



maatschappelijk verslag 2010



Leiderdorp, 30 mei 2011

INHOUD MAATSCHAPPELIJK VERSLAG RIJNLAND ZORGGROEP 2010

Voorwoord	5
Hoofdstuk 1: Uitgangspunten van de verslaggeving	6
Hoofdstuk 2: Profiel van de organisatie	7
2.1. Algemene identificatiegegevens	7
2.2. Structuur	7
2.2.1. Juridische structuur	7
2.2.2. Organogram en locaties	7
2.2.3. Intern toezicht	9
2.2.4. Medezeggenschapsstructuur	9
2.3. Kerngegevens	9
2.3.1. Kernactiviteiten en nadere typering	9
2.3.2. Cliënten, capaciteit, productie, personeel en opbrengsten	11
2.3.3. Werkgebieden	13
2.4. Samenwerkingsrelaties	13
Hoofdstuk 3: Bestuur, toezicht, bedrijfsvoering en medezeggenschap	15
3.1. Normen voor goed bestuur	15
3.2. Raad van bestuur	15
3.3. Raad van toezicht	20
3.4. Bedrijfsvoering	24
3.4.1. Planning- en controlcyclus	24
3.4.2. Risicomanagement	26
3.4.3. ICT	27
3.5. Cliëntenraden	27
3.5.1. Cliëntenberaad Rijnland Ziekenhuis	28
3.5.2. Cliëntenraad Rijnland Verpleging en Verzorging	29
3.6. Ondernemingsraad	30
3.7. Vereniging Medische Staf	31
Hoofdstuk 4: Beleid, inspanningen en prestaties	33
4.1. Meerjarenbeleid	33
4.1.1. Missie Rijnland Zorggroep	33
4.1.2. Beleidsfocus, klant- en medewerkerbeloften	34
4.1.3. Toekomstvisie	35
4.2. Algemeen beleid	36
4.2.1. Rijnland Ziekenhuis	37
4.2.2. Rijnland Verpleging en Verzorging	40
4.3. Algemeen kwaliteitsbeleid	42
4.3.1. Rijnland Zorggroep	42
4.3.2. Rijnland Ziekenhuis	43
4.3.3. Rijnland Verpleging en Verzorging	44
4.4. Kwaliteitsbeleid ten aanzien van patiënten/cliënten	45
4.4.1. Kwaliteit van zorg	45
4.4.2. Klachten	52
4.5. Kwaliteit ten aanzien van medewerkers	56
4.5.1. Personeelsbeleid	56
4.5.2. Kwaliteit van het werk	57
4.6. Maatschappelijk ondernemen	58
4.7. Financieel beleid	60
4.7.1. Gang van zaken tijdens 2010 en situatie per eind 2010	60
4.7.2. Verwachte gang van zaken	65
Bijlagen	67
1. Checklist navolging Zorgbrede Governancecode 2010	
2. Productieontwikkeling en productiviteit in cijfers	

Voorwoord

'Goede zorg in een gezonde organisatie'. Dàt was de hoofddoelstelling voor 2009. Daarvoor zijn veel activiteiten gestart, waarvan we in het jaarverslag 2009 al hebben geconstateerd dat een groot deel daarvan zou doorlopen naar 2010. In onze kaderbrief voor 2010 kozen we daarom voor dat jaar hetzelfde thema als hoofddoelstelling.

In dit maatschappelijk verslag leggen we verantwoording af over de geleverde inspanningen en de bereikte resultaten. We laten zien dat we met de inzet van al onze medewerkers belangrijke successen hebben geboekt. Zowel bij het leveren van goede zorg als bij het realiseren van een gezonde organisatie. Zo hebben de Rijnland Zorggroep als geheel èn haar afzonderlijke resultaatverantwoordelijke eenheden over het verslagjaar 2010 wederom een positief financieel resultaat gerealiseerd. In de afzonderlijke hoofdstukken van dit maatschappelijk verslag gaan we concreet in op de geleverde prestaties en het 'werk in uitvoering'.

Onze ambities èn het verantwoord omgaan met de toenemende bedrijfseconomische risico's die we als organisatie lopen dwingen ons om verantwoorde keuzes te maken, zowel aan de hand van kwalitatieve als financiële criteria. In het verslagjaar hebben we ons samen met onze belanghebbenden bezonnen op de manier waarop we onze maatschappelijke verantwoordelijkheid als zorginstelling in de komende jaren willen waarmaken. Dit heeft in 2010 geresulteerd in een nieuw Strategisch Beleidsplan voor de periode 2011-2015. Niet alleen op de inhoud zijn wij trots, maar ook op de manier waarop wij dit beleidsplan met de inbreng van de hele organisatie tot stand hebben gebracht.

Het besef dat de sector geconfronteerd wordt met toenemende risico's heeft geleid tot de start van het project risicomanagement. Er zijn 15 risicokaarten geïdentificeerd met ieder een eigen eigenaar, die cyclisch een risicoanalyse uitvoert, de verbeterpotentiëlen en verbeterresultaten rapporteert aan de raad van bestuur.

Vooruitlopend op de nieuwe strategie is een aanvang gemaakt met het leggen van de verbinding tussen Rijnland Ziekenhuis en Rijnland Verpleging en Verzorging (V&V). In 2011 zal dit ondermeer resulteren in een aangepaste overlegstructuur. Tevens zijn projecten gestart om de behandeldiensten van Rijnland V&V te combineren met de paramedische dienst van Rijnland Ziekenhuis èn om te komen tot één afdeling zorglogistiek voor de in-, door- en uitstroom van alle cliënten van de Rijnland Zorggroep, ondersteund door een digitale applicatie.

Om inhoud te geven aan de focus op het vitaal en gezond ouder worden van onze cliënten en de aandacht voor de kwetsbare oudere is eind 2010 het nieuwe specialisme geriatrie gestart met de aanstelling van de eerste klinisch geriater. In 2010 werd voorspoedig gestart met de klinische consulten en een geheugenpolikliniek. In 2011 zal begonnen worden met het dagbehandelingscentrum geriatrie.

De resultaten van alle inspanningen worden steeds zichtbaarder, zowel in kwalitatief als in financieel opzicht. Onze medewerkers verdienen voor hun inzet vanaf deze plaats de grootste waardering.

Graag nodigen wij de lezer uit om nader kennis te maken met de Rijnland Zorggroep via onze website www.rijnlandzorggroep.nl. Natuurlijk is daar ook het nieuwe Strategisch Beleidsplan 2011– 2015 te lezen.

R. (Ron) Treffers, arts
voorzitter raad van bestuur

HOOFDSTUK 1 - Uitgangspunten van de verslaggeving

Uitgangspunten van de verslaggeving

Dit verslag heeft betrekking op het geheel van de Stichting Rijnland Zorggroep. Waar voorgeschreven en relevant, is informatie over de onderdelen van de Rijnland Zorggroep: het Rijnland Ziekenhuis, het Rijnland Medisch Centrum en Rijnland Verpleging en Verzorging, separaat weergegeven. Ten opzichte van de voorgaande jaren zijn er geen wijzigingen in de organisatie waarover verslaglegging plaatsvindt. De periode waarover verslag wordt gedaan, is het boekjaar 2010 dat gelijk is aan het kalenderjaar.

Het maatschappelijk verslag is volgens de richtlijnen en het model Jaarverantwoording zorginstellingen 2010 (Voorschriften Verslaggeving WTZi) opgesteld. Rijnland Zorggroep wil een bijdrage leveren aan het transparant en maatschappelijk ondernemen in de zorgsector en het mogelijk maken dat gegevens uit de verslaglegging van zorginstellingen onderling worden vergeleken. De gegevens voor de maatschappelijk verslaglegging zijn onder centrale coördinatie aangedragen door de voor de afzonderlijke aandachtsgebieden verantwoordelijke medewerkers, commissies en organen uit de organisatie. Onder verantwoordelijkheid van de raad van bestuur heeft een centrale redactie de bijdragen in samenhang met de resultaten uit de Jaarrekening tot één geheel samengevoegd.

Het zo tot stand gekomen maatschappelijk verslag is tenslotte vastgesteld door de raad van bestuur, en ter bespreking voorgelegd aan de raad van toezicht, de betrokken cliëntenraden, het bestuur van de Vereniging Medische Staf en de ondernemingsraad.

De opzet en indeling van het maatschappelijk verslag is - binnen de daartoe aangegeven wettelijke richtlijnen – steeds in ontwikkeling. Mede op basis van externe toetsingsresultaten wordt jaarlijks bekeken hoe de verslaggeving kan worden verbeterd.

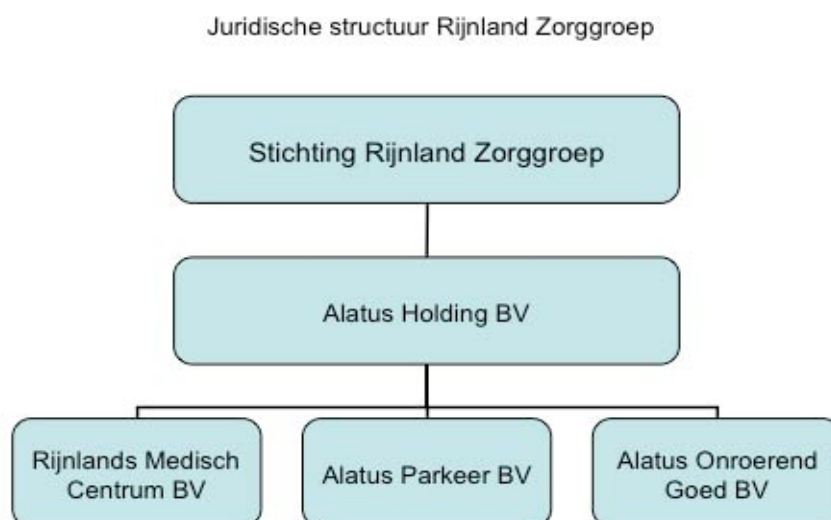
HOOFDSTUK 2 - Profiel van de organisatie

2.1. Algemene identificatiegegevens van de Rijnland Zorggroep

Naam	:	Stichting Rijnland Zorggroep
Adres	:	Simon Smitweg 1
Postcode	:	2353 GA
Plaats	:	Leiderdorp
KvK	:	28.098.126
Website	:	www.rijnlandzorggroep.nl
E-mail adres	:	info@rijnland.nl

2.2. Structuur

2.2.1. Juridische structuur (per balansdatum 31-12-2010)

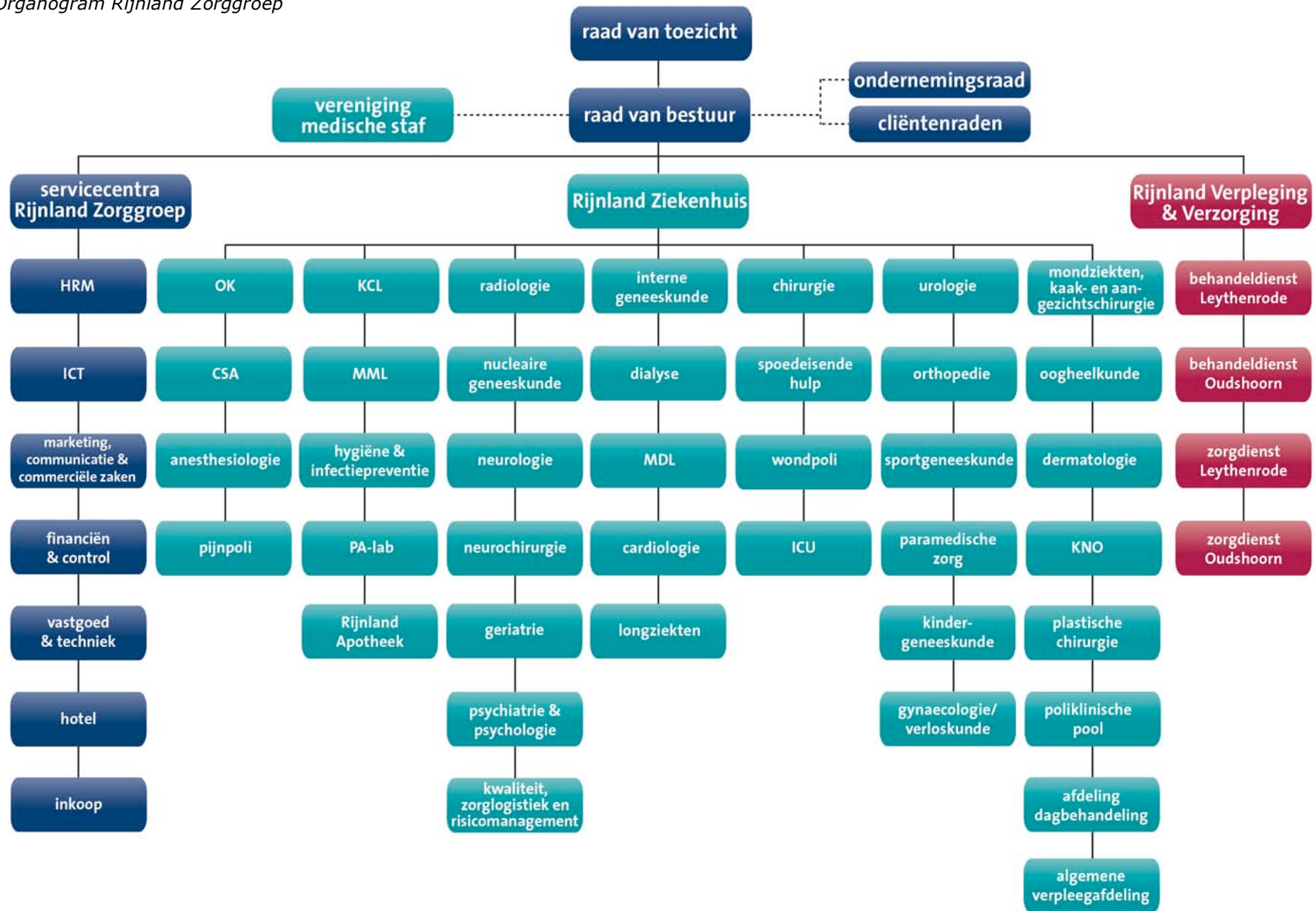


Vrijwel alle zorgactiviteiten zijn ondergebracht in de Stichting Rijnland Zorggroep. Een aantal zorgproducten wordt geleverd via Rijnland Medisch Centrum BV. In de Alatus Parkeer BV en de Alatus Onroerend Goed BV worden geen activiteiten ontplooid.

2.2.2. Organogram en locaties

Binnen de Rijnland Zorggroep zijn Rijnland Verpleging en Verzorging, het Rijnland Ziekenhuis en het Rijnland Medisch Centrum afzonderlijke resultaatverantwoordelijke eenheden. De Rijnland Zorggroep kent daarnaast het Rijnland Diagnostisch Centrum als bijzonder onderdeel van de organisatie.

- Rijnland Ziekenhuis locatie Alphen aan den Rijn
Meteoorlaan 4
2402 WC Alphen aan den Rijn
- Rijnland Ziekenhuis locatie Leiderdorp
Simon Smitweg 1
2353 GA Leiderdorp
- Rijnland Medisch Centrum
Simon Smitweg 1
2353 GA Leiderdorp
- Verpleeghuis Leythenrode
Hoogmadeseweg 55
2351 CP Leiderdorp
- Zorgcentrum Noorderbrink
Klompemaker 156
2401 PR Alphen aan den Rijn
- Verpleeghuis Oudshoorn, inclusief Gewoonhuizen
Delftzichtweg 1
2402 NB Alphen aan den Rijn



2.2.3. Intern toezicht

Bestuur, toezicht en verantwoording vinden plaats conform de Zorgbrede Governancecode 2010. De in deze gedragscode vastgelegde spelregels zijn in het verslagjaar opgenomen in de Statuten van de Stichting Rijnland Zorggroep en in de reglementen van de Raad van Toezicht en de Raad van bestuur.

2.2.4. Segmentering

Rijnland Ziekenhuis

Het Rijnland Ziekenhuis is een algemeen ziekenhuis en kent de volgende toegelaten medische specialismen:

- | | |
|--|-------------------------|
| • Anesthesiologie en Pijnbestrijding | • Neurologie |
| • Algemene Heelkunde | • Neurochirurgie |
| • Cardiologie | • Nucleaire geneeskunde |
| • Dermatologie | • Oogheelkunde |
| • Gynaecologie en Verloskunde | • Orthopedie |
| • Interne Geneeskunde | • Plastische Chirurgie |
| • Keel-, Neus- en Oorheelkunde | • Psychiatrie |
| • Kindergeneeskunde | • Radiologie |
| • Klinische Chemie | • Radiotherapie* |
| • Klinische Geriatrie | • Reumatologie* |
| • Klinische Pathologie | • Revalidatie* |
| • Longziekten | • Sportgeneeskunde |
| • Maag-, Darm- en Leverziekten | • Urologie |
| • Medische microbiologie | • Ziekenhuisfarmacie |
| • Mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie | |

* = consulentschap

Rijnland Verpleging en Verzorging

In vier vestigingen behandelt, verzorgt en begeleidt Rijnland Verpleging en Verzorging (Rijnland V&V) cliënten met een meer 'cure'-gerichte zorgvraag (revalideren/reactiveren) en cliënten met een meer 'care'-gerichte zorgvraag (langdurig verblijf door lichamelijke of psychogeriatrische zorgvraag).

De raad van bestuur van Rijnland Zorggroep is eindverantwoordelijk voor Rijnland V&V. Eén van de leden van de raad van bestuur heeft Rijnland V&V als aandachtsgebied.

2.2.5. Medezeggenschapsstructuur

Op concernniveau zijn de medewerkers vertegenwoordigd in de Ondernemingsraad die per zes weken - en twee keer per jaar in aanwezigheid van een vertegenwoordiging van de raad van toezicht - overleg voert met de raad van bestuur. Om de twee weken bespreken de raad van bestuur en het dagelijks bestuur van de ondernemingsraad informeel de gang van zaken in de organisatie.

Structurele medezeggenschap van patiënten en cliënten krijgt in het Rijnland Ziekenhuis vorm in het overleg van de raad van bestuur met het cliëntenberaad. In Rijnland V&V vindt structureel overleg plaats met de sectorale cliëntenraad. Op locatieniveau voert het locatiemanagement van Rijnland V&V overleg met de lokale cliëntenraad. De medisch specialisten, verenigd in de Vereniging Medisch Specialististen (VMS), voeren om de twee weken structureel overleg met de raad van bestuur via het bestuur VMS. De voorzitter van de VMS participeert in het centrale managementoverleg van het Rijnland Ziekenhuis.

2.3. Kerngegevens

2.3.1. Kernactiviteiten en nadere typering

Alle zorgonderdelen binnen de Rijnland Zorggroep onderscheiden en bedienen de volgende doelgroepen:

- patiënt, cliënt, klant en consument
- zorgverzekeraars, zorgkantoor
- verwijzers.

Elk organisatieonderdeel biedt een specialistisch pakket van diensten op het gebied van gezondheidszorg, omschreven als kernactiviteiten. Door onderlinge samenwerking en uitwisseling van expertise en ervaringen levert de Rijnland Zorggroep zorg op maat binnen een specifiek deel van de zorgketen.

Rijnland Ziekenhuis

Rijnland Ziekenhuis is een middelgroot regionaal algemeen ziekenhuis met twee vestigingen waar patiënten voor vrijwel alle specialismen terecht kunnen. Het Rijnland Ziekenhuis biedt hoogwaardige medische zorg onder andere door een nauwe samenwerkings- en doorverwijzingsrelatie met het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC). Het ziekenhuis heeft een erkende opleidingsbevoegdheid voor interne geneeskunde, heelkunde, anesthesiologie, KNO-heelkunde, neurologie, radiologie, cardiologie en oogheelkunde. Het Rijnland Ziekenhuis biedt zorg aan ongeveer 180.000 mensen in de regio Zuid-Holland Noord, van de Noordzeekust tot aan de Nieuwkoopse plassen en van Schiphol tot Zoetermeer.

De ziekenhuislocatie Leiderdorp (442 bedden) heeft een uitgebreid poliklinisch en klinisch medisch specialistisch voorzieningenpakket. Deze omvat ook meer complexe, zorgintensieve functies, waaronder afdelingen intensieve zorg en hartbewaking, een afdeling hemodialyse, nucleaire geneeskunde en een 7x24-uurs afdeling spoedeisende hulp. Om het ontslagproces te stroomlijnen en daardoor de beschikbare zorgcapaciteit maximaal te benutten, beschikt Rijnland V&V in het ziekenhuis over een transferafdeling.

De ziekenhuislocatie Alphen aan den Rijn (28 bedden) biedt een uitgebreid poliklinisch zorgpakket. Geplande ingrepen en operaties vonden in 2010 plaats in dagbehandeling.

Rijnland Verpleging en Verzorging

In vier vestigingen behandelt, verzorgt en begeleidt Rijnland V&V cliënten met een meer 'cure'-gerichte zorgvraag (revalideren/reactiveren) en cliënten met een meer 'care'-gerichte zorgvraag (langdurig verblijf door lichamelijke of psychogeriatrische zorgvraag). Rijnland V&V is expert op het gebied van zorgvragen bij ouderen waaronder psychogeriatric (dementie), CVA-revalidatie, orthopedie-revalidatie, niet-aangeboren hersenletsel, palliatieve zorg en complexe lichamelijke zorgvragen.

Rijnland V&V biedt cliënten die behoefte hebben aan langdurig verblijf behandeling, verzorging en begeleiding in een huiselijke, beschermende, vertrouwde en kleinschalige woonomgeving. Cliënten met een revalidatievraag ontvangen professionele zorg en behandeling in een comfortabele omgeving.

Daarnaast biedt Rijnland V&V dagbehandeling aan cliënten met een psychogeriatric of lichamelijke zorgvraag. Voor thuiswonende (beginnend) dementerenden en hun partner biedt Rijnland V&V dagbehandeling en exploiteert het Ontmoetingscentra. Hierdoor kunnen mensen zo lang mogelijk in hun eigen huis blijven wonen. De casemanager van Rijnland V&V is het aanspreekpunt in het gehele traject dat een cliënt met dementie doorloopt.

Onder de verantwoordelijkheid van Verpleeghuis Leythenrode functioneert in het Rijnland Ziekenhuis de transferafdeling voor cliënten die medisch zijn uitbehandeld maar nog niet naar huis kunnen.

Rijnland V&V biedt niet alleen intramurale zorg en behandeling aan de cliënten. Ook aan thuiswonende ouderen en verzorgingshuizen leveren wij een breed pakket aan diensten:

- ergotherapie en fysiotherapie thuis of poliklinisch;
- polikliniek geheugenstoornissen;
- casemanagement (begeleiding van mensen met dementie die thuis wonen);
- diagnostiek thuis.

Rijnland Medisch Centrum

Een bijzonder onderdeel van Rijnland Zorggroep is het Rijnland Medisch Centrum (RMC). Het RMC is een zelfstandig centrum voor gespecialiseerde medische zorg, passend binnen de regeling Zelfstandige Behandel Centra (ZBC). Het is gevestigd in het Rijnland Ziekenhuis locatie Leiderdorp. De specialisten die bij het RMC werken, werken ook voor het Rijnland Ziekenhuis. Het RMC maakt gebruik van de behandel faciliteiten van het ziekenhuis. Zo combineert het RMC de vakkundigheid en veiligheid van het ziekenhuis met zorg op maat zonder wachttijden. Het RMC is een aanvulling op de zorg die het Rijnland Ziekenhuis biedt.

In het verslagjaar konden bij het RMC patiënten terecht voor:

- urologie: sterilisatie bij de man;
- nucleaire geneeskunde: onderzoek en behandeling van aandoeningen van onder meer skelet, hart, longen en schildklier met behulp van lichtradioactieve stoffen;
- dermatologie: laserbehandeling van vaatafwijkingen, ongewenste beharing en wijnvlekken.

RMC Businessunit Urologie

De urologen voeren voor het RMC sterilisaties bij de man uit tegen een afgesproken vergoeding. Een van de urologen is, samen met de directeur van het RMC, medeverantwoordelijk voor de businessunit. Samen leggen zij verantwoording af aan de raad van bestuur van het Rijnland Ziekenhuis. Afspraken over deze verantwoordelijkheidsverdeling zijn uitgewerkt en schriftelijk vastgelegd.

RMC Businessunit Nucleaire Geneeskunde

Deze unit kenmerkt zich door een ervaren en enthousiast team, state of the art apparatuur en hoogwaardige diagnostiek. Verder verzorgt deze unit ook voorlichting, verslaglegging en communicatie. Een van de nucleair geneeskundigen is samen met de directeur van het RMC medeverantwoordelijk voor de business unit. Samen

leggen zij verantwoording af aan de raad van bestuur van het Rijnland Ziekenhuis. Afspraken over deze verantwoordelijkheidsverdeling zijn uitgewerkt en schriftelijk vastgelegd.

RMC Businessunit Dermatologie

De dermatologen voeren laserbehandelingen uit die niet in de basisverzekering zijn opgenomen. Deze behandelingen worden voor eigen rekening en risico uitgevoerd in een aparte BV (het Dermatologisch Lasercentrum Rijnland). De dermatologen maken alleen gebruik van de merknaam en de beschikbare commerciële expertise en ondersteuning van het RMC.

Rijnland Diagnostisch Centrum

Huisartsen en verloskundigen hebben behoefte aan het snel en efficiënt aanvragen van medische onderzoeken, die duidelijkheid geven over de gezondheidstoestand van een patiënt. Uiteraard wil elke patiënt zo snel mogelijk terecht kunnen voor onderzoek. De patiënt wil op een simpele manier een afspraak maken en, wanneer het om meerdere onderzoeken gaat, deze combineren op één dag. Het Rijnland Diagnostisch Centrum (RDC) voorziet in deze behoefte. Het biedt via één toegangslot eerstelijns medische diagnostiek: laagdrempelig, klantvriendelijk en eenduidig. Hieraan is een groot aantal diagnostische afdelingen van het Rijnland Ziekenhuis verbonden waardoor vakkundige en veilige zorg wordt geboden. Kwaliteit en efficiëntie staan hierbij hoog in het vaandel. De uitslag van een onderzoek wordt het liefst dezelfde dag en uiterlijk binnen een werkweek teruggekoppeld door de specialist aan de verwijzer.

Het RDC maakt deel uit van de Rijnland Zorggroep en heeft vestigingen in Alphen aan den Rijn en Leiderdorp. Ook zijn er enkele priklocaties in de regio.

2.3.2. Cliënten, capaciteit, productie, personeel en opbrengsten

Rijnland Ziekenhuis	2010	2009
	Aantal/bedrag	Aantal/bedrag
Aantal erkende bedden voor klinische en deeltijdbehandeling	470	470
Waarvan plaatsen voor psychiatrische deeltijdbehandeling	0	0
Waarvan PAAZ- en Puk bedden	0	0
Productie		
Aantal geopende DBC's	163170	154834
Percentage verkeerde bed patiënten	2,4%	2,7%
Aantal opnames exclusief overnames en dagverpleging excl verkeerde bed	17.806	17.962
Waarvan opnamen in PAAZ en PUK	0	0
Aantal ontslagen patiënten	17.787	17.993
Aantal eerste polikliniek bezoeken	123.441	119.605
Waarvan poliklinische contacten in PAAZ en PUJ	0	0
Aantal dagverplegingdagen (normaal en zwaar) en/of deeltijdbehandeling	25.939	24.165
Waarvan psychiatrische deeltijdbehandeling in PAAZ en PUK	0	0
Aantal klinische verpleegdagen	88.242	90.194
Waarvan klinische verpleegdagen in PAAZ en PUK	0	0
Personeel		
Aantal personeelsleden in dienst excl medische specialisten per einde verslagjaar	1868	1.780
Aantal FTE personeelsleden in loondienst exclusief medische specialisten	1371	1.300
Aantal medische specialisten (loondienst, inhuur + vrijberoep) per einde verslagjaar	136	131
Aantal FTE medische specialisten (loondienst, inhuur + vrijberoep)	113	109

Bedrijfsopbrengsten

Totaal bedrijfsopbrengsten	€ 151.226.088	€ 133.497.099
<i>Waarvan wettelijk budget voor aanvaardbare kosten</i>	€ 85.800.642	€ 78.458.672
<i>Waarvan B-segment</i>	€ 49.983.288	€ 44.461.967
<i>Waarvan overige bedrijfsopbrengsten</i>	€ 15.422.158	€ 10.466.568

Rijnland Verpleging en Verzorging	2010	2009
	Aantal/bedrag	Aantal/bedrag
Cliënten		
Aantal intramurale cliënten per einde verslagjaar	465	511
Aantal cliënten dagactiviteiten per einde verslagjaar	142	122
Aantal extramurale cliënten exclusief cliënten dagactiviteiten per einde verslagjaar	130	160
Capaciteit		
Aantal erkende plaatsen met AWBZ-verblijf per einde verslagjaar	470	513
Productie		
Aantal intramurale verzorgingsdagen	12.712	12.785
Aantal intramurale verpleegdagen	155.365	174.593
Aantal dagdelen dagactiviteiten	32.875	25.085
Aantal uren extramurale productie in verslagjaar (exclusief dagactiviteiten)	16.996	17.431
Personeel		
Aantal personeelsleden in loondienst per einde verslagjaar	820	753
Aantal FTE personeelsleden in loondienst per einde verslagjaar	535	498
Bedrijfsopbrengsten		
Totaal bedrijfsopbrengsten	€ 38.443.802	€ 39.819.805
<i>Waarvan wettelijk budget voor aanvaardbare kosten</i>	€ 36.829.964	€ 38.459.279
<i>Waarvan overige bedrijfsopbrengsten</i>	€ 1.613.838	€ 1.360.527

Rijnland Medisch Centrum	2010	2009
	Opbrengsten	Opbrengsten
Bedrijfsopbrengsten		
Totaal bedrijfsopbrengsten	€ 975.714	€ 737.284
<i>Waarvan urologie</i>	€ 107.575	€ 89.700
<i>Waarvan nucleaire geneeskunde</i>	€ 868.139	€ 610.449
<i>Waarvan oogheelkunde</i>	€ 0	€ 37.135
<i>Waarvan overig</i>		

2.3.3. Werkgebieden

Het Rijnland Ziekenhuis biedt zorg aan circa 180.000 mensen in de regio Zuid-Holland Noord, van de Noordzeekust tot aan de Nieuwkoopse plassen en van Schiphol tot Zoetermeer. Rijnland V&V heeft de regio in en rond Leiderdorp en de regio in en rond Alphen aan den Rijn als werkterrein.

2.4. Samenwerkingsrelaties

Samenwerking met ketenpartners is buitengewoon belangrijk in de zorg. Om als Rijnland Zorggroep een sterke positie te handhaven is het cruciaal samenwerkingen optimaal vorm te geven. Met de in deze paragraaf genoemde partners vindt structureel periodiek overleg plaats.

Samenwerkings- en ketenzorgpartners

Partners	Samenwerkingsthema
Leids Universitair Medisch Centrum en het Diaconessenhuis te Leiden	- Optimaliseren van het aanbod aan medische zorg in de regio, vooral op het gebied van acute zorg en de eerste lijn en op het gebied van inkoop. - Rijnland Ziekenhuis is een van <i>de teaching hospitals</i> van het LUMC. - Met het Diaconessenhuis gezamenlijke maatschappen, onderlinge waarnemingen, regelmatig overleg raad van bestuur-tweede lijn. - Sleutelnet.
Regionale huisartsenvereniging	Verbeteren van het verwijzingspatroon, optimaliseren van diagnostische onderzoeken, verbeteren van de dienstverlening aan de huisartsen.
Huisartsenpost	Spoedzorg via spoedpost ziekenhuislocatie Leiderdorp en Alphen.
PLUSPUNT Leiderdorp en Participe	Samenwerken op het snijvlak van welzijn en zorg bij ouderen.
ActiVite	Aanvullende producten in de herstel- en dementieketen.
VALENT, TOPAZ, ActiVite, GGZ-Rivierduinen	Geriatrisch netwerk; geïntegreerde zorg voor kwetsbare ouderen. Ketenzorg dementie Rijnstreek; psychiatrie en psycho-sociale dienstverlening: coördinatie, vroegsignalering, diagnostiek, ontmoetingscentra.
WIJdeZorg	De behandeldienst van Rijnland V&V levert diverse diensten aan de verschillende locaties van WIJdeZorg.
Thuiszorgorganisaties	Verbeteren van de mogelijkheden voor opvang van medisch specialistisch uitbehandelde patiënten.
Woningstichting Rijnhart Wonen (Leiderdorp) en Wonen Centraal (Alphen aan den Rijn)	Participatie in woonzorgcentrum OMMEDIJK te Leiderdorp.
Verloskundigen in de regio	Verwijzingen en poliklinische bevallingen.
Rijnlands Revalidatiecentrum Leiden	Revalidatiedagbehandeling op de locatie Alphen aan den Rijn en samenwerking op het gebied van revalidatie en fysiotherapie.
Regionale Ambulance Dienst Hollands-Midden	Traumaopvang, traumaketen zorg, protocollen.

Kapitaalverschaffers

Partners	Samenwerkingsthema
Bank Nederlandse Gemeenten ING Bank, ABP, Nederlandse Waterschapsbank	Betalingsverkeer, rekeningcourant financiering, lange termijn financiering Verschaffers van lang vreemd vermogen.

Toezichthouders

Partners	Samenwerkingsthema
Regionale Inspectie voor de gezondheidszorg Arbeidsinspectie	Reguliere bezoeken, meldingen, overleg. Registreren van en rapporteren over prestatieindicatoren. Bezoek / controle op het gebied van onder meer veiligheid, werktijdenbesluit, RI&E.
College Bouw Zorginstellingen	Overleg over nieuwbouwactiviteiten en het lange termijn huisvestingsplan.
Nederlandse Zorgautoriteit	Overleg inzake bekostigingsvraagstukken.
College Sanering Zorginstellingen	Overleg over vervreemding van gronden met betrekking tot verpleeghuis Oudshoorn en parkeervoorzieningen; ruilovereenkomst met gemeente Alphen aan den Rijn inzake gronden.

En verder....

Partners	Samenwerkingsthema
Zorgverzekeraars Zorg en Zekerheid en Achmea; Zorgkantoor Zuid-Holland Noord Alle zorgverzekeraars	Medisch-inhoudelijk en financieel-technisch overleg met betrekking tot het A-segment.
Overheid	Medisch-inhoudelijk en financieel-technisch overleg met betrekking tot het B-segment. - Lokale overheden van Alphen aan den Rijn en Leiderdorp over zorgaanbod, vergunningen, bereikbaarheid, bouw; - Ministerie VWS inzake rapportages.
Spaarne Ziekenhuis Ikazia Ziekenhuis, Diaconessenhuis Leiden en het Leids Universitair Medisch Centrum	Gemeenschappelijke aanstelling klinisch fysicus. Nucleaire geneeskunde.
Stichting Stimulering Arbeidsmarkt Gezondheidszorg Rijnstreek (STAG) GHOR	Afstemming over sectorbrede regionale arbeidsmarktvragestukken tussen regionale zorg- en onderwijsinstellingen Geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen in de stedendriehoek; rampprotocollen, rampenopvangplan en rampenoefeningen.
Sleutelnet	Regionaal schakelpunt digitale uitwisseling van patiëntengegevens.

HOOFDSTUK 3 – Bestuur, toezicht, bedrijfsvoering en medezeggenschap

3.1. Normen voor goed bestuur

Zorgbrede Governancecode

De raad van toezicht en de raad van bestuur van de Rijnland Zorggroep leven in het uitoefenen van het bestuur, toezicht en verantwoording de Zorgbrede Governancecode uitdrukkelijk na. De code is sinds het verslagjaar 2007 van toepassing. Vanaf 1 januari 2010 geldt de vernieuwde Zorgbrede Governancecode 2010. In het verslagjaar zijn de statuten en reglementen aan de vernieuwde code aangepast. De in de bijlage opgenomen checklist laat zien hoe aan deze gedragsregels in het verslagjaar vorm en inhoud is gegeven. De checklist wordt expliciet ingezet om de toepassing te monitoren en, waar mogelijk en gewenst, verder te operationaliseren.

3.2. Raad van bestuur

Samenstelling raad van bestuur

Naam bestuurder	Functie	Nevenfunctie
R. Treffers, arts	Voorzitter Aandachtsgebied: ziekenhuiszorg; vanaf 16 juli 2010 waarnemend voor de gehele Zorggroep.	• Lid Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) • Lid en penningmeester bestuur NVZ vereniging van ziekenhuizen • Voorzitter Zoleon/Stichting Oncologie Holland West • Voorzitter OGO (acute zorgpost) • Voorzitter / lid bestuursadviescommissie kwaliteit NVZ • Lid adviesraad TRIP (Transfusie Reacties In Patiënten) • Lid dagelijks en algemeen bestuur OOR Leiden • Lid bestuur STAG
drs. M.B.T Molenaar	Lid Aandachtsgebied: bedrijfsvoering; vanaf 1 november 2009 waarnemend voor verpleeg- en verzorgingshuiszorg; per 16 juli 2010 teruggetreden.	• Lid raad van commissarissen Stichting Portaal (woningcorporatie) • Voorzitter bestuur Morogoro Support Foundation • Lid raad van commissarissen BDR Thermea BV • Lid raad van commissarissen Sleutelnet
Vacature (vanaf 1 november 2009)		

Reglement raad van bestuur

De werkwijze van de raad van bestuur is gebaseerd op het huishoudelijk reglement raad van bestuur van oktober 2003. In het verslagjaar is het reglement, evenals dat van de raad van toezicht, geactualiseerd op basis van de Zorgbrede Governancecode 2010. In het reglement zijn vastgelegd: de bestuurstaak, de verantwoording en verantwoordelijkheid, de besluitvorming, de vergaderingen, waarneming en vacature, openbaarheid en belangenverstrengeling, medezeggenschap, openheid en externe verantwoording, deskundigheid en honorering van de raad van bestuur.

De raad van bestuur neemt regulier deel aan de beraadslagingen van de raad van toezicht. In 2010 werd zes keer met de raad van toezicht vergaderd. De vergaderingen worden voorbereid in een informeel overleg tussen de voorzitters van de raad van toezicht en de raad van bestuur.

Bezoldiging

De leden van de raad van bestuur ontvangen een door de raad van toezicht vastgestelde maatschappelijk passende beloning, gebaseerd op de Beloningscode Bestuurders in de Zorg (BBZ; 2009) van de Nederlandse Vereniging voor Toezichthouders in Zorginstellingen (NVZT) en de Nederlandse Vereniging van Bestuurders in de Zorg (NVZD), rekening houdend met eerdere afspraken, gebaseerd op de NVZD-adviesregeling. Een vertrekregeling, gebaseerd op de kantonrechtersformule, maakt deel uit van de arbeidsovereenkomst.

De bezoldiging is separaat verantwoord in de toelichting op de geconsolideerde resultatenrekening in de Jaarrekening Rijnland Zorggroep 2010.

Verslag raad van bestuur

Het verslagjaar stond voor het bestuur sterk in het teken van het waarborgen van de bestuurlijke continuïteit en het geven van leiding aan het formuleren van de strategische koers en route voor de komende vier jaren.

Bestuur en verantwoording

Voor het bestuur van de Rijnland Zorggroep is de Zorgbrede Governancecode 2010 taakstellend voor goed bestuur en verantwoording. De in deze bestuurscode opgenomen principes van goed bestuur, toezicht en verantwoording zijn in het verslagjaar met goedkeuring van de raad van toezicht opgenomen in de statuten van de Stichting Rijnland Zorggroep. Van deze gelegenheid is gebruik gemaakt om de formulering van de doelstelling van de Rijnland Zorggroep formeel in lijn te brengen met de Kwaliteitswet en de zorgvisie van Planetree®: "*De stichting is een maatschappelijke onderneming met als hoofddoelstelling het bieden van verantwoorde zorg. Onder 'verantwoorde zorg' wordt verstaan: mensgerichte, veilige en betaalbare zorg die geleverd wordt via een doelmatige en transparante bedrijfsvoering*".

Aan de Cliëntenraden van de locaties binnen Rijnland V&V is het enquêterecht (BW) toegekend en als zodanig in de statuten opgenomen.

Na overleg met de raad van toezicht besloot Mevrouw M.B.T. Molenaar, om per 16 juli als lid van de raad van bestuur terug te treden. Gedurende de rest van het verslagjaar was de heer R. Treffers belast met het bestuur van de Rijnland Zorggroep, daarin ondersteund door een door hem gevormd kernteam bestaande uit de voorzitter van het bestuur medische staf, de manager Financiën en Control, een locatie manager Rijnland V&V, een manager zorggroep, de manager HRM en de bestuurssecretaris. Per 1 januari 2011 is de heer M.C. Kuin in dienst getreden als lid raad van bestuur en werd het kernteam met dank voor de bewezen diensten, ontbonden.

Klokkenluidersregeling

Goed bestuur, toezicht en verantwoording vereisen een duidelijke en afdoende regeling om vermeende onregelmatigheden en/of misstanden veilig aan de orde te kunnen stellen. Rijnland Zorggroep kende daarvoor al enige tijd de 'model Regeling melding misstanden'. Door de Branchorganisaties in de zorg (BOZ) is een nieuwe meldingsregeling ontworpen en in het verslagjaar met instemming van de Ondernemingsraad en een positief advies van het bestuur van de medische staf door de raad van bestuur vastgesteld. Deze nieuwe regeling biedt de mogelijkheid om bij het melden gebruik te maken van een externe vertrouwenspersoon.

Strategisch beleid 2011-2015

Om koers te kunnen bepalen is het noodzakelijk zicht te hebben op toekomstige ontwikkelingen in de zorg. Zowel wat betreft de inhoud van de zorg als de condities (betaalbaarheid, kwaliteit, bestuur, personeel, vastgoed, etc.). Zo kunnen kansen worden benut en risico's waar mogelijk worden vermeden. Het vigerende meerjarenbeleidsplan 2006-2010 liep in het verslagjaar ten einde. Met een projectorganisatie hebben veel medewerkers in 2009 en 2010 in de vorm van werkgroepen, werkconferenties en besprekingen constructief gebruik gemaakt van de uitnodiging om mee te bouwen aan een nieuw perspectief. Zorgeenheden stelden aan de hand van zowel kwalitatieve als kwantitatieve criteria en gewenste en realiseerbare visies op medische zorg bedrijfsplannen op en breed samengestelde werkgroepen analyseerden onze marktpositie en formuleerden visie, missie en kernwaarden. In werkconferenties en afzonderlijke besprekingen werden de resultaten met elkaar gedeeld. Diverse belanghebbenden werden regelmatig geïnformeerd en om advies gevraagd, waaronder de raad van toezicht, de ondernemingsraad, de medische staf, het cliëntenberaad van het Rijnland Ziekenhuis en de cliëntenraden van Rijnland Verpleging en Verzorging, zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid en de gemeentelijke overheden.

Onze servicecentra stelden vervolgens het flankerend beleid en de meerjarenbegrotingen op. Op 7 maart 2011 heeft de raad van toezicht het integrale strategisch beleid 2011-2015 goedgekeurd.

Kaderbrief 2011

In de kaderbrief voor het jaar 2011 – het eerste jaar van de nieuwe beleidsperiode – formuleerden we operationele doelstellingen, die direct zijn afgeleid van de beoordelingscriteria die we voor de meerjarige bedrijfsplannen op een viertal variabelen hebben vastgesteld:

- gezonde organisatie
- deskundige zorg
- mensgerichte zorg
- veilige omgeving.

Verwachte ontwikkelingen

Het strategisch beleid en het kader voor de individuele jaarplannen voor het jaar 2011 werden gespiegeld aan de volgende verwachte externe ontwikkelingen:

- de in 2007 door de overheid vastgestelde taakstelling voor de ziekenhuizen voor de periode 2008-2011;
- het voornemen van de minister van VWS om de overschrijding door de ziekenhuizen van het macrobudget 2009 ter grootte van 549 miljoen euro in 2011 in zijn geheel te korten op de ziekenhuisbudgetten. Dat zou voor alle ziekenhuizen samen een bezuiniging van 699 miljoen euro, zijnde 5% van het ziekenhuisbudget betekenen;
- de politiek ongewisse situatie ten aanzien van financiering en bekostiging van de ziekenhuizen (ontwikkelingen t.a.v. prestatiebekostiging, marktwerking, B-segment, DOT);
- herschikking van taken en functies tussen ziekenhuizen;
- de ontwikkelingen ten aanzien van de honoraria voor medisch specialisten (kortingen, lumpsum, harmonisatie, beheersmodel);
- de ontwikkelingen ten aanzien van de AWBZ (bezuinigingen, overheveling naar ZVW en/of WMO, scheiding van wonen en zorg, eigen bijdragen);
- additionele kwaliteitsindicatoren van zorgverzekeraars en zorgkantoor.

Jaarplan 2011

Elke organisatorische eenheid stelde voor het komende begrotingsjaar een jaarplan op. Op basis van de velden van het INK-managementmodel beschreef het management de doelstellingen voor het begrotingsjaar 2011 en met welke activiteiten die doelstellingen worden gerealiseerd. Ook een globale tijdsplanning maakt deel uit van dit jaarplan. In het verslagjaar heeft ook de raad van bestuur voor de eigen activiteiten een jaarplan opgesteld en met de raad van toezicht besproken. Met de remuneratiecommissie van de raad van toezicht wordt besproken op welke wijze de realisatie van de voorgenomen activiteiten wordt meegenomen in de jaarlijkse beoordeling van het functioneren van de raad van bestuur.

Begroting 2011

Tegen het einde van de begrotingsprocedure voor het jaar 2011 zag het er naar uit dat de ziekenhuizen in 2011 door het kabinet zouden worden belast met een macrokorting van totaal 549 miljoen euro: zo'n 5% van het ziekenhuisbudget. Tegen die achtergrond zagen we ons genoodzaakt om een aantal drastische besluiten te nemen. De meest omstreden daarvan was het voornemen om de operatiekamers op de ziekenhuislocatie Alphen aan den Rijn per 1 april 2011 te sluiten en deze capaciteit te concentreren op de ziekenhuislocatie Leiderdorp. De omvang van de opgelegde korting samen met onze meerjarendoelstelling op het gebied van het weerstandsvermogen lieten ons op dat moment geen andere keus, al realiseerden wij ons terdege, dat daarmee een andere strategische keuze: het creëren van een volwaardig dagziekenhuis op onze locatie in Alphen aan den Rijn, onder grote druk kwam te staan. Gelukkig hebben we door een matiging van het kabinetsvoornemen en een hartverwarmende inzet van alle betrokken specialismen het tij kunnen keren. Niet alleen kunnen we de operatiekamers in Alphen aan den Rijn open houden, ook keert de chemotherapie terug naar Alphen aan den Rijn, starten we er samen met het LUMC een polikliniek reumatologie en zal de poliklinische en operatiecapaciteit nog beter benut gaan worden.

Met het vestigen van een polikliniek en dagonderzoekscentrum geriatrie en het uitbouwen van de pijnbehandeling tot een topklinisch level C behandelcentrum met een bovenregionale uitstraling, maken we serieus werk van onze strategische keuze voor Alphen aan den Rijn.

Capaciteits- en vastgoedstrategie Rijnland Verpleging en Verzorging Alphen aan den Rijn

In het verslagjaar speelde onze capaciteits- en vastgoedstrategie met betrekking tot de Alphense voorzieningen van Rijnland Verpleging en Verzorging een prominente rol bij het nemen van besluiten voor voorzieningen in de toekomst. Onder invloed van de strategische keuze voor het aanbieden van kleinschalige woonvormen voor complexe somatische en psychogeriatrisch zorg in grootschalige zorgvoorzieningen, hebben wij ons onthouden van een voorgenomen intentieverklaring voor de vorming van een kleinschalige woon-zorgcombinatie (in samenwerking met de Woningstichting Wonen Centraal en Stichting Activite). Eenzelfde overweging heeft ons doen besluiten om in Alphen aan den Rijn onze twee 'Gewoonhuizen' – een vorm van kleinschalig zelfstandig wonen – gefaseerd te gaan sluiten.

Anderzijds is de totale vernieuwing van de bestaande huisvesting van het verpleeghuis Oudshoorn in het laatste kwartaal van het verslagjaar aanbesteed en gegund. De sloop van de bestaande bebouwing is tegelijkertijd voor een belangrijk deel gerealiseerd. We hebben het voornemen om de verzorgingshuiscapaciteit die nu is gehuisvest in Noorderbrink te zijner tijd om te zetten naar verpleeghuisplaatsen en die te huisvesten in de nieuwbouw Oudshoorn.

Onze medewerkers

Het moet nog maar eens gezegd: zonder onze toegewijde medewerkers geen goede zorg en zeker geen gezonde organisatie! Met alles wat redelijkerwijs mogelijk is hebben we dat ook in het verslagjaar in woord en gebaar

duidelijk proberen te maken. Eind 2009 (Rijnland V&V) en begin 2010 (Rijnland Ziekenhuis) hebben we al onze medewerkers weer gevraagd naar hun oordeel over het werk(en) in onze Zorggroep. In het algemeen gesproken bleken de meeste medewerkers onverminderd tevreden. Maar er waren wel verbeterpunten: voor Rijnland V&V is dat vooral de ervaren werkdruk en de geboden kwaliteit van het werk en de zorgverlening. Voor de medewerkers in het ziekenhuis zijn vooral de communicatie en de leer- en ontwikkelingsmogelijkheden voor verbetering vatbaar. In de hele zorggroep verklaren medewerkers last te hebben van toenemend agressief gedrag bij patiënten, cliënten en familie. Natuurlijk gaan we met de verbeterpunten opnieuw aan de slag. In 2012 kijken we of we het ook echt beter zijn gaan doen.

Ronduit trots zij we op de prijzen en de eervolle vermeldingen die onze medewerkers te beurt vielen. Afdeling De Brug in het verpleeghuis Oudshoorn mag in dit geval niet onvermeld blijven. Deze werd door PGGM uitverkozen tot de 'beste zorgafdeling 2010'. Peggy van Hemsen, activiteitenbegeleidster in De Brug, ontving de 'Waardevol Werk Award', toegekend door Abvakabo FNV en Bep Janssen, ook activiteitenleidster op o.a. De Brug, kreeg de Zorg Award van de beroepsvereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN).

Om onze erkentelijkheid voor de succesvolle inzet van al onze medewerkers nog eens te benadrukken organiseerden we een groeizame zomerattentie: een mandje gevarieerde bloembollen.

Om voor medewerkers aantrekkelijk te zijn én te blijven stelden we onder meer de functie van senior-verpleegkundige in. Daarmee scheppen we weer een extra doorgroeimogelijkheid, waar steeds zo veel behoefte aan blijkt. Om ook op de langere termijn aantrekkelijk te zijn, namen we ons voor om leerlingen die met Rijnland Zorggroep een leerarbeidsovereenkomst aangaan een aanstelling voor onbepaalde tijd in het vooruitzicht te stellen als de opleiding met goed gevolg wordt afgesloten. We stelden daar wel tegenover dat bij vertrek op eigen initiatief binnen een periode van 24 maanden na diplomering een evenredig deel van de voor de werkgever betaalde opleidingskosten moeten worden terugbetaald. Helaas hebben we dit voornemen nog niet tot een definitief besluit kunnen omzetten omdat de Ondernemingsraad ons haar instemming heeft onthouden. Omdat wij dit besluit van de OR in het kader van het waarborgen van de continuïteit van de zorg niet billijk achten, overwegen wij bemiddeling van de Ondernemingskamer te vragen.

Rijnland gedragscode

Op geleide van de drie gekozen kernwaarden: *betrokken, betrouwbaar, bekwaam* hebben we in het verslagjaar met instemming van de Ondernemingsraad voor het eerst een gedragscode voor medewerkers opgesteld. Daarin beschrijven we op welk gedrag we zowel ten opzichte van onze patiënten en cliënten als ten opzichte van elkaar en onze samenwerkingspartners aanspreekbaar willen zijn.

Kwaliteit en veiligheid

Het verslagjaar stond voor een belangrijk deel in het teken van de voorbereiding op hernieuwde externe kwaliteitstoetsing. Rijnland Ziekenhuis bereidde zich door middel van een zeer uitgebreide zelfevaluatie voor op de ziekenhuisbrede NIAZ (her)accreditatie in januari 2011. Rijnland V&V nam in het verslagjaar afscheid van het kwaliteitssysteem HKZ en koos voor PREZO. Daarmee wordt in feite het landelijke Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg automatisch geïntegreerd binnen de bedrijfsvoering. De voorbereidingen voor de eerste accreditatie volgens dit systeem waren in 2010 in volle gang. De beoogde accreditaties wordt verwacht tegen medio 2011. Sinds 2010 lopen wij veiligheidsrondes. Een lid van de raad van bestuur, een manager zorggroep, een afdelingsleidinggevende en een kwaliteitsadviseur lopen anderhalf uur lang over een afdeling en kijken naar veiligheidsrisico's. Niet om een afdeling de maat te nemen, maar om medewerkers te stimuleren door een 'veiligheidsbrii' naar de eigen afdeling te kijken en daardoor het bewustzijn op het gebied van de patiëntveiligheid, waaronder ook de hygiëne en de informatiebeveiliging, te vergroten. Er zijn in 2010 zeventien veiligheidsrondes gelopen. In 2010 werd wederom de Veiligheidsweek georganiseerd, met als hoogtepunten een lezing over nut en noodzaak van checklists in de luchtvaart en de uitreiking van de Rijnland Veiligheidsprijs 2010 aan de verpleegafdeling orthopedie vanwege hun aantoonbare resultaten op het gebied van medicatieveiligheid.

Naast het gestaag doorwerken aan de realisatie van het landelijk veiligheidsprogramma, hebben we ons samen met de raad van toezicht en het stafbestuur ook gebogen over de wijze waarop we onze bestuurlijke verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg zouden kunnen waarmaken. Een lastig vraagstuk mede gelet op de individuele professionele verantwoordelijkheid van de medisch specialist voor de behandeling van de individuele patiënt. We menen met de formulering van de beoordelingscriteria voor de bedrijfsplannen en de wijze waarop de zorgeenheden en vakgroepen zich over deze kwaliteitscriteria en de daaraan verbonden normen verantwoorden, voorlopig een werkbaar beoordelingskader te hebben opgesteld. De jaarlijkse bespreking van de resultaten op deze kwaliteitscriteria met de vakgroepen zal ons aanvullende informatie verschaffen.

Informatiebeveiliging

Het verslagjaar stond mede in het teken van verscherpte aandacht voor het beveiligen en op verantwoorde wijze omgaan met patiëntgegevens. Een in 2009 uitgevoerde risico-inventarisatie gaf inzicht in de sterke en te verbeteren plekken in de beveiliging van onze informatiesystemen. Verbeteringen die vooral zijn gericht op het

vastleggen en borgen van afgesproken en uitgevoerd beleid. Het College bescherming persoonsgegevens (CBP) stelde andermaal vast dat Rijnland Ziekenhuis daarmee voldoet aan de Wet bescherming persoonsgegevens. Een plan van aanpak werd opgesteld en in uitvoering genomen. Mede op basis van de geïnventariseerde risico's stelden we het informatiebeveiligingsbeleid vast. Een belangrijk onderdeel van het Plan van Aanpak was de op alle medewerkers gerichte informatie- en bewustwordingscampagne "Informatiebeveiliging, een gezamenlijke zorg". Onder de titel 'wees bewust, wees zorgvuldig, wees alert' werd in bijna elke publicatie van 'Rijnland Actueel' aan dit thema aandacht besteed. In het najaar voerde een externe organisatie een door de Inspectie voor de Gezondheidszorg verplicht gestelde audit uit. De resultaten lieten zien dat we op 26 van de 33 van de onderzochte normen (NVZ Toetsingsreglement 2010) voldoen aan de minimale eisen. Volledige uitvoering van het eerder vastgestelde Plan van aanpak zal er in 2011 voor zorgen dat we ook minimaal voldoen aan de 7 resterende normen.

Electronisch PatiëntenDossier (EPD)

We willen ook in het Rijnland Ziekenhuis gericht toewerken naar een 'papierloos' patiëntendossier, naar elektronische uitwisseling van gegevens voor diagnose en behandeling en digitale vastlegging van het zorgtraject en de communicatie met zorgverleners in de keten. Al langere tijd werkte een Stuurgroep in onze opdracht aan de voorbereiding van die ambitie. In 2010 hebben we nog eens goed naar de status gekeken en geconcludeerd dat het nog ontbrak aan zowel een goed doortimmerde visie als een solide draagvlak onder alle medische vakgroepen. We hebben daarom besloten de realisatie van een EPD te beschouwen en aan te pakken als een ontwikkelingspad. We hebben ons o.a. in goed overleg met het bestuur van de medisch staf andermaal gebogen over onze ambitie, behoefte en het toekomstperspectief en we oriënteren ons op het aanbod. In de loop van 2011 nemen we een besluit over aanschaf en implementatie.

Risicomanagement

Veel, zo niet al de hierboven genoemde thema's behoren tot bedrijfsrisico's die expliciet management vragen. In 2009 is het risicomanagement in de ziekenhuisorganisatie met behulp van de methodiek Strategische Risico Analyse verder geoperationaliseerd. In goed overleg tussen raad van toezicht, management, medisch specialisten en inhoudsdeskundigen zijn per risicogebied beheersmaatregelen geïnventariseerd, vastgelegd, uitgewerkt in een risicokaart en toegewezen aan verantwoordelijk managers ('risico-eigenaar'). De verantwoordelijkheid van de eigenaar is het identificeren en realiseren van de beheersmaatregelen, de ontwikkelingen in het risicogebied in de gaten houden en maatregelen voorstellen als de beheersmaatregelen niet worden gerealiseerd of onvoldoende blijken te zijn.

In de kaderbrief voor het jaar 2011 hebben we aan de leidinggevenden gevraagd om in het jaarplan op te nemen welke acties gerealiseerd dienen te worden om de beheersmaatregelen gedefinieerd op de risicokaarten te kunnen implementeren. Risicomanagement is daarmee opgenomen in de reguliere planning- en controlecyclus. Een belangrijk borgen. Een groep medewerkers die een interne leergang voor 'high-potentials' volgt hebben we als eindopdracht meegegeven om voor de teamleiders in onze organisatie een symposium over risicomanagement te organiseren.

De raad van bestuur rapporteert jaarlijks en voorts zo vaak als nodig is aan de raad van toezicht over de beheersing van risico's en toegepaste risicobeheersing- en controlesystemen. Zo ook in het verslagjaar.

Bedrijfsvoering en financiën op orde

Het stemt tot tevredenheid dat na een paar woelige jaren onze organisatie in relatief stabiel vaarwater verkeert. Over de financiële resultaten wordt in de jaarrekening gerapporteerd. Daar is te zien dat zowel Rijnland Ziekenhuis als Rijnland Verpleging en Verzorging in het verslagjaar een belangrijke bijdrage hebben geleverd aan het versterken van ons weerstandsvermogen.

3.3. Raad van toezicht

Samenstelling

Het toezicht op het bestuur van de Rijnland Zorggroep wordt uitgevoerd door een raad van toezicht bestaande uit zeven leden.

Naam toezichthouder	M/V	Jaar 1 ^e benoeming en huidige termijnen	Specifieke deskundigheid	Hoofdfunctie en relevante nevenfuncties	Aantal bijgewoonde vergaderingen van 6
E. F. Stoové Voorzitter	M	1-9-2005 aftredend: 1-9-2013	Sociaal beleid	Hoofdfunctie: Voorzitter raad van Bestuur Sociale Verzekeringsbank te Amstelveen Nevenfuncties: • Lid adviescommissie SKAN-fonds • Lid raad van advies NIOD • Voorzitter bestuur Stichting Indisch Herinneringscentrum Bronbeek • Voorzitter raad van toezicht Hartekampgroep • President van de International Social Security Association (ISSA) • Vice voorzitter van de Stichting Pensioenregister • Voorzitter Handvestgroep Publiek Verantwoorden • Lid Raad van Advies DJI (Dienst Justitiële Inrichtingen)	6 van 6
A.C. Hendriks	M	1-4-2005 aftredend: 1-4-2013	Juridisch	Hoofdfunctie: Hoogleraar gezondheidsrecht te Leiden Nevenfuncties: • Lid Adviesraad <i>Borstkanker Vereniging Nederland</i>, Utrecht • Lid Bestuur <i>Vereniging voor Gezondheidsrecht</i>, Utrecht • Rechter plv., Rechtbank Rotterdam	5 van 6
A.F.I. Bannenberg	M	1-1-2010 herbenoembaar: 1-1-2014	Bestuurder	Hoofdfunctie: Voorzitter raad van bestuur Swinhove Groep te Zwijndrecht Nevenfuncties: • Vice-voorzitter raad van toezicht Onderwijsgroep Zuid-Hollandse Waarden te Barendrecht • Voorzitter Corona Woonzorgalliantie te Zwijndrecht • Voorzitter welzijnsstichting Diverz te Zwijndrecht • Voorzitter Woonzorgalliantie Zwijndrechtse Waard te Zwijndrecht • Lid Commissie Vastgoed ACTIZ te Utrecht	6 van 6
K. Starreveld	M	1-8-2007 herbenoembaar: 1-8-2011	Accountant	Nevenfuncties: • Voorzitter raad van toezicht Stichting Cordaan • Lid raad van toezicht Waterlandziekenhuis te Purmerend • Adviseur directeur Waarborgfonds voor de Zorgsector te Utrecht	4 van 6
M.J. van Rijn	M	1-5-2008 herbenoembaar: 1-5-2012	Bestuurder	Hoofdfunctie: Voorzitter executive committee PGGM Nevenfuncties: • Lid raad van commissarissen Sanquin • Lid adviesraad Nederlandse Zorgautoriteit • Voorzitter raad van toezicht Cardea	3 van 6

				• Voorzitter raad van commissarissen Espria • Lid bestuur Stichting Steun Alzheimercentrum	
R.W.M. van Velzen	M	1-10-2003 aftredend: 1-10-2011	Medisch	Hoofd functie: Huisarts te Leiderdorp Nevenfuncties: • Stafarts Huize Nieuw Buitenzorg (meervoudig complex gehandicapten) te Leiderdorp • Voorzitter Beleidscommissie SHR (Stichting Huisartsenposten Rijnland) • Lid adviesraad tijdschrift 'Huisarts' • Adviseur bestuur SHR	6 van 6
W.G. van der Ziel	M	1-11-2009 herbenoembaar: 1-11-2013	Vastgoed	Hoofd functie: directeur Alborgh Beheer b.v. Nevenfuncties: • voorzitter Stichting Parktheater Alphen aan den Rijn • lid raad van commissarissen Koppes makelaardij b.v. • lid bestuur Amstel Club, Amsterdam	6 van 6

Per 1 januari 2010 is de heer A.F.I. Bannenberg toegetreden tot de raad van toezicht. Daarmee werd voorzien in de vacature die op 31 december 2009 was ontstaan door het vertrek van mevrouw C. Kerner-Schellingerhout. Bij de selectie van het nieuwe lid is gebruik gemaakt van het vigerende streefprofiel zoals opgenomen in het reglement voor de raad van toezicht, gebaseerd op de algemene profielaspecten bestuurlijke kennis, vaardigheden en ervaring. Natuurlijk werd gelet op de mate van ervaring in/met organisaties van de gezondheidszorg en het ondernemerschap. Bij de keuze is bovendien uitdrukkelijk stilgestaan bij de vereiste onafhankelijkheid en het risico op belangenverstrengeling. Kennis en ervaring vanuit het patiënten- en cliëntenperspectief gold voor deze vacature als specifiek profielaspect. De Cliëntenraden van Rijnland V&V en het Cliëntenberaad van het Rijnland Ziekenhuis zagen af van het statutaire recht op doen van een bindende voordracht, maar waren wel betrokken bij het opstellen van het profiel. De Cliëntenraden en het cliëntenberaad adviseerden positief over de voorgenomen benoeming. Om bij de uitvoering van het toezicht optimaal gebruik te kunnen maken van de kennis, informatie en netwerken op het gebied van corporate governance, zijn de leden van de raad van toezicht aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Toezichthouders van Zorginstellingen (NVTZ).

Functie en werkwijze; informatieprotocol

De Zorgbrede Governancecode 2010 is taakstellend voor goed toezicht en verantwoording. De functie en werkwijze van de raad van toezicht zijn vastgelegd in de Statuten van de Stichting Rijnland Zorggroep en nader uitgewerkt in het reglement van de raad van toezicht. In 2010 zijn Statuten van de Stichting Rijnland Zorggroep en de reglementen van de raad van toezicht en de raad van bestuur getoetst aan de nieuwe Zorgbrede Governancecode 2010 en waar nodig aangepast. Bij die gelegenheid is een informatieprotocol in het reglement opgenomen waarin is vastgelegd welk informatie de raad van toezicht van de raad van bestuur ontvangt, nodig voor een goede uitoefening van haar taak. Eén en ander zoals bedoeld in de Zorgbrede Governancecode 2010.

Het reglement beschrijft voorts de positionering van de raad van toezicht binnen de zorggroep, de bevoegdheden en verantwoordelijkheden van de raad van toezicht, de samenstelling van - en het profiel van de leden van - de raad van toezicht inclusief onafhankelijkheid, onverenigbaarheid, de wijze van intern en extern overleg en optreden, de benoemingsprocedure en het rooster van aftreden van de leden. Ook beschrijft het reglement de werkwijze, de evaluatie van het functioneren van de raad van toezicht en de leden van de raad van bestuur, de vergoeding, de verantwoording en de wijziging van het reglement zelf.

Ter voorbereiding en advisering van de plenaire vergadering kent de raad van toezicht drie commissies:

- de auditcommissie financiën en risicobeheersing (de heren Van der Ziel, Van Rijn en Starreveld).
- de auditcommissie kwaliteit (de heren Van Velzen en Hendriks);
- de remuneratiecommissie (de heren Stoové en Van Velzen).

Bezoldiging

De bezoldiging van de leden van de raad van toezicht is gebaseerd op de daartoe bestaande richtlijnen van de Nederlandse Vereniging van Toezichthouders van Zorginstellingen (NVTZ).

De bezoldiging is separaat verantwoord in de toelichting op de geconsolideerde resultatenrekening in de Jaarrekening Rijnland.

Verslag raad van toezicht

Werkwijze

De raad van toezicht heeft in 2010 zes maal vergaderd met de raad van bestuur van de Rijnland Zorggroep, waarvan vijf maal regulier en één keer over de ontwikkeling van het strategisch beleid voor de periode 2011-2015. In het verslagjaar kwam de raad van toezicht twee maal bijeen zonder de raad van bestuur. Eenmaal, voorafgaand aan een reguliere vergadering, om de besluitvorming over de continuïteit van de raad van bestuur te bespreken. De andere bijeenkomst stond in het teken van de zelfevaluatie van de raad van toezicht.

Een vertegenwoordiging van de raad van toezicht nam één keer deel aan een overlegvergadering tussen de ondernemingsraad en de raad van bestuur. Voor een tweede overlegvergadering bleken leden van de raad van toezicht door een betreurenswaardig misverstand niet tijdig genoeg te zijn uitgenodigd. Om deze omissie in de toekomst te voorkomen is al bij het opstellen van de jaarplanning van de vergaderingen de samenstelling van de vertegenwoordiging bepaald. Een vertegenwoordiging van de raad van toezicht heeft eenmaal deelgenomen aan het overleg met het Cliëntenberaad. Door het ad-hoc bijeenkomen van de sectorale Cliëntenraad in Rijnland V&V is het niet gelukt om aan het overleg deel te nemen. Met de afzonderlijke Cliëntenraden wordt overlegd om de vergaderstructuur te systematiseren.

Binnen het kader van de Zorgbrede Governancecode en het reglement van de raad van toezicht is het toezicht op het bestuur uitgevoerd door bespreking van bedrijfseconomische, organisatorische, zorgstrategische en zorginhoudelijk thema's met de leden van de raad van bestuur en de accountant. Dit gebeurde in de daartoe geplande reguliere vergaderingen en op basis van relevante periodieke rapportages. Daarnaast heeft de raad van toezicht zich structureel laten informeren over ontwikkelingen in (het functioneren van) de medische vakgroepen. Ook nam ze kennis van de verslagen van de overlegvergaderingen tussen de raad van bestuur en de ondernemingsraad.

Om ook een 'vastbaar' contact te houden met de functies in en van de organisatie, legt de raad van toezicht regelmatig werkbezoeken af. In het verslagjaar werden het verzorgingshuis Noorderbrink en de afdeling Dialyse bezocht.

Continuïteit raad van bestuur

Helaas bleek het niet mogelijk om in het verslagjaar de continuïteit in de samenstelling van de raad van bestuur te herstellen. Na het afscheid van de heer W. den Hartog in november 2009 hebben we ons ingespannen om de vacante bestuurszetel voor Rijnland V&V opnieuw in te vullen. Dat is helaas niet gelukt.

Mevrouw M. Molenaar besloot na goed overleg met de raad van toezicht om per 16 juli als lid van de raad van bestuur terug te treden. Mede op advies van de remuneratiecommissie werd haar arbeidsovereenkomst met de Rijnland Zorggroep per 31 december 2010 beëindigd. Mevrouw Molenaar maakte sinds 1 december 2007 deel uit van de raad van bestuur en was verantwoordelijk voor de bedrijfsvoering van Rijnland Zorggroep. Sinds het afscheid van de heer Den Hartog was zij ook verantwoordelijk voor de sector Verpleging en Verzorging. Mevrouw Molenaar heeft met grote inzet bijgedragen aan de verbetering van de bedrijfsvoering en het financieel versterken van de Rijnland Zorggroep. Op verzoek van het bestuur van de Vereniging Medische Staf heeft de voorzitter van de raad van toezicht het besluit in een vergadering van het stafbestuur mondeling toegelicht. Gedurende de rest van het verslagjaar was de heer R. Treffers belast met het bestuur van de Rijnland Zorggroep, daarin ondersteund door een door hem samengesteld kernteam bestaande uit de voorzitter van het bestuur medische staf, de manager Financiën en Control, een locatie manager Rijnland V&V, een manager zorggroep, de manager HRM en de bestuurssecretaris.

Om het risico op discontinuïteit in de bedrijfseconomische aansturing zo klein mogelijk te houden, heeft de raad van toezicht besloten om de werving van een lid voor de raad van bestuur primair te richten op het vervullen van de bedrijfseconomische vacature en om na verloop van tijd met betrokkenheid van beide bestuursleden de derde 'Rijnland V&V-zetel' in te vullen.

Met een positief advies van het bestuur van de Vereniging Medische Staf, de Cliëntenraden, het Cliëntenberaad en de Ondernemingsraad konden we de heer M.C. Kuin per 1 januari 2011 benoemen als lid raad van bestuur en werd het kernteam met dank voor de bewezen diensten, ontbonden.

Om een bijdrage te leveren aan de drastische bezuinigingen, nodig om de door het kabinet opgelegde budgetkorting te kunnen realiseren, hebben we besloten de werving voor de derde bestuurszetel voor het jaar 2011 op te schorten. De beide zittende bestuursleden hebben de bestuurstaken in goed onderling overleg en in afstemming met de voorzitter van de raad van toezicht verdeeld. Ter voorbereiding op het jaar 2012 zullen we medio 2011 ons besluit over het invullen van de derde bestuurszetel opnieuw tegen het licht houden.

Strategisch beleid 2010-2011

In een aparte themabespreking en tijdens verschillende reguliere vergaderingen heeft de raad van toezicht met de raad van bestuur gesproken over de visie en de strategische keuzes voor de komende jaren. Naast een gedachtewisseling over de verschillende opties is ook gesproken over het betrekken van externe belanghebbenden en het creëren van voldoende draagvlak bij alle direct betrokken specialismen. De wijze waarop de raad van bestuur het ontwikkelingsproces heeft ingericht en geleid staat naar het oordeel van de raad van toezicht borg voor een plan dat aansluit bij de regionale zorgvraag en de sterke kanten van het zorgaanbod

van de Rijnland Zorggroep. De keuze voor het ondersteunen van het 'gezond en vitaal ouder worden' als centraal strategisch thema en daarbij gericht gebruik te maken van de organisatorische verbinding tussen Rijnland Ziekenhuis en Rijnland V&V draagt de volle instemming van de Raad van toezicht. In november hebben we aan deze koers onze goedkeuring verleend.

Overleg met het bestuur van de Vereniging Medische Staf

De raad van toezicht heeft in het verslagjaar met belangstelling kennis genomen van de nieuwe bestuursstructuur van de Vereniging Medische Staf. In het jaarlijks overleg met het stafbestuur hebben we van gedachten gewisseld over de onderscheidene verantwoordelijkheden van het stafbestuur, de raad van bestuur en de raad van toezicht voor de kwaliteit van de geboden zorg. Ook het systematisch evalueren van de wijze waarop individuele medisch specialisten hun functie vervullen - door participatie aan het IFMS (Individueel Functioneren Medisch Specialist) - is met het stafbestuur besproken.

Aanbesteding en gunning nieuwbouw Verpleeghuis Oudshoorn

Na een lange voorbereidingstijd en intensief overleg tussen de auditcommissie financiën en risicobeheersing (over het investerings- en exploitatiekader), de raad van bestuur en de betreffende inhoudsdeskundigen, ging in het najaar de aanbesteding voor de nieuwbouw van start. Een positief advies van de auditcommissie leidde in december tot goedkeuring van de raad van toezicht van de voorgenomen gunning van het project.

Ontwikkeling financiële resultaten

Elke vergadering van de raad van toezicht presenteerde de raad van bestuur de financiële- en productieresultaten over de afgelopen periode. Op deze manier hield de raad van toezicht - daarin geadviseerd door de auditcommissie financiën en risicobeheersing - vinger aan de pols. De raad van toezicht heeft met genoegen kunnen vaststellen dat de raad van bestuur 'in control' is. De kwaliteit van de onderzochte beheersingssystematiek is goed. Op het gebied van planning & control en DBCproductie zelfs maximaal!

Wisseling externe accountant

Periodiek houden stellen we ons de vraag of het tijd is om weer eens van externe accountant te wisselen. Dat houdt ons en de raad van bestuur scherp. In het verslagjaar hebben we die vraag weer onder ogen gezien. De raad van toezicht heeft zich uiteindelijk laten leiden door de behoefte van de raad van bestuur, daarin ondersteund door de controller, om van accountant te wisselen. Ernst & Young Accountants LLP zijn voor hun dienstverlening bedankt en aan PricewaterhouseCoopers Accountant NV hebben we de opdracht verstrekt onze jaarstukken te controleren.

Risicomanagement

Tenminste jaarlijks bespreekt de raad van toezicht op basis van een rapportage van de raad van bestuur (het inzicht in) de bedrijfsrisico's en de wijze waarop de raad van bestuur de beheersing van die risico's heeft georganiseerd. Zo ook in het verslagjaar. We hebben de raad van bestuur gecomplimenteerd met de ontwikkelde en inmiddels ingevoerde systematiek van risicobeheersing. Ook het geschetste perspectief op het inbedden en borgen van systematische risicobeheersing in de reguliere bedrijfsvoering zien we met vertrouwen tegemoet.

Auditcommissie kwaliteit

De auditcommissie kwaliteit beoogt de raad van toezicht structureel te informeren over relevante ontwikkelingen in de kwaliteit van patiëntenzorg en om tijdig eventuele tekortkomingen te signaleren. Daarmee wordt de toezichthoudende taak van de raad van toezicht op de eindverantwoordelijkheid van de raad van bestuur voor de kwaliteit van patiëntenzorg geborgd.

De auditcommissie kwaliteit kwam in het verslagjaar drie keer bijeen. De klachtenfunctionarissen van Rijnland Ziekenhuis en Rijnland V&V bespraken de wijze waarop de klachtenbemiddeling en -behandeling is geregeld en gaven inzicht in de trends van ontvangen klachten over de jaren 2007 t/m 2009. In de vergaderingen werd voorts onder meer gesproken over:

- de uitgebrachte visitatierapporten;
- de bevindingen van de IGZ tijdens haar bezoek aan de OK's in onze ziekenhuislocatie Alphen aan den Rijn(2009) en de gerealiseerde verbeteracties;
- de prestatieindicatoren Zichtbare Zorg en IGZ en het jaargesprek met IGZ daarover
- de Hospital Standard Mortality Ratio (HSMR) 2008;
- de voorbereidingen op de NIAZ-(her)accreditatie 2011 (Rijnland Ziekenhuis);
- de voorbereidingen op het behalen van het PREZO-keurmerk (Rijnland V&V);
- het MediRisk-overzicht van ingediende aansprakelijkheidsclaims;
- een ingediende IGZ-melding.

Auditcommissie financiën en risicobeheersing

Deze auditcommissie is in het verslagjaar vier maal bijeen geweest. In mei besprak de auditcommissie het accountantsverslag, de jaarrekening en de rapportage over het eerste kwartaal 2010. In september werd de commissie uitgebreid bijgepraat over de voortgang van de planontwikkeling inzake de nieuwbouw van

verpleeghuis Oudshoorn. De commissie maakte zich in het bijzonder zorgen over de risico's niet te kunnen voldoen aan de voorwaarden voor toekenning van de impuls gelden. Een in november besproken risicoanalyse nam de ongerustheid weg en in december kon de auditcommissie de raad van toezicht positief adviseren over resultaten van de aanbesteding. In de decembervergadering verleende de raad van toezicht goedkeuring aan de gunning. Uiteraard besprak de commissie ook de door de externe accountant aan de raad van bestuur uitgebrachte managementletter. Over de voorgenomen begroting 2011 adviseerde de auditcommissie positief.

Remuneratiecommissie

De commissie heeft in het verslagjaar een evaluatiegesprek gevoerd met de raad van bestuur als geheel en de met de voorzitter afzonderlijk. Overleg met de raad van bestuur leidde tot het advies van de remuneratiecommissie aan de raad van toezicht om met mevrouw Molenaar een overeenkomst te treffen voor beëindiging van de arbeidsovereenkomst.

Zelfevaluatie

Zoals vastgelegd in de Zorgbrede Governancecode 2010 en het reglement voor de raad van toezicht, evalueert de raad van toezicht zijn functioneren tenminste jaarlijks buiten de aanwezigheid van de raad van bestuur en informeert de raad van bestuur over de uitkomsten daarvan. Ter voorbereiding op deze zelfevaluatie hebben de individuele leden van de raad van toezicht een evaluatieformulier ingevuld. Dit evaluatie-instrument is ontwikkeld door de Commissie 'Toetsing van Toezicht: de evaluatie van Raden van Toezicht in Zorginstellingen' van de NVTZ (2005).

De bestuurssecretaris heeft het resultaat uit de individuele vragenlijsten na overleg met de voorzitter van de raad van toezicht samengebracht in één resultaatoverzicht. Dit resultaatoverzicht: *Zelfevaluatie Raad van Toezicht 2010* is door de raad van toezicht op 17 augustus besproken. De thema's waren:

- Algemeen - uitoefenen van toezicht
 - ontvangen informatie
 - beroep op aanvullende informatiebronnen;
- adviesrol;
- werkgeverschap;
- zicht op besturing en control;
- werkwijze en verantwoording;
- waarborgen eigen kwaliteit;
- samenvattende beoordeling functioneren raad van toezicht.

Samenvattend komt de raad van toezicht tot de volgende bevindingen en verbeterpunten:

Bevindingen	Verbeterpunten
• er is sprake van een open, uitnodigende sfeer; • de leden ervaren eenheid; teamgeest; • alle noodzakelijke disciplines aanwezig; • auditcommissies doen goed werk; • er zijn belangrijke stappen gezet voor adequaat toezicht; • er is sprake van wederzijds vertrouwen.	• ondanks volle agenda tijd vrijmaken voor open gedachteswisseling; • meer aandacht/ tijd besteden aan kwaliteit van zorg; • vrouwen als rvt-lid werven wanneer aan de orde; • doorgaan met professionaliseren; • actief bijstaan van de nieuwe raad van bestuur; • meer 'ondernemerschap' ontwikkelen i.v.m. toekomst zorginstellingen.

De resultaten van deze zelfevaluatie zijn in een reguliere rvt-vergadering met de raad van bestuur besproken.

3.4. Bedrijfsvoering

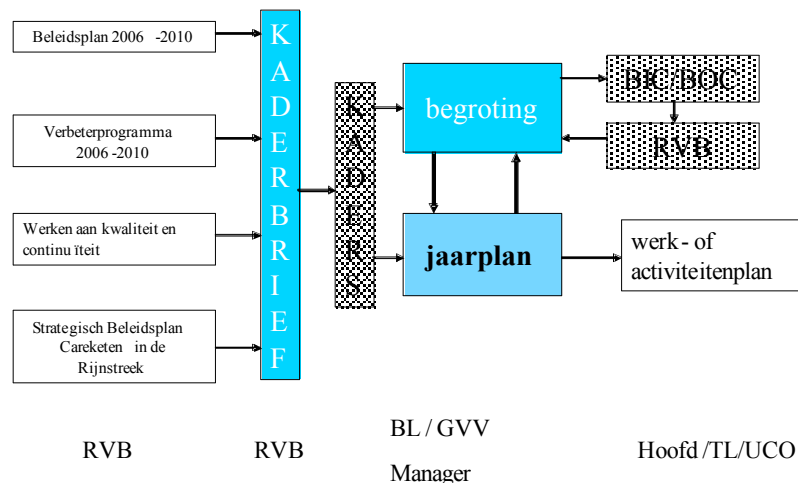
3.4.1. Planning- en controlcyclus

De Rijnland Zorggroep organiseert de interne bedrijfsvoering op basis van de jaarlijkse beleidscyclus. Deze cyclus bestaat uit sturingsinstrumenten die gericht zijn op interne risicobeheersing en het vergroten van het besturend vermogen. De instrumenten bestonden in 2010 uit de volgende strategische documenten en gesprekken:

- beleidsplan 2006-2010; strategisch beleid 2011-2015;
- het verbeterprogramma 2006-2010;
- werken aan kwaliteit en continuïteit (Rijnland V&V);

- strategisch beleidsplan: Careketen in de Rijnstreek;
- de jaarlijkse kaderbrief;
- de afdelingsjaarplannen;
- de investerings- en exploitatiebegroting;
- maandelijkse rapportages;
- kwartaaloverleg risicomangement;
- halfjaarlijkse beleidsgesprekken met de zorgeenheden;
- tweewekelijks/maandelijks werkoverleg.

Besturingsmodel



Meerjarenbeleidsplan 2006-2010 / strategisch beleid 2011-2015

Door de raad van bestuur is, in overleg met de medische staf, het managementteam, de afdelingshoofden en overige betrokkenen, een meerjarenbeleidsplan 2006-2010 opgesteld. In dit beleidsplan is de positie van de Rijnland Zorggroep beschreven en zijn doelstellingen voor deze beleidsperiode vastgesteld. In het verslagjaar is een nieuwe strategisch beleidplan voor de periode 2011-2015 ontwikkeld en vastgesteld. De aanpak die daarbij wordt gevolgd, waarborgt de betrokkenheid van belangrijke belanghebbenden: patiënten/cliënten, medisch specialisten, medewerkers, huisartsen en zorgverzekeraars en raad van toezicht. Zij geeft ook ruimte aan het jaarlijks volgen van de uitgezette koers. Zonodig leidt zo'n jaarlijkse voortgangsanalyse tot bijstellingen van de meerjarendoelstellingen.

Kaderbrief

Op basis van het beleidsplan en overige gegevens wordt door de raad van bestuur jaarlijks een kaderbrief opgesteld. Dit document omvat organisatiebrede doelstellingen voor het komende jaar en geeft aan wie verantwoordelijk is voor de realisatie van deze doelstellingen. De kaderbrief wordt door de bedrijfsleiders, de gemandateerd vakgroep vertegenwoordigers (GVV'ers), de (locatie) managers en de afdelingsleidinggevenenden gebruikt als kader voor hun afdelingsjaarplannen.

Afdelingsjaarplannen

De bedrijfsleiders/GVV'ers, (locatie) managers en afdelingsleidinggevenenden hebben in de afdelingsjaarplannen de doelstellingen van hun afdeling opgenomen. Deze jaarplannen zijn opgesteld volgens de INK-methodiek en gebaseerd op de kaderbrief, op eventueel aanvullende afdelingskaders en op de productiedoelstellingen van de maatschappen. De productiedoelstellingen van de maatschappen worden voorafgaande aan het definitief vaststellen van de afdelingsjaarplannen besproken in het tweejaarlijkse beleidsoverleg met de raad van bestuur. De voortgang van de doelstellingen uit de afdelingsjaarplannen wordt maandelijks besproken tussen bedrijfsleiders/GVV'ers/managers en hun respectievelijke afdelingsleidinggevenenden. Op basis hiervan heeft twee tot drie keer per jaar afstemming plaatsgevonden tussen de bedrijfsleiders/GVV'ers/managers en de raad van bestuur.

Investeringsbegroting

De investeringsbegroting wordt opgesteld in overleg met de leden van de begrotings- en investeringscommissie (BIC) op basis van door het management en de maatschappen ingediende investeringswensen. Uit inventarisatie

van investeringsaanvragen ten behoeve van vervanging en vernieuwing van medische en niet-medische apparatuur en hard- en software, wordt de verhouding tussen aanvragen en beschikbare middelen vastgesteld. Via herijking van het (minimale) niveau van noodzakelijke (eigen) investeringen en het beoordelen van de aanvragen op basis van korte en middellange termijn businesscases, wordt jaarlijks een financieel investeringsprogramma ontwikkeld.

Exploitatiebegroting

De exploitatie begroting is opgesteld in overleg met de managers en GVV'ers en op basis van input van afdelingsleidinggevend. Daarbij wordt aangegeven welke materiële kosten zij verwachten voor het komende jaar en welke formatie en financiële middelen zij nodig hebben om de jaarplannen te realiseren. In de begroting wordt rekening gehouden met de benodigde formatie en financiële middelen om de afdelingsjaarplannen te kunnen uitvoeren en de doelstellingen te realiseren. Per zorgeenheid worden ook doelstellingen ten aanzien van kwaliteitsindicatoren en ziekteverzuim geformuleerd. Na verwerking van deze gegevens is de begroting besproken met de begrotings- en investeringscommissie en met de leden van het centraal managementoverleg. In december 2010 is de exploitatiebegroting voor 2011 door de raad van toezicht goedgekeurd.

Rapportage

Maandelijks ontvangen de raad van bestuur, de GVV'ers en de managers rapportages om te kunnen sturen en risico's te beheersen. Dit betreft de productierapportage, de FTE-rapportage, de financiële rapportage (omzet/kosten/brutomarge), de kwaliteitsrapportage en de ziekteverzuimrapportage. De uitkomsten worden door de raad van bestuur periodiek besproken met het de leden van het centraal managementoverleg, de VMS, de auditcommissie financiën en risicobeheersing, de auditcommissie kwaliteit en de raad van toezicht.

3.4.2. Risicomanagement

In 2008 heeft de Rijnland Zorggroep de bedrijfsrisico's geïnventariseerd en geanalyseerd. Op basis daarvan zijn 15 risicogebieden benoemd:

- | | |
|---|---|
| • medisch handelen en zorgverlening | • zorgverzekeraars |
| • HRM | • ICT |
| • kennis | • organisatieontwikkeling en -cultuur |
| • inkoop en leveranciers | • calamiteiten (medisch) |
| • wet- en regelgeving | • vastgoed en huisvesting |
| • zorgadministratie (DBC's) en facturatie | • a. nutsvoorzieningen (incl. niet medische calamiteiten) |
| • treasury | • b. medisch technisch |
| • planning en control | |
| • investeringsbeheersing | |

In 2009 is het risicomanagement in de ziekenhuisorganisatie met behulp van de methodiek Strategische Risico Analyse verder geoperationaliseerd. In goed overleg tussen raad van bestuur, management, medisch specialisten en inhoudsdeskundigen zijn per risicogebied beheersmaatregelen geïnventariseerd, vastgelegd, uitgewerkt in een risicokaart en toegewezen aan verantwoordelijk managers ('risico-eigenaar'). De verantwoordelijkheid van de eigenaar is het realiseren van de beheersmaatregelen, de ontwikkelingen in het risicogebied in de gaten houden en maatregelen voorstellen als de beheersmaatregelen niet worden gerealiseerd of onvoldoende blijken te zijn. In 2010 is, onder voorzitterschap van een lid van de raad van bestuur de status van de benoemde risicogebieden en de voortgang en effectiviteit van de afgesproken beheersmaatregelen besproken in het eigenarenoverleg door de risico-eigenaren.

Dit eigenarenoverleg voorziet in:

- informatie-uitwisseling
- coördinatie tussen verschillende beheersmaatregelen
- controle op de voortgang
- draagvlak in de organisatie
- periodiek advies aan de portefeuillehouder van de raad van bestuur.

Medewerkers zijn geïnformeerd over de activiteiten met betrekking tot risicomanagement. In de kaderbrief voor het jaar 2011 is aan leidinggevenden gevraagd om in het jaarplan op te nemen welke acties gerealiseerd dienen te worden om de beheersmaatregelen gedefinieerd op de risicokaarten te kunnen implementeren.

Risicomanagement is daarmee opgenomen in de reguliere planning- en controlecyclus. Een belangrijk borgen. Aan de deelnemers van de leergang voor 'high potentials' voor een leidinggevende functie is als eindopdracht meegegeven om voor de teamleiders in de organisatie een symposium over risicomanagement, in de context van het waarborgen van zowel de patiëntveiligheid als onze Planetree® zorgvisie, te organiseren.

De raad van bestuur rapporteert jaarlijks en voorts zo vaak als nodig is aan de raad van toezicht over de beheersing van risico's en toegepaste risicobeheersing- en controlesystemen aan de raad van toezicht. Zo ook in het verslagjaar.

3.4.3. ICT

Informatiebeveiliging

Het verslagjaar stond mede in het teken van verscherpte aandacht voor het beveiligen en op verantwoorde wijze omgaan met patiëntengegevens. Een in 2009 uitgevoerde en in 2010 door het CBP goedgekeurde risico-inventarisatie gaf inzicht in de gewenste verbeteringen. Verbeteringen die vooral zijn gericht op het vastleggen en borgen van afgesproken en uitgevoerd beleid.

Een plan van aanpak werd opgesteld en in uitvoering genomen. Mede op basis van de geïnventariseerde risico's stelde de raad van bestuur het informatiebeveiligingsbeleid vast. Een belangrijk onderdeel van het plan van aanpak was de op alle medewerkers gerichte informatie- en bewustwordingscampagne "Informatiebeveiliging, een gezamenlijke zorg". Onder de titel 'wees bewust, wees zorgvuldig, wees alert' werd in bijna elke publicatie van 'Rijnland Actueel' aan dit thema aandacht besteed. In het najaar voerde een externe organisatie een door de Inspectie van de Gezondheidszorg verplicht gestelde audit uit. De resultaten lieten zien dat we op 26 van de 33 van de onderzochte veldnormen (NVZ Toetsingsreglement Informatiebeveiliging) voldoen aan de minimale eisen. Zowel in technische zin als op het gebied de bewustwording van onze medewerkers scoren we voldoende. Volledige uitvoering van het eerder vastgestelde plan van aanpak zal er in 2011 voor zorgen dat we ook minimaal voldoen aan de 7 resterende normen.

Intranet

Rijnland Zorggroep maakt al gedurende enkele jaren gebruik van een Intranet. Daarmee dragen we bij aan de communicatie met en tussen medewerkers op basis van internettechnologie, papierloos en snel en dus actueel. Dit intranet is in het verslagjaar gemoderniseerd. Met het nieuwe intranet hebben wij gekozen voor een omgeving op basis van open source. Zowel aan de server als aan de programma zijde. Voor elk van onze organisatieonderdelen is er op basis van de nieuwe huisstijl een grafisch ontwerp gemaakt. Elke afdeling heeft een 'auteur' die zorgt voor het beheer.

Datawarehouse

Organisaties moeten kunnen sturen op informatie. Brongegevens bevinden zich in verschillende systemen en gecombineerd vormen deze stuurinformatie. Na een gedegen voorbereiding en ontwikkelfase is in de loop van 2010 een digitaal datawarehouse in productie genomen. Dit project vroeg in 2010 veel inspanningen van alle betrokkenen. Naast projectleiding en functioneel beheerders werd ook veel input gevraagd van gebruikers van bronsystemen. Uitkomsten van het datawarehouse dienden getest te worden. Om het testtraject beter te laten verlopen werd professionele ondersteuning geboden. Vanaf het moment van invoering worden regelmatig nieuwe digitale rapportages toegevoegd en beschikt het management over een adequaat papierloos sturingsinstrument.

Electronisch CliëntenDossier

In 2009 heeft Rijnland V&V een nieuw digitaal administratief systeem voor patiënt- en bewonersregistratie aangeschaft. Begin 2010 is het administratieve deel van systeem in gebruik genomen. Volgend op de invoering van het administratieve deel zal een elektronisch cliëntendossier worden ingevoerd waarmee zorgprofessionals zullen gaan werken. Een kritische pre-pilotfase in samenwerking met de leverancier gaf aanleiding voor herontwerp. Daarmee heeft de invoering van het ECD vertraging opgelopen. Vanaf 2011 wordt het ECD geleidelijk ingevoerd.

ZIS/EPD heroriëntatie

Een van de strategische doelstellingen van Rijnland Ziekenhuis is de introductie van volledig papierloos werken binnen het ziekenhuis, het elektronisch uitwisselen van gegevens voor diagnose en behandeling, het digitaal registreren van het zorgtraject en de communicatie met zorgverleners in de keten. Het Rijnland Ziekenhuis heeft na een eerste markverkenning in 2010 een doorstart gemaakt met de selectie van een elektronische patiëntendossier (EPD). In 2010 is onder regie van een nieuwe stuurgroep ICT een begin gemaakt met de heroriëntatie op het EPD. Alvorens tot de aanschaf van een EPD over te gaan is het essentieel dat alle betrokkenen zich uitspreken over de beoogde doelstelling. Tevens wordt onderzocht of het bestaande ziekenhuisinformatiesysteem vervangen dient te worden. Medio 2011 zal deze fase zijn afgerond.

3.5. Cliëntenraden

Structurele medezeggenschap van patiënten en cliënten op basis van de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen krijgt in het Rijnland Ziekenhuis vorm in het overleg van de raad van bestuur met het cliëntenberaad.

Rijnland Verpleging en Verzorging heeft twee lokale cliëntenraden. De lokale raden behandelen lokale adviesaanvragen en hebben de locatiemanager als gesprekspartner. Thema's die betrekking hebben op Rijnland V&V als geheel zijn in het verslagjaar met de raad van bestuur besproken door (een vertegenwoordiging van) de gezamenlijke Cliëntenraden.

3.5.1. Cliëntenberaad Rijnland Ziekenhuis

Het cliëntenberaad bestaat uit vertegenwoordigers van de verschillende patiëntenverenigingen en ouderenbonden in Zuid-Holland regio Noord-Midden. Het cliëntenberaad van het Rijnland Ziekenhuis stelt zich tot doel ervaringen en belangen van patiënten over te brengen aan de raad van bestuur. Op deze wijze wordt de inspraak van patiënten en gebruikers van het ziekenhuis vergroot.

Het cliëntenberaad vertegenwoordigt de belangen van cliënten en adviseert de raad van bestuur over onderwerpen die patiënten en bezoekers van het ziekenhuis aangaan. Het cliëntenberaad heeft volgens de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen het recht om gevraagd en ongevraagd advies te geven.

De Rijnland Zorggroep verzorgt voor het cliëntenberaad de secretariële ondersteuning, door financiering van een extern secretariaat en levert de vergaderlocatie. Rijnland Zorggroep levert de vergaderstukken in voldoende exemplaren aan, nodigt gastsprekers uit, brengt zelf agendapunten in en verzorgt de conceptagenda. De Rijnland Zorggroep vergoedt de gemaakte kosten ten behoeve van het cliëntenberaad tot een bedrag van € 7.764 op jaarbasis. Adviezen van het cliëntenberaad worden voorgelegd binnen de organisatie. In een volgend overleg van het cliëntenberaad wordt aangegeven wat met deze adviezen is of wordt gedaan. Bewaking van uitvoering van de gemaakte afspraken gebeurt via de notulen, via controle op een volgende vergadering en via deelname van een lid van de raad van toezicht aan de overleggen.

Het cliëntenberaad van het Rijnland Ziekenhuis is via Zorgbelang Zuid-Holland aangesloten bij Zorgbelang Nederland, mede in het kader van het enquêterecht zoals vastgelegd in de statuten van de Rijnland Zorggroep.

In 2010 kwam het cliëntenberaad drie keer bijeen in een reguliere vergadering: op 31 maart, 1 september en 1 december en één maal in een extra vergadering op 21 juni, geheel geweid aan de bespreking van de adviezen van het cliëntenberaad betreffende het concept strategisch beleidsplan Rijnland Zorggroep 2011-2015.

Leden van het Cliëntenberaad

- | | |
|-----------------------|--|
| • mevrouw Bruinenberg | Astmafonds Hollands-Midden |
| • de heer van Capel | Algemene patiëntenvereniging Alphen aan den Rijn |
| • mevrouw Clocquet | Stichting Voedselallergie |
| • de heer Van Gorp | Protestants Christelijke Ouderenbond Leiderdorp |
| • mevrouw Kaarls | secretaris Reumapatiëntenvereniging Leiden e.o |
| • mevrouw Meijer | Regionaal Netwerk Ouderen [RNO] Leiderdorp |
| • de heer Mooij | OSO/Regionaal Netwerk Ouderen [RNO] Alphen aan den Rijn |
| • mevrouw de Swart | Platform Gehandicapten Leiden, Astmafonds regionaal ZH Noord |

De heer Geursen (regioconsulent Zorgbelang Zuid-Holland – Leiderdorp) vervulde namens Zorgbelang Zuid-Holland regio Noord-Midden, het voorzitterschap. Namens het Rijnland Ziekenhuis waren dat de heer R. Treffers (voorzitter raad van bestuur) en de heer H. Kruidenberg (relatiebeheerder) aanwezig.

Tijdens het vaste agendapunt 'mededelingen' gaf de raad van bestuur bij elke bijeenkomst een overzicht van nieuwe ontwikkelingen, gebeurtenissen en veranderd beleid. Agendapunten die in 2010 zijn besproken, naar volgorde waarin zij op de agenda hebben gestaan, zijn:

- het hoofdbehandelaarschap;
- risicoanalyse betreffende de informatiebeveiliging;
- vervanging lid raad van bestuur;
- vrijwilligersbeleid (presentatie door mevrouw J. Démoed, coördinator vrijwilligers, gevolgd door discussie);
- strategisch beleidsplan 2011 – 2015, deel 1: de koers (voordracht door dhr. R. Treffers, voorzitter raad van bestuur). Het cliëntenberaad heeft over dit thema een positief advies uitgebracht.
- evaluatie open dag dd. 20 maart 2010;
- vroegtijdige bemiddeling door Zorgkantoor;
- voorstellen nieuwe leden raad van toezicht; de heren G. Bannenberg, K. Starreveld en W.G. van der Ziel, nieuwe leden van de raad van toezicht, waren hierbij aanwezig;
- start klinisch geriater;
- patiënt tevredenheids onderzoek (PTO) (presentatie mevrouw J. Tokaya, marketing adviseur, gevolgd door discussie);
- Planetree als visie, middel en inspiratiebron (presentatie door mevrouw E. Herlaar, geestelijk verzorger en Planetree trainer, gevolgd door discussie). Cliëntenberaad gaat een dagdeel Planetreetraining volgen, zoals die ook voor vrijwilligers wordt georganiseerd.
- maatschappelijk verslag 2009;
- adviesaanvraag statutaire wijziging van de doelstelling van de Rijnland Zorggroep. Het Cliëntenberaad heeft een positief advies uitgebracht.
- stand van zaken Veiligheids Management Systeem (VMS) (presentatie door mevrouw D. van Hooff, kwaliteitsfunctionaris, gevolgd door discussie);

- NIAZ accreditatie 2011 (presentatie door mevrouw D. van Hooff, kwaliteitsfunctionaris, gevolgd door discussie);
- voedingsconcept Rijnland Ziekenhuis (presentatie Walter van der Wilt, manager hotel, gevolgd door discussie);
- samenstelling cliëntenberaad. Het cliëntenberaad heeft het voornemen uitgesproken zich uit te bereiden met een afvaardiging van de patiëntenverenigingen waar het Rijnland Ziekenhuis op afdelingsniveau contacten mee onderhoudt.

Overige activiteiten waarbij het cliëntenberaad in het verslagjaar betrokken is geweest, zijn:

- De opening van het stiltecentrum op de 5^e verdieping van het Rijnland Ziekenhuis locatie Leiderdorp. Het cliëntenberaad heeft een uitnodiging voor de opening ontvangen en was met een afvaardiging aanwezig.
- Op de open dag van het Rijnland Ziekenhuis locatie Leiderdorp op 20 maart 2010 was het cliëntenberaad aanwezig met een stand, waar informatie werd verstrekt over de werkwijze van het cliëntenberaad.
- Op 13 april waren enkele leden van het cliëntenberaad aanwezig bij het symposium voor patiënten met schildklierklachten.
- Op een presentatie van de Hartfalenfoundation op 6 september waren leden van het cliëntenberaad aanwezig.
- Op de bijeenkomst van 25 november in het kader van de week van de veiligheid was een delegatie van het cliëntenberaad aanwezig bij de uitreiking van de veiligheidsprijs 2010.

Om op de hoogte te blijven van hetgeen er speelt in het Rijnland Ziekenhuis ontvangen de leden van het cliëntenberaad informatie in de vorm van onder andere het personeelsblad *Inside*, de veiligheidskrant die periodiek verschijnt, uitnodigingen voor symposia en bijeenkomsten en diverse jaarplannen en jaarverslagen.

3.5.2. Cliëntenraden Rijnland Verpleging en Verzorging

In het verslagjaar is de evaluatie van de samenwerking tussen cliëntenraden en de raad van bestuur en de verhouding tussen lokale en sectorale raad voortgezet. Voorbereidingen zijn getroffen voor een convenant en nieuwe reglementen waarin structuur en afspraken worden vastgelegd.

Rijnland V&V faciliteert de secretariële ondersteuning van de sectorale cliëntenraad. De secretaresse raad van bestuur bereidt de vergaderingen voor, verzorgt de agenda en notuleert. Daarnaast vergoedt Rijnland V&V aan cliëntenraadsleden gemaakte kosten tot een maximum op jaarbasis.

De lokale cliëntenraden waren in het verslagjaar als volgt samengesteld:

Cliëntenraad Verpleeghuis Leythenrode

- J. van der Have (voorzitter)
- C.A. Hartman
- Th. van der Klein
- A. van Andel
- M. de Vette
- M. Oudshoorn
- M. van der Bijl
- R. van Vliet
- B. de Wolf
- C. Overbeek

Cliëntenraad Verpleeghuis Oudshoorn & Zorgcentrum Noorderbrink

- De heer R.Th.M. Visser (voorzitter)
- De heer J.A. van Wijk
- Mevrouw K. de Graaf
- De heer J. Tacx
- Mevrouw S. van Amsterdam
- De heer G. Bartels
- Mevrouw Y. Rombout
- De heer D.W.F. van der Schilden
- De heer W. van de Ster
- Mevrouw L. Hendrikze

De lokale raden hebben met de desbetreffende locatiemanager gesproken dan wel een advies uitgebracht over onder andere:

- het ambianceproject (maaltijden);
- cliënttevredenheidsonderzoek;
- waskostenregeling;
- organisatie van vrijwilligers;
- de pilot elektronisch cliëntdossier.

De gezamenlijke cliëntenraden hebben in het verslagjaar drie keer met de raad van bestuur vergaderd.

Onderwerpen van gesprek waren Jaarrekening / Maatschappelijk verslag 2009, Strategisch beleidsplan Rijnland Zorggroep 2011-2015 en de adviesaanvraag over het PREZO keurmerk.

De adviezen, suggesties en opmerkingen van de Cliëntenraden worden door het management en raad van bestuur van Rijnland Verpleging & Verzorging op hoge waarde geschat. Zij wegen zwaar mee in uiteindelijke besluitvorming en beleidsontwikkeling.

3.6. Ondernemingsraad

Binnen Rijnland Zorggroep zijn de medewerkers vertegenwoordigd in de Ondernemingsraad (OR). Er vindt per zes weken formeel overleg plaats tussen de OR en de raad van bestuur. Het dagelijks bestuur van de OR en de raad van bestuur bespreken per twee weken informeel de gang van zaken in de organisatie. Drie keer heeft de OR overleg gevoerd met de Vereniging Medische Staf (VMS). Twee keer per jaar wordt er in aanwezigheid van een vertegenwoordiging van de raad van toezicht overleg gevoerd aan hand van beleidsthema's.

De ondersteuning van de Ondernemingsraad door de Rijnland Zorggroep is vastgelegd in de 'Faciliteitenregeling OR Rijnland Zorggroep 2008-2010'.

Het jaar 2010 – het derde en laatste zittingsjaar - was een roerig jaar voor de OR. We hebben afscheid genomen van de voorzitter, Mariëtte Feenstra en van de secretaris, Marleen van Baarlen. Ingrid Dubbeldam heeft in april de OR verlaten in verband met het aanvaarden van een andere functie in de Rijnland Zorggroep. Eind december hebben we afscheid genomen van Chris Fransz, Alzira Lopes en Marga van Wallenburg. Zij hebben zich niet herkiesbaar gesteld voor de volgende periode.

Gelukkig konden we ook twee nieuwe leden verwelkomen: Jenny Jung en Roos Letteboer.

Medio 2010 was de samenstelling als volgt:

- Frans Koppens (voorzitter)
- Annet van Kesteren (vice-voorzitter)
- Marga van Wallenburg (secretaris)
- Conny Smit
- Alzira Lopes
- Monique Dekkers
- Chris Fransz
- Anneke Dalstra
- Renske Mok
- Jenny Jung
- Roos Letteboer

De ondersteuning werd verzorgd door:

- Annemieke Ederveen (beleidsmedewerker/ambtelijk secretaris)
- Nicolle Kortis (tot 1 augustus 2010, secretaresse)

Zoals voorgaande jaren participeerden ook dit jaar OR-leden of medewerkers van de Rijnland Zorggroep, namens de OR, in diverse werkgroepen en commissies, zoals:

- werkgroep nieuwbouw Oudshoorn;
- interne bezwaren commissie FWG;
- functietoewijzingscommissie;
- projectgroep strategisch beleidsplan
- projectgroep resultaat- en ontwikkelingsgesprekken;
- projectgroep functiehuis;
- stuurgroep Arbo en Milieu;
- adviescommissie sociale begeleiding;
- individuele klachtencommissie (CIK).

In maart 2010 heeft de OR een driedaagse cursus gevolgd in Noordwijk en in september hebben twee nieuwe OR-leden deelgenomen aan een startercursus.

2010 was ook het verkiezingsjaar voor een nieuwe OR. Ondanks een groot aantal acties, zoals posters, frisbees en vele publicaties in het huisblad *Rijnland Actueel* was het aantal kandidaten dat zich kiesbaar stelden voor de periode 2011-2013 miniem. Voor de kiesgroep Rijnland Ziekenhuis waren er tien kandidaten en voor de kiesgroep Rijnland V&V vier. Door een tekort aan aanmeldingen zijn de verkiezingen niet doorgegaan en zijn de kandidaten bij acclamatie benoemd.

Om de medewerkers beter en vaker te informeren heeft de OR sinds medio 2010 een eigen column in *Rijnland Actueel*. Via deze column werden de medewerkers ook gevraagd om te reageren op bepaalde aanvragen voor advies of instemming die de OR in behandeling had. De bijbehorende stukken kon men inzien op het intranet: *Rijnweb*. Wanneer het een kleine afdeling betrof, werden de medewerkers van de betreffende afdeling benaderd met een vragenlijst en een eventueel persoonlijk gesprek.

De OR heeft in 2010 tien adviesaanvragen behandeld:

- oprichting afdeling patiëntenlogistiek Rijnland Ziekenhuis, wijzigen organisatiestructuur casemanagement (februari 2010);
- strategisch Beleid 2011-2015; deel 1, de koers (mei 2010);
- herinrichting Afdeling Inkoop (september 2010);
- invoeren functie senior verpleegkundige (september 2010);

- toekomst Gewoonhuizen (oktober 2010);
- gevolgen Ommedijk voor Leythenrode (oktober 2010);
- nieuwbouw Oudshoorn (oktober 2010);
- benoeming lid Raad van Bestuur (november 2010);
- Bureau Patiëntenlogistiek (november 2010);
- wettelijk verhaal WGA premie op de werknemer (november 2010).

Daarnaast werden negen instemmingaanvragen behandeld, te weten:

- meerurentoeslag anesthesie-assistenten (april 2010);
- informatiebeveiligingsbeleid (juli 2010);
- toetsing bekwaamheid Voorbehouden Handelingen (augustus 2010);
- leerlingen- en leerarbeidsovereenkomsten (september 2010);
- verzuim- en re-integratiebeleid (september 2010);
- berijdersovereenkomst (september 2010);
- verplichte vrije dagen 2011 (oktober 2010);
- uitbreiding werktijden apothekersassistenten Rijnland Apotheek (oktober 2010);
- organisatie bedrijfshulpverlening (december 2010).

3.7. Vereniging Medische Staf

De medisch specialisten binnen het Rijnland Ziekenhuis zijn georganiseerd in de Vereniging Medische Staf (VMS). In augustus 2010 heeft een volledige wisseling plaatsgevonden van het bestuur. Gezien de landelijke ontwikkelingen binnen de ziekenhuissector werd de behoefte gevoeld de Vereniging te laten aansturen door een voor deze taak vrijgesteld bestuur. Binnen het bestuur is nu sprake van twee Kamers met elk vier stafleden, te weten een Kamer Kwaliteit en een Kamer Financiën.

Het aantal medisch specialisten dat lid was van de Vereniging Medische Staf bedroeg in 2010 ongeveer 130. Een aantal vakgroepen werd uitgebreid. In totaal kozen 14 nieuwe specialisten ervoor om in het Rijnland Ziekenhuis te gaan werken en vertrokken 9 specialisten, vanwege pensionering of om andere redenen.

Het bestuur VMS heeft in 2010 negentien keer formeel overleg gevoerd met de raad van bestuur van de Rijnland Zorggroep. Er waren 8 kernstafvergaderingen en 5 algemene ledenvergaderingen van de VMS. De Gemandateerde Vakgroep Vertegenwoordigers werden regelmatig voor een bepaald onderwerp uitgenodigd bij het overleg tussen raad van bestuur en het management van het ziekenhuis.

Via maandelijkse nieuwsbrieven worden de leden van de Vereniging Medische Staf op de hoogte gehouden van de actuele ontwikkelingen binnen het ziekenhuis en de regionale en landelijke zorgsector.

De volgende onderwerpen kwamen meerdere malen aan bod tijdens het overleg tussen het stafbestuur en de raad van bestuur:

- | | |
|--|---|
| • strategisch beleidsplan | • richtlijnen en protocollen |
| • oncologische zorg | • prestatie-indicatoren |
| • aansprakelijkheidsverzekering Medirisk | • financiële situatie ziekenhuis |
| • opnameregels beddenplan | • DOT ICT |
| • handreiking verantwoordelijkheidsverdeling | • datawarehouse |
| • handhavingsplan spoedeisende hulp | • ontwikkeling zorgpaden |
| • Document Medische Staf | • continuïteit raad van bestuur |
| • model Toelatingsovereenkomst | • patiënttevredenheidsonderzoeken |
| • nevenactiviteiten medisch specialisten | • honorariumontwikkeling medisch specialisten |
| • voortgang EPD | • begrotingsinvesteringsprocedure |
| • procedure werving en selectie medisch specialisten en aanstellingsbeleid | • relatie huisartsen |
| • vacatures en nieuwe specialisten | • internet en intranet |
| • opleiding gemandateerd vakgroepvertegenwoordigers | • ontwikkelingen RVE |
| • regeling illegalen/onverzekerde patiënten | • begroting 2011 |
| • bouwplannen | • bezuinigingsmaatregelen |
| • zelfverwijzers | • bedrijfsplannen en beleidsgesprekken |
| • landelijke actiedag medisch specialisten | • SEH |
| | • NZa-gegevensuitvraag |

Individueel Functioneren Medisch Specialist (IFMS)

De Vereniging Medische Staf heeft de keuze gemaakt om gebruik te maken van het *Multi Source Feedback*-systeem (MSF). Het MSF-systeem gaat uit van 360-graden feedback, waarbij specialisten geëvalueerd worden door collega-specialisten, medewerkers en patiënten op grond van de 7 KNMG-competenties. Nadat in 2009 een

start was gemaakt met dit systeem zijn eind 2010 50 stafleden onderworpen aan een evaluatie middels dit systeem. Daarvan zijn ongeveer 29 evaluaties in 2010 afgerond of bijna afgerond.

Protocollen en richtlijnen

De medische staf heeft in 2010 een aantal ziekenhuisbrede protocollen en -richtlijnen geaccordeerd en ingevoerd. Enkele vermeldenswaardige zijn: het protocol contrastnefropathie, het protocol management vitale functies, het protocol nuchter OK en het reanimatieprotocol. Tevens is gestart met het Elektronisch Voorschrijfsysteem dat in 2011 ziekenhuisbreed uitgerold gaat worden.

Opleiding

De onderwijscoördinator probeert het belang van een goed leerklimaat onder de aandacht te brengen en heeft een eerste aanzet gegeven voor opleidingsavonden. De Centrale Opleidingscommissie en de Coassistentencommissie houden nauwgezet de vinger aan de pols als het gaat om de kwaliteit van de opleidingen. Het nieuwe opleidingscurriculum dat per 1 januari 2011 van kracht is en waarbij competentiegericht opleiden van assistenten in opleiding tot medisch specialist centraal staat, heeft de nodige aandacht gevraagd van de opleiders. In 2010 werd voor het eerst de onderwijsprijs uitgereikt aan de specialist die volgens de coassistenten de leukste en beste presentatie heeft gehouden tijdens de coassistenten lunch. De jaarlijkse wetenschapsdag op 22 november 2010 trok een record aantal belangstellenden.

Relatie huisartsen

In 2010 vond in juni het huisartsensymposium plaats met als titel "nieuwe wegen". In overleg met de Werkgroep Deskundigheidsbevordering Huisartsen (WDH) werd gekozen voor een andere opzet. Na een geslaagde golfclinic werden de huisartsen uitgenodigd mee te doen aan een quiz, waarna via een kennismakingscarroussel de huisartsen met de specialisten in gesprek gingen. Dit bleek een succesvol concept te zijn, gezien de reacties van de huisartsen na afloop van het symposium. Ook verscheen in 2010 de huisartsenbrief *RijnlandKort* in een nieuwe layout. Via de huisartsenbrief worden de huisartsen in de regio geïnformeerd over alle nieuwe ontwikkelingen in het Rijnland Ziekenhuis. De relatiebeheerder van het ziekenhuis heeft ook in 2010 vele huisartspraktijken bezocht. De verbetersuggesties van de huisartsen zijn uiteraard teruggekoppeld naar de specialisten. Veel van deze suggesties hebben inmiddels geleid tot kwaliteitsverbeteringen. En wederom vond in 2010 de jaarlijkse hockeywedstrijd plaats tussen huisartsen en specialisten. Op een zonovergoten veld bleken de huisartsen te sterk voor de specialisten. De huisartsen wonnen met 5-3 en gingen met de wisselbeker naar huis.

Planetree®

Planetree® is een uit de VS afkomstig concept, waarbij ziekenhuizen er actief naar streven mensgerichte zorg te leveren in een helende omgeving, waardoor patiënten zich meer op hun gemak voelen en eerder herstellen. Ook in 2010 is het Planetree® concept meerdere malen onderwerp van gesprek geweest binnen de staf. Een enthousiaste groep van specialisten is aan de slag gegaan om het Planetree® concept bekendheid te geven. Een aantal specialisten is inmiddels getraind en een 10-tal specialisten heeft een bezoek gebracht aan het Planetree® ziekenhuis in Almere. In 2010 is door specialisten het plan opgepakt om de binnentuin van het ziekenhuis geschikt te maken voor patiënten, medewerkers en bezoekers. Zodat vanaf 2011 op mooie zomerdagen de mogelijkheid bestaat buiten van een kopje koffie of lunch gebruik te maken. Het idee om in het kader van Planetree® de bezoektijden te verruimen is met brede instemming verwelkomd door de specialisten.

Klinische geriatrie

Als nieuw specialisme binnen het ziekenhuis is in 2010 de klinische geriatrie gestart. In de steeds meer vergrijzende regio is door huisartsen de wens geuit de aandacht voor de oudere patiënt te intensiveren. Met de komst van de zeer ervaren klinisch geriater Peter Jue wordt aan deze wens tegemoet gekomen. De klinisch geriater ziet de oudere patiënt op de polikliniek klinische geriatrie, op het dagonderzoekscentrum en tijdens een opname op aanvraag van de behandelend specialist.

Kwaliteit

De leden van de VMS hebben ook in 2010 veel actie ondernomen om de kwaliteit van het ziekenhuis te verbeteren. Zo is er binnen elke vakgroep een specialist die de VIM-training afgerond heeft. Ook hebben veel vakgroepen inmiddels zorgpaden. En is niet alleen gewerkt aan de verplichte kwaliteitsparameters zoals opgevraagd door de IGZ en NIAZ, maar is ook aandacht besteed aan betere oncologisch zorg, hetgeen bijvoorbeeld geleid heeft tot het roze lintje van de Borstkankervereniging Nederland. Ook heeft een aantal vakgroepen weer met goed gevolg een visitatie ondergaan.

HOOFDSTUK 4 – Beleid, inspanningen en prestaties

4.1. Meerjarenbeleid

Het jaar 2010 was het laatste jaar van de periode waarvoor het meerjarenbeleid van de gehele Rijnland Zorggroep op hoofdlijnen is beschreven in het *Beleidsplan 2006-2010*. Met een start in het najaar van 2009 is in het verslagjaar een nieuw strategisch beleid voor de periode 2011-2015 geformuleerd.

Om het inzicht in onze uitgangspositie te actualiseren, hebben we – terugkijken op de geleverde prestaties in de periode 2006-2009 - een analyse gemaakt van onze sterke kanten en de kansen die ontwikkelingen in de komende jaren bieden. Maar ook is met een open oog gekeken naar onze minder sterke kanten en ontwikkelingen die een bedreiging kunnen vormen.

Het vernieuwde strategisch beleid is tot stand gekomen met de inbreng van velen. Met een projectorganisatie hebben veel medewerkers via werkgroepen, werkconferenties en besprekingen constructief gebruik gemaakt van de uitnodiging om mee te bouwen aan het meerjarenperspectief. Zorgeenheden stelden voor het eigen specialisme voor de eerste keer bedrijfsplannen op en breed samengestelde werkgroepen analyseerden onze marktpositie en formuleerden visie, missie en kernwaarden. In werkconferenties en afzonderlijke besprekingen werden de resultaten met elkaar gedeeld. Diverse belanghebbenden werden regelmatig geïnformeerd en om advies gevraagd, waaronder de raad van toezicht, de ondernemingsraad, de medische staf, het cliëntenberaad van het Rijnland Ziekenhuis en de cliëntenraad van Rijnland Verpleging en Verzorging, zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid en de gemeentelijke overheden.

4.1.1. Missie Rijnland Zorggroep

Rijnland Zorggroep is een maatschappelijke onderneming voor het bieden van verantwoorde, medisch specialistische zorg en verpleeghuiszorg. Onder 'verantwoorde zorg' verstaan we mensgerichte, veilige en betaalbare zorg die geleverd wordt via een doelmatige en transparante bedrijfsvoering.

Rijnland Zorggroep is onderscheidend ten opzichte van andere zorgorganisaties in de regio door de organisatorische verbinding tussen het ziekenhuis, de verpleeghuizen en het verzorgingshuis. In onze regio met een overwegend vergrijzende bevolkingssamenstelling is de komende jaren een groeiende behoefte aan een inzichtelijke, goed op elkaar aansluitende zorg- en dienstverlening. Wij beschouwen het als een maatschappelijke opdracht om onze bijzondere organisatorische mogelijkheden daartoe verder te ontwikkelen en maximaal in te zetten. Met goed functionerende ketenzorg zowel binnen onze eigen organisatie als in nauwe samenwerking met huisartsen en thuiszorg willen wij die opdracht realiseren. Dat doen we met zorggroepbrede zorglogistiek en met een eveneens zorggroepbrede multidisciplinaire behandeldienst, zowel gericht op 'binnen' als op 'buiten'.

De missie waarin we deze ambitie voor de komende jaren hebben samengevat luidt:

***De Rijnland Zorggroep is een gezonde organisatie
die mensgerichte en deskundige zorg biedt
in een veilige omgeving.***

Betrokken, betrouwbaar, bekwaam, zijn de kernwaarden waarop we ons handelen richten en waarmee we ons in- en extern willen profileren.

Betrokken bij de zorgvraag van de patiënten en cliënten, in het bijzonder op die zorgvragen waarvan de beantwoording het mogelijk maakt om gezond en vitaal ouder te worden. In het contact met onze Zorggroep mogen al onze patiënten en cliënten rekenen op een persoonlijke, mensgerichte benadering in een helende omgeving. Betrokken zijn we ook bij onze medewerkers en vrijwilligers die zich in een veilige omgeving zonder overbodige bureaucratische ballast willen wijden aan hun taak.

Betrouwbaar zijn we in de kwaliteit waaraan onze dienstverlening voldoet. Steeds op zoek naar manieren om die te verbeteren. Betrouwbaar in de interne zorgketen, als samenwerkingspartner met externe belanghebbenden bij onze dienstverlening en als interne 'klant-leverancier', zowel naar inhoud en duidelijkheid als naar kosten en opbrengsten. Afspraak = afspraak!

Bekwaam willen we niet alleen zijn, maar vooral ook blijven! We volgen de ontwikkelingen en de mogelijkheden in het vak en maken bewust keuzes voor de toepassingen die we betaalbaar en met het vereiste niveau van kwaliteit kunnen aanbieden; zélf uitgevoerd of in uitbestede vorm. Persoonlijke ontwikkeling en het bevorderen van de deskundigheid van onze medewerkers staan hoog in het vaandel.

4.1.2. Beleidsfocus, klant- en medewerkerbeloften

De verwachte ontwikkelingen in de regionale zorgvraag, de door de overheid aangegeven beleidsrichting, de behoeften van de relevante belanghebbenden, gevoegd bij het regionale zorgaanbod en wat we zelf aan sterke onderscheidende eigenschappen in huis hebben, hebben ons doen kiezen voor een beleidsfocus waarmee we ons daadwerkelijk onderscheiden van onze omgeving. Daarbij maken we uitdrukkelijk gebruik van de verbinding tussen ziekenhuis- en verpleeghuiszorg binnen één organisatorisch verband. Dit gegeven gevoegd bij de sterke kanten van zowel het Rijnland Ziekenhuis als Rijnland Verpleging en Verzorging afzonderlijk, leidt tot de hieronder aangegeven beleidsfocus voor de periode 2011-2015.

- *Rijnland Zorggroep* is het expertisecentrum voor het gezond en vitaal ouder worden, gericht op:
 - ❖ het ontschotten van de zorg en de informatie uitwisseling;
 - ❖ snel weer actief, weerbaar en zelfstandig;
 - ❖ een menswaardig en respectvol verblijf.
- *Rijnland Ziekenhuis* is het streekziekenhuis van de regio Rijnstreek voor hoogwaardige medisch specialistische zorg, die wordt verleend op basis van:
 - ❖ een mensgerichte zorgvisie
 - ❖ vraaggericht zorgaanbod met voldoende volume en rentabiliteit;
 - ❖ samenwerking met andere zorgaanbieders.
- *Rijnland Verpleging en Verzorging* is regionaal marktleider voor
 - ❖ complexe langdurige somatische en dementiezorg;
 - ❖ herstellende en revalidatie;
 - ❖ dagbehandeling en extramurale verpleeghuiszorg.

Het realiseren van de doelstelling, de missie en de beleidsfocus van Rijnland Zorggroep beschouwen wij als een maatschappelijke verantwoordelijkheid, waaraan wij voor de periode 2011-2015 de volgende beloften aan onze klanten en medewerkers verbinden:

Wij bieden goede en deskundige zorg en streven naar voortdurende verbetering van onze kwaliteit

Wij zijn een lerende organisatie die openstaat voor vernieuwing

Wij werken volgens het zorgconcept van Planetree®

Wij creëren een veilige omgeving voor zowel de mensen die onze zorg ontvangen als voor onze medewerkers

Wij streven naar een juiste balans tussen kwaliteit en rendement

Wij zijn een organisatie met een duidelijk herkenbaar profiel en een sterk imago

Wij zijn in 2015 een financieel gezonde zorginstelling

In 2015 werken wij met een Elektronisch Patiënten / Cliënten Dossier (EPD / ECD)

Wij zijn een organisatie waar good governance en gezond ondernemerschap hand in hand gaan

De marktwerking in de gezondheidszorg stimuleert de Rijnland Zorggroep om meer aandacht te schenken aan profilering. Immers, cliënt en zorgverzekeraar mogen steeds meer zelf bepalen bij wie zij de zorg inkopen. Belangrijk is dat de organisatie en het aanbod van Rijnland Zorggroep bij hen bekend zijn. Niet alleen cliënten en zorgverzekeraars moeten hiermee bekend zijn, maar ook andere belanghebbenden. Patiënten en cliënten vragen bovendien om een mensgerichte benadering in een gezonde organisatie. Rijnland Zorggroep is ervan overtuigd dat het voortdurend en gericht werken aan het realiseren van deze oriëntatie de belangrijkste bijdrage levert aan de vereiste profilering. Reden waarom de Rijnland Zorggroep heeft besloten om in samenwerking met de Stichting Planetree Nederland het bevorderen van persoonlijke en respectvolle zorg een prominente plaats in de werkwijze toe te kennen.

4.1.3. Toekomstvisie

Onze strategische keuze bouwt enerzijds logisch voort op de door Rijnland Ziekenhuis en Rijnland Verpleging en Verzorging in de afgelopen jaren al gerealiseerde inspanningen. Anderzijds kiezen we er nu expliciet voor om met betrekking tot die inspanningen de focus te richten op onze onderscheidende kwaliteiten.

De Rijnland Zorggroep wil een gezonde organisatie zijn, die deskundige en mensgerichte zorg biedt in een veilige omgeving. Dit streven vraagt om gerichte strategische keuzes op het gebied van onze zorgverlening. Zowel over onze beleidsfocus als over de manier waarop we de zorg uitvoeren: de zorglogistiek, doelmatigheid en kostenbeheersing. Om de bedrijfsplannen van de resultaatverantwoordelijke eenheden en daarmee het strategisch beleid van de Rijnland Zorggroep een 'mee ademend' onderdeel van de jaarlijkse planning- en controlcyclus te laten zijn, zal vanaf 2011 een voortgangsevaluatie en een meerjarige prospectieve analyse deel uitmaken van de jaarlijkse planning- en controlcyclus.

De realisatie van onze ambities heeft een meerjarige horizon. Onderdeel en voorwaarde voor het verwezenlijken van onze ambities is het op orde hebben van het huis! De inhoud en realisatie van de bedrijfsplannen zullen in elk geval aan deze doelstelling moeten voldoen. Het is een continuïteitsvoorwaarde!

2011-2012: Huis op orde

Doel	➤ Kosten en baten ziekenhuis op niveau hospital benchmark. ➤ Realiseren van een goede concurrentiepositie. ➤ Opsporen en opruimen van verspilling (energie en kosten). ➤ 80% van de in 2015 beoogde rendementsverbetering gerealiseerd.
Accenten	➤ Bepalen zorgaanbod. ➤ Verhogen productiviteit. ➤ Leren werken met bedrijfskundige principes en sturen op producten. ➤ Strakke planning en control (afspraak is afspraak). ➤ Realiseren van een goed werkend datawarehouse.

Tegelijkertijd vereist in de eerste helft van de planperiode de inhoud van onze dienstverlening onze bijzondere aandacht. Zowel het bepalen van het zorgaanbod als de kwaliteit van het gebodene: de zorg op orde.

2011-2013: Zorg op orde

Doel	➤ Het expertisecentrum voor het gezond en vitaal ouder worden. ➤ Klantvriendelijke en doelmatige zorglogistiek. ➤ Samenwerken met externe partners.
Accenten	➤ Sterke, brede collectieve basis met focus op ouder worden. ➤ Gedifferentieerde sturing (kosten, processen, markt). ➤ Gericht externe samenwerkingsverbanden inrichten. ➤ Digitaliseren (EPD/ECD).

Kwaliteit én doelmatigheid bepalen tenslotte voor een belangrijk deel onze positie op de regionale markt. Die markt gaat ons aan en we stellen er belang in te weten wat de markt vraagt en op welke wijze we daar het best aan kunnen beantwoorden: markt op orde.

2013-2015: Markt op orde

Doel	➤ Onderscheidend in zorgproducten en uitvoering door Planetree en trots. ➤ Klantvriendelijke zorglogistiek. ➤ Her- en erkenning in de regio.
------	--

Accenten	➤ Resultaatverantwoordelijk ondernemerschap; situationeel leidinggeven. ➤ Sturen op patiëntenstromen en doelgroep. ➤ Enkele medische vakken op strategische bovenregionale marktposities. ➤ Selectieve groei. ➤ EPD / ECD operationeel. ➤ Collectieve externe focus.
----------	---

Rijnland Medisch Centrum (RMC)

Voor activiteiten die passen binnen het vastgestelde medische beleid, maar door de huidige regelgeving nu onvoldoende levensvatbaar blijken, is het Rijnland Medisch Centrum (RMC) als aparte organisatie ingericht. Zo hebben dergelijke activiteiten alsnog een solide positie en worden zij binnen het ziekenhuis voortgezet.

Het algemene streven van Rijnland Zorggroep is gericht op het realiseren van maximale flexibiliteit zodat bij toekomstige aanpassingen van de regelgeving de strategische positionering van - en de uitgangspunten voor - het medische beleid van het Rijnland Ziekenhuis niet worden aangetast.

4.2. Algemeen beleid

In onze kaderbrief voor 2010 kozen we als hoofddoelstelling: 'goede zorg in een gezonde organisatie'. Dezelfde hoofddoelstelling als voor 2009. Veel activiteiten die in 2009 waren gestart liepen immers door naar 2010. De uitgangspunten van het *Contouren beleidsplan 2006-2010* en het *Verbeterprogramma 2006-2010* zijn ook in 2010 leidend geweest voor het gevoerde beleid, als tekende zich in de loop van het jaar de nieuwe beleidsfocus voor de periode 2011-2015 al duidelijk af.

Goede zorg

- geleverde zorg die minimaal aan de gestelde prestatie-indicatoren voldoet;
- zorg die volgens de richtlijnen wordt geleverd;
- zorg met een hoge klanttevredenheidsscore;
- zorg die continu wordt verbeterd en vernieuwd;
- zorg die in maximaal veilige omstandigheden plaatsvindt;
- zorg die geleverd wordt door permanent lerende zorg- en dienstverleners.

Gezonde organisatie

- een organisatie die minimaal 1% rendement haalt;
- een organisatie met een laag ziekteverzuim en personeelsverloop;
- een organisatie waar risico's goed worden beheerst;
- een organisatie met een score voor medewerkerstevredenheid van boven de 7;
- een organisatie die zijn diensten op doelmatige wijze aanbiedt;
- een organisatie met een goed financieel bewustzijn.

Goede Zorg in een Gezonde Organisatie moet leiden tot een organisatie die de mens achter de verrichting altijd in beschouwing neemt. Een organisatie waarin medewerkers en staf graag werken, waar men trots is op zijn professie, leiderschap toont en positieve financiële resultaten worden behaald zodat ruimte voor continue ontwikkeling en innovatie wordt gecreëerd.

Op het gebied van het sociaal beleid werden in de kaderbrief daarom de volgende Zorggroepbrede doelstellingen geformuleerd:

Sociaal beleid	Realisatie
1. Uit het MTO blijkt dat de medewerkers meer tevreden zijn ivm het voorlaatste MTO; de respons is tenminste 50%.	+-
2. Er komen meer relevante open sollicitaties binnen.	
3. De functiebeschrijvingen zijn resultaatgericht beschreven; het aantal is wezenlijk teruggebracht.	++
4. De leidinggevenden starten met het voeren van resultaat- en ontwikkelingsgesprekken.	-
5. Elke zorgeenheid heeft een opleidingsplan met bijbehorend budget (organisatiebreed 1% bruto loonsom) ingeleverd.	++
6. Het ziekteverzuim zal in lijn met de Verbaannorm maximaal 4,2% zijn.	-

In het verslagjaar werden niet alle gestelde doelen gerealiseerd. De raad van bestuur overlegt met de leidinggevendenden over de wijze waarop daarin voortgang kan worden geboekt. Voor het Rijnland Ziekenhuis en Rijnland V&V werden in de kaderbrief 2010 specifieke doelstellingen geformuleerd.

4.2.1. Rijnland Ziekenhuis

Beleidsdoelstellingen Rijnland Ziekenhuis		Realisatie
A. <u>Zorgpaden.</u>		
Per zorgeenheid zullen eind 2010 van de top 10 DBC's (volume) 3-5 zorgpaden zijn ontwikkeld met accent op patiëntvriendelijkheid, doelmatigheid en kwaliteit.		+-
B. <u>Kwaliteit en veiligheid.</u>		
1. De invoering van het veiligheidsmanagementsysteem (VMS) vordert conform landelijk programma.		+
2. Alle prestatie-indicatoren IGZ en ZiZo zijn tijdig en volledig aangeleverd.		+
3. De scores op de indicatoren voldoen tenminste aan de geldende normen.		+-
4. De scores op de indicatoren worden besproken in de beleidsgesprekken.		+
5. De registratie van de HSMR wordt ingezet als prestatie-indicator.		+
6. De eigenaren van de risicokaarten monitoren en borgen de vastgestelde beheersmaatregelen.		+
7. Alle snijdende specialismen gebruiken de SURPASS-checklist.		+
8. Rijnland Ziekenhuis is voorbereid op de NIAZ-heraccreditatie in januari 2011.		+
C. <u>Financieel.</u>		
1. Rijnland Ziekenhuis haalt een rendement van minimaal 1%.		+
2. Rijnland Ziekenhuis realiseert een budgetkorting van minimaal 823K.		+
3. Datawarehouse en Tragpi (kostprijsberekening) zijn operationeel.		+
4. Hogere bedbenutting dan in 2009.		+
5. De productie in het A-segment zal minimaal 2% stijgen.		-
6. De productie in het B-segment zal minimaal 5% stijgen.		++
7. Patiëntgebonden kosten maximaal 20% van de totale omzet.		
8. Elke uitbreidingsinvestering > 5K gaat vergezeld van een businesscase.		+
D. <u>Patiënt/cliënt en omgeving.</u>		
1. Elke zorgeenheid zal in 2010 minstens eenmaal de patiënttevredenheid hebben gemeten en verbeterplannen hebben opgesteld.		+-
2. In het ziekenhuis zijn tenminste 16 afdelingen gestart met Planetree®		+
3. Het aantal klachten zal zijn verminderd i.h.v. over bejegening en informatie,		+
4. We realiseren een zestal doelstellingen (zie kaderbrief 2010) op het gebied van communicatie en transparant handelen.		+-

Veel gestelde doelen zijn in het verslagjaar daadwerkelijk gerealiseerd. In de verschuillende hoofdstukken in het Jaardocument wordt daarover verantwoording afgelegd. Maar er zijn zeker nog verbetermogelijkheden. Een nog betere systematische en eenduidige vastlegging van doelen en prestaties helpt ons bij het afleggen van verantwoording in maat en getal.

Productieontwikkeling

Het Rijnland Ziekenhuis heeft gestreefd naar een verdere groei van het poliklinisch en klinisch marktaandeel in Zuid-Holland Noord.

In bijlage 2 bij dit Maatschappelijk Verslag is de productieontwikkeling in tabelvorm weergegeven.

A-segment

De lagere productie van het A-segment in 2010 heeft relatie met de hogere productie van het B-segment in 2010. Het aantal klinische opnamen daalde met 5%, maar daar staat tegenover dat het aantal dagverplegingen steeg met 5%. Het aantal eerste polikliniekbezoeken steeg met 0,5%. De gemiddelde verpleegduur in het A-segment daalde met 4,4% naar een niveau van 5,5 dagen.

De specialismen chirurgie, interne geneeskunde, orthopedie, dermatologie, oogheelkunde, KNO-heelkunde en cardiologie produceren in het A-segment 72% van de DBC's. Ondanks de verschuiving van het A-segment naar

het B-segment hebben enkele specialismen groei in het A-segment laten zien, te weten: neurochirurgie (19%), KNO (7%), plastische chirurgie (7%), interne geneeskunde (5%) en orthopedie (5%).

B-segment

De hogere productie van het B-segment in 2010 hield relatie met de lagere productie van het A-segment in 2010. In 2010 heeft op landelijk niveau geen uitbreiding van het B-segment plaatsgevonden, maar in het Rijnland is per saldo wel sprake van een groeiend aandeel van het B-segment. Deels komt dit door het doorwerkeffect van de uitbreiding van het B-segment per 1-1-2009 naar 34%. Voor het Rijnland Ziekenhuis is het aantal gesloten DBC's gestegen van 34.433 in 2009 naar 45.063 in 2010, een stijging van ruim 30%. De specialismen oogheelkunde, cardiologie, KNO-heelkunde, gynaecologie, dermatologie, orthopedie en neurologie produceren in het B-segment circa 84% van de DBC's. De omzet in het B-segment steeg van € 44.461.984 in 2009 naar € 49.983.288 in 2010.

Benutting beddenscapaciteit

In 2009 realiseerden we al een reductie van 25% in de variabiliteit van de geplande opnames vergeleken met 2008. Een substantiële verbetering van de beschikbare capaciteit. De basis voor die verbetering was een variabiliteitsanalyse en een daarop gebaseerd 'Managing Variability Program'. Begin 2011 hebben we de effecten van dit programma geëvalueerd.

Variabiliteit 2010 ten opzicht van 2008

	Variabiliteit	Productie	Ligduur	Variatie opnamen
Kliniek (electief en acuut)	-29%	4%	-10%	-14%
Electief	-6%	2%	-4%	-7%
Acuut	-22%	5%	-16%	-20%
Snijgend	-17%	4%	-4%	-17%
Beschouwend	28%	-2%	-4%	11%

Uit deze evaluatie bleek dat de variabiliteit is afgenomen. Zowel in het opnamepatroon als in de vraag naar bedden; ziekenhuisbreed en binnen de electief snijdende specialismen. Bovendien concludeerden we dat de ligduur ziekenhuisbreed is gedaald met 10%, terwijl de productie met 4% steeg.

Vernieuwing in de medische zorg

Ook in 2010 zijn we er weer in geslaagd om een reeks vernieuwingen met het oog op verbetering van de zorg te realiseren.

Start klinische geriatrie

In 2010 zijn we zowel in Leiderdorp als in Alphen aan den Rijn gestart met klinische geriatrie. De start van dit medisch specialisme is een logische stap in het licht van de strategische keuze van de Rijnland Zorggroep voor ondersteuning van het gezond en vitaal ouder worden.

Geriatrie houdt zich bezig met de diagnostiek en behandeling bij kwetsbare oudere patiënten. Vaak spelen er bij deze groep meerdere problemen tegelijkertijd die ook invloed op elkaar kunnen hebben. De problemen kunnen zowel op somatisch, psychisch of sociaal vlak liggen en vrijwel altijd is er vermindering van het dagelijks functioneren.

Op het spreekuur van de poli geriatrie komen oudere patiënten die maximaal twee problemen tegelijkertijd hebben waarbij de huisarts inschat dat het probleem binnen 1 a 2 bezoeken is te analyseren.

Op de locatie Alphen aan den Rijn start in het eerste trimester een dagonderzoekscentrum geriatrie voor complexere vragen.

Kwetsbare ouderen

In het kader van het landelijk Veiligheidsprogramma VMS boog een werkgroep zich over het ontwikkelen van een methode om risico's bij kwetsbare oudere patiënten zo snel mogelijk in beeld te krijgen. Er is een 'screeningsbundel' opgesteld met vragen op vier aandachtsgebieden: delirium, fysieke beperkingen, ondervoeding en vallen. Met het systematisch en vroegtijdig stellen van deze vragen, kan worden voorkomen dat de patiënt schade oploopt.

Pijnbehandeling

Door het Pijnbehandelingscentrum is een nieuwe vorm van pijnbestrijding ontwikkeld die bij patiënten met ernstig hartlijden (angina pectoris) erg effectief blijkt te zijn: de Spinal Cord Stimulation (SCS). Bij de patiënt wordt een

elektrode ingebracht die elektrische impulsen overbrengt. Hierdoor worden pijnsignalen, in dit geval die van het hart, geblokkeerd, voordat ze de hersenen bereiken. In plaats van pijn ervaart de patiënt alleen een tinteling die niet als onprettig wordt ervaren. Voor patiënten een geweldige winst in kwaliteit van leven.

Telemonitoring van hartpatiënten

Het Rijnland Ziekenhuis neemt samen met tien andere klinieken deel aan een tweejarige proef met zorg op afstand. Na behandeling in het ziekenhuis krijgen patiënten een digitale weegschaal en een bloeddrukmeter en attributen om thuis een hartfilmpje te kunnen maken mee naar huis. De weegschaal en de bloeddrukmeter zijn uitgerust met bluetooth. De gegevens worden iedere ochtend door de patiënt digitaal verzonden naar de afdeling cardiologie van het Rijnland Ziekenhuis. Zo wordt de patiënt dagelijks in de gaten gehouden. Als het misgaat wordt meteen ingegrepen. De patiënt hoeft daarvoor niet meer wekelijks naar het ziekenhuis en te wachten in de wachtkamer.

In dezelfde categorie valt het op afstand uitlezen van pacemakers en een digitale verbinding tussen huisarts en cardioloog waardoor bij de huisarts gemaakte ECG's door de cardioloog kunnen worden beoordeeld.

24 uren TIA service

Een TIA is een spoedeisende waarschuwing voor een beroerte en verdient snelle analyse en behandeling. Als dat niet gebeurt is er een kans op een nieuwe beroerte binnen de eerste 24 uur. Daarom kunnen TIA-patiënten sinds juli 2010 via de SpoedEisendeHulp met spoed aangemeld worden bij de dienstdoende neuroloog. Binnen enkele uren wordt dan de diagnose gesteld. Ook aanvullend onderzoek gebeurt binnen 24 uur.

Nog sneller handelen bij een herseninfarct

Bij een herseninfarct voorkomt razendsnel handelen bij het inzetten van de behandeling hersenschade. Uit een grondige analyse van de bestaande werkwijze bij de behandeling bleek het hele proces nog efficiënter te kunnen worden ingericht. In bijna alle gevallen kan de behandeling nu binnen het uur worden gestart! Als de behandeling start op de SEH zelfs binnen een half uur.

Betere voorlichting aan diabetespatiënten

De diabetesverpleegkundigen startten met een nieuwe speelse manier van diabetesvoorlichting. Een groep diabetespatiënten gaat aan de slag met een grote poster en een stapel kaartjes. Op de kaartjes staan vragen of stellingen die de groep leiden over de poster waarop de ziekte in beeld is gebracht. Mensen leren van elkaar en na vier sessies heeft de groep op een laagdrempelige manier informatie gekregen over de ziekte, het spuiten van insuline en gezond leven en voedsel.

Heupartroscopie bij chronische heupklachten

De in Nederland nog nieuwe techniek van heupartroscopie biedt uitkomst aan mensen met onverklaarbare heupklachten. Bij zo'n operatie wordt met speciale instrumenten beschadigd kraakbeen weggeknipt of de hals van de heup glad gefreesd. Vaak geeft deze operatie een aanzienlijke verbetering bij klachten die voorheen onbehandelbaar leken. In onze afdeling orthopedie is zo'n operatie al bij meer dan 150 patiënten uitgevoerd.

Bloed- of urineonderzoek binnen enkele minuten

Het klinisch chemisch laboratorium van de Rijnland Zorggroep heeft inmiddels een breed palet aan mogelijkheden om supersnel op ieder willekeurig moment aan het bed van de patiënt bloed- of urinetesten uit te voeren.

Het resultaat is vaak binnen een of enkele seconden tot minuten beschikbaar. De verpleegkundige of arts kan direct de medische behandeling hierop afstemmen. De responstijd (van aanvraag tot uitslag) wordt verminderd van een half uur/ uur naar enkele minuten.

En verder

- ❖ Het is voor patiënten niet altijd duidelijk voor welk loket ze moeten kiezen bij acute gezondheidsklachten als de eigen huisarts niet beschikbaar is: de SpoedEisenHulp (SEH) van het ziekenhuis, of de Huisartsenpost (HAP). Op de locatie Leiderdorp van het Rijnland Ziekenhuis bevinden beide spoedposten zich onder één dak. Door de nauwe onderlinge samenwerking wordt snel de juiste zorg op de juiste plaats verleend.
- ❖ Voor een moment van rust na een ingrijpende ervaring of om even tot je zelf te komen, opende wij een gloednieuw stiltecentrum op de locatie Leiderdorp. Voor iedereen is hier de ruimte om zich even terug te trekken. Mekka is aangegeven op de vloer en is er gelegenheid tot 'reiniging'. Er is een gedachtenisboek en er liggen boeken uit verschillende levensbeschouwelijke tradities en gedichtenbundels.
- ❖ In het verslagjaar werden ondermeer de zorgpaden voor onderzoek en behandeling van prostaat-, darm- en borstkanker en de zorgpaden voor heup en knie ontwikkeld en ingevoerd. Het ontwikkelen van 'zorgpaden' zorgt ervoor dat de patiënt die verschillende onderzoeken moeten ondergaan daarvoor zoveel mogelijk aansluitend bij de verschillende specialismen ingepland. Het resultaat is dat de patiënt in de meeste gevallen binnen een dag weet waar hij of zij aan toe is.

- ❖ Onze borstkankerzorg behoort tot de top van Nederland. De BorstkankerVereniging Nederland beloofde die kwaliteit ook in het afgelopen jaar weer met het 'roze lintje'. Om zo snel mogelijk een einde te maken aan onzekerheid is de borstkankerzorg zo georganiseerd dat mensen al bij het eerste consult de uitslag krijgen. Een flink aantal specialisten, en gespecialiseerde verpleegkundigen, analisten en laboranten werken daartoe nauw met elkaar samen.
- ❖ Een even eenvoudige als effectieve maatregel voorkomt dat patiënten met chemotherapie misselijk worden, omdat de medicatie niet op het juiste moment wordt ingenomen. Een doosje met vakjes per dag en uur en een duidelijke instructie van de specialist op welke dag/uur welk medicijn moet worden ingenomen blijkt veel ongemak te voorkomen.
- ❖ Artrose in de knie veroorzaakt pijn en stijfheid in het kniegewricht. Als pijnstillers onvoldoende verlichting geven kan een injectie met hyaluronzuur de smerende en dempende werking van het lichaamsvocht tijdelijk compenseren. Daarmee wordt een gewrichtsvervangende operatie voor enige tijd uitgesteld. Deze behandeling wordt nu in dagbehandeling gegeven.
- ❖ Sportblessures worden sinds 2010 gezien op de polikliniek Orthopedie. Zonodig kan de patiënt die met een sportblessure is doorverwezen daardoor nog dezelfde dag worden gezien door een orthopedisch chirurg.
- ❖ Aanstaaende ouders worden uitgenodigd voor informatieavonden. Ervaren verpleegkundigen geven gerichte informatie en gaan in op vragen. Ook een bezoek aan de kraamsuites en de verloskamers staat dan op het programma.
- ❖ De (aanstaaende) moeder verblijft in een van de kraamsuites waar ook de partner kan blijven slapen.
- ❖ Voor de aangifte van de baby hoeft de jonge vader niet meer alleen op stap. Op de locatie Leiderdorp van het ziekenhuis heeft de gemeente Leiderdorp een geboorteloket geopend. Vader én moeder kunnen samen hun kind aangeven. Is moeder nog te zwak? Dan komt de ambtenaar van de burgerlijke stand aan het bed.
- ❖ Is de baby te vroeg geboren en moeten de ouders het nog even achter laten in het ziekenhuis dan hangt de afdeling op verzoek een webcam boven het bed of de couveuse. Met een strikt geheime inlogcode en gebruikersnaam kunnen de ouders thuis op hun PC inloggen en zo toch een beetje bij hun kindje zijn.

4.2.2. Rijnland Verpleging en Verzorging

Doelstellingen Rijnland V&V		Realisatie
A. <u>Planetree®</u>		
In jaarplannen van afdelingen zijn concrete activiteiten opgenomen, gekoppeld aan componenten uit het Planetree® concept.		+
B. <u>Leiderschap</u>		
Realiseren van een programma gericht op ondersteunend en zichtbaar leiderschap in combinatie met budgetdiscipline.		+
C. <u>Plezier in het werk</u>		
1. Activiteiten voor teamontwikkeling opnemen in afdelingsplannen		+
2. Verbeteractiviteiten realiseren op basis van de resultaten van het medewerkerstevredenheidsonderzoek		+
3. Verzuimpercentage maximaal 5 %.		-
D. <u>Fysieke omgeving</u>		
1. Start nieuwbouw Oudshoorn		+
2. 'Meer huiselijkheid creëren in bestaande gebouwen' opnemen in jaarplannen.		+
E. <u>Omschakelen naar kleinschalig wonen</u>		
Uitvoeren van de omschakeling naar het zorgconcept 'kleinschalig wonen', aansluitend bij het Planetree® gedachtegoed.		+/-

F. <u>Ontwikkeling expertisecentrum</u>	
1. Resultaatgerichte afspraken over leveren van behandelexpertise	+
2. Participeren in Universitair netwerk verpleeghuiszorg en Ouderenprogramma	+
3. Optimaliseren eigen kwaliteit- en kennismanagementsysteem	+
4. Uitbreiden dienstverlening aan 1 ^e lijn.	+
G. <u>Verbeteren kwaliteit van zorg</u>	
1. Scores voor Verantwoorde Zorg minimaal op de gestelde norm.	
2. Verbeterplannen inclusief monitoring opstellen bij lagere scores.	+
H. <u>Bedrijfsvoering en ICT</u>	
1. Personele inzet begroten op basis van zorgzwaarte (ZZPmix)	+
2. Implementeren nieuwe software voor zorgregistratie en elektronisch cliëntendossier.	+-

Ook Rijnland V&V heeft in 2010 het merendeel van de gestelde doelen gerealiseerd.

Productieontwikkeling

Aan het einde van het verslagjaar waren er 465 intramurale cliënten. Ultimo 2009 waren dit er nog 511. Dit aantal is lager dan in 2009, doordat de erkenning in het budget van Rijnland V&V voor de verpleeghuisunits van stichting WIJdezorg in 2010 is overgegaan naar WIJdezorg zelf. Rijnland levert nog wel de behandeling. Hierdoor is ook het aantal erkende verblijfplaatsen lager namelijk 470 in plaats van 513.

In de verpleeghuizen Leythenrode en Oudshoorn zijn 434 plaatsen beschikbaar. Hiervan zijn in 2010 gemiddeld 427,5 bezet geweest, een bezettingspercentage van 98,5%. In verzorgingshuis Noorderbrink waren de 36 bedden voor 96,7% bezet.

Het aantal cliënten op de dagbehandeling is hoger dan in 2009, vanwege uitbreidingen bij het ontmoetingscentrum in Alphen en het ontmoetingscentrum Dwarswatering (Leiderdorp). Beide zijn van 3 dagen naar 5 dagen gegaan. Ook de dagbehandeling Oudshoorn is met 1 groep uitgebreid.

De extramurale productie is nagenoeg gelijk gebleven aan 2009. In 2010 16.996 uren en in 2009 was dit 17.431 uren. De aantallen cliënten zijn wel met 30 afgenomen. Dat de productie bijna niet is afgenomen is te verklaren door een mix verschil. Qua verhouding meer productie in casemanagement, waar meer uren per cliënt in zitten, dan behandeling.

Ontwikkelingen

Het jaar 2010 stond in het teken van twee bouwtrajecten voor kleinschalig wonen voor psychogeriatrische cliënten.

De woningstichting Rijnhart Wonen realiseert voor Verpleeghuis Leythenrode 28 plaatsen kleinschalig wonen voor psychogeriatrische cliënten in nieuwbouwcomplex De Ommedijk in Leiderdorp. Medio 2011 verwachten we de oplevering hiervan.

Verpleeghuis Oudshoorn is gestart met de sloop van een gedeelte van de oudbouw van Verpleeghuis Oudshoorn, waardoor een deel van de cliënten naar een andere afdeling in het gebouw moesten verhuizen. In 2011 wordt het eerste deel van de nieuwbouw opgeleverd. In de kleinschalige groepswoonings heeft elke cliënt een eigen zit-slaapkamer. Het dorpsplein biedt volop mogelijkheden voor ontmoeting, beweging en activiteiten. Ook de tuin is voor iedereen toegankelijk.

Ter voorbereiding op de nieuwe manier van werken in het kleinschalig wonen, is in Verpleeghuis Oudshoorn een afdeling gestart die volledig volgens zit zorgconcept werkt. Door alvast ervaring op te doen kunnen veel praktische problemen worden voorkomen.

Er is een nieuwe impuls gegeven aan de dementieketen Rijnstreek. Door het gezamenlijk aantrekken van een coördinator is het mogelijk geworden om de eerder in het 'Koplopertraject dementie' ontwikkelde plannen uit te voeren. Doelstelling is het realiseren van een optimaal werkende dementieketen in de Rijnstreek waarbij er samenhang is tussen de verschillende diensten. Hierbij werkt Rijnland Zorggroep intensief samen met andere zorgaanbieders, het zorgkantoor en de Stichting Alzheimer.

Ook realiseerden we een 'meldpunt dementie Rijnstreek'. Bij dit meldpunt kunnen cliënten worden aangemeld voor onder andere casemanagement dementie.

Verpleeghuis Leythenrode heeft op de begane grond een metamorfose ondergaan. Het restaurant 'de Pyramide', de ontvangsthal en de tussenliggende ruimten zijn gerenoveerd en prachtig ingericht met warme kleuren en materialen.

In lijn met de nieuwe landelijke leveringsvoorwaarden van ACTIZ zijn de zorgleveringsovereenkomsten aangepast. Elke cliënt tekent voor opname de zorgleveringsovereenkomst. Hierin zijn rechten en plichten van de zorgaanbieder en de cliënt opgenomen.

Bij de voorbereiding op de invoering van een elektronisch cliëntdossier is vertraging opgelopen door technische problemen bij de softwareleverancier. In 2011 zal de implementatie verder worden opgepakt. Het elektronisch cliëntdossier vervangt het papieren cliëntdossier.

4.3. Algemeen kwaliteitsbeleid

4.3.1. Rijnland Zorggroep

Het besturingsmodel van Rijnland Zorggroep bevat het INK-managementmodel als organisatiebreed instrument voor het waarborgen van de kwaliteit van bedrijfsvoering en dienstverlening. Hiermee wordt beoogd eenheid te realiseren in het overbrengen en doorvoeren van het concernbeleid naar de bedrijfsonderdelen. De integrale managementverantwoordelijkheid – eveneens een onderdeel van het besturingsmodel - impliceert verankering van het kwaliteitsmanagement in de lijn. Door het werken met het INK-model en de 'Plan-Do-Check-Act cyclus' (PDCA) is het voortdurend blijven zoeken naar verbetermogelijkheden geïntegreerd in de bedrijfsvoering. Dat betreft zowel de primaire zorgactiviteiten, als de kwaliteit van informatie en registratie, gegevensbeveiliging, gebouwen en de veiligheid.

De beleids- en afdelingsorganisatiedocumenten, zoals de jaarlijkse kaderbrief en de jaarplannen zijn ingedeeld volgens de negen velden van het INK-model. Daarmee wordt de dekking van en de bekendheid met alle aandachtsgebieden bij alle leidinggevendenden geborgd.

De normen die bij het kwaliteitsmanagement gehanteerd worden zijn ondermeer afkomstig van diverse relevante accreditatie- en certificatie-richtlijnen. De gebruikte modellen zijn:

Bedrijfsonderdeel	Accreditatie- en certificatie-richtlijnen
Rijnland V&V	HKZ (TV&V), PREZO
Rijnland Ziekenhuis	NIAZ- Kwaliteitsnorm Zorginstellingen 2.1
Laboratoria (KCL, MML, PA)	CCKL
Ziekenhuisapotheek	Good Manufacturing Practice (Europese Commissie)
Spoedeisende Hulp, OK	Vangnetcriteria (MediRisk)
Hotel	HACCP
Informatiebeveiliging	NEN 7510

Prestatie-indicatoren, (opleidings)visitaties, inspecties en interne audits zijn structureel ingezet om de realisatie van de beleidsdoelstellingen te volgen en verbeteringen in te zetten. Daarnaast worden incidenten met betrekking op patiënten, cliënten en medewerkers structureel geanalyseerd om adequate preventieve maatregelen in te kunnen zetten.

Rapportages worden verstrekt aan het management, respectievelijk aan de verantwoordelijke medisch specialisten.

De Rijnland Zorggroep streeft ernaar in de toekomst een steeds hoger kwaliteitsniveau te kunnen leveren, wat blijvend leidt tot goede, veilige, eigentijdse en kosteneffectieve zorg.

Planetree®

In het verslag jaar zijn wij doorgegaan met de zorggroepbrede implementatie van het Planetree® gedachtegoed. Planetree® staat voor mensgerichte zorg, dat wil zeggen betere zorg in een helende omgeving en met een gezonde organisatie. In een periode waarin er volop aandacht is voor rationalisatie en verzakelijking kiest Rijnland Zorggroep voor tegenwicht met een duidelijke visie op mensgerichte zorg. Planetree® helpt Rijnland Zorggroep met het verwezenlijken van zorg waarbij patiënten krijgen waar ze behoefte aan hebben: aandacht, hartelijkheid, zinvolle informatie, vakmanschap en zoveel mogelijk regie over hun lichaam en welbevinden. Medewerkers hebben iets voor elkaar over en nemen het heft in eigen hand om hun werk met plezier te doen en hun vak goed uit te oefenen.

In 2010 zijn de trainingen voor de medewerkers in Rijnland V&V afgerond. Intern is er een training ontwikkeld voor alle vrijwilligers waarna er is begonnen met het trainen, zodat zij ook de Planetree® visie kunnen uitdragen. De twee lokale V&V coördinatoren hebben diverse componententeams gestart, bestaande uit medewerkers uit alle lagen van de organisaties, om daadwerkelijk initiatieven en ideeën te realiseren zodat er gewerkt wordt aan mensgerichte zorg in een helende omgeving.

In het verslagjaar zijn de volgende initiatieven daadwerkelijk gerealiseerd:

- een nieuwe uitstraling van de Pyramide in Leythenrode,
- een nieuwe bibliotheek en computerruimte in Leythenorde
- een Rituals verwendag voor bewoners en medewerkers op twee afdelingen in Oudshoorn.

In 2010 zijn in Rijnland ziekenhuizen op beide locaties afdelingen begonnen met Planetree® en hebben 596 medewerkers deelgenomen aan de Planetreetrainingen. In totaal zijn er nu 950 medewerkers getraind en zijn er 58 deelnemende afdelingen. De 14 intern opgeleide medewerkers verzorgen de Planetreetrainingen. Na de zomer zijn, in kleinere groepjes, trainingen georganiseerd voor medisch specialisten. Een aantal is zo enthousiast geworden dat er ook een werkbezoek heeft plaats gevonden aan het ziekenhuis dat als eerste het Planetree® Keurmerk heeft ontvangen. Een aantal medisch specialisten heeft een team gevormd rondom een Planetree® component. Ook medewerkers hebben teams gevormd rond Planetree® componenten. Initiatieven van medewerkers om de omgeving waarin onze patiënten en cliënten verblijven een aangename, helende uitstraling te geven hebben vorm gekregen in onder meer:

- een test met geuren,
- kunstwerken aan de muren in de kraamsuites,
- een pilot met de vrijwilligersbalie bij de entree in plaats van onder de roltrap,
- actuele tijdschriften op alle poliklinieken.

Daarnaast zijn er componententeams gestart om te kijken of de bezoektijden verruimd kunnen worden. Is er een componententeam gestart om de samenwerking tussen de diverse afdelingen te verbeteren door bij elkaar op de afdelingen mee te werken en is er een componententeam begonnen om de introductiedag beter vorm te geven.

Naast de twee lokale V&V coördinatoren is er besloten om ook een coördinator Planetree® aan te nemen voor het ziekenhuis die zich volledig en alleen kan richten op de implementatie van Planetree®. Het komende jaar zullen er weer veel Planetree® initiatieven starten die betrekking hebben op de helende omgeving en de bejegening van patiënten en cliënten. Wij hebben als doelstelling om tegen 2013 het Planetree® Keurmerk voor Mensgerichte Zorg te behalen.

Informatiebeveiliging

Het verslagjaar stond mede in het teken van verscherpte aandacht voor het beveiligen en op verantwoorde wijze omgaan met patiëntengegevens. Een in 2009 uitgevoerde risicoinventarisatie gaf inzicht in de gewenste verbeteringen. Verbeteringen die vooral zijn gericht op het vastleggen en borgen van afgesproken en uitgevoerd beleid.

Een plan van aanpak werd opgesteld en in uitvoering genomen. Mede op basis van de geïnventariseerde risico's stelde de raad van bestuur het informatiebeveiligingsbeleid vast. Een belangrijk onderdeel van het Plan van Aanpak was de op alle medewerkers gerichte informatie- en bewustwordingscampagne "Informatiebeveiliging, een gezamenlijke zorg". Onder de titel 'wees bewust, wees zorgvuldig, wees alert' werd in bijna elke publicatie van 'Rijnland Actueel' aan dit thema aandacht besteed. In het najaar voerde een externe organisatie een door de Inspectie van de Gezondheidszorg verplicht gestelde audit uit. De resultaten lieten zien dat we op 26 van de 33 van de onderzochte normen voldoen aan de minimale eisen. Volledige uitvoering van het eerder vastgestelde Plan van Aanpak zal er in 2011 voor zorgen dat we ook minimaal voldoen aan de 7 resterende normen.

4.3.2. Rijnland Ziekenhuis

Rijnland Ziekenhuis legt extern verantwoording af over de kwaliteit van de geleverde zorg, aan de hand van de Zichtbare Zorg prestatie-indicatoren. De resultaten van de metingen vormen intern een vast agendapunt in het structurele beleidsoverleg tussen raad van bestuur, gemandateerd vakgroepvertegenwoordiger en manager zorggroep. Daarnaast zijn de prestatie-indicatoren opgenomen in de activiteitenplannen van de vakgroepen. Met behulp van het dashboard, in de vorm van het 'Indicatoren Monitoring Programma', zijn steeds meer prestatie-indicatoren maandelijks inzichtelijk zodat het management en de medisch specialisten hierop hun beleid kunnen aanpassen.

Kwaliteitsindicatoren die geen verbetering behoeven worden gemonitord door de eigenaren van een indicator zoals de medisch specialist (veelal de gemandateerde vakgroep vertegenwoordiger) en de manager zorggroep. Bij een indicator die verbetering behoeft nemen de medisch specialist en de zorggroep manager het initiatief om de zorg te verbeteren. Bijvoorbeeld: de patiënt met een beroerte (CVA) krijgt nu sneller de trombolysie behandeling dankzij een nieuw protocol waarbij de patiënt de behandeling al krijgt op de SEH in plaats van op de verpleegafdeling. Bij de patiënt met een mammacarcinoom is naar aanleiding van de prestatie-indicatoren besloten om slechts twee 'dedicated' chirurgen met specifieke expertise de operatie te laten uitvoeren. Alle patiënten met colon- en rectumcarcinoom worden nu zowel pre- als postoperatief besproken in het multidisciplinair overleg.

In 2011 willen de vakgroepen toewerken naar het formuleren van eigen kwaliteitsindicatoren en het vaststellen van een norm waaraan de indicator moet voldoen.

Interne audits

In 2010 zijn zeven interne structuuraudits uitgevoerd op zorgafdelingen. Tijdens deze audits wordt gekeken in hoeverre het kwaliteitssysteem van de afdeling aan de kwaliteitsnorm Zorginstellingen 2.1 (NIAZ) voldoet. Dit jaar stond de organisatie van het zorgproces centraal. Ook was er speciale aandacht voor hygiëneaspecten en het voldoen aan de informatiebeveiligingseisen, zoals het zorgvuldig omgaan met patiëntgegevens. Het hygiënebeleid is organisatiebreed structureel gecontroleerd door het uitvoeren van hygiëne-audits door de ziekenhuishygiënist.

Analyse van alle interne audits vond plaats door de afdeling kwaliteit, zorglogistiek en risicomanagement. De resultaten werden ieder kwartaal gerapporteerd aan de raad van bestuur.

Vorbereiding op verlengen van NIAZ accreditatiebewijs

De accreditatieperiode van het Nederlands Instituut voor accreditatie van de zorg (NIAZ) bestrijkt vier jaar. In 2007 ontving het Rijnland Ziekenhuis voor het eerst een initieel accreditatiebewijs van het NIAZ. Bij de initiële accreditatie worden alleen de kritische afdelingen getoetst. Na de audit van het NIAZ volgden een actieplan van het Rijnland Ziekenhuis (2007) en een voortgangstoets hierop door het NIAZ (2009).

Het is de wens van het Rijnland Ziekenhuis in 2011 het volledige ziekenhuis te laten accrediteren.

Voor het continueren van de accreditatiestatus is het noodzakelijk dat het Rijnland Ziekenhuis naar het oordeel van het NIAZ voldoende en aantoonbaar aan een drietal voorwaarden voldoet:

- de cultuur is gericht op voortdurende verbetering van de kwaliteit alsmede op borging van de doorgevoerde verbeteringen;
- de besturing en organisatie van de (zorg)processen zijn zo ingericht dat zij redelijkerwijs en reproduceerbaar leiden tot verantwoorde zorg;
- de veiligheid van patiënten/cliënten, medewerkers, bezoekers en omgeving is naar behoren geborgd.

Hiervoor voerde het Rijnland Ziekenhuis in het verslagjaar een uitgebreide zelfevaluatie uit en diende het rapport in augustus bij het NIAZ in. In het rapport staat hoe het ziekenhuis aan elke norm invulling heeft gegeven. Het zelfevaluatie-rapport heeft geleid tot een positief besluit, wat wil zeggen dat de geplande audit in januari 2011 plaats zal vinden.

De zelfevaluatie is instellingsbreed uitgevoerd. De afdelingen hebben ook de eigen afdelingsorganisatie aan de hand van de normen geëvalueerd. Op deze wijze werd het duidelijk waar de afdeling prioriteit aan moest geven om het kwaliteitssysteem te verbeteren.

4.3.3. Rijnland Verpleging en Verzorging

Rijnland V&V heeft in mei 2010 het besluit genomen om over te stappen naar het PREZO model als kwaliteitsmanagementsysteem. Tot 1 november 2010 was Rijnland V&V gecertificeerd volgens het HKZ model (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector). Het streven van de Rijnland V&V is om per mei 2011 het PREZO keurmerk te behalen. De overstap naar het PREZO systeem betekent dat het landelijke Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg automatisch wordt geïntegreerd binnen de organisatie.

Waarom PREZO?

- PREZO is een resultaat gericht kwaliteitssysteem en geeft de cliënt meer garantie voor kwaliteit van zorg.
- PREZO is een directe vertaling van de normen van verantwoorde zorg. De normen verantwoorde zorg zijn geïntegreerd in dit kwaliteitssysteem.
- PREZO sluit aan bij ons cliëntplan bestaande uit de vier domeinen.
- PREZO is een instrument om pro- en retrospectief op uitkomsten van alle indicatoren te sturen.

Rijnland V&V wil een organisatie zijn die zich steeds verbetert. Het is dan ook van belang om de (ervaren) kwaliteit te meten om aanknopingspunten te hebben voor verbetering. Ook streeft Rijnland V&V naar transparantie. Zo worden aan *KiesBeter.nl* sinds 2008 de resultaten aangeleverd van het cliënttevredenheidsonderzoek (CQ-index) en van de zorginhoudelijke indicatoren.

Rijnland V&V vindt de meting op de zorginhoudelijke indicatoren een belangrijk onderdeel van het primaire proces, het reguliere werk. Zo meet Rijnland V&V de zorginhoudelijke indicatoren 3 keer per jaar, terwijl landelijk de verplichting geldt van 1 keer per jaar. De resultaten worden na elke meetweek in een multidisciplinair overleg per afdeling en een multidisciplinair overleg per cliënt geanalyseerd en verbeteracties worden in gang gezet. Door de meting per kwartaal van de zorginhoudelijke indicatoren en de tweejaarlijkse uitvoering van het cliënttevredenheidsonderzoek wordt het resultaat van de kwaliteit van zorg in het algemeen en de verbeteracties in het bijzonder gevolgd.

4.4. Kwaliteitsbeleid ten aanzien van patiënten/cliënten

4.4.1. Kwaliteit van zorg

Rijnland Ziekenhuis

De zorg die geboden wordt is klantgericht en op maat. Cliënten worden op persoonlijke wijze benaderd en zij krijgen de juiste zorg, op de juiste tijd en plaats. We vinden het belangrijk dat de medische, verpleegkundige en paramedische behandeling en verzorging gebaseerd is op actuele en zo mogelijk evidence based richtlijnen, die uitgevoerd worden door gemotiveerde, goed opgeleide medewerkers en medisch specialisten.

Het Rijnland Ziekenhuis legt verantwoording af over de kwaliteit van de geleverde zorg, aan de hand van de IGZ basisset prestatie-indicatoren. De resultaten van de metingen vormen een vast agendapunt in het structurele beleidsoverleg tussen raad van bestuur, gemandateerd vakgroepvertegenwoordiger en bedrijfsleider. De scores op de IGZ-prestatie-indicatoren zijn opgenomen in het openbare register van DigiMV. Ook over het verslagjaar 2010 zijn onze resultaten op deze indicatoren bovendien in te zien op ziekenhuizentransparant.nl en kiesbeter.nl. De waardering door cliënten wordt nauwlettend in het oog gehouden door middel van onder meer ontslaggesprekken, patiënttevredenheidsonderzoek, laagdrempelige klachtenopvang en gesprekken met de cliënten(be)raden.

Patiënttevredenheidsonderzoek

Met behulp van het webbased PTO-instrument van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) zijn in 2010 op 12 poliklinieken en op 12 verpleegafdelingen/dagbehandelingen patiënttevredenheidsonderzoeken uitgevoerd. Het betrof de poliklinieken: cardiologie, chirurgie, dermatologie, kcl, kno, gynaecologie, longgeneeskunde, oogheelkunde, orthopedie, plastische chirurgie, SEH en urologie. De verpleegafdelingen/dagbehandelingen waren achtereenvolgens: cardiologie, chirurgie, dermatologie, gynaecologie, intensive care, kraamklinieken, kindergeneeskunde, orthopedie, urologie en zwangeren. Aan de patiënten is gevraagd om een waardering te geven over ontvangst, bejegening, wachttijd, toegangstijd, behandeling en informatie.

Van ieder onderzoek zijn de resultaten teruggekoppeld aan de GVV-er en de manager zorggroep. De gemiddelde totaalscore voor de poliklinieken was 7,8, de verpleegafdelingen scoorden gemiddeld 8,1.

De wachttijden bij de poli's zijn een verbeterpunt, evenals de mate waarin huisarts/thuiszorg of revalidatiecentrum op de hoogte is van de behandeling en/of verzorging. De bejegening en deskundigheid van de polikliniekmedewerkers en de artsen scoorden positief. Ook voor de verpleegafdelingen werd de bejegening en verzorging door verpleegkundigen en artsen positief gewaardeerd. De informatieoverdracht van de ene medewerker naar de ander is wel een aandachtspunt.

Op basis van de verkregen resultaten worden verbeteracties uitgevoerd en zijn ambities opgenomen in de bedrijfsplannen van de specialismen.

Voorbehouden handelingen

In april heeft de raad van bestuur een permanente Commissie Voorbehouden Handelingen ingesteld als opvolging van de projectgroep voorbehouden handelingen. Gedurende het eerste jaar richt de commissie zich op de implementatie van het nieuwe beleid in het ziekenhuis. Hierbij wordt zij bijgestaan door drie werkgroepen, die elk een onderwerp verder uitwerken: leermanagementsysteem, theoretische toetsing (e-learning) en praktische toetsing. Rijnland V&V loopt mee in deze werkgroepen om de aanpak naar Rijnland V&V te vertalen. Op verpleegafdeling A2 en A4 wordt een pilot uitgevoerd met de voorbehouden handelingen subcutaan en intramusculair injecteren. Scholing, theoretische toetsing, praktische toetsing, registratie van bekwaamheid en evaluatie van het beleid komen dan allemaal aan de orde. De betrokken afdelingsmedewerkers zijn hierover uitvoerig geïnformeerd en geïnstrueerd. De opname- en flexafdeling was de eerste afdeling waarvan alle verpleegkundigen waren geschoold.

Ziekenhuisbrede toetsing voorbehouden handelingen

De commissie voorbehouden handelingen heeft het startsein gegeven voor de uitvoering van het ziekenhuisbrede toetsingsbeleid voorbehouden handelingen. Het gaat om een stapsgewijze invoering van het toetsen van de bekwaamheid in voorbehouden handelingen van daartoe bevoegde ziekenhuismedewerkers. De systematiek van de toetsing is in de eerste helft van 2010 getest in een *pilot*. Er is gestart met de toetsing van intramusculair en subcutaan injecteren, in het najaar gevolgd door de voorbehouden handeling 'infuuscanule inbrengen'.

De inhoud van de theoretische toets, de ziekenhuisbrede werkinstructie en de praktijktoets zijn nauwkeurig op elkaar afgestemd door de werkgroep, die de toetsing heeft voorbereid. Deze inhoud is *evidence based* waar mogelijk, goedgekeurd door het LEVV en voldoet aan de laatste landelijke richtlijnen van WIP en CBO.

Medisch Ethische Commissie

De Medisch Ethische Commissie van het Rijnland Ziekenhuis beoordeelt voorgelegde protocollen op lokale toepasbaarheid. Voor de beoordeling als eerste beoordelaar worden de protocollen voorgelegd aan de Medisch Ethische Toetsings Commissie van het LUMC. In het verslagjaar beoordeelde de MEC 18 protocollen. Naast het beoordelen van protocollen werd de Medisch Ethische Commissie diverse keren geconsulteerd bij precare medisch-ethische situaties. Ook was er gelegenheid om naast de reguliere vergaderingen een aantal casusbesprekingen te houden.

Patiëntenveiligheid

In 2010 is voortvarend verder gewerkt aan de invoering van het Veiligheidsmanagementsysteem (VMS) conform het plan van aanpak Patiëntveiligheidsbeleid 2008-2011. Een en ander gebaseerd op het landelijk veiligheidsprogramma. Het streven is erop gericht schade en sterfte bij patiënten in 2012 met 50% te hebben gereduceerd. In november 2010 is de voortgang van de invoering van het Veiligheidsmanagementsysteem in kaart gebracht en geevalueerd. Deze evaluatie heeft geleid tot het bijsturen van het Patiëntveiligheidsbeleid 2008-2011. Het ziekenhuis werkt toe naar een gecertificeerd Veiligheidsmanagementsysteem. Het Rijnland Ziekenhuis participeerde ook in 2010 in het regionale VMS Netwerk West Nederland in verband met de ondersteuning door de landelijke programmaorganisatie VMS. Aan de onderstaande elementen van het VMS is in 2010 gewerkt:

De implementatie van het Veilig Incidenten Melden (VIM).

Incidenten op het gebied van patiëntenzorg, zoals medicatiefouten, valincidenten, falende apparatuur maar ook miscommunicatie of onjuiste voeding, kunnen door iedere medewerker worden gemeld via een digitaal formulier. Het digitaliseren van de meldingen maakt het mogelijk zowel centraal als decentraal toezicht te houden op de adequate afhandeling van ieder incident. Ook biedt het mogelijkheden analyses uit te voeren die gericht zijn op de preventie van fouten. In 2010 is het VIM ziekenhuisbreed volledig ingevoerd en hebben alle verpleegafdelingen, poliklinieken en paramedische afdelingen van het ziekenhuis een VIM team samengesteld, waarin een leidinggevende, een arts en enkele medewerkers van de afdeling zijn vertegenwoordigd. Alle VIM-teams zijn getraind in het analyseren van incidenten aan de hand van de PRISMA-methode (Prevention and Recovery Information System for Monitoring and Analysis). Deze trainingen worden continu aangeboden. In 2010 is regelmatig gerapporteerd over het VIM aan het management en de medisch specialisten zoals het aantal meldingen, de aard van de meldingen enz. In 2011 willen we een beter overzicht krijgen van het aantal en de aard van de verbeteracties die hieruit voortgekomen zijn.

De MIP-commissie blijft betrokken bij de meer ernstige meldingen en houdt de trends in de gaten.

Het aantal meldingen is sinds 2009 fors toegenomen. Dit is niet te wijten aan een toename van incidenten, maar vooral aan de verbetering in meldingsbereidheid bij de medewerkers.

Toezicht Steriele Medische Hulpmiddelen

In het kader van het Veilig Incident Melden zijn 40 meldingen verwerkt die een relatie hadden met toezicht op steriliteit en patiëntveiligheid in de verwerkingscyclus van medisch instrumentarium.

Ter voorbereiding op de NIAZ (her)accreditatie (2011) zijn audits uitgevoerd.

In april zijn de desinfectiemachines en sterilisatoren met goed gevolg onafhankelijk gevalideerd op een reproduceerbare juiste werking.

In 2010 zijn 16 recalls en waarschuwingbrieven ontvangen. De riskmanager verzorgde de coördinatie van de afhandeling.

Desinfectie Flexibele scopen

In 2010 zijn een aantal verpleegkundigen bijgeschoold op het onderwerp desinfectie en machine vaardigheden. Alle flexibel scopen die binnen de zorggroep worden ingezet zijn technisch gescreend en indien noodzakelijk gerepareerd. Tweewekelijks zijn er microbiologische analyses gemaakt van de reinigingseffectiviteit. Er zijn daarbij geen afwijkingen geconstateerd.

Prospectieve risicoanalyse

In 2010 is slechts één risicoanalyse uitgevoerd met de methodiek HFMEA (Healthcare Failure Mode and Effects Analysis). Bij een PRI analyseert een multidisciplinaire groep een proces en worden risico's en gevaren opgespoord en beheerst. Het beheersen gebeurt door maatregelen te treffen en de werkwijze zo aan te passen dat ongewenste gebeurtenissen worden voorkomen. De PRI-methodiek is met name geschikt voor processen die een complex, risicovol karakter hebben.

In het Rijnland Ziekenhuis is het proces 'geneesmiddelen distributie' geïnventariseerd. De analyse heeft geleid tot verbetermaatregelen zoals de invoering van het Elektronisch Voorschrift Systeem. De raad van bestuur heeft de afspraak gemaakt dat elke zorggroep vanaf 2011 één PRI per jaar uitvoert.

Veiligheidsrondes

In 2010 is gestart met het houden van veiligheidsrondes op alle verpleegafdelingen en poliklinieken. Het doel van een veiligheidsronde is het verhogen van het bewustzijn onder de medewerkers op het gebied van patiëntveiligheid, waaronder ook hygiëne en informatiebeveiliging. Er zijn in 2010 zeventien veiligheidsrondes gehouden die allen tot verbeteracties hebben geleid. De rondes worden gehouden door een lid van de raad van bestuur, de manager zorggroep en een adviseur kwaliteit.

Landelijk veiligheidsprogramma, de 10 thema's

In 2010 waren acht werkgroepen actief op de thema's van het landelijk veiligheidsprogramma. Alle werkgroepen zijn multidisciplinair samengesteld, waarbij een medisch specialist de rol van werkgroepvoorzitter vervult. Het betreft de aanpak van de volgende thema's:

- voorkomen van wondinfecties na een operatie;
- voorkomen van lijnsepsis en ernstige sepsis;
- vroegtijdige herkenning en behandeling de vitaal bedreigde patiënt;
- voorkomen van nierinsufficiëntie bij intravasculair gebruik van jodiumhoudende contrastmiddelen;
- kwetsbare ouderen;
- optimale zorg bij Acute Coronaire Syndromen;
- vroege herkenning en behandeling van pijn;
- verwisseling van en bij patiënten.

In 2011 worden de thema's 'high risk medicatie' en 'medicatieverificatie bij opname en ontslag' uitgewerkt.

Elektronisch voorschrijven van medicijnen

In het najaar zijn we begonnen met het invoeren van het elektronisch voorschrijven van de recepten. Voorafgaand aan deze invoering zijn de risico's van het proces van geneesmiddelendistributie geanalyseerd. Die analyse gaf een duidelijk overzicht van de risicovolle momenten en de mogelijke verbetermaatregelen. Elektronisch voorschrijven draagt bij aan het verbeteren van de medicatieveiligheid. Naar verwachting is medio 2011 de hele zorggroep overgegaan op het elektronisch voorschrijven.

Vrijheidsbeperkende interventies

Begin 2010 is in Rijnland Ziekenhuis is het project Vrijheidsbeperkende Interventies (VBI) gestart met het doel de toepassing van vrijheidsbeperkende interventies in het ziekenhuis terug te dringen.. Vrijheidsbeperkende interventies zijn maatregelen die genomen kunnen worden om een patiënt te beschermen tegen gevaarlijke of risicovolle situaties, bijvoorbeeld in geval van onrust, agressie of verwardheid. Voorbeelden van vrijheidsbeperkende interventies zijn het toepassen van de Zweedse band, onrusthekken, pols- en enkelbanden of een stoel met een tableau. Het beperken van de vrijheid mag alleen nog gebeuren als alle alternatieven zijn afgewogen en vrijheidsbeperking de beste maatregel lijkt te zijn voor het welzijn van de patiënt. De procedure *Besluitvorming en gebruik beschermende maatregelen* is inhoudelijk herzien en opnieuw getoetst aan wet- en regelgeving, maatschappelijke eisen en eisen van de inspectie. Onderdelen van het project zijn verder het ontwikkelen van een (meerjaren) scholingsprogramma voor verpleegkundigen en het gebruik van adequate middelen en materialen.

Patiëntenparticipatie

In alle bovengenoemde activiteiten moeten de mening en wensen van patiënten over de veiligheid in het ziekenhuis meegenomen worden. Patiëntveiligheid is besproken in het cliëntenberaad en de leden van het cliëntenberaad zijn aanwezig geweest tijdens de week van de Patiëntveiligheid in november 2010. In december is met de raad afgesproken dat in 2011 nog beter gekeken wordt in hoeverre patiënten betrokken kunnen worden bij patiëntveiligheid in het ziekenhuis. De zogeheten patiëntveiligheidskaart zal, met hun instemming, in 2011 ingevoerd worden. Een kaart die aan alle opgenomen patiënten wordt uitgedeeld met adviezen hoe de patiënt zelf kan bijdragen aan zijn veiligheid.

Sterftecijfer (HSMR)

In 2009 zijn wij gestart met het krijgen en bieden van inzicht in onze sterftecijfers. In 2010 bedroeg het gestandaardiseerde sterftecijfer 62 (95% betrouwbaarheidsinterval van 54-71) tegenover 77 in 2009 (95% betrouwbaarheidsinterval van 69-86) en 88 in 2008 (95% betrouwbaarheidsinterval van 78-99). Daarmee presteerde het Rijnland Ziekenhuis wederom beter dan op grond van de zorgzwaarte van onze patiënten mag worden verwacht. In 2010 bedroeg ons ruwe sterftecijfer 1,63% (260 overleden patiënten). In 2009 bedroeg het ruwe sterftecijfer 2,1% en in 2008 2%. Op het moment van deponeren van dit maatschappelijk verslag ontbreken nog de landelijke gegevens over 2010.

Communicatie

Het belang van een goede communicatie over het thema patiëntveiligheid wordt door de raad van bestuur en de leidinggevendenden onderkend. Ook in 2010 zijn alle medewerkers, het cliëntenberaad, de huisartsen en andere relaties geïnformeerd over de activiteiten op het gebied van patiëntveiligheid onder meer in de Nieuwsbrief Patiëntveiligheid die twee keer werd uitgegeven. In deze nieuwsbrief is informatie opgenomen over de actuele ontwikkelingen met betrekking tot de invoering van het VMS en de lopende projecten.

En verder

SURPASS-film

Met het geld van de in 2009 gewonnen veiligheidsprijs voor het ontwikkelen van de SURPASS-checklist (sinds 2009 gebruikt bij elke operatie) is een voorlichtingsfilm gemaakt. Aan wachtenden op de polikliniek anesthesiologie wordt die film inmiddels vertoond. Bij de invoering van SURPASS (Surgical Patient Safety System) haakte het Rijnland Ziekenhuis aan bij het onderzoek van het AMC naar het nut van zo'n systeem. De resultaten liegen er niet om: het aantal sterfte bij operaties daalde bij gebruik van deze checklist met de helft! Rijnland Ziekenhuis is één van de zes Nederlandse ziekenhuizen waar de SURPASS-checklist wordt gebruikt.

Rijnland Patiëntveiligheidsprijs

Jaarlijks wordt deze stimuleringsprijs uitgereikt in de week van de Patiëntveiligheid. Dit jaar werd de prijs uitgereikt aan een verpleegafdeling die zich had ingezet om de medicatieveiligheid op de afdeling te vergroten, onder meer door bijscholing over medicatieveiligheid en door het dragen van veiligheidshesjes.

Spoedinterventieteam (SIT)

Als een patiënt in een levensbedreigende situatie verkeerd, kan sinds 2010 het spoedinterventieteam worden opgeroepen. Een goed op elkaar ingespeeld team met apparatuur creëert binnen tien minuten een complete IC-omgeving rond de patiënt.

Rijnland Verpleging en Verzorging

Rijnland V&V wil een organisatie zijn die zich steeds verbetert. Het is dan ook van belang om de (ervaren) kwaliteit te meten om aanknopingspunten te hebben voor verbetering. Ook streeft Rijnland V&V naar transparantie. Zo worden aan *KiesBeter.nl* sinds 2008 de resultaten aangeleverd van het cliënttevredenheidsonderzoek (CQ-index) en van de zorginhoudelijke indicatoren. Rijnland V&V vindt de meting op de zorginhoudelijke indicatoren een belangrijk onderdeel van het primaire proces, het reguliere werk. Zo meet Rijnland V&V de zorginhoudelijke indicatoren elk kwartaal, terwijl landelijk de verplichting geldt van 1 keer per jaar. De resultaten worden na elke meetweek in een multidisciplinair overleg per afdeling en een multidisciplinair overleg per cliënt geanalyseerd en verbeteracties worden ingang gezet. Door de meting per kwartaal van de zorginhoudelijke indicatoren en de tweejaarlijkse uitvoering van het cliënttevredenheidsonderzoek wordt het resultaat van de kwaliteit van zorg in het algemeen en de verbeteracties in het bijzonder gevolgd.

Clïenttevredenheidsonderzoek

Op alle locaties van Rijnland V&V is een cliënttevredenheidsonderzoek gehouden. In Oudshoorn in het voorjaar 2010 en in Leythenrode en Noorderbrink in het najaar 2010. De resultaten van het onderzoek op de drie locaties zijn bekend. De vertaling daarvan in relatie tot het landelijke gemiddelde (de zogenaamde sterren) is echter alleen nog voor Oudshoorn beschikbaar. Eind maart 2011 maakt Zichtbare Zorg naar verwachting ook de sterren van Leythenrode en Noorderbrink bekend.

Oudshoorn	PG	Somatiek
Lichamelijke verzorging	+++	++
Maaltijden	+++	+
Schoonmaken	+++	+++
Sfeer	+++	+
Privacy en woonruimte	+	+
Veiligheid woonleefomgeving	+++	+++
Dagbesteding en participatie	+++	++
Mentaal welbevinden	+++	++
Professionaliteit en veiligheid	++++	+++
Bejegening	++++	++
Zorgleefplan en evaluatie	++++	++

Inspraak en overleg	+++	+
Informatie	++++	+
Beschikbaarheid personeel	+++	++

De norm voor Rijnland V&V is om bij alle indicatoren ten minste drie sterren, het landelijke gemiddelde, te behalen. Oudshoorn scoort bij een aantal indicatoren boven het landelijke gemiddelde. De verwachting is dat dit ook voor Leythenrode en Noorderbrink geldt. Ten aanzien van de indicatoren waarbij het streven van drie sterren nog niet is behaald, zijn verbeterplannen opgesteld. Een voorbeeld is een plan ter verbetering van de indicator 'maaltijden' (PREZO prestatie 'smakelijke maaltijden en hapjes en drankjes'). Op de Brug en de Oever is een pilot gestart met een andere maaltijdleverancier. De pilot is afgesloten met een enquête onder de cliënten. Recent is de pilot geëvalueerd en besloten is dat naast de Brug en de Oever ook afdeling De Heuvel overstapt naar de andere maaltijdleverancier.

Zorginhoudelijke meting (meetweek)

De juni meting van de zorginhoudelijke indicatoren is aangeleverd aan Zichtbare Zorg. De vertaling van de resultaten van deze meetweek in relatie tot het landelijke gemiddelde (de sterren):

ZI indicator	Oudshoorn	Leythenrode
Risicosignalering uitvoering	++	+++
Risicosignalering opvolging	+	++++
Huidletsel	++	+++
Decubitus	+	+++
Voedingstoestand	++++	++++
Valincidenten	+++	+++
Medicijnincidenten	+++	+++++
Antipsychotica	+++	++
Depressieve symptomen	++	+++
Incontinentie prevalentie	+++	+++
Incontinentie diagnose	++	++++
Probleemgedrag	+++	+++
Vrijheidsbeperkende maatr.	+++	++

Ook hier is de norm ten minste drie sterren, het landelijke gemiddelde. En ook hier scoort Rijnland V&V op een aantal indicatoren boven het landelijke gemiddelde. Ten aanzien van de indicatoren waarbij het streven van drie sterren nog niet is behaald, zijn verbeterplannen opgesteld.

Zo heeft Oudshoorn een verbeterplan op de PREZO prestatie: 'de cliënt wordt zo veel mogelijk behoed voor huidletsel (smetten, vochtletsel en decubitus)' opgesteld. De praktijkverpleegkundigen spelen een sleutelrol in dit verbeterplan. Daarnaast zijn in Oudshoorn risicosignaleringen op de zes zorgproblemen (decubitus, vallen, medicatie, incontinentie, kenmerken depressie, ondervoeding) ingevoerd. Voor Leythenrode ligt de prioriteit op het verminderen van de vrijheidsbeperkende maatregelen. Hieraan is in 2010 hard gewerkt:

- geeltjes meting van vrijheidsbeperkende maatregelen,
- aanschaf bewegingssensoren,
- bewustwordingsbijeenkomsten voor medewerkers en familie,
- de sleutelhanger actie,
- instellen van een expertiseteam ter consultatie van het afbouwen van de Zweedse band.

Thema's verantwoorde zorg	Beleid, inspanningen, resultaten en verbeterpunten												
1. Zorg- en leefplan / behandelplan	Rijnland V&V richt zich in haar beleid op de versterking van vraaggerichte zorg en regievoering door de cliënt. Elke locatie heeft een verbeterplan opgesteld ten aanzien van de PREZO prestatie Zorgleefplan. Een belangrijk onderdeel hiervan was een cursus voor de teamcoaches en een deel van de EVV'ers in het resultaatgericht werken met het zorgleefplan. Expliciete aandacht in het verbeterplan hebben de inspraak van de cliënt en de evaluatiemomenten met de cliënt gekregen. Met het regelmatig houden van evaluatiegesprekken met de cliënt wil Rijnland V&V daadwerkelijk invulling geven aan de betrokkenheid van de cliënt bij het multidisciplinair overleg. In 2010 zijn twee afdelingen een pilot gestart met de invoering van een elektronisch cliëntdossier (ECD). Bedoeling is dat in 2011 meer afdelingen werken met het ECD waarbij het papieren cliëntdossier is vervangen. Er is besloten om bij invoering van het ECD de termen Cliëntdossier en Cliëntplan te vervangen door de landelijk gebruikte term Zorgleefplan.												
2. Communicatie en informatie	Elke locatie heeft een verbeterplan opgesteld ten aanzien van de PREZO prestatie Communicatie en Informatie. Een actie uit het plan die in 2011 is gerealiseerd is dat het informatiepakket voor nieuwe cliënten een aanvulling bevat met informatie over het medisch ethisch beleid, de brandveiligheid en het non fixatiebeleid van Rijnland V&V. In 2009 is met de invoering van Zorg Zwaarte Pakketten (ZZP's) de kwantitatieve en kwalitatieve inzet van personeel gekoppeld aan de zorgzwaarte van de cliënt. Rijnland V&V heeft tien zorgarrangementen beschreven zodat de cliënt kan weten wat hij/zij bij een bepaalde zorgvraag van ons kan verwachten. Deze zorgarrangementen zijn in 2010 in gedrukte vorm en op de website gepubliceerd. Aan de website van Rijnland V&V wordt continu gewerkt om de informatie actueel te houden.												
3. Lichamelijk welbevinden	Binnen Rijnland V&V is veiligheid/ risicobeheersing belangrijk. In 2010 zijn de risicosignaleringen geïmplementeerd op de zes zorgproblemen, te weten: - huidletsel - ondervoeding - vallen - problemen medicatiegebruik - depressie - incontinentie. Vastgelegd is dat deze risicosignaleringen structureel voor elk MDO en bij elke nieuwe cliënt worden uitgevoerd. Als er sprake is van een verhoogd risico, wordt dit met benodigde acties opgenomen in het cliëntplan. Beide locaties hebben een voedingscommissie opgericht. Doelstelling van de commissie is het actualiseren van het vocht en voedingsbeleid. In 2010 is gestart met het werken met de SNAQ^{TC} en is een procedure slikproblemen opgesteld. Vanuit de Hygiëne Infectieziekten Preventiecommissie is het handboek NORO geactualiseerd. Daarnaast is de influenzavaccinatie door deze commissie gecoördineerd. Bijna 90% van alle V&V cliënten en 35% van alle medewerkers zijn gevaccineerd.												
4. Zorginhoudelijke veiligheid	In 2010 zijn de prestatie-indicatoren van het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg twee maal gemeten. De juni meting is aangeleverd aan Zichtbare Zorg. Locatie Leythenrode laat een duidelijke verbetering zien ten opzichte van het jaar 2009. In totaal zijn zes sterren meer behaald. In 2010 laat Oudshoorn geen verbetering zien. Over locatie Noorderbrink zijn helaas door een fout van Zichtbare Zorg geen sterren bekend gemaakt. <table><tr><th>Aantal indicatoren</th><th>Leythenrode</th><th>Oudshoorn</th></tr><tr><td>Onder landelijk gemiddelde (1 of 2 sterren)</td><td>3</td><td>6</td></tr><tr><td>Op landelijk gemiddelde (3 sterren)</td><td>8</td><td>7</td></tr><tr><td>Boven landelijke gemiddelde (4 of 5 sterren)</td><td>4</td><td>2</td></tr></table>	Aantal indicatoren	Leythenrode	Oudshoorn	Onder landelijk gemiddelde (1 of 2 sterren)	3	6	Op landelijk gemiddelde (3 sterren)	8	7	Boven landelijke gemiddelde (4 of 5 sterren)	4	2
Aantal indicatoren	Leythenrode	Oudshoorn											
Onder landelijk gemiddelde (1 of 2 sterren)	3	6											
Op landelijk gemiddelde (3 sterren)	8	7											
Boven landelijke gemiddelde (4 of 5 sterren)	4	2											

	Rijnland V&V wil in haar volgende jaarverslag over 2011 op alle zorginhoudelijke indicatoren ten minste drie sterren behalen.
5. Woon- en leefomstandigheden	Verpleeghuis Leythenrode realiseert in 2011 in nieuwbouwcomplex De Ommedijk vier kleinschalige groepswoningen. Elke woning biedt plaats aan zeven cliënten. Bijna iedere cliënt beschikt over een eigen zit-slaapkamer. Kleinschalig wonen gaat uit van wonen in een kleine groep (7 cliënten) met een vast team medewerkers waarbij gezamenlijk een huishouden wordt gerund. Op de woning wordt, in tegenstelling tot een traditioneel verpleeghuis, gekookt en gewassen. Waar mogelijk helpen de cliënten mee met lichte huishoudelijke werkzaamheden. Het is gebleken dat kleinschalig wonen een positieve bijdrage levert aan het actief blijven. Verpleeghuis Oudshoorn staat in 2010 aan het begin van een omvangrijk nieuwbouwtraject. Op de locatie van het oude gebouw komt een prachtig nieuw gebouw. Het nieuwe verpleeghuis zal op veel punten afwijken van het huidige traditionele gebouw. Zowel qua fysieke omgeving als qua zorgconcept. Uitgangspunt is kleinschalig wonen voor psychogeriatrische cliënten binnen een grootschalige setting. In de kleinschalige groepswoningen heeft elke cliënt een eigen zit-slaapkamer. Het dorpsplein biedt volop mogelijkheden voor ontmoeting, beweging en activiteiten. Ook de tuin is voor iedereen toegankelijk. De eerste sloopwerkzaamheden zijn eind 2009 gestart. De persoonlijke veiligheid van zowel de cliënten, bezoekers als het personeel binnen de locaties van Rijnland Zorggroep V&V is van het grootste belang. In 2010 hebben medewerkers een herhalings- of basiscursus bedrijfshulpverlening gevolgd (brand, ontruiming en EHBO).
6. Participatie en dagstructurering	In 2010 zijn de afspraken die met cliënten zijn gemaakt meer gespecificeerd in het cliëntplan verwerkt. Door middel van het stellen van open vragen met betrekking tot dit domein heeft de organisatie beter kunnen aansluiten op de wensen en behoeften van de cliënt. In Leythenrode heeft de cliëntenraad een jaarvergadering georganiseerd waarbij verantwoording is afgelegd naar de achterban en het ECD is toegelicht. In Oudshoorn vinden per afdeling periodiek familieavonden plaats. Hierbij wordt altijd de cliëntenraad uitgenodigd. Tijdens deze familieavonden wordt informatie verstrekt over actuele thema's die spelen op de afdeling en op de locatie. Tevens is hier volop gelegenheid met elkaar te discussiëren over de gang van zaken op de afdeling.
7. Mentaal welbevinden	Rijnland V&V heeft in 2010 naast dat in Alphen aan de Rijn en Leiderdorp ook in Hazerswoude een ontmoetingscentrum opgezet. Het centrum richt zich op thuiswonende beginnend dementerenden en hun partner of mantelzorger. Er wordt een breed dagprogramma geboden. Ook kunnen de bezoekers concrete adviezen en begeleiding krijgen. Een werkgroep is bezig is de landelijke richtlijn 'probleemgedrag' te vertalen naar de praktijk van de beide verpleeghuizen. Bedoeling is dat de richtlijn 'probleemgedrag' in 2011 wordt geïmplementeerd. In 2010 was het terugdringen van de vrijheidsbeperking en het afschaffen van het gebruik van de Zweedse band een belangrijk speerpunt. Het handboek BOPZ en vrijheidsbeperkende maatregelen is geactualiseerd en bij de medewerkers met behulp van informatiebijeenkomsten geïntroduceerd. Ook zijn in samenwerking met Innovatie Kring Dementie. aparte bewustwordingsbijeenkomsten voor medewerkers en familieleden gehouden. Er is een expertiseteam opgericht bestaande uit een specialist ouderengeneeskunde, psycholoog en ergotherapeut. Het expertiseteam kan worden geconsulteerd door een afdeling die problemen heeft bij het afbouwen van vrijheidsbeperkende middelen. Er heeft een ludieke actie plaatsgevonden door het uitleen van sleutelhangers met sleuteldrop aan alle medewerkers.
9. Voldoende en bekwaam personeel	Rijnland V&V is voor de protocollen voorbehouden- en risicovolle handelingen op een landelijk netwerk, Vilans, geabonneerd. Deze protocollen zijn gebaseerd op de laatste landelijke richtlijnen. Verzorgenden zijn geschoold op voorbehouden- en risicovolle handelingen. Na een behaalde toets zijn bekwaamheidsverklaringen verstrekt.

10. Keten zorg

In 2010 is zowel binnen Rijnland Zorggroep als met andere samenwerkingspartners verder gewerkt aan het optimaliseren van ketenzorg. Doelstelling van ketenzorg is de juiste zorg, op de juiste plek en op het juiste moment. De cliënt of patiënt staat daarin dus centraal.

Binnen Rijnland Zorggroep hebben wij een 'stroke' service die zich richt op zo optimaal mogelijk herstel van patiënten die een CVA hebben doorgemaakt. In 2011 zal deze keten in samenwerking met het Rijnland Ziekenhuis verder worden uitgewerkt tot een CVA-zorgpad.

De transferafdeling in het Rijnland Ziekenhuis draagt bij aan het verminderen van de verkeerde bedproblematiek in het ziekenhuis. De transferafdeling staat onder verantwoordelijkheid van Verpleeghuis Leythenrode en is bedoeld voor medisch specialistisch uitbehandelde patiënten waarvoor de vervolgzorg nog niet duidelijk is en die een tijdelijke overbrugging nodig hebben voordat ze naar huis of een andere woonvorm kunnen.

De palliatieve unit in Verpleeghuis Leythenrode ontvangt zowel patiënten uit het Rijnland Ziekenhuis als thuiswonende mensen die niet thuis kunnen of willen sterven. De palliatieve unit is speciaal ingericht om de laatste fase van iemands leven zo comfortabel mogelijk te laten zijn. Er staat een deskundig team klaar van professionals en vrijwilligers die in een huiselijke setting de zorg en ondersteuning bieden aan zowel de cliënt als zijn/haar naasten.

Als vervolg op het Koplopertraject dementie is de dementieketen Rijnstreek een verdere impuls gegeven. Doelstelling is een optimaal werkende dementieketen in de Rijnstreek waarbij er samenhang is tussen de verschillende diensten. Hierbij werkt Rijnland Zorggroep intensief samen met andere zorgaanbieders, het Zorgkantoor en de Stichting Alzheimer.

De verdere vormgeving van de ketenzorg dementie komt tot uiting door de uitbreiding van de ontmoetingscentra en extra inzet van casemanagers.

Om de ketenzorg in 2011 verder te verbeteren wordt in samenwerking met het Rijnland Ziekenhuis de afdeling zorglogistiek vormgegeven.

4.4.2. Klachten

Rijnland Ziekenhuis

Het behandelen van een klacht begint op het niveau waarop de onvrede is ontstaan. Dat wil zeggen, dat problemen of klachten zo dicht mogelijk bij de bron worden afgehandeld. Als de klager van deze mogelijkheid geen gebruik heeft gemaakt of wenst te maken, kan de klager gebruikmaken van de klachtenprocedure. De klachtenprocedure van het Rijnland Ziekenhuis onderscheidt klachtenbemiddeling door de klachtenfunctionaris en klachtenbehandeling door de klachtencommissie.

Contact opnemen met de klachtenfunctionaris kan schriftelijk, via de folder "Wat ik nog zeggen wil", website, telefonisch of direct mondeling. Door deze laagdrempelige klachtenprocedure bieden we de patiënten/bezoekers de mogelijkheid om hun onvrede, opmerkingen of suggesties op een eenvoudige wijze kenbaar te maken en direct gehoord te worden of uitleg te krijgen over bepaalde situaties. Hiermee wordt getracht zo snel mogelijk de onvrede bij de klager weg te nemen en de relatie tussen klager en beklagde te herstellen. De klachtenfunctionaris is in dienst van de Rijnland Zorggroep.

De klachtencommissie behandelt aan haar voorgelegde klachten indien de klager geen behoefte heeft aan bemiddeling of als de bemiddeling niet het gewenste resultaat heeft opgeleverd. De klachtencommissie doet onderzoek naar de toedracht van de klacht, geeft haar oordeel over de gegrondheid van de klacht en brengt een eindrapport uit aan de raad van bestuur, eventueel vergezeld van aanbevelingen over te nemen maatregelen om herhaling te voorkomen. De klachtencommissie bestaat uit tenminste drie onafhankelijke leden en wordt ondersteund door een secretaris. De secretaris is in dienst van de Rijnland Zorggroep.

Patiënten kunnen in de folder: *klacht recht patiënt* en op de website van de Rijnland Zorggroep informatie vinden over deze klachtenprocedure en op welke wijze zij de volledige tekst van de klachtenprocedure kosteloos kunnen aanvragen. De folder ligt op de poliklinieken en verpleegafdelingen.

Klachtenbemiddeling

De Klachtenfunctionaris registreerde in 2010 van 1193 personen 1447 reacties, waarvan

- negatief: 676
- positief: 543
- neutraal: 228 (reacties met een vraag).

In vergelijking met 2009 was er een afname van 35 reacties. Er waren 50 negatieve reacties minder.

Categorie	Analyse	Gerealiseerde verbetering
Behandelingsaspecten	Klachten over het informeren namen weer iets toe.	Diverse protocollen en folders herzien.
Relationele aspecten	Een lichte afname bij klachten over de bejegening.	Planetree® verder uitgerold.
Organisatorische aspecten	Klachten over de coördinatie tussen specialisten bij de behandeling van een patiënt nemen af; wel een toename in beschik- en bereikbaarheid van artsen en verpleegkundigen.	Overdracht van SEH naar HuisartsenPost (en terug) is verbeterd.
Financiële aspecten	Toename van klachten over de rekening.	Betere informatie naar huisartsen over zorgtarieven.
Hotelzorg / bouw	Hoog percentage klachten met name veroorzaakt door de parkeertarieven.	- Stiltecentrum weer beschikbaar; - Bewegwijzering hoofdingang verbeterd; - Bushalte voor de hoofdingang gerealiseerd.

Klachtencommissie

De klachtencommissie was in het verslagjaar als volgt samengesteld:

Leden klachtencommissie	Aftredend / herbenoembaar
• de heer mr. G.W. van der Bend, voorzitter, (werkzaam geweest in de rechterlijke macht) • mevrouw mr. C.I. Blok-Bitter, voorzitter, (werkzaam geweest in de rechterlijke macht) • de heer P. Hertzberger (werkzaam geweest als huisarts) • mevrouw C.J.P.M. Kroon-Gründemann, (werkzaam in de thuiszorg als verpleegkundige) • de heer dr. E.J. Buurke (werkzaam geweest als internist)	afgetreden in juli 2010 benoemd juli 2010; herbenoembaar in juli 2013 herbenoemd in juli 2010 herbenoemd in okt. 2010 herbenoembaar in mrt.2011

De klachtencommissie is in het verslagjaar 8 keer bijeen geweest. Tijdens deze bijeenkomsten werden gesprekken gevoerd met de betrokkenen (afzonderlijke hoorzittingen met klager en aangeklaagde), werd beraadslaagd en kwamen andere aangelegenheden aan de orde.

De klachtencommissie werd ondersteund door mevrouw E.E.G. Bakker, secretaris.

De secretaris registreert en categoriseert de klachten zodanig, dat de privacybescherming van klager en beklagde gewaarborgd is. De regels van het privacyreglement worden hierbij in acht genomen. De registratie en de dossiers worden gedurende 10 jaar bewaard in het archief van de klachtencommissie.

Klachtenbehandeling

In 2010 zijn 5 klachten aan de klachtencommissie voorgelegd, waarvan 2 klachten in 2010 konden worden afgerond. De overige 3 klachten waren aan het eind van het jaar nog niet afgerond. Daarnaast heeft de klachtencommissie 7 klachten uit 2009 afgerond. In totaal heeft de commissie 9 keer uitspraak gedaan. Het aantal binnengekomen klachten in 2010 is opvallend laag. Navraag bij de klachtenfunctionaris leert dat zij in 2010 in totaal 676 klachten heeft binnengekregen. Daarvan waren circa 10 medische klachten die door de klachtencommissie behandeld hadden kunnen worden. Door adequate bemiddeling van de klachtenfunctionaris is het zover niet gekomen.

De behandeling van een klacht bestond uit een schriftelijke uitwisseling van de stukken en een hoorzitting. Indien de commissie dat nodig achtte heeft zij verder onderzoek gedaan, zoals inzage in het medisch dossier (met toestemming van klager), het inzien van relevante richtlijnen en andere schriftelijke afspraken.

Een klacht kan tegen meerdere personen zijn gericht. Van alle betrokkenen werd een schriftelijke reactie, het verweer, gevraagd en met bijna allen is een gesprek gevoerd.

De klachtencommissie, die doorgaans voltallig vergadert, heeft in 2010 tijdens de hoorzittingen 21 gesprekken gevoerd. In de regel werden partijen apart gehoord.

De klachten bevatten vaak meerdere aspecten. De klachtencommissie gaf per aspect van de klacht een oordeel. Voor een eenduidige registratie van het aantal en de aard van de klachten zijn de klachtaspecten als volgt ingedeeld: behandeling (een onjuiste of te late diagnose, te vroeg ontslag uit het ziekenhuis, voorschrijven van een verkeerd medicijn, foutieve behandeling), bejegening (respect, aandacht en vertrouwen), organisatie (bereikbaarheid, verplaatsing, wachttijden), communicatie (informatie over de gezondheid, melden van complicaties) en financiële aspecten.

Van de twee klachten uit 2010 en de zeven klachten uit 2009 waarin de klachtencommissie een uitspraak heeft gedaan zijn 0 klachten in zijn geheel gegrond verklaard, zijn 3 klachten in zijn geheel ongegrond verklaard en 6 klachten werden gedeeltelijk gegrond en gedeeltelijk ongegrond verklaard. Per klachtaspect wordt in onderstaande tabel een overzicht gegeven van de gegrondheid ervan.

Klachtaspect 2010	aantal	gegrond	niet gegrond	Geen oordeel
Behandeling	31	9	22	0
Bejegening	1	0	1	0
Organisatie	0	0	0	0
Communicatie	4	3	1	0
Financiële aspecten*	1	0	0	1
Totaal	37	12	24	1

* De klachtencommissie is niet bevoegd om uitspraak te doen inzake schadeclaims en / of financiële aangelegenheden.

Een overzicht van het aantal klachten en klachtaspecten van de vijf voorafgaande jaren geeft het volgende beeld.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Aantal klachten	28	22	21	10	15	5

Klachtaspecten

Behandeling	20	22	19	40	25	31
Patiëntenrecht	2	3	2	3	0	0
Bejegening	11	12	6	7	2	1
Organisatie	0	1	3	1	0	4
Communicatie	5	4	8	8	7	0
Financiële aspecten*	0	0	0	0	0	1

* De klachtencommissie is niet bevoegd om uitspraak te doen inzake schadeclaims en / of financiële aangelegenheden. De klachtencommissie heeft daarom bij de behandeling van een klacht, waarin ook een schadeclaim was opgenomen, zich beperkt tot de klacht zelf en geen uitspraak gedaan over de claim

De uitspraken van de klachtencommissie werden toegezonden aan de raad van bestuur, aan klager/klaagster en de betrokken personen werkzaam bij het Rijnland Ziekenhuis.

De raad van bestuur heeft alle klagers naar aanleiding van de uitspraken van de klachtencommissie schriftelijk bericht over haar standpunt van de ten aanzien van de uitspraak. Daarbij heeft de raad van bestuur zich geconformeerd aan de uitspraken van de klachtencommissie en de aanbevelingen goeddeels overgenomen. In alle gevallen heeft de raad van bestuur binnen de bij de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector gestelde termijn, te weten binnen een maand na het bekend worden van de uitspraak, gereageerd. Alle reacties van de raad van bestuur aan klagers / klaagsters werden in kopie aan de klachtencommissie en beklaagden gestuurd.

Aansprakelijkstelling

Evenals voorafgaande twee jaren is het ziekenhuis 12 maal aansprakelijk gesteld voor medisch handelen. Omdat patiënten nog tot vijf jaar nadat de schade bekend is geworden een claim kunnen indienen, verwachten we over de jaren 2006-2010 nog claims te ontvangen. Op basis van deze prognose komt het ziekenhuis in tegenstelling tot de twee voorafgaande jaren net iets boven het normpercentage, in vergelijking met 13 andere ziekenhuizen met dezelfde premielasten.

De claimrisico's over de afgelopen 5 jaar liggen voornamelijk bij de diagnosestelling, de algemene chirurgie, SEH en de arts-assistenten.

Rijnland Verpleging en Verzorging

Rijnland V&V staat open voor klachten van cliënten. Het wordt op prijs gesteld wanneer cliënten hun onvrede of klachten melden. De klachten van cliënten en hun vertegenwoordigers worden bij voorkeur snel en adequaat opgelost zodra deze gemeld wordt. Mocht hiermee de klacht niet zijn opgelost of de cliënt heeft behoefte aan ondersteuning van een onafhankelijke functionaris, dan kan de klacht worden besproken met de Cliëntvertrouwenspersoon. Na afhandeling krijgt de melder van de klacht mondeling of schriftelijk bericht. De streeftermijn voor afhandeling bedraagt vier weken. In alle gevallen is het streven om na te gaan of de klacht op zichzelf staat of niet, eenmalig is of zich vaker voordoet.

De stafmedewerker kwaliteit heeft in het verslagjaar 33 klachten geregistreerd. Er is sprake van een evenredige verdeling over het jaar. Drie kwartalen met 8 klachten en één kwartaal met 9 klachten. Het aantal klachten van 33 is een flinke stijging ten opzichte van 2009, toen zijn er 19 klachten geregistreerd. Het aantal klachten van 2010 is overigens precies gelijk aan het aantal klachten van 2008. Ook toen werden 33 klachten geregistreerd. Rijnland Zorggroep is aangesloten bij een onafhankelijke regionale klachtencommissie. Een familielid van een cliënt heeft hiervan in 2010 gebruik van gemaakt. Deze klacht is door de onafhankelijke klachtencommissie gegrond verklaard.

Een overzicht van het aantal klachten en klachtaspecten van de afgelopen drie jaren geeft het volgende beeld.

	2008	2009	2010
Aantal klachten	33	19	33

Klachtaspecten

Nakomen afspraken zorg / comm.	7	7	18
Basiszorg	4	7	12
Maaltijden	6	5	1
Wasserij kleding	4	1	4
Zoekraken eigendommen	3	1	1
Overige	8	5	0

De klachten van cliënten zijn door de stafmedewerker kwaliteit met de betreffende leidinggevende en/of medewerker besproken. Zij hebben tot oplossing of verbetering geleid of bijgedragen aan het voorkomen van fouten in de toekomst. Enkele klachten die in 2010 zijn ingediend hebben bijgedragen aan het verbeteren van procedures of het herzien van werkwijzen. Zo zijn verbeteringen aangebracht:

- in de maaltijden:
 - een nieuwe leverancier levert de warme maaltijd;
 - er kan meer tegemoet gekomen worden aan de persoonlijke wensen van cliënten ten aanzien van de warme maaltijd;
- in de zorg- en dienstverlening:
 - zijn casusbesprekingen met verzorgenden georganiseerd over bejegening en zorg rondom het levenseinde;
 - is aan het formulier persoonsgegevens de wens van familie ten aanzien van het leggen van contact toegevoegd;
 - zijn extra zorghulpverleners aangenomen en ingezet op een bepaalde afdeling;
 - is het protocol 'verzorging van maagsonde' aangepast;
- in de faciliteiten:
 - is de technische dienst toegevoegd in de communicatie bij NORO zodat ook zij op tijd weten dat cliënten bijvoorbeeld die dag niet intern kunnen verhuizen;
 - zijn aan de informatiemap richtlijnen voor het regelen van vervoer en begeleiding toegevoegd;
 - is de plattegrond van de appartementen van Noorderbrink geactualiseerd;
 - is het toestemmingsformulier voor het gebruik van foto's verduidelijkt ten aanzien van het mogelijke gebruik van de foto's;
 - wordt de post voor Leythenrode direct aan de Hoogmadesweg 55 bezorgd in plaats van eerst bij het Rijnland Ziekenhuis;
 - is de brief die cliënten krijgen die op de wachtlijst staan verduidelijkt.

Het overzicht van gemelde klachten, de afhandeling daarvan en de kwartaalanalyse worden periodiek door het managementteam en de cliëntenraad besproken.

4.5. Kwaliteit ten aanzien van medewerkers

4.5.1. Personeelsbeleid

Onze medewerkers zijn de vitale factor binnen de organisatie: door met hen in gesprek te blijven en verwachtingen bespreekbaar te blijven maken, blijven medewerkers aangesloten bij wat we doen en waarom. De integrale verantwoordelijkheid van de leidinggevendenden is een stevige taak waarbij zij vanuit diverse stafafdelingen optimaal ondersteund moeten worden. De belangrijkste thema's in het HR beleid blijven gericht op het vergroten van het verandervermogen en veranderbereidheid van zowel leidinggevendenden als onze medewerkers en de organisatie. In het jaar 2010 is dan ook verder vorm gegeven aan de ingezette professionalisering van de afdeling HRM. Door de ontwikkeling van de afdeling als geheel en de HR adviseurs in het bijzonder, wordt een actieve bijdrage geleverd om leidinggevendenden te ondersteunen bij de uitvoering van het personeelsbeleid.

Het Planetree[®] gedachtegoed en competenties van belang voor het behalen van onze strategische doelstellingen, zijn vertaald in een resultaatgericht ontwikkelingsgesprek in een digitale omgeving. Een dergelijk instrument helpt de leidinggevendenden om onze medewerkers te blijven aanspreken op gedrag, resultaten, groei en ontwikkeling.

Opleiden en Ontwikkelen

In toenemende mate worden we als zorgorganisatie geconfronteerd met een verouderende werknemerspopulatie en met een krapper wordende arbeidsmarkt. Directe concurrentie door zorginstellingen op korte afstand maakt dat het binden en boeien van medewerkers belangrijk is en blijft. Eén van de antwoorden op deze vraagstukken is het opleiden van medewerkers. Jaarlijks wordt er ruim 1% van de loonsom besteed aan het opleiden en ontwikkelen van onze medewerkers.

In 2010 is het startschot gegeven voor een Management Development programma, specifiek bedoeld voor het middenkader. In drie jaar tijd zal het gehele middenkader deze incompany opleiding gevolgd hebben. Daarbij leren leidinggevendenden in een mix van Rijnland V&V en Rijnland Ziekenhuis met elkaar en van elkaar. Daarnaast is een traject gestart voor 'high potentials': medewerkers die in de (nabije) toekomst leidinggevende binnen onze organisatie zouden kunnen worden. Met deze activiteiten willen we niet alleen onze medewerkers verder ontwikkelen, maar willen we ook - zowel in- als extern - het signaal afgeven dat we het belangrijk vinden om in onze mensen te investeren.

Er is in 2010 ook een start gemaakt met het inrichten van een opleidingsprogramma voor senior verpleegkundigen. Dit programma zal in principe in 2011 van start gaan.

Door opleidingen zichtbaar aan te bieden willen we een aantrekkelijke werkgever zijn en blijven.

In Rijnland V&V wordt gewerkt aan de voorbereiding op het kleinschalig wonen. Om medewerkers voor te bereiden op deze nieuwe manier van werken, worden ze getraind en opgeleid. In 2010 is het scholingsprogramma ontwikkeld en zal in 2011 worden uitgerold. Het doel is om zorg in de kleinschaligheid te doceren en medewerkers op te leiden naar andere (veelal hogere) niveaus van zorg.

Leerafdeling

Eind augustus heeft het verpleeghuis Oudshoorn in samenwerking met het ROC ID College een leerafdeling geopend. Een leerafdeling is een samenwerkingsverband tussen een leerbedrijf en een onderwijsinstelling waarbij zowel de theorie als de praktische opleiding binnen het leerbedrijf plaats vindt. De aanleiding voor het opzetten van een leerafdeling binnen Rijnland Zorggroep is het gevolg van de optelsom van een aantal in- en externe ontwikkelingen en de gezamenlijke wens om te anticiperen op deze ontwikkelingen.

In de eerste fase zijn 8 studenten gestart die in 20 weken toegewerkt hebben naar het gezamenlijk zelfstandig runnen van de unit Noord. Zij werden hierbij begeleid door het vaste personeel, die de rol hebben van werkbegeleider. Door het aanbieden van een dergelijke opleidingsmogelijkheid profiteren leerlingen van leren van en met elkaar en zijn zij vanaf de eerste dag van hun leerperiode (onder toezicht) verantwoordelijk voor de zorg. Bewoners en contactpersonen krijgen in deze leervorm meer aandacht.

Studenten zelf geven aan meer geleerd te hebben dan in een regulier stagetraject en hebben bovendien een betere begeleiding ervaren. We zullen in zorggroepverband bespreken of dit in Oudshoorn succesvolle model ook verder uitgerold kan worden binnen andere locaties van de zorggroep.

Opleidingscentrum Rijnland

Het Opleidingscentrum Rijnland (OCR) is in 2009 opgericht. Door het samenbrengen van zoveel mogelijk kennis en kunde op het gebied van het opleiden willen we zowel de kwaliteit als de doelmatigheid van het permanent leren ondersteunen. Het OCR bestaat thans uit de medische opleidingen en – bibliotheek, en de verpleegkundige opleidingen.

De medische bibliotheek is 24 uur per dag toegankelijk. De bibliotheek levert kan met een optimale dienstverlening en (korte) cursussen (PubMed, Evidence-based zoeken) een belangrijke kwalitatieve bijdrage aan het wetenschappelijk klimaat in het ziekenhuis, waardoor anderen zich geïnspireerd weten tot het doen van

onderzoek en vervolgens daarover te publiceren. Een bijdrage wordt ook geleverd aan het algemene leerklimaat door de online tijdschriftenabonnement beschikbaar te stellen voor alle medewerkers op het intranet. Getuige onderstaand overzicht is er in 2009/2010 veel in wetenschappelijke tijdschriften en boeken gepubliceerd.

Publicaties en boekpublicaties 2009/2010

Cardiologie	7
Chirurgie	27
Gynaecologie	3
Intensive Care	4
Interne Geneeskunde	19
Kindergeneeskunde	8
Klinische Chemie	6
KNO	6
Medische Microbiologie	1
Mondheelkunde Kaakchirurgie	2
Neurologie	22
Oogheelkunde	1
Orthopedie	10
Pathologie/Anatomie	1
Radiologie	2
Sportgeneeskunde	2

4.5.2. Kwaliteit van het werk

Medewerkerstevredenheidsonderzoek

Onze medewerkers bepalen met elkaar de kwaliteit van onze zorgverlening en het plezier in het werk! Eind 2009 (Rijnland V&V) en begin 2010 (Rijnland Ziekenhuis) organiseerden we weer een uitgebreid onderzoek naar de tevredenheid van onze medewerkers. Rijnland V&V realiseerde een respons van 47,2 %, 6,5 % minder ten opzichte van het voorgaande onderzoek in 2007. In Rijnland Ziekenhuis daarentegen namen meer medewerkers deel aan het onderzoek dan in 2008. Een respons van 62%! Bijna 12% hoger dan de voorlaatste keer. In het algemeen gesproken bleken de meeste medewerkers onverminderd tevreden, met een lichte verbetering ten opzichte van het laatstgehouden onderzoek.

Maar er waren wel verbeterpunten: voor Rijnland V&V was dat vooral de ervaren werkdruk en de geboden kwaliteit van het werk en de zorgverlening. Voor de medewerkers in Rijnland Ziekenhuis waren vooral de communicatie en de leer- en ontwikkelingsmogelijkheden voor verbetering vatbaar. In de hele zorggroep ervaren medewerkers last te hebben van toenemend agressief gedrag bij patiënten, cliënten en familie. Natuurlijk gaan we met die verbeterpunten opnieuw aan de slag. In 2012 kijken we of we het ook echt beter zijn gaan doen.

Risico-inventarisatie en -evaluatie

Rijnland Zorggroep vindt het belangrijk dat medewerkers zich op de werkplek veilig, gezond en prettig voelen. Om deze aspecten goed in beeld te krijgen en deze te beheersen zijn ook in 2010 voor een groot aantal afdelingen de risico's voor veiligheid, gezondheid en welzijn in kaart gebracht middels de ZorgRIE. Voor alle risico's op het gebied van arbeidsomstandigheden, zoals agressie, fysieke belasting, blootstelling aan stoffen en struikelgevaar, wordt aangegeven hoe deze risico's beheerst gaan worden.

Fysieke belasting

Uit de ZorgRIE blijkt dat fysieke belasting een van de arbeidsrisico's is. Door het inzetten van hulpmiddelen, werkplekonderzoeken, voorlichting en ergocoaches op de afdelingen werden medewerkers gemotiveerd tot "gezond" gedrag. De arboadviseur heeft het afgelopen jaar voor verschillende afdelingen presentaties gegeven over fysieke belasting en heeft op verzoek van bedrijfsarts, leidinggevende of medewerker ongeveer 40 werkplekonderzoeken uitgevoerd. Alle acties zijn uitgevoerd om onnodige belasting tijdens de werksituatie te voorkomen en het reduceren van belastende momenten. Continue aandacht voor fysieke belasting blijft een 'must'. Dus ook volgend jaar zal hier veel aandacht aan worden besteed.

Blootstelling aan gevaarlijke stoffen

Eén van de arbeidsrisico's is het werken met gevaarlijke stoffen. In 2010 zijn twee onderzoeken uitgevoerd naar blootstelling van medewerkers aan gevaarlijke stoffen. Blootstelling aan cytostatica is beoordeeld op de afdelingen apotheek, dagverpleging, urologie en verpleegafdeling B4. Blootstelling aan narcosegassen is beoordeeld op de OK en de verkoeverafdeling. De resultaten en beheersmaatregelen zijn met de betreffende afdelingen besproken.

Bedrijfshulpverlening

Om medewerkers, patiënten en bezoekers in geval van een calamiteit in veiligheid te brengen hebben (vrijwel) alle vaste medewerkers in 2010 een training gevolgd tot ontruimer. Daarnaast zijn er 24 uur per dag bedrijfshulpverleners aanwezig binnen de gebouwen van de Rijnland Zorggroep die in voorkomende gevallen brand kunnen bestrijden en de communicatie met externe hulpverleners verzorgen.

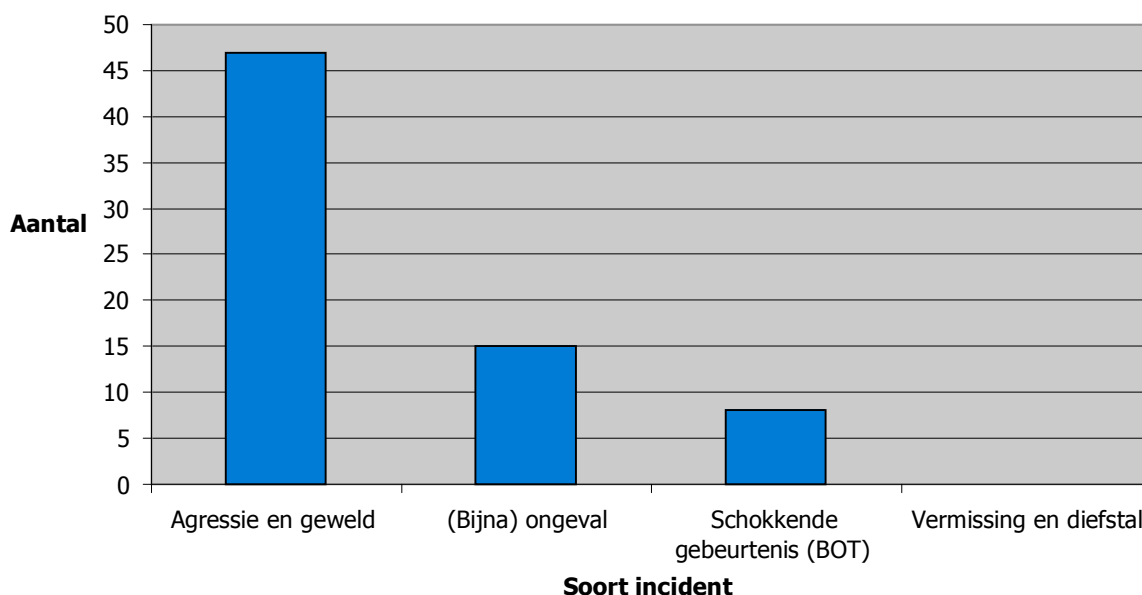
Agressie (Veilige Zorg)

De afgelopen jaren is agressie en geweld tegen medewerkers met een publieke taak meerdere malen in het nieuws geweest. Door het aanbieden van het programma *Veilige Publieke Taak* wil het kabinet het aantal voorvallen van agressie en geweld in 2011 met 15% verminderen. Ook de Rijnland Zorggroep voelt zich verantwoordelijk om zijn medewerkers beschermen. Er is een projectvoorstel geschreven "Veilige Zorg" en de maatregelen die hierin opgenomen zijn zullen in 2011 in de organisatie worden uitgerold.

De incidenten agressie en geweld zijn vooral gemeld door de medewerkers die werkzaam zijn op de psycho geriatrie afdelingen van Rijnland V&V. De oorzaak hiervan is voor een hoog percentage ziektebeeld gerelateerd.

In vergelijking met de benchmark worden er te weinig incidenten gemeld. Dit is jammer want door het melden kunnen er maatregelen genomen worden waardoor risico's verminderen. We willen dat het aantal meldingen volgend jaar stijgt. Ook de meldingen van incidenten op het gebied van cliëntveiligheid en informatiebeveiliging. Daarom organiseren we een themawEEK "het melden van incidenten".

Aantal gemelde incidenten Rijnland Zorggroep 2010



BedrijfsOpvangTeam

Rijnland Ziekenhuis beschikt over een bedrijfsopvangteam dat opvang, begeleiding en nazorg biedt aan alle medewerkers die bij het uitoefenen van hun functie direct of indirect te maken hebben gehad met een ingrijpende gebeurtenis. In 2010 zijn zeven meldingen behandeld. Allemaal uit het ziekenhuis. Drie keer was sprake van agressie van een patiënt gericht op een medewerker. Vier keer ging het om de onverwachte confrontatie met het overlijden van een patiënt.

4.6. Maatschappelijk ondernemen

Rijnland Zorggroep draagt verantwoordelijkheid voor de maatschappelijke functie van de organisatie: het bieden van verantwoorde zorg aan bewoners van de regio en het scheppen van een uitdagende arbeidsplaats voor de medewerkers. Daarnaast wil Rijnland Zorggroep als organisatie invulling geven aan verantwoordelijkheden die niet direct in relatie staan tot het primaire zorgproces.

Overheden

Rijnland Zorggroep heeft regelmatig overleg en afstemming met lokale overheden over een breed scala aan onderwerpen zoals zorg, infrastructuur en arbeidsmarkt. Het betreft met name de colleges van Burgemeester en

Wethouders van Alphen aan den Rijn en Leiderdorp. Contacten met nationale overheden betreffen veelal inspectie, rapportage en strategisch beleid.

Open dagen

We zijn trots op onze state-of-the-art voorzieningen en op onze expertise. Dat laten we dan ook graag aan de mensen in onze omgeving zien, ook al hebben die er op dat moment persoonlijk misschien nog geen behoefte aan. De open dagen die we in 2010 organiseerden mochten zich weer verheugen in een enorme, hartverwarmende belangstelling. Op 20 maart ontvingen we op onze locaties in Leiderdorp zo'n 3600 bezoekers! Zowel aan de bezoekers als aan de deelnemende afdelingen hebben we gevraagd wat ze ervan vonden.

De cijfers liegen er niet om! De bezoekers geven onze open dag een 8,7 en de deelnemende afdelingen een 7,5 als rapportcijfer. De top 3 van de als goed ervaren punten was:

1. het enthousiasme / de openheid / de vriendelijkheid /de behulpzaamheid van de medewerkers;
2. dingen zelf mogen doen / interactiviteit;
3. het kindvriendelijke programma.

Verbeterpunt: de volgende keer de te volgen looproute beter communiceren.

Niet alleen deden we ook in 2010 weer mee aan de open dag in de zorg, ook afzonderlijke medisch specialismen lieten zien wat ze te bieden hebben. Bijvoorbeeld door middel van symposia en speciale 'inloopsprekken'. Zo heeft organiseerde de dermatologen op 30 januari een open middag, waarin ze met name de mogelijkheden en behandelingen op het gebied van cosmetische dermatologie lieten zien (moedervlekken, spataderen, pigmentvlekken, acne-Ittekens, ontharing).

Vrijwilligersbeleid

Binnen de Rijnland Zorggroep zijn een kleine 1000 vrijwilligers actief. Ze vervullen een wezenlijke functie in de dienstverlening aan onze patiënten en cliënten. Net dat beetje extra aandacht en begeleiding. Ook zij worden betrokken bij de realisatie van het Planetree® concept. In 2009 en 2010 hebben we de afspraken over het vrijwilligersbeleid nog eens op een rijtje gezet en geactualiseerd. En natuurlijk was één van de afspraken, dat we ook de tevredenheid van de vrijwilligers periodiek onder de loep nemen. In het voorjaar van 2010 hebben we de vrijwilligers bevraagd naar hun ervaringen en naar mogelijke verbeterpunten. Onze vrijwilligers blijken loyaal. Een overgrote meerderheid gaf aan het vrijwilligerswerk voor onbepaalde tijd voort te willen zetten. Als organisatie zullen we ons meer inzetten om de communicatie tussen medewerkers en vrijwilligers te verbeteren en de begeleiding meer structuur te geven.

Patiëntenverenigingen

Het Rijnland Ziekenhuis ondersteunt de activiteiten van patiëntenorganisaties door kosteloos voorzieningen ter beschikking te stellen voor voorlichtingsbijeenkomsten en lotgenotencontact. In 2010 maakten onderstaande patiëntenorganisaties gebruik van de faciliteiten van het Rijnland Ziekenhuis:

- Hartfalenfoundation
- Schilkklierstichting Nederland
- Stag
- Multiple Sclerose Vereniging Nederland
- Nederlandse Vereniging van Posttraumatische Dystrofie Patiënten
- Reumapatiëntenvereniging
- Landelijke Apneu Vereniging.

Morogoro Support Foundation

Betrokken zijn we al jaren bij betering van de medische zorg in het St.Kizito Hospital in Morogoro, Tanzania. Via de Morogoro Support Foundation ondersteunden we ook in 2010 de opleidingen voor medewerkers, financiert MSF de schoolgelden voor de kinderen van het ziekenhuispersoneel. Meer in het bijzonder realiseert MSF een kraamkliniek. Om de kraamvrouwen en hun kinderen een toekomst te bieden is het noodzakelijk dat ze de zorg krijgen die ze verdienen. Een aparte kraamkliniek met de benodigde medische zorg moet ertoe leiden dat de sterfte van kraamvrouwen afneemt.

Jaarlijks organiseren we voor onze medewerkers een zorgrun. Wandelend, fietsend of rennend overbruggen de deelnemers de afstand tussen onze Alphense en Leiderdorpse locatie. Zo'n 300 deelnemers brachten € 2.100 bijeen die ten goede kwam aan de bouw van de kraamkliniek

Duurzaam ondernemen

Een belangrijk aspect van maatschappelijk ondernemen is aandacht voor duurzaamheid. De Rijnland Zorggroep integreert duurzaamheid op diverse manieren in haar ondernemerschap.

<i>Milieuzorgsysteem</i>	In 2010 is een start gemaakt met een gestructureerde inventarisatie van het niveau van milieuzorg binnen de Rijnland Zorggroep met behulp van de Milieuthermometer Zorg. Aan de hand van deze inventarisatie wordt het bestaande milieuzorgsysteem geactualiseerd.
<i>Duurzaam bouwen</i>	In 2010 is de nieuwbouw van het verpleeghuis Oudshoorn aanbesteed. Hierbij is veel aandacht besteed aan duurzaamheidsaspecten. Zo wordt het nieuwe pand uitgerust met onder andere een systeem van warmte- en koude-opslag, LED-verlichting, een zonneboiler en maximale gebouwisolatie.
<i>Energie</i>	Zowel in het Rijnland Ziekenhuis Leiderdorp als in verpleeghuis Leythenrode is in 2010 een energiescan door de Milieudienst West-Holland uitgevoerd. Hieruit kwam naar voren dat een groot aantal maatregelen op het gebied van energiebesparing zijn getroffen, zoals monitoring van het energieverbruik, isolatie van dak en spouwmuren en terugwinning van warmte uit ventilatielucht.
<i>Gevaarlijke stoffen</i>	In 2010 is een start gemaakt met het gestructureerd in kaart brengen van alle stoffen die aanwezig zijn binnen de Rijnland Zorggroep middels een digitaal systeem. Een werkgroep met daarin onder andere contactpersonen van afdelingen waar veel stoffen worden gebruikt heeft een aantal systemen beoordeeld en uiteindelijk gekozen voor het systeem van Milieu Platform Zorg

Ziekenhuis rampenopvangplan (ZiROP)

Ook in het verslagjaar zijn weer een flink aantal medewerkers getraind om goed voorbereid te zijn op een grootschalig incident waarbij slachtoffers moeten worden opgevangen. Voor de afdeling SEH lag de focus op training voor CBRN (chemisch Biologisch Radiologisch en Nucleair) incidenten.

De Hospital Major Incident Management and Support training is in 2010 bezocht door functionarissen van de SEH, ICU, de Vereniging Medische Staf en ondersteunende diensten.

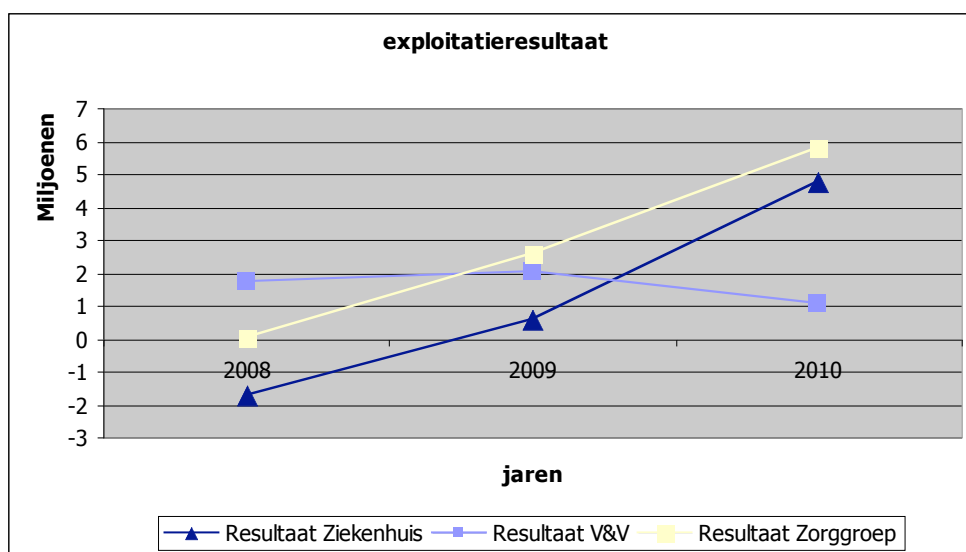
Procedures zijn opnieuw geactualiseerd en geautoriseerd. Ook in 2011 wordt dit proces voortgezet.

4.7. Financieel beleid

4.7.1. Gang van zaken tijdens 2010 en situatie per eind 2010

Resultaat stichting

Het totale resultaat van de zorggroep komt uit op bijna € 6 miljoen. Hierin zijn incidentele baten begrepen. Het resultaat in het boekjaar 2010 is gestegen ten opzichte van 2009. Hiermee is de stijgende lijn uit 2008 voortgezet. Deze stijging is gerealiseerd door een verbetering van het resultaat van Rijnland Ziekenhuis. In 2010 heeft Rijnland Ziekenhuis (inclusief RMC) een resultaat behaald van € 4,9 miljoen. In 2009 was dit € 0,6 miljoen. Rijnland Verpleging en Verzorging (V&V) blijft het onverminderd goed doen met een resultaat van ruim € 1 miljoen. In 2009 was dit € 2 miljoen.



De resultaatverbetering van Rijnland Ziekenhuis is het gevolg van brede maatregelen in de afgelopen jaren en een gezamenlijk bewustzijn van management en medische staf voor de noodzaak tot resultaatverbetering en versterking van de vermogenspositie. Er zijn maatregelen genomen op het gebied van kostenreductie, opbrengstoptimalisatie en beperking van de investeringen. Samen met een gerealiseerde productiegroei, hebben deze maatregelen geleid tot een structurele resultaatverbetering.

De structurele maatregelen betreffen o.a. een reorganisatie van het beddenhuis waardoor minder bedden en fte nodig zijn, het verminderen van de variabiliteit in bezetting in de kliniek en polikliniek om het proces te optimaliseren, sturing op verkorting van de ligduur, uitbreiding van operatiecapaciteit waardoor meer productie gegenereerd kan worden, sturen op minder aanvragen bij radiologie en laboratorium met als gevolg minder fte, reductie in management, beperking van de investeringsruimte, afsluiten van scherpe inkoopraamcontracten en verbetering van de productieregistratie.

Daarnaast is veel aandacht besteed aan verdere ontwikkeling van de managementinformatie waarmee door het management adequaat bijgestuurd kan worden. Kosten en opbrengsten worden toegerekend aan de diverse specialismen, waardoor gestuurd kan worden op het resultaat per Resultaat Verantwoordelijke Eenheid (RVE). De kosten van medisch ondersteunende diensten, operatiekamers en geneesmiddelen zijn doorbelast aan de gebruikers. Ook is er meer inzicht ontstaan in de kostprijs van de DBC's ten opzichte van de benchmark en de verkoopprijs door introductie van het kostprijsmodel Tragpi. In 2010 is een nieuw datawarehouse in gebruik genomen. Hierin is informatie opgenomen over productie, personeel en financiën. Deze informatie is op elk moment te raadplegen door het management en medisch specialisten. Ook is in het datawarehouse een dashboard beschikbaar per specialisme. Daarnaast zijn diverse kengetallen ontwikkeld en opgenomen in het datawarehouse, waardoor er onder meer gestuurd kan worden op productiviteit en diverse andere Kritische Prestatie Indicatoren (KPI's).

De totale, geconsolideerde opbrengsten in het boekjaar namen met 9% toe van € 174 miljoen naar € 190 miljoen. Het ziekenhuisdeel in de totale opbrengsten is 80%; de andere 20% wordt gerealiseerd door Rijnland V&V. De toename van de opbrengsten is gerealiseerd in het ziekenhuisdeel, te weten een stijging van 13%. De opbrengsten van Rijnland V&V zijn gedaald met 3%.

Voor Rijnland Ziekenhuis geldt dat het wettelijk budget is toegenomen van € 78,5 miljoen naar € 85,8 miljoen; een stijging van € 7,3 miljoen. Deze toename komt voor het grootste deel door hogere kapitaallastenvergoeding als gevolg van versnelde afschrijving van plankosten op grond van de Beleidsregel Compensatie IVA ad € 9 miljoen. Verder is het budget gestegen door indexerings- en uitbreiding van erkenningen. Hier staat tegenover dat het budget is gekort als gevolg van een landelijke taakstelling en schoning B-segment. De omzet in het B-segment nam toe met circa € 5,5 miljoen (+ 12%) naar bijna € 50 miljoen. Het aandeel B-segment in de ziekenhuis opbrengsten bleef daarmee 33%.

Het wettelijk budget van Rijnland V&V is in 2010 gedaald met € 1,6 miljoen naar € 36,8 miljoen. Dit komt doordat de erkenning in het budget van Rijnland voor de verpleeghuisunits van stichting WIJdeZorg in 2010 is overgegaan naar WIJdeZorg zelf.

De totale lasten van de zorggroep zijn met 7% gestegen ten opzichte van het vorig boekjaar. Rijnland Ziekenhuis laat een kostenstijging zien van 10% en Rijnland V&V een daling van 1%. De hoge kostenstijging van het ziekenhuis hangt samen met de versnelde afschrijving op immateriële vaste activa ad € 9 miljoen. Gecorrigeerd hiervoor is de kostenstijging bij het ziekenhuis 3,5%.

Het belangrijkste onderdeel van de lasten zijn de personeelskosten die met 3,5% zijn gestegen ten opzichte van 2009. De stijging van de personeelslasten wordt o.a. veroorzaakt door de CAO stijging. Het aantal fte is zowel bij Rijnland Ziekenhuis als bij Rijnland V&V exact gelijk gebleven aan 2009.

De geconsolideerde afschrijvingen zijn € 10,5 miljoen hoger dan in 2009, een stijging van 64%. Op grond van de beleidsregel Compensatie IVA zijn de boekwaarde ultimo 2010 van de plankosten en de aanloopkosten van beide ziekenhuizen in 2010 volledig afgeschreven. Dit betreft een bedrag van € 9 miljoen. Voor ICT apparatuur is een extra afschrijvingslast verantwoord om aan te sluiten bij de bedrijfseconomische levensduur. Deze schattingswijziging bedraagt € 0,5 miljoen, geheel in Rijnland Ziekenhuis. Bij Rijnland V&V is in 2010 voor het eerst afgeschreven op de interimhuisvesting in verband met de nieuwbouw van verpleeghuis Oudshoorn ter waarde van € 0,9 miljoen. Als gevolg van de toegekende bouwimpulsmiddelen in de AWBZ is, evenals in 2009, € 1,5 miljoen aan inhaalafschrijving in de afschrijvingskosten opgenomen. Deze bouwimpulsmiddelen zijn voor 2009 en 2010 toegekend ten behoeve van extra afschrijving op het verpleeghuis Oudshoorn met het oog op de nieuwbouw.

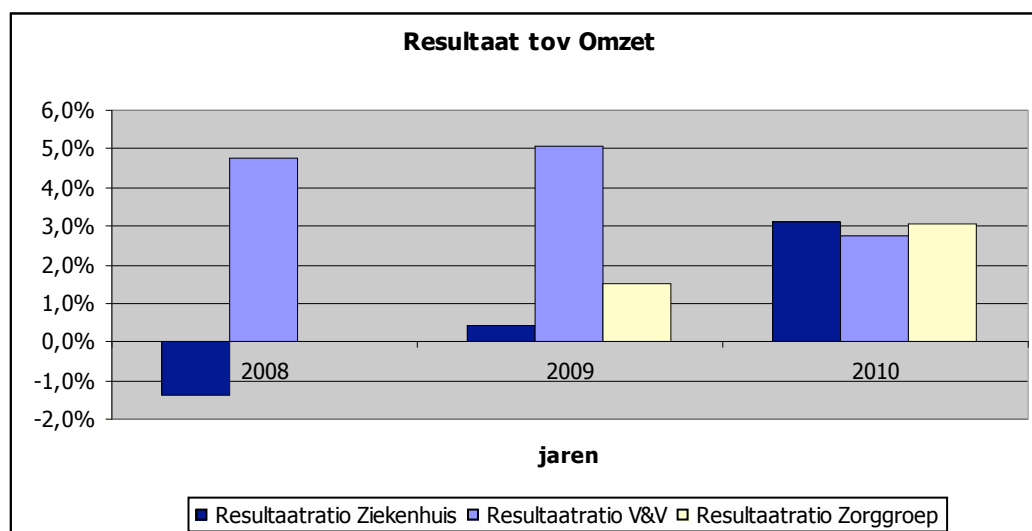
De overige bedrijfskosten zijn in 2010 gedaald met € 0,9 miljoen (bijna 2%). Een belangrijk onderdeel van de overige bedrijfskosten zijn de patiënt- en bewonersgebonden kosten. Deze bedragen meer dan de helft van deze kostengroep.

De rentelasten zijn met 3% gedaald ten opzichte van vorig boekjaar als gevolg van aflossing van langlopende leningen.

De resultaatratio over 2010 bedraagt 3,1% en is meer dan verdubbeld ten opzichte van 2009. De rentabiliteit van het vermogen bedraagt 21,2% op het eigen vermogen en 5,8% op het totaal vermogen.

	2010	2009
Omzet	€ 184,6 miljoen	€ 173,9 miljoen
Resultaat	€ 5,9 miljoen	€ 2,6 miljoen
Resultaattratio (Resultaat/Omzet)	3,1%	1,5 %
Rentabiliteit eigen vermogen (resultaat/eigen vermogen)	21,2%	11,8%
Rentabiliteit totaal vermogen (resultaat voor intrest/totaal vermogen)	5,8%	3,7%

De ontwikkeling van het resultaat over de jaren is te zien in de volgende grafiek.



Begroot was een resultaat in Rijnland Ziekenhuis van € 445.000 en in Rijnland V&V van € 487.000. Beide doelstellingen zijn ruimschoots gehaald.

Resultaat deelnemingen

De Stichting Rijnland Zorggroep heeft, gebundeld onder de Alatus Holding BV, een aantal 100% deelnemingen. Dit zijn het Rijnlands Medisch Centrum BV, de Parkeer BV en de Onroerend Goed BV. Het Rijnlands Medisch Centrum BV opereert als een ZBC en heeft in 2010 activiteiten verricht. Het RMC heeft een positief resultaat behaald van

€ 133.000. In het RMC was een winst begroot van € 73.000. De winst is hoger dan begroot omdat er een verplichting uit oude jaren is vrijgevallen.

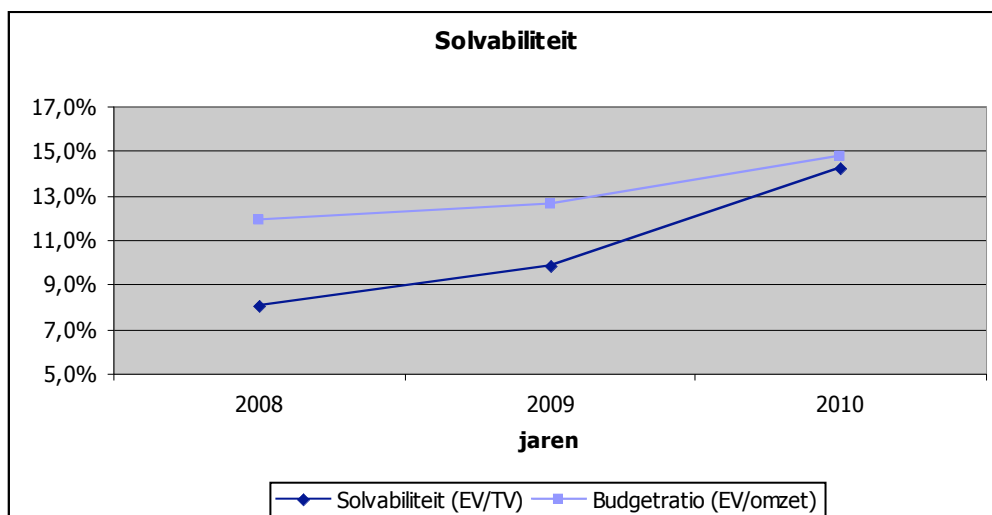
De overige twee BV's en de Holding hebben geen activiteiten ontplooid. De resultaten uit de BV's zijn opgenomen in de geconsolideerde cijfers van de Rijnland Zorggroep.

Eigen vermogen

Het eigen vermogen bedraagt eind 2010 € 28 miljoen. Het totaal eigen vermogen, na verwerking van het resultaat, is met een kwart toegenomen ten opzichte van 2009. De toename betreft vooral het collectief gefinancierd gebonden vermogen. Het niet collectief gefinancierd gebonden vermogen is ook licht toegenomen. De solvabiliteit kan berekend worden als het eigen vermogen ten opzichte van het totaal vermogen (hierna te noemen solvabiliteit) of als het eigen vermogen ten opzichte van de bedrijfsopbrengsten (hierna te noemen budgetratio). De uitkomst van beide definities staan in onderstaande tabel.

	2010	2009
Solvabiliteit (Eigen Vermogen/Totaal Vermogen)	14,3%	9,8%
Budgetratio (Eigen Vermogen/Bedrijfsopbrengsten)	14,7%	12,7%

Zoals te zien in de volgende grafiek, is voor zowel de solvabiliteit als de budgetratio een toename te zien over de afgelopen jaren.



De solvabiliteit is behoorlijk gestegen ten opzichte van 2009 enerzijds door het positieve resultaat en anderzijds door afname van het balanstotaal. Het balanstotaal is vooral afgenomen door hoge afschrijvingen op vaste activa en een lager niveau aan vorderingen. De budgetratio is gestegen met 2%, omdat het resultaat sterker is gestegen dan de opbrengsten.

Het eigen vermogen van € 28 miljoen is voor € 15,4 miljoen opgebouwd in Rijnland Ziekenhuis en voor € 12,5 miljoen binnen Rijnland V&V. Door toenemende risico's in de financiering, zowel in de cure als in de care, is een hoger weerstandsvermogen noodzakelijk. Het financieel beleid is erop gericht beide ratio's te versterken door een gestage vermogensgroei als gevolg van een positieve resultaatontwikkeling. Gestreefd wordt naar een solvabiliteit van tussen de 15 en 20%.

Financiering en liquiditeit

De stand van de langlopende leningen ultimo 2010 bedraagt € 108,5 miljoen. Dit is € 9,5 miljoen lager dan in het voorgaande jaar als gevolg van aflossingen. In 2010 zijn geen nieuwe langlopende leningen opgenomen. Wel is er een overeenkomst aangegaan met de ING voor een kredietfaciliteit van € 26 miljoen ten behoeve van de nieuwbouw van verpleeghuis Oudshoorn. Van de vaste activa op balansdatum is 62,7% gefinancierd met vreemd vermogen.

De kortlopende schulden (inclusief financieringsoverschot en exclusief kortlopend deel van de langlopende leningen) zijn afgenomen van € 82,9 miljoen naar € 57,2 miljoen. Het financieringsoverschot is in 2010 teruggelopen met € 11 miljoen door terugbetaling aan zorgverzekeraars en door opname in het budget van de versnelde afschrijving op plankosten. Het opgenomen rekening-courantkrediet bedraagt € 9,4 miljoen ultimo 2010 en is hiermee € 12 miljoen lager dan in 2009. In 2010 bedroeg het beschikbare rekening-courantkrediet € 43 miljoen. De currentratio (vlottende activa inclusief liquide middelen gedeeld door kortlopende schulden inclusief voorfinanciering) voor de Rijnland Zorggroep is in 2010 gestegen naar 64%. Dit is een verbetering ten opzichte van 2009.

	2010	2009
Currentratio (vlottende activa/kortlopende schulden)	64%	54%
Financieringsquote (vreemd vermogen/vaste activa)	65%	62%

In 2011 wordt een borgingsverzoek gedaan bij het Waarborgfonds Zorg (WfZ). Enerzijds uit oogpunt van toegang tot de kapitaalmarkt, anderzijds om de rentekosten te verlagen.

De economische crisis is in de productie van Rijnland Ziekenhuis en Rijnland V&V niet voelbaar. Wel is door de huisbankier in 2009 de tarifiering op het rekening-courantkrediet verhoogd als gevolg van de kredietcrisis. De rentekosten zijn gedaald van € 5,7 miljoen in 2009 naar € 5,5 miljoen in 2010. Dit komt door aflossing van leningen.

Werkkapitaalbeheer

Het beleid is erop gericht dat de vorderingen die Rijnland Ziekenhuis heeft op patiënten, zorgverzekeraars en andere partijen, als gevolg van het niet tijdig kunnen innen van gefactureerde nota's, vertraagde DBC-facturering en het onderhanden werk, zo laag mogelijk is. Per ultimo 2010 is het totaal van de vorderingen en onderhanden werk gedaald met € 6,4 miljoen. Dit betreft een daling van 14%, ondanks een omzetstijging van 9%.

Investeringsen

Voor het beoordelen van investeringsaanvragen en het monitoren van de investeringen bestaat in Rijnland Ziekenhuis een investeringscommissie (BIC). Hierin nemen medisch specialisten, managers zorggroep, managers service centra en planning & control deel. Binnen het door de raad van bestuur afgegeven investeringskader, adviseert de BIC over de vast te stellen investeringsbegroting. In Rijnland V&V wordt de investeringsbegroting vastgesteld in het MO (managementoverleg).

De investeringen in 2010 bedroegen bijna € 6 miljoen. De komende jaren zal geïnvesteerd worden in de nieuwbouw van het verpleeghuis Oudshoorn in Alphen aan den Rijn. Dit huis heeft meerpersoonkamers. Die worden teruggebracht naar eenpersoonkamers, conform overheidseisen. In totaliteit zal met deze nieuwbouw een investering van € 26 miljoen gemoeid zijn. Ten behoeve van de sloop en afboeken van de boekwaarde van het oude pand bij ingebruikname van het nieuwe verpleeghuis, is in 2009 een bedrag van € 4.259.000 ontvangen uit de Bouwimpulsmiddelen AWBZ.

In 2011 en de jaren daarna zal naar verwachting geïnvesteerd gaan worden in de aanschaf van een Elektronisch Patiënten Dossier in Rijnland Ziekenhuis. Dit is een omvangrijke investering en vergt een uitgebreid implementatietraject. Bij Rijnland V&V wordt het Elektronisch Cliënten Dossier naar verwachting in 2011 uitgerold. Het contract hiervoor is in 2010 al aangegaan.

Regeling AO/IC

Het beleid van de Rijnland Zorggroep is er op gericht om aan de Regeling AO/IC te voldoen voor zowel Rijnland Ziekenhuisdeel als Rijnland V&V sector. Over 2010 is dat beleid voor zowel Rijnland Ziekenhuis als V&V gerealiseerd.

In Rijnland Ziekenhuis is een aparte interne controlefunctie aanwezig die rechtstreeks rapporteert aan de Raad van Bestuur en de externe accountant. Er zijn per kwartaal steekproeven genomen op de facturatie van DBC's. De score in Rijnland Ziekenhuis bleef ruim binnen de norm van 3%. Rijnland Ziekenhuis voldoet hiermee wederom aan de eisen. Ten behoeve van de invoering van DOT is een projectstructuur opgezet met een projectgroep en diverse werkgroepen om de invoering goed voor te bereiden. Veel aandacht wordt hierbij besteed aan optimalisatie van de basisregistratie.

In Rijnland V&V is de AO/IC-functie belegd bij een adviseur in de staf. In 2010 zijn o.a. controles uitgevoerd op de cliëntendossiers en op geldigheid van indicaties. De geconstateerde afwijkingen blijven ruim binnen de 1%-marge die is toegestaan. In 2010 is het zorgregistratiepakket vervangen. Aanleiding hiervoor was de veroudering van het bestaande pakket en de wens om te komen tot een Elektronisch Cliënten Dossier (ECD). Het nieuwe pakket Helios is per 1 januari 2010 in gebruik genomen. Alle cliënt- en productiegegevens worden hierin vastgelegd. In 2011 zal het ECD hieraan worden toegevoegd.

Planning- en controlcyclus

Eind 2009 is de begroting voor 2010 opgesteld, vastgesteld en goedgekeurd. Deze begroting is bottom-up tot stand gekomen. De begroting is opgebouwd per kostenplaats en grootboekrekening, zodat sturing op het laagste niveau mogelijk is. De goedgekeurde begroting is vastgelegd in managementcontracten per specialisme/servicecentrum. Elk specialisme/afdeling en elk service centrum wordt gezien als Resultaat Verantwoordelijke Eenheid (RVE). Kosten van medisch ondersteunende diensten (zoals radiologie en laboratorium) worden doorbelast aan de afnemers. Dit geldt ook voor de OK, anesthesiologie en de geneesmiddelen. De omzet wordt inclusief het vaste wettelijk budget verdeeld naar specialismen. Hierdoor wordt een resultaat zichtbaar per RVE.

Door de afdeling Planning & Control (P&C) wordt maandelijks een memo opgesteld waarin een analyse van de cijfers is opgenomen. De resultaten zijn maandelijks in het managementteam besproken en daarnaast periodiek in de werkoverleggen tussen de verschillende managementniveaus. In het verslagjaar twee keer beleidsgesprekken gevoerd waarin de voortgang van het jaarplan, de realisatie van het budget en het meerjarenbedrijfsplan zijn besproken.

In 2010 is een nieuw datawarehouse van VCD in gebruik genomen. Hierin zijn diverse rapportages opgenomen die door het management en door de medisch specialisten te raadplegen zijn. De productiecijfers geven inzicht in de geopende en gesloten DBC's, FB parameters, bijzondere productie en aantallen verrichtingen en worden dagelijks bijgewerkt. De personele rapportages omvatten fte-cijfers en ziekteverzuimcijfers, waarbij ingezoomd kan worden tot op medewerkerniveau. Voor de medisch specialisten zijn diverse rapporten in het datawarehouse opgenomen over honorarium. De financiële rapportage verschijnt maandelijks in het datawarehouse en geeft inzicht in de opbrengsten en kosten tot op kostenplaats- en grootboekrekeningniveau. Resultaten zijn te raadplegen op specialisme en op afdeling in vergelijking met de begroting en in vergelijking met vorig jaar. Daarnaast zijn rapporten beschikbaar over OK, kliniek en zorgprofielen. Het ontwikkelde dashboard en kengetallenrapport met diverse KPI's geeft snel een overzicht over de verschillende deelgebieden.

In 2009 is het kostprijsmodel van Tragpi aangeschaft en geïmplementeerd. Dit model geeft niet alleen inzicht in de kostprijzen per DBC, maar biedt ook benchmark-informatie met andere ziekenhuizen. Daarnaast bevat het

model de zogenaamde Feeder/Bleeder-analyse, waarin gekeken wordt naar de winstgevendheid per DBC. Een ander onderdeel is de Hospital Benchmark waarin het aantal fte wordt vergeleken met referentieziekenhuizen. In 2010 is het Tragpi-model voor de tweede keer gevuld, nu met de cijfers van 2009 en zijn een aantal verdeelsleutels verfijnd. De uitkomsten van Tragpi zijn besproken met de managers zorggroep en de medisch specialisten in samenwerking met Planning & Control.

De Tragpi uitkomsten zijn een belangrijke input geweest bij het opstellen van het meerjarenbedrijfsplan per specialisme. Jaarlijks zal het bedrijfsplan per specialisme worden geactualiseerd aan de hand van de nieuwe Tragpi-uitkomsten en de meest actuele marktanalyse. Dit is onderdeel van de P&C-cyclus.

Gebeurtenissen na balansdatum

Er is geen sprake van materiële gebeurtenissen na balansdatum

4.7.2. Verwachte gang van zaken

Strategisch beleid en begroting 2011

Het beleid is vastgelegd in het Strategisch Beleidsplan 2011-2015, dat in maart 2011 is vastgesteld door de raad van bestuur en goedgekeurd door de raad van toezicht. Hierin is verwoord dat het financiële beleid gericht is op het realiseren van een toenemend positief operationeel bedrijfsresultaat dat ertoe leidt dat de vermogenspositie verder wordt versterkt. Gegeven de onzekerheden waarmee de zorgsector te maken heeft zoals de invoering van de prestatiebekostiging, invoering van DOT, wijzigende financiering van de kapitaalslasten, een groter wordend aandeel van het te onderhandelen B-segment met de zorgverzekeraars, grotere onzekerheid op prijs- en volume in de contractafspraken met de zorgkantoren voor de verpleeg- en verzorgingssector is versterking van de vermogenspositie noodzakelijk om de risico's het hoofd te bieden. Als gevolg van bovenstaande risico's wordt 15% solvabiliteit als absoluut benodigd minimum beschouwd. Er wordt naar gestreefd in de optimale situatie op 20% uit te komen, zowel voor de solvabiliteits- als voor de budgetratio.

Gestuurd wordt op een resultaatratio (exploitatieresultaat gedeeld door omzet) van 1,5% voor zowel Rijnland Ziekenhuis als Rijnland V&V in 2015. In het vastgestelde Strategisch Beleidsplan 2011-2015 komt zowel de solvabiliteitsratio als de budgetratio in 2015 uit op ruim 18%.

In 2009 is voor deze financiële versterking de basis gelegd en in 2010 is dit verder uitgebouwd. De genomen maatregelen werken structureel door in het resultaat. Voor 2011 is een positief resultaat begroot van € 2,2 miljoen (waarvan € 1,4 miljoen ziekenhuis), ondanks de enorme bezuinigingen waarmee Rijnland Ziekenhuis wordt geconfronteerd. In de begroting 2011 is een bedrag van € 4,6 miljoen bij Rijnland Ziekenhuis ingeboekt als overheidsbezuiniging door middel van budgetkorting.

Voor 2011 wordt een productiegroei in Rijnland Ziekenhuis verwacht van circa 3%. Deze groei wordt gerealiseerd door een verwachte autonome groei van 2% met daarbovenop extra groei voor een aantal specialismen, zoals uitbreiding van de eerste harthulp, MDL, kaakchirurgie en pijnbestrijding.

De intramurale productie in Rijnland V&V zal in 2011 stabiel zijn, behoudens uitbreiding van plaatsen als gevolg van de opening van locatie Ommedijk. De nieuwbouw van Oudshoorn brengt financiële risico's met zich mee. Het kostenniveau zal in 2012 gaan toenemen vanwege het zorgconcept Kleinschalig Wonen dat in de nieuwbouw wordt toegepast; de resultaatratio van Rijnland V&V zal daardoor gaan afnemen. Hiermee is rekening gehouden in het Strategisch Beleidsplan.

Verandering van financiering in de gezondheidszorg

De minister van VWS heeft in maart 2011 een brief naar de Tweede Kamer gestuurd met de beleidsvoornemens voor de ziekenhuissector voor de huidige kabinetsperiode. De komende jaren wordt een toenemende zorgvraag en een tekort aan zorgpersoneel voorzien. De budgetbekostiging zal worden afgeschaft en de ziekenhuizen zullen grotendeels worden gefinancierd op basis van prestatiebekostiging. De overgang van een aanbod- naar een vraaggestuurd zorgstelsel wordt gezien als belangrijk instrument in de beheersing van de zorguitgaven. Aan de kant van de verzekeraars zullen de ex post compensaties in het risicovereveningssysteem worden afgeschaft waardoor de verzekeraars ook meer risico gaan lopen.

De zorg zal worden onderverdeeld in drie (prijs)segmenten:

- een vrij segment, waarin – net als in het huidige B-segment – zorg is opgenomen met een prijs die vrij onderhandelbaar is
- een gereguleerd segment met daarin declarabele zorgproducten met maximumtarieven
- een segment waarin functies zitten die niet (geheel) via declarabele zorgproducten bekostigd kunnen worden en die – indien nodig – in aanmerking kunnen komen voor een (aanvullende) vergoeding op basis van genormeerde kosten.

Concreet betekent dit dat het B-segment, waar vrije prijzen gelden, in 2012 wordt uitgebreid van 33% naar 70%. Hierdoor zal het vaste budget afnemen en het risico toenemen. Tegelijkertijd wordt in 2012 overgegaan op de DOT-registratie. DOT is een nieuwe productstructuur en betekent: "DBC's op weg naar Transparantie". Dit houdt

in dat er minder verschillende zorgproducten worden onderscheiden. In de huidige structuur bestaan er circa 30.000 Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's); onder DOT is dit teruggebracht naar circa 4.000 zorgproducten.

Om deze overgang beheersbaar te houden, wordt gedurende twee jaar een transitie-model ingezet (2012 en 2013). In het 'transitiebedragmodel' wordt een eenmalige koppeling gelegd tussen de omzet onder volledige prestatiebekostiging en de omzet die Rijnland Ziekenhuis bij een gelijke productie zou realiseren onder de bestaande ziekenhuisbudgetsystematiek (schaduwomzet). Eenmalig wordt door de NZa een zogenaamd transitiebedrag (positief of negatief) vastgesteld per ziekenhuis. Dit transitiebedrag betreft voor een individueel ziekenhuis het verschil tussen de schaduwomzet en de bijbehorende DOT-omzet: als de betreffende DOT-omzet hoger is dan de schaduwomzet, dan moet een ziekenhuis betalen. Als de betreffende DOT-omzet lager is dan de schaduwomzet, dan ontvangt Rijnland Ziekenhuis het verschil. Het transitiebedrag wordt in 2 jaar afgebouwd: 95% in 2012 en 70% in 2013.

Het Budgettair Kader Zorg (BKZ) blijft ook onder de nieuwe bekostiging in stand. Als de ziekenhuizen gezamenlijk het BKZ overschrijden, dan zullen deze overschrijdingen naar rato van marktaandeel worden omgeslagen over alle ziekenhuizen en zbc's. Dit macrobeheersinstrument werkt achteraf, evenals tot nu toe met de budgetkortingen het geval was. Dit betekent dat Rijnland Ziekenhuis twee jaar na dato alsnog met kortingen kan worden geconfronteerd.

Binnen het systeem van prestatiebekostiging maken de kapitaallasten deel uit van de tussen zorgaanbieders en verzekeraars afgesproken integrale prijzen. In de maximumtarieven voor het gereguleerde segment zal per 2014 een gedifferentieerde, landelijke kapitaallastenvergoeding in de tarieven worden verwerkt, waarbij wordt aangesloten bij de gemiddelde kapitaallasten in de sector. Voor de jaren 2012 en 2013 zal vast worden gehouden aan de manier waarop op dit moment de kapitaallasten in de tarieven verwerkt zijn (dat wil zeggen door middel van een vaste procentuele opslag).

Binnen de sector V&V is in 2010 de ZZP-financiering ingegaan. ZZP staat voor ZorgZwaartePakket. Dit systeem houdt rekening met de zorgzwaarte van de cliënt. Een ZZP omvat wonen, zorg, diensten en eventueel ook dagbesteding en behandeling.

Er bestaat onduidelijkheid over de toekomstige vergoeding voor kapitaallasten in de sector V&V. Het is de bedoeling om de kapitaallasten onder te brengen in een zogenaamde Normatieve Huisvestings Component (NHC) bovenop de ZZP-tarieven, waardoor de kapitaallastenvergoeding afhankelijk wordt van de productie. De hoogte hiervan is nog niet duidelijk, evenals een mogelijke overgangsregeling en de invoeringsdatum. Het risico bestaat dat de werkelijke kapitaallasten niet meer volledig vergoed gaan worden door deze stelselwijziging.

-.-.-

Bijlage 1: Checklist navolging Zorgbrede Governancecode 2010

Zorgbrede Governancecode 2010	Uitvoering Rijnland Zorggroep
1. Verantwoording	
1.1. De zorgorganisatie als maatschappelijke onderneming	
1. De zorgorganisatie is een maatschappelijke onderneming met als hoofddoelstelling het bieden van verantwoorde zorg. Onder 'verantwoorde zorg' wordt verstaan: cliëntgerichte, veilige en betaalbare zorg die geleverd wordt via een doelmatige en transparante bedrijfsvoering. 2. De maatschappelijke doelstelling en verantwoordelijkheid van de zorgorganisatie blijkt uit het hanteren van (tenminste) de volgende uitgangspunten: a. de zorgorganisatie stelt de patiënt/cliënt en diens gerechtvaardigde wensen en behoeften bij de zorgverlening centraal; b. de zorgverlening geschiedt zodanig dat de daartoe beschikbaar staande middelen zo effectief en doelmatig mogelijk aangewend worden; c. de door of vanuit de zorgorganisatie geleverde zorg voldoet aan eigentijdse kwaliteitseisen; d. uitkeringen van financiële middelen vinden uitsluitend plaats binnen de maatschappelijke doelstelling en verantwoording van de zorgorganisatie. 3. De Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht zijn overeenkomstig hun wettelijke en statutaire taakverdeling verantwoordelijk voor de governancestructuur van de zorgorganisatie als maatschappelijke onderneming en voor de naleving van deze code.	Als doelstelling opgenomen in de Statuten van de Stichting Rijnland Zorggroep en in het Strategisch beleidsplan 2011-2015. Bij de besturing van de organisatie wordt gebruik gemaakt van een meerjaren strategisch beleidsplan, meerjaren bedrijfsplannen, jaarplannen, het INK-managementmodel, een planning- en controlcyclus, jaarverslaglegging, klinische paden, prestatie-indicatoren, het toepassen van de governancecode, investeringsbeleid, inzicht in kostprijzen DBC's en ZZP's en kwaliteitsaudits. NVZ: patiënttevredenheidsonderzoek, klinische paden. Actiz: Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg, CQ-index. Klinische paden, investeringsbeleid, begrotingscyclus, inzicht in kostprijzen DBC's, maandelijkse productie- en financiële rapportages. Visitaties, certificering, NIAZ accreditatie, HKZ-certificatie, IGZ, prestatie-indicatoren, kwaliteitsaudits. Niet van toepassing. Opgenomen in de reglementen Raad van Bestuur en Raad van Toezicht.
1.2. Informatie aan en/of raadpleging van belanghebbenden of hun vertegenwoordiging	
1. De zorgorganisatie heeft als maatschappelijke onderneming een beleid voor de dialoog met de samenwerkingsverbanden of organisaties die rechtstreeks bij het beleid en de maatschappelijke doelstelling van de zorgorganisatie zijn betrokken en als belanghebbenden actief zijn binnen haar verzorgingsgebied. In het kader van dat beleid stelt de Raad van Bestuur vast en keurt de Raad van Toezicht goed: • wie de belanghebbenden bij de zorgorganisatie zijn;	Samenwerkingsverbanden met andere zorgaanbieders: eerste lijn, verpleeg- en thuiszorgorganisaties, collega-ziekenhuizen, ambulancedienst, betrokken gemeenten, GHOR, zorgverzekeraars, Medisch Specialisten Registratie Commissie, patiëntenorganisaties, Vereniging Medische Staf,

- de wijze waarop vorm wordt gegeven aan het overleg met de belanghebbenden over het voorgenomen beleid en de uitvoering daarvan door de zorgorganisatie;
 - de aard en de inhoud van de informatieverstopping aan de belanghebbenden (vertegenwoordiging) over de gang van zaken en het gevoerde beleid van de zorgorganisatie;
 - de betrokkenheid van de belanghebbenden (vertegenwoordiging) bij de beleidsvorming en de uitvoering van het beleid door de zorgorganisatie.
- De hiervoor bedoelde belanghebbenden worden door de zorgorganisatie geïnformeerd over het vaststellen en uitbrengen van het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording en hoe zij dit document kunnen verkrijgen of inzien.
- Cliënten(be)raad en Ondernemingsraad.
Middels bijeenkomsten en gesprekken.
- Specifieke en algemene beleidszaken die van belang zijn voor de processen van de genoemde groeperingen.
- Hen wordt het Publieksverslag toegezonden en er wordt verwezen naar de beschikbaarheid van het Jaardocument op de website van de Rijnland Zorggroep.
2. De belanghebbenden dan wel hun vertegenwoordiging worden door de Raad van Bestuur in elk geval geïnformeerd en/of geraadpleegd over de volgende onderwerpen:
- de vaststelling of wijziging van de missie, doelstelling of grondslag van de zorgorganisatie;
 - de hoofdlijnen van het strategisch beleid van de zorgorganisatie als maatschappelijke onderneming;
 - het overdragen van de zeggenschap over de zorgorganisatie of over een belangrijk deel daarvan en over besluiten tot fusie of tot het aangaan of verbreken van een duurzame samenwerking met een (zorg-)organisatie;
 - de opheffing of een belangrijke inkrimping dan wel belangrijke uitbreiding van de werkzaamheden van de zorgorganisatie;
 - de besluiten tot concentratie of deconcentratie van de zorgorganisatie respectievelijk structurele sluiting van afdelingen, dependances of locaties;
 - de systematische bewaking, beheersing of verbetering van de kwaliteit van de te verlenen zorg.
- Voor zover dit zich in het verslagjaar heeft voorgedaan zijn deze thema's besproken met relevante groepen belanghebbenden.
3. De statuten van de zorgorganisatie wijzen ten minste één partij aan die de belangen van de patiënten of cliënten van de zorginstelling vertegenwoordigt, waaraan het recht van enquête wordt toegekend als bedoeld in titel 8 afdeling 2 van Boek 2 BW.
- Is in de statuten van de Rijnland Zorggroep toegekend aan Zorgbelang Zuid-Holland voor het Rijnland Ziekenhuis en aan de Cliëntenraden voor Rijnland V&V.

1.3. Verantwoording aan belanghebbenden

1. De zorgorganisatie legt jaarlijks aan alle rechthebbenden en belangstellenden verantwoording af over het in het verslagjaar gevoerde beleid en over de (totale) in dat jaar geleverde prestaties door middel van het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording.
 2. De Raad van Bestuur is verantwoordelijk voor de kwaliteit, de juistheid en de volledigheid van het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording. De Raad van Toezicht ziet er op toe dat de Raad van Bestuur deze verantwoordelijkheid vervult.
 3. De zorgorganisatie draagt er zorg voor dat ook alle aan de zorgorganisatie verbonden vrijgevestigde (medische) professionals op geaggregeerd niveau (in ieder geval op het niveau van maatschappen en
- Verslaglegging door middel van het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording op basis van Regeling Jaarverslaglegging WTZi.
- De Raad van Toezicht bespreekt de verslaglegging door middel van het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording op basis van Regeling Jaarverslaglegging WTZi.
- Visitaties, kwartaalrapportages, bedrijfsplannen, jaarplannen en beleidsgesprekken.

medische staven) verantwoording afleggen over de wijze van hun handelen en behandelen.

- | | |
|--|--|
| 4. De Raad van Bestuur legt in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording jaarlijks verantwoording af over het gevoerde beleid ten aanzien van de belanghebbenden. | Verslag Raad van Bestuur in Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording. |
| 5. De Raad van Toezicht legt in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording jaarlijks verantwoording af over zijn in het verslagjaar verrichte werkzaamheden. | Verslag Raad van Toezicht in Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording. |
| 6. Van elke toezichthouder wordt in het verslag van de Raad van Toezicht opgave gedaan van geslacht, leeftijd, beroep, hoofdfunctie, nevenfuncties voor zover relevant voor de vervulling van de taak als toezichthouder, tijdstip eerste benoeming en de lopende termijn waarvoor de toezichthouder is benoemd. | Verslag Raad van Toezicht in Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording. |

1.4. De externe accountant en diens relatie en communicatie met de organen van de zorgorganisatie

- | | |
|---|---|
| 1. De externe accountant wordt benoemd en ontslagen door de Raad van Toezicht tenzij de Algemene Vergadering daartoe wettelijk bevoegd is. Indien de externe accountant door de Algemene Vergadering wordt benoemd, doet de Raad van Toezicht daartoe een voordracht. De Raad van Bestuur kan hierover advies uitbrengen aan de Raad van Toezicht. De externe accountant wordt qua persoon periodiek gewisseld. | Jaarlijks wordt door de Raad van Toezicht opdracht aan de externe accountant verstrekt.

Periodiek wordt de keuze voor een accountant opnieuw beoordeeld. |
| 2. De externe accountant verricht bij voorkeur geen advieswerkzaamheden voor de zorgorganisatie en maakt - indien dit in het te controleren boekjaar wel is gebeurd - in het verslag over de jaarrekening melding van de in dat jaar verrichte advieswerkzaamheden. | Accountantsverslag naar aanleiding van controle jaarrekening. |
| 3. De externe accountant woont het van belang zijnde gedeelte van de vergaderingen van de Raad van Toezicht respectievelijk Algemene Vergadering bij waarin de jaarrekening wordt besproken en/of waarin wordt besloten over de goedkeuring of vaststelling van de jaarrekening. | Twee maal per jaar in de auditcommissie financiën, een keer per jaar in de vergadering van de Raad van Toezicht. Hiervan worden notulen bijgehouden. |
| 4. De externe accountant rapporteert zijn bevindingen betreffende het onderzoek van de jaarrekening gelijkelijk aan de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht. | Zowel tussentijds als naar aanleiding van controle heeft de accountant schriftelijk gerapporteerd. |

2. De Raad van Bestuur

2.1. Taak en werkwijze

- | | |
|---|--|
| 1. De Raad van Bestuur is eindverantwoordelijk voor en belast met het besturen van de zorgorganisatie. Dit houdt onder meer in dat hij verantwoordelijk is voor de realisatie van de statutaire en andere doelstellingen van de zorgorganisatie, de strategie en het beleid en de daaruit voortvloeiende resultatenontwikkeling en voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg. De Raad van Bestuur legt hierover verantwoording af aan de Raad van Toezicht. | Vastgelegd in statuten en reglement Raad van Bestuur, reglement Raad van Toezicht, strategisch beleidsplan, planning en -controlcyclus en gemonitord door kwartaalrapportages en verantwoording kwaliteitsindicatoren. |
| 2. Bij de vervulling van zijn taak richt de Raad van Bestuur zich naar het belang van de zorgorganisatie als maatschappelijke onderneming en weegt daartoe | De maatschappelijke functie en daarmee samenhangende verantwoordelijkheid komen tot uitdrukking in (de uitvoering van) het strategisch beleid |

- | | |
|---|--|
| <p>de in aanmerking komende belangen van de bij de zorgorganisatie betrokken belanghebbenden af.</p> <p>3. De Raad van Bestuur is verantwoordelijk voor het beheersen van de risico's verbonden aan de activiteiten van de zorgorganisatie en voor de financiering van de zorgorganisatie. De Raad van Bestuur rapporteert hierover aan en bespreekt de interne risicobeheersings- en controlesystemen met de Raad van Toezicht.</p> <p>4. De Raad van Bestuur verschaft de Raad van Toezicht tijdig alle informatie die nodig is voor een goede uitoefening van de taak van de Raad van Toezicht. Afspraken hierover worden vastgelegd in een informatieprotocol.</p> <p>5. De Raad van Bestuur draagt ervoor zorg dat werknemers en anderen die in een contractuele relatie tot de zorgorganisatie staan, zonder gevaar voor hun rechtspositie de mogelijkheid hebben aan de voorzitter van de Raad van bestuur of aan een door hem aangewezen functionaris te rapporteren over vermeende onregelmatigheden binnen de organisatie van algemene, operationele en/of financiële aard. Vermeende onregelmatigheden die het functioneren van leden van de Raad van bestuur betreffen, worden gerapporteerd aan de voorzitter van de Raad van Toezicht. Deze klokkenluidersregeling wordt algemeen bekend gemaakt.</p> | <p>en de daarvan afgeleide, bedrijfs- en jaarplannen.</p> <p>Risicobeheersing- en controlesysteem door AO/IC, MediRisk, IGZ, erkenningen en certificeringen, NIAZ- en HKZ accreditatie, inspectie bezoeken, interne beheersmaatregelen voor de bedrijfsvoering, interne kwaliteitsaudits.</p> <p>Periodieke vergaderingen, werkbezoeken en rapportages.</p> <p>Het informatieprotocol is opgenomen in het reglement Raad van Toezicht.</p> <p>In Rijnland Zorggroep is de klokkenluidersregeling op basis van de door de brancheorganisaties zorg (BOZ) opgestelde modelregeling van toepassing. Voor het melden kan men zich wenden tot een onafhankelijke externe vertrouwenspersoon.</p> <p>De regeling is gepubliceerd en te raadplegen op het intranet.</p> |
|---|--|

2.2. Benoeming, ontslag en beloning

- | | |
|--|---|
| <p>1. De Raad van Toezicht stelt de omvang van de Raad van Bestuur vast, tenzij deze bevoegdheid bij de Algemene Vergadering berust.</p> <p>2. De Raad van Toezicht is verantwoordelijk voor benoeming, schorsing en ontslag, het verlenen van décharge, het vaststellen van een maatschappelijk passende beloning, de contractduur, de rechtspositie en de andere arbeidsvoorwaarden van de individuele leden van de Raad van Bestuur, tenzij deze bevoegdheid bij de Algemene Vergadering berust.</p> <p>3. Een voormalig lid van de Raad van Toezicht van de zorgorganisatie is gedurende een periode van drie jaar na het einde van zijn toezichthoudende functie niet benoembaar tot lid van de Raad van Bestuur.</p> <p>4. De jaarlijkse verantwoording van de zorgorganisatie bevat de door de wet voorgeschreven informatie over de hoogte en de structuur van de bezoldiging van de individuele leden van de Raad van Bestuur.</p> <p>5. Aan bestuurders worden geen aandelen en/of rechten op aandelen bij wijze van beloning toegekend.</p> <p>6. Het eventuele aandelenbezit van een bestuurder in een zorgorganisatie waarvan hij bestuurder is, is ter belegging op lange termijn.</p> <p>7. De zorgorganisatie verstrekt aan haar bestuurders geen persoonlijke leningen, garanties en dergelijke, tenzij in de normale uitoefening van het bedrijf en tegen de daarvoor voor het gehele personeel geldende voorwaarden en na goedkeuring van de Raad van Toezicht. Leningen worden niet kwijtgescholden.</p> | <p>Zie jaarrekening en verslag Raad van Toezicht in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording. Remuneratiecommissie ingesteld.</p> <p>Opgenomen in de Statuten en het reglement Raad van Bestuur.</p> <p>Impliciet van toepassing door acceptatie van de Zorgbrede Governancecode 2010.</p> <p>Opgenomen in de Jaarrekening en gerapporteerd in het DIGI-MV.</p> <p>Niet van toepassing.</p> <p>Niet van toepassing.</p> <p>Impliciet van toepassing door acceptatie van de Zorgbrede Governancecode 2010.</p> |
|--|---|

2.3. Belangenverstrengelingen

- | | |
|---|--|
| 1. De Raad van Bestuur is integer en stelt zich toetsbaar op ten aanzien van zijn eigen functioneren. Elke vorm en schijn van persoonlijke bevoordeling dan wel belangenverstrengeling tussen enig lid van de raad van bestuur en de zorgorganisatie wordt vermeden. Besluiten ten aanzien van transacties waarbij tegenstrijdige belangen van bestuurders spelen die van materiële betekenis zijn voor de zorgorganisatie en/of voor de betreffende bestuurders, behoeven de goedkeuring van de Raad van Toezicht. | Vastgelegd in statuten en reglement Raad van Bestuur en Raad van Toezicht. |
| 2. Een lid van de Raad van Bestuur kan niet tegelijkertijd de functie vervullen van lid van de Raad van Toezicht van de zorgorganisatie of van een andere zorgorganisatie die binnen het verzorgingsgebied van de zorgorganisatie geheel of gedeeltelijk dezelfde werkzaamheden als de zorgorganisatie verricht, tenzij de andere zorgorganisatie als groeps- of dochtermaatschappij of anderszins nauw verbonden is met de zorgorganisatie. | Verantwoord in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording. |
| 3. Een lid van de Raad van Bestuur zal zonder de toestemming van de Raad van Toezicht geen betaalde of onbetaalde nevenfunctie aanvaarden of continueren als deze nevenfunctie, al dan niet in samenhang met andere betaalde of onbetaalde nevenfuncties, een meer dan minimale werkbelasting kan opleveren of anderszins strijdig kan zijn met de belangen van de zorgorganisatie. | Verantwoord in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording. |
| 4. De Raad van Bestuur geeft de Raad van Toezicht op eerste verzoek inzicht in de door hem uitgeoefende nevenfuncties. | Vastgelegd in het reglement Raad van Bestuur. |

3. De Raad van Toezicht

3.1. Taak en werkwijze

- | | |
|---|--|
| 1. De Raad van Toezicht heeft tot taak toezicht te houden op het besturen door de Raad van Bestuur en op de algemene gang van zaken in de zorgorganisatie als maatschappelijke onderneming en staat de Raad van Bestuur met raad terzijde. De Raad van Toezicht vervult de werkgeversrol voor de Raad van Bestuur en zorgt ondermeer door benoeming, evaluatie en ontslag dat de zorgorganisatie is voorzien van een capabel bestuur. De Raad van Toezicht houdt toezicht op tenminste: <ul style="list-style-type: none">• de realisatie van de statutaire en andere doelstellingen van de zorgorganisatie;• de strategie en de risico's verbonden aan de activiteiten van de zorgorganisatie;• de opzet en werking van de interne risicobeheersings- en controlesystemen;• de financiële verslaggeving;• 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 zorgorganisatie. De Raad van Toezicht bespreekt in ieder geval eenmaal per jaar de strategie en de voornaamste | Opgenomen in statuten, reglement Raad van Toezicht, verslag Raad van Toezicht in Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording.
Ook door bespreking in auditcommissies, remuneratiecommissie (verslag raad van toezicht) respectievelijk van het verslag raad van bestuur over interne risicobeheerssystemen, kwartaalrapportages, begroting, jaarplan en het verslag van de accountant. |
| | Verslag Raad van Toezicht in Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording. |

risico's verbonden aan de zorgorganisatie, de uitkomsten van de beoordeling door de Raad van Bestuur van de opzet en werking van de interne risicobeheersings- en controlesystemen alsmede eventuele significante wijzigingen daarin. Van het houden van deze besprekingen wordt melding gemaakt in het verslag Raad van Toezicht.

- | | |
|--|---|
| <p>2. Aan de goedkeuring van de Raad van Toezicht zijn in ieder geval onderworpen de besluiten van de Raad van Bestuur omtrent:</p> <ul style="list-style-type: none"> • de vaststelling van de begroting, de jaarrekening en de winstbestemming, tenzij deze bevoegdheid wettelijk aan de Algemene Vergadering toekomt; • de vaststelling van (strategische) beleidsplannen van de zorgorganisatie; • het beleid van de zorgorganisatie voor de dialoog met belanghebbenden; • het aangaan of verbreken van een duurzame samenwerking van de zorgorganisatie met andere rechtspersonen of vennootschappen indien deze samenwerking of verbreking van ingrijpende betekenis is voor de zorgorganisatie; • het bestuursreglement van de Raad van Bestuur; • aangifte van faillissement en aanvraag surséance van betaling; • gelijktijdige beëindiging of beëindiging binnen een kort tijdsbestek van de arbeidsovereenkomst van een aanmerkelijk aantal werknemers, of van het verbreken van een overeenkomst met een aanmerkelijk aantal personen dat als zelfstandigen of als samenwerkingsverband werkzaam is voor de zorgorganisatie; • overige majeure beslissingen, vast te leggen in de statuten en/of het bestuursreglement. | <p>Vastgelegd in de statuten en in het reglement Raad van Bestuur, respectievelijk Raad van Toezicht.</p> |
| <p>3. Bij de vervulling van zijn taak richt de Raad van Toezicht zich naar het belang van de zorgorganisatie als maatschappelijke onderneming en weegt daartoe de in aanmerking komende belangen van de bij de zorgorganisatie betrokken belanghebbenden af.</p> | <p>Vastgelegd in statuten en reglement Raad van Toezicht.</p> |
| <p>4. De Raad van Toezicht voert tenminste jaarlijks met elk van de leden van de Raad van Bestuur een gesprek over diens functioneren.</p> | <p>Gezamenlijke en individuele evaluaties.</p> |
| <p>5. De Raad van Toezicht is verantwoordelijk voor de kwaliteit van zijn eigen functioneren.</p> | <p>Reglement Raad van Toezicht. Verantwoord in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording.</p> |
| <p>6. De Raad van Toezicht evalueert zijn functioneren tenminste jaarlijks buiten de aanwezigheid van de Raad van Bestuur en informeert de Raad van Bestuur over de uitkomsten hiervan.</p> | <p>Reglement Raad van Toezicht.</p> |
| <p>7. De Raad van Toezicht voert tenminste jaarlijks met de raad van bestuur als geheel een evaluatiegesprek over het wederzijds functioneren van beide organen op zich en in relatie tot elkaar.</p> | <p>Reglement Raad van Toezicht.</p> |
| <p>8. De Raad van Toezicht en de toezichthouders afzonderlijk hebben een eigen verantwoordelijkheid om van de Raad van Bestuur en de externe accountant alle informatie te verlangen die de Raad van Toezicht behoeft om zijn taak als toezichthoudend orgaan goed te kunnen uitoefenen. Indien de Raad van Toezicht dit geboden acht, kan hij informatie inwinnen van functionarissen en externe adviseurs van de zorgorganisatie. De zorgorganisatie stelt hiertoe de benodigde middelen ter beschikking.</p> | <p>Informatieprotocol in reglement Raad van Toezicht.</p> |

3.2. Benoeming, ontslag, samenstelling en deskundigheid

- | | |
|--|--|
| 1. De Raad van Toezicht is verantwoordelijk voor de benoeming, schorsing en ontslag, het verlenen van décharge en het vaststellen van de honorering van de leden van de Raad van Toezicht, tenzij deze bevoegdheid bij de Algemene Vergadering berust. | Vastgelegd in statuten en reglement Raad van Toezicht. |
| 2. De Raad van Toezicht dient zodanig te zijn samengesteld dat hij zijn taak naar behoren kan vervullen. | Reglement raad van toezicht (profielschets).
Verantwoord in verslag Raad van Toezicht in Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording. |
| 3. Ieder lid van de raad van toezicht dient geschikt te zijn om de hoofdlijnen van het totale beleid te beoordelen. Ieder lid van de raad van toezicht beschikt over de specifieke deskundigheid die noodzakelijk is voor de vervulling van zijn taak, binnen zijn rol in het kader van de profielschets van de Raad. | Reglement Raad van Toezicht, profielschets en verslag Raad van Toezicht in maatschappelijk verslag. |
| 4. Alle leden van de Raad van Toezicht volgen na benoeming een introductieprogramma of scholingsprogramma waarin in ieder geval aandacht wordt besteed aan algemene financiële, sociale en juridische zaken, de financiële verslaggeving door de zorgorganisatie, de specifieke aspecten die eigen zijn aan het type zorgorganisatie waar betrokkene als lid van de Raad van Toezicht aan verbonden is en aan de verantwoordelijkheden als toezichthouder. | Programma voor introductie en/of scholing wordt na benoeming in overleg met het betrokken lid ad-hoc bepaald. |
| 5. Ten minste één lid van de Raad van Toezicht beschikt over voor de zorgorganisatie relevante kennis van en ervaring in de zorg. | Profielschets opgenomen in reglement Raad van Toezicht.
Verantwoord in verslag raad van toezicht in Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording. |
| 6. Het aantal bestuurlijke of toezichthoudende functies van de leden van de Raad van Toezicht is zodanig beperkt dat een goede taakvervulling door ieder van de leden van de Raad gewaarborgd is. | Verantwoord in verslag raad van toezicht in Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording. |
| 7. Een lid van de Raad van Toezicht kan maximaal twee maal voor een periode van vier jaar zitting hebben in de raad van toezicht. | Vastgelegd in statuten, rooster van aftreden, reglement Raad van Toezicht. |
| 8. Bij de werving, selectie en benoeming van nieuwe leden van de raad van toezicht wordt gebruik gemaakt van een voor de betreffende vacature opgestelde profielschets. De leden van de Raad van Toezicht worden op openbare wijze geworven, tenzij voor een bepaalde plaats in de Raad van Toezicht op grond van een wettelijke of statutaire bepaling geldt dat deze plaats op voordracht wordt ingevuld of het recht tot benoeming aan een andere partij dan de Raad van Toezicht of de Algemene Vergadering toekomt. | Reglement Raad van Toezicht.

Wijze van werving wordt per vacature vastgesteld. |
| 5. Statutair is vastgelegd op welke gronden de Raad van Toezicht respectievelijk de Algemene Vergadering een lid van zijn raad kan schorsen of ontslaan, welke meerderheid van stemmen hiertoe vereist is en welke eventuele daarbij te hanteren procedures worden gevolgd. | Vastgelegd in de statuten. |

3.3. Honorering

- | | |
|--|---|
| 1. De Raad van Toezicht respectievelijk de Algemene Vergadering op voordracht van de Raad van Toezicht, stelt de honorering van de Raad van Toezicht vast. | Reglement Raad van Toezicht. |
| 2. De honorering van een lid van de Raad van Toezicht is niet afhankelijk van de resultaten van de zorgorganisatie. | Bezoldiging gebaseerd op adviesregeling NVTZ, fluctueert niet met jaarlijks resultaat. Verantwoord in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording. |

- | | |
|--|--|
| 5. Aan leden van de Raad van Toezicht worden geen aandelen en/of rechten op aandelen bij wijze van beloning toegekend. | Niet van toepassing. |
| 6. Het eventuele aandelenbezit van een lid van de Raad van Toezicht in een zorgorganisatie waarvan hij toezichthouder is, is ter belegging op de lange termijn. | Niet van toepassing. |
| 7. Het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording van de zorgorganisatie bevat de door de wet voorgeschreven informatie over de hoogte en de structuur van de bezoldiging van de individuele leden van de Raad van Toezicht. | Verantwoord in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording. |

3.4. Onafhankelijkheid

- | | |
|---|---|
| 1. De Raad van Toezicht is zodanig samengesteld dat de leden ten opzichte van elkaar, de Raad van Bestuur en welk deelbelang dan ook onafhankelijk en kritisch kunnen opereren. | Verantwoord in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording. |
| 2. Leden van de Raad van Toezicht die op voordracht, of door anderen dan de Raad van Toezicht of de Algemene Vergadering van Aandeelhouders dienen te worden benoemd, zijn onafhankelijk. De leden van de Raad van Toezicht vervullen hun functie zonder last of ruggespraak en zonder een deelbelang te laten prevaleren. | Reglement raad van toezicht. |
| 3. Leden van de raad van toezicht verrichten nimmer taken van de raad van bestuur. | Vastgelegd in statuten en reglement raad van toezicht. |
| 4. Een lid van de Raad van Toezicht kan niet tegelijkertijd de functie vervullen van lid van een Raad van Bestuur of van de Raad van Toezicht van een andere zorgorganisatie die binnen het verzorgingsgebied van de zorgorganisatie geheel of gedeeltelijk dezelfde werkzaamheden als de zorgorganisatie verricht, tenzij de andere zorgorganisatie als groeps- of dochtermaatschappij of anderszins nauw verbonden is met de zorgorganisatie. | Toetsing van onverenigbaarheid opgenomen in reglement Raad van Toezicht. |
| 5. Een voormalig lid van de Raad van Bestuur van de zorgorganisatie is gedurende een periode van drie jaar na het einde van zijn bestuurlijke functie niet benoembaar tot lid van de Raad van Toezicht. Evenmin zijn tot leden van de raad van toezicht benoembaar werknemers of personen die tot de zorgorganisatie toegelaten zijn tot drie jaar na het einde van hun arbeidscontract of toelatingsovereenkomst. | Opgenomen in het reglement Raad van Toezicht (zonder beperking van de periode). |

3.5. Belangenverstrengelingen

- | | |
|--|------------------------------|
| 1. Elke vorm en schijn van persoonlijke bevoordeling dan wel belangenverstrengeling tussen enig lid van de Raad van Toezicht en de zorgorganisatie moet worden vermeden. Besluiten tot het aangaan van transacties waarbij tegenstrijdige belangen van leden van de Raad van Toezicht spelen die van materiële betekenis zijn voor de zorgorganisatie en/of voor de betreffende toezichthouders, behoeven de goedkeuring van de Raad van Toezicht. | Reglement Raad van Toezicht. |
|--|------------------------------|

2. De Raad van Toezicht is verantwoordelijk voor de besluitvorming over het oplossen van zaken waarbij belangenverstrengelingen aan de orde kan zijn bij leden van de Raad van Toezicht, de Raad van Bestuur, bij aandeelhouders en/of de externe accountant in relatie tot de zorgorganisatie.

Reglement Raad van Toezicht.

Bijlage 2: Productieontwikkeling en productiviteit in cijfers

Productieontwikkeling 2009-2010

A-segment	Realisatie 2010	Realisatie 2009	% afwijking
Klinische opnamen	10.446	11.030	-5,3%
Verpleegdagen	57.308	63.355	-9,5%
Dagverpleging	15.091	14.365	5,1%
Eerste polikliniekbezoeken	93.005	92.533	0,5%
Gemiddelde verpleegduur	5,49	5,74	-4,4%
B-segment			
Omzet incl. mutatie onderhanden werk	€ 49.983.288	€ 44.461.984	12,4%
DBC aantallen	45.063	34.433	30,9%

Realisatie A-segment 2010

Specialisme	Aantal opnamen	Aantal dagverpleging	Aantal verpleegdagen	Aantal 1e poli bezoeken
Anesthesie		14		0
Cardiologie	1.380	755	7.242	4.069
Chirurgie	1.911	1.999	12.437	13.632
Dermatologie	4	891	32	8.991
Gastro-enterologie	399	939	3.238	2.575
Klinische geriatrie	0	0	0	9
Gynaecologie en verloskunde	1.026	417	2.216	3.721
Interne geneeskunde	1.807	3.260	13.006	8.255
Keel-, neus- en oorheeskunde	60	448	159	6.082
Kindergeneeskunde	1.280	496	5.900	3.357
Longziekten	725	779	5.066	2.346
Mondziekten en Kaakchirurgie	139	399	435	11.464
Neurochirurgie	9	2	41	370
Neurologie	459	431	2.785	4.377
Oogheeskunde	2	586	4	7.476
Orthopedie	781	989	3.057	9.620
Pijnbestrijding	47	1.312	180	960
Plastische chirurgie	197	855	594	2.415
Urologie	220	519	916	3.286
Totaal	10.446	15.091	57.308	93.005

Gesloten DBC's 2010

Specialisme	A-segment	B-segment	Totaal
Cardiologie	7.711	10.840	18.551
Chirurgie	17.316	2.090	19.406
Dermatologie	11.585	3.666	15.251
Gastro-enterologie	2.058	429	2.487
Gynaecologie en verloskunde	5.230	3.892	9.122
Interne geneeskunde	16.060	1.679	17.739
Keel-, neus- en oorheeskunde	8.405	3.759	12.164
Kindergeneeskunde	5.369	68	5.437
Klinische Geriatrie	20		20
Longziekten	3.661	81	3.742
Neurochirurgie	463	766	1.229
Neurologie	5.548	3.383	8.931
Oogheeskunde	9.576	9.465	19.041
Orthopedie	13.477	2.742	16.219
Pijnbestrijding	1.184	708	1.892
Plastische chirurgie	2.879	207	3.086
Psychiatrie	353		353
Radiologie	438		438
Revalidatie	94		94
Urologie	4.581	1.288	5.869
Totaal	116.008	45.063	161.071

Verpleegduur in dagen A- en B-segment

Specialisme	Realisatie 2010 t/m maand 12	Realisatie 2009 t/m maand 12
Cardiologie	4,3	4,4
Chirurgie	5,7	5,6
Dermatologie	8,0	9,3
Gastro-enterologie	8,1	7,9
Gynaecologie en verloskunde	2,4	2,6
Interne geneeskunde	7,4	7,6
Keel-, neus- en oorheeskunde	2,4	2,2
Kindergeneeskunde	4,6	4,4
Longziekten	7,0	8,3
Mondziekten en Kaakchirurgie	3,1	2,8
Neurochirurgie	2,8	2,9
Neurologie	7,0	7,0
Oogheeskunde	2,2	2,3
Orthopedie	6,0	5,7
Pijnbestrijding	2,8	3,3
Plastische chirurgie	2,8	2,7
Urologie	3,7	3,5
Totaal	4,9	5,1

Wachttijden in dagen

Peildatum 3-1-2011	Locatie Leiderdorp			Locatie Alphen a/d Rijn	
	Polikliniek	Behandeling	Diagnostiek	Polikliniek	Behandeling
Anesthesie					
- pijnbestrijding	87			87	
Cardiologie					
- algemeen	3			4	
- dotterbehandelingen					
Chirurgie					
- algemeen	3			4	
- vaatchirurgie	7			8	
- gastro-enterologie	7				
- mammapoli	1				
- oncologie	7				
- traumatologie	3				
- spataderen		35			
- liesbreuk		35			22
- galblaas		35			
- carpaal tunnel syndroom					
- bypass chirurgie		7			
- carotis chirurgie		7			
- colon/rectum chirurgie		14			
- maagbandje		56			
- mamma chirurgie		14			
- varices stripmethode		35			22
- varices lasermethode		42			56
Dermatologie					
- algemeen	14			8	
Gynaecologie					
- algemeen	28			29	
- oncologie	26			35	
- infertiliteit	28			29	
- sterilisatie vrouw		43			49
- baarmoederverwijdering		43			
- gefractioneerde curettage		43			35
- hysteroscopie		43			35
- hysteroscopie poliklinisch		35			40
- laparoscopie		43			39
- TVT-O		26			
Interne geneeskunde					
- algemeen	70			71	
- endocrinologie	70				
- immunologie	70				
- infectieziekten	70				
- hypertensie	70				
- hematologie	70				
- algemeen	70				
- maag-, darm-, leverziekten	nb				
Centrale Scopiekamer					
- colonscopie	21			10	
- gastroscopie	42			15	

Radiologie				
- MRI scan				
- Echo onderzoeken				
- MRI knie			11	
- Gewone foto's				
- Mammografie				
- Mammopoli				
- CT scan				
Keel-, neus- en oorheelkunde				
- algemeen	14		16	
- keel- en neusamandelen		38		28
- oorbuisjes		38		28
- neustussenschot		66		15
- gehoorsvermindering	14	66	16	
- neus- en bijholteoperatie		66		15
- oorsuizen/duizeligheid	14	66	16	
- ooperaties				15
- parotis				
Kindergeneeskunde				
- algemeen	1		8	
- cardiologie	1			
- endocrinologie	1			
- gastro-enterologie	1			
- reumatologie	1			
- metabole ziekten	1			
- nefrologie	1			
- neonatologie	1			
- sociale pediatrie	1			
Longziekten				
- algemeen	21		42	
- oncologie	1			
- astma				
- COPD				
Mondziekten en kaakchirurgie				
- algemeen	25	73		
- implantatie gesprek	77	85		
- osteotomie gesprek	53	63		
Neurochirurgie				
- algemeen	36	43		
- carpaaltunnelsyndroom	36	8		
- HNP / hernia	36	29		
Neurologie				
- algemeen	14		22	
- HNP / hernia	22			
- carpaaltunnel syndroom	21		29	
- screening dementie	70		45	
- hoofdpijn spreekuur	25			
- Tia / licht CVA				
Oogheelkunde				
- algemeen	24		36	
- staaroperatie		42		42
- diabetes screening	78		74	
- staar spreekuur	17		43	

Orthopedie				
- algemeen	18		21	
- totale heupprothese		35		
- totale heupprothese jointcare		35		
- kijkoperatie knie				17
- totale knieprothese		31		
- hernia				
- carpaal tunnel syndroom				
- knieklachten	7		9	
- voorste kruisbandplastiek		35		
Plastische Chirurgie				
- algemeen	30		38	
- borstcorrectie met med. indicatie		45		79
- borstcorrectie zonder med. indicatie		45		79
- buikwandcorrectie		45		79
- dupruiyten		24		44
- carpaal tunnel syndroom		24		44
Sportgeneeskunde				
- blessureconsulten		10		11
- sportmedische keuringen		9		21
Urologie				
- algemeen	1		3	
- prostaatoperatie / prostaatcarcinoom		14		
- sterilisatie man		11		32
- analyse afw. Balzak		1		
- besnijdenis		8		28
- bloed in urine		1	3	
- incontinentie vrouwen		8		
- niersteenvergruizing		10		
- orchiopexie/exploratie scrotum		28		
- tumornefrectomie		28		
- TURP		28		
- TURT		28		
- vasovasostomie		36		

Productiviteit

Productiviteit 2010	Realisatie KPI	Begroot KPI	% Verschil
Klinische Productiviteit	294	336	-12,5%
Poliklinische Productiviteit	1123	1130	-0,6%

De productiviteit wordt gemeten door de productie te delen door het aantal fte. Voor de kliniek worden de verpleegdagen en de dagverplegingen die op de verpleegafdelingen plaatsvinden gedeeld door de fte op de verpleegafdelingen. Deze productiviteit is in 2010 lager dan begroot omdat de verpleegdagen de begroting hebben overschreden, terwijl de fte's niet in dezelfde mate zijn gedaald.

Bij de poliklinische productiviteit worden de eerste polikliniekbezoeken en de herhaalbezoeken die plaatsvinden op de poliklinieken gedeeld door de fte's. Dit productiviteitskengetal ligt nagenoeg op begrotingsniveau: de productie is hoger dan begroot, maar de fte-inzet ook.

