (her)registratie, het trailbureau 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 2019 enkele malen intensief met de Raad van Bestuur de voortgang van het partnership met Erasmus MC en specifiek over de inrichting van de governance van de samenwerking.

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 2018. In de Raad van Toezicht vergadering van december 2019 was de externe accountant aanwezig voor het bespreken van de interim bevindingen.

2.5 Overleg belanghebbenden

Het reguliere overleg met de interne adviesorganen vond in 2019 als volgt plaats. Een vertegenwoordiging van het bestuur medische staf voerde eenmaal overleg met de Raad van Toezicht. Een delegatie van de cliëntenraad voerde eenmaal overleg met de Raad van Toezicht, voorafgegaan door een vooroverleg. Een vertegenwoordiging van de Raad van Toezicht sloot eenmaal aan bij een overlegvergadering tussen Raad van Bestuur en Ondernemingsraad.

3. Verslag vanuit de werkgeversrol

3.1 Remuneratiecommissie

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

Beoordelingsgesprekken Raad van Bestuur

De beoordelingsgesprekken met de leden van de Raad van Bestuur individueel en gezamenlijk vonden plaats in het eerste kwartaal van 2019. Voorafgaand hieraan voerde de voorzitter van de remuneratiecommissie voorbereidende gesprekken met direct betrokkenen bij de Raad van Bestuur. Dit in het kader van 360 graden feedback. Jaarlijks beoordeelt de commissie de beloning van de Raad van Bestuur en doet een controle op de declaraties. In 2019 waren er geen personele wijzigingen in de Raad van Bestuur.

4. Over de Raad van Toezicht

4.1 Profiel van de Raad van Toezicht

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.

4.2 Benoeming en herbenoeming

Werving en benoeming

In 2019 eindigde de eerste zittingstermijn van mevrouw Van der Vliet. De remuneratiecommissie heeft de voordracht tot herbenoeming voorbereid. Hierbij is gebruik gemaakt van evaluaties van de afgelopen jaren, zijn gesprekken gevoerd met mevrouw Van der Vliet, andere leden van de Raad van Toezicht en de Raad van Bestuur. Het voorstel tot herbenoeming van mevrouw Van der Vliet als lid van de Raad van Toezicht van het IJsselland Ziekenhuis is voorgelegd aan de ondernemingsraad, de cliëntenraad en het bestuur van de vereniging medische staf. Deze gremia hebben alle positief geadviseerd over de herbenoeming van mevrouw Van der Vliet. De Raad van Toezicht heeft nadien besloten mevrouw Van der Vliet te herbenoemen tot 26 mei 2023.

Het traject naar formalisering van het partnership met Erasmus MC liep in 2019 enige vertraging op, mede als gevolg van het besluit van NZa om haar eerdere goedkeuring voor het partnership in te trekken. De rol van de Raad van Toezicht is cruciaal in het onderhandelingstraject en de goedkeuring van de NZa en ACM. Daarom acht de Raad van Bestuur het van groot belang dat de huidige bezetting van de Raad van Toezicht de komende

tijd behouden blijft. De huidige voorzitter van de Raad van Toezicht heeft een belangrijke rol bij de onderhandelingen met Erasmus MC. De voorzitter is inmiddels zeven jaar lid van de Raad van Toezicht; zijn statutaire zittingstermijn eindigt per 1 februari 2020. Het vertrek van de voorzitter zou tot gevolg hebben dat de samenstelling van de Raad van Toezicht tijdens het fusietraject met het Erasmus Ziekenhuis dient te worden gewijzigd met alle gevolgen voor continuïteit en verlies aan dossierkennis van dien. Om de continuïteit in het proces en op de inhoud te borgen, achtte de Raad van Bestuur het wenselijk dat mogelijk wordt gemaakt de voorzitter RvT langer te laten aanblijven. De Raad van Toezicht heeft goedkeuring verleend aan het besluit van de Raad van Bestuur de statuten zodanig te wijzigen, dat de tweede zittingstermijn van RvT leden maximaal zes jaar wordt. De Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht zijn zich ervan bewust dat de Governancecode zorg een maximale zittingstermijn van acht jaar adviseert. De Raad van Toezicht heeft besloten de verruiming van zittingstermijn uitsluitend van toepassing te laten zijn voor de huidige voorzitter van de RvT. De zittingstermijn van overige leden blijft in overeenstemming met de Governancecode zorg. De voorzitter Raad van Toezicht treedt af uiterlijk per 1 februari 2022, of zoveel eerder indien de voortgang van de onderhandelingen over de samenwerking met EMC het mogelijk en wenselijk maakt. Op dat moment, maar uiterlijk na twee jaar worden de statuten op dit punt weer in overeenstemming gebracht met de Governancecode zorg. De Ondernemingsraad en het bestuur Vereniging Medische Staf zijn over deze statutenwijziging geraadpleegd.

4.3 Samenstelling, nevenfuncties en bezoldiging Raad van Toezicht (31-12-2019)

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 2022, niet herbenoembaar	Lid Raad van Toezicht Stichting Perscentrum Nieuwspoor
Bezoldiging	€ 22.440,00 ex BTW	
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 Kruieltje
Bezoldiging	€ 14.960,00 ex BTW	Lid van de Raad van Toezicht Stichting Luxor Theaters
		Lid van de Advisory Board Rotterdam School of Management
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 ex BTW	
Naam	<u>Mw. drs. E. van der Vliet</u>	Nevenfuncties
Functie	Lid	-
Functie dagelijks leven	Bestuurder Dr. Schroeder van der Kolk bedrijven	
Zittingstermijn tot	26 mei 2023, niet herbenoembaar	
Bezoldiging	€ 14.960,00 ex BTW	
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	€ 14.960,00 ex BTW	

4.4 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 ([IJsselland Ziekenhuis | NVTZ](#)) is zichtbaar in welke mate de Raad van Toezicht voldoet aan de voorwaarden van het programma.

Goed Toezicht

Goed beslagen ten ijs

Goed beslagen ten ijs staat voor kennisvergaring door middel van scholing. Hierbij is de raad van toezicht doorlopend bezig met kennis- en competentieontwikkeling. Nieuwe toezichthouders zonder ervaring in het toezicht en/of de zorg volgen een beginnerscursus. Daarnaast volgt eens in de vier jaar, één lid van de raad van toezicht, meestal de voorzitter, een leiderschapscursus.

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

Gegevens goed beslagen ten ijs bekijken

Transparantie

Transparantie staat voor aanspreekbaarheid en verantwoording. Het is in ieder geval duidelijk wie er in de raad van toezicht zit, raden van toezicht zijn bereikbaar door middel van een e-mailadres en hebben een visie op toezicht.

> [Lees meer over Transparantie](#)

Gegevens transparantie bekijken

Evaluatie en reflectie

Evaluatie en reflectie staat voor professionalisering door middel van regelmatige evaluatie van en reflectie op het eigen functioneren. Raden van toezicht evalueren ieder jaar hun eigen functioneren en doen dit eens in de drie jaar onder begeleiding van een externe evaluator. Raden van toezicht maken eens in de drie jaar gebruik van een andere vorm van reflectie, passend bij de aandachtspunten van hun raad.

> [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

4.5 Functioneren en evaluatie

In december heeft de Raad zijn functioneren geëvalueerd in een zelfevaluatie. Alle aspecten van het functioneren van de Raad zijn daarbij aan de orde geweest. Ook de vraag of de bezetting van de Raad in voldoende mate de vereiste deskundigheidsgebieden afdekt is besproken, mede gezien het lopende traject met EMC (zie voorgaande paragraaf). Tijdens de evaluatie is aandacht gevraagd voor de informatievoorziening vanuit het ziekenhuis, voor de aansluiting van de gehele Raad bij eventuele kwesties buiten de vergadering en de positie en tijdige betrokkenheid van de commissie Kwaliteit en Veiligheid bij kwesties die mogelijk de patiëntveiligheid raken. Besloten is om als aanvulling op het crisishandboek van het ziekenhuis de werkwijze van de Raad beknopt uit te werken en te formaliseren.

4.6 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 2019 worden openbaar gemaakt via www.nvtz.nl.

4.7 WNT klasse indeling en bezoldiging

De Raad van Toezicht keurde in december 2019 de WNT klasse-indeling 2019 en 2020 goed. Het IJsselland Ziekenhuis valt in klasse V.

De Raad van Toezicht stelde in december 2018 de bezoldiging over 2019 vast. De hoogte van de bezoldiging van de voorzitter en leden RvT is in 2019 gelijk gehouden aan de bezoldiging 2018. De hoogte van 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.

4.8 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, BVMS, OR 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 voorzitter Raad van Bestuur vindt met regelmaat bilateraal overleg plaats.