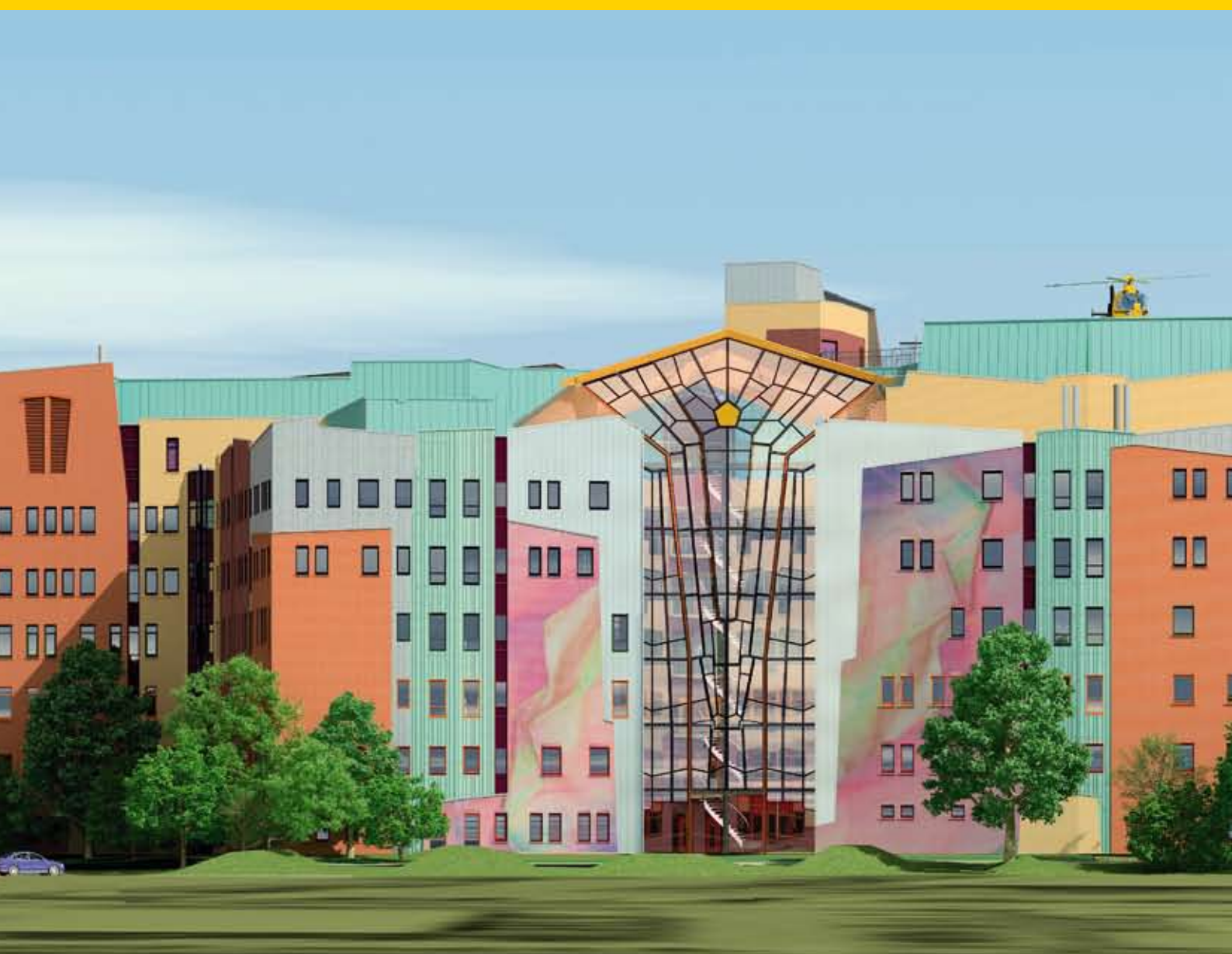


Jaardocument 2009

Stichting Holding Isala klinieken



Jaardocument 2009

Stichting Holding Isala klinieken

INHOUDSOPGAVE

Lijst met schema's en tabellen	4
Voorwoord Raad van Bestuur	6
Voorwoord Raad van Toezicht	8
MAATSCHAPPELIJK VERSLAG	9
1. Uitgangspunten van de verslaggeving	9
2. Profiel van de organisatie	11
2.1 Algemene identificatiegegevens	12
2.2 Structuur van het concern	12
2.2.1 Juridische structuur Stichting Holding Isala klinieken	12
2.2.2 Organisatiestructuur Stichting Isala klinieken	13
2.3 Kerngegevens	15
2.3.1 Kernactiviteiten en nadere typering	15
2.3.2 Kerngegevens van capaciteit, personeel en opbrengsten	16
2.4 Belanghebbenden en samenwerkingsrelaties	19
2.4.1 Samenwerkingsrelaties van de Isala klinieken ten aanzien van haar kernactiviteiten	19
3. Bestuur, toezicht, bedrijfsvoering en medezeggenschap	23
3.1 Normen voor goed bestuur	24
3.2 Raad van Bestuur	24
3.2.1 Samenstelling en reglement Raad van Bestuur	24
3.3 Raad van Toezicht	27
3.3.1 Samenstelling en procedures Raad van Toezicht	27
3.3.2 Taken en activiteiten Raad van Toezicht	30
3.4 Bedrijfsvoering	35
3.4.1 Planning en controlcyclus, interne risicobeheersing	35
3.4.2 Regeling Administratieve Organisatie en Interne Controle	37
3.4.3 Externe ontwikkelingen	38
3.5 Cliëntenraad	38
3.5.1 Vergaderfrequentie en overlegvormen	38
3.5.2 Adviesaanvragen	39
3.5.3 Ongevraagde adviezen/notities	40
3.5.4 Speerpunten/aandachtspunten voor 2010	40
3.5.5 Activiteiten Cliëntenraad in 2009	42
3.6 Ondernemingsraad	43
3.7 Overige overleg- en adviesorganen	44
3.7.1 Vereniging De Medische Staf	44
3.7.2 Verpleegkundige Kenniskring Isala	46
3.7.3 Medisch Ethische Toetsingscommissie (METC)	47
3.7.4 Adviescommissie Zorgvernieuwing	48
4. Beleid, inspanningen en prestaties	49
4.1 Meerjarenbeleid	50
4.1.1 Missie en uitgangspunten	50
4.1.2 Maatregelen en randvoorwaarden	50
4.1.3 Strategie en veranderopgave	51
4.2 Algemeen beleid verslagjaar	51
4.2.1 Nieuwbouw	51
4.2.2 Strategisch kader 2008-2012	52
4.3 Algemeen kwaliteitsbeleid	58
4.3.1 Kwaliteit van gebouwen en brandveiligheid	58
4.3.2 Informatiebeleid en ICT	59

4.4 Kwaliteitsbeleid ten aanzien van patiënten/cliënten	62
4.4.1 Kwaliteit van zorg	62
4.4.2 Klachten	68
4.4.3 Patiëntveiligheid	70
4.4.4 Patiëntencommunicatie	74
4.5 Kwaliteit ten aanzien van medewerkers	75
4.5.1 Personeelsbeleid	75
4.5.2 Kwaliteit van het werk	79
4.6 Onderwijs, opleiding en onderzoek	83
4.6.1 Isala Academie	83
4.6.2 Medische (vervolg)opleidingen	85
4.6.3 (Toegepast) wetenschappelijk onderzoek en publicaties	87
4.7 Samenleving	88
4.7.1 Economische meerwaarde voor de samenleving	88
4.7.2 Traumacentrum	88
4.7.3 Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ)	89
4.7.4 Milieubeleid	90
4.7.5 Isala Wereldbreed: voor en door Isala-medewerkers	91
4.7.6 Inzet van vrijwilligers	92
4.8 Financieel beleid	93
4.8.1 Financiële ontwikkelingen	93
4.8.2 Investerings	95
4.8.3 Resultaatanalyse	95
4.8.4 Financiële verwachtingen 2010	96
JAARREKENING	99
5. Geconsolideerde jaarrekening 2009	99
5.1 Geconsolideerde balans per 31 december 2009	100
5.2 Geconsolideerde resultatenrekening over 2008	101
5.3 Geconsolideerd kasstroomoverzicht	102
5.4 Grondslagen van waardering en resultaatbepaling	103
5.5 Toelichting op de geconsolideerde balans per 31 december 2009	111
5.6 Geconsolideerd mutatieoverzicht immateriële vaste activa	127
5.7 Geconsolideerd mutatieoverzicht materiële vaste activa	128
5.8 Overzicht langlopende schulden tot en met 31 december 2009	130
5.9 Toelichting op de geconsolideerde resultatenrekening over 2009	132
5.10 Enkelvoudige balans per 31 december	140
5.11 Enkelvoudige resultatenrekening	140
5.12 Grondslagen van waardering en resultaatbepaling enkelvoudige jaarrekening	140
5.13 Toelichting op de enkelvoudige balans 2009	141
5.14 Toelichting op de enkelvoudige resultatenrekening 2009	142
5.15 Overige gegevens enkelvoudige jaarrekening	142
5.16 Aanvullende gegevens	143
5.16.1 Vaststelling en goedkeuring jaarcijfers 2009	143
5.16.2 Resultaatbestemming 2009	143
5.16.3 Ondertekening door bestuurders en toezichthouders	144
5.16.4 Accountantsverklaring	145
Bijlagen	147
Bijlage 1: Kerngegevens Isala klinieken	149
Bijlage 2: Kwaliteit van de organisatie	153
Bijlage 3: Wet bijzondere medische verrichtingen	154
Bijlage 4: Wet openbaarmaking uit publieke middelen gefinancierde topinkomens (WOPT)	155

Lijst met schema's en tabellen

Hoofdstuk 2 Profiel van de organisatie

Organogram 1 Juridische structuur Stichting Holding Isala klinieken	13
Organogram 2 Stichting Isala klinieken	14

Tabel 1 Algemene identificatiegegevens	12
Tabel 2 Locaties voor (topklinische) ziekenhuiszorg in en buiten Zwolle	12
Tabel 3 Zelfstandige entiteiten Stichting Holding Isala klinieken	13
Tabel 4 Kernactiviteiten Isala klinieken	15
Tabel 5 Kerngegevens capaciteit	16
Tabel 6 Kerngegevens personeel	16
Tabel 7 Kerngegevens bedrijfsopbrengsten	16
Tabel 8 Overzicht van de productiegegevens	17
Tabel 9 Vergunningen op grond van artikel 2 Wet bijzondere medische verrichtingen	17
Tabel 10 Aanwijzingen op grond van artikel 8 Wet bijzondere medische verrichtingen	18
Tabel 11 Klinische wachtlijsten en gemiddelde verpleegduur	18
Tabel 12 Belanghebbenden	19
Tabel 13 Samenwerkingsrelaties voor patiëntenzorg	19
Tabel 14 Samenwerkingsrelaties onderwijs en toegepast wetenschappelijk onderzoek	21

Hoofdstuk 3 Bestuur, toezicht, bedrijfsvoering en medezeggenschap

Tabel 15 Samenstelling Raad van Bestuur met aandachtsgebieden en functies per 31 december 2009	25
Tabel 16 Verantwoording bezoldiging bestuurders en gewezen bestuurders	26
Tabel 17 Samenstelling, aandachtsgebieden en overige functies Raad van Toezicht in 2009	27
Tabel 18 Rooster van aftreden Raad van Toezicht	30
Tabel 19 Commissies Raad van Toezicht (RvT), activiteiten en besproken thema's in 2009	33
Tabel 20 Verantwoording bezoldiging toezichthouders en gewezen toezichthouders	34
Tabel 21 Samenstelling Cliëntenraad per 31 december 2009	38
Tabel 22 Adviesaanvragen Cliëntenraad en afhandeling	39
Tabel 23 Ongevraagd uitgebrachte adviezen Cliëntenraad	40
Tabel 24 Samenstelling Stafbestuur op 31 december 2009	46

Hoofdstuk 4 Beleid, inspanningen en prestaties

Tabel 25 Zorgpaden en resultaten pilot I-Lean Programma	54
Tabel 26 Overzicht zorgvernieuwingsprojecten	64
Tabel 27 Cliëntenraadpleging	67
Tabel 28 Samenstelling Klachtencommissie	68
Tabel 29 Aantal klachten ingediend bij de Klachtencommissie	69
Tabel 30 Aantal VIM-meldingen over 2009 naar categorie en risicoscore	72
Tabel 31 Overzicht meldingen 2008 en 2009 MIP-commissie	73
Tabel 32 Verzuiminformatie 2009	76
Tabel 33 Verloop personeel 2009	76
Tabel 34 Vacatures en opleidingsniveau	77

Tabel 35 De in 2009 meest genoemde vertrekredenen	78
Tabel 36 Hoe denken vertrekkende medewerkers over de Isala klinieken?	79
Tabel 37 Overzicht vaccinaties medewerkers in de zorg	82
Tabel 38 Trainingen en opleidingen in het skillslab in 2009	84
Tabel 39 Bedrijfsopleidingen in 2009	84
Tabel 40 Stagiaires in de Isala klinieken	85
Tabel 41 Visitatie medische vervolgopleidingen 2009	86
Tabel 42 Overzicht balans	94
Tabel 43 Overzicht ratio's	94
Tabel 44 Overzicht ratio's banken	95
Tabel 45 Resultaten	96

VOORWOORD RAAD VAN BESTUUR

In dit jaardocument doen wij verslag van onze activiteiten in 2009, een jaar waar we met tevredenheid op terug kunnen kijken. We hebben de financiering van de nieuwbouw op locatie Sophia rond gekregen. Ook in algemeen financieel opzicht is het jaar goed afgesloten. Dat neemt niet weg dat ziekenhuizen te maken hebben met een onzekere context die van invloed is op de langetermijnbesturing. Over de richting waarin het zorgstelsel zich ontwikkelt, bestaat geen helderheid. Het draagvlak voor verdere invoering van marktwerking en van prestatiebekostiging kalft af, zonder dat duidelijk is wat daarvoor in de plaats komt. De Isala klinieken, die gestart zijn met de bouw van een nieuw ziekenhuis, hebben te maken met de factor 'overgangsregeling kapitaalslasten' waarover nog veel onduidelijkheid bestaat. Bovendien zijn er bezuinigingsvoornemens voor de zorg, die verregaande consequenties voor de ziekenhuizen kunnen hebben. Eveneens heeft de overheid vergaande voornemens om de honorariumontwikkeling van medisch specialisten aan banden te leggen. Wanneer de verantwoordelijkheid daartoe bij de bestuurders van ziekenhuizen wordt gelegd, kunnen dergelijke besluiten tot de nodige spanningen leiden.

De nieuwbouw van de Isala klinieken is op 15 september 2009 met een feestelijke bijeenkomst officieel van start gegaan. In de komende vier jaar realiseren wij een nieuw ziekenhuis in de befaamde organische bouwstijl van architectenbureau Alberts & Van Huut. Het uiteindelijke resultaat is een patiëntgericht ziekenhuis, kleinschalig van opzet maar ingebed in een groter geheel, met een flexibele en efficiënte organisatie. Het ontwerp staat voor de manier waarop Isala haar patiënten wil verzorgen: gastvrij, inlevend, respectvol en met zorg van hoge kwaliteit. Het ontwerp weerspiegelt tevens de visie van Isala op het werk van specialisten en medewerkers: een uitdagend werkklimaat bieden in een prima sfeer. Het nieuwe ziekenhuis wordt naar verwachting eind 2013 opgeleverd.

De ontwikkelingen rond de nieuwbouw zijn te volgen via de website www.isalabouwt.nl.

Maar het gaat in een ziekenhuis in de eerste plaats om de patiëntenzorg. Wij zijn er trots op dat we op het gebied van kwaliteit van zorg, patiëntveiligheid en opleiding onze goede reputatie opnieuw hebben kunnen waarmaken. Landelijk krijgen we steeds vaker erkenning voor de kwaliteit die Isala biedt. Zo heeft de opleiding Heelkunde de landelijke Opleidingsprijs 2009 gewonnen en de afdeling Radiologie de Innovatieprijs van het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO.

De Isala klinieken in Zwolle zijn met bijna duizend beschikbare bedden en 5.400 medewerkers een van de grootste ziekenhuizen van Nederland. Het afgelopen jaar hebben we meer dan 522.000 polikliniekbezoeken en ruim 93.000 klinische opnamen en dagbehandelingen verzorgd. Ons aanbod bestaat uit basiszorg voor de bevolking van Zwolle en omgeving en topklinische zorg voor de regio tussen Groningen, Utrecht en Nijmegen, en tevens uit innovatie, opleiding en onderzoek.

We hebben het verslagjaar beëindigd met een positief netto resultaat van € 12,2 miljoen. Hiermee is de balanspositie van de Isala klinieken verder versterkt. Tevens zijn de ratio's zoals vereist in de financieringsovereenkomst, ruimschoots gehaald. Het is ons streven en een uitdaging om deze rendementsverbetering de komende jaren te continueren. Aan deze ambitieuze veranderopgave naar een resultaatgerichte organisatie (in termen van financieel rendement en kwaliteit van zorg) wordt hard gewerkt binnen de Isala klinieken.

Net als in voorgaande jaren lopen wij landelijk opnieuw voorop op het gebied van patiëntveiligheid. In 2009 heeft ons Centrum Patiëntveiligheid twee boeken gepubliceerd over incidenten in de patiëntenzorg. In: 'Dit nooit meer!' vertellen artsen openlijk over hun medische incidenten, om door openheid een grotere patiëntveiligheid te bewerkstelligen. De publicatie 'Als het misgaat' behandelt het omgaan met incidenten. De Isala klinieken vinden het van groot belang voldoende en voldoende gekwalificeerde medewerkers in dienst te hebben en blijvend aan zich te binden. Niet alleen vanwege het behouden en verbeteren van de kwaliteit van de dienstverlening, maar ook vanwege het realiseren van de veranderingopgave voor de organisatie. De ingezette maatregelen op personeelsgebied zoals strategische personeelsplanning, loopbaanontwikkeling, veel mogelijkheden voor opleiding, en aandacht voor tevredenheid van medewerkers, hebben positieve resultaten opgeleverd. Deze zijn onder andere af te lezen aan de afname van ziekteverzuim en personeelsverloop. In de evaluatie van de deelnemers aan het 'Introductieprogramma voor nieuwe medewerkers' komen aspecten naar voren als warme aandacht voor nieuwe medewerkers, veel aandacht voor patiëntveiligheid, een goede sfeer en behulpzame collega's.

In 2009 hebben wij veel energie gestoken in het versterken van de ketenzorg met onze regionale samenwerkingspartners, met verbetering van de patiëntenzorg als resultaat.

- Medio januari 2009 is het MICU-centrum (Mobiele Intensive Care Unit) van de Isala klinieken gestart in samenwerking met de Regionale Ambulancevoorziening (RAV) IJsselland. Met deze nieuwe voorziening kunnen patiënten met een aangepaste ambulance veilig vervoerd worden tussen de IC-afdelingen van verschillende ziekenhuizen.
- Sinds begin 2009 werken de ziekenhuizen in Meppel, Hoogeveen, Emmen, Hardenberg en Zwolle intensief samen op het gebied van nucleaire geneeskunde.
- Op 26 oktober is het Dialysecentrum Isala in Meppel officieel in gebruik genomen, als een samenwerkingsverband tussen Zorgcombinatie Noorderboog, waar het Diaconessenhuis Meppel deel van uitmaakt, en de Isala klinieken.
- De Isala klinieken, Dimence, Woonzorgconcern IJsselheem en Zorgcombinatie Zwolle hebben hun kennis en deskundigheid gebundeld in het Geheugen Centrum Zwolle en omstreken. Dat betekent dat huisartsen en ouderen nu één startpunt hebben voor geestelijke gezondheidsproblemen of dementie.

Ook op het gebied van innovatie staan we niet stil. De Isala klinieken hebben een thuismonitoringsysteem voor patiënten met hartfalen in gebruik genomen; de polikliniek Cardiologie werkt sinds oktober 2009 met zogenaamde meldzuilen en een maand later is het nieuwe kinderdiabetescentrum van start gegaan.

Dankwoord

Het behalen van al die goede resultaten in 2009 was niet mogelijk geweest zonder de enthousiaste inzet en toewijding van onze medewerkers, medisch specialisten en vrijwilligers, waarvoor wij hen hartelijk danken. Ook willen wij onze Raad van Toezicht, Ondernemingsraad, Cliëntenraad en het Stafbestuur bedanken voor de kritische en opbouwende visie die zij vanuit hun perspectief en deskundigheid op onze plannen hebben gegeven. Dit heeft er mede toe bijgedragen dat wij draagvlak hebben gekregen voor het beleid dat wij het afgelopen jaar hebben gevoerd. Tot slot een dankwoord aan onze samenwerkingspartners, die samen met de Isala klinieken ervoor hebben gezorgd dat de vraag van onze patiënten in de totale zorgketen zo goed mogelijk is beantwoord.

Namens de Raad van Bestuur
Marjanne Sint, voorzitter

VOORWOORD RAAD VAN TOEZICHT

In dit Jaardocument legt ook de Raad van Toezicht verantwoording af over zijn inspanningen in het verslagjaar 2009. In dit verslag zult u lezen dat het in vele opzichten een succesvol jaar is geweest voor de Isala klinieken, met als een van de hoogtepunten de officiële start van de nieuwbouw in september. Hiermee is de volgende stap gezet in de realisatie van een nieuwe eigentijdse huisvesting van het grootste topklinische ziekenhuis van Nederland dat voor de regio Zwolle een belangrijke zorgfunctie vervult.

Wij zijn er trots op dat de Isala klinieken als eerste ziekenhuis in Nederland op een verantwoorde manier en zonder financiële steun van het rijk zijn nieuwbouw weet te financieren. Eind 2013 staat er een nieuw ziekenhuis dat past bij onze ambities: groots in onze zorgverlening, met een scherp oog voor de menselijke maat en binnen onze financiële mogelijkheden. Het in de grond draaien van de eerste paal op locatie Sophia is een belangrijke mijlpaal geweest. De komende jaren zullen vele mijlpalen volgen.

Het gehele traject rondom de aanbesteding en financiering van de nieuwbouw is intensief, zorgvuldig en transparant geweest. De inspanningen van alle betrokkenen hebben geleid tot een goed resultaat en wij hebben het vertrouwen dat de business case gerealiseerd kan worden. De wijze waarop wij als raad door de Raad van Bestuur worden geïnformeerd over de voortgang van de nieuwbouw (bouwtechnisch, financieel en qua aansturing) sterkt dit vertrouwen. Zowel de Raad van Toezicht als de Raad van Bestuur heeft zich door onderscheiden adviseurs laten bijstaan om tot verantwoorde beslissingen te komen. Het intensieve traject van meningsvorming, advisering en besluitvorming heeft tot een unaniem goedkeuringsbesluit van de Raad van Toezicht geleid.

Wij signaleren tot ons genoegen dat organisatiebreed het besef bij de medewerkers leeft dat er veilig gewerkt moet worden. In de nieuwe Zorgbrede Governancecode 2010 krijgt de Raad van Toezicht de expliciete verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid. Hoewel wij deze taak altijd al serieus opgepakt hebben door kritisch de ontwikkelingen intern en extern te volgen, willen wij deze verantwoordelijkheid in 2010 beter borgen. De ondersteuning die wij krijgen vanuit de Sectie Kwaliteit en het Centrum Patiëntveiligheid Isala is daarbij belangrijk en onmisbaar.

Uit onze constructieve overleggen met Ondernemingsraad, Cliëntenraad en Stafbestuur merken wij bovendien dat het gekozen besturingsmodel met resultaatverantwoordelijke eenheden (RVE's) en 'de dokter aan het roer' begint te aarden in de organisatie. Wij hebben vastgesteld dat medewerkers van harte bereid zijn mee te gaan in dat veranderingsproces. Medisch specialisten geven aan dat zij zich hierdoor meer verantwoordelijk voelen voor het ziekenhuis als totaal. Er komt meer openheid, businessplannen worden uitgewisseld en er is meer kostenbewustzijn. Deze cultuurverandering geeft de Isala klinieken de kans om de kerndoelstelling van de Strategische agenda 2008-2012 ook daadwerkelijk te realiseren.

De Raad van Toezicht dankt alle Isala-medewerkers voor de geleverde inzet gedurende het verslagjaar en voor de bereidheid de ambitieuze uitdaging voor de toekomst aan te gaan. Daarnaast een bijzonder dankwoord voor Ondernemingsraad, Cliëntenraad en Stafbestuur voor hun positieve advisering ten aanzien van de benoeming van een nieuwe voorzitter en twee nieuwe leden in de Raad van Toezicht.

Namens de Raad van Toezicht,
mr. R.F. van den Bergh, voorzitter

1. Uitgangspunten van de verslaggeving



In dit jaardocument doet de Stichting Holding Isala klinieken als rechtspersoon verslag van de activiteiten die binnen en door de stichting zijn uitgevoerd in het boekjaar 2009.

Het Jaardocument 2009 is samengesteld op basis van:

- de Regeling verslaggeving WTZi (Wet Toelating Zorginstellingen);
- de indeling van het model Jaarverantwoording Zorginstellingen 2009 van het ministerie van VWS.

Transparantie Jaardocument

Daarnaast is de uitslag van het onderzoek naar de informatievoorziening in de Jaardocumenten 2008 van zorginstellingen (in 2009 uitgevoerd door Ernst & Young Accountants LLP) leidraad geweest voor dit jaardocument. Volgens het onderzoek is onze informatieverstrekking over 2008 aanzienlijk verbeterd vergeleken met 2007. Hierdoor zijn de Isala klinieken in de ranglijst van Ernst & Young Accountants gestegen van de 54^e naar de 15^e plaats. Met het Jaardocument 2009 streven wij opnieuw naar verbetering van onze transparantie.

Proces samenstelling Jaardocument

Voor dit jaardocument is een werkgroep ingericht die cijfers verzameld, teksten geschreven en informatie gebundeld heeft. De afdeling Concerncommunicatie heeft de eindredactie uitgevoerd.

Het Jaardocument 2009 is opgebouwd uit:

- het maatschappelijk verslag van de Isala klinieken;
- de geconsolideerde jaarrekening 2009.

Goedkeuring

De Raad van Toezicht van de Stichting Holding Isala klinieken heeft het Jaardocument en de Jaarrekening 2009 goedgekeurd in de vergadering van 18 mei 2010.

2. Profiel van de organisatie



2.1 ALGEMENE IDENTIFICATIEGEGEVENS

Tabel 1 Algemene identificatiegegevens

Naam verslaggevende rechtspersoon	Stichting Holding Isala klinieken
adres	Dokter van Heesweg 2 / Postbus 10400
postcode	8000 GK
plaats	Zwolle
telefoonnummer	(038) 424 50 00
identificatienummer(s) NZa	Isala Ziekenhuis 10306 Isala PAAZ 1205011
nummer Kamer van Koophandel	5062128
e-mailadres	info@isala.nl
internetpagina	www.isala.nl

Tabel 2 Locaties voor (topklinische) ziekenhuiszorg in en buiten Zwolle

Locaties Isala klinieken voor (topklinische) ziekenhuiszorg	
Ziekenhuis locatie Sophia, Dokter van Heesweg 2	Zwolle
Ziekenhuis locatie Weezenlanden,	Zwolle
Ziekenhuis locatie Dr. Spanjaardweg	Zwolle
Polikliniek Kampen	Kampen
Dialysecentrum Isala	Meppel
Laboratorium voor Pathologie, locatie Stilobadstraat	Zwolle
Laboratorium voor Medische Microbiologie en Infectieziekten, locatie Stilobadstraat	Zwolle

2.2 STRUCTUUR VAN HET CONCERN

2.2.1 Juridische structuur Stichting Holding Isala klinieken

Isala klinieken

De Isala klinieken zijn ondergebracht in een stichting. Juridisch gezien bestaat de top van de Isala klinieken uit de Stichting Holding Isala klinieken. De Stichting Holding Isala klinieken heeft twee organen: de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht.

Er zijn drie gremia actief voor de instellingen en rechtspersonen waarover de Stichting Holding Isala klinieken het bestuur vormt en/of waarin de stichting deelneemt. Deze zijn:

- Vereniging De Medische Staf van de Isala klinieken;
- Ondernemingsraad van de Isala klinieken;
- Cliëntenraad.

Zelfstandige entiteiten

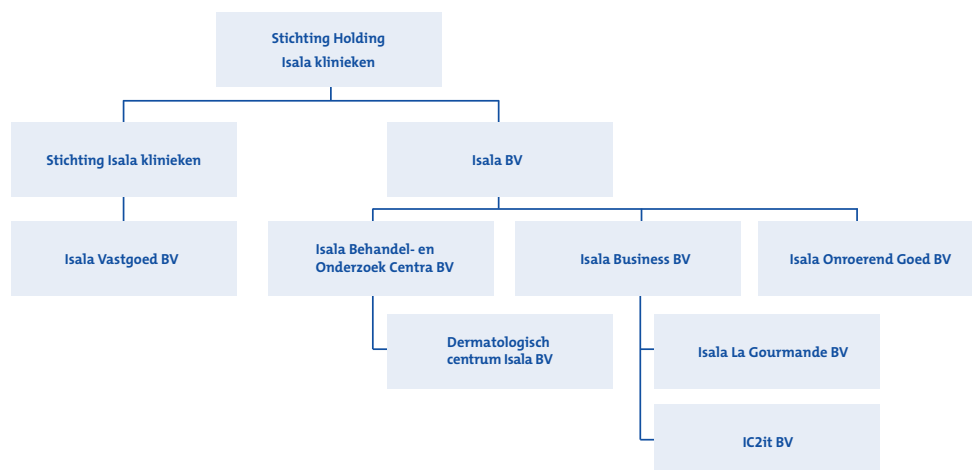
De Stichting Holding Isala klinieken heeft drie juridisch zelfstandige entiteiten: twee faciliterende diensten (IC2it BV en La Gourmande BV) en een zorgactiviteit (Dermatologisch centrum Isala BV).

De Stichting Holding Isala klinieken heeft een indirect belang van 51 procent in het Dermatologisch centrum Isala BV. Bij de overige entiteiten betreft het een honderd procent belang.

Tabel 3 Zelfstandige entiteiten Stichting Holding Isala klinieken

Zelfstandige entiteit	typering	functie
IC2it BV	faciliterende dienst	Implementatie en beheer van software, hardware en andere ICT-voorzieningen binnen de Isala klinieken maar ook daarbuiten.
Isala La Gourmande BV	faciliterende dienst	Exploitatie van een assemblagekeuken en levering van geportioneerde maaltijden en bulkmaaltijden aan de Stichting Isala klinieken en andere institutionele instellingen.
Dermatologisch centrum Isala BV	zorgactiviteit	Dermatologische zorg in samenwerking met de Zwolse Dermatologen BV waarin de dermatologen van de Isala klinieken verenigd zijn.

Organogram 1 Juridische structuur Stichting Holding Isala klinieken



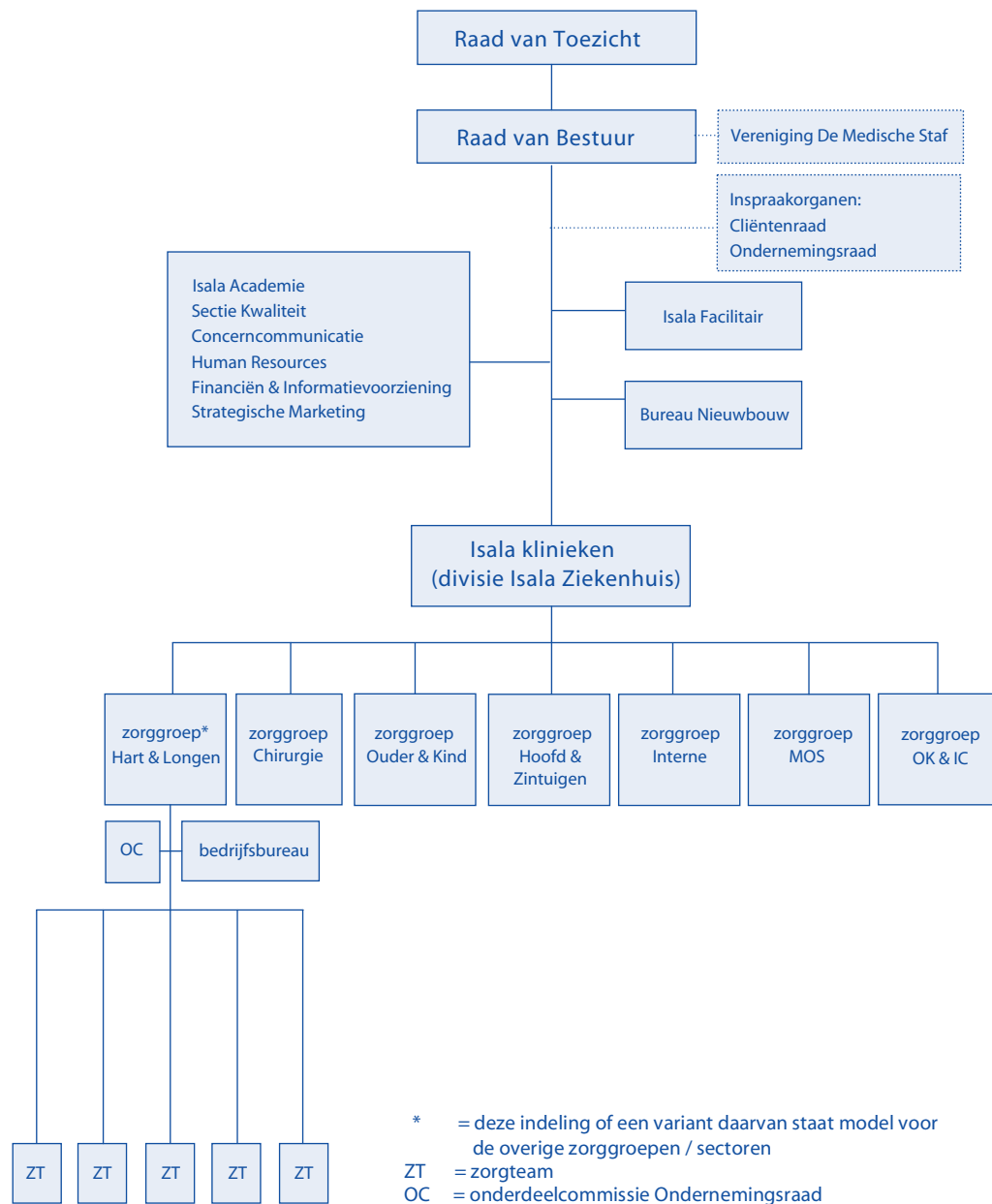
2.2.2 Organisatiestructuur Stichting Isala klinieken

Organisatiestructuur

De Stichting Isala klinieken bestaat uit de volgende onderdelen:

- vijf zorggroepen voor de primaire patiëntenzorg:
 - de zorggroep Chirurgie;
 - de zorggroep Hart & Longen;
 - de zorggroep Hoofd & Zintuigen;
 - de zorggroep Interne;
 - de zorggroep Ouder & Kind;
- twee zorggroepen voor de ondersteuning van de primaire patiëntenzorg:
 - de zorggroep Medisch Ondersteunende Specialismen;
 - de zorggroep OK & IC;
- Isala Academie;
- Bureau Nieuwbouw;
- Isala Facilitair;
- de stafdiensten: Financiën & Informatievoorziening, Human Resources (HR), Kwaliteit, Concerncommunicatie, Strategische Marketing.

Organogram 2 Stichting Isala klinieken



Managementstructuur

De Raad van Bestuur is verantwoordelijk voor de algehele leiding en het functioneren van de Isala klinieken. De managers van de zorggroepen zijn verantwoordelijk voor het faciliteren van de onder de eigen zorggroep functionerende specialismen. De zorggroepen zijn onderverdeeld in zorgteams. Hier functioneren hoofden zorgteam als lijnverantwoordelijken voor het operationele niveau. Waar dat nodig is worden zij bijgestaan door operationeel leidinggevend. Op elk niveau is een nauw samenwerkingsverband met vertegenwoordigers van de Medische Staf.

Duaal management

Binnen de Isala klinieken is op elk niveau van de patiëntenzorg sprake van duaal management, vormgegeven door een manager die zich oriënteert op de bedrijfsvoering en een lid van de Medische Staf die namens de eigen maatschap(pen) en/of vakgroep(en) verantwoordelijk is voor de kwaliteit van de patiëntenzorg.

Op Raad van Bestuurniveau bestaat het duaal management uit Raad van Bestuur en het Bestuur van Vereniging De Medische Staf; op zorggroepniveau uit de manager zorggroep en de medisch manager; op zorgteamniveau uit het zorgteammanagement en de medisch coördinator.

Medezeggenschapstructuur

Binnen de Isala klinieken functioneren de Ondernemingsraad, het Stafbestuur (Bestuur van Vereniging De Medische Staf), de Cliëntenraad, de Verpleegkundige Kenniskring Isala en de Medisch Ethische Toetsingscommissie (METC) als adviesorganen. Informatie over de werkwijze van deze adviesorganen is te vinden in hoofdstuk 3.

2.3 KERNGEGEVENS

2.3.1 Kernactiviteiten en nadere typering

De Isala klinieken richten zich als algemeen topklinisch opleidingsziekenhuis op de behandeling, verpleging en verzorging van zieken/gehandicapten, en op opleiding, onderzoek en innovatie.

In het kader van innovatie beschikt het ziekenhuis over twee centres of excellence: Diabeteszorg en Patiëntveiligheid. In deze specialistische centra vinden innovatieve projecten plaats ter verbetering van de patiëntenzorg. Hiermee onderscheidt het ziekenhuis zich (inter)nationaal.

Tabel 4 Kernactiviteiten Isala klinieken

Basiszorg	topklinische zorg	opleiding, onderzoek en innovatie
Algemeen ziekenhuis voor Zwolle en omstreken met alle basisvoorzieningen en specialismen die een patiënt van een basisziekenhuis mag verwachten, inclusief psychiatrische zorg (PAAZ). De Isala klinieken zijn tevens aangewezen als trauma-centrum.	Toonaangevende topklinische zorg voor de bevolking die woont tussen de academische medische centra van Groningen, Utrecht en Nijmegen, met een aantal hooggespecialiseerde functies: - hart- en neurochirurgie; - dialyse; - stamcel- en beenmerg-transplantaties; - perinatologie; - neonatologie.	Medische, verpleegkundige en bedrijfs- en beroepsopleidingen, stages. Activiteiten op gebied van onderwijs, opleiding, innovatie en wetenschappelijk onderzoek zijn gebundeld in Isala Academie.

2.3.2 Kerngegevens van capaciteit, personeel en opbrengsten

In de onderstaande tabellen zijn kerngegevens van de Isala klinieken weergegeven ten aanzien van capaciteit, personeel en opbrengsten. Meer kerngegevens zijn opgenomen als bijlage (Bijlage 1 Kerngegevens Isala klinieken).

Tabel 5 Kerngegevens capaciteit

Capaciteit 2009	ultimo 2009
aantal beschikbare bedden/plaatsen voor klinische en dag-/deeltijdbehandeling	994
- waarvan plaatsen voor psychiatrische deeltijdbehandeling	8
- waarvan PAAZ-bedden	51
7 x 24 uursafdeling Spoedeisende Hulp op minimaal basis ziekenhuisniveau	ja

Tabel 6 Kerngegevens personeel

Personeel 2009	ultimo 2009
aantal personeelsleden in loondienst exclusief medisch specialisten	5407
aantal fte personeelsleden in loondienst exclusief medisch specialisten	3881
aantal medische specialisten (loondienst + inhuur + vrij beroep)	250
aantal fte medisch specialisten (loondienst + inhuur + vrij beroep)	235

Tabel 7 Kerngegevens bedrijfsopbrengsten

Bedrijfsopbrengsten (bedragen in duizenden euro's) 2009	ultimo 2009
totaal bedrijfsopbrengsten verslagjaar 2009	401.650
- waarvan wettelijk budget voor aanvaardbare kosten	270.521
- waarvan overige bedrijfsopbrengsten	131.129

Tabel 8 Overzicht van de productiegegevens

Productiegegevens 2009	ultimo 2009
aantal in verslagjaar geopende DBC's	293.174
percentage verkeerde-bedpatiënten gemiddeld in verslagjaar 2009	0,06%
aantal opnamen exclusief overnamen en dagverpleging	46.060
- waarvan opnamen in PAAZ en PACZ	315
aantal ontslagen patiënten	45.953
aantal eerste polikliniekbezoeken	200.270
- waarvan eerste poliklinische contacten in PAAZ en PACZ	0
aantal overige polikliniekbezoeken	322.072
- waarvan overige poliklinische contacten in PAAZ en PACZ	0
aantal dagen dagverpleging (normaal en zwaar) of deeltijdbehandelingen	47.022
- waarvan deeltijdbehandelingen in PAAZ en PACZ	1.168
aantal klinische verpleegdagen	279.238
- waarvan klinische verpleegdagen in PAAZ en PACZ	16.429

Tabel 9 Vergunningen op grond van artikel 2 Wet bijzondere medische verrichtingen

Categorie	vergunning	ultimo 2009 ja/nee
transplantaties	• niertransplantatie	nee
	• harttransplantatie	nee
	• longtransplantatie	nee
	• levertransplantatie	nee
	• pancreastransplantatie	nee
	• transplantatie van de dunne darm	nee
	• haematopoëtische stamceltransplantaties	ja
	• transplantatie van de eilandjes van Langerhans	nee
radiotherapie		ja
bijzonder neurochirurgie		ja
hartchirurgie	• openhartoperatie (OHO)	ja
	• automatic implantable cardiovector defibrillator (AICD)	ja
	• ritmechirurgie	ja
	• percutane transluminale coronaire angioplastiek (PTCA)	ja
	• ablaties	ja
klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering		nee
in vitro fertilisatie (IVF)		ja
neonatale intensive care unit (NICU)		ja

Tabel 10 Aanwijzingen op grond van artikel 8 Wet bijzondere medische verrichtingen

Aanwijzing (op grond van artikel 8 Wet bijzondere medische verrichtingen)	ultimo 2009 ja/nee
pediatrische intensive care unit (PICU)	nee
hemofiliebehandeling	ja
traumazorg	ja
HIV-behandelcentra (Humaan immunodeficiëntie virus)	ja
uitnameteams orgaandonatie	nee

Tabel 11 Klinische wachtlijsten en gemiddelde verpleegduur

Ultimo 2009	aantal patiënten op wachtlijst	gemiddelde wachtijd (in weken)	gemiddelde verpleegduur in dagen 2009
Anesthesiologie (pijnbehandeling)	62	3	3
Bijzondere Tandheelkunde	20	3	2
Cardiologie	1034	0	5
Dermatologie	0	0	7
Gynaecologie	580	1	3
Heelkunde	555	1	6
Interne Geneeskunde	576	1	8
Kaakchirurgie	89	7	2
Keel-, neus- en oorheelkunde	252	7	2
Kindergeneeskunde	347	0	5
Klinische Geriatrie	0	0	9
Longziekten	285	1	6
Maag-, darm- en leverziekten	613	4	7
Neurochirurgie	136	5	7
Neurologie	344	3	8
Oogheelkunde	35	9	2
Orthopedie	387	6	5
Plastische Chirurgie	185	6	3
Psychiatrie	73	1	
Radiologie	0	0	0
Radiotherapie	0	0	2
Reumatologie	10	4	8
Thoraxchirurgie	98	1	11
Urologie	219	6	4
Verloskundigen	34	0	1

2.4 BELANGHEBBENDEN EN SAMENWERKINGSRELATIES

Bij de Isala klinieken is een groot aantal interne en externe belanghebbenden betrokken.

Tabel 12 Belanghebbenden

Interne belanghebbenden	externe belanghebbenden
• patiënten; • medewerkers; • Vereniging De Medisch Staf; • Cliëntenraad; • Ondernemingsraad.	• huisartsen/verwijzers; • patiëntenorganisaties; • ketenpartners (zoals Thuiszorgorganisatie Icare, Stichting Woonzorgconcern IJsselheem, zorgcentrum Zonnehuis, GGZ-instelling Dimence); • regionale ziekenhuizen; • opleiders en opleidingsinstituten, regionaal en landelijk; • overheid (Gemeente Zwolle, Provincie Overijssel, ministerie van VWS); • inspecties; • zorgverzekeraars; • kapitaalverschaffers; • leveranciers; • omwonenden.

2.4.1 Samenwerkingsrelaties van de Isala klinieken ten aanzien van haar kernactiviteiten

Tabel 13 Samenwerkingsrelaties voor patiëntenzorg

Samenwerkingsrelatie patiëntenzorg met korte omschrijving	overeenkomst, convenant of anders
stz-ziekenhuizen De Isala klinieken zijn een van de zesentwintig grote opleidende ziekenhuizen in de vereniging Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen (stz). De kern van dit samenwerkingsverband vormen de medisch specialistische opleidingen. De aangesloten ziekenhuizen voelen zich gezamenlijk verantwoordelijk voor onderwijs en opleidingen in brede zin, het bevorderen van hoogwaardige patiëntenzorg, topklinische behandeling, topreferente zorg, innovatie en toegepast wetenschappelijk onderzoek.	vereniging
Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) De Isala klinieken zijn lid van de NVZ. Deze brancheorganisatie van ziekenhuizen richt zich primair op de collectieve behartiging van zorginhoudelijke, sociale en economische belangen van de leden.	vereniging

Samenwerkingsrelatie patiëntenzorg met korte omschrijving	overeenkomst, convenant of anders
MCC Klik De Isala klinieken zijn een van de partijen in de Stichting Medisch Coördinatie Centrum (MCC) Klik. Deze onafhankelijke organisatie wordt bestuurd door de Huisartsenkring Zwolle/Flevoland, de Isala klinieken en thuiszorgorganisatie Icare. MCC Klik beoogt het verhogen van de kwaliteit van medische en verpleegkundige zorg in de regio Zwolle, door het ontwikkelen, implementeren en bewaken van samenwerkingsafspraken tussen medisch specialisten, huisartsen, ziekenhuis- en thuiszorgverpleegkundigen.	stichting
Dalfser Beraad Het Dalfser Beraad was het overleg van Raden van Bestuur van de regioziekenhuizen Emmen, Hardenberg/Coevorden, Hoogeveen, Meppel, Harderwijk en Zwolle. In 2009 is per brief besloten tot opheffing wegens onvoldoende agendapunten.	periodiek overleg; opgeheven per 2 maart 2009
Commissie 1^e 2^e lijn De Commissie 1^e 2^e lijn is het forum voor regulier overleg tussen huisartsen, Medische Staf en Raad van Bestuur van de Isala klinieken. Hier worden knelpunten gesignaleerd en mogelijkheden verkend in de onderlinge samenwerking en vervolgens beoordeeld wie deze het beste kan uitwerken.	periodiek overleg
Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) Het ROAZ is een bestuurlijk overlegorgaan van ketenpartners in de acute zorg uit de regio, van huisarts, GGZ tot ziekenhuizen. Het doel is het maken van afspraken over samenwerking binnen de acute zorg waarbij de patiënt sneller op de juiste plaats komt.	overeenkomst
Regionaal Zorgnetwerk Zwolle en omstreken De Isala klinieken nemen samen met ruim twintig organisaties en instellingen in de regio deel in de stichting Regionaal Zorgnetwerk Zwolle en omstreken. De stichting beoogt het bevorderen van een integraal aanbod voor wonen, welzijn en zorg voor mensen met een vraag op dat terrein. Het zorgnetwerk brengt tevens ketenzorgprojecten tot stand, zoals de Transmurale Stroke Service, het Netwerk Palliatieve zorg regio IJssel-Vecht en het Dementieproject IJssel-Vecht.	stichting
Netwerk palliatieve zorg Regio IJssel-Vecht Dit netwerk bestaat uit gemandateerde vertegenwoordigers van de diverse deelnemende organisaties, waaronder de Isala klinieken.	convenant

Tabel 14 Samenwerkingsrelaties onderwijs en toegepast wetenschappelijk onderzoek

Samenwerkingsrelatie patiëntenzorg met korte omschrijving	overeenkomst, convenant of anders
Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) Voor de samenwerking met het UMCG ten aanzien van zorginhoudelijke opleidingen zijn de Isala klinieken erkend als 'Teaching Hospital UMCG'. De Isala klinieken werken daarnaast met het UMCG samen bij het uitvoeren van toegepast wetenschappelijk onderzoek.	overeenkomst
Rijksuniversiteit Groningen (RUG) Twee medisch specialisten van de Isala klinieken vervullen een buitengewoon hoogleraarschap aan de Rijksuniversiteit Groningen: kinderarts dr. P. Brand bekleedt de leerstoel Klinisch Onderwijs en internist dr. H. Bilo de leerstoel Inwendige Geneeskunde, met name voor de transmurale zorg.	overeenkomst
Vrije Universiteit (VU) Amsterdam De Isala klinieken werken met de VU samen bij het uitvoeren van toegepast wetenschappelijk onderzoek.	periodiek overleg
OOR Noord- en Oost-Nederland De Isala klinieken zijn overlegpartner in de Onderwijs- en OpleidingsRegio (OOR) Noord- en Oost-Nederland voor het behouden en verbeteren van de kwaliteit van zorg.	overeenkomst
Willem Kolff Alliantie Deze alliantie is een samenwerkingsverband van de Isala klinieken met twee onderwijsinstellingen in Zwolle - het Deltion College en Hogeschool Windesheim - op het gebied van beroepsopleidingen.	overeenkomst

3. Bestuur, toezicht, bedrijfsvoering en medezeggenschap



3.1 NORMEN VOOR GOED BESTUUR

Zorgbrede Governance Code

De Isala klinieken hanteren de principes van de Zorgbrede Governance Code. Deze zijn opgenomen in de statuten en in de reglementen. De Isala klinieken beschikken over de volgende reglementen:

- Reglement Raad van Bestuur;
- Reglement Raad van Toezicht;
- Reglement Auditcommissie;
- Reglement Remuneratiecommissie;
- Protocol Samenwerking Raad van Bestuur-Stafbestuur Isala klinieken.

3.2 RAAD VAN BESTUUR

3.2.1 Samenstelling en reglement Raad van Bestuur

De Raad van Bestuur bestaat statutair uit twee of meer leden. Het aantal leden van de Raad van Bestuur wordt met inachtneming van dit minimum door de Raad van Toezicht vastgesteld. Op taken, verantwoordelijkheden en werkzaamheden van de Raad van Bestuur is het Reglement Raad van Bestuur Isala klinieken van toepassing. Dit reglement beschrijft onder andere de bestuurstaak, verantwoording en verantwoordelijkheid, de besluitvormingsprocedure, het afleggen van verantwoording extern, de medezeggenschap en gang van zaken bij vergaderingen.

Tweehoofdige Raad van Bestuur

Tot 1 januari 2009 zijn de Isala klinieken bestuurd door een driehoofdige Raad van Bestuur. Per 1 januari 2009 heeft drs. A.H. Hilbers als lid Raad van Bestuur de Isala klinieken verlaten vanwege het aanvaarden van een functie elders. Na aanleiding van zijn vertrek heeft de Raad van Toezicht overwogen of invulling van de vacature voor een derde lid Raad van Bestuur noodzakelijk is of dat een tweehoofdige Raad van Bestuur kan volstaan. Na uitgebreide discussie heeft de Raad van Toezicht in februari 2009 besloten dat een tweehoofdige Raad van Bestuur de voorkeur verdient.

Sinds januari 2009 bestaat de Raad van Bestuur uit twee leden. Deze samenstelling is het gehele verslagjaar niet gewijzigd. De voorzitter Raad van Bestuur, mevrouw drs. M. Sint is verantwoordelijk voor de algemene, economische en organisatorische aspecten van de Isala klinieken en R.A. Thieme Groen, arts, als lid Raad van Bestuur voor de patiëntenzorg.

Tabel 15 Samenstelling Raad van Bestuur met aandachtsgebieden en functies per 31 december 2009

Naam	bestuurs-functie	aandachtsgebieden 2009	nevenfuncties
mevrouw drs. M. Sint	voorzitter	• strategie; • nieuwbouw; • financiële zaken; • Corporate control; • Marketing & Sales; • Human Resources; • Concerncommunicatie; • Facilitaire dienstverlening (Isala Facilitair); • bestuursondersteuning; • Ondernemingsraad; • externe contacten (zoals NVZ, STZ, Raad voor de Volksgezondheid, VWS).	• lid Raad voor de Volksgezondheid en Zorg; • voorzitter Raad van Commissarissen ROVA Zwolle; • lid Raad van Commissarissen BPF Bouwinvest.
R.A. Thieme Groen, arts	lid Raad van Bestuur	• primaire zorggroepen (Chirurgie, Interne, Hart & Longen, Hoofd & Zintuigen, Ouder & Kind); • Ondersteunende zorggroepen (MOS, OK & IC); • stafafdelingen Sectie Kwaliteit en Centrum Patiëntveiligheid; • Zorglogistiek; • Klachtencommissie, MIP-commissie; • Isala Academie; • Commissie Zorgvernieuwing; • Medisch Ethische Toetsingscommissie (METC); • Commissie Ethiek; • Arts-assistentenopleidingsfonds; • coassistentenonderwijs; • Cliëntenraad; • externe contacten (zoals Inspectie, Dalfser Beraad, Commissie 1^e 2^e lijn, OOR NO-Nederland).	• lid Geschillencommissie Ziekenhuizen; • arbiter Scheidsgerecht Gezondheidszorg; • lid Medisch Specialisten Registratie Commissie; • voorzitter Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ); • voorzitter Stichting Tekke Huizinga Fonds.

Beleid bezoldiging en arbeidsvoorwaarden

De arbeidsvoorwaarden en het jaarinkomen van de Raad van Bestuur zijn bepaald op basis van de adviesregeling arbeidsvoorwaarden Raden van Bestuur van de NVDZ.

Vertrekregeling bestuurders

In de arbeidscontracten van de leden van de Raad van Bestuur is een vertrekregeling opgenomen. In geval van opzegging van de arbeidsovereenkomst door de stichting, met uitzondering van ontslag wegens dringende reden zoals bedoeld in BW artikel 7.667 en 7.678, komen de partijen een schaderegeling overeen.

De bezoldiging van de bestuurders van de Isala klinieken over 2009 is als volgt:

Tabel 16 Verantwoording bezoldiging bestuurders en gewezen bestuurders

naam en functie bestuurder	mevrouw drs. M. Sint voorzitter Raad van Bestuur	R.A. Thieme Groen, arts lid Raad van Bestuur
1 als bestuurder in de organisatie werkzaam sinds	01-01-2007	01-01-2006
2 persoon maakt op dit moment nog steeds deel uit van het bestuur	ja	ja
3 persoon was als bestuurder werkzaam	het gehele jaar	het gehele jaar
4 persoon is in het verslagjaar voorzitter geweest	ja	nee
5 persoon is voorzitter geweest gedurende	12 maanden	0 maanden
6 aard van de (arbeids)overeenkomst	onbepaalde tijd	onbepaalde tijd
7 salarisregeling	huidige NVZD- of VDZ regeling	huidige NVZD- of VDZ regeling
8 deeltijdfactor	100%	100%
9 bruto-inkomen, inclusief vakantiegeld, eindejaarsuitkering en andere vaste toelagen	225.421	217.918
waarvan verkoop verlofuren	0	0
waarvan nabetaling voorgaande jaren	0	0
10 bruto onkostenvergoeding	8.160	21.552
11 werkgeversbijdrage sociale lasten	9.105	7.501
12 werkgeversbijdrage pensioen, VUT, FPU	24.353	23.503
13 ontslagvergoeding	0	0
14 bonussen	0	0
15 totaal inkomen	267.039	270.474
16 cataloguswaarde auto van de zaak	50.435	0
17 eigen bijdrage auto van de zaak	0	0

3.3 RAAD VAN TOEZICHT

3.3.1 Samenstelling en procedures Raad van Toezicht

De Raad van Toezicht bestaat uit zeven leden (statutair uit vijf) die worden benoemd voor een periode van vier jaar. (Her)benoeming vindt plaats op basis van een profielschets die openbaar is.

Bij benoeming van een nieuw lid stelt de Raad een werving- en selectiecommissie samen uit eigen gelederen.

Profielschets

In de profielschets Raad van Toezicht is bepaald dat tenminste één lid inhoudelijk brede kennis en ervaring in de zorg heeft. In het verslagjaar beantwoorden drie leden van de Raad van Toezicht aan deze eis, namelijk:

- drs. R.M. Smit, voorzitter Raad van Toezicht, als voormalig bestuursvoorzitter van het Albert Schweitzer Ziekenhuis in Dordrecht;
- prof. dr. N.S. Klazinga als hoogleraar sociale geneeskunde;
- R.A. Steenbergen als voormalig voorzitter Raad van Bestuur van het Diakonessenhuis in Utrecht.

Daarnaast is bepaald dat tenminste twee leden financiële deskundigheid hebben. Deze deskundigheid brengen prof. dr. ir. A. Bruggink, dr. R. Scheerens en R.A. Steenbergen met zich mee.

Tabel 17 Samenstelling, aandachtsgebieden en overige functies Raad van Toezicht in 2009

Naam	aandachtsgebied binnen de Raad van Toezicht	overige functies	periode	aantal bijgewoonde vergaderingen
drs. R.M. Smit	• voorzitter Raad van Toezicht; • Remuneratie-commissie.	• voorzitter College van Bestuur van de Vrije Universiteit en Windesheim; • lid Raad van Commissarissen Havenbedrijf Rotterdam; • adviseur Kloosterboer Groep BV; • voorzitter bestuur Grote of St. Laurenskerk, Rotterdam; • lid Nationaal Innovatieplatform.	01-01-2009 t/m 31-12-2009	3/6
prof. dr. ir. A. Bruggink	• lid Raad van Toezicht; • Audit-commissie.	• Chief Financial Officer/RvB Rabobank Nederland, Utrecht; • hoogleraar Universiteit Twente, Enschede; • lid Raad van Commissarissen ROVA, Zwolle.	01-01-2009 tot 01-12-2009	2/5

Naam	aandachtsgebied binnen de Raad van Toezicht	overige functies	periode	aantal bijgewoonde vergaderingen
mevrouw drs. W.M. van Ingen	• lid Raad van Toezicht; • Audit-commissie.	• algemeen directeur Kamer van Koophandel Oost Nederland; • bestuurslid Orkest v.h. Oosten; • lid European Chamber of Commerce (Eurochambres); • lid Euregionaal Samenwerkingsverband; • actieve rol in stichtingen ten behoeve van opvang van gedupeerde ondernemers Vuurwerkrap Enschede; • vicevoorzitter Raad van Toezicht Toeristisch Bureau Twente; • lid stuurgroep Europees project ter bevordering hoger technisch onderwijs; • lid Adviesraad Innovatieplatform Twente; • bestuurslid Toneelgroep Oostpool; • bestuurslid Fanny Blankers Koen Games; • lid Raad van Commissarissen Essent Netwerk; • lid Raad van Commissarissen Conferentiehotel Drienerburght.	01-01-2009 tot 01-05-2009	2/2
prof. dr. N.S. Klazinga	• lid Raad van Toezicht; • Commissie Zorg.	• hoogleraar Sociale Geneeskunde AMC, Amsterdam; • projectleider Health Care Quality Indicator project OECD, Parijs; • voorzitter College Sociale Geneeskunde, Utrecht; • voorzitter Nederlandse Public Health Federatie, Utrecht.	01-01-2009 t/m 31-12-2009	6/6
dr. R. Scheerens	• lid Raad van Toezicht; • Audit-commissie.	• directeur Firaheel B.V.; • directeur Heig B.V.; • Chairman Shenyang Dutch Chinese Agropark Development Co Ltd; • lid Raad van Commissarissen Bios Groep.	01-01-2009 t/m 31-12-2009	5/6

Naam	aandachtsgebied binnen de Raad van Toezicht	overige functies	periode	aantal bijgewoonde vergaderingen
R.A. Steenbergen	• lid Raad van Toezicht; • Audit-commissie.	• Raad van Toezicht JPI De Sprengen; • lid Bestuur VSO ZMOK De Sprengen; • lid Bestuur Steunfonds De Sprengen; • voorzitter Raad van Toezicht Gezondheidshuis Stadshagen, Zwolle; • lid Raad van Commissarissen Zuiderzeehaven BV Kampen.	01-01-2009 t/m 31-12-2009	5/6
mevrouw drs. J.J. Zandbergen- de Zeeuw	• lid Raad van Toezicht; • Remuneratie-commissie • Commissie Zorg.	• directielid Landstede, Zwolle; • voorzitter Kerkenraad Gereformeerde Kerk Hoofdhof, Berkum; • secretaris Stichting Promotie Beroepsonderwijs; • lid Raad van Toezicht Vivente.	01-01-2009 t/m 31-12-2009	6/6

Tussentijdse verandering samenstelling Raad van Toezicht

In het verslagjaar zijn drie leden van de Raad van Toezicht afgetreden:

- mevrouw drs. W.M. van Ingen per 1 mei 2009, vanwege mogelijk conflicterende belangen op grond van haar nieuwe werkring;
- prof. dr. ir. A. Bruggink per 1 december 2009, vanwege mogelijk conflicterende belangen op grond van de betrokkenheid van de RABO-bank bij de financiering van de bouw van de Isala klinieken;
- drs. R.M. Smit, voorzitter Raad van Toezicht, per 31 december 2009 vanwege drukke werkzaamheden en de grote reisafstand.

Werving nieuwe leden

Door het tussentijds aftreden van drie leden heeft de Raad van Toezicht in de tweede helft van het verslagjaar niet op volle sterkte gedraaid. De vacature die is ontstaan na het vertrek van mevrouw Van Ingen heeft een half jaar open gestaan. Het wervingsproces is wel direct ter hand genomen, maar toen duidelijk werd dat de voorzitter van de Raad van Toezicht eind 2009 zou aftreden heeft de Raad van Toezicht besloten eerst een nieuwe voorzitter te werven en daarna de nieuwe leden.

Na de zomer is via een werving- en selectiebureau gestart met de werving van drie nieuwe leden, onder wie een voorzitter. De Raad van Toezicht heeft drie kandidaten ter advisering voorgelegd aan de leden van de Raad van Bestuur, het Stafbestuur en de Ondernemingsraad. Allen hebben positief geadviseerd. In december 2010 zijn de nieuwe leden Raad van Toezicht benoemd.

Voltallige raad in 2010

Per 1 januari 2010 is de Raad van Toezicht voltallig met als nieuwe leden:

- mr. R.F. van den Bergh, in de functie van voorzitter, met deskundigheid op bestuurlijk gebied;
- M.A.M. Bekkers, als lid Raad van Toezicht, met deskundigheid op het gebied van financiën;
- mevrouw drs. E.F. Bos, als lid van de Raad van Toezicht, met deskundigheid op het gebied van financiën, financiering en verandermanagement.

Tabel 18 Rooster van aftreden Raad van Toezicht

Naam leden Raad van Toezicht	benoemd per	herbenoemd per	einde termijn
mr. R.F. van den Bergh	1 januari 2010		1 januari 2014
M.A.M. Bekkers	1 januari 2010		1 januari 2014
mevrouw drs. E.F. Bos	1 januari 2010		1 januari 2014
prof. dr. N.S. Klazinga	25 september 2006		1 juli 2010
dr. R. Scheerens	13 april 2005		1 juli 2010
R.A. Steenberg	1 juli 2008		1 juli 2012
mevrouw drs. J.J. Zandbergen-de Zeeuw	1 november 2003	1 juli 2008	1 juli 2012

3.3.2 Taken en activiteiten Raad van Toezicht

Toezichtstaken

De Raad van Toezicht houdt onder andere toezicht op het goed functioneren van de Raad van Bestuur en het gevoerde beleid, en treedt daarnaast op als klankbord van de Raad van Bestuur.

Reglement en evaluatie eigen functioneren

Op taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de Raad van Toezicht is het Reglement Raad van Toezicht Isala klinieken van toepassing. Dit reglement omvat de positionering, bevoegdheden, verantwoordelijkheden, samenstelling, werkwijze, benoemingsprocedure en de procedure bij aftreden, alsook het afleggen van verantwoording door de Raad van Toezicht.

De Raad van Toezicht evalueert elk jaar het eigen functioneren tijdens een jaarlijks daartoe belegde bijeenkomst. De leden van de Raad van Toezicht zijn onafhankelijk en opereren zonder last of rug-gespraak. Zij hebben op geen enkele wijze belangen in de Stichting Holding Isala klinieken.

3.3.2.1 Vergaderingen en informatiebronnen

Vergaderfrequentie en onderwerpen

In 2009 heeft de Raad van Toezicht zesmaal vergaderd. Bij al deze vergaderingen is de Raad van Bestuur aanwezig geweest. De volgende onderwerpen zijn besproken:

- vaste agendapunten: de maandcijfers (Isala Monitor), de (financiering van de) nieuwbouw en het I-Lean Programma;
- het lopende ziekenhuisbedrijf, kwaliteit en patiëntveiligheid;
- het communicatieplan Nieuwbouw;
- de vorming van resultaatverantwoordelijke eenheden (RVE's) en de notitie 'Dokter aan het roer';
- de HR-strategie;
- herinrichting ICT-voorziening;
- de conclusies en aanbevelingen van het onderzoeksrapport 'En waar was de patiënt?'.

Informatie van de Raad van Bestuur

De Raad van Toezicht is in het verslagjaar adequaat voorzien van informatie. Volgens het reglement van de Raad van Toezicht krijgt de Raad voor een adequaat functioneren tijdig de benodigde informatie van de Raad van Bestuur. In de regel gebeurt dit bij de voorbereiding van dan wel tijdens de vergaderingen van de Raad van Toezicht. Of tussentijds als daar aanleiding voor is. De Raad van Toezicht ziet er op toe dat de Raad van Bestuur regelmatig rapporteert over:

- a. de realisering van de maatschappelijke functie, de strategie inclusief de daaraan verbonden risico's en mechanismen tot beheersing ervan, de kwaliteit van de zorg en de omgang met ethische vraagstukken;
- b. de beoordeling van de Raad van Bestuur van de interne beheersystemen, waaronder de bestuurlijke informatievoorziening, in relatie tot de doelstelling van de stichting.

Informatie van het Stafbestuur

De Raad van Toezicht heeft eenmaal vergaderd met het Stafbestuur van Vereniging De Medische Staf. Op 17 maart is uitgewisseld hoe beide partijen de nieuwbouw, de financiering hiervan en de vorming van resultaatverantwoordelijke eenheden (RVE's) hebben ervaren.

Informatie van de Ondernemingsraad

Als afgevaardigde van de Raad van Toezicht heeft de heer R.A. Steenbergen tweemaal een overlegvergadering van de Raad van Bestuur met de Ondernemingsraad bijgewoond (4 juni en 1 oktober). In deze vergaderingen zijn zorginhoudelijke zaken besproken over kwaliteit en veiligheid, evenals strategische onderwerpen, zoals de nieuwbouw en de financiële situatie van de Isala klinieken. Daarnaast heeft de voltallige Raad van Toezicht samen met de Raad van Bestuur op 19 januari een overleg gehad met het dagelijks bestuur van de Ondernemingsraad.

Informatie van de Cliëntenraad

Sinds 2008 vindt tenminste eenmaal per jaar formeel overleg plaats tussen de Cliëntenraad en het lid van de Raad van Toezicht dat is voorgedragen door de Cliëntenraad, in dit geval mevrouw drs. J.J. Zandbergen-de Zeeuw. Daarnaast onderhoudt het lid dat op voordracht van de Cliëntenraad in de Raad van Toezicht zitting heeft, informeel contact met de Cliëntenraad. Het doel van deze contacten is kennisnemen van elkaars werkterreinen en nadere afstemming.

Formeel overleg in 2009:

- de Raad van Toezicht, in de persoon van mevrouw Zandbergen, heeft de vergadering van de Cliëntenraad van 19 maart bijgewoond. Hierin is vastgesteld dat de samenwerkingsrelatie tussen de Raad van Bestuur en de Cliëntenraad goed verloopt. Er is een terugkoppeling gegeven van de onderwerpen die in de Raad van Toezicht en in de Commissie Zorg aan de orde zijn gekomen;
- mevrouw Zandbergen heeft deels de overlegvergadering van 9 december bijgewoond. Daarnaast heeft mevrouw Zandbergen meerdere malen informeel gesproken met de Cliëntenraad.

Deskundigheidsbevordering

De Raad van Toezicht heeft zich onder andere laten informeren over ontwikkelingen op het gebied van (de financiering van) de nieuwbouw van de Isala klinieken. Terzake de financiering van de nieuwbouw heeft de Raad van Toezicht een externe adviseur in de arm genomen, te weten F.J. Roeters van Lennep (partner bij KPMG Corporate Finance).

Overleg externe accountant

De Raad van Toezicht heeft contact gehad met de externe accountant over de besluitvorming betreffende de nieuwbouw en de Jaarrekening 2009.

Werkbezoeken

De Raad van Toezicht heeft in 2009 geen werkbezoeken afgelegd in de Isala klinieken.

3.3.2.2 Commissies Raad van Toezicht, activiteiten en thema's

Voor het uitoefenen van de vereiste taken heeft de Raad van Toezicht drie commissies ingesteld:

- de Auditcommissie;
- de Remuneratiecommissie;
- de Commissie Zorg.

Tabel 19 Commissies Raad van Toezicht (RvT), activiteiten en besproken thema's in 2009

Naam commissie en samenstelling	taken	activiteiten en thema's in 2009
Auditcommissie, bestaat uit vier leden Raad van Toezicht: • prof. dr. ir. A. Bruggink; • mevrouw drs. W.M. van Ingen; • dr. R. Scheerens; • R.A. Steenbergen.	Namens de RvT beoordelen van onder andere het functioneren van het interne risicobeheersingssysteem van de Isala klinieken.	Vijf vergaderingen, thema's: • de conceptjaarrekening 2009; • de halfjaarcijfers 2009; • de conceptbegroting 2010; • begroting en financiering nieuwbouw.
Remuneratiecommissie, bestaat uit twee leden Raad van Toezicht: • drs. R.M. Smit; • mevrouw drs. J.J. Zandbergen-de Zeeuw.	Toezicht houden op en voorstellen doen voor de benoeming en beloning van de leden van de Raad van Bestuur; jaarlijks functioneringsgesprek met de Raad van Bestuur.	14 mei 2009: functioneringsgesprek met de Raad van Bestuur afzonderlijk en gezamenlijk, thema's: • evaluatie onderlinge samenwerking; • evaluatie samenwerking met de Raad van Toezicht.
Commissie Zorg, bestaat uit twee leden Raad van Toezicht: • prof. dr. N.S. Klazinga; • mevrouw drs. J.J. Zandbergen-de Zeeuw.	Bespreking van zorginhoudelijke onderwerpen, en de resultaten van dit voorberaad inbrengen in de reguliere vergadering van de Raad van Toezicht. Hiermee is geborgd dat zorginhoudelijke onderwerpen op structurele basis in de Raad van Toezicht aan de orde zijn.	Drie bijeenkomsten, thema's: • medische apparatuur; • meerjarenbeleid patiëntveiligheid; • het onderzoeksprogramma; • uitkomsten medewerkers- en patiënttevredenheidsonderzoeken; • visitatie stz-ziekenhuizen; • stand van zaken kwaliteitsbeleid; • rapport 'En waar was de patiënt?'; • audit Veiligheidsmanagementsysteem; • Isala Veiligheidsdag, en het boekje 'Dit nooit meer', waarin artsen openlijk vertellen over hun incident.

3.3.2.3 Besluiten Raad van Toezicht

Besluiten Raad van Bestuur die door de Raad van Toezicht in 2009 zijn goedgekeurd

- Vaststelling begroting 2010 (8 december).
- Goedkeuringen inzake het contract met BAM c.s. voor nieuwbouw en financiering nieuwbouw.

Overige besluiten Raad van Toezicht in 2009

- Besluit tot wijziging samenstelling Raad van Bestuur van drie- naar tweehoofdig bestuur (19 februari).
- Goedkeuring Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording 2008 (14 mei).
- Decharge aan de Raad van Bestuur voor het in 2008 gevoerde beleid (14 mei).
- Herijking honorering Raad van Toezicht (14 mei).
- Benoeming drie nieuwe leden Raad van Toezicht (8 december).

Toelichting herijking honorering Raad van Toezicht

Onderzoek naar de honorering van Raden van Toezicht van vergelijkbare ziekenhuizen heeft uitgewezen dat de honorering van de Raad van Toezicht van de Isala klinieken zich ver onder het in de andere ziekenhuizen gangbare niveau bevond. Gelet op de omvang, complexiteit en managementopgave waarvoor de Isala klinieken zich de komende jaren met de nieuwbouw en de veranderopgave gesteld zien, is besloten de honorering van de Raad van Toezicht vast te stellen op: 10.000 euro per jaar voor de voorzitter Raad van Toezicht en 7.000 euro per jaar voor de leden Raad van Toezicht. Deze aangepaste honorering is per 1 juli 2009 ingegaan.

Tabel 20 Verantwoording bezoldiging toezichthouders en gewezen toezichthouders

De bezoldiging van de leden van de Raad van Toezicht van de zorginstelling over het jaar 2009 is als volgt:			
Naam	Functie	Bezoldiging 2009	Bezoldiging 2008
drs. R.M. Smit	voorzitter	7.250	3.500
prof. dr. ir. A. Bruggink	toezichthouder	4.667	3.500
mw. drs. W.M. van Ingen	toezichthouder	1.750	3.500
prof. dr. N.S. Klazinga	toezichthouder	5.250	3.500
dr. R. Scheerens	toezichthouder	5.250	3.500
R.A. Steenbergen	toezichthouder	5.250	1.750
mw. drs. J.J. Zandbergen-de Zeeuw	toezichthouder	5.250	3.500

3.4 BEDRIJFSVOERING

3.4.1 Planning en controlcyclus, interne risicobeheersing

De Raad van Bestuur is verantwoordelijk voor het beheersen van de risico's die verbonden zijn aan de activiteiten van de Isala klinieken. Per relevant onderwerp, zoals nieuwbouw, informatiebeleid, financiering, resultaatontwikkeling, vindt steeds een inventarisatie van de risico's plaats. Op basis van de uitkomsten daarvan neemt de Raad van Bestuur, voor zover dat nodig is, maatregelen om risico's te beperken en te beheersen. Dit is in 2009 niet nodig geweest.

3.4.1.1 Planning en controlcyclus

De Isala klinieken maken bij de beheersing van hun bedrijfsprocessen gebruik van een planning en controlcyclus. Hiertoe stelt de Raad van Bestuur in mei een kaderbrief op, waarop de verschillende organisatieonderdelen vervolgens hun jaarplannen baseren. Deze plannen dienen daarna als leidraad voor het opstellen van de begroting per organisatieonderdeel. Na onderlinge afstemming volgt de vaststelling van de begrotingen. Beleid en financiën zijn aan elkaar gekoppeld via de jaarplancycclus.

Kwartaalgesprekken

De Raad van Bestuur bespreekt in de kwartaalgesprekken met de verantwoordelijke managers per bedrijfsonderdeel hoe zij hun doelstellingen in de jaarplannen en begrotingen willen realiseren.

Bij deze gesprekken maken beide partijen gebruik van de schriftelijke rapportages van de organisatieonderdelen. Deze rapportages worden voorafgaande aan de kwartaalgesprekken beoordeeld door de afdeling Concerncontrol, de stafdienst HR en de Sectie Kwaliteit. Onder andere naar aanleiding van de kwartaalgesprekken vindt bijsturing plaats. Dit is in 2009 niet nodig geweest.

Isala-monitor

Via de maandelijkse Isala-monitor vindt bewaking plaats van de realisatie ten opzichte van de begrotingen per organisatieonderdeel. Dat gebeurt aan de hand van de drie resultaatgebieden (zorgproductie, personeel en bedrijfsvoering) die gelieerd zijn aan het INK-model.

Resultaatverantwoordelijke eenheden (RVE's)

De maandelijkse Isala-monitor is sinds 2009 ingericht naar resultaatverantwoordelijke eenheden (RVE's). In 2008 zijn de Isala klinieken gestart met een initiatief om de medisch specialist centraler te stellen in de besturing van het ziekenhuis. Er is een traject ingezet voor omzetting van de organisatie naar resultaatverantwoordelijke eenheden die gelijk staan aan de poortspecialismen. In 2009 heeft doorontwikkeling van deze RVE's plaatsgevonden.

De resultaatverantwoordelijke eenheden zijn tevens als uitgangspunt genomen bij het opmaken van de begrotingen voor 2010. Ook de verdere planning en controlcyclus zal worden ingericht per RVE.

Internal Audit

De afdeling Internal Audit vervult een belangrijke rol in het beoordelen en toetsen van de interne risicobeheersing- en controlesystemen en houdt daarbij rekening met het reglement van de Auditcommissie van de Raad van Toezicht. Internal Audit rapporteert hiërarchisch aan de directeur Financiën & Informatievoorziening, maar heeft daarnaast een directe rapportagelijijn naar de Raad van Bestuur. Tevens legt de afdeling ieder kwartaal verantwoording af aan de Auditcommissie.

3.4.1.2 Beheersing van bedrijfsrisico's en financiële risico's

Binnen Isala bestaat op dit moment geen geformaliseerd integraal proces van risicomanagement. Wel zijn er op verschillende gebieden initiatieven om risico's voor de Isala klinieken in beeld te brengen en te beheersen, zoals:

- het vastleggen en verantwoorden van kansen en bedreigingen in de financiële begroting;
- een risicoanalyse met hierop gebaseerde interne controlewerkzaamheden door de lijnorganisatie en de onafhankelijke afdeling Internal Audit;
- een afzonderlijke treasuryfunctie voor de beheersing van rente- en financieringsrisico's;
- een risicoanalyse die is opgenomen in het beslisdocument voor de nieuwbouw;
- het verwoorden van risico's, in de Regeling AO/IC Nieuwbouw, die zich in een nieuwbouwproject kunnen voordoen. Ook zijn interne beheersingsmaatregelen opgenomen die de risico's tot een aanvaard niveau verkleinen.

3.4.1.3 Risico's fraude

De Isala klinieken hebben nog geen formele risicoanalyse inzake fraude uitgevoerd. De belangrijkste aandachtspunten zijn vooralsnog: definiëring van het begrip fraude en bewustwording van de kans en omvang van fraude. Uitgangspunten hierbij zijn de drie pijlers van fraude namelijk druk, gelegenheid en rationalisatie.

Fraudebewustzijn

Het inbedden van fraudebewustzijn zal een gedragsverandering binnen Isala vergen en een beroep doen op eenieders integriteit. Dit is vooral van belang in het kader van decentralisatie van verantwoordelijkheden en vermindering van het centrale toezicht. Door de toenemende druk om financiële resultaten te behalen, zal naar verwachting het risico van fraude eveneens toenemen. Het fraudebewustzijn vereist inbedding binnen de verschillende lagen van de organisatie en in de verschillende processen binnen Isala. Hierbij blijven afspraken, richtlijnen en de 'tone at the top', zowel op het niveau van Raad van Bestuur als de managementlagen, belangrijke uitgangspunten. Ook het uitvoeren van controle op naleving van deze afspraken en richtlijnen voor het handelen van medewerkers blijft een cruciaal element.

3.4.1.4 Regeling melding misstanden en gedragscode

Formeel kennen de Isala klinieken nog geen eigen regeling melding misstanden en gedragscode, ofwel de zogenaamde klokkenluidersregeling. Wel hebben de Isala klinieken in 2009 het model Melding Misstanden van de NVZ toegevoegd aan de CAO. Naar verwachting wordt deze modelregeling in 2010 formeel ingevoerd.

3.4.2 Regeling Administratieve Organisatie en Interne Controle

Organisatie interne controle DBC-registratie en -facturatie

De Isala klinieken volgen de Regeling Administratieve Organisatie en Interne Controle inzake DBC-registratie en -facturering (hierna 'Regeling' genoemd). Volgens deze Regeling behoort een verbijzonderde interne controlefunctionaris en/of -afdeling zorg te dragen voor de interne controle op de DBC-registratie en -facturatie. Binnen de Isala klinieken is deze taak neergelegd bij Internal Audit. Deze afdeling rapporteert aan de Raad van Bestuur en aan andere betrokkenen.

Steekproef

In 2009 is de interne beheersing van verschillende (deel)processen beoordeeld op basis van een Internal Audit Plan. Voorts is een analyse uitgevoerd op DBC's die in zogenaamde risicocategorieën vallen. De uitkomsten hiervan zijn met de direct betrokkenen nader geanalyseerd. Daarnaast zijn op basis van een steekproef 219 DBC's in detail gecontroleerd. Deze werkzaamheden zijn gecontroleerd door de externe accountant. Uit de steekproef volgt dat met 95% betrouwbaarheid te stellen is, dat niet meer dan 5% van het totaal van de in 2009 gefactureerde DBC's onjuist is. Hiermee is aan de norm voldaan.

Begin 2010 heeft de afdeling Internal Audit voor de Raad van Bestuur een totaalrapportage opgesteld waarin is ingegaan op de volgende twee vragen.

- Geeft het 'Verantwoordingsdocument gefactureerde DBC's 2009' van de Isala klinieken het totaalbedrag gefactureerde DBC's in 2009 juist weer?
- Voldoet de administratieve organisatie en interne controle van de Isala klinieken gedurende 2009 aan het gestelde in de Regeling Administratieve Organisatie en Interne Controle inzake DBC-registratie en -facturering?

Mede op basis van deze rapportage is, onder verantwoordelijkheid van de Raad van Bestuur, het 'Verantwoordingsdocument totaalbedrag gefactureerde DBC's 2009' opgesteld. Bij dit document is door KPMG Accountants N.V. op 15 februari 2010 een accountantsverklaring afgegeven.

Openstaande tekortkomingen

Uit de interne controlewerkzaamheden volgt dat nog niet op alle onderdelen aan de Regeling wordt voldaan. De Raad van Bestuur is op de hoogte van de genoemde tekortkomingen en heeft kennisgenomen van de specifieke aandachts- en verbeterpunten die door de afdeling Internal Audit zijn aangedragen. Naar verwachting worden de nog openstaande tekortkomingen in 2010 opgelost.

De activiteiten van Isala PAAZ vallen onder de Regeling Administratieve Organisatie en Interne Controle AWBZ-zorgaanbieders en onder de Regeling Administratieve Organisatie en Interne Controle registratie en facturering DBC GGZ. In het kader van beide Regelingen zal de afdeling Internal Audit de verbijzonderde interne controle op de productieregistratie en -facturatie uitvoeren.

3.4.3 Externe ontwikkelingen

Door de kredietcrisis die zich eind 2008 heeft voltrokken, moeten vanuit overheidswege de komende jaren grote bezuinigingen worden gerealiseerd. Aangezien ook in de zorg bezuiniging noodzakelijk is, ervaren de Isala klinieken daar eveneens de gevolgen van. Hierdoor is extra druk gekomen op het realiseren van verdere resultaatverbetering. Daarom zal de komende jaren extra aandacht gegeven worden aan kostenbeheersing en het efficiënter maken van de bedrijfsprocessen.

3.5 CLIËNTENRAAD

De Cliëntenraad, die bijna tien jaar actief is in de Isala klinieken, behartigt vanuit cliëntenperspectief de gemeenschappelijke belangen van cliënten, met alle daartoe wettelijk ten dienste staande middelen.

Tabel 21 Samenstelling Cliëntenraad per 31 december 2009

Leden Cliëntenraad ultimo 2009	functie
mevrouw J. Hoegen	voorzitter
mevrouw H. van Nieukerken	vicevoorzitter
mevrouw I. Floors	secretaris en penningmeester
mevrouw A. van Rozendaal	lid
A. Vaarkamp	lid
H. Lassche	lid

De Cliëntenraad krijgt professionele ondersteuning van ambtelijk secretaris mevrouw A. Ruitenbergh, en mevrouw A. van Eijk, secretaresse Sectie Kwaliteit.

3.5.1 Vergaderfrequentie en overlegvormen

In 2009 heeft de Cliëntenraad elf keer binnen de raad vergaderd. Daarnaast is overleg gevoerd met verschillende informatiebronnen.

Overleg Raad van Bestuur

De Cliëntenraad heeft zes keer overleg gevoerd met de Raad van Bestuur, in de persoon van lid Raad van Bestuur R.A. Thieme Groen. Tijdens deze bijeenkomsten zijn adviesaanvragen toegelicht en besproken. De raad is op de hoogte gehouden c.q. gebracht van ontwikkelingen in de Isala klinieken.

Overleg Raad van Toezicht

De Cliëntenraad heeft een aantal keren van gedachten gewisseld met het lid van de Raad van Toezicht dat op advies van de Cliëntenraad zitting heeft in de Raad van Toezicht: mevrouw drs. J.J. Zandbergen-de Zeeuw. De goedgekeurde verslagen van de vergaderingen van de Cliëntenraad zijn ter informatie toegezonden aan de Raad van Toezicht.

Overige contacten binnen de Isala klinieken

De Cliëntenraad heeft periodiek overleg gevoerd met:

- de voorzitter Stafbestuur;
- de manager Sectie Kwaliteit;
- de directeur Bureau Nieuwbouw;
- de klachtenfunctionarissen;
- de zorgmanagers;
- de manager Isala Facilitair;
- de manager Strategische Marketing;
- de Ondernemingsraad.

Externe contacten

De Cliëntenraad heeft periodiek overleg gevoerd met:

- Cliëntenraden regioziekenhuizen;
- LSR: landelijk steunpunt (mede)zeggenschap voor de gehandicaptenzorg en de curatieve sector, en koepel van cliëntenraden);
- Stichting Zorgbelang Overijssel;
- vertegenwoordiger regionale huisartsen.

3.5.2 Adviesaanvragen

De Cliëntenraad heeft in 2009 zes adviesaanvragen behandeld.

Tabel 22 Adviesaanvragen Cliëntenraad en afhandeling

Adviesaanvragen Cliëntenraad 2009	Uitgebracht advies
Benoeming drie nieuwe leden Raad van Toezicht.	Positief advies.
Benoeming nieuw lid Klachtencommissie	Positief advies.
Aanpassingen Klachtenreglement	Mede op advies van de Cliëntenraad is een wijziging voorgesteld: het recht voor de klager om mondeling gehoord te worden. Hiertoe blijft een mogelijkheid bestaan. Daarnaast is de toezegging gedaan dat de duur van de afhandeling per klacht wordt geregistreerd. Met inbegrip van de aanvullingen: positief advies.
Voorgenomen besluit opdrachtverlening nieuwe ziekenhuis	Positief advies; tevens is aandacht gevraagd voor het betrekken van patiënten en/of de Cliëntenraad bij de verdere ontwikkelingen.
Maatregelen bij nieuwe Influenza A (Mexicaanse griep)	De Cliëntenraad heeft richting Raad van Bestuur waardering uitgesproken voor de snelle acties die zijn genomen ten aanzien van de beheersing van de Mexicaanse griep.
Ontwikkeling privacyreglement voor medewerkers en patiënten, inclusief protocollen	De Cliëntenraad heeft een eerste advies gegeven, dat naar verwachting in 2010 verwerkt wordt.

3.5.3 Ongevraagde adviezen/notities

De Cliëntenraad heeft in 2009 tevens ongevraagd advies gegeven.

Tabel 23 Ongevraagd uitgebrachte adviezen Cliëntenraad

Onderwerpen binnen de Isala klinieken	Ongevraagd advies Cliëntenraad 2009
Kaderbrief: de Cliëntenraad heeft de kaderbrief ter kennisname ontvangen. Hierin is beschreven dat de Raad van Bestuur het niet genoeg vindt dat klanten alleen tevreden zijn.	De Cliëntenraad onderschrijft dit uitgangspunt, maar ziet het graag vertaald naar strategische doelen, zodat daarop gestuurd kan worden.
In de organisatie worden allerlei (goede) initiatieven genomen voor verbetering van de klantgerichtheid, gastvrijheid en bejegening van patiënten.	De Cliëntenraad heeft geadviseerd om bij dit belangrijke thema Isala-breed samenhang aan te brengen en afstemming te laten plaatsvinden.
In het patiënttevredenheidsonderzoek is de gehanteerde norm verhoogd van 75% naar 80%.	De Cliëntenraad heeft hierover tevredenheid uitgesproken.
Projectgroep 'Regie van de patiënt' (eind 2008 in het leven geroepen).	De Cliëntenraad heeft de Raad van Bestuur meegedeeld welke items in dit project vanuit cliëntenperspectief belangrijk zijn voor de patiënt, globaal te onderscheiden in: • visie van het ziekenhuis; • keuze van de patiënt; • verwachting van de patiënt.
Wijziging haal- en brengtijd patiënten: inperking van de maximale haal- en brengtijd zonder parkeergeld te betalen.	Na overleg is de Cliëntenraad akkoord gegaan met de gewijzigde termijn van een half uur naar twintig minuten, onder voorwaarde dat dit besluit na een half jaar wordt geëvalueerd.

3.5.4 Speerpunten/aandachtspunten voor 2010

De Cliëntenraad heeft voor de toekomst een aantal speerpunten c.q. aandachtspunten geformuleerd die het creëren van een zo optimaal mogelijke situatie voor de patiënten tot doel hebben.

Bejegening, communicatie en informatie

De Cliëntenraad blijft aandacht vragen voor bejegening, communicatie en informatie en ziet tot genoeg dat binnen Isala steeds meer gedacht wordt vanuit de patiënt en niet vóór de patiënt.

Gedragscode

Met de workshops '7 bronnen van arbeidsvreugde' en 'Enjoy at work', die door meerdere afdelingen zijn gevolgd, besteedt Isala aandacht aan het verhogen van het werkplezier en het welbevinden van medewerkers. De Cliëntenraad wil graag dat Isala-breed met deze gedragscodes wordt gewerkt.

Spiegelgesprekken

De Raad van Bestuur heeft het advies van de Cliëntenraad overgenomen om spiegelgesprekken te organiseren op alle verpleegafdelingen. Op basis van de ervaringen van opgenomen patiënten kunnen verbeteringen aangebracht worden in de organisatie. Uit gesprekken die de Cliëntenraad met verpleegafdelingen heeft gevoerd, is gebleken dat men serieus met de resultaten van de spiegelgesprekken aan de slag gaat. De Cliëntenraad wil bewerkstelligen dat de Isala klinieken deze feedbackgesprekken ook opzetten voor de poliklinieken.

Benaderen achterban (organisatie en communicatie)

De Cliëntenraad is op verschillende manieren geïnformeerd over ervaringen van patiënten. Een aantal patiënten heeft zich direct tot de raad gericht om ervaringen te delen. Verder is de raad onder andere geïnformeerd over ontwikkelingen aan de hand van rapportages en in gesprekken met de klachtenfunctionarissen en medewerkers van de Sectie Kwaliteit. De raad wil patiëntenparticipatie bevorderen om meer vanuit de ervaring van de patiënt zijn werk te kunnen doen.

Opname en ontslag (zorg)

De Cliëntenraad heeft opname en ontslag voor 2010 opnieuw als speerpunt benoemd. In 2009 is op allerlei momenten en manieren informatie ingewonnen over opname in en ontslag uit het ziekenhuis. Hierover is ook tijdens bezoeken aan verschillende afdelingen en in gesprekken met patiënten van gedachten gewisseld.

Onder meer uit de jaarlijkse gesprekken met de zorgmanagers is naar voren gekomen dat het belangrijk is dat de zorgketens inzichtelijk worden, zodat kan worden geanticipeerd op te zetten stappen. Dit geeft duidelijkheid voor de patiënt en maakt een snellere doorstroming mogelijk. Deze ontwikkelingen sluiten aan bij de wensen van de Cliëntenraad.

Het I-Lean Programma is in de organisatie opgepakt. De Cliëntenraad is over de opzet van dit project geïnformeerd en heeft hierbij specifiek aandacht gevraagd voor de rol van de patiënt. Met de verkregen informatie uit het I-Lean Programma zal de komende jaren gewerkt worden aan verbeteringen, zodat de persoonlijke situatie van de patiënt verbetert.

Beleidsbeïnvloeding in een vroeg stadium

In 2009 is afgesproken dat de Cliëntenraad vanaf 2010 zijn werkzaamheden zal aansluiten op de planning en controlcyclus van het ziekenhuis. Daardoor kunnen de speerpunten van de Cliëntenraad tijdig in de beleidsplannen van de Raad van Bestuur worden opgenomen en worden vertaald in de uitvoeringsplannen van de zorggroepen.

Nieuwbouw en huisvesting

Via gesprekken die periodiek plaatsvinden met de directeur Bouw kan de Cliëntenraad tijdig adviseren over zaken die de nieuwbouw van het ziekenhuis betreffen. Daarnaast blijft ook de kwaliteit van de bestaande huisvesting onder de aandacht van de Cliëntenraad.

3.5.5 Activiteiten Cliëntenraad in 2009

- In het verslagjaar is gewerkt aan de totstandkoming van een nieuwe samenwerkingsovereenkomst met de Raad van Bestuur. Dit traject zal in 2010 worden vervolgd, omdat ontwikkelingen rondom de invoering van de nieuwe zorgwet 'Wet Cliëntenrechten Zorg' (WCZ) van invloed kunnen zijn op de invulling van de samenwerkingsovereenkomst.
- In 2009 zijn de procedures: 'Werving en selectie lid Cliëntenraad', 'Herbenoeming lid Cliëntenraad' en 'Voorzitterschap Cliëntenraad' vastgesteld.
- Op de jaarlijkse 'heidag' is aandacht besteed aan: 'Patiëntgerichtheid: niet over de patiënt, maar met de patiënt'.
- In 2009 heeft de Cliëntenraad een bijeenkomst georganiseerd voor de regionale ziekenhuizen. Hierbij is de planning en controlcyclus ter sprake gekomen evenals het benaderen van de achterban. Ervaringen hieromtrent zijn uitgewisseld.
- Het LSR heeft twee themabijeenkomsten georganiseerd in de Isala klinieken.
- Een greep uit bijgewoonde bijeenkomsten in en buiten de Isala klinieken:
 - deelname aan landelijke bijeenkomst van de Vereniging van klachtenfunctionarissen;
 - bijwonen rampenoefening;
 - lezing 'Als het misgaat. Over openheid na een incident';
 - lezing 'How Disney runs your hospital' - Fred Lee;
 - Workshop CBO - 'De patiënt centraal' - Hoe overtreft je de verwachtingen van de patiënt?;
 - bijeenkomst ingebruikname meldzuil;
 - bijeenkomst inzake projectplan 'Hygiëne op de operatiekamer';
 - eerste bijeenkomst inzake vaststellen DNA-profiel - Inventariseren kernwaarden Isala klinieken. Dit project wordt vervolgd in 2010;
 - deelname aan door de Raad van Bestuur gefaciliteerde werkbezoeken aan: het hoofdkantoor van de Nederlandse Gasunie in Groningen, het Martini Ziekenhuis in Groningen, het Jeroen Bosch Ziekenhuis in Den Bosch en het Orbis Ziekenhuis in Sittard. Deze gebouwen in de organische bouwstijl verwijzen naar het ontwerp voor de nieuwe Isala klinieken.

3.6 ONDERNEMINGSRAAD

De Ondernemingsraad (OR) van de Isala klinieken heeft drieëntwintig zetels. Volgens de Wet op de Ondernemingsraden heeft een OR een tweeledige taak: het plegen van overleg met de ondernemingsleiding en het vertegenwoordigen van de werknemers.

Organisatie OR Isala klinieken

Over zaken die de Isala klinieken als totaliteit betreffen, voert de voltallige OR overleg met de voorzitter Raad van Bestuur. Op deelgebieden werkt de Ondernemingsraad in verschillende onderdeelcommissies. Een onderdeelcommissie (OC) voert op decentraal niveau overleg met een manager van een zorggroep. Met deze constructie is vastgelegd dat een manager zorggroep in ieder geval spreekt met de OR-leden die gekozen zijn uit haar/zijn eigen zorggroep.

Daarnaast heeft de OR vaste commissies voor Financiën, Sociaal Beleid en Veiligheid, Gezondheid & Milieu (VGW-M). Met de instelling van deze commissies is de kennis en deskundigheid van de OR ten aanzien van de diverse deelgebieden van de organisatie geborgd.

Elk OR-lid is lid van een onderdeelcommissie en van een van de drie vaste commissies.

De OR krijgt ondersteuning van het bureau Medezeggenschap, dat bestaat uit een secretaresse, een ambtelijk secretaris en een beleidsmedewerker.

Het dagelijks bestuur van de OR van de Isala klinieken bestaat uit een voorzitter, een gekozen secretaris en de beleidsmedewerker van de OR.

Vergaderingen

In 2009 heeft de Ondernemingsraad negen keer tijdens een overlegvergadering gesproken met de voorzitter van de Raad van Bestuur. De voorzitter Raad van Bestuur is hierin bijgestaan door de manager Human Resource (HR). Twee overlegvergaderingen zijn tevens bijgewoond door een vertegenwoordiger van de Raad van Toezicht.

De frequentie van het overleg tussen onderdeelcommissies en het zorggroepmanagement wisselt al naar gelang de voorkeur van de manager van een zorggroep. Elke manager is in 2009 minimaal acht keer in gesprek geweest met de eigen OC.

Advies- en instemmingsaanvragen

De Ondernemingsraad heeft in 2009, naast de lopende zaken, een aantal belangrijke onderwerpen behandeld, waaronder:

- Adviesaanvraag over de financiering van de nieuwbouw;
- Adviesaanvraag over de opdrachtverstrekking aan Design2Build;
- Adviesaanvraag over de invoering van de RVE-structuur (resultaatverantwoordelijke eenheden);
- Adviesaanvraag over de invoering van het I-Lean Programma met behulp van McKinsey;
- Instemmingaanvraag voor een wijziging in het re-integratiebeleid.

3.7 OVERIGE OVERLEG- EN ADVIESORGANEN

3.7.1 Vereniging De Medische Staf

De specialisten, werkzaam in de Isala klinieken, zijn verenigd in de Vereniging De Medische Staf van de Isala klinieken. De Vereniging De Medische Staf wordt vertegenwoordigd door een Stafbestuur en is als zodanig partner van de Raad van Bestuur in het duaal management.

Medisch beleid

De peilers van het medisch beleid zijn:

- strategische beleidsvorming;
- de kwaliteit van zorg;
- belangenbehartiging van het collectief van de Medische Staf;
- de continuïteit van de Isala klinieken.

Ontwikkeling en uitvoering van het medisch beleid is in handen van het Stafbestuur. De besluitvorming hieromtrent en de controle op de uitvoering geschiedt door de Kernstaf die bestaat uit gemandateerde vertegenwoordigers van de specialismen.

Protocol Raad van Bestuur en het Stafbestuur

De samenwerking tussen Raad van Bestuur en Stafbestuur is vastgelegd in het 'Protocol samenwerking Raad van Bestuur - Stafbestuur Isala klinieken' dat dateert van 10 januari 2005. In dit protocol is tevens bepaald dat de Raad van Bestuur en het Stafbestuur elkaar verplichten zich in te spannen eens per drie jaar een integraal strategisch beleidsplan voor de Isala klinieken tot stand te brengen. In 2008 is de Strategische agenda 2008-2012 in samenspraak tussen Raad van Bestuur en Stafbestuur opgesteld.

Overleg Raad van Bestuur-Stafbestuur

Wekelijks vindt gestructureerd overleg plaats tussen de Raad van Bestuur en het Stafbestuur. Hierbij komen minimaal alle zaken aan de orde die van wezenlijk belang zijn voor de kwaliteit van zorg, voor het collectief van de Medische Staf en voor de organisatie.

In 2009 hebben Raad van Bestuur en Stafbestuur onder andere gesproken over:

- strategie en de vorming van resultaatverantwoordelijke eenheden (RVE's);
- nieuwbouw;
- financiën;
- ICT;
- investeringen;
- equipmentbeheer;
- I-lean Programma;
- inhoudelijke zaken betreffende vakgroepen/stafleden;
- benoemingen vacaturestellingen;
- kwaliteit;
- inkoopbeleid.

Brainstormsessies Raad van Bestuur-Stafbestuur

Naast het wekelijkse overleg heeft in 2009 zes keer een brainstormsessie plaatsgevonden tussen de Raad van Bestuur en het Stafbestuur waarbij bovengenoemde onderwerpen verder zijn uitgewerkt.

Vergaderingen Stafbestuur

Het Stafbestuur vergadert wekelijks op donderdagochtend. De agenda van het Stafbestuur wordt voor een deel bepaald door de agendapunten van het overleg met de Raad van Bestuur en door de Kernstaf. Ook worden de vergaderingen, afhankelijk van het onderwerp, gebruikt voor besprekingen met stafleden, maatschappen/vakgroepen en commissies.

Kernstafvergadering

Maandelijks (met uitzondering van de maand juli of augustus) wordt een Kernstafvergadering gehouden, waarbij het Stafbestuur en de gemandateerde vertegenwoordigers van de specialismen aanwezig zijn. In deze vergadering informeert het Stafbestuur de maatschappen en vakgroepen, en legt verantwoording af over het gevoerde beleid. De Raad van Bestuur is bij deze vergadering als toehoorder aanwezig. Tijdens deze vergadering worden belangrijke kwesties in stemming gebracht.

Bijeenkomsten Vereniging De Medische Staf

Voor alle leden van de Vereniging De Medische Staf organiseert het Stafbestuur bijeenkomsten voor het uitdiepen van strategische thema's. Zo is in het verslagjaar gesproken over de nieuwbouw, het strategische beleid (de resultaatverantwoordelijke eenheden-RVE's) en ICT. Afhankelijk van het onderwerp is de Raad van Bestuur bij deze bijeenkomsten aanwezig geweest.

Twee keer per jaar (in april en november) organiseert het Stafbestuur heidagen voor de leden van de Vereniging De Medische Staf. Voor de bijeenkomst in april is ook de Raad van Bestuur uitgenodigd. Op die dag is gesproken over RVE-vorming, inkoopbeleid, I-lean Programma, ICT en kwaliteit.

Aantal leden Vereniging De Medische Staf

Op 31 december 2009 telt de Medische Staf 282 gewone leden verdeeld over 36 vakgroepen/maatschappen, en 14 buitengewone leden.

Gewone leden zijn degenen die hun werkzaamheden uitsluitend vier of meer dagdelen in het ziekenhuis uitoefenen op basis van een toelatingscontract of arbeidscontract voor onbepaalde tijd, te weten medisch specialisten, artsen die vier of meer dagdelen werkzaam zijn binnen de Isala klinieken in een niet-MSRC erkend medisch (sub)specialisme, bijvoorbeeld sportgeneeskunde en fertiliteitgeneeskunde, en verder medewerkers met een academische opleiding die werkzaam zijn in de patiëntenzorg, onderwijs of wetenschap zoals klinisch chemici, ziekenhuisapothekers en geestelijk verzorgers.

Buitengewone leden zijn degenen die regelmatig door de gewone leden in consult worden geroepen en/of die hun werkzaamheden incidenteel (minder dan vier dagdelen) in het ziekenhuis uitoefenen.

Tabel 24 samenstelling Stafbestuur op 31 december 2009

Samenstelling Stafbestuur Vereniging De Medische Staf (VMS) ultimo 2009		
Naam	vakgebied	functie
dr. H.J. Rosingh	keel-, neus- en oorarts	voorzitter
dr. A.C. Poen	arts maag-, darm- en leverziekten (namens de Financiële Commissie)	vicevoorzitter
W. Vaandrager	oogarts	secretaris
G.J. Veen	ziekenhuisapotheker (namens de Vereniging van Medisch Specialisten in Dienstverband)	penningmeester
F.J.G. Broekhoff	geestelijke verzorger	lid
A.F. Kuipers	longarts	lid

De Vereniging De Medische Staf krijgt bij haar werkzaamheden ondersteuning van een secretariaat.

3.7.2 Verpleegkundige Kenniskring Isala

De Verpleegkundige Kenniskring Isala (VKI), die opgericht is in 2008, is een adviesorgaan voor de verpleegkundige beroepsgroep, het management en de Raad van Bestuur. De VKI houdt zich bezig met zorgvraag-, professie- en organisatiegebonden items. De VKI is samengesteld uit verpleegkundigen en leidinggevenden uit verschillende lagen van de organisatie en van verschillende zorggroepen. Na een jaar wordt steeds geëvalueerd of de VKI op de goede weg is en inderdaad in een behoefte voorziet.

Ambassadeurs

Omdat contact met de achterban van zeer groot belang is, zijn per afdeling ambassadeurs geworven. Dit zijn verpleegkundigen met grote interesse voor verpleegkundige thema's. De VKI-leden onderhouden contact met de ambassadeurs en organiseren themabijeenkomsten voor de ambassadeurs.

Activiteiten VKI in 2009

- De organisatie van een symposium op 12 mei (Dag van de Verpleging) over 'Rituelen in de zorg'. Voor het symposium was veel belangstelling.
- De organisatie van een themabijeenkomst voor de ambassadeurs over Evidence Based Practice.

Adviezen aan de Raad van Bestuur

- De invulling van de taken en bevoegdheden van de zorgassistent; advies is overgenomen.
- De noodzaak van en behoefte aan participatie van de verpleegkundige sector in het Elektronisch Verpleegkundig Dossier; advies is overgenomen.

Activiteiten in 2010

In 2010 organiseert de VKI een symposium over het onderwerp 'Humor als verpleegkundige interventie' en de twee themabijeenkomsten:

- 'Een magnetiserende werkomgeving en Excellente Zorg';
- 'De rol van coördinator van zorg in huidige organisatieontwikkelingen'.

Relevante thema's voor de nabije toekomst

- De patiënt staat centraal, wat betekent dat?;
- Het verpleegkundig redeneren;
- Administratieve belasting in relatie met zorgtaken;
- Leren van Magneetziekenhuizen.

3.7.3 Medisch Ethische Toetsingscommissie (METC)

De METC Isala klinieken is een door de CCMO conform artikel 16 WMO erkende toetsingscommissie en beoogt het beoordelen van de aanvaardbaarheid van klinisch wetenschappelijk onderzoek in de Isala klinieken en daar waar het multicenter onderzoek betreft, tevens voor andere instellingen voor gezondheidszorg in Nederland. De METC heeft haar administratie van de beoordelingen van onderzoeken gedigitaliseerd. Dit biedt voordelen voor zowel de onderzoeker als voor derden, waaronder de industrie.

Aanvragen en toetsing

De METC Isala klinieken is in het verslagjaar veertien maal bijeengekomen om aanvragen voor een oordeel te bespreken. In het verslagjaar zijn 102 studies voor een oordeel of advies voorgelegd aan de commissie, waaronder:

- 27 vragen om een oordeel:
 - een hiervan is negatief beoordeeld;
 - 12 van de 27 onderzoeken waren geneesmiddelenonderzoek;
 - tegen één oordeel is door de aanvrager alleen formeel administratief bezwaar aangetekend;
- 44 vragen om een advies aan de Raad van Bestuur;
- 31 studies die niet WMO-plichtig bleken te zijn;
- 5 nadere oordelen met betrekking tot een substantieel amendement.

Plannen voor 2010

- De METC Isala klinieken wil zich verder bekwamen in het archiveren en digitaliseren van het bestand met secundaire studies, en in een later stadium ook voor de primaire studies.
- Tevens wil de METC zich in de toekomst gaan richten op een volledige digitale indiening van aanvragen en deze via een digitale plenaire vergadering beoordelen.
- De METC pleit ervoor om ook al het wetenschappelijk onderzoek dat niet onder de WMO valt te registreren. De METC heeft daarvoor een speciale 'verklaring van geen bezwaar' opgesteld.
- De METC heeft het voornemen de commissie met een aantal leden uit te breiden, namelijk:
 - met een klinisch fysicus, in verband met de nieuwe eisen voor het beoordelen van onderzoek met medische hulpmiddelen;
 - een verpleegkundige zal gevraagd worden opnieuw toe te treden, daar deze een relevante praktische input kan geven.

3.7.4 Adviescommissie Zorgvernieuwing

Een aantal jaren geleden zijn de Isala klinieken gestart met zorgvernieuwingsprojecten. Deze hebben tot doel de effectiviteit van de zorg te bevorderen, en/of de kwaliteit van de zorg te verbeteren, zowel binnen de muren van het ziekenhuis als in samenwerking met de eerste lijn. De beoordeling en begeleiding hiervan is in handen van de Adviescommissie Zorgvernieuwing.

De Adviescommissie Zorgvernieuwing is samengesteld uit medisch specialisten, een klinisch epidemioloog, een researchmedewerker, het hoofd Diëtetiek, het hoofd Sectie Kwaliteit, een kwaliteitsmedewerker en een vertegenwoordiger van zorgverzekeraar Achmea.

De Adviescommissie Zorgvernieuwing heeft in 2009 tien keer vergaderd. In het verslagjaar zijn twaalf nieuwe zorgvernieuwingsprojecten geïnitieerd. Er zijn nu in totaal achtentwintig lopende projecten (zie Tabel 26 Overzicht zorgvernieuwingsprojecten, pagina 64)

4. Beleid, inspanningen en prestaties



4.1 MEERJARENBELEID

4.1.1 Missie en uitgangspunten

De Isala klinieken bieden basiszorg voor de bevolking van Zwolle en omgeving en specialistische topzorg aan de bevolking die woont tussen de academische centra van Groningen, Utrecht en Nijmegen.

Uitgangspunten

De Isala klinieken willen de komende jaren haar profiel als compleet regionaal basis- én topklinisch opleidingsziekenhuis behouden en uitbouwen. Hiertoe willen de Isala klinieken regionaal en nationaal 'gekend' zijn om een aantal aspecten:

- goede en brede basiszorg plus een breed palet topklinische functies;
- een kwalitatief hoogstaand opleidingsziekenhuis, met een of meerdere nationaal en internationaal bekende 'centres of excellence';
- voorloper op het gebied van kwaliteit en patiëntveiligheid;
- ontwikkelen van nieuwe concepten en constructies in de organisatie en financiering van de zorg;
- een goede werkplek voor professionals.

De Raad van Bestuur en het Stafbestuur hebben daarom in het verslagjaar 2009 de strategische koers zoals verwoord in de Strategische agenda 2008-2012 herbevestigd.

4.1.2 Maatregelen en randvoorwaarden

Voor het waarmaken van de strategische positionering en ambitie van de Isala klinieken zijn de volgende maatregelen en randvoorwaarden nodig.

- Een forse verbetering van de faciliteiten, met de nadruk op de nieuwbouw van een 'state-of-the art'-ziekenhuis op één locatie in Zwolle. Een nieuwe fysieke omgeving met mogelijkheden om:
 - patiënten en cliënten nog betere zorg te leveren en het comfort dat ze verwachten bij een topklinisch ziekenhuis;
 - allen die binnen Isala werken een veel aangenamere werkomgeving te bieden;
 - de concurrentie aan te gaan;
 - de innovatiekracht te versterken.
- Het is noodzakelijk de komende jaren zwaar in te zetten op de kwaliteit van dienstverlening door te investeren in ICT, (medische) inventaris, gebouwen en de inrichting hiervan. Hieruit volgt een structureel gezonde exploitatie, die voldoende financiële daadkracht biedt voor de investeringen die nodig zijn voor het realiseren en vasthouden van de positionering. Door de genoemde investeringen zullen de exploitatielasten structureel met € 30 - € 40 miljoen toenemen.
- Een organisatiecultuur die adequaat kan inspelen op de zich voortdurend wijzigende systeem- en marktveranderingen. In de elementen die hiervoor kenmerkend zijn wordt geïnvesteerd.

4.1.3 Strategie en veranderopgave

Aan de condities voor het realiseren van het langetermijnbeleid wordt op dit moment niet volledig voldaan. Daarom hebben de Isala klinieken een omvangrijk investeringsprogramma van circa € 500 miljoen en een veranderopgave voor de organisatie opgesteld. Het investeringsprogramma omvat met name de nieuwbouw van het ziekenhuis, maar ook de benodigde investeringen in (medische) apparatuur. De veranderopgave is erop gericht om met de organisatie en de Medische Staf een omslag te maken naar een resultaatgerichte organisatie. Dit betreft zowel de kwaliteit van zorg als het financiële rendement.

De kern van de strategische opgave is dat de Isala klinieken in de periode 2008-2012 moeten toegroeien naar een rendementsniveau dat het mogelijk maakt haar ambities te realiseren. Dit omvat een verbetering van het rendement met een omvang van tien procent van de omzet (circa € 30 miljoen) in 2012, ofwel een stijging van 2 procentpunt per jaar. Tevens moeten in de periode 2009 tot en met 2013 de financiële effecten van de veranderstrategie zichtbaar worden.

Strategische agenda 2008-2012

De strategische opgave is vertaald in de volgende zes thema's, die elk bijdragen aan het versterken van de positie van het ziekenhuis in de komende jaren.

1. *Zorgprocessen op orde;*
2. *Relatiebeheer en marketing;*
3. *Reputatiemanagement;*
4. *Herinrichting financiële structuur;*
5. *Verbeteren effectiviteit van de besturing;*
6. *Relatie medisch specialist en ziekenhuis.*

Deze zes onderwerpen sturen het algemeen beleid van de Isala klinieken. Uitleg van de thema's en verantwoording van de inspanningen, vergelijking, evaluatie en eventuele bijstelling zijn beschreven in hoofdstuk 4, paragraaf 4.2.2: Strategisch kader 2008-2012.

4.2 ALGEMEEN BELEID VERSLAGJAAR

4.2.1 Nieuwbouw

Sinds 2001 zijn de Isala klinieken bezig met de ontwikkeling van de bouw van een nieuw ziekenhuis in Zwolle op de huidige locatie Sophia. De nieuwbouw is een voorwaarde om de missie en de ambities van de Isala klinieken op de lange termijn ten volle en blijvend waar te maken.

Stond 2008 nog in het teken van de voorbereiding en uitwerking van de plannen, 2009 was het jaar waarin deze voorbereidingen zijn afgerond en waarin gestart is met de realisatie van de bouw. Met een bankenconsortium is overeenstemming bereikt over de financiering, met de gemeente over de bouwvergunning en met de bouwpartner over de realisatie van tranche I van de nieuwbouw.

Vorbereidende werkzaamheden in 2009

Op en rond locatie Sophia zijn de volgende voorbereidende activiteiten uitgevoerd.

- Afronding van de uitvoering van een nieuwe, tijdelijke hoofdingang aan de zuidkant van het ziekenhuis. Deze is gerealiseerd om overlast van de bouw voor patiënten en bezoekers tot een minimum te beperken.
- Sloop van de vroegere personeelsflat en gebouw Q. Hiermee is ruimte vrijgemaakt voor de bouw van tranche I.
- De reconstructie door de Gemeente Zwolle van het kruispunt Ceintuurbaan - Dr. van Heesweg is voltooid, zodat de doorstroom naar het ziekenhuis verbeterd is.
- Uitvoering en oplevering parkeergarage op locatie Sophia. De parkeergarage biedt ruimte voor 720 auto's van patiënten en bezoekers en voor auto's van medewerkers die gedurende de avond en nacht in het ziekenhuis werken. Overdag komen medewerkers zoveel mogelijk op de fiets naar hun werk. Wie met de auto komt kan parkeren op tijdelijke voorzieningen bij het stadion van FC Zwolle.

Afronding aanbestedings- en optimalisatiefase

Een innovatief aanbestedingstraject dat begin 2008 in gang is gezet, heeft geresulteerd in de keuze van een bouwpartner en het bepalen van het plafondbedrag. Het consortium Isala Designed 2 Build (Isala D2B) kwam als beste uit de selectie van de consortia. In de tweede helft van 2008 en de eerste helft van 2009 zijn de plannen geoptimaliseerd. Vervolgens is op 5 juni 2009 de overeenkomst tussen Isala en D2B gesloten voor de uitvoering van tranche I.

Start uitvoeringsfase

Op 19 september is de start van de bouw gevierd en enkele dagen later is de eerste paal in de grond gedraaid. Gedurende de rest van 2009 zijn met name grondwerkzaamheden voor de verschillende gebouwen ('Vlinders') uitgevoerd. Dit houdt in dat ongeveer 60% van alle palen is geschroefd, en de keldervloer van Vlinder 1 en de vloer van de transportgang is gerealiseerd. Er waren geen noemenswaardige problemen in de uitvoering. Eind 2009 liepen de werkzaamheden enkele weken voor op de planning.

Initiatieffase tranche II

In de tweede helft van 2009 is gestart met de ontwikkeling van het zogenoemde Middengebied onder de projectnaam Tranche II. Geïntariseerd is welke functies noodzakelijk dan wel gewenst zijn om in Tranche II op te nemen. Er is een planstudie uitgevoerd voor de invulling van het gebied waar nu de gebouwen van locatie Sophia staan. In het tweede kwartaal van 2010 zal besluitvorming plaatsvinden over de inhoud en de aanpak van Tranche II.

4.2.2 Strategisch kader 2008-2012

De projecten en activiteiten die in 2009 hebben plaatsgevonden, zijn geënt op de volgende zes strategische thema's uit de Strategische agenda 2008-2012.

4.2.2.1 Zorgprocessen op orde

Inhoud thema

De Isala klinieken zijn primair een zorginstelling, zodat alle activiteiten binnen het ziekenhuis in het teken staan van het zorgproces. De kwaliteit, de veiligheid en de toegankelijkheid van onze diensten aan onze patiënten/cliënten zijn cruciale elementen waarop zorgaanbieders in toenemende mate zullen worden afgerekend. De kern van de strategische opgave is daarom: 'Zorgprocessen op orde'. 'Zorgprocessen op orde' omvat het verlenen van kwalitatief goede zorg tegen een acceptabele prijs. De Isala klinieken zullen werkwijzen ontwikkelen die ertoe leiden dat patiënten sneller door het zorgproces geleid worden. Dit resulteert onder andere in minder wachttijd, betere doorstroming, snelle toegangstijd en afgestemde diagnostiek. De nieuwe werkwijzen zullen eveneens doelmatig zijn vanuit het oogpunt van kosteneffectiviteit.

Inspanningen 2009

in het verslagjaar twee grote projecten gestart: het project 'Benutting doorstroompotentieel' en het I-Lean Programma.

Project 'Benutting doorstroompotentieel'

Uit onderzoek is gebleken dat patiënten minder snel doorstromen naar vervolgzorg dan eigenlijk zou moeten. Om hier verbetering in te brengen is in 2009 het project Benutting doorstroompotentieel gestart. Op basis van metingen en inventarisaties zijn de volgende acties ondernomen.

- Er is een ziekenhuisbreed ontslagbeleid ontwikkeld en vastgesteld dat in 2010 wordt geïmplementeerd.
- Er is een transferbureau opgezet met partners uit de regio. Van 1 december 2009 tot en met 1 december 2010 wordt een gezamenlijke pilot 'transferbureau' uitgevoerd.
- Op afdelingsniveau zijn in het ziekenhuis diverse verbeterprojecten gestart.

Evaluatie en bijstelling project 'Benutting doorstroompotentieel'

Over 2009 is een lichte daling van de ligduur te zien. In 2010 wordt onderzocht in hoeverre het mogelijk is een verpleegafdeling op locatie Weezenlanden te sluiten om het verkorten van de ligduur daadwerkelijk om te zetten in rendement. Doel is om de ligduur in 2010 verder te verkorten.

I-Lean Programma

Het I-Lean Programma omvat een manier van werken die leidt tot betere kwaliteit van zorg die doelmatig, effectief en patiëntgericht wordt geleverd. Deze manier van werken wordt door de hele Isala klinieken uitgerold en verankerd in de organisatie.

In 2009 is een pilot gestart met zorgpaden.

Tabel 25 Zorgpaden en resultaten pilot I-Lean Programma

Specialisme	zorgpad	resultaten
Algemene Chirurgie	mammacarcinoom	• verkorting toegangstijd polikliniek; • verkorting diagnosetijd; • verkorting OK-toegangstijd; • minder lange draaintijd; • meer in dagbehandeling; • verkorting ligduur.
Algemene Chirurgie	liesbreuk	• verkorting toegangstijd polikliniek; • minder ziekenhuisbezoeken; • betere informatievoorziening; • meer in dagbehandeling.
Vaatchirurgie	aneurysma en bypass/ amputatie onderste extremititeiten	• meer adequate spreekuuruitvoering; • eenduidig 'beste' medisch beleid; • verkorting ligduur; • kortere toegangstijd vervolgzorg; • betere informatievoorziening.
Cardiologie	PTCA/CAG en ICD/PM	• verkorting doorlooptijd polikliniektraject; • eenduidig 'beste' medisch beleid; • verkorting ligduur; • prettiger verpleegzorg; • minder wachten voor HCK; • betere informatievoorziening; • hogere productiviteit HCK en verpleegafdeling.
Maag-, darm- en leverziekten	gastro-enterologische bloedingen en galstenen	• eenduidig 'beste' medisch beleid; • verkorting toegangstijd OK; • verbeterde informatievoorziening vanuit verwijzend ziekenhuis; • kortere ligduur.

Evaluatie en voortgang I-Lean Programma

Uit de evaluatie van de pilot begin 2010 blijkt dat de doelstellingen grotendeels behaald worden en dat collega's die al met I-Lean hebben gewerkt erg enthousiast zijn. De Ondernemingsraad en het Staf-bestuur hebben onder andere daarom positief geadviseerd over voortzetting in 2010. Het is de bedoeling het I-Lean Programma structureel in te bedden in de organisatie.

4.2.2.2 Relatiebeheer en Marketing

Inhoud thema

Vanuit het thema 'Relatiebeheer en marketing' werken we als Isala klinieken aan optimalisering van onze rol in de zorgketen. In 2009 is de financiële structuur ingericht naar resultaatverantwoordelijke eenheden (RVE's), vooruitlopend op de invoering van RVE's in 2010. Om adequaat op de zorgvraag in te kunnen gaan, moeten de Isala klinieken goed op de hoogte zijn van en inspelen op hetgeen in de omgeving op zorggebied gebeurt. Ook gezien de concurrentie in de zorg. Daarbij is het van belang goede samenwerkingsvormen te onderhouden met de diverse zorgaanbieders.

Inspanningen 2009

De Isala klinieken participeren in diverse samenwerkingsverbanden, zoals de Stichting Medisch Coördinatie Centrum (MCC) Klik en de Commissie 1e 2e lijn. Zie voor een uitgebreid overzicht van de samenwerkingsrelaties hoofdstuk 2, paragraaf 2.4.1.

4.2.2.3 Reputatiemanagement

Inhoud thema

'Reputatiemanagement' omvat het waarmaken en behouden van een goede reputatie van de Isala klinieken. We blijven werken aan ons imago, onder andere door optimaal te presteren op de indicatoren waarmee de buitenwereld ons beoordeelt. Een goede reputatie verbetert de concurrentiepositie van de Isala klinieken. Tegelijkertijd is het een stimulans voor onze medewerkers. Het maakt van de Isala klinieken een plezierige en uitdagende werkplek. Wanneer Isala-medewerkers trots zijn op hun werk en de Isala klinieken, en dat in hun omgeving uitstralen, dragen ze bij aan een goede reputatie van het ziekenhuis.

Inspanningen 2009

Positioneringstraject

Elke organisatie die bewust wil werken aan reputatiemanagement zal vooraf willen bepalen waarop die gekend wil worden. Om deze waarden voor Isala te bepalen is in 2009 gestart met een positioneringstraject dat op een inspirerende manier het toekomstbeeld voor Isala zal beschrijven. Bij dit traject zijn alle stakeholders van Isala betrokken: patiënten, huisartsen, specialisten, (middle) management en medewerkers.

Evaluatie en bijstelling Positioneringstraject

Begin 2010 zijn de uitkomsten van het traject teruggekoppeld naar de organisatie. Op basis van de resultaten worden een verbindende missie, visie en kernwaarden geformuleerd, die voor de toekomst uitgangspunten vormen voor te ontwikkelen beleid, strategie en corporate communicatie.

U & Isala

In 2009 is het besluit genomen om de bestaande zorgkrant 'Beter Nieuws' in 2010 om te vormen tot een zorgmagazine. Onder de nieuwe naam 'U & Isala' zal dit magazine drie keer per jaar in een oplage van 200.000 exemplaren huis aan huis verspreid worden.

Human Resource

Om de reputatie van de Isala klinieken hoog te houden zijn in 2009 diverse projecten gestart op het gebied van HR (zie paragraaf 4.5.2).

Daarnaast worden speeddates georganiseerd met decanen op scholen. Ook is er een samenwerking met het Poort Wachter Centrum Zwolle en omstreken (een intersectoraal mobiliteitscentrum).

4.2.2.4 Herinrichting financiële structuur

Inhoud thema

De Isala klinieken willen hoogwaardige en innovatieve zorg leveren in een competitieve omgeving, en daarnaast de financiering van de geplande nieuwbouw realiseren. Dit vereist een gezonde exploitatie van het ziekenhuis en een structureel beter rendement op de activiteiten van de Isala klinieken.

‘Herinrichting financiële structuur’ omvat een verandering van de financiële organisatie waarbij voor iedere medewerker, van specialist tot secretaresse, inzichtelijk wordt welke mogelijkheden er zijn om het rendement te verbeteren. Daarmee kunnen zij zelf bijdragen aan de opbrengsten van het eigen specialisme. Daarnaast maakt ieder specialisme elk jaar een businessplan.

Inspanningen 2009

In 2009 is de financiële structuur ingericht naar resultaatverantwoordelijke eenheden (RVE's), vooruitlopend op de invoering van RVE's in 2010. Hiermee heeft ieder specialisme inzicht in de kosten van een behandeling, de verschillende onderdelen daarvan, het resultaat en de eigen opbrengsten. Deze constructie bevordert het bewustzijn om een positieve bijdrage te leveren aan het resultaat van de Isala klinieken. De planning en controlcyclus is eveneens afgestemd op de vorming van RVE's.

Evaluatie en bijstelling herinrichting financiële structuur

Door resultaten af te zetten tegen een representatieve benchmark is inzichtelijk waar kansen liggen voor verbetering van het rendement. Hieraan levert het I-Lean Programma een belangrijke bijdrage.

4.2.2.5 Verbeteren effectiviteit van de besturing

Inhoud thema

Het huidige besturingsmodel zal aangepast worden aan de veranderende context waarin ziekenhuizen, en dus ook de Isala klinieken, zich bevinden. Het nieuwe model moet ruimte bieden voor meer verantwoordelijkheden bij de individuele specialismen ('Dokter aan het roer'). Tegelijkertijd moet het een waarborg zijn voor het algemene belang van het ziekenhuis en voor de kwaliteit en continuïteit van de patiëntenzorg. Volgens het nieuwe model wordt ieder specialisme zelf verantwoordelijk voor de inkomsten en uitgaven. Ook mogen specialisten samen met hun team bepalen waarvoor zij de meeropbrengsten willen inzetten binnen de zorg. Specialist krijgen dus zorginhoudelijk meer verantwoordelijkheid, ook voor de juiste inzet van mensen en middelen.

Inspanningen 2009

Resultaatverantwoordelijke eenheden

In 2009 is gestart met de voorbereidingen voor het nieuwe besturingsmodel middels de inrichting van resultaatverantwoordelijke eenheden (RVE's). Een RVE valt samen met een erkend medisch (of tandheelkundig) specialisme en omvat alle organisatorische eenheden (bijvoorbeeld een polikliniek, beddenhuis et cetera) die het betreffende specialisme in het zorgproces ondersteunen.

De RVE bepaalt de koers van het specialisme en stelt een meerjarig businessplan op. Ook stelt de RVE elk jaar een begroting op die als basis dient voor de begroting van het ziekenhuis. Een RVE wordt geleid door een medicus namens de vakgroep (de RVE-voorzitter). Deze legt verantwoording af aan de Raad van Bestuur over de resultaten en is daarop aanspreekbaar. De Raad van Bestuur benoemt de voorzitter van de RVE op voordracht van de maatschap/vakgroep, stelt functioneringseisen en toetst deze jaarlijks in een evaluatiegesprek.

Accountabilitymatrix

Om resultaatgericht te kunnen sturen zijn in 2009 de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden (TVB) van het seniormanagement bij RVE-vorming in beeld gebracht in een accountabilitymatrix. Deze matrix is uitgangspunt voor het opstellen van KPI's (Key Performance Indicators), competentieprofielen en aansluitend voor het ontwikkelen van een adequaat Management Development (MD)-programma.

Evaluatie en bijstelling

Begin 2010 hebben zowel de Medische Staf als de Ondernemingsraad positief geadviseerd over de RVE-vorming. Besloten is dat 2010 een leerervaringjaar wordt. Na een half jaar en na een jaar zal geëvalueerd worden of de doelen zijn behaald.

4.2.2.6 Relatie medisch specialist en ziekenhuis

Inhoud thema

De sleutel voor het realiseren van de strategische opgave is een goede verbinding en (zakelijke) samenwerking tussen specialisten en ziekenhuisorganisatie. Een belangrijk uitgangspunt bij het thema 'Relatie medisch specialist en ziekenhuis' is de decentralisatie van de operationele beslissruimte in de bedrijfsvoering naar specialismenniveau. Hiermee krijgen specialismen de mogelijkheid afwegingen rondom zorgverlening te maken, zowel op kosten als op kwaliteit, en keuzes door te voeren. Dit vraagt van het ziekenhuismanagement en de medewerkers oog voor de belangen en wensen van de specialisten. Omgekeerd vraagt het van de specialisten dat zij zich ook nadrukkelijk committeren aan het algemene ziekenhuisbelang.

Inspanningen 2009

De inrichting van het nieuwe besturingsmodel met resultaatverantwoordelijke eenheden is tevens een invulling van het thema relatie 'medisch specialist en ziekenhuis'.

4.3 ALGEMEEN KWALITEITSBELEID

Het doel van het kwaliteitsbeleid en het veiligheidsbeleid van de Isala klinieken is het optimaliseren van de directe zorg aan de patiënt. De zorg is daadwerkelijk rondom de patiënt georganiseerd, efficiënt en servicegericht, waarbij Isala-medewerkers de patiënt behandelen met empathie en respect. Het kwaliteitsbeleid en het veiligheidsbeleid sluiten qua doelstelling naadloos aan bij de strategische speerpunten van de Isala klinieken. Met het optimaliseren van processen, het verbeteren van de efficiency en het serviceniveau willen we de kernfunctie van Isala versterken.

Fysieke veiligheid medewerkers en patiënten

Om goede zorg te kunnen bieden aan patiënten, is een goede werkomgeving voor de medewerkers en een optimaal verblijfsklimaat voor de patiënten een zeer belangrijke randvoorwaarde. Onderdeel van deze randvoorwaarde is de fysieke veiligheid. Calamiteiten, waarbij persoonlijk letsel en/of materiële schade ontstond, hebben de laatste jaren niet plaatsgevonden binnen de Isala klinieken. In de afgelopen periode is wel gebleken, dat ook in ziekenhuizen ernstige incidenten kunnen plaatsvinden. De Isala klinieken besteden in toenemende mate tijd en aandacht aan de fysieke veiligheid. Er is niet alleen geïnvesteerd in fysieke voorzieningen, maar ook in de organisatie van de hulpverlening binnen het ziekenhuis.

Raad van Bestuur en management hebben medio 2009 uitgangspunten en randvoorwaarden vastgesteld voor het veiligheidsniveau, de kwaliteit en de kwantiteit van de bestrijding van een interne calamiteit. De besluitvorming is gebaseerd op de in 2009 opgestelde Beleidsnotitie Safety.

4.3.1 Kwaliteit van gebouwen en brandveiligheid

Voor het waarborgen van brandveiligheid zijn op de ziekenhuislocaties Weezenlanden en Sophia in 2009 bouwkundige en installatietechnische aanpassingen uitgevoerd, onder andere aan alle scheidingen van brandcompartimenten. Hiermee is de fysieke veiligheid van patiënten, bezoekers en personeel verbeterd en voldaan aan de eisen van de wettelijke verplichte gebruiksvergunning.

Voorbereiding op calamiteiten

De locatiecoördinatoren Bedrijfshulpverlening (BHV) hebben op vele plaatsen binnen de Isala klinieken theoretische instructies gegeven over het omgaan met calamiteiten, gericht op:

- het gebruik van de afdelingsnoodplannen;
- de structuren bij interne calamiteiten;
- het vermogen van personeel om snel en veilig een afdeling te ontruimen als het nodig is.

Daarnaast hebben veel afdelingen daadwerkelijk geoefend in het ontruimen, eveneens onder leiding van de BHV. Daar waar mogelijk, werkten patiënten welwillend mee. Met de opgedane ervaringen hebben de afdelingen verbetering kunnen aanbrengen in hun eigen (nood)plannen en procedures.

Multidisciplinaire oefening

Op 6 juni 2009 heeft een multidisciplinaire oefening brandveiligheid (met een voor Nederlandse begrippen unieke omvang) plaatsgevonden. Hierbij is de gehele interne hulpverleningsketen geactiveerd en getest: van de coördinatie door het Crisisbeleidsteam, het evacueren, opvangen en verzorgen van patiënten na een brand, tot logistieke ondersteuning. De oefening is uitgevoerd in samenwerking met de brandweer, ambulancedienst en politie.

Beleidsnotitie Safety

Om calamiteitenbestrijding ook in de toekomst kwalitatief te kunnen borgen, is de beleidsnotitie Safety opgesteld, die begin 2010 door de Raad van Bestuur is vastgesteld.

4.3.2 Informatiebeleid en ICT

Het informatiebeleid van de Isala klinieken beoogt het samenvoegen van de visie en strategie van het Isala-concern en de mogelijkheden op ICT-gebied tot één inrichtingsmodel voor informatievoorziening. Vanuit de speerpunten wordt jaarlijks een projectenkalender opgesteld. Daarin staat sinds 2008 het digitale patiëntendossier centraal.

IC2it BV versus afdeling Informatiemanagement

Begin 2007 is het bedrijf IC2it BV opgericht, als 100% dochter van de Isala klinieken. Sindsdien heeft IC2it BV zich ontwikkeld als leverancier van ICT-gerelateerde producten en diensten. Binnen Isala heeft de afdeling Informatiemanagement als onderdeel van de stafafdeling Financiën & Informatievoorziening (F&I), zich ontwikkeld als vertegenwoordiger van de 'klant' van de Isala klinieken op ICT-gebied. Door veranderende inzichten is eind 2009 besloten deze scheiding weer ongedaan te maken. Voor eind 2010 zullen de ICT-functies weer ondergebracht zijn in één organisatorische eenheid.

Nieuwbouw

In 2013 zullen de Isala klinieken de deuren openen van het nieuwgebouwde ziekenhuis. Bij het ontwerp van de gebouwen zijn verschillende aannames gedaan over het verlopen van de processen binnen het nieuwe ziekenhuis. ICT vervult daarbij een ondersteunende rol. Deze rol is echter niet alleen volgend op en dienstbaar aan de organisatieontwikkelingen, maar bestaat ook uit het aanbieden van nieuwe mogelijkheden.

Inspanningen 2009

Er is een aantal infrastructurele voorzieningen ingericht die het mogelijk maken om nu al te gaan proefdraaien met functionaliteiten die in het nieuwe ziekenhuis gebruikt zullen worden. Ook zijn uitgangspunten gedefinieerd voor de informatievoorzieningen in het nieuwe ziekenhuis en de weg die daar naar toe leidt.

Verder zijn in het verslagjaar vooral activiteiten uitgevoerd ter verbetering van de organisatie van de ICT-functie in de Isala klinieken. Deze activiteiten worden hierna kort uitgelegd.

Organisatie ICT-functie

In het voorjaar van 2009 zijn de resultaten van het diepgaand onderzoek naar het (ICT-)projectenportfoliomanagement van de Isala klinieken aangeboden aan Raad van Bestuur en Stafbestuur. In het rapport staan met name de bevindingen over de inhoud, scope en prioritering van de projecten, plus de organisatie van het programmamanagement, de projectrealisatie en de interactie met IC2it. Tevens zijn adviezen voor verbetering gegeven, waarna de volgende acties zijn genomen.

- Er is een professioneel projectenbureau opgericht.
- Er is een standaard projectmanagementmethodiek geïntroduceerd.
- Er is een vernieuwde procedure opgesteld voor het indienen en toetsen van projectaanvragen.

Benchmark elektronisch patiëntendossier EriDanos

De Isala klinieken hebben ten opzichte van vier grote marktpartijen een benchmark laten uitvoeren naar de status van het in eigen beheer ontwikkelde elektronisch patiëntendossier EriDanos en de primaire zorgsystemen (ZIS). Daarbij streven de Isala klinieken naar een derde generatie EPD bij het betrekken van de nieuwbouw. Vanuit dit gezichtspunt is onderzocht welke daarbij behorende functionaliteit tijdig te realiseren is. Op basis van de uitkomsten is het volgende besloten:

- er komt nu geen groot veranderingstraject om het ZIS en het EPD te vervangen (koopscenario);
- de 'zelfbouw'-systemen worden tot en met de inhuizing in de nieuwbouw gecontinueerd en zo efficiënt mogelijk aangepast aan de behoeften.

Digitaal patiëntendossier

In 2009 zijn weer drie specialismen 'digitaal gegaan': Dermatologie, Orthopedie en Reumatologie. Deze specialismen maken onder andere gebruik van een in eigen beheer ontwikkelde 'vragenlijstmodule'. Hiermee kunnen daartoe opgeleide key-users zelfstandig formulieren maken, zonder dat daar programmering voor nodig is.

Verder is de structuur voor het delen en hergebruiken van informatie in het dossier verbeterd. Op basis van de opgedane ervaring is een roadmap opgesteld. Hiermee zullen alle andere specialismen in 2010 en 2011 gecontroleerd worden en binnen acceptabele kosten en doorlooptijd worden voorzien van een digitaal patiëntendossier.

Invoering BSN

De invoering van het Burgerservicenummer (BSN) in de Isala klinieken is succesvol uitgevoerd. Op 2 juni werd het nieuwe IZIS operationeel, waardoor de registratie van patiëntgegevens correct plaatsvindt. Hiermee zijn de ponsplaatjes verleden tijd en vervangen door barcode-etiketten.

Mobiele werkstations

In de tweede helft van 2009 is op alle verpleegafdelingen op beide locaties een draadloos netwerk aangelegd. Hierdoor kunnen artsen en verpleegkundigen met behulp van mobiele werkstations overal op de verpleegafdeling gegevens raadplegen en vastleggen in EriDanos. Er is een 'Computer on Wheels' (COW) geselecteerd via een inkooptraject. Begin 2010 zullen ongeveer tachtig COW's in gebruik worden genomen. 'Mobiel werken' is een functionaliteit die straks in het nieuwe ziekenhuis een vereiste is, maar waarmee nu al ervaring wordt opgedaan.

Meldzuilen

Na succesvolle experimenten bij Dermatologie en het Diagnosepunt heeft sinds oktober 2009 ook de polikliniek Cardiologie de zogenaamde meldzuilen in gebruik. Patiënten met een afspraak melden zich aan via de meldzuil en niet meer bij de balie van de polikliniek. Via de meldzuil krijgt de patiënt informatie over diens afspraak en een verwijzing naar de juiste wachtruimte. Tegelijkertijd krijgt de medisch specialist de melding op zijn computerscherm dat de patiënt is gearriveerd.

De meldzuilen dragen bij aan klantgerichtheid en versoepeling van patiëntenstromen. Naar verwachting wordt deze oplossing de komende tijd op meer plekken ingezet en uiteindelijk de standaardaanmeldingswijze in de Isala klinieken.

Informatiebeveiliging

In het laatste kwartaal van 2009 heeft de Inspectie ons plan van aanpak voor informatiebeveiliging goedgekeurd, waarna met de uitvoering is gestart. Doel is om in 2010 te voldoen aan de NEN7510, de wettelijke norm voor informatiebeveiliging in de zorg, en dit eind 2010 door een externe auditor te laten toetsen. Wij zien dit als een keiharde voorwaarde voor verdere, veilige digitalisering.

Infrastructuur en beheer

- De migratie van SAP 4.6 naar versie 6.0 is eind september succesvol uitgevoerd. Met deze zeer grote verbetering is ons ERP-systeem up-to-date en voor verdere functionele uitbreiding gereedgemaakt, met name op het gebied van de goederenlogistiek.
- De uitrol van multifunctionele printers, het Improve project, is eind september afgerond. In een klein jaar tijd zijn 960 printers in 139 verschillende modellen teruggebracht tot 439 fmp's ('follow me printer') in slechts 9 verschillende modellen. Effect:
 - het aantal afdrukken zal naar schatting met tien procent afnemen, wat goed is voor de portemonnee en het milieu;
 - door de introductie van het 'follow me printen' (de afdruk rolt pas uit een, willekeurige, printer als de gebruiker zich met haar/zijn pasje bij het betreffende apparaat aanmeldt) is de informatie-veiligheid toegenomen: er blijven geen onbeheerde afdrukken meer bij de printers liggen.
- IC2it heeft met een grote inhaalactie in kortere doorlooptijd dan gepland was het achterstallige onderhoud succesvol uitgevoerd. Alle centrale servers en netwerkcomponenten ouder dan vijf jaar zijn nu vervangen.
- Samen met Concerncommunicatie is een werving- en selectietraject uitgevoerd voor een technisch beheerder en ontwikkelaar voor Intranet/Internet.
- Medewerkers van Wortell zijn in september begonnen met technische verbeteringen aan de inrichting van de servers die voor Intranet en Internet gebruikt worden. Zij monitoren sindsdien ook de beschikbaarheid en performance. Dit moet de weg effenen voor een professionele Intranet-/Internetomgeving, waardoor onder andere meer interactie met patiënten mogelijk wordt, zoals aanbieden van informatie inclusief filmpjes, boeken van afspraken, en doorgeven en ontvangen van meetwaarden.
- Er is een snelgroeiende vraag naar opslagcapaciteit, vooral door de explosieve toename van digitale beeldvormende onderzoeken. De opgeslagen informatie is opgelopen van 90 TB (2007), 135 TB (2008) tot 240 TB (eind 2009). De schijven liepen in 2009 twee keer vol, waarvoor extra capaciteit is aangeschaft. Hiervoor wordt in 2010 een structurele oplossing gezocht.

4.4 KWALITEITSBELEID TEN AANZIEN VAN PATIËNTEN/CLIËNTEN

Gegevens over kwaliteitssystemen, creditering - label - accreditatie zijn opgenomen als bijlage (Bijlage 2 Kwaliteit van de organisatie).

4.4.1 Kwaliteit van zorg

Pijlers kwaliteitszorg

Kwaliteitszorg is een integraal onderdeel van de totale bedrijfsvoering. Voor de uitvoering hiervan is het INK-managementmodel in gebruik. Daarnaast streven we naar een goede balans tussen motiveren en normeren. Dat gebeurt op basis van de volgende vier pijlers van kwaliteitszorg:

- *Signaleren*

De huidige situatie vastleggen en vaststellen in welke mate deze overeenkomt met de doelen en werkafspraken zoals ze binnen de Isala klinieken van toepassing zijn. Voorts een analyse maken en verbetermogelijkheden opsporen met behulp van het INK- model, NIAZ-normen, (bijna)incidentmeldingen (VIM, MIP), klachten, audits, procesanalyses en prestatie-indicatoren.

- *Verbeteren*

Verbeterprojecten opzetten waarbij de volgende vragen centraal staan: wat willen we bereiken (doel), hoe weten we dat een verandering een verbetering is (meten), en welke veranderingen kunnen we invoeren die resulteren in een verbetering (veranderen)? Voorbeelden hiervan zijn de Isala Sneller Beterprojecten, zorgvernieuwingsprojecten en de I-Lean-trajecten.

- *Borgen*

(Nieuwe) werkwijzen verankeren in het dagelijks handelen, dat wil zeggen: afspraken vastleggen, blijven meten en bijsturen, en verbeteringen vastleggen in een operationeel kwaliteitssysteem (NIAZ) en in een managementinformatiesysteem.

- *Verantwoorden*

Communiceren over het kwaliteitssysteem en zichtbare resultaten, via de prestatie-indicatoren, patiënttevredenheidsonderzoeken en onderzoeken van de Consumentenbond. Hiermee krijgt de buitenwereld een gerechtvaardigd vertrouwen in de kwaliteit van zorg binnen de Isala klinieken.

NIAZ-accreditatie

In 2006 zijn voorbereidingen getroffen voor de NIAZ-accreditatie. Deze voorbereidingen hebben geresulteerd in een auditbezoek door zes NIAZ-auditoren. Deze audit heeft in februari 2007 plaatsgevonden. Op grond van de audit is een auditrapport opgesteld. Het auditrapport heeft op twaalf punten aanleiding gegeven tot verbetering van de organisatie van zorg. Deze verbeterpunten zijn verwoord in een verbeterplan. Het verbeterplan en het auditrapport samen hebben voldoende grond gegeven om het initiële accreditatiebewijs aan de Isala klinieken toe te kennen.

Na het eerste auditbezoek hebben de Isala klinieken de twaalf verbeterpunten opgepakt. Een toets hierop door NIAZ heeft plaatsgevonden in november 2008. De NIAZ-auditoren hebben geoordeeld dat de verbeterpunten adequaat zijn aangepakt, zodat de Isala klinieken zich kunnen gaan voorbereiden op de ziekenhuisbrede accreditatie in 2011.

In 2009 is het NIAZ-kwaliteitssysteem volop toegepast en onderhouden. Het jaar 2010 zal, wat betreft het kwaliteitssysteem, in het teken staan van de voorbereiding op de NIAZ-audit in 2011.

Intern auditsysteem

In 2009 zijn zestien afdelingsaudits uitgevoerd. Tevens is vanuit de Sectie Kwaliteit gewerkt aan het introduceren van nieuwe vormen van audits. Omdat hiervoor uitbreiding van de huidige auditorenpool vereist is, zijn begin 2009 nieuwe auditoren opgeleid.

Naast de afdelingsaudits zijn ook proces- en thema-audits uitgevoerd. De thema-audit in 2009 was gericht op het equipmentbeheer in de Isala klinieken. In totaal zijn zestien audits 'equipment' uitgevoerd. In 2010 wordt gestart met audits 'decubitus'.

Isala Sneller Beter

Voor het verbeteren van het zorgproces zijn de Isala klinieken in 2005 gestart met Isala Sneller Beterprojecten. Vier jaar 'Isala Sneller Beter' heeft inmiddels geleid tot concrete resultaten, zoals de reductie van toegangstijd en ligduur, en de succesvolle implementatie van de screening op ondervoeding met het beleid bij ondervoeding. In het jaar 2008 heeft de verdere uitrol van de Isala Sneller Beter-thema's nadrukkelijk plaatsgevonden. De met Isala Sneller Beter behaalde resultaten hebben ten behoeve van de borging een plaats gekregen in de planning en controlcyclus. De verantwoordelijkheid voor de verschillende thema's is weer teruggelegd in de organisatie.

In het voorjaar van 2009 is Isala Sneller Beter feestelijk afgerond. Daarbij is een boekje samengesteld waarin per thema is verwoord welke resultaten zijn behaald en op welke wijze ze tot stand zijn gekomen. De titel is: 'Van project naar verbetercultuur. De oogst van drie jaar Isala Sneller Beter'.

Verbeteren zorglogistiek

Een van de thema's van de Strategische agenda 2008-2012 is 'Zorgprocessen op orde'. Dat wil zeggen dat patiënten de zorg tijdig, zonder obstakels en afgestemd op hun behoefte geleverd krijgen. Het verbeteren van de zorglogistiek gebeurt aan de hand van het I-Lean Programma (zie ook 4.2.2.1).

I-Lean Programma

De Isala klinieken hebben als uitgangspunt dat de maximale doorstroming van de patiënt leidend is en dat de capaciteit daarop wordt afgestemd. Hierbij dient naar een goede balans te worden gezocht ten aanzien van de capaciteitsbenutting. Samen met McKinsey is in 2009 gestart met het I-Lean Programma, waarbij de focus ligt op patiëntenlogistiek. Het is de bedoeling dit programma structureel in te bedden in de Isala klinieken. In een later stadium zullen de Lean-principes ook op andere organisatieaspecten worden toegepast.

• Lean-experts

In het verslagjaar zijn acht medewerkers van de Isala klinieken opgeleid tot Lean-expert. Zij worden ingezet om zorgprocessen te analyseren en te verbeteren. Zo zijn in 2009 in totaal acht zorgprocessen nadrukkelijk onder de loep genomen om vast te stellen hoe die processen efficiënter ingericht kunnen worden. Ook de verbeteracties die daaruit voortvloeien zijn in het verslagjaar ingezet. In 2010 worden nog meer zorgprocessen geanalyseerd met behulp van de Lean-methodiek.

• *Doelen verbetering zorglogistiek*

De activiteiten voor verbetering van de zorglogistiek zijn gericht op de volgende doelen:

1. De patiënt die wordt doorverwezen naar de Isala klinieken krijgt binnen een week, tenzij anders afgesproken, een afspraak voor een eerste polikliniekbezoek in de Isala klinieken.
2. De patiënt kan vooronderzoek, diagnose en preoperatieve screening op één en dezelfde dag ondergaan, tenzij de patiënt aangeeft het zelf anders te willen.
3. De patiënt weet bij voorkeur op dezelfde dag als het eerste polikliniekbezoek, maar maximaal binnen een week na het eerste polikliniekbezoek, zijn/haar diagnose en het behandelplan.
4. De patiënt wordt zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk binnen twee weken, geopereerd of is in behandeling genomen.
5. De patiënt wordt geopereerd in dag-OK, tenzij opname op een verpleegafdeling medisch noodzakelijk is.
6. De patiënt wordt behandeld in dagbehandeling, tenzij opname op een verpleegafdeling medisch noodzakelijk is.
7. De patiënt wordt geopereerd op afgesproken datum en tijdstip.
8. De patiënt is opgenomen op de juiste verpleegafdeling, wordt niet meer verplaatst en gaat naar huis conform vastgestelde ontslagdatum.
9. De patiënt gaat indien hij/zij alle medisch zorg heeft ontvangen, nog dezelfde dag met de juiste nazorg naar huis dan wel naar een andere voorziening.
10. De patiënten komen alleen naar het ziekenhuis voor een chronische behandeling als deze behandeling daadwerkelijk in het ziekenhuis moet worden uitgevoerd.

Zorgvernieuwingsprojecten

Binnen de Isala klinieken zijn zorgvernieuwingsprojecten opgezet voor de bevordering van de effectiviteit van de zorg en/of verbetering van de kwaliteit van de zorg, zowel binnen de Isala klinieken als in samenwerking met de eerste lijn. De beoordeling en begeleiding hiervan is in handen van de Adviescommissie Zorgvernieuwing. In totaal zijn er nu achtentwintig lopende zorgvernieuwingsprojecten binnen de Isala klinieken, waarvan er twaalf in 2009 geïnitieerd zijn.

Tabel 26 Overzicht zorgvernieuwingsprojecten

Overzicht zorgvernieuwingsprojecten in de Isala klinieken		
naam project	startjaar	status
Afname slikproblemen na elektrostimulatie (Vital Stim)	2009	afgerond, niet geïmplementeerd
Klinische revalidatie na Bi-Ventriculaire Pacemaker Implantatie	2009	verlenging aangevraagd en verkregen
Implementatieproject preventiesprekuren voor vrouwen met een sterk verhoogd cardiovasculair risico	2009	loopt volgens schema
Het reduceren van embolische en daardoor neurologische complicaties na thoraxchirurgie door gebruik van een nieuwe non-invasieve beeldvormende techniek	2009	later gestart dan de planning door capaciteitstekort MRI-scan

Overzicht zorgvernieuwingsprojecten in de Isala klinieken		
naam project	startjaar	status
Computerized Thromboelastograph Guided Coagulation Monitoring and Transfusion Management in Cardiac Surgical Patients (TEG)	2009	loopt volgens schema
E-mental health voor HIV-geïnfecteerde patiënten	2009	wordt geïntegreerd met PIPPO-project
Pilot Isala Patiënten Portal	2009	loopt volgens schema
Dosisrespons bij Strabismuschirurgie	2009	start inclusie maart 2010
Novasure	2009	verlenging aangevraagd en verkregen
Geheugen Centrum Groot Zwolle	2009	loopt volgens schema
Safe Chemo for Kids	2009	project gestopt
Menopauzepoli	2008	afgerond en geïmplementeerd
COPD-C Poli on demand	2008	inclusie voltooid; verlenging aangevraagd en verkregen voor follow-up
Transitie van zorg: door verpleegkundige gecoördineerde hoestpolikliniek	2008	afgerond met aanbeveling om te implementeren
Haalbaarheid van intra-arteriële thrombolyse bij acuut herseninfarct	2008	afgerond; bedoeling is doorgaan met thrombolyse-protocol + aanhaken bij Mr. Clean project Nederlandse Hartstichting
Longrevalidatie na post-thoracotomie	2008	verlenging aangevraagd en verkregen
Reductie opnameduur van patiënten met longembolie	2008	inclusie voltooid; follow-up van 6 maanden en eindrapportage juli 2010
Mutatie analyse bij patiënten met adenocarcinoom van de long	2008	verlenging aangevraagd en verkregen
Delier en depressie bij hartchirurgische patiënt	2008	loopt volgens schema
Open Hart poli	2007	afgerond; nog geen eindrapportage
IC=MC	2007	afgerond en geïmplementeerd
Blaastraining na verzakkingschirurgie	2007	afgerond en geïmplementeerd
Optimalisatie van niet-invasieve diagnostiek voor myocardiale ischemie	2007	verlenging aangevraagd en verkregen
Medicatieverstrekking en voorlichting bij ontslag	2007	data worden geanalyseerd; besloten is de huidige registratie en projectaanpak voort te zetten
Leefstijlinterventie door middel van groepseducatie bij diabetes mellitus type II	2007	afgerond; wordt niet geïmplementeerd
Nierfalenpoli	2007	afgerond en geïmplementeerd
Thuismonitoring risicozwangeren	2007	afgerond; eventuele implementatie is nog niet bekend
Zelfdocering door trombosedienstpatiënten via internetmodule	2007	afgerond; nog geen eindrapportage ontvangen

Documentbeheersysteem

In 2009 is besloten tot de aanschaf van het documentbeheersysteem iDoc van Infoland en zijn de voorbereidingen voltooid voor de ingebruikname ervan. Het systeem is in de derde week van 2010 in gebruik genomen. Met iDoc is binnen de Isala klinieken een situatie gecreëerd waarin alle afdelingen documenten kunnen beheren en presenteren.

Patiënttevredenheidsonderzoeken

De Isala klinieken verwelkomen ruim tweehonderdduizend patiënten per jaar. Wij hechten veel waarde aan de mening van patiënten over onze kwaliteit van zorg- en dienstverlening. Om daar zicht op te krijgen vinden in de Isala klinieken verschillende patiënttevredenheidsonderzoeken plaats. Deze hebben ook in 2009 voldoende input gegeven voor verbetering van de zorgverlening.

De Isala klinieken gebruiken de volgende waarderingsonderzoeken:

- *Online vragenlijst via de website (project 'Uw mening telt!')*

Deze vragenlijst bestaat deels uit vragen die geformuleerd zijn door de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (www.nvz-ziekenhuizen.nl) en deels uit specifieke vragen over de afdeling of polikliniek waarmee de patiënt in contact is geweest. De patiënt vult de vragenlijst anoniem in. De resultaten zijn door elke afdeling in te zien via eigen analistenlinks. Deze links geven een aantal grafieken weer en door patiënten persoonlijk geformuleerde opmerkingen en toelichtingen. Dit onderzoek loopt continu sinds begin oktober 2008. Ruim negentig zorgteams nemen er aan deel. Goed gescoord wordt op vragen over ontvangst, bejegening en deskundigheid. Minder goed op vragen over informatievoorziening en nazorg. In 2009 is een voorstel goedgekeurd voor herziening van de huidige vorm. Gewerkt wordt aan een systeem waarin de patiënt, meer gerelateerd aan diens zorgproces, specifieke vragen krijgt aangeboden die per kwartaal van thema wisselen. Dit verbetert de terugkoppeling op onze doelstellingen voor patiënttevredenheid, zodat we verbeteringen gericht kunnen doorvoeren.

- *Spiegelgesprekken*

In navolging van 2008 zijn in 2009 verschillende spiegelgesprekken gehouden op verpleegafdelingen, in de vorm van een spiegelbijeenkomst. Zo'n bijeenkomst bestaat uit een kringgesprek met (ex)patiënten onder leiding van een gespreksleider. Deze vraagt de (ex)patiënten hoe zij de dienstverlening ervaren hebben en wat hun mening daarover is. De betrokken medewerkers van de afdeling of polikliniek zijn als toehoorders aanwezig. Door te luisteren naar de verhalen en meningen van de (ex)patiënten krijgen de medewerkers als het ware een spiegel voorgehouden. Deze directe 'face to face'-confrontatie heeft een groot effect op het gedrag van de medewerkers. Zij bespreken de resultaten van de spiegelbijeenkomst op een later tijdstip op de eigen afdeling. Daarna ontvangen de (ex)patiënten die aan de spiegelbijeenkomst deelnamen, een brief waarin beschreven staat wat de afdeling/polikliniek gaat doen met hun suggesties, ideeën en kritische punten.

- *Ontslaggesperken*

In een ontslaggesprek bespreekt een verpleegkundige met de patiënt (en eventuele familieleden) zowel het verpleegproces als het resultaat van de verleende zorg.

Tabel 27 Cliëntenraadpleging

Cliëntenraadpleging in 2009	ja
norm	ja
gebruikte meetmethode	• online vragenlijsten • spiegelgesprekken • ontslaggesprekken
de laatste cliëntenraadpleging	2009
omschrijving gehanteerde norm	75% van de patiënten scoort 'tevreden'
uitkomst van de cliëntenraadpleging op basis van normering sector	91%
voorgelegd aan de Cliëntenraad	ja

Prestatie-indicatoren

De Isala klinieken hebben in 2009 vrijwel alle prestatie-indicatoren aangeleverd aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Een aantal indicatoren is ingebed in de planning en controlcyclus van de Isala klinieken. Op deze manier dragen deze indicatoren bij aan de sturing binnen de Isala klinieken.

Nieuwe indicatoren: Zichtbare Zorg

Naast de basisset prestatie-indicatoren van de Inspectie worden nieuwe indicatoren ontwikkeld: de indicatoren Zichtbare Zorg. Het jaar 2008 is gebruikt om de eerste tien sets te implementeren. Van iedere indicator is nu bekend of het mogelijk is om de gegevens uit de registratiesystemen te halen. Tevens is per indicator bekend wat nodig is voor de aanlevering van deze gegevens.

In 2009 zijn deze eerste tien sets weer aangeleverd. Tevens zijn de nieuwe sets geïmplementeerd.

Sterftecijfer

De Hospital Standardised Mortality Rate (HSMR) is een indicator voor het vergelijken van sterfte in ziekenhuizen, rekening houdend met casemixfactoren. Bij een HSMR onder de honderd overlijden in een ziekenhuis minder patiënten dan verwacht mag worden op basis van het Nederlands gemiddelde; bij een HSMR hoger dan honderd kent een ziekenhuis meer sterfte dan het landelijk gemiddelde.

De HSMR van de Isala klinieken tussen 2006-2008 is 87 met een betrouwbaarheidsinterval van 84-91. Dat betekent dat de HSMR van de Isala klinieken significant lager is dan het Nederlands gemiddelde.

Voorbeeldprojecten op www.consumentenzorg.nl

De NPCF (Nederlands Patiënten Consumenten Federatie) heeft onderstaande projecten van de Isala klinieken als voorbeelden van goede zorg gepubliceerd op de website www.consumentenzorg.nl:

- Thuismonitoring Risicozwangere;
- Sondevoeding thuis;
- Bekkenbodempolikliniek;
- Nierfalenpoli;
- Maaltijdambulance;

- Tia-service;
- Handencentrum;
- Chance at home;
- Dyspnoe;
- Menopauzepoli.

4.4.2 Klachten

Klachten ontstaan door een veelheid aan factoren, zoals: (veronderstelde) fouten, ongecorrigeerde verwachtingen, misverstanden, niet nakomen van afspraken, gebrekkige communicatie, interpretatieverschillen over patiëntenrechten, tarieven, bejegening of organisatie van zorg.

Klachten leiden er voor patiënten vaak toe dat zij hun ziekte of aandoening nog ingrijpender en als extra belastend ervaren. Ook op zorgaanbieders hebben klachten een grote impact. Daarom is het belangrijk zo vroeg en zo zorgvuldig mogelijk op een klacht in te gaan om escalatie te voorkomen.

Good practice

In de richtlijn 'Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg' is de werkwijze bij klachten zoals gehanteerd in de Isala klinieken aanbevolen als 'good practice'. Binnen Isala krijgen afdelingen en nieuwe medewerkers op een structurele wijze voorlichting over relevante onderwerpen rondom klachten. Onderwerpen waarover informatie wordt verstrekt, zijn onder andere de klachtenregeling, de formele en informele klachtenafhandeling, de wetgeving op het gebied van klachten, de Klachtencommissie en de functie van de klachtenfunctionaris.

In de klachtenregeling van de Isala klinieken is aangegeven wie en op welke wijze binnen het ziekenhuis een klacht kan indienen, en vervolgens hoe de ziekenhuisorganisatie met die klacht omgaat.

4.4.2.1 Klachtencommissie

Tabel 28 Samenstelling Klachtencommissie

Leden Klachtencommissie ultimo 2009	achtergrond	functie	periode
mevrouw mr. M. Stroetenga	juridisch medewerker NUG1	voorzitter	
mevrouw. ir. I.M.F. Rentenaar	namens Patiëntenperspectief	lid	
M. de Goede	verpleegkundige	lid	tot 1 mei 2009
mevrouw M. van Tol	verpleegkundige	lid	vanaf 1 februari 2009
drs. E. van Ewijk	huisarts in ruste	lid	
dr. W. Baerts	neonatoloog, onderzoeker Neonatologie UMC Utrecht	lid	

De Klachtencommissie is in 2009 bijgestaan door ambtelijk secretaris mevrouw H. Bakker-Postma.

Klachten ingediend bij de Klachtencommissie en afhandeling in 2009

- De Klachtencommissie heeft nog drie zaken uit 2008 afgehandeld.
- De Klachtencommissie heeft zeventien aan haar geadresseerde klachtbrieven ontvangen; dit zijn er zes meer dan in 2008.
 - In één geval heeft de klager, na op deze mogelijkheid geattendeerd te zijn, gekozen voor bemiddeling in de klacht door de klachtenfunctionaris; in 2008 waren dit er drie.
 - In drie gevallen is de klacht ingetrokken nadat de klager een reactie van de verweerder had ontvangen en daar genoeg mee nam. Hieronder was ook een klacht uit 2008.
 - In één geval is de klachtenprocedure ingetrokken in verband met familieomstandigheden.
 - In één geval is na de ontvangstbevestiging niets meer vernomen van de klager.
 - In twaalf gevallen werd de klacht door de commissie in behandeling genomen; drie zaken waren aan het eind van het jaar nog niet afgerond.
- De Klachtencommissie heeft in tien klachten uitspraak gedaan, waaronder twee klachten uit 2008.
- Naar aanleiding van één klacht uit 2009 heeft in hetzelfde jaar wel een hoorzitting plaatsgevonden, maar er is uitspraak gedaan in 2010.

Tabel 29 Aantal klachten ingediend bij de Klachtencommissie

Aantal klachten in 2009 ingediend bij de Klachtencommissie	ja
ingediend aantal klachten	17
aantal klachten door de Klachtencommissie in behandeling genomen	12
aantal klachten waarover Klachtencommissie advies heeft uitgebracht	10
aantal klachten dat gegrond is verklaard	40%

Maatregelen op basis van adviezen Klachtencommissie

- Er zijn richtlijnen ontwikkeld ten aanzien van dossiervoering.
- Er is actie ondernomen om de verpleegkundigen op het pre-operatief bureau beter op de hoogte te kunnen laten zijn van de situatie van de patiënt.
- Er zijn wijzigingen doorgevoerd in het Elektronisch Patiënten Dossier ten aanzien van de registratie van het hoofdbehandelaarschap.
- Er is actie ondernomen om de wachttijd in de wachtkamer te verkorten.

4.4.2.2 Klachten ingediend bij de klachtenfunctionarissen

In 2009 zijn 908 klachten binnengekomen bij de klachtenfunctionarissen en door hen geregistreerd. In 2008 zijn 779 klachten ingediend. Ook dit jaar is het aantal gestegen ten opzichte van het vorige verslagjaar. Deze stijging is conform de landelijke trend dat meer klachten worden ingediend. De klachten gaan vooral over bejegening, informatieverstrekking en communicatie.

4.4.3 Patiëntveiligheid

De veiligheid van patiënten is de zorg van de Isala klinieken. Het is onze verantwoordelijkheid om risico's te herkennen en risicovolle processen veiliger te maken. Wij zien patiëntveiligheid niet als project, maar als een traject waarin continu investeren vereist is. 'Voorkom schade, werk veilig' is het credo van het landelijk veiligheidsprogramma waarin ook de Isala klinieken participeren.

Veiligheidsgrondvest

De Isala klinieken hebben alle elementen rondom patiëntveiligheid samengevoegd in een schema, het zogenaamde 'Veiligheidsgrondvest'. Dit is de kapstok van alle activiteiten op het gebied van patiëntveiligheid. Het omvat de implementatie van elementen van een veiligheidsmanagementsysteem (VMS) en de invoering van tien inhoudelijke thema's. In de volgende paragrafen wordt de stand van zaken ten aanzien van het VMS per element toegelicht.

4.4.3.1 Leiderschap en Cultuur, Commitment

Het implementeren van veiligheidsmanagement vraagt om strategie en beleid, leiderschap en organisatieontwikkeling. Dit geldt onder andere voor het creëren van een veiligheidscultuur en voor het verspreiden van de 'good practices' in de eigen organisatie. Kennis van en ervaring met deze thema's zijn zowel binnen de industrie als binnen de zorgbranche beschikbaar.

Patiëntveiligheid is voor een belangrijk deel bepaald door de organisatiecultuur en afdelingcultuur. Bereidheid tot melden van (bijna)incidenten, evenals samenwerking en communicatie, zijn essentieel voor patiëntveiligheid. Het management speelt een belangrijke rol bij het creëren van een veiligheids-cultuur. Bij leiderschap geldt: 'Goed voorbeeld doet goed volgen'. Leidinggevendens zetten de eerste stappen naar een nieuwe cultuur. Bij het bespreken van een (bijna)incident stellen zij vragen naar wát er gebeurd is en niet wie het gedaan heeft. In dit perspectief zien de Isala klinieken leiderschap als een taak voor elke leidinggevende, op elk niveau: van Raad van Bestuur tot teamleider.

'Je werkt hier veilig, of je werkt hier niet'

De Isala klinieken gebruiken een aantal zogenoemde interventies om de cultuur rondom patiëntveiligheid te verbeteren, zoals een communicatie-instrument (SBARR) en veiligheidsrondes. Daarnaast willen de Isala klinieken ook het credo van Shell-voorman Rein Willems continu uitdragen: 'Je werkt hier veilig, of je werkt hier niet'. Dit gebeurt door medewerkers voortdurend te wijzen op dit credo en door het geven van voorlichting aan (potentieel) nieuwe medewerkers.

Om inzage te krijgen in de cultuur rondom patiëntveiligheid zoals die wordt ervaren door medewerkers, wordt een gevalideerde vragenlijst gebruikt (de COMPaZ enquête).

Activiteiten 2009

In het kader van Leiderschap en Cultuur zijn de volgende activiteiten uitgevoerd (enkele daarvan zijn lopende activiteiten uit voorgaande jaren).

- De laatste groep hoofden zorgteam is getraind in 'Patiëntveiligheid & Leiderschap' (navolgend op de training in 2008).
- Zeven veiligheidsrondes door Raad van Bestuur en zorggroepmanagement (jaarlijks sinds 2008).

- 'Patiëntveiligheid' is als standaardonderdeel opgenomen in het introductieprogramma voor alle nieuwe medewerkers op de dag 'Klantgericht & Veilig werken Zorg' (maandelijks sinds 2009).
- Standaard opname van het communicatie-instrument SBARR (Situatie Behandeling Analyse Respons Repeteer) in trainingen voor verpleegkundigen. In 2009 zijn 373 verpleegkundigen getraind.
- Standaard opname van doelstellingen voor patiëntveiligheid in de kaderbrief (sinds 2006).
- Patiëntveiligheid & casuïstiekbesprekingen, vast agendapunt in de Kernstaf (sinds 2005).
- Patiëntveiligheid & casuïstiekbesprekingen, vast agendapunt in managementoverleg en kwartaal-gesprekken (sinds oktober 2006).
- Voorlichting over patiëntveiligheid aan arts-assistenten en leerling-verpleegkundigen als maandelijks onderdeel van introductiebijeenkomsten (sinds 2006).
- Samenwerking met DSM (sinds oktober 2004).
- Het Centrum Patiëntveiligheid Isala heeft samen met de Sectie Kwaliteit in 2009 de Isala Safety-dag georganiseerd, waarbij de Isala Safety Award 2010 is uitgereikt.

Ontwikkeling producten

Het Centrum Patiëntveiligheid Isala heeft in 2009 de volgende producten ontwikkeld:

- Evening School voor medisch specialisten (in 2009 2x georganiseerd);
- cursus en boek 'Als het misgaat' voor leidinggevenden en medisch specialisten;
- dvd DURF 3 Voorkom schade door adequaat management;
- boek 'Dit nooit meer'.

4.4.3.2 Incidenten melden, analyseren en borgen

MIP-commissie

De Isala klinieken hebben een MIP-commissie voor de meldingen incidenten patiëntenzorg. De algemene doelstelling van de MIP-commissie is het leveren van een bijdrage aan de kwaliteit van de patiëntenzorg in de organisatie, gericht op patiëntveiligheid. Dit gebeurt door het analyseren van (bijna)incidenten in de patiëntenzorg met een (potentieel) ernstig gevolg, en het gevraagd en ongevraagd adviseren van Raad van Bestuur en Stafbestuur over verbetermaatregelen.

De leden van de MIP-commissie scholen zich in het doen van systematisch onderzoek en verslaglegging. Hiervoor is een scholingsbudget beschikbaar. De MIP-commissie wordt ondersteund door een MIP-functionaris.

De taken van de MIP-commissie zijn:

- het doen van systematisch onderzoek (SIRE, PRISMA) naar de toedracht van een (bijna)incident in de patiëntenzorg, op basis van de door de melder verstrekte informatie. In dat kader hoort de commissie zo nodig de melder en anderen die direct zijn betrokken bij het gemelde incident;
- het analyseren van de aldus verkregen gegevens;
- het geven van gevraagde en ongevraagde adviezen aan Raad van Bestuur en Stafbestuur om herhaling van het incident of een soortgelijk incident te voorkomen;
- het analyseren van meldingen, gericht op het herkennen van trends;
- het bevorderen van een patiëntveiligheidscultuur binnen de Isala klinieken.

Incidentmeldingen

De systematische registratie en analyse van incidenten gebeurt al enkele jaren in de Isala klinieken en heeft veel winst opgeleverd. Daarom blijven de Isala klinieken investeren in de systematische melding, registratie en analyse van (bijna)incidenten via bijvoorbeeld de VIM-methode (Veilig Incident Melden). Daarbij is een digitaal meldsysteem een goed middel om patiëntveiligheid enigszins te kunnen monitoren. Belangrijker is, dat meldingen aanleiding geven tot verbeteractiviteiten, waardoor de kwaliteit en patiëntveiligheid daadwerkelijk verbeteren.

Binnen de Isala klinieken kunnen (bijna)incidenten gemeld worden met behulp van het MIP-VIM-formulier dat op het Intranet van de Isala klinieken staat.

Activiteiten in 2009 ten aanzien van (bijna)incidenten

In het kader van de systematische melding, analyse en afhandeling van (bijna)incidenten zijn de volgende activiteiten uitgevoerd (enkele daarvan zijn lopende activiteiten uit voorgaande jaren):

- Veilig Incident Melden is voor negentig procent doorgevoerd bij alle afdelingen in de Isala klinieken; het aantal digitale meldingen in 2009 is 6697;
- de MIP-commissie heeft 47 incidenten geanalyseerd volgens SIRE (methodiek wordt gebruikt sinds januari 2007);
- nagenoeg alle afdelingen werken met het digitaal meldsysteem (sinds maart 2007);
- uitwisseling op zorggroepniveau van goede en vooral veilige ideeën voor patiëntveiligheidscommissies: per zorggroep minimaal vier keer per jaar. De Sectie Kwaliteit geeft tijdens deze bijeenkomsten ondersteuning bij de analyse en afhandeling van (bijna)incidenten (sinds 2007);
- vijf DAM-trainingen voor patiëntveiligheidscommissie(PVC)-leden; (DAM trainingen sinds 2005).

Tabel 30: Aantal VIM-meldingen over 2009 naar categorie en risicoscore

Aantal VIM-meldingen naar categorie en risicoscore					
Aantal meldingen	2009 Q 1	2009 Q 2	2009 Q 3	2009 Q 4	totaal periode
Bestraling	0	1	2	1	4
Bloedproducten	19	24	20	19	82
Materialen/Apparatuur	188	205	209	205	807
Medicatie/Voeding	623	646	530	589	2.388
Onderzoek	104	109	111	108	432
Vallen	92	61	68	61	282
Overig	588	661	571	788	2.608
Totaal (categorie van incident)	1.614	1.707	1.511	1.771	6.603
o (niet bekend)	5	7	2	6	20
1 (klein risico)	894	909	829	972	3.604
2 (gemiddeld risico)	694	766	662	770	2.892
3 (groot risico)	18	24	18	23	83
4 (extreem risico)	3	1	0	0	4
Totaal (risicoscore)	1.614	1.707	1.511	1.771	6.603

Aantal meldingen

In totaal zijn er 137 meldingen bij de MIP-commissie binnengekomen: 87 in de categorie 3 en 4, plus 50 meldingen die in de database als categorie 1 of 2 staan, maar die later door de MIP-commissie of PVC het label van een categorie 3 of 4 hebben gekregen. Dit is in totaal een verdubbeling van het aantal in 2008. De meldingen die op grond van de ernst en mogelijke frequentie van voorkomen gecodeerd worden als categorie 3 of 4, krijgen extra aandacht van de MIP-commissie. Van de 137 meldingen zijn er 47 bij de Raad van Bestuur binnengekomen. Dit is een toename van 68% ten opzichte van 2008 (zie tabel 31).

Tabel 31: Overzicht meldingen 2008 en 2009 MIP-commissie

Overzicht meldingen	2009	2008
meldingen in de categorieën 3 en 4, gemeld bij de MIP-commissie	137	67
gemeld bij de Raad van Bestuur	47	28
SIRE-analyse	23	15

4.4.3.3 Risicomanagement

Naast de reactieve methode om patiëntveiligheid in de Isala klinieken te verbeteren, is het proactief inspelen op risico's in (zorg)processen essentieel. Zorgprofessionals kunnen vaak al op voorhand aangeven waar de zwakke plekken (ofwel risico's) in een systeem zitten.

In het landelijke veiligheidsprogramma hebben de Isala klinieken ervaring opgedaan met de HFMEA-methodiek (Healthcare Failure Mode & Effects Analysis).

In 2009 is gebleken dat er onvoldoende aansluiting mogelijk is met proces(her)inrichtingstrajecten. Dit willen we in 2010 beter doen. Op individueel verzoek van afdelingen is het instrument toegepast. Risicomanagement is onderdeel van het meerjarenbeleid 2008-2012 van de Isala klinieken.

4.4.3.4 Patiëntenparticipatie

Patiëntveiligheid kent verschillende actoren. De Isala klinieken zien de patiënt ook als actieve speler in de wedstrijd tegen patiëntonveiligheid. Uiteraard is de patiënt niet eindverantwoordelijk voor de eigen veiligheid, maar hij of zij kan wel een belangrijke bijdrage leveren. De patiënten, maar ook hun naasten/familie, hebben immers als geen ander een duidelijk beeld van het eigen zorgproces en zijn ook betrokken bij het eigen zorgproces. Zij moeten echter wel in de gelegenheid gesteld worden om een bijdrage te kunnen leveren. Zij dienen ondersteund en gestimuleerd te worden om hun inbreng, via het stellen van vragen en het melden van incidenten, in de eigen veiligheid vorm te geven.

Activiteiten in 2009 ten aanzien van patiëntenparticipatie

In het kader van patiëntenparticipatie zijn de volgende activiteiten uitgevoerd (enkele daarvan zijn lopende activiteiten van voorgaande jaren):

- de folder 'Durf te vragen' is op de meeste poliklinieken in de Isala klinieken aanwezig (sinds november 2008);
- het onderzoeken van mogelijkheden om patiënten actief te betrekken in risicoanalyses (vanuit het Centrum Patiëntveiligheid Isala, sinds 2008);
- introductie van de Patiëntveiligheidskaart op tien klinische afdelingen (sinds 2006);

- in opleiding en training aandacht inbedden voor patiëntenparticipatie, zoals in de training voor managers;
- op een aantal afdelingen zijn zorgkaarten geïntroduceerd, waarin patiënten zichtbaar krijgen wat ze kunnen verwachten.

4.4.3.5 Best practices (inter)nationaal

Landelijke patiëntveiligheidsthema's zijn opgenomen in het jaarplan 2010 (kaderbrief) van de Isala klinieken en zijn onderdeel van de planning en controlcyclus. Deze thema's zijn:

- voorkomen van postoperatieve wondinfectie na operatie. Gestart is met de focus op cardiochirurgie, algemene chirurgie, vaatchirurgie, orthopedie, gynaecologie en neurologie;
- voorkomen van medicatiefouten met de focus op overdrachtsmomenten;
- voorkomen van valincidenten.

Resultaten inhoudelijke veiligheidsthema's

In 2009 hebben de Isala klinieken de volgende resultaten behaald op inhoudelijke veiligheidsthema's:

- Implementatie interventiebundel op OK wat betreft hygiënemaatregelen (thema Post Operatieve Wond Infecties);
- via Mediscore registreert de afdeling Intensive Care de behandelbundel sepsis;
- op 25% van de afdelingen is het Spoed Interventie Systeem geïmplementeerd met bijbehorende scholing voor verpleegkundigen;
- besluitvorming over de implementatie van een Apotheek Service Punt (met een belangrijke rol van de klinische farmacie bij de medicatieverificatie bij opname en ontslag);
- informatie over vrijheidsbeperkende maatregelen, gemaakt voor patiënten onder andere via een patiëntenfolder (thema Kwetsbare oudere);
- een scholingsplan is opgezet voor alle medewerkers van afdelingen waar veel beschermende middelen worden ingezet (thema Kwetsbare oudere);
- er is één protocol ontwikkeld voor toediening van jodiumhoudende contrastmiddelen bij onderzoeken vanuit de ervaringen van Radiologie, Nucleaire Geneeskunde, Cardiologie en Nefrologie (thema Nierinsufficiëntie na toediening jodiumhoudende contrastmiddelen).

4.4.4 Patiëntencommunicatie

De afdeling Patiëntencommunicatie adviseert binnen de Isala klinieken in toenemende mate over de mondelinge communicatie van zorgverleners met hun patiënten, onder andere bij de voorbereiding en uitvoering van voorlichtingsbijeenkomsten voor patiënten. Belangrijke input hiervoor is de mening van patiënten. Aan hen wordt na afloop van een voorlichtingsbijeenkomst ook steeds gevraagd in hoeverre de bijeenkomst aan hun verwachtingen heeft voldaan en om tips voor verbetering.

Activiteiten in 2009

- *Screening patiëntencommunicatie*

Patiëntencommunicatie heeft aansluiting gezocht bij het I-Lean Programma door per zorgpad de patiëntencommunicatie te screenen op basis van een aantal vragen. Welke informatie krijgen

patiënten in welke fase van het gehele zorgproces dat ze doorlopen? Is geborgd wie wat doet en wie welke informatie geeft? Is de informatie consistent, aanvullend op elkaar, voldoende en begrijpelijk? Door met medewerkers van poliklinieken en verpleegafdelingen naar antwoorden te zoeken op deze vragen, verbetert zowel de afstemming als de kwaliteit van de communicatie met patiënten.

- *Training in het efficiënt spreekuur houden*

Medewerkers Patiëntencommunicatie hebben gespecialiseerde verpleegkundigen getraind in het efficiënt houden van een spreekuur voor zwangere vrouwen. De verpleegkundigen hebben handvatten gekregen om, rekening houdend met de gevoelens van de patiënten, adequater aan te sluiten bij hun persoonlijke vragen. Hierdoor verloopt het spreekuur effectiever voor zowel verpleegkundigen als patiënten.

- *Visualisering van informatie*

Binnen de Isala klinieken heeft patiëntenvoorlichting vooral bestaan uit tekst, maar deze vorm van communiceren sluit vaak onvoldoende aan bij de behoeften van patiënten. Daarom zijn meer mogelijkheden ontwikkeld voor visualisering van informatie met gebruik van beeldmateriaal.

- *Voorlichtingsmateriaal*

Op verzoek van ziekenhuisafdelingen is nieuw voorlichtingsmateriaal ontwikkeld.

4.5 KWALITEIT TEN AANZIEN VAN MEDEWERKERS

4.5.1 Personeelsbeleid

4.5.1.1 Human Resource Strategie 2009-2012

‘Ik maak het verschil samen’ is de titel van de Human Resource Strategie 2009-2012 van de Isala klinieken. Een organisatie heeft altijd te maken met veranderingen van binnenuit en van buitenaf. De Isala klinieken stellen hun doelen in deze veranderende zorgwereld en vragen van medewerkers zich (mee) te ontwikkelen. Omdat Isala zich positief wil onderscheiden op de (arbeids)markt, is de volgende HR-doelstelling geformuleerd: *‘Bij de Isala klinieken werken medewerkers die blijvend een bijdrage kunnen en willen leveren aan de organisatiedoelstellingen.’*

Thema's HR-strategie

Het is voor de Isala klinieken en het realiseren van de veranderopgave van groot belang om voldoende en voldoende gekwalificeerd personeel in dienst te hebben en deze blijvend aan zich te binden. Dat kan alleen als er een adequaat antwoord komt op de veranderende arbeidsmarkt en zorgwereld. De HR-strategie geeft richting aan de volgende thema's:

- differentiatie in HR-aanpak;
- besturing;
- aantrekkelijk werkgeverschap;
- gewenste relatie met de buitenwereld;
- strategische personeelsplanning;
- gezondheid;
- loopbaanontwikkeling.

De uitwerking van de thema's gebeurt in de jaarplancycclus en wordt gemonitord in de planning en controlcycclus.

4.5.1.2 Realisatie doelstellingen personeelsbeleid

Verzuim

Het ziekteverzuimpercentage is in 2009 evenals in 2008 wederom gedaald: van 4,93% in 2008 naar 4,59% in 2009. Het aantal nulverzuimers is met 35% onveranderd gebleven. Dat betekent dat er voornamelijk succes is geboekt met het terugdringen van het langdurige verzuim.

In 2010 zal de focus nog meer gericht worden op preventie en frequent verzuim.

Tabel 32 Verzuiminformatie 2009

Verzuiminformatie 2009	percentage
ziekteverzuimpercentage totaal personeel in loondienst, exclusief zwangerschap in 2009	4,59%
aantal nulverzuimers onder de Isala-medewerkers in 2009	35%

Verloop

Het terugdringen van het verloop van medewerkers is in 2009 conform de doelstelling gedaald. In 2009 is er een verloop van 8,98% tegenover 10,5% in 2008.

Tabel 33 Verloop personeel 2009

Verloop personeel 2009	aantal personeelsleden	aantal fte	percentage t.o.v. totaal fte in dienst in 2009
instroom personeel in loondienst (totaal)	611	478	12,48%
uitstroom personeel in loondienst (totaal)	452	344	8,98%

Vacatures, werving en selectie, opleidingsniveau

Als gevolg van de recessie hebben zich ontwikkelingen op de arbeidsmarkt voorgedaan die voor de niet-zorgfuncties gunstig zijn geweest voor de werving van nieuwe medewerkers. Met name voor staffuncties, management, algemeen administratieve functies en functies op facilitair en ICT-gebied. Door de recessie zijn mensen uit andere sectoren op de arbeidsmarkt beschikbaar gekomen voor de gezondheidszorg. Deze ontwikkeling heeft ook veel kandidaten 'in portefeuille' opgeleverd. Daarnaast is de werving voor een aantal specialistische functies moeilijker verlopen, vooral voor de functie van anesthesiemedewerker.

Tabel 34 Vacatures en opleidingsniveau

Sector	aantal vervulde vacatures	functie	opleidingsniveau
Isala-breed totaal aantal vacatures	420		
Verpleegkundige sector	het merendeel van het totaal van 420	(specialistisch) verpleegkundige functies	MBO/HBO
Isala Facilitair	51	facilitair	LBO/MBO
Zorggroep Medisch Ondersteunende Specialismen (MOS)	38	• analisten • fysiotherapeuten • logopedisten	veelal HBO
Medische Staf	18 10	• medisch specialisten • arts-assistenten	academisch

4.5.1.3 Bijstellingen van het beleid

De Strategische agenda vraagt veel kwaliteit van de medewerkers van de Isala klinieken. Daarom zijn er momenteel op diverse terreinen en bij verschillende afdelingen initiatieven om de kwaliteit van medewerkers te borgen en te bevorderen. Dit vereist een samenhangende visie van de Isala klinieken over sturing op de kwaliteit van medewerkers.

In 2009 is gestart met het ontwikkelen van een overkoepelende beleidsvisie met daarin een integrale benadering van alle kwaliteitscomponenten rondom medewerkers en de wijze waarop processen en besturing hierop dienen te worden ingericht.

4.5.1.4 Prestaties personeelsbeleid

Management Development

In 2009 is gestart met een Management Development (MD)-Programma voor het gehele management en de adviseurs van de Isala klinieken, met als eerste programmaonderdeel een dialoogbijeenkomst. Tijdens deze richtinggevende en inspirerende bijeenkomst voor 140 managers en stafadviseurs is ingegaan op de realisatie van de strategische uitdagingen van de komende jaren en wat het van de organisatie vraagt.

Vervolgens is een trainingsmodule 'Verandervermogen en Veranderstijl' ontwikkeld en aangeboden aan het gehele management en de stafadviseurs. Deze trainingsmodule biedt een denk- en werkkader dat gebruikt wordt bij het toetsen en ontwikkelen van een passende aanpak van veranderingsprocessen.

Op individueel niveau krijgen de managers via een test zicht op de eigen veranderstijl, veronderstellingen en competenties, die verbonden worden met de aanpak van de eigen projecten.

In 2010 wordt het Management Development programma doorgezet met maatwerkprogramma's voor de sleutelfunctionarissen die betrokken zijn bij de realisatie van de strategische agenda.

Life@work

De term Life@work staat voor 'levensfasebewust personeelsbeleid bij de Isala klinieken'. In 2008 is een visie ontwikkeld op de duurzame en optimale inzet van personeel, rekening houdend met de verschillende levensfasen van medewerkers. Deze visie is bekend bij leidinggevenden.

In 2009 heeft de stafdienst HR een activiteitenplan ontwikkeld, dat na het uitvoeren van een quickscan duidelijke oplossingsrichtingen zal bieden voor geconstateerde knelpunten. Een van de zorggroepen is in 2009 met een concreet onderzoek gestart.

Strategische personeelsplanning

Er is een Isala-brede visienota met plan van aanpak voor strategische personeelsplanning vastgesteld. Daarnaast zijn diverse afdelingen een pilot gestart met het instrument Zorgformat waarmee de benodigde formatie van de toekomst inzichtelijk kan worden gemaakt.

Verbeteren van de relatie met middelbare scholen en hun leerlingen

In januari 2009 is een decanenmiddag georganiseerd waarop decanen van het middelbaar onderwijs kennis hebben gemaakt met onbekende beroepen in het ziekenhuis. Met een afvaardiging van decanen is een informatiemiddag opgezet voor leerlingen van het VMBO/HAVO/VWO. Aan deze bijeenkomst, die tweemaal plaatsvond, hebben in totaal vijftig leerlingen deelgenomen (20 VWO- en 30 VMBO-/HAVO-leerlingen). Beide contactvormen zullen herhaald worden. Het resultaat van deze inspanningen is een continue relatie tussen de Isala klinieken enerzijds en middelbare scholen (decanen en leerlingen) anderzijds.

Vertrekredenen

Het verkrijgen van inzicht in de vertrekredenen van medewerkers is belangrijke stuurinformatie. Een van de doelen van het HR-beleid is het terugdringen van ongewenste uitstroom van personeel.

In 2009 is een gedigitaliseerd exitformulier ontwikkeld dat inzicht biedt in vertrekredenen. In dit formulier kunnen medewerkers meerdere redenen voor vertrek opgeven. Dit betekent dat de totaalscore meer dan honderd procent kan zijn.

Tevens is een database aangelegd met gegevens van mensen die de Isala klinieken hebben verlaten, maar hebben aangegeven een relatie met de Isala te willen onderhouden.

Tabel 35 De in 2009 meest genoemde vertrekredenen

Vertrekredenen medewerkers 2009	
Waarom vertrekt u uit de Isala klinieken? (met mogelijk een combinatie van redenen)	percentage (in totaal meer dan 100%)
verandering van privésituatie	23%
reistijd, parkeren en vervoersproblematiek	20,3%
onvoldoende ontplooiings- en carrièreperspectief	14,5%
werkdruk	13,4%
behoefte aan andere werkring	12,9%
betere salariering elders	10,2%

Tabel 36 Hoe denken vertrekkende medewerkers over de Isala klinieken?

Hoe denken vertrekkende medewerkers over de Isala klinieken?	ja	nee
Heeft u zich thuis gevoeld bij de Isala klinieken?	75%	
Was uw vertrek te voorkomen geweest?	36%	
Wilt u een relatie onderhouden met de Isala klinieken?	51,6%	

4.5.2 Kwaliteit van het werk

4.5.2.1 Kwalitatief hoogwaardig introductieprogramma voor nieuwe medewerkers

Kwaliteit van werk begint bij de Isala klinieken direct bij binnenkomst in de organisatie. In 2008 is gestart met een nieuw introductieprogramma dat uit een algemene introductiedag bestond. Dit is in 2009 verder ontwikkeld tot een kwalitatief hoogwaardig introductieprogramma voor nieuwe medewerkers, waarmee de Isala klinieken zich willen onderscheiden van andere organisaties.

Het introductieprogramma bestaat uit:

- een dagdeel algemene introductie, waarbij veel aandacht is voor het principe 'Bij ons staat de patiënt centraal, bij ons is de patiënt welkom';
- één dag die is gewijd aan klantgerichtheid, patiënt- en medewerkerveiligheid;
- ruimte om kennis te maken met de bestuurders.

4.5.2.2 Opleiding/ontwikkeling medewerkers

Positief opleidingsklimaat medewerkers

De voortdurende ontwikkeling van medewerkers is van groot belang voor de kwaliteit van het werk en de zorg. Vanaf 2008 sturen de Isala klinieken op de realisatie van het opleidingsbudget. Hiervoor wordt standaard in ieder geval 2% van de loonsom begroot. In 2009 was de realisatie van het opleidingsbudget bijna 80%, een flinke positieve stijging ten opzichte van de 60% realisatie in 2008.

Kwaliteit verpleegkundige beroepsuitoefening

Het project 'Bekwaam, bekwamer' voor borging van de kwaliteit van de verpleegkundige beroepsuitoefening uit 2008, is in het verslagjaar voortgezet. In 2010 zullen alle verpleegkundigen van de Isala klinieken ingeschreven staan in het kwaliteitsregister van de beroepsgroep.

Loopbaanontwikkeling

De Isala klinieken hebben een Centrum voor Loopbaan en Mobiliteit dat medewerkers in het kader van re-integratie en herplaatsing ondersteunt bij het vinden van een andere functie en/of functierichting. Ook medewerkers met loopbaanvraagstukken kunnen hier terecht.

De cijfers van het Centrum voor Loopbaan en Mobiliteit over 2009 laten een toename van loopbaanvragen zien en een afname van herplaatsbare kandidaten. Dit heeft onder andere te maken met het feit dat er

in het verslagjaar geen herplaatsbare kandidaten waren in het kader van het Sociaal Plan (boventallig). Uit de analyse van de toename in loopbaanvragen blijkt dat er naast medewerkers met een loopbaan-c.q. ontwikkelingsvraag, ook veel mensen aangemeld worden ter voorkoming van ziekte of herplaatsbaarheid. Dit is een positieve ontwikkeling voor de invulling van het preventieve ziekteverzuimbeleid en het voorkomen van ongewenst vertrek bij de Isala klinieken.

Dag Kwaliteit en veiligheid

In 2009 is voor medewerkers 'aan het bed' (zorg & zorgondersteuning) een bijscholing van een dag ontwikkeld over kwaliteit en veiligheid. Deze scholingsdag wordt in 2010 ook ingezet voor de staf en de medewerkers van Isala Facilitair.

4.5.2.3 Beoordelingssystematiek van medewerkers en specialisten

Stijgende lijn in functioneringsjaargesprekken met medewerkers

Het voeren van functioneringsjaargesprekken is een belangrijk middel om het functioneren van medewerkers te bespreken en de medewerker en de organisatie verder in ontwikkeling te brengen. Door de begeleiding en ontwikkeling van medewerkers systematisch aan te pakken, concrete meetbare afspraken in relatie tot functioneren te maken en jaarlijks te evalueren, leveren functioneringsjaargesprekken een gerichte bijdrage aan de doelstelling van de organisatie.

Daarnaast binden functioneringsjaargesprekken en het nakomen van de daarin gemaakte afspraken medewerkers aan de organisatie. Jaargesprekken bewerkstelligen dat medewerkers hun eigen loopbaan gaan sturen. Dat heeft tot gevolg dat de organisatie effectiever gebruik kan maken van beschikbare talenten en bij medewerkers het werkplezier toeneemt. Het functioneringsjaargesprek mondt uit in een persoonlijk ontwikkelingsplan (POP) van de medewerker.

In 2009 heeft ongeveer 70% van alle medewerkers een jaargesprek gevoerd met zijn/haar leidinggevende. Er zit een stijgende lijn in het aantal gesprekken, maar de 100% doelstelling is in 2009 nog niet gerealiseerd. De huidige systematiek leidt tot een papieren verslag in het dossier van de medewerker. Hierdoor is het niet goed mogelijk om de werkelijke inhoudelijke resultaten en de kwaliteit van het proces organisatiebreed in beeld te brengen.

In 2009 is gestart met het ontwikkelen van een visie op de kwaliteit van de inhoud en het proces dat moet leiden tot meer inzicht in de kwaliteit van de gesprekken, het proces en de resultaten ten opzichte van de doelstelling.

Evaluatiesysteem individueel functioneren medisch specialisten

De Medische Staf van de Isala klinieken heeft de beproefde methode van Appraisal and Assessment als model gekozen voor het betrachten van onderlinge transparantie over het individueel functioneren. Enkele jaren geleden heeft de Orde van Medisch Specialisten de beoordeling 'Individueel Functioneren Medisch Specialist' (IFMS) geïntroduceerd. Isala was een van de pilotziekenhuizen en heeft de proef intern verder uitgerold onder de noemer Collegiale Evaluatie.

Wanneer een specialist zich opgeeft voor Collegiale Evaluatie, wordt een gesprek geregeld met een van de speciaal daartoe opgeleide evaluatoren. Dit zijn stafleden van de Isala klinieken. Na het gesprek verzamelt de evaluator informatie over het functioneren van de specialist, in diens directe werkomgeving, volgens een vastgestelde procedure. Deze informatie van derden vormt samen met de reflectie van de specialist en een uitgebreide portfolio, onderwerp van gesprek tussen de specialist en de evaluator. Dit gesprek resulteert in een plan van aanpak met een persoonlijk ontwikkelingsplan.

Ruim 20% van de specialisten heeft in 2009 meegedraaid in het programma Collegiale Evaluatie. De doelstelling is dat alle specialisten één keer per twee jaar een collegiaal evaluatiegesprek hebben. De Collegiale Evaluatie is vooralsnog gebaseerd op vrijwillige deelname van een specialist. Verwacht wordt dat het vanuit inspectiezijde een verplichtend karakter krijgt.

4.5.2.4 N-joy@work

In 2009 is het project N-Joy@Work gestart. Het project is erop gericht met workshops bij medewerkers en leidinggevendenden eigen verantwoordelijkheid en persoonlijke betrokkenheid te creëren in relatie tot werkplezier en het leveren van goede prestaties. Alle medewerkers zullen deelnemen aan het project. In de workshops leren de deelnemers een gemeenschappelijke 'taal' spreken. Ze worden ingewijd in het gedachtegoed van de 'Zeven bronnen van Arbeidsvreugde' en leren concrete acties te formuleren. In 2009 zijn in totaal 109 workshops uitgevoerd. Voor 2010 zijn workshops gepland voor de rest van de organisatie.

Daarnaast heeft de OR in een aantal zorggroepen een medewerkerstevredenheidsenquête uitgezet. De verbeterpunten daarin, met name op het gebied van interne communicatie tussen medewerkers en leidinggevendenden, zijn door de betreffende organisatieonderdelen opgepakt.

4.5.2.5 Gezondheid en Arbo

Isala Arbo

Isala Arbo is een gecertificeerde Arbo-dienst die werkt voor de Isala klinieken en haar BV's. In 2009 heeft Isala Arbo opnieuw het certificaat voor Arbo-dienstverlening, het kwaliteitskeurmerk voor de Arbo-diensten, behouden en is daarmee tot maart 2012 gecertificeerd.

Isala Arbo neemt actief deel aan de Isala@Work programma's: Fit@Work, N-Joy@Work en Life@Work (het geïntegreerde HR- en gezondheidsprogramma van de Isala klinieken, gericht op duurzame inzetbaarheid van de medewerkers).

Gezondheid

Fit@Work, het verzuimpreventie- en re-integratieprogramma van de Isala klinieken, is in 2009 volop voortgezet. Er zijn workshops en inhaalworkshops georganiseerd voor zorggroepen en startende leidinggevendenden.

De (vervolg)aanpak is per zorggroep verschillend en afhankelijk van de vraagstelling in de zorggroep. Hier wordt samen met Isala Arbo invulling op maat aangegeven. Het ziekteverzuim is door deze actieve sturing wederom gedaald.

Preventieve aanpak risico's in het werk en werkdruk

• *Rug en Nek-Arm triatlon*

In 2009 is door de afdeling Fysiotherapie gestart met de uitvoering van de Rug en Nek-Arm triatlon. Dit is een specifiek belastbaarheidverhogend trainingsprogramma voor mensen met verhoogde risico's op rug-/nek-/armklachten, recidiverende rug-/nek-/armklachten en chronische rug-/nek-/armklachten. In 2009 hebben zich 22 medewerkers voor dit programma aangemeld.

• *Inzet van Preventiemeter*

De Preventiemeter geeft inzicht in achtergronden waarvan inmiddels wetenschappelijk is vastgesteld dat ze voorspellers zijn voor het ervaren van een te hoge werkdruk en stress. Hieronder vallen persoonskenmerken, de arbeidssituatie, de sociale steun en persoonlijke dilemma's. De Preventiemeter is een belangrijk preventief instrument geworden dat uitval helpt voorkomen en duurzame inzetbaarheid bevordert. Dit instrument is in 2009 bij ruim 30 medewerkers toegepast door Bedrijfsmaatschappelijk Werk.

• *Pandemie Nieuwe Influenza H1N1 en seizoensgriepvaccinatie*

In de zomer van 2009 is Nederland opgeschrikt door de aankondiging van de Mexicaanse Griep-pandemie (Nieuwe Influenza H1N1). Isala Arbo heeft in samenwerking met vele andere afdelingen van het ziekenhuis hard gewerkt aan een adequate aanpak van deze pandemie, zodat patiënten en medewerkers veilig konden verblijven en werken in Isala zonder verdere onnodige verspreiding van het virus. Acties:

- een groot deel van de medewerkers is gevaccineerd;
- in totaal zijn er 319 van de 481 medewerkers getest waarvan vermoed werd dat ze de Mexicaanse Griep hadden; 96 personen bleken daadwerkelijk besmet te zijn.

Tabel 37 Overzicht vaccinaties medewerkers in de zorg

Soort vaccinatie	percentage vaccinatie medewerkers in de zorg in 2009
H1N1 1 ^{ste}	62%
H1N1 2 ^{de}	42%
Seizoensgriep	43,1%

Bij een vaccinatiegraad van 50% is er voldoende bescherming tegen verdere verspreiding van een griepvirus. Deze norm is voor de Nieuwe Influenza H1N1 gehaald. Het percentage medewerkers dat zich voor de seizoensgroep heeft laten vaccineren is ten opzichte van 2008 (26,1%) fors gestegen.

Meldpunt Prikaccidenten Isala

In 2008 is het Meldpunt Prikaccidenten Isala opgericht, dat 7 dagen per week en 24 uur per dag beschikbaar is. Ook externe partijen kunnen gebruikmaken van deze opvang bij prikaccidenten. In 2008 hebben de RAV IJssel-Vecht, Huisartsenpost Zwolle, Politie IJsselland en de Penitentiaire Instellingen Zwolle en Almelo zich aangesloten.

De opvang van prikaccidenten (189 in 2009) voor de medewerkers van de Isala klinieken is optimaal georganiseerd. Eerste aanspreekpunt zijn de bedrijfsartsen (overdag) en de avond- en nachthoofden ('s nachts en in de weekenden). Er is een HIV-sneltest buiten kantoor tijd. Hierdoor is de tijd dat een verwonde medewerker in onzekerheid zit aanzienlijk verkort met maximaal twee uur. Bovendien wordt voorkomen dat een medewerker onnodig medicatie moet nemen.

4.6 ONDERWIJS, OPLEIDING EN ONDERZOEK

De Isala klinieken hebben onderwijs, opleiding en onderzoek als speerpunten en willen blijven behoren tot de groep beste opleidingsziekenhuizen van Nederland.

Visitatie stz

De Isala klinieken zijn op 2 juli 2009 gevisiteerd door de vereniging van Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen (stz). Hierbij zijn de omstandigheden onderzocht waaronder en de manier waarop de Isala klinieken voldoen aan vooraf vastgestelde kwaliteitsnormen op het gebied van topklinische zorg, opleiding en medisch wetenschappelijk onderzoek. De visitatie is positief verlopen, zodat het lidmaatschap van de stz opnieuw met vijf jaar is verlengd. Volgens het visitatierapport vervullen de Isala klinieken een voortrekkersrol als stz-ziekenhuis.

4.6.1 Isala Academie

Isala Academie is het kennis- en expertisecentrum van de Isala klinieken. De academie werkt nauw samen met academische ziekenhuizen, opleidingsziekenhuizen en opleidingsinstellingen in de regio. Isala Academie heeft het verslagjaar in financieel opzicht positief afgesloten.

Samenstelling

Isala Academie bestaat uit het stagebureau, het Documentatie, Informatie en studiecentrum (DISC), het Researchbureau en het skillslab. Daarnaast zijn de Medisch Ethische Toetsingscommissie (METC) en de stuurgroep Moreel Beraad bij de academie ondergebracht.

Taken Isala Academie

- Het faciliteren van de organisatie van onderwijs, opleiding en (wetenschappelijk) onderzoek.
- Het medisch opleidingsbeleid van de Isala klinieken.
- De coördinatie van de opleidingen voor coassistenten en artsen in opleiding tot specialist (AIOS).
- De organisatie van verpleegkundige opleidingen, beroeps- en bedrijfsopleidingen.
- Vaardigheidsonderwijs.

Ontwikkeling Researchbureau

Het Researchbureau heeft uitbreiding van de bezetting gekregen en kan nu onderzoek begeleiden van begin (ontwerp) tot eind (publicatie). Dat geldt zowel voor door de industrie geïnitieerd onderzoek als eigen onderzoek van de specialisten binnen de Isala klinieken.

Het Researchbureau heeft tevens een web-based datamanagementsysteem in gebruik genomen dat aan alle internationale onderzoekseisen voldoet.

Skillslab

In 2009 zijn 620 trainingen gegeven in het skillslab met in totaal 6054 deelnemers.

Tabel 38 Trainingen en opleidingen in het skillslab in 2009

Aantal gegeven trainingen in het skillslab in 2009 met een totaal aantal van 6054 deelnemers, verdeeld over			620
2009	reanimatie	voorbehouden handelingen	overig*
kwartaal 1	970	316	121
kwartaal 2	741	186	326
kwartaal 3	449	189	158
kwartaal 4	1.237	516	845
totaal	3.397	1.207	1.450

*Onder 'overig' vallen trainingen als:

- werkbegeleiding;
- agressie verbaal/fysiek;
- ergocoach;
- VSS-SBARR;
- levensreddend handelen;
- decubituszorg.

Bedrijfsopleidingen

Binnen de Isala klinieken zijn op het gebied van bedrijfsopleidingen 196 trainingen gegeven waaraan in totaal 2150 medewerkers hebben deelgenomen.

Tabel 39 Bedrijfsopleidingen in 2009

Bedrijfsopleidingen, gevolgd voor Isala-medewerkers 2009		
Opleidingsactiviteiten per thema	totaal frequentie	totaal aantal deelnemers
Deskundigheidsbevordering	11	100
Klantgerichtheid	38	585
Teamontwikkeling	32	528
ICT-trainingen	25	260
Kwaliteit & Veiligheid	21	185
Persoonlijke ontwikkeling	20	20
Kennis & Wetenschap	8	158
Communicatie & Samenwerking	22	180
Arbo en Milieu	5	35
Management & Leidinggeven	12	99
Overig (materiaal & leveren acteur)	24	-
Eindtotaal	220	2.150

Tabel 40 Stagiaires in de Isala klinieken

Omschrijving functie	soort arbeidsrelatie	aantal
Overig/niet ingedeeld	stagiaires betaald	15
student AAS		73
student DOPP		104
student hotel		14
student terreingebonden		14
student V en V		211
totaal		431
Overig/niet ingedeeld	stagiaires onbetaald	17
student AAS		26
student DOPP		32
student hotel		6
student medische opleiding		8
student V en V		81
totaal		170

AAS: administratief, advies

DOPP: direct ondersteunend aan primair proces

VenV: zijn de verpleegkundigen.

4.6.2 Medische (vervolg)opleidingen

Opleidingsreglement

In 2009 is de ontwikkeling van een Isala-opleidingsreglement afgerond. In dit reglement, dat in 2010 door COC en Kernstaf wordt vastgesteld, liggen de rechten en plichten vast van alle bij de medische vervolgopleiding betrokken specialisten en AIOS. De Isala klinieken zijn het eerste ziekenhuis in Nederland waar een uitgebreid opleidingsreglement wordt vastgesteld.

Digitaal portfolio

Er is gestart met de ontwikkeling van een ziekenhuisbreed digitaal portfolio voor de arts in opleiding tot specialist (AIOS). In dit elektronisch opleidingsdossier komt informatie te staan over functioneren en ontwikkeling van de AIOS, zoals opleidingsvorderingen, evaluaties, beoordelingen en een overzicht van leeractiviteiten, taken, stages en scholing. De AIOS gaat de portfolio zelf bijhouden, maar ook de opleider heeft toegang tot het dossier.

Centrale opleidingscommissie medisch specialisten

In het ziekenhuis is een Centrale opleidingscommissie (COC) actief, met een goede deelname van de medisch specialisten.

Proefvisitaties

De COC heeft samen met Isala Academie een intern programma voor monitoring van de kwaliteit van de medische vervolgopleidingen opgezet, dat bestaat uit proefvisitaties en digitaal afgenomen evaluaties onder AIOS. Maatschappen en vakgroepen nemen actief deel aan deze proefvisitaties van de medische vervolgopleidingen. Deze proefvisitaties zijn opgezet als voorbereiding op de visitaties door de Medisch-Specialistische Registratie Commissie (MSRC) van de KNMG.

Visitatie medische vervolgopleidingen in 2009

Zes medische vervolgopleidingen zijn succesvol gevisiteerd door de MSRC en opnieuw erkend.

Tabel 41 Visitatie medische vervolgopleidingen 2009

Medische opleidingen gevisiteerd in 2009			
Specialisme	einddatum erkenning	datum visitatie	periode nieuwe erkenning
Revalidatie	07-05-2009	27-01-2009	07-05-2009 tot 07-05-2014
KNO	24-01-2010	15-09-2009	24-01-2010 tot 24-01-2015
Orthopedie	09-07-2009	02-03-2009	09-07-2009 tot 09-07-2014
Klinische Chemie	01-05-2009	30-10-2009	01-05-2010 tot 14-03-2015
Neurologie	14-03-2010	03-11-2009	14-03-2009 tot 14-03-2015
Dermatologie	n.v.t.	19-01-2009	17-04-2009 tot 17-04-2011 (eerste erkenning)

Prijs voor opleiding Chirurgie

De Opleidingsprijs 2009 is toegekend aan dr. Robert Pierik, chirurg in de Isala klinieken. Dit is op 14 november bekendgemaakt tijdens de Landelijke dag voor AIOS. De opleidingsprijs is geïnitieerd door De Jonge Orde en de LVAG en wordt ondersteund door het ministerie van VWS, de KNMG en de Orde van Medisch Specialisten. Dr. Pierik kreeg de prijs vanwege de uitstekende en veilige werksfeer binnen de opleiding Chirurgie.

'Teach the Teacher'

Ter bevordering van de didactische vaardigheden van opleiders en andere bij de medische opleidingen betrokken specialisten participeren de Isala klinieken actief in het regionale 'Teach the Teacher'-programma. Hieraan nemen ook twee Isala-specialisten deel als cursusleider.

‘Teaching on the Run’

Vanuit de Isala Academie is tevens een afgeslankte variant van Teach the Teacher opgestart onder de naam ‘Teaching on the Run’, bestaande uit kortdurende en laagdrempelige trainingen voor klinisch opleiders en supervisors.

In een landelijke werkgroep docentprofessionalisering van de KNMG worden richtlijnen ontwikkeld waaraan klinisch opleiders en supervisors in de toekomst zullen moeten voldoen, conform het competentieprofiel voor opleidende specialisten binnen het nieuwe kaderbesluit. In deze richtlijnen wordt vastgelegd dat opleiders en supervisors zich aantoonbaar moeten bij- en nascholen op didactisch gebied. De modules van Teaching on the Run kunnen in die behoefte voorzien.

Assistentendag

In samenwerking met de Vereniging Arts-Assistenten Isala Klinieken (VAIK) heeft de Isala Academie het disciplineoverstijgend onderwijs voor arts-assistenten in opleiding vormgegeven, met als jaarlijks hoogtepunt van het programma de ‘Assistentendag’.

Stijging aantal coassistenten

Door het gunstige opleidingsklimaat binnen Isala komen de studenten Geneeskunde van de Rijksuniversiteit Groningen graag hun coassistentenschappen in de Isala klinieken volgen. Evenals in 2008 is het aantal coassistenten in de Isala klinieken ook in 2009 gestegen (van 70 naar 79).

Voor de keuzestages ‘klinische werkzaamheden’ en ‘onderzoek’ in de masterfase van het nieuwe Groningse curriculum zijn de Isala klinieken eveneens zeer in trek bij coassistenten.

4.6.3 (Toegepast) wetenschappelijk onderzoek en publicaties

Jaarlijks stijgt het aantal medische publicaties vanuit de Isala klinieken, evenals de aantallen specialisten en maatschappen die actief zijn op het gebied van onderzoek. In 2009 zijn 219 publicaties verschenen in wetenschappelijke tijdschriften. De gemiddelde impactfactor is nog nooit zo hoog geweest (4,80); dat is met name te danken aan de afdelingen Orthopedie en Interne Geneeskunde.

Wetenschapsavond

In 2009 is in de Isala klinieken voor de negende keer de befaamde Isala Wetenschapsavond georganiseerd, waarop recente en belangrijke researchontwikkelingen in het ziekenhuis worden gepresenteerd. Er is massaal gereageerd op de oproep tot deelname. Er zijn 53 abstracts ingeleverd, waarvan acht onderzoeken geselecteerd zijn voor presentatie tijdens de Wetenschapsavond. Aan het eind van de avond heeft een deskundige jury, bestaande uit prof. dr. F. Zijlstra, prof. dr. J. Damen, prof. dr. P.M.N. Werker, prof. dr. W.P.F. Fetter, de jaarlijkse Isala Science Awards uitgereikt, die beschikbaar zijn gesteld uit de middelen van de Stichting Zwols Wetenschapsfonds Isala klinieken.

De prijs voor het meest innovatie onderzoek is toegekend aan ‘Medicatiebewaking bij patiënten met een verminderde nierfunctie: transmuraal werken aan veilige patiëntenzorg’, uitgevoerd door Hanneke Joosten. De abstracts zijn gebundeld in het boekje ‘Publicaties Isala klinieken 2008’.

‘Isala onderzoekt’

Vanuit de Isala Academie is een driemaandelijks wetenschapsmagazine opgezet, ‘Isala onderzoekt’, bedoeld voor specialisten, apothekers en huisartsen in de regio. In dit magazine worden klinische studies, nieuwsfeiten, promoties en andere wetenswaardigheden onder de aandacht gebracht.

4.7 SAMENLEVING

4.7.1 Economische meerwaarde voor de samenleving

Als belangrijke werkgever en grote afnemer van producten en diensten leveren de Isala klinieken een belangrijke bijdrage aan de economie in de regio Zwolle en daarbuiten. Zo heeft het ziekenhuis in 2009 werkgelegenheid geboden aan 5993 personen.

4.7.2 Traumacentrum

De Isala klinieken hebben al tien jaar een traumacentrum, met een Mobiel Medisch Team (MMT) voor prehospitalische ondersteuning bij grootschalige incidenten en rampen. In de afgelopen jaren is het grondgebonden MMT zodanig ingevuld dat de inzet zich beperkt heeft tot opgeschaalde situaties.

Inspanningen 2009

Bijscholing

Het MMT heeft een scholing- en oefenprogramma gevolgd voor de inzet bij opgeschaalde situaties.

Inzet expertise ZiROP

Het traumacentrum heeft, op basis van jarenlange expertise met de ontwikkeling van de landelijke leidraad voor het Ziekenhuis Rampen OpvangPlan (ZiROP) en de handling van rampen, meer dan twintig Nederlandse ziekenhuizen ondersteund bij:

- de analyse van het aanwezige ziekenhuisrampenopvangplan, op basis van de landelijke leidraad;
- het organiseren van opleidingen, trainingen en oefeningen in het kader van rampenopvang.

Ontwikkeling E-learningprogramma ZiROP

Het traumacentrum heeft met Magenta MMT bv de ontwikkeling van het E-learningprogramma ZiROP afgerond. Het bestaat uit een basismodule, een aanvullende module Spoedeisende Hulp en een aanvullende module Crisismanagement. Alle modules hebben een algemeen deel dat gebaseerd is op de landelijke leidraad ZiROP en een ziekenhuisspecifiek deel voor de vertaalslag naar de eigen organisatie. Het E-learningprogramma verbetert de kennis van het ZiROP en biedt een betere voorbereiding op rampen. Vanaf maart 2010 is het operationeel voor de traumacentrumregio. Zie ook: www.e-learningprogrammazirop.nl.

MICU-centrum

Medio januari 2009 is het MICU-centrum (Mobiele Intensive Care Unit) van de Isala klinieken gestart, in goede samenwerking met de Regionale Ambulancevoorziening (RAV) IJsselland. Er is een aangepaste ambulance ingezet voor het veilig overbrengen van patiënten van en naar IC-afdelingen van verschillende ziekenhuizen. In het verslagjaar zijn 109 ritten uitgevoerd. Uit dit aantal blijkt dat er wordt voorzien in een behoefte aan patiëntentransport tussen IC-afdelingen van ziekenhuizen.

Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ)

De Isala klinieken hebben deelgenomen aan het Regionaal Overleg Acute Zorg van de traumaregio Zwolle. Vanwege het toenemen van de activiteiten en verantwoordelijkheden van het ROAZ, heeft het traumacentrum in 2009 het aantal medewerkers dat zich bezighoudt met het dossier 'Acute zorg' uitgebreid met een tweede beleidsmedewerker en een medisch coördinator Acute zorg.

4.7.2.1 Besteding OTO-stimuleringsgelden

OTO staat voor opleiden, trainen en oefenen. Het traumacentrum van de Isala klinieken heeft in 2009 een bedrag van € 909.091 aan OTO-middelen ontvangen voor zijn coördinerende taak op het gebied van opleiden, trainen en oefenen in het kader van de voorbereiding op rampen en crisis in de regio Zwolle. Deze gelden zijn op de volgende manier besteed:

- € 20.000,00: bijdrage landelijke ondersteuningsconstructie;
- € 132.929,00: bestedingen activiteiten in kader van opleiden, trainen en oefenen.

Het restant budget is geormerkt en wordt overgeheveld naar 2010.

Financiële gegevens over het traumacentrum in 2009 in het kader van de Wet bijzondere medische verrichtingen zijn opgenomen als bijlage (Bijlage 3 Wet bijzondere medische verrichtingen. Financiële verantwoording traumacentrum Zwolle over het jaar 2009).

4.7.3 Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ)

De Isala klinieken nemen op basis van haar traumacentrum deel aan het Regionaal Overleg Acute Zorg voortvloeiend uit de acute zorgparagraaf van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi).

De deelnemers aan het ROAZ van de traumaregio Zwolle stellen zich gezamenlijk tot doel aan de hand van concrete verbeteringsinitiatieven ervoor te zorgen dat een patiënt met een acute zorgvraag zo snel mogelijk op de juiste plaats terecht komt voor diagnostiek en behandeling.

In 2009 zijn vier bijeenkomsten georganiseerd. De belangrijkste activiteiten die daarbij hebben plaatsgevonden volgen hieronder.

Analyse zorgprocessen bij vijf ziektebeelden

Medio 2009 hebben focusgroepen de inventarisatiefase van de analyse van de zorgprocessen rondom vijf ziektebeelden afgerond. De bevindingen van en daaruit voortkomende verbeterpunten zijn besproken in het ROAZ, resulterend in een plan van aanpak aangaande de realisatie van deze verbeterpunten. Verder heeft afstemming plaatsgevonden met de omliggende traumacentra over de grensgebieden en zijn eventuele niet betrokken ketenpartners alsnog benaderd om deel te nemen. Eind 2009 is tevens een lobby gestart om in de focusgroepen een betere vertegenwoordiging van de huisartsen te krijgen.

Ontwikkeling Meerjaren OTO-beleid

De planvorming om te komen tot een gezamenlijk OTO-beleid, met daaraan gekoppeld de besteding en verdeling van de sinds eind 2008 beschikbaar gestelde OTO-stimuleringsgelden, is in 2009 verder uitgewerkt. Het resultaat is een Meerjaren OTO-beleidsplan, inclusief een daaraan gekoppelde

risicoanalyse, dat in april 2009 is vastgesteld door het ROAZ. Verder heeft het helder krijgen van de kaders waarbinnen men deze gelden mag besteden de nodige aandacht en afstemming gevraagd. Dit heeft eind 2009 geleid tot een goede basis voor het OTO-jaarplan 2010 en vervolgens van planvorming naar uitvoering.

Regionaal Steunpunt OTO

Medio 2009 is het Regionaal Steunpunt OTO opgericht, voortgekomen uit een eerder gevormde werkgroep. Dit RS OTO bestaat uit een vertegenwoordiging vanuit de drie betrokken veiligheidsregio's en het traumacentrum Zwolle. Deze vertegenwoordigers hebben mandaat van het ROAZ om te beoordelen of een aanvraag voor OTO-gelden aan de criteria voldoet en of de onderbouwing van de OTO-activiteiten voldoende is. Door middel van voortgangsrapportages heeft het RS OTO het ROAZ gedurende 2009 geïnformeerd over de voortgang. Het RS OTO komt vanaf juni 2009 maandelijks bij elkaar en zal in 2010 verder geprofessionaliseerd worden.

Promotieronde

Nu het ROAZ steeds meer uit de fase van de opbouw van het netwerk komt, en zich meer bezig gaat houden met inhoudelijke zaken, is het noodzakelijk dat ketenpartners goed vertegenwoordigd zijn en de afgevaardigden ook mandaat hebben om te kunnen handelen. Eind 2009 is afgesproken dat begin 2010 een ronde langs de ketenpartners gemaakt wordt om het belang van het ROAZ, en het actief deelnemen te benadrukken. Het motiveren van de huisartsen krijgt hierbij extra aandacht.

4.7.4 Milieubeleid

Sinds 1 januari 2009 valt het milieubeleid onder Isala Facilitair, de facilitaire dienst van het ziekenhuis. De afdeling Techniek & Huisvesting is in 2009 verantwoordelijk geweest voor de uitvoering van het milieubeleid van de Isala klinieken. Deze verschuiving naar Isala Facilitair heeft het gewenste resultaat gebracht. Het aanvragen of wijzigen van milieuvergunningen verloopt sneller dan in voorgaande jaren. Bovendien heeft de verschuiving van taken het mogelijk gemaakt om het digitale milieulogboek van de Isala klinieken op te zetten. Dit milieulogboek behelst alle locaties en is op elk moment en op elke plek te raadplegen door daartoe geautoriseerde personen. De Inspecteur van de Gemeente Zwolle heeft zijn waardering uitgesproken over deze opzet.

Inspanningen 2009

Milieuvergunningen

De milieuvergunningen van de locaties Weezenlanden en Stilobadstraat zijn verouderd. Voor de locatie Stilobadstraat is een conceptaanvraag ingediend bij het bevoegde gezag. Naar verwachting zal de nieuwe milieuvergunning in het eerste kwartaal van 2010 worden afgegeven. De milieuvergunning voor locatie Weezenlanden wordt medio 2010 behandeld. Dit gaat in goed overleg met de afdeling Vergunningverlening van de Gemeente Zwolle. De vertraging heeft te maken met nieuwe wet- en regelgeving op het gebied van vergunningverlening/-handhaving.

De milieuvergunning van locatie Kampen is in 2009 onderzocht. Er heeft zich een aantal wijzigingen voorgedaan, die herziening van de vergunning vereisen. Middels een aantal meldingen is de vergunning aangevuld waardoor locatie Kampen nu een up-to-date milieuvergunning heeft.

In 2009 zijn de voorbereidingen getroffen voor de nieuwe wet- en regelgeving op het gebied van vergunningverlening. Medio 2010 zullen 26 verschillende vergunningen, waaronder de milieuvergunning, bouwvergunning en gebruiksvergunning, verdwijnen en plaats maken voor één vergunning, de zogenaamde omgevingsvergunning. Er wordt hard aan gewerkt om deze wijziging in de Isala klinieken soepel te laten verlopen.

Herziening milieubeleidsplan

De herziening van het milieubeleidsplan is doorgeschoven naar 2010. De looptijd van het huidige milieubeleidsplan loopt in 2010 af. Naar verwachting zal in de eerste helft van 2010 het nieuwe milieubeleid worden vastgesteld.

Milieu-inspecties 2009

In het verslagjaar zijn bij de Isala klinieken door de diverse instanties geen milieu-inspecties uitgevoerd. Wel heeft de Gemeente Zwolle een herinspectie uitgevoerd naar aanleiding van de in 2007 geconstateerde gebreken. De laatste nog resterende kleine gebreken zijn begin 2009 naar alle tevredenheid van de Inspecteur opgelost.

Registratie gevaarlijke stoffen

Nieuwe wetgeving op het gebied van gevaarlijke stoffen heeft in het verslagjaar zijn stempel gedrukt op de registratie van gevaarlijke stoffen. Zo is voor alle gevaarlijke stoffen REACH (Registratie, Evaluatie en Autorisatie van Chemische stoffen) geïmplementeerd en is de software aangepast om GHS (Globally Harmonised System of chemicals) te kunnen implementeren. De uitwerking van GHS is een omvangrijk project, aangezien dit de indeling en etikettering van gevaarlijke stoffen volledig wijzigt. Dit project zal in 2010 worden verwezenlijkt.

Digitalisering veiligheidsinformatiebladen

De uitgave van de veiligheidsinformatiebladen op papier is verdwenen. Alle veiligheidsinformatie ten aanzien van gevaarlijke stoffen is nu volledig digitaal. Veiligheidsinformatiebladen, werkinstructies en benodigde etiketten zijn voor elke medewerker via het Intranet van de Isala klinieken, te bereiken. Elke afdeling heeft zijn eigen map met de benodigde informatie.

4.7.5 Isala Wereldbreed: voor en door Isala-medewerkers

Isala Wereldbreed is opgericht om projecten op het gebied van gezondheidszorg in tweede- en derdewereldlanden financieel te ondersteunen. Het gaat om projecten, waarbij medewerkers en/of medisch specialisten van de Isala klinieken persoonlijk betrokken zijn. Het fonds bestaat sinds 2001 en heeft inmiddels aan tal van projecten een financiële bijdrage geleverd.

Het bieden van ondersteuning is mogelijk dankzij vele honderden Isalanders die maandelijks van hun salaris een euro afstaan plus de vrijwillige inzet van medewerkers die de organisatie draaiende houden. Isala-medewerkers en medisch specialisten die zelf donateur zijn van Isala Wereldbreed kunnen financiële steun aanvragen voor een project op het gebied van gezondheidszorg in een tweede- of derdewereldland. Voorwaarde is dat zij op de een of andere manier persoonlijk bij dit project betrokken zijn en dat het om een bonafide organisatie gaat.

Ondersteunde projecten in 2009

Orthopedische kliniek in Ghana

Isala Wereldbreed heeft de Stichting Care to Move ondersteund bij de nieuwbouw van een orthopedische kliniek te Koforidua in Ghana. Het gaat hier specifiek om de installatie van een zuurstof- en perslucht-netwerk. Een aantal medewerkers van de Isala klinieken is hier ter plaatse ook bij betrokken geweest.

Babyhuis Inhaminga in Mozambique

Bevallen in Mozambique is niet zonder risico's. Door ondervoeding, armoede, gebrek aan hygiëne en onvoldoende medische voorzieningen, overlijden veel baby's en moeders tijdens de bevalling. In het babyhuis van Dorcas in Inhaminga in Mozambique kunnen ongeveer twintig baby's opgevangen worden. Een medewerker van Isala die actief betrokken is bij Dorcas in Zwolle deed een beroep op Isala Wereldbreed, dat het project in 2009 met een financiële bijdrage heeft gesteund.

Hergebruik medische goederen via Stichting Medic

Isala Wereldbreed is in 2009 een samenwerking aangegaan met Stichting Medic. Dit is een vrijwilligersorganisatie die zich inzet om allerlei medische goederen een tweede kans te geven in de Derde Wereld. Hierbij gaat het om zowel verbruiksmateriaal (OK-kleding, verband, naalden), medische apparatuur (beademingsmachines, couveuses, OK-lampen), medisch instrumentarium (naaldvoerders, klemmen) en duurzame goederen (onderzoeksbanken, gynaecologisch stoelen). Medic levert alleen medische goederen aan landen in de Derde Wereld op specifiek verzoek van lokale artsen. Zo kregen in 2009 vele Isala-doktersjassen, po-stoelen, kinderbedjes, infuuspalen en andere materialen een tweede leven in de Derde Wereld.

4.7.6 Inzet van vrijwilligers

Bij de Isala klinieken werken veel vrijwilligers. Hun werk heeft grote waarde voor patiënten. Deze kunnen dankzij de inzet van vrijwilligers het 'ziek zijn' even achter zich laten, hun verhaal aan iemand vertellen of tijd besteden aan hobby's.

Gemiddeld zijn in 2009 ongeveer 200 vrijwilligers in actie geweest binnen de Isala klinieken. Er zijn binnen het ziekenhuis twee groepen vrijwilligers actief:

- *Isala vrijwilligers*

Deze vrijwilligers werken op een ziekenhuislocatie. Zij helpen mensen bijvoorbeeld bij het uitoefenen van hobby's, gaan met hen naar de film en organiseren activiteiten. Ook hebben zij de rol van gastheren/gastvrouwen wanneer patiënten in de Isala klinieken komen. Zij hebben een wezenlijke sociale functie die de professionele zorg aanvult.

- *UVV vrijwilligers:*

Deze vrijwilligers zijn niet direct verbonden aan de Isala klinieken, maar aan de UVV, de landelijke Unie van Vrijwilligers. De UVV heeft ook vrijwilligers in andere organisaties. Binnen Isala helpen deze vrijwilligers op de kinderafdeling (speelkamer), bij patiëntenregistratie, op de röntgenafdeling en op diverse verpleegafdelingen. Ze gaan bijvoorbeeld ook met de boekenwagen langs de patiënten op de verpleegafdelingen.

4.8 FINANCIEEL BELEID

4.8.1 Financiële ontwikkelingen

Resultaatverbetering versus hogere bedrijfslasten

In 2009 is een positief nettoresultaat gerealiseerd van € 12,2 miljoen (2008: € 10,2). Het bedrijfsresultaat is toegenomen met € 8,6 miljoen naar € 16,7 miljoen.

De bedrijfsopbrengsten zijn met € 36,4 miljoen gestegen tot € 401,6 miljoen. Dit is met name het gevolg van een hogere productie. Daarnaast heeft de uitbreiding van het B-segment enigszins bijgedragen tot de toename van de bedrijfsopbrengsten. Hier tegenover staan echter hogere bedrijfslasten, die met € 27,9 miljoen gestegen zijn tot een totaal van € 385,0 miljoen. De financiële lasten zijn gestegen; dit is vooral het gevolg van een daling van de beschikbare liquide middelen en een daling van het gemiddelde rentepercentage.

Verbetering werkkapitaal

Het werkkapitaal volgens de definitie van de NZA (exclusief schulden aan kredietinstellingen) is verbeterd ten opzichte van het werkkapitaal ultimo 2008. De omvang van het werkkapitaal wordt voor een belangrijk deel beïnvloed door enerzijds vorderingen en overlopende activa en anderzijds het financieringsoverschot. De toename van de vorderingen en overlopende activa is een gevolg van het in december uitfactureren van het overgrote deel van het B-segment. Dit heeft zich voorgedaan, omdat pas in het vierde kwartaal van 2009 met de zorgverzekeraars overeenstemming is bereikt over de prijzen in het B-segment.

Het financieringsoverschot bedraagt per 31 december 2009 € 135,6 miljoen (2008: € 114,5 miljoen). In januari 2010 is het deel dat betrekking had op 2007, zijnde € 52,4 miljoen, terugbetaald aan de zorgverzekeraars.

Groepsvermogen

Het groepsvermogen is in 2009 door het positieve exploitatieresultaat met € 12,2 miljoen toegenomen. Hierdoor zijn onder meer de solvabiliteit, de eigen vermogen/balanstotaal ratio per 31 december 2009 aanzienlijk verbeterd, naar respectievelijk 11,9% en 14,3%.

Financiering nieuwbouw

In september 2009 is de bouw van de nieuwe Isala klinieken officieel van start gegaan. In het verslagjaar is voor een totaal van € 20,6 miljoen geïnvesteerd in nieuwbouw van het ziekenhuis. Voor de financiering hiervan is op 22 juni 2009 een leningovereenkomst getekend van € 442,5 miljoen met het bankenconsortium van BNG, Fortis Bank en Rabobank. Vooralsnog is geen aanspraak gemaakt op de leningen die voor de nieuwbouw zijn aangegaan. De in de financieringsovereenkomst gestelde ratio's zijn gehaald. Deze zijn opgenomen in het overzicht ratio's banken (zie tabel 44 Overzicht ratio's banken, pagina 97).

Tabel 42 Overzicht balans

Bedragen in miljoenen euro's					
Balans	2009	2008	2007	2006	2005
Vaste activa	140,1	138,1	157,4	148,5	124,7
Werkkapitaal NZA	88,6–	115,2 –	129,0–	120,0–	19,8
Netto werkkapitaal	31,5–	32,7–	48,8–	39,0–	10,5–
Investerings	34,6	23,5	37,3	41,8	19,1
Onderhanden werk activa	30,8	35,6	52,7	45,3	16,9
Beschikbare liquide middelen	57,1	82,5	80,2	81,0	30,2
Lang krediet	52,2	68,0	80,6	85,5	92,3
Eigen vermogen	47,6	35,4	25,6	20,6	17,9
Balanstotaal	334,2	309,1	368,3	371,8	196,6

Het onderwerp onderhanden werk in tabel 42 heeft betrekking op nog niet afgewikkelde investeringsprojecten.

Tabel 43 Overzicht ratio's

Ratio's	2009	2008	2007	2006	2005
Current ratio	0,9	0,8	0,8	0,9	0,9
Cash flow	-25,5	2,3	-0,8	111,2	7,7
Totaal eigen vermogen/balanstotaal ratio	14,3%	11,4%	7,0%	6,3%	9,0%
Lasten baten ratio	97,0%	97,2%	98,8%	99,2%	98,9%
Winstmarge	3,0%	2,8%	1,2%	0,8%	1,1%
Goedgekeurde DBC's (in jaar)	281.464	267.320	318.825	285.434	252.890
Openstaande DBC's (cumulatief)	82.044	77.038	33.748	47.535	78.792
Aantal DBC's > 1 jaar open (cumulatief)	712	459	513	611	2.219
Uitgevallen DBC's (cumulatief)	19.058	16.183	12.296	25.579	32.362
Gem. omlooptijd OHW afgesloten DBC's	103	95	94	96	108
Gem. omlooptijd OHW open DBC's	202	253	228	212	127
Gemiddelde omlooptijd debiteuren	37	34	41	73	71
Gemiddelde omlooptijd crediteuren	40	40	37	37	39
Gemiddelde salariskosten	41.689	39.801	38.030	36.860	35.558
Gemiddelde personeelskosten	54.591	49.999	48.387	47.450	46.469
Gemiddeld aantal fte	3.881	3.836	4.112	4.163	4.118
Rentabiliteit totaal vermogen	3,7%	3,3%	1,2%	2,6%	4,4%
Solvabiliteit (groepsvermogen/som der bedrijfsopbrengsten)	12,0%	9,7%	7,2%	6,2%	5,6%

Tabel 44 Overzicht ratio's banken

Ratio's banken	2009	
	Norm	Realisatie
Solvabiliteit banken (groepsvermogen/balanstotaal gecorrigeerd voor het saldo financieringsoverschot voor zover daar liquide middelen tegenover staan)	15,0%	17,1%
EBITDA (resultaat voor interest, belasting, afschrijvingen en bijzondere waardeverminderingen)		€ 56,7 miljoen
DSCR (debt service coverage ratio)	1,4	3,8

De current ratio is nagenoeg gelijk gebleven ten opzichte van ultimo 2008. De current ratio is het quotiënt van de vlottende activa en de vlottende passiva en een maatstaf voor liquiditeit.

De kasstroom is € 25,5 miljoen negatief in 2009. Dit wordt veroorzaakt door de investeringen, die hebben geleid tot een kasuitstroom van € 38,5 miljoen en de aflossing van langlopende leningen van € 13,8 miljoen. De kasstroom uit operationele activiteiten is € 27,0 miljoen positief.

De winstmarge is de verhouding tussen het bedrijfsresultaat en de omzet. Deze is in 2009 met 0,2% gestegen tot 3,0% vergeleken met 2008. De rentabiliteit is een indicator voor de winstgevendheid van de stichting. De rentabiliteit van het totale vermogen is met 0,4% gestegen tot 3,7%.

4.8.2 Investeringsen

In 2009 is € 39,1 miljoen geïnvesteerd in materiële en immateriële vaste activa. Grote investeringen gedurende het verslagjaar hebben plaatsgevonden in verband met de nieuwbouw van het ziekenhuis voor een totaal van € 20,6 miljoen. Verder is geïnvesteerd voor projecten in medische inventarissen voor € 11,5 miljoen. Met betrekking tot het kortetermijnhuisvestingsplan (KTPH) is voor € 4,8 miljoen geïnvesteerd. In 2008 is het project Isala Digitaal opgestart, waarvoor in 2009 een bedrag van € 1,0 miljoen is geïnvesteerd.

4.8.3 Resultaatanalyse

Het geconsolideerde nettoresultaat zoals dat is opgenomen in de resultatenrekening over 2009, bedraagt € 12,2 miljoen positief (2008: € 10,2 miljoen). Ten opzichte van 2008 is het wettelijk budget van het ziekenhuis gedaald met € 3,6 miljoen. De voornaamste oorzaak hiervan is de uitbreiding van het B-segment. In 2009 is het B-segment uitgebreid van landelijk circa 20% naar 34%. Als gevolg van deze uitbreiding, de toegenomen productie en gemiddeld hogere dekkingstarieven, zijn de DBC opbrengsten B-segment toegenomen met € 35,7 miljoen tot € 87,7 miljoen.

De personeelskosten zijn ten opzichte van 2008 met € 12,7 miljoen gestegen. Deze stijging is een gevolg van een toename van de formatie, een CAO-stijging halverwege het jaar en verhoging van de eindejaarsuitkering. Daarnaast is een aantal reserveringen met betrekking tot personeelskosten verhoogd,

zoals reservering vakantiedagen en het inlooprisico uit hoofde van de Wet Gedeeltelijk Arbeidsongeschikten.

De post 'personeel niet in loondienst (PNIL)' is in 2009 met € 1,8 miljoen gestegen. Deze stijging wordt veroorzaakt door kosten die gemaakt zijn voor tijdelijke inzet van personeel bij de afdeling Inkoop, en inhuur van OK-personeel als gevolg van moeilijk in te vullen vacatures.

De afschrijvingskosten zijn over 2009 ten opzichte van 2008 € 11,5 miljoen hoger. Dit wordt hoofdzakelijk veroorzaakt door versnelde afschrijvingen uit hoofde van de ingediende bouwafrekeningen en het KTHP. In 2008 was een bijzondere waardevermindering opgenomen voor locatie Weezenlanden. De bijzondere waardevermindering van € 4,1 miljoen in 2009 heeft vooral betrekking op het pand waarin La Gourmande BV is gehuisvest en de medische inventaris, die niet in de verhuizing naar de nieuwe locatie zal worden meegenomen.

In 2008 was nog sprake van een financiële bate, maar deze is in het verslagjaar omgeslagen in een last van € 4,2 miljoen. Deze omslag is een gevolg van minder beschikbare liquide middelen en daarmee een lagere renteopbrengst. Daarnaast is het gemiddelde rentepercentage gedaald. Tot slot zijn kosten gemaakt voor het aangaan van de financiering van de nieuwbouw, zoals afsluitkosten en een bereidstellingsprovisie.

Tabel 45 Resultaten (jaar 2009)

Bedragen in miljoenen euro's					
Resultaten	2009	2008	2007	2006	2005
Baten	401,6	365,2	353,3	331,7	316,7
Lasten	389,4	354,9	349,0	328,9	313,2
Resultaat voor winstverdeling	12,2	10,2	4,3	2,8	3,5
Resultaat voor afschrijvingen, bijzondere waardeverminderingen en rente	47,5	37,3	31,7	24,2	25,2
- afschrijving en bijzondere waardeverminderingen	35,2	29,5	27,8	17,5	16,5
- rentekosten	4,2	2,4	0,4	4,0	5,2
Renteresultaat	2,3	4,2	2,6	0,1	1,1

4.8.4 Financiële verwachtingen 2010

Naar verwachting zal het nettoresultaat in 2010 verder toenemen. Dit is ook noodzakelijk om de toekomstige financieringslast te kunnen dragen. Deze resultaatsverbetering zal grotendeels behaald worden door bedrijfsprocessen te optimaliseren. Hierbij worden de Isala klinieken geadviseerd door externe adviseurs. Daarnaast is ingezet op het behalen van inkoopvoordelen, doordat in 2009 de afdeling Inkoop is herzien. Voor alle belangrijke initiatieven en daarmee gepaard gaande investeringen worden businesscases opgesteld. Deze worden vóór goedkeuring getoetst en van advies voorzien voorgelegd aan de Raad van Bestuur.

In 2010 zullen nog belangrijke beslissingen genomen moeten worden over de investeringen van medische inventarissen en een tweede deel van de nieuwbouw. Op dit moment worden verschillende scenario's doorgerekend en wordt ten aanzien van de medische inventarissen een meerjaren-investeringsplan opgesteld.

Als gevolg van de val van het kabinet zijn beslissingen in de zorgsector uitgesteld en controversieel verklaard. Hierdoor zal het B-segment niet worden uitgebreid, zal de invoering van DOT met minimaal één jaar worden uitgesteld en er geldt ook uitstel voor een aantal beslissingen rondom de kapitaalslasten. In de begroting 2010 is rekening gehouden met bezuinigen in de zorg. Daarnaast zijn de komende jaren additionele bezuinigingen te verwachten.

5. Geconsolideerde jaarrekening 2009



5.1 GECONSOLIDEERDE BALANS PER 31 DECEMBER 2009

	31 december 2009	31 december 2008
Activa		
<i>Vaste activa</i>		
5.5.1 Immateriële vaste activa	17.268.375	15.969
5.5.2 Materiële vaste activa	122.600.703	137.727.559
5.5.3 Financiële vaste activa	255.199	353.627
Totaal vaste activa	140.124.276	138.097.155
<i>Vlottende activa</i>		
5.5.4 Voorraden	6.584.279	6.596.723
5.5.5 Onderhanden werk uit hoofde van DBC's	0	0
5.5.6 Vorderingen en overlopende activa	130.454.052	81.856.325
5.5.8 Liquide middelen	57.066.578	82.553.282
Totaal vlottende activa	194.104.909	171.006.330
Totaal activa	334.229.185	309.103.485
Passiva		
5.5.9 Groepsvermogen		
Kapitaal	91	91
Collectief gefinancierd gebonden vermogen	44.440.837	33.788.088
Niet-collectief gefinancierd vrij vermogen	3.475.668	3.475.668
Algemene reserve BV's	-505.336	-2.081.131
Aandeel van derden	203.597	199.091
Totaal groepsvermogen	47.614.857	35.381.807
5.5.10 Voorzieningen	8.808.827	2.052.548
5.5.11 Langlopende schulden	42.462.266	56.229.014
5.5.7 Schulden uit hoofde van financieringsoverschot	129.999.404	114.539.033
5.5.12 Kortlopende schulden en overlopende passiva	105.343.830	100.901.083
Totaal passiva	334.229.185	309.103.485

5.2 GECONSOLIDEERDE RESULTATENREKENING OVER 2009

	2009	2008
Bedrijfsopbrengsten		
5.9.2 Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten	270.520.791	274.156.270
5.9.3 DBC opbrengsten B-segment	87.727.246	52.001.664
5.9.4 Niet-gebudgetteerde zorgprestaties	5.437.837	4.720.610
5.9.5 Overige bedrijfsopbrengsten	37.963.989	34.301.445
Som der bedrijfsopbrengsten	401.649.863	365.179.989
Bedrijfslasten		
5.9.6 Personeelskosten	211.870.931	199.138.320
5.9.7 Afschrijvingen op immateriële en materiële vaste activa	32.386.692	20.909.134
5.9.8 Bijzondere waardevermindering van vaste activa	4.122.638	8.500.000
5.9.9 Overige bedrijfskosten	136.577.900	128.553.790
Som der bedrijfslasten	384.958.161	357.101.244
Bedrijfsresultaat	16.691.702	8.078.745
5.9.10 Financiële baten en lasten	-4.215.677	2.426.057
Resultaat voor belasting	12.476.025	10.504.803
Vennootschapsbelasting	-93.035	-76.760
Resultaat na belasting	12.382.990	10.428.043
Aandeel van derden	-154.445	-190.273
Netto resultaat	12.228.545	10.237.769

Door de verkoop van Isala Ouderenzorg aan Stichting Woonzorgconcern IJsselheem, is Isala Ouderenzorg in 2008 opgenomen voor de eerste vier maanden.

De EBITDA (Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation and Amortisation) bedraagt per ultimo 2009 € 56.657.000. De DSCR (Debt Service Coverage Ratio) bedraagt per ultimo 2009 3,8.

De EBITDA en de DSCR zijn bepaald conform de Leningsovereenkomst.

EBITDA: de som van de nettowinst plus winstbelasting plus betaalde rente minus ontvangen rente plus buitengewone lasten minus buitengewone baten plus afschrijvingen plus toevoeging aan voorzieningen minus vrijval voorzieningen plus afwaardering van activa plus resultaat op deelnemingen.

DSCR - Debt Service Coverage Ratio: EBITDA gedeeld door betaalde rente en aflossingsverplichtingen, waarbij onder aflossingsverplichtingen wordt verstaan de aflossingsverplichtingen zoals vermeld in de jaarrekening van het voorgaande boekjaar (exclusief vervroegde aflossingen) plus aflossingsverplichting voor nieuwe leningen, aangegaan in het betreffende boekjaar.

5.3 GECONSOLIDEERD KASSTROOMOVERZICHT

		2009	2008
Kasstroom uit operationele activiteiten			
Bedrijfsresultaat	A	16.691.702	8.078.745
Aanpassingen voor:			
- afschrijvingen	32.386.692		20.909.135
- bijzondere waardeverminderingen	4.122.638		8.500.000
- mutaties egalisereserves	0		-655.579
- mutaties voorzieningen	6.756.279		-361.217
	B	43.265.609	28.392.339
Veranderingen werkkapitaal:			
- voorraden	12.444		-995.474
- onderhanden werk DBC's	0		-11.109.457
- vorderingen	-47.874.961		17.169.915
- nog in tarieven te verrekenen	15.460.371		-19.357.305
- kortlopende schulden (exclusief schulden aan kredietinstellingen)	3.733.414		130.041
	C	-28.668.733	-14.162.280
Ontvangen interest	2.013.634		8.289.186
Betaalde interest	-6.246.791		-5.889.938
Vennootschapsbelasting	-93.035		-76.760
Resultaat deelneming	17.481		126.524
	D	-4.308.712	2.449.012
Totaal kasstroom uit operationele activiteiten	E=A+B+C+D	26.979.866	24.757.816
Kasstroom uit investeringsactiviteiten			
- investeringen in materiële vaste activa	-13.665.598		-26.164.437
- desinvesteringen materiële vaste activa	423.110		13.356.007
- waardeverminderingen	0		0
- investeringen in immateriële vaste activa	-25.405.824		0
- desinvesteringen in immateriële vaste activa	0		0
- waardeverminderingen	0		0
- investeringen in deelnemingen en/of samenwerkingsverbanden	98.428		-26.809
Totaal kasstroom uit investeringsactiviteiten	F	-38.549.884	-12.835.239
Kasstroom uit financieringsactiviteiten			
Nieuw opgenomen leningen	0		0
Aflossingen langlopende leningen	-13.766.747		-12.208.647
Overige mutaties eigen vermogen	-149.940		1.923.022
Mutaties egalisereserves naar eigen vermogen	0		655.579
Totaal kasstroom uit financieringsactiviteiten	G	-13.916.687	-9.630.046
Mutatie geldmiddelen (inclusief kortlopende schulden aan kredietinstellingen)	H=E+F+G	-25.486.704	2.292.530
Mutatie Liquide middelen		-25.486.704	2.292.530
af: Mutatie Schulden aan kredietinstellingen		0	0
		-25.486.704	2.292.530

5.4 GRONDSLAGEN VAN WAARDERING EN RESULTAATBEPALING

5.4.1 Algemeen

Doel Stichting Holding Isala klinieken

Artikel 2 van de statuten:

De stichting heeft ten doel: het voeren van het bestuur over en/of deelnemen aan instellingen casu quo rechtspersonen van gezondheidszorg en instellingen casu quo rechtspersonen die gezondheidszorg (-organisatie)ondersteunende diensten leveren, een en ander in de ruimste zin van het woord, in het bijzonder onder meer:

- de stichting: Stichting Isala klinieken, statutair gevestigd in de gemeente Zwolle;
 - de besloten vennootschap met beperkte aansprakelijkheid: Isala BV, statutair gevestigd te Zwolle.
- De stichting heeft tevens ten doel: het (doen) ontwikkelen, beheren, in stand houden en het bewaken van de kwaliteit, welke verbonden is aan het merk 'Isala'.

Doel Stichting Isala klinieken

Artikel 2 van de statuten:

De stichting heeft ten doel: het onderzoek, de behandeling, de verpleging en de verzorging van zieken, gehandicapten en ouderen, zowel intra- als extramuraal, alsmede het verschaffen van huisvesting voor ouderen met bijbehorende voorzieningen, en voorts al hetgeen met het voorgaande verband houdt of daartoe bevorderlijk kan zijn, alles in de ruimste zin des woords.

Doel Isala BV

Artikel 2 van de statuten

De vennootschap heeft ten doel:

- het deelnemen in en het besturen van rechtspersonen waarmee de stichting: Stichting Holding Isala klinieken, statutair gevestigd te Zwolle, in een groep is verbonden;
- het verkrijgen, verwerven in genot, vervreemden, huren, verhuren, vervaardigen, administreren, financieren, beheren, exploiteren en bezwaren van goederen;
- het al dan niet tezamen met anderen deelnemen in en het besturen van andere rechtspersonen, instellingen en ondernemingen;
- het voorzien in de behoefte aan financieringsmiddelen van rechtspersonen waarmee de vennootschap in een groep is verbonden en van anderen;
- het verlenen van managementdiensten en het aangaan van managementovereenkomsten;
- het sluiten van overeenkomsten waarbij de vennootschap zich als borg of hoofdelijk medeschuldenaar verbindt, zich voor een derde sterk maakt of zich tot zekerheidstelling voor een schuld van een ander verbindt;
- het verrichten van alle andere daden op financieel, commercieel, economisch en administratief gebied;
- het verrichten van alle handelingen, welke in de ruimste zin verband kunnen houden met of bevorderlijk kunnen zijn voor een van de hiervoor omschreven doeleinden.

Groepsverhoudingen

Onder de groep - Stichting Holding Isala klinieken - vallen de volgende rechtspersonen:

Naam	Zetel	Belang
Stichting Isala klinieken	Zwolle	zeggenschap
- Isala Vastgoed BV	Zwolle	100%
- Leefstijl Trainings Centrum NV	Dalfsen	25%
Isala BV	Zwolle	100%
- Isala Onroerend Goed BV	Zwolle	100%
- Isala Business BV	Zwolle	100%
- Isala La Gourmande BV	Zwolle	100%
- IC2it BV	Zwolle	100%
- Isala Behandel- en Onderzoek Centra BV	Zwolle	100%
- Dermatologisch centrum Isala BV	Zwolle	51%

Leefstijl Trainings Centrum NV te Dalfsen, waarin Stichting Isala klinieken een kapitaalsbelang van 25% heeft, is niet geconsolideerd en is gewaardeerd tegen nettovermogenswaarde.

Grondslagen voor het opstellen van de jaarrekening

De jaarrekening is opgesteld in overeenstemming met de wettelijke bepalingen van Titel 9 Boek 2 BW (met uitzondering van afdeling 1, 11 en 12), de Regeling verslaggeving WTZi en de stellige uitspraken van de Richtlijnen voor de Jaarverslaggeving, uitgegeven door de Raad voor de Jaarverslaggeving.

Toelichting gevolgen wijziging bekostiging kapitaalslasten en aanpassing Regeling verslaggeving WTZi en Richtlijn 655 Zorginstellingen op waardering van vaste activa

Door de wijziging van de bekostigingssystematiek komt een einde aan verwerking en waardering van vaste activa (met name vastgoed) op grond van de bekostigingsvoorschriften. De verwerking en waardering van vaste activa zal vanaf 2009 volledig volgens de algemene verslaggevingsregels van Titel 9 Boek 2 BW en de Richtlijnen voor de jaarverslaggeving plaatsvinden. De waardering van alle immateriële en materiële vaste activa, dus ook die activa waarvoor een integrale vergoeding wordt verkregen voor de afschrijvingskosten, vindt voortaan plaats overeenkomstig artikel 2: 384 BW tegen verkrijgings- of vervaardigingsprijs. De afschrijvingstermijnen van immateriële en materiële vaste activa zijn niet langer gebaseerd op de in de bekostigingssystematiek voorgeschreven termijnen, maar op de verwachte gebruiksduur van het vast actief.

Reeds in de jaarcijfers over 2007 zijn voor de immateriële en materiële vaste activa in alinea 309 tot en met 315 van richtlijn 655 de effecten opgenomen.

Vergelijking met voorgaand jaar

De grondslagen van waardering en van resultaatbepaling zijn ongewijzigd ten opzichte van voorgaand jaar, met uitzondering van de waardering van het onderhanden werk: met ingang van boekjaar 2009 wordt het onderhanden werk gesaldeerd met de permanente voorschotten. RJ 221.209 heeft als aanbeveling om het onderhanden werk in de balans te presenteren als een gesaldeerde post van de per project gerealiseerde projectkosten en verminderd met de gedeclareerde termijn. Het saldo per balansdatum kan zowel een debetstand als een creditstand zijn. Een debetstand wordt verantwoord als actief en een creditstand als schuld. De wijziging wordt ingegeven door het volgende:

- aanpassing van RJ 221 die van toepassing is voor verslagjaren vanaf 2009;
- permanente voorschotten hebben een causaal verband met het onderhanden werk. Zonder onderhanden werk zou geen sprake zijn van permanente voorschotten;
- saldering geeft een beter inzicht in de financiering van het onderhanden werk.

De cijfers van 2008 zijn voor zover mogelijk aangepast voor vergelijkingsdoelen.

Financiële vaste activa

Onder de immateriële vaste activa konden voorheen posten zijn opgenomen die door het vervallen van de integrale vergoeding voor afschrijvingslasten niet langer voor verwerking in de balans in aanmerking komen. De hiervoor in 2009 of latere jaren nog specifiek te ontvangen vergoedingen zijn als vordering opgenomen onder de financiële vaste activa.

De Stichting Isala klinieken maakt gebruik van renteswaps om de rentevariabiliteit van opgenomen leningen af te dekken. Voor deze instrumenten wordt kostprijs-hedge-accounting toegepast teneinde de resultaten uit waardeveranderingen van renteswaps en de afgedekte positie gelijktijdig in de resultatenrekening te verwerken.

De toepassing van kostprijs-hedge-accounting leidt tot de volgende waarderingsgrondslagen voor financiële instrumenten.

De eerste waardering van de renteswaps vindt plaats tegen kostprijs. Zolang de renteswaps betrekking hebben op de toekomstige rentekasstromen van opgenomen leningen, worden de renteswaps niet geherwaardeerd. Zodra verwachte toekomstige rentekasstromen leiden tot de verantwoording van rentelasten in de winst- en verliesrekening, worden de met de renteswaps verbonden winsten of verliezen in dezelfde periode in de winst- en verliesrekening verwerkt.

Een verlies voor het percentage van de grotere omvang van de renteswaps ten opzichte van de afgedekte positie wordt op basis van kostprijs of lagere marktwaarde in de winst- en verliesrekening verwerkt. De marktwaarde van de renteswaps wordt bepaald door de (verwachte) kasstromen contant te maken tegen actuele rentes (swapcurve) waarin een opslag is opgenomen voor de relevante risico's. Indien renteswaps niet langer voldoen aan de voorwaarden voor hedge-accounting, aflopen of worden verkocht, worden de afdekkingsrelaties beëindigd. De cumulatieve winst of het cumulatieve verlies dat nog niet in de winst- en verliesrekening was verwerkt, wordt opgenomen als overlopende post in de balans totdat de afgedekte verwachte transacties plaatsvinden. Indien de transactie naar verwachting niet meer plaatsvindt, wordt de cumulatieve winst of het cumulatieve verlies overgeboekt naar de winst- en verliesrekening.

Immateriële vaste activa

Onder de immateriële vaste activa kunnen tot en met 2006 posten zijn opgenomen die door het vervallen van de integrale vergoeding voor afschrijvingslasten niet langer voor verwerking in de balans in aanmerking komen. Voor zover in 2008 of latere jaren nog specifieke vergoedingen worden ontvangen, zijn deze sinds eind 2007 als vordering opgenomen onder de immateriële vaste activa.

Per 1 januari 2009 zijn de gerealiseerde plan-, aanloop- en ontwikkelkosten van de nieuwbouw opgenomen onder deze rubriek. Tevens hebben investeringen plaatsgevonden in deze post gedurende het verslagjaar die betrekking hebben op de nieuwbouw.

Materiële vaste activa

In verband met de nieuwbouw van het ziekenhuis zijn in februari 2009 respectievelijk december 2009 eindafrekeningen ingediend bij het College bouw zorginstellingen (CBZ). Voornoemde afrekeningen zijn verwerkt in onderhavige jaarrekening op basis van de bestaande bekostigingssystematiek. Op deze investeringen wordt afgeschreven conform BW 2 titel 9. In verband met onzekerheid over de bekostiging is onder de algemene kosten een reservering van € 6,2 mln opgenomen, met name vanwege plan-wijzigingskosten.

In 2008 is duidelijk geworden dat de bekostiging van de kapitaalslasten van het vastgoed van ziekenhuizen sterk wordt aangepast. Het bouwregime is vervallen en meer en meer is sprake van integrale tarieven voor geleverde prestaties (B-segment DBC's). Er is landelijk sprake van onzekerheden van de toekomstige opbrengsten, bijvoorbeeld door de invoering van de prestatiebekostiging en de overgangsregeling. Ook ontbreekt een uniform kader van ervaringsnormen voor een bedrijfswaardeberekening door de zorgsector. De bedrijfswaardeberekening is sterk afhankelijk van veronderstellingen over toekomstige bekostigingssystemen, groei van de productie en disconteringsvoeten die mede afhankelijk zijn van de toekomstige financiering en bekostiging. Op basis van voortzetting van de huidige bekostigingssystematiek is geen sprake van bijzondere waardeverminderingen, anders dan hetgeen al is geboekt. Aangezien de richting van politieke beslissingen die de hoogte en methode van de toekomstige bekostiging beïnvloeden, dusdanig onduidelijk is, kan over de toekomstige waardering geen betrouwbare inschatting worden gemaakt. Eventuele veranderingen in bekostiging kunnen impact hebben op de vermogenspositie van het ziekenhuis, zowel voor het beeld van resultaat en vermogen in de onderhavige jaarrekening als in toekomstige jaren. Dit zal echter pas in het jaar dat de bekostiging betrouwbaar kan worden ingeschat, verwerkt worden in de jaarrekening.

In 2009 zijn vier bijzondere waardeverminderingen verantwoord, die als volgt weer te geven zijn:

- PET CT scan € 0,1 mln;
- Gebouw Nervistraat (keuken) € 1,0 mln;
- Apparatuur en inventarissen Isala La Gourmande BV € 0,6 mln;
- Apparatuur en inventarissen Stichting Isala klinieken € 2,4 mln.

Het deel van de nieuwbouwwuitgaven dat betrekking heeft op de gerealiseerde plan-, aanloop- en ontwikkelkosten is per 1 januari 2009 opgenomen onder de immateriële vaste activa. Ook de uitgaven gedurende 2009 ten aanzien van voornoemde posten zijn opgenomen onder de immateriële vaste activa.

Niet alle apparatuur en inventarissen zullen naar het nieuwe ziekenhuis worden meegenomen. Voor inventarissen en apparatuur die een geprognosticeerde boekwaarde hebben ultimo 2013 groter dan nul, zal beoordeeld moeten worden of deze feitelijk wel meegenomen worden. Een exacte opgave is bij het opmaken van de jaarrekening 2009 niet voorhanden. Dientengevolge is als uitgangspunt gekozen de fictie dat de activa (apparatuur en inventarissen) die we momenteel hebben, ultimo 2013 niet meegaan naar de nieuwbouw indien de economische levensduur voor meer dan 70% is verstreken ultimo 2013. Op basis hiervan is hiervoor € 2,4 mln als bijzondere waardevermindering verantwoord.

Kasstroomoverzicht

Het kasstroomoverzicht is opgesteld op basis van de indirecte methode.

Consolidatie

In de geconsolideerde jaarrekening zijn tevens opgenomen de stichtingen en vennootschappen die tot de groep behoren behalve het Leefstijl Trainings Centrum NV.

Per 1 mei 2008 is Isala Ouderenzorg overgedragen aan Stichting Woonzorgconcern IJsselheem. Alleen de grond, gebouwen en installaties van het reactiveringscentrum (VRC-gebouw) blijven in de Stichting Isala klinieken achter evenals de langlopende leningen. In de geconsolideerde cijfers is Isala Ouderenzorg voor de exploitatie 2008 alleen de eerste vier maanden opgenomen, omdat de exploitatie na voornoemde datum voor rekening van Stichting Woonzorgconcern IJsselheem komt. In de geconsolideerde balans ultimo 2008 zijn alleen de achtergebleven activa en passiva opgenomen.

Verbonden rechtspersonen

Isala Onroerend Goed BV exploiteert onroerend goed en verhuurt dit aan Stichting Isala klinieken - (kantoorgebouw Dr. Spanjaardweg), Isala La Gourmande BV (productiekeuken), Dermatologisch centrum Isala BV (polikliniek Dr. Spanjaardweg) en IC2it BV (kantoorgebouw Dr. Spanjaardweg) - en aan derden. Vanaf mei 2009 wordt de parkeergarage geëxploiteerd door Isala Onroerend Goed BV.

Isala La Gourmande BV exploiteert een assemblagekeuken en levert geportioneerde maaltijden en bulkmaaltijden aan Stichting Isala klinieken en aan andere institutionele instellingen.

Dermatologisch centrum Isala BV verleent alle soorten dermatologische zorg aan patiënten. Dit centrum neemt vanuit de Stichting Isala klinieken diensten af, met name van de medisch-ondersteunende sector (diagnostisch onderzoek).

IC2it BV is opgericht op 27 december 2007 en houdt zich bezig met de implementatie en het beheer van software, hardware en andere ICT-voorzieningen binnen het ziekenhuis maar ook daarbuiten. De activiteiten van IC2it BV, die tot en met 31 december 2007 binnen de Stichting Isala klinieken waren ondergebracht, zijn per 1 januari 2008 overgedragen.

Grondslagen enkelvoudige jaarrekening

De grondslagen van waardering en van resultaatsbepaling voor de enkelvoudige jaarrekening zijn gelijk aan die van de geconsolideerde jaarrekening.

5.4.2 Grondslagen van waardering van activa en passiva

Activa en passiva

Indien geen specifieke waarderingsgrondslag is vermeld, vindt waardering plaats tegen de verkrijgingsprijs.

Immateriële en materiële vaste activa

De immateriële en materiële vaste activa worden gewaardeerd tegen verkrijgings- of vervaardigingsprijs onder aftrek van cumulatieve afschrijvingen en cumulatieve bijzondere waardeverminderingen. De afschrijvingstermijnen van immateriële en materiële vaste activa zijn gebaseerd op de verwachte gebruiksduur van het vast actief. Voor zover subsidies of daaraan gelijk te stellen vergoedingen zijn ontvangen als eenmalige bijdrage in de afschrijvingskosten, zijn deze in mindering gebracht op de investeringen.

Ten aanzien van de plan-, aanloop- en ontwikkelkosten die zijn opgenomen onder de immateriële vaste activa, wordt afgeschreven op basis van de reguliere vergoedingstermijnen die hiervoor gelden dan wel die in het kader van de overgangsregeling van toepassing zijn.

Financiële vaste activa

Deelnemingen in groepsmaatschappijen en overige deelnemingen waarin invloed van betekenis kan worden uitgeoefend, worden gewaardeerd volgens de nettovermogenswaardemethode. Invloed van betekenis wordt in ieder geval verondersteld aanwezig te zijn bij het kunnen uitbrengen van 20% of meer van de stemrechten. De nettovermogenswaarde wordt berekend volgens de waarderingsgrondslagen van de desbetreffende deelneming.

Indien de waardering van een deelneming volgens de nettovermogenswaarde negatief is, wordt deze op nihil gewaardeerd.

Voorraden

De voorraden worden gewaardeerd tegen verkrijgingsprijs dan wel de lagere marktwaarde.

De verkrijgingsprijs wordt voor de magazijnvoorraden bepaald op basis van de gemiddelde historische inkoopprijs en voor de overige voorraden op basis van de laatst bekende inkoopprijs.

Onderhanden werk DBC's

Het onderhanden werk heeft betrekking op openstaande DBC's (Diagnose Behandel Combinaties). Het onderhanden werk wordt bepaald door de som van de uitgevoerde verrichtingen te waarderen tegen kostprijs voor zover deze niet hoger ligt dan het DBC-tarief voor het A-segment of de uiteindelijke verkoopprijs voor het B-segment. De werkelijke prijs van het B-segment 2009 ultimo december 2009 is gebaseerd op de verwachte verkoopprijs. De onderhandenwerkwaardering vindt plaats inclusief kapitaalslasten. In 2009 geopende B-segment DBC's zijn voor een kleine verzekeraar nog niet gefactureerd, omdat er nog geen prijsafspraken zijn. Deze DBC's zijn opgenomen in het onderhanden werk en worden gewaardeerd tegen de verwachte verkoopprijs voor zover ze gereed zijn.

Zwevende verrichtingen worden op basis van het voorzichtigheidsbeginsel niet gewaardeerd, omdat er onzekerheid bestaat of er een bijpassende DBC is die tot een opbrengst leidt.

Het onderhanden werk is met ingang van dit boekjaar gesaldeerd met de ontvangen voorschotten van verzekeraars. De cijfers over boekjaar 2008 zijn voor vergelijkingsdoeleinden aangepast.

Voor de afgesloten en foutief gevalideerde DBC's is, op basis van de einddatum, een voorziening opgenomen afhankelijk van de ouderdom. Voor de openstaande DBC's wordt geen voorziening opgenomen.

Vorderingen

Vorderingen worden gewaardeerd tegen nominale waarde, rekening houdend met een voorziening wegens oninbaarheid. De hoogte van de voorziening is zowel afhankelijk van de categorie debiteur alsmede van de ouderdom van de vorderingen. Er wordt daarbij gewerkt met staffelpercentages per categorie debiteur.

Vorderingen worden 100% voorzien met betrekking tot:

- zorgverzekeraars indien vordering meer dan twee jaar is vervallen;
- patiënten en algemene debiteuren indien vordering meer dan één jaar is vervallen;
- maatschappen indien vordering meer dan 180 dagen is vervallen.

Indien noodzakelijk zijn voor debiteuren additionele voorzieningen opgenomen.

Liquide middelen

Liquide middelen bestaan uit kas, banktegoeden en deposito's met een looptijd korter dan twaalf maanden. Rekening-courantschulden bij banken zijn opgenomen onder schulden aan kredietinstellingen onder kortlopende schulden.

Voorzieningen

Voorzieningen worden gevormd voor in rechte afdwingbare of feitelijke verplichtingen die op de balansdatum bestaan, waarbij het waarschijnlijk is dat een uitstroom van middelen noodzakelijk is en waarvan de omvang op betrouwbare wijze is te schatten. De voorzieningen worden gewaardeerd tegen de beste schatting van de bedragen die noodzakelijk zijn om de verplichtingen per balansdatum af te wikkelen. De voorzieningen worden gewaardeerd tegen de nominale waarde van de uitgaven die naar verwachting noodzakelijk zijn om de verplichtingen af te wikkelen, met uitzondering van de voorziening jubileumuitkeringen en voorziening inlooprisico WGA (contante waarde).

Wanneer verplichtingen naar verwachting door een derde zullen worden vergoed, wordt deze vergoeding als een actief in de balans opgenomen indien het waarschijnlijk is, dat deze vergoeding zal worden ontvangen bij de afwikkeling van de verplichting.

Belastingen

De besloten vennootschappen zijn belastingplichtig voor de vennootschapsbelasting.

Isala BV vormt een fiscale eenheid voor de vennootschapsbelasting met:

- Isala Onroerend Goed BV (vanaf 1 februari 2007);
- Isala Business BV (vanaf 1 februari 2007);
- Isala La Gourmande BV (vanaf 1 februari 2007);
- Isala Behandel- en Onderzoek Centra BV (vanaf 27 december 2007);
- IC2it BV (vanaf 27 december 2007).

De verschuldigde vennootschapsbelasting door Dermatologisch centrum Isala BV is opgenomen onder de kortlopende schulden. Voor 2009 maakt het Dermatologisch centrum Isala BV gebruik van de regeling willekeurige afschrijvingen voor nieuwe bedrijfsmiddelen.

Voor de fiscale verliezen die zijn ontstaan in de overige vennootschappen binnen de fiscale eenheid is voorzichtigheidshalve geen actieve belastinglatentie opgenomen, omdat onvoldoende zeker is dat de fiscale verliezen ultimo december 2009 verrekend kunnen worden met toekomstige fiscale winsten.

5.4.3 Grondslagen van resultaatbepaling

Algemeen

Het resultaat wordt bepaald door het verschil tussen de baten en lasten over het verslagjaar, met inachtneming van de hiervoor reeds vermelde waarderingsgrondslagen. De baten en lasten worden toegerekend aan de periode waarop deze betrekking hebben, uitgaande van historische kosten. Verliezen worden verantwoord als deze voorzienbaar zijn; baten worden verantwoord als deze gerealiseerd zijn.

Baten en lasten (waaronder nagekomen budgetaanpassingen) uit voorgaande jaren die in dit boekjaar zijn geconstateerd, worden aan dit boekjaar toegerekend.

Pensioen

De Stichting Isala klinieken heeft voor haar werknemers een toegezegd-pensioenregeling. Medewerkers die hiervoor in aanmerking komen, hebben op de pensioengerechtigde leeftijd recht op een pensioen dat afhankelijk is van leeftijd, salaris en dienstjaren. De regeling is ondergebracht bij het bedrijfstakpensioenfonds Zorg en Welzijn. De Stichting Isala klinieken heeft geen verplichting tot het voldoen van aanvullende bijdragen in geval van een tekort bij Zorg en Welzijn anders dan het effect van hogere toekomstige premies. De Stichting Isala klinieken heeft daarom de pensioenregeling verwerkt als een toegezegde-bijdrageregeling en heeft alleen de verschuldigde premies tot en met het einde van het boekjaar in de jaarrekening verantwoord.

Voor de medewerkers die in dienst zijn van Isala La Gourmande BV geldt, dat hun pensioen is ondergebracht bij het pensioenfonds Horeca & Catering. Het betreft een toegezegde bijdrageregeling die als zodanig is verwerkt in de jaarrekening.

Voor de medewerkers van Dermatologisch centrum Isala BV en IC2it BV geldt de pensioenregeling van Zorg en Welzijn.

5.5 TOELICHTING OP DE GECONSOLIDEERDE BALANS PER 31 DECEMBER 2009

5.5.1 Immateriële vaste activa

	Aanloopkosten	Afkoop-, emissie-, leningskosten	Totaal
Stand per 1 januari 2009			
Aanschafwaarde	131.569		131.569
Cumulatieve afschrijvingen	115.600		115.600
Boekwaarden	15.969		15.969
Mutaties			
Investerings	25.405.824		25.405.824
Desinvesteringen:			
- aanschafwaarde	-131.569		-131.569
- cumulatieve afschrijvingen	131.569		131.569
Waardeverminderingen			
Terugneming van waarde verminderingen			
Afschrijvingen	8.153.418		8.153.418
	17.252.406		17.252.406
Stand per 31 december 2009			
Aanschafwaarde	25.405.824		25.405.824
Cumulatieve afschrijvingen	8.137.449		8.137.449
Boekwaarden	17.268.375		17.268.375

In 5.6 is het gedetailleerde verloopoverzicht immateriële vaste activa, ingedeeld naar bekostigingsbron, opgenomen. In de afschrijvingskosten is de eenmalige afschrijvingslast van de vermijdbare plankosten ad € 5,1 mln opgenomen. De investeringen hebben volledig betrekking op de vergunningsplichtige nieuwbouwen betreffen de herrubricering van de plan-, aanloop- en ontwikkelkosten vanuit de materiële vaste activa.

De aan het A-segment toerekenbare activa worden afgeschreven in veertig jaar en de aan het B-segment toerekenbare activa worden afgeschreven in drie jaar.

5.5.2 Materiële vaste activa

	Terreinen en gebouwen	Installaties	Inventarissen	Projecten in uitvoering	Inventaris uit lease	Totaal
Stand per 1 januari 2009						
Aanschafwaarde	150.018.472	37.154.803	94.797.436	38.502.231		320.472.942
Cumulatieve afschrijvingen	100.548.498	29.239.022	50.064.587	2.893.276		182.745.383
Boekwaarden	49.469.974	7.915.781	44.732.849	35.608.955		137.727.559
Mutaties						
Investeringsen				13.677.310		13.677.310
OHW Geactiveerd	138.678		14.282.159	-14.420.838		
Desinvesteringen:						
- aanschafwaarde	-9.639.190	-1.368.516	-2.207.472			-13.215.177
- cumulatieve afschrijvingen	9.639.190	1.368.516	1.784.362			12.792.067
Bijzondere waardeverminderingen	-1.021.000		-3.101.638			-4.122.638
Terugneming van waardeverminderingen						
Afschrijvingen	6.606.099	2.161.514	11.623.856	3.866.951		24.258.419
	-7.488.420	-2.161.514	-866.444	-4.610.479		-15.126.857
Stand per 31 december 2009						
Aanschafwaarde	140.517.961	35.786.287	106.872.124	37.758.703		320.935.075
Cumulatieve afschrijvingen	98.536.407	30.032.020	63.005.719	6.760.227		198.334.372
Boekwaarden	41.981.554	5.754.267	43.866.405	30.998.476		122.600.703
Afschrijvingspercentages	0/2/2,5/5 10/20	5/6,67 10/20	10/20/33,3			

In 5.7 is het gedetailleerde verloopoverzicht materiële vaste activa, ingedeeld naar bekostigingsbron, opgenomen. Grote investeringen gedurende het verslagjaar hebben plaatsgevonden in verband met de vergunningsplichtige nieuwbouw voor een totaal van € 16,2 mln euro, waarvan € 11,3 mln euro voor Realisatieovereenkomst D2B. Per 1 januari 2009 zijn de plan-, aanloop- en ontwikkelkosten ten aanzien van afgeronde deelprojecten gerubriceerd onder de immateriële vaste activa. Deze post is verwerkt als negatieve investering voor € 25,4 mln. Overige investeringen betreffen Isala Digitaal € 1,0 mln, Hartcatheterisatiekamer CK2 € 0,7 mln, Ris Pacs € 0,5 mln en ICT-gerelateerde apparatuur € 1,4 mln.

Herhuisvestingsplan

In 2004 is besloten het herhuisvestingsplan in vijf jaar af te schrijven. Medio 2009 is het hele herhuisvestingsplan afgeschreven en vervolgens gedesinvesteerd voor € 13,2 mln.

Kortetermijnhuisvestingsplan (KTHP)

Het KTHP geeft inzicht in de benodigde investeringen op het gebied van instandhouding van de huidige gebouwen tot aan inhuizing in de nieuwbouw. Het KTHP is mede het gevolg van de uitloop die heeft plaatsgevonden in de bouwprocedures van de concentratiebouw. Hierdoor moet de bestaande huisvesting langer in stand worden gehouden. Goedgekeurd bedrag voor de periode 2009-2012: € 11 mln. Ultimo 2009 is hiervan € 6,2 mln besteed.

Uitgangspunt is dat het KTHP ultimo 2013 geheel is afgeschreven. In 2009 is met betrekking tot het KTHP een afschrijvingslast opgenomen van € 2,8 mln onder de Projecten in uitvoering.

In 2013 wordt naar verwachting de nieuwbouw op locatie Sophia in gebruik genomen. Nog niet geheel duidelijk is in hoeverre locatie Weezenlanden dan kan worden afgestoten of nog nodig blijft om een aantal functies in te huisvesten. Er is een inhaalafschrijving van € 7,5 mln in 2008 toegepast. Hierdoor resteert eind 2013 nog een boekwaarde van € 1,5 mln. Dit is de boekwaarde van de grond. In 2009 heeft een inhaalafschrijving van € 2,5 mln op de inventaris plaatsgevonden. Deze is verwerkt onder de afschrijvingen en is in het overzicht op pagina 138 getoond als bijzondere waardevermindering. Daarnaast heeft voor € 1,6 mln afwaardering plaatsgevonden op het gebouw en de inventaris aan de Nervistraat.

5.5.3 Financiële vaste activa

	Vorderingen samenwerkings- verbanden	Overige deelnemingen	Vorderingen op overige deelnemingen	Langlopende leningen	Overige effecten	Totaal
Stand per 1 januari 2009		353.627				353.627
Dividend		-115.910				-115.910
Resultaat deelnemingen		17.481				17.481
		-98.429				-98.429
Stand per 31 december 2009		255.198				255.198

Onder de overige deelnemingen is het Leefstijl Trainings Centrum NV te Dalfsen, waarin Stichting Isala klinieken een kapitaalbelang van 25% heeft, verantwoord tegen nettovermogenswaarde. Het resultaat ad € 17.481 voordelig, is verantwoord onder de financiële baten en lasten. Het dividend over de jaren 2005 tot en met 2007 is voor 50% uitgekeerd in geld en zal voor 50% in natura worden uitgekeerd in de vorm van opleidingen, en is op de balans opgenomen onder de kortlopende vorderingen (€ 58.000).

5.5.4 Voorraden

	2009	2008
Magazijnvoorraden	2.958.873	1.880.963
Voorraden op afdelingen	3.625.406	4.715.760
Totaal voorraden	6.584.279	6.596.723

De voorraadhoogte is nauwelijks veranderd gedurende 2009. Voorraden die voorheen handmatig werden geteld (voorraden op de afdeling), worden nu geregistreerd in centrale en decentrale magazijnen (onder andere van Pace-makers en ICD's) waardoor de voorraden op afdelingen met € 0,6 mln zijn afgenomen.

5.5.5 Onderhanden werk uit hoofde van DBC's

	2009	2008
Onderhanden werk DBC's A-segment	28.666.171	30.521.769
Onderhanden werk DBC's A-segment PAAZ	3.259.121	2.564.445
Onderhanden werk DBC's B-segment	14.732.886	7.044.820
Voorziening onderhanden werk A-segment	-3.228.990	-2.946.776
Voorziening onderhanden werk B-segment	-112.967	-40.211
Netto Onderhanden werk uit hoofde van DBC's	43.316.220	37.144.047
af: Permanent voorschot van verzekeraars	-50.721.027	-48.777.455
Onderhanden werk DBC's minus ontvangen permanente voorschotten	-7.404.807	-11.633.408
Rubricering onder kortlopende schulden	7.404.807	11.633.408
Totaal onderhanden werk uit hoofde van DBC's	0	0

In 2009 is het onderhanden werk in mindering gebracht op de verstrekte permanente voorschotten. Het saldo hiervan is opgenomen onder de kortlopende schulden. De vergelijkende cijfers over 2008 zijn hiertoe aangepast. Ten opzichte van ultimo 2008 is het onderhanden werk fors gestegen bij het B-segment. Dit wordt verklaard door het feit dat nog geen prijsafspraken gemaakt zijn met één verzekeraar en vanwege uitbreiding van het B-segment in 2009. Ongeveer 95% van het B-segment is ultimo december gefactureerd. DBC's in het B-segment die facturabel zijn, worden gewaardeerd tegen de verwachte verkoopprijs.

Het A-segment laat een lichte daling zien. Het aantal DBC's is echter licht gestegen van 74.626 ultimo 2008 (57.103 open en 17.523 afgesloten) naar 75.394 ultimo 2009 (55.865 open en 19.529 afgesloten).

5.5.6 Vorderingen en overlopende activa

	2009	2008
Vorderingen		
Debiteuren	127.395.396	77.022.945
Vaste voorschotten zorgverzekeraars	-12.200	-1.433.428
<i>Subtotaal</i>	<i>127.383.196</i>	<i>75.589.517</i>
Inkomende betalingen onderweg	297	903
Voorziening dubieuze debiteuren	-3.689.701	-3.234.648
Totaal debiteuren	123.693.792	72.355.772
Nog te ontvangen bedragen	5.215.102	7.970.485
Overige vorderingen	183.630	503.450
btw-vordering	767.844	0
Totaal vorderingen	129.860.368	80.829.707
Overlopende activa		
Vooruitbetaalde bedragen	593.684	1.026.618
Totaal overlopende activa	593.684	1.026.618
Totaal vorderingen en overlopende activa	130.454.052	81.856.325

Debiteuren

De debiteurenstand is ten opzichte van ultimo 2008 gestegen van € 72,4 mln naar € 123,7 mln. De toename wordt voornamelijk veroorzaakt door de facturatie van het B-segment 2009 die ultimo december 2009 is uitgevoerd. De debiteurenomlooptijd, gemeten als twaalfmaands voortschrijdend gemiddelde, is ten opzichte van ultimo 2008 licht gestegen van 34 naar 37. Op het moment van samenstelling van de jaarrekening (medio maart 2010) is de debiteurenstand weer genormaliseerd.

Nog te ontvangen bedragen

Ultimo 2008 was onder nog te ontvangen bedragen een post opgenomen voor de verkoop van grondstroken op locatie Sophia. Dit bedrag is op 3 februari 2009 ontvangen. De doorberekening van de eind 2008 opgenomen post ROAZ vierde kwartaal 2008 heeft in maart 2009 plaatsgevonden. De opgenomen bedragen voor te ontvangen bonus en btw-correctie zijn in respectievelijk februari en april 2009 ontvangen. In 2009 heeft facturering plaatsgevonden aan de maatschappen met betrekking tot de dienstverlening 2008 inzake secretaresseskosten, vergoeding voor administratieve dienstverlening en WA-premie, hetgeen een daling van deze post betekende. De stand ultimo 2009 bestaat uit door te berekenen dienstverlening maatschappen 2009, te ontvangen bonussen, door te berekenen salariskosten, ROAZ en overige vorderingen.

Overlopende activa

Onder vooruitbetaalde bedragen zijn nota's voor onderhoudscontracten en huren opgenomen die betrekking hebben op 2010.

Verpanding

Voor de verpanding van de vorderingen zie 5.5.13 Niet uit de balans blijvende verplichtingen.

5.5.7 Schulden uit hoofde van financieringsoverschot

	stand 1 januari	mutaties	stand 31 december
Normale bedrijfsvoering Ziekenhuis	105.780.188	19.872.349	125.652.537
PAAZ	808.414	2.374.526	3.182.940
Specialistenhonorering	7.950.430	-6.786.502	1.163.928
Totaal	114.539.032	15.460.373	129.999.405

Financieringsresultaat uit normale bedrijfsvoering Ziekenhuis					
	2009	2008	2007	t/m 2006	Totaal
Stand per 1 januari	0	-31.119.485	138.900.929	-2.001.256	105.780.188
Correctie beginsaldo		86.357.258	-95.402.718	9.045.460	0
Resultaat boekjaar	17.210.427	0	0	0	17.210.427
Corr. voorgaande jaren		1.043.805	-25.055	0	1.018.750
Betalingen/ontvangsten	0	0	-655.822	2.298.994	1.643.172
Totaal	17.210.427	56.281.578	42.817.334	9.343.198	125.652.537
Stadium van vaststelling	a	d	d	d	

a = interne berekening

b = ter ondertekening zorgverzekeraars

c = overeenstemming met zorgverzekeraars

d = definitieve vaststelling NZA

Specificatie financieringsresultaat in het boekjaar	2009	2008
Wettelijk budget aanvaardbare kosten	263.338.045	261.040.560
Vergoedingen ter dekking van het wettelijk budget:		
- vergoedingen DBC A-segment	-250.192.771	-273.744.967
- mutatie onderhanden werk DBC A-segment	2.137.812	-7.236.307
- verpleeg- en verzorgingsgelden	1.012	-429
- dagbehandeling, deeltijdbehandeling en dagverpleging	-15.804.032	-19.271.953
- vergoedingen klinische en poliklinische verrichtingen	-14.914.069	-15.022.804
- andere vergoedingen	-1.776.424	-1.001.873
	-280.548.472	-316.278.333
Financieringsoverschot/-tekort	17.210.427	55.237.773

Financieringsresultaat PAAZ					
	2009	2008	2007	t/m 2006	Totaal
Stand per 1 januari	0	822.853	-18.304	3.865	808.414
Resultaat boekjaar	2.404.290	0	0	0	2.404.290
Corr. voorgaande jaren	0	-93	-26.425	0	-26.518
Betalingen/ontvangsten	0	0	619	-3.865	-3.246
Totaal	2.404.290	822.760	-44.110	0	3.182.940
Stadium van vaststelling	a	d	d	d	

Specificatie financieringsresultaat PAAZ in het boekjaar	2009	2008
Wettelijk budget aanvaardbare kosten	5.635.929	5.728.109
Vergoedingen ter dekking van het wettelijk budget:		
- vergoedingen DBC A-segment	-7.409.531	-5.944.724
- mutatie onderhanden werk DBC A-segment	-694.676	-2.564.445
- overlopende DBC GGZ	63.988	1.958.207
	-8.040.219	-6.550.962
Financieringsoverschot/-tekort	2.404.290	822.853

Financieringsresultaat specialistenhonorering					
	2009	2008	2007	t/m 2006	Totaal
Stand per 1 januari	0	0	7.384.294	566.136	7.950.430
Resultaat boekjaar	0	0	0	0	0
Corr. voorgaande jaren	0	0	-6.220.366	-566.136	-6.786.502
Betalingen/ontvangsten	0	0	0	0	0
Totaal	0	0	1.163.928	0	1.163.928
Stadium van vaststelling			d	d	

In verband met vervallen van de lumpsum per 01-01-2008 is geen sprake van een financieringsresultaat voor 2008 en 2009.

5.5.8 Liquide middelen

	2009	2008
Bankrekeningen	57.049.428	82.541.927
Kassen en kruisposten	17.150	11.355
Totaal liquide middelen	57.066.578	82.553.282

Ten opzichte van eind 2008 is de bankstand met € 25,5 mln gedaald. Oorzaken hiervan zijn onder andere een extra aflossing door beëindiging van twee leningen ad € 4,2 mln. Daarnaast is uit eigen middelen € 12,3 mln onttrokken voor de geplande nieuwbouw en een bedrag van € 3,0 mln aan leningskosten financiering nieuwbouw.

Terugbetaling van de schuld uit hoofde van het financieringsoverschot 2008 in 2010 zullen de liquide middelen verder doen dalen. De liquide middelen staan de afzonderlijke entiteiten ter vrije beschikking.

Op de bankrekening van de Stichting Isala klinieken rust een krediet van € 37,5 mln.

Voor de verstrekte zekerheden wordt verwezen naar 5.5.13 Niet uit de balans blijken verplichtingen.

5.5.9 Groepsvermogen

	Stand 1 januari	Dotaties	Onttrekkingen	Stand 31 december
Kapitaal	91			91
Collectief gefinancierd gebonden vermogen	33.788.088	10.830.189	-177.439	44.440.838
Niet-collectief gefinancierd vrij vermogen	3.475.668	0	-0	3.475.668
Algemene reserve BV's	-2.081.131	2.993.111	-1.417.316	-505.336
Aandeel van derden	199.091	154.446	-149.940	203.597
Totaal groepsvermogen	35.381.807	13.977.746	-1.744.695	47.614.858

Het groepsvermogen uitgedrukt in een percentage van de totale balans bedraagt per 31 december 2009 17,1% (ultimo 2008 15,7%). Conform de leningenovereenkomst wordt het balanstotaal gecorrigeerd voor het saldo financieringsoverschot voor zover daar liquide middelen tegenover staan.

De solvabiliteitsratio van de bedrijfsopbrengsten bedraagt per 31 december 2009 11,8% (ultimo 2008 9,6%).

Specificatie van het collectief gefinancierd gebonden vermogen				
	Stand 1 januari	Dotaties	Onttrekkingen	Stand 31 december
Algemene reserve	707.227	0	0	707.227
Reserve A.K., gebonden	31.980.861	10.484.097	-130.092	42.334.866
Bestemmingsreserve rendementsdeling	1.100.000	346.092	-47.347	1.398.745
Totaal	33.788.088	10.830.189	-177.439	44.440.838

De resultaatbestemming is conform 5.16.2 verwerkt.

Specificatie van het niet-collectief gefinancierd vrij vermogen				
	Stand 1 januari	Dotaties	Onttrekkingen	Stand 31 december
Reserve A.K., vrij	3.475.668	0	0	3.475.668
Totaal	3.475.668	0	0	3.475.668

Specificatie algemene reserve besloten vennootschappen				
	Stand 1 januari	Dotaties	Onttrekkingen	Stand 31 december
Isala La Gourmande BV	-1.364.074	0	-718.807	-2.082.881
Isala Onroerend Goed BV	-806.774	2.832.361	0	2.025.587
Dermatologisch centrum Isala BV	198.037	160.750	-156.060	202.727
IC2it BV	-60.679	0	-542.278	-602.957
Isala Vastgoed BV	-47.641	0	-171	-47.812
Totaal	-2.081.131	2.993.111	-1.417.316	-505.336

Isala Behandel- en Onderzoek Centra BV heeft een aandelenbelang van 51% in Dermatologisch centrum Isala BV. De onttrekking van € 156.060 bij Dermatologisch centrum Isala BV betreft de dividenduitkering aan Isala Behandel- en Onderzoek Centra B.V.

Specificatie aandeel van derden				
	Stand 1 januari	Dotaties	Onttrekkingen	Stand 31 december
Zwolse Dermatologen BV	199.091	154.446	-149.940	203.597
Totaal	199.091	154.446	-149.940	203.597

De Zwolse Dermatologen BV heeft een aandelenbelang van 49% in Dermatologisch centrum Isala BV. In 2008 heeft deze aandelenoverdracht plaatsgevonden tegen nominale waarde. De dotatie heeft betrekking op het resultaat van Dermatologisch centrum Isala BV over 2009 (49%). De onttrekking van € 149.940 heeft betrekking op de uitkering van dividend. In maart is € 17.640 uitgekeerd aan interim-dividend en in oktober € 132.300.

Specificatie aansluiting groepsvermogen - enkelvoudig vermogen 31 december 2009 en resultaat over 2009		
De specificatie is als volgt:	Eigen vermogen	Resultaat
Enkelvoudig eigen vermogen en resultaat	171.391	70.032
Stichting Holding Isala klinieken:		
Stichting Isala klinieken	49.538.159	12.088.690
Negatief vermogen Isala Onroerend Goed BV	0	788.801
Negatief vermogen Isala La Gourmande BV	-2.064.881	-718.807
Negatief vermogen Isala Vastgoed BV	-29.812	-171
Totaal	47.614.857	12.228.545

De Stichting Holding Isala klinieken voert het bestuur over de Stichting Isala klinieken en heeft daarmee een direct zeggenschapsbelang. Dit belang is niet in de enkelvoudige jaarrekening van de Stichting Holding Isala klinieken verwerkt.

Het verschil tussen het groepsvermogen en enkelvoudige vermogen van Stichting Holding Isala klinieken wordt veroorzaakt doordat de waarde van de (indirecte) deelnemingen Isala La Gourmande BV en Isala Vastgoed BV is afgewaardeerd tot nihil, terwijl het eigen vermogen van voornoemde groepsmaatschappijen negatief is.

De dotaties en onttrekkingen worden hier nader toegelicht.

Kapitaal

Het bij oprichting ingebrachte gebrachte kapitaal bedraagt € 91,-.

Collectief gefinancierd gebonden vermogen

Algemene reserve	
Uit de pre-budgetteringsperiode resteert nog een algemene reserve groot € 707.227,-.	
Reserve aanvaardbare kosten, gebonden	
De mutatie is als volgt tot stand gekomen:	
Stand per 1 januari 2009	31.980.861
bij: vanuit winstbestemming	10.484.097
af: correctie 2008	-130.092
Stand per 31 december 2009	42.334.866

Bestemmingsreserve rendementsdeling

De mutatie is als volgt tot stand gekomen:

Stand per 1 januari 2009	1.100.000
af: besteding	-47.347
bij: vanuit winstbestemming	216.000
bij: correctie 2008	130.092
Stand per 31 december 2009	1.398.745

Met ingang van 2008 is de bestemmingsreserve rendementsdeling ingevoerd. Deelnemende maatschappen en/of vakgroepen moeten in samenspraak met het zorggroepmanagement een voorstel doen aan de Raad van Bestuur voor besteding van het ter beschikking gestelde rendement.

De onttrekking heeft betrekking op de besteding door een van de deelnemende maatschappen.

Voor boekjaar 2009 is de rendementsdeling vastgesteld op € 216.000.

In de jaarrekening 2008 is € 1.100.000 voor de bestemmingsreserve rendementsdeling opgenomen.

De Raad van Bestuur heeft conform het advies van de begeleidingsgroep Experiment rendementen per specialisme, de definitieve rendementsdeling over 2008 vastgesteld op € 1.230.092.

*Niet-collectief gefinancierd vrij vermogen***Reserve aanvaardbare kosten, vrij**

De mutatie is als volgt tot stand gekomen:

Stand per 1 januari 2009	3.475.668
bij: vanuit winstbestemming	0
Stand per 31 december 2009	3.475.668

5.5.10 Voorzieningen

	Stand 1 januari	Dotaties	Onttrekkingen	Stand 31 december
Onderhoud	212.400	277.800		490.200
Jubileumuitkeringen	1.840.148	490.196	-220.960	2.109.384
Loondoorbetaling bij ziekte	0	433.703		433.703
Belastinglatentie	0	28.098		28.098
Inlooprisico WGA	0	1.120.692		1.120.692
Sloopkosten locatie Sophia	0	4.626.750		4.626.750
Totaal voorzieningen	2.052.548	6.977.239	-220.960	8.808.827

Onderhoud

De dotatie van € 277.800 heeft betrekking op de voorziening groot onderhoud aan de gebouwen op de Dr. Spanjaardweg (€ 180.000), de parkeergarage (€ 66.000) en de Nervistraat (€ 31.800 - Isala La Gourmande BV).

Jubileumuitkeringen

Deze voorziening is gevormd voor de verplichtingen welke Stichting Holding Isala klinieken heeft tegenover haar personeel uit hoofde van jubileumuitkeringen. De voorziening is berekend op basis van het aantal verstreken dienstjaren. Hierbij is rekening gehouden met een gefaseerde blijfkans van het personeel van 0% met een leeftijd jonger dan 20 jaar, 25% tussen 20 en 30 jaar, 45% tussen 30 en 40 jaar, 65% tussen 40 en 50 jaar, 85% tussen 50 en 60 jaar en tenslotte 100% bij 60 jaar en ouder.

Loondoorbetaling bij ziekte.

Deze voorziening is gevormd voor de verplichtingen die de Stichting Holding Isala klinieken heeft tegenover personeelsleden die op balansdatum langer dan 6 maanden ziek zijn. De voorziening is berekend voor een loondoorbetalingstermijn van maximaal 24 maanden. Het eerste jaar wordt 100% van het salaris doorbetaald; voor het tweede jaar is dit 70% van het salaris. De kans dat een medewerker de volledige termijn van 24 maanden ziek blijft is gesteld op 50%. Aangezien de berekening gebaseerd is op een maximale doorbetalingstermijn van 24 maanden, is deze voorziening als kortlopend te beschouwen.

Voorziening belastinglatentie

In 2009 is gebruikgemaakt van de willekeurige afschrijving op bedrijfsmiddelen bij Dermatologisch centrum Isala BV welke als tijdelijke maatregel is toegestaan. Nieuwe bedrijfsmiddelen worden fiscaal in twee jaar afgeschreven. Het ontstane verschil tussen het bedrijfseconomisch resultaat en het fiscaal resultaat is de grondslag voor de belastinglatentie, die in latere jaren vrij zal vallen.

Inlooprisico WGA

Deze voorziening is gevormd voor de verplichtingen die de Stichting Holding Isala klinieken heeft aangaande het in de toekomst te betalen deel van de verzekeringspremies die kunnen worden toegerekend aan het schadeverleden van de rechtspersoon. Onder inlooprisico wordt verstaan het overnemen van de lopende WGA-uitkeringen van (ex)werknemers voor de periode van maximaal tien jaar. De premie die verbonden is aan het verzekeren van het inlooprisico kan worden voldaan in de vorm van een eenmalige betaling (koopsom) of een toeslag op de jaarlijkse premie. Het risico van arbeidsongeschiktheid is verzekerd via een verzekeraar.

Uit hoofde van de gesloten overeenkomst met de verzekeraar inzake de inloopdekking van de WGA, is de voorziening gevormd ter grootte van een eenmalige koopsom ad € 1.120.692. De eenmalige koopsom wordt daarbij beschouwd als de contante waarde van de toekomstige premies voor het inlooprisico. De voorziening valt vrij in de komende vijf jaren (2010 t/m 2014).

Voorziening sloopkosten locatie Sophia

Het oude ziekenhuis op locatie Sophia zal gesloopt worden na ingebruikname van de nieuwbouw. Voor de te verwachten slooppuitgaven is een voorziening gevormd (prijsspeil 2006).

5.5.11 Langlopende schulden

	2009	2008
Stand per 1 januari	56.229.014	68.437.661
Aflossingen komend boekjaar	-9.739.448	-11.743.523
Extra aflossingen boekjaar	-4.027.300	-465.124
Nieuwe leningen	0	0
Stand langlopende schulden per 31 december 2009	42.462.266	56.229.014

De grote daling van het saldo van de langlopende schulden is gelegen in extra aflossingen en het daartoe beëindigen van twee leningen.

5.5.12 Kortlopende schulden en overlopende passiva

	2009	2008
Crediteuren	13.802.058	15.331.905
Belastingen en premies sociale verzekeringen	7.273.139	6.251.641
Schulden ter zake van pensioenen	2.229.996	2.447.731
btw-verplichting	0	472.763
Betaalbaar gestelde rente	877.033	174.037
Kortetermijndeel langlopende verplichtingen	9.739.448	11.743.523
Overige kortlopende schulden	26.995.862	25.825.943
- te betalen salarissen	7.664.824	7.149.074
- betalen specialistenhonorering	8.847.050	4.704.806
- rekening-courant met specialisten	0	32.996
- onderhanden werk DBC's minus permanente voorschotten	7.404.807	11.633.408
- overige	3.079.182	2.305.659
Overlopende passiva	44.426.295	38.653.541
- vakantie-uren	5.721.299	4.870.958
- afrekening honorarium specialisten 4e kwartaal	11.177.890	7.359.408
- kapitaalslastenreservering	6.165.215	9.066.925
- ROAZ	812.300	812.300
- reservering traumacentrum/OTO-gelden	1.892.888	732.459
- reorganisatie	2.293.899	2.100.000
- veranderingopgave McKinsey	3.099.211	2.600.000
- reservering btw integratieheffing nieuwbouw	4.686.972	0
- overige	8.576.620	11.111.491
Totaal kortlopende schulden en overlopende passiva	105.343.831	100.901.084

Crediteuren

De crediteurenstand is met € 1,5 afgenomen. Ultimo 2008 waren enkele facturen voor onderhoudscontracten à € 2,1 opgenomen.

Specialistenhonorering

De post specialistenhonorering is in 2009 toegenomen met € 4,1 mln als gevolg van een nagekomen budget-aanpassing 2006 en 2007 inzake lumpsum.

Ontvangen voorschotten

In 2009 is het onderhanden werk in samenhang met de verstrekte permanente voorschotten verwerkt. Het saldo hiervan is opgenomen onder de kortlopende schulden. De vergelijkende cijfers over 2008 zijn hiertoe aangepast.

Overlopende passiva

In het kader van de rendementsopgave 2008-2013 wordt onder andere gewerkt aan de herinrichting van (zorg)-processen en zorgpaden. Eind 2008 heeft de Raad van Bestuur het besluit genomen om hiervoor het I-Lean Programma van McKinsey te gebruiken. In 2010 wordt dit programma gecontinueerd.

Vanaf 2009 wordt de reservering voor vakantie-uren berekend inclusief een toeslag voor eindejaarsuitkering en vakantiegeld en bijbehorende sociale lasten. Dit heeft geleid tot een extra exploitatielast van € 0,7 mln in 2009. De toename van de afrekening honorarium specialisten wordt veroorzaakt door de late facturatie van het B-segment in december 2009.

In verband met de nieuwbouw is geopteerd voor toepassing van de integratieheffing btw. De teruggevraagde btw inzake de inkoopfacturen wordt gereserveerd onder de overlopende passiva, opdat bij oplevering van het nieuwe pand de verschuldigde integratieheffing kan worden voldaan.

In februari en december 2009 zijn eindafrekeningen ingediend voor de bouw. In verband met onzekerheid over de bekostiging is onder de algemene kosten een reservering van € 6,2 mln opgenomen, met name vanwege planwijzigingskosten.

De in 2008 opgenomen reservering onder de overlopende passiva in verband met een budgetvergoeding van de versnelde afschrijvingskosten van de gebouwen op locatie Weezenlanden en Sophia en de kapitaalslasten op de overloop DBC's ad € 9,1 mln, is ten gunste van het resultaat vrijgevallen in 2009.

5.5.13 Niet uit de balans blijvende verplichtingen

De Stichting Isala klinieken verhuurt, in verband met de herbestemmingsmogelijkheden van het terrein Groot-Weezenlanden, locatie Verzorgingstehuis aan het Groot-Weezenlanden aan Stichting Woonzorgconcern IJsselheem vanaf 1 mei 2008. Dit pand is eigendom van de Stichting Isala klinieken. De huurprijs bedraagt € 460.000 per jaar (2009).

In samenwerking tussen Zorgcombinatie Noorderboog en de Stichting Isala klinieken is een nieuwe vestiging van het Dialysecentrum Isala bij het Diaconessenhuis in Meppel opgezet. In verband met mogelijke nieuwbouw van het Diaconessenhuis, wordt de dialysekliniek de komende jaren gevestigd in een tijdelijk gebouw op het terrein van het Diaconessenhuis in Meppel. De huurverplichting is aangegaan voor vijf jaar. De huurprijs is € 342.000 per jaar.

Op basis van het door de Raad van Bestuur goedgekeurde kortetermijnhuisvestingsplan (KTHP) zal de komende vier jaren (2009-2012) voor een bedrag van € 11,0 mln worden geïnvesteerd. Deze investeringen hebben betrekking op het gebied van instandhouding van de verschillende noodzakelijke installaties.

Een deel van het onroerend goed op locatie Weezenlanden, genoemd Transitorium, wordt gehuurd van de provincie Overijssel. De huurprijs per jaar bedraagt € 0,3 mln.

Het onroerend goed aan de Stilobadstraat te Zwolle, waarin het Laboratorium voor Medische Microbiologie en Infectieziekten en het Laboratorium voor Pathologie zijn gevestigd, wordt gehuurd van de Gemeente Zwolle. De huurprijs per jaar bedraagt € 0,1 mln.

Ten behoeve van het parkeren worden van Stadion Zwolle Ontwikkeling BV 397 parkeerplaatsen (locatie: Ceintuurbaan 2 te Zwolle) gehuurd. De huurovereenkomst heeft een looptijd tot en met 31 maart 2012. De huurprijs bedraagt € 0,1 mln per jaar.

Tevens worden er 150 parkeerplaatsen gehuurd van de IJsselhallen Exploitatie Maatschappij BV voor een bedrag van € 81.000 per jaar. De huur is ingegaan per eind oktober 2009 en eindigt eind september 2011.

Nieuwbouw

Op 22 juni 2009 is de financieringsovereenkomst getekend met het bankenconsortium in verband met de nieuwbouw van het ziekenhuis. De Stichting Isala klinieken heeft een financieringsovereenkomst afgesloten ad € 442,5 mln met een looptijd van 24 jaar en een variabel rentepercentage (3-maands Euribor met een opslag van 2,6%; de opslag wordt op 31 december 2015 herzien). Als onderdeel van deze overeenkomst heeft de Stichting Isala klinieken een renteswap verkregen die ingaat op 23 juni 2009 en eindigt op 1 januari 2029. Door het aangaan van de renteswap wordt de variabele rente van de lening omgezet naar een vaste rente, groot 4,6%. De financiering wordt vanaf januari 2010 in delen opgenomen. Met het bankenconsortium BNG, Fortis Bank en Rabobank zijn voor de looptijd van de financieringsovereenkomst afspraken gemaakt over de minimale balanssolvabiliteit, de solvabiliteit bedrijfsopbrengsten en de debt service cover ratio. Aan het einde van de looptijd (1 januari 2029) zal de waarde van de renteswap nihil zijn.

In verband met de nieuwbouw van het ziekenhuis op locatie Sophia (Dr. van Heesweg) zijn voor de lopende nieuwbouwprojecten verplichtingen aangegaan. Ultimo 2009 bedroeg het obligo van de nieuwbouwprojecten € 245,0 mln.

De financieringsovereenkomst is bedoeld voor de bouw zelf, alle voorbereidingskosten, de aankoop en verbouw van de gebouwen aan de Dr. Spanjaardweg en de inventaris van het nieuwe gebouw. De eigenlijk bouw is in september 2009 van start gegaan.

Ten behoeve van de hoofdovereenkomst zijn diverse zekerheden gesteld:

- Akte van verpanding van roerende zaken tussen de zekerhedenagent als pandhouder en de debiteuren als pandgevers;
- Akte van stille verpanding van vorderingen tussen zekerhedenagent als pandhouder en de debiteuren als pandgevers;
- Akte van openbare verpanding van vorderingen tussen de zekerhedenagent als pandhouder en de debiteuren als pandgevers;
- Akte van hypotheek tussen de Stichting Isala klinieken en Isala Onroerend Goed BV als hypotheekgever en Coöperatieve Centrale Raiffeisen-Boerenleenbank BA als hypotheeknemer. In de akte is het specifiek onroerend goed dat hieronder valt in detail vermeld.

5.6 GECONSOLIDEERD MUTATIEVERZICHT IMMATERIËLE VASTE ACTIVA

	WTZi- / WMG- vergunningplichtige vaste activa		Subtotaal	Niet WTZi-/ WMG- gefinancierde vaste activa Goodwill	Totaal immateriële vaste activa
	Aanloopkosten	Emissie- en leningskosten			
Afschrijvingspercentage	2,5% (A-segment) / 33,3% (B-segment)				
Stand per 1 januari 2009					
Aanschafwaarde	131.569		131.569		131.569
Cumulatieve afschrijvingen	115.600		115.600		115.600
Boekwaarde	15.969		15.969		15.969
Mutaties boekjaar					
Investeringen	25.405.824		25.405.824		25.405.824
Afschrijvingen	8.153.418		8.153.418		8.153.418
Terugname geheel					
Afgeschreven activa					
Aanschafwaarde					
Afschrijvingen					
Desinvesteringen					
Aanschafwaarde	-131.569		131.569-		-131.569
Afschrijvingen	131.569		131.569		131.569
Stand per 31 december 2009					
Aanschafwaarde	25.405.824		25.405.824		25.405.824
Cumulatieve afschrijvingen	8.137.449		8.137.449		8.137.449
Boekwaarde	17.268.375		17.268.375		17.268.375

5.7 GECONSOLIDEERD MUTATIEOVERZICHT MATERIEËLE VASTE ACTIVA

	WTZi-vergunningsplichtige vaste activa					WTZi-meldingsplichtige vaste activa			
	Terreinen	Gebouwen	Installaties	Onder- handen projecten	Subtotaal	Instand- houding	Onder- handen projecten	Instand- houding tlv. trekkings- rechten	Subtotaal
Stand per 1 januari 2009									
Aanschafwaarde	7.481.872	89.601.284	25.105.241	21.013.079	143.201.476	20.373.889	1.300.853	10.371.763	32.046.505
Cumulatieve afschrijvingen	840.759	73.610.785	21.200.445		95.651.988	15.110.727	88.949	7.778.822	22.978.498
Boekwaarde	6.641.114	15.990.499	3.904.796	21.013.079	47.549.488	5.263.162	1.211.904	2.592.941	9.068.006
Mutaties boekjaar									
Investerings				-12.176.798	-12.176.798		5.637.077		5.637.077
Afschrijvingen	9.435	3.742.511	935.683		4.687.630	1.887.041	2.660.710	518.588	5.066.340
OHW geactiveerd		1.925.489		7.976.833	9.902.322	434.434	-434.434		
Bijzondere waardever- minderingen									
Terugname geheel afgeschreven activa									
Aanschafwaarde									
Afschrijvingen									
Desinvesteringen									
Aanschafwaarde		-244			-244	-4.129.185			-4.129.185
Afschrijvingen		244			244	4.129.185			4.129.185
Stand per 31 december 2009									
Aanschafwaarde	7.481.872	91.526.529	25.105.241	16.813.115	140.926.757	16.679.139	6.503.495	10.371.763	33.554.397
Cumulatieve afschrijvingen	850.194	77.353.052	22.136.128		100.339.374	12.868.584	2.749.659	8.297.410	23.915.654
Boekwaarde	6.631.678	14.173.476	2.969.113	16.813.115	40.587.383	3.810.554	3.753.836	2.074.353	9.638.743

(vervolg) Geconsolideerd mutatieoverzicht materiële vaste activa

	WMG-gefinancierde vaste activa				Niet-WTZi-/WMG-gefinancierde vaste activa					Totaal materiële vaste activa
	Inventaris	Inventaris uit lease	Onderhanden projecten	Subtotaal	Gebouwen	Installaties	Inventaris	Onderhanden projecten	Subtotaal	
Stand per 1 januari 2009										
Aanschafwaarde	92.675.498		8.250.615	100.926.113	29.764.636	4.474.591	2.111.084	7.937.684	44.287.995	320.462.089
Cumulatieve afschrijvingen	49.709.281		2.804.327	52.513.608	8.482.123	2.763.859	344.452		11.590.435	182.734.529
Boekwaarde	42.966.217		5.446.288	48.412.505	21.282.512	1.710.732	1.766.632	7.937.684	32.697.560	137.727.559
Mutaties boekjaar										
Investeringen			11.033.060	11.033.060				9.183.971	9.183.971	13.677.310
Afschrijvingen	11.370.111		1.206.241	12.576.352	1.428.006	246.347	253.745		1.928.098	24.258.419
OHW geactiveerd	14.022.977		-14.022.977		-2.221.245		259.182	-7.940.259	-9.902.322	
Bijzondere waardeverminderingen	3.101.638			3.101.638	1.021.000				1.021.000	4.122.638
Terugname geheel afgeschreven activa										
Aanschafwaarde										
Afschrijvingen										
Desinvesteringen										
Aanschafwaarde	-2.207.472			-2.207.472	-6.878.277				-6.878.277	-13.215.177
Afschrijvingen	1.784.362			1.784.362	6.878.277				6.878.277	12.792.067
Stand per 31 december 2009										
Aanschafwaarde	104.491.004		5.260.697	109.751.701	20.665.114	4.474.591	2.370.266	9.181.396	36.691.367	320.924.222
Cumulatieve afschrijvingen	62.396.668		4.010.568	66.407.236	4.052.853	3.010.206	598.197		7.661.256	198.323.519
Boekwaarde	42.094.336		1.250.129	43.344.465	16.612.262	1.464.385	1.772.069	9.181.396	29.030.111	122.600.703

5.8 OVERZICHT LANGLOPENDE SCHULDEN TOT EN MET 31 DECEMBER 2009

Lening	Jaar	Soort lening	Oorspronkelijk bedrag	Looptijd	Restschuld 31-Dec	Resterende looptijd	Restschuld over 5 jaar	Rente %	
BNG/ 1	1989	onderhands	6.579.813	20	-	-	-	5,600%	
BNG/ 2	1989	onderhands	4.991.582	20	-	-	-	7,100%	
BNG/ 4	2002	onderhands	5.585.127	24	3.956.132	17	2.559.850	4,680%	
BNG/ 5	2002	onderhands	5.672.253	25	4.084.022	18	2.722.681	5,010%	
NWB/ 7	1999	onderhands	2.280.245	30	1.520.163	20	1.064.114	4,310%	
BNG/ 10	2001	onderhands	1.919.679	14	822.720	6	137.120	5,140%	
BNG/ 11	1985	onderhands	1.542.853	30	308.607	6	51.472	6,175%	
BNG/ 12	1985	onderhands	2.359.657	30	471.968	6	78.699	6,175%	
Gem. Zwolle/ 16	1987	hypothecair	18.151.209	25	2.178.145	3	-	5,900%	
ABN-AMRO	1998	onderhands	1.134.451	20	-	-	-	6,270%	
ABN-AMRO	1998	onderhands	2.268.901	10	-	-	-	6,180%	
BNG/ 24	2001	onderhands	11.616.773	8	-	-	-	5,150%	
BNG/ 25	2001	onderhands	12.478.955	9	1.386.551	1	-	5,250%	
BNG/ 26	2001	onderhands	18.151.208	10	3.630.242	2	-	5,350%	
Gem. Zwolle/ 28	1994	onderhands	1.813.306	15	-	-	-	4,350%	
BNG/ 33	2003	onderhands	4.254.190	25	3.233.184	19	2.212.179	4,330%	
Rabo/ 37	2005	onderhands	9.000.000	10	5.400.000	6	900.000	3,730%	
Rabo/ 38	2006	onderhands	756.225	11	549.981	8	137.493	4,470%	
Rabo/ 39	2006	onderhands	17.200.000	8	10.750.000	5	-	4,300%	
Rabo/ 40	2006	onderhands	2.240.000	8	1.400.000	5	-	4,300%	
Rabo/ 41	2006	onderhands	560.000	8	350.000	5	-	4,300%	
Rabo/	2007	onderhands	9.000.000	10	7.200.000	8	1.800.000	4,460%	
Rabo/ a	2006	onderhands	3.000.000	26	2.760.000	23	2.040.000	4,710%	
Rabo/ b	2006	onderhands	2.300.000	11	1.840.000	8	460.000	4,520%	
Rabo/ c	2006	onderhands	600.000	6	360.000	3	-	4,310%	
			145.456.427		52.201.714		14.163.609		

(vervolg)

	Aflossingswijze	Gestelde zekerheid	Aflossingsbedrag	
			2009	2010
	Gelijken/Lineair	neg.pledge+pari passu verkl.	1.937.642	
	Gelijken/Lineair	neg.pledge+pari passu verkl.	2.520.749	
	Gelijken/Lineair	borgstelling Staat der Nederlanden	232.714	232.714
	Gelijken/Lineair	borgstelling Staat der Nederlanden	226.890	226.890
	Gelijken/Lineair	borgstelling Staat der Nederlanden	76.008	76.008
	Gelijken/Lineair	1e hyp. op onr.goed locatie Sophia (borgstelling Gem. Zwolle)	137.120	137.120
	Gelijken/Lineair	1e hyp. op onr.goed locatie Sophia (borgstelling Gem. Zwolle)	51.427	51.427
	Gelijken/Lineair	1e hyp. op onr.goed locatie Sophia (borgstelling Gem. Zwolle)	78.654	78.654
	Gelijken/Lineair	1e hyp. op onr.goed locatie Sophia (borgstelling Gem. Zwolle)	726.048	726.048
	Gelijken/Lineair	neg.pledge		
	Gelijken/Lineair	neg.pledge		
	Gelijken/Lineair	neg.pledge	1.452.097	
	Gelijken/Lineair	neg.pledge	1.386.551	1.386.551
	Gelijken/Lineair	neg.pledge	1.815.121	1.815.121
	Gelijken/Lineair	neg.pledge+pos.hyp.verkl. op onr.goed locatie Nieuwe Haven	120.887	
	Gelijken/Lineair	borgstelling Staat der Nederlanden	170.168	170.168
	Gelijken/Lineair	positieve/negatieve hypotheekverklaring + pari passu	900.000	900.000
	Gelijken/Lineair	neg.pledge+pari passu + cross default + material-adverse-change-clause	68.748	68.748
	Gelijken/Lineair	neg.pledge+pari passu + cross default + material-adverse-change-clause	2.150.000	2.150.000
	Gelijken/Lineair	neg.pledge+pari passu + cross default + material-adverse-change-clause	280.000	280.000
	Gelijken/Lineair	neg.pledge+pari passu + cross default + material-adverse-change-clause	70.000	70.000
	Gelijken/Lineair	neg.pledge+pari passu + cross default + material-adverse-change-clause+hoofdelijk aansprakelijkheid	900.000	900.000
	Gelijken/Lineair	neg.pledge+pari passu + cross default + hoofdelijke aansprakelijkheid + no-change-of-ownership	120.000	120.000
	Gelijken/Lineair	neg.pledge+pari passu + cross default + hoofdelijke aansprakelijkheid + no-change-of-ownership	230.000	230.000
	Gelijken/Lineair	neg.pledge+pari passu + cross default + hoofdelijke aansprakelijkheid + no-change-of-ownership	120.000	120.000
			15.770.822	9.739.448

5.9 TOELICHTING OP DE GECONSOLIDEERDE RESULTATENREKENING OVER 2009

5.9.1 Aansluiting totaal resultaat met resultaat segmenten

	2009	2008
- Stichting Isala klinieken (gecorrigeerd i.v.m. voorziening negatief eigen vermogen)	12.088.690	11.233.427
- Isala BV	-1.592.000	0
- IC2it BV	-542.278	-60.679
- Isala La Gourmande BV	-718.807	-909.876
- Isala Onroerend Goed BV	2.832.361	-117.272
- Dermatologisch centrum Isala BV (aandeel Isala Behandel- en Onderzoek Centra BV)	160.749	93.302
- Isala Vastgoed BV	-171	-1.133
Resultaat na belasting volgens geconsolideerde resultatenrekening	12.228.545	10.237.769

5.9.2.1 Wettelijk budget aanvaardbare kosten Ziekenhuis

	2009	2008
Totaal wettelijk budget voor aanvaardbare kosten voorgaand jaar	266.768.669	274.196.968
Productieafspraken verslagjaar	-66.385	4.302.810
Mutatie:		
DBC B-segment overige loon- en materiële kosten	-13.123.207	-11.262.213
Korting obv differentiatie-indicator	-813.840	-3.882.832
Dure geneesmiddelen	722.123	1.665.655
	-13.214.924	-13.479.390
Calculatieschema:		
Overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling	-2.527.407	2.951.518
Prijsindexatie materiële kosten	-10.527	11.212
Efficiencykorting	0	0
	-2.537.934	2.962.730
Uitbreiding erkenning en toelating:		
loonkosten	1.391.402	-323.666
materiële kosten	0	0
normatieve kapitaalslasten	0	0
	1.391.402	-323.666
Beleidsmaatregelen overheid:		
wachttijstmiddelen	0	0
zorgvernieuwing	171.673	537.823
	171.673	537.823
Nacalculeerbare kapitaalslasten:		
rente	5.961.281	-667.253
afschrijvingen	10.145.336	619.452
overige	-60.958	57.365
schoning kapitaalslasten B-segment	0	-1.971.371
	16.045.659	-1.961.807
Overige mutaties:	415.814	533.201
Subtotaal wettelijk budget boekjaar	268.973.974	266.768.669
Correcties voorgaande jaren	1.546.817	50.724
Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten	270.520.791	266.819.393

5.9.2.2 Wettelijk budget aanvaardbare kosten Ouderenzorg

	2009	2008
Totaal wettelijk budget voor aanvaardbare kosten	0	7.336.877
Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten	0	7.336.877

Door de overname van Isala Ouderenzorg per 1 mei 2008 door Stichting Woonzorgconcern IJsselheem zijn vier maanden opgenomen voor Ouderenzorg.

5.9.3 DBC opbrengsten B-segment

	2009	2008
Gefactureerde omzet DBC B-segment	80.162.132	46.653.053
Mutatie onderhanden werk DBC B-segment	7.565.114	5.348.611
Totaal DBC opbrengsten B-segment	87.727.246	52.001.664

De toename ten opzichte van 2008 komt door de landelijke uitbreiding van het B-segment per 1 januari 2009 en het overloopeffect van de uitbreiding in 2008.

In 2009 zijn 53.493 DBC's gefactureerd, in 2008 waren dat er 29.615. Bij deze aantallen gefactureerde DBC's moet worden opgemerkt dat het crediteringsproces alleen financieel wordt verwerkt, niet in de aantallen.

5.9.4 Niet-gebudgetteerde zorgprestaties

	2009	2008
Zorgprestaties tussen instellingen (WDS)	5.437.837	4.720.610
Totaal niet-gebudgetteerde zorgprestaties	5.437.837	4.720.610

De vergoeding zorgprestaties tussen instellingen is in 2009 € 717.000 hoger dan in 2008. Dit wordt met name veroorzaakt door:

- hogere vergoeding Laboratorium voor Medische Microbiologie en Infectieziekten (€ 142.000);
- hogere vergoeding Laboratorium voor Pathologie, hoofdzakelijk als gevolg van doorberekende onderzoekskosten Dermatologisch centrum Isala BV (€ 147.000);
- met ingang van 2009 zijn met het Medisch Centrum van de Vrije Universiteit Amsterdam afspraken gemaakt over de nazorg van de in Amsterdam behandelde oncologische patiënten. Over 2009 gaat het om tien patiënten (€ 391.270).

5.9.5 Overige bedrijfsopbrengsten

	2009	2008
Overige dienstverlening	2.862.778	3.067.952
Overige subsidies	14.394.342	13.612.540
Opbrengsten derden	3.688.407	1.991.137
Opbrengsten algemene en administratieve diensten	5.633.041	5.365.969
Opbrengsten andere diensten en verrichtingen	2.653.550	2.742.108
Opbrengsten patiëntgebonden functies	8.365.623	5.970.433
Opbrengsten technische en/of agrarische diensten	366.248	271.787
Overige bedrijfsopbrengsten	0	1.279.519
Totaal overige opbrengsten	37.963.989	34.301.445

Overige dienstverlening

In vergelijking met 2008 is de opbrengst overige dienstverlening gedaald. Dit wordt met name veroorzaakt door een daling van de parkeeropbrengsten op locatie Sophia als gevolg van de voorbereidende werkzaamheden voor de nieuwbouw.

Overige subsidies

De opbrengst overige subsidies is ten opzichte van 2008 € 0,8 mln hoger als gevolg van meer opleidingsplaatsen en subsidies opleidingen.

Opbrengsten derden

In vergelijking met 2008 zijn de opbrengsten derden € 1,5 mln hoger, dit wordt met name veroorzaakt door extra opbrengsten bij Isala La Gourmande BV en IC2it BV.

Opbrengsten algemene en administratieve diensten

De post opbrengsten algemene en administratieve diensten bestaat hoofdzakelijk uit doorberekende salariskosten van administratief personeel en de vergoeding voor facturatie voor de maatschappen.

Opbrengsten andere diensten en verrichtingen

Onder opbrengsten andere diensten en verrichtingen worden met name doorberekende sociale lasten verantwoord en de opbrengst van de verhuur van gebouwen aan derden.

Opbrengsten patiëntgebonden functies

Onder de opbrengsten patiëntgebonden functies worden met name de doorberekende salariskosten van medisch personeel verantwoord, doorberekening van geneesmiddelen en de ontvangen vergoeding voor de Affiliatie en onderwijscoördinator. In 2009 zijn hier ook de opbrengsten verantwoord van de in gebruik genomen MICU (Mobiël Intensive Care Unit). Tevens is in 2009 een opbrengst verantwoord van € 2,3 mln uit hoofde van gefactureerde IC-omzet die aan het ziekenhuis kan worden toegerekend.

Opbrengsten technische en/of agrarische diensten

De stijging van de opbrengsten technische en/of agrarische diensten van € 0,1 mln wordt met name veroorzaakt door de externe doorberekening aan Stichting Woonzorgconcern IJsselheem vanaf mei 2008 (overdracht Isala Ouderenzorg).

Overige bedrijfsopbrengsten

De post overige bedrijfsopbrengsten in 2008 bestond onder andere uit de opbrengst van de verkoop van grond aan de Gemeente Zwolle en de overdracht van Isala Ouderenzorg aan Stichting Woonzorgconcern IJsselheem.

5.9.6 Personeelskosten

	2009	2008
Lonen en salarissen	161.793.596	152.675.801
Sociale lasten	20.121.272	20.251.526
Pensioenpremies	13.618.515	12.621.367
Andere personeelskosten	7.180.877	6.246.966
	202.714.260	191.795.659
Personeel niet in loondienst	9.156.671	7.342.660
Totaal personeelskosten	211.870.931	199.138.319

Stichting Isala klinieken, IC2it BV en Dermatologisch centrum Isala BV

De post lonen en salarissen is negatief beïnvloed door dotatie op de voorzieningen jubilea, langdurig zieken, Inlooprisico WGA, vakantie-uren en de reorganisatievoorziening. In de stijging van de lonen en salarissen is begrepen een CAO-stijging van 1,80% op jaarbasis (1% loonsverhoging per 1 juli; verhoging eindejaarsuitkering met 1%; eenmalige uitkering 0,30% berekend over het jaarsalaris, met een minimum van € 75). De sociale lasten worden in 2009 positief beïnvloed door lagere werkgeverslasten, met name de bijdrage Zorgverzekeringswet en de Werkloosheidswet zijn daar de oorzaak van. De WAO-premie is iets gestegen (0,02%).

De pensioenpremies zijn ten opzichte van 2008 gestegen. Door CAO-afspraken is de verdeling van de premie gewijzigd per 1 juli in 50% werkgever (was 48%) en 50% werknemer. Kosten personeel niet in loondienst nemen ten opzichte van 2008 toe met circa € 1,8 mln. Deze toename is vooral zichtbaar bij IC2it BV: € 1,7 mln. Overige toename is een stijging binnen de Stichting Isala klinieken. De totale gemiddelde salariskosten, exclusief sociale lasten, zijn gestegen van € 39.950 in 2008 naar € 40.859 in 2009. De stijging van het brutosalaris met 2,27% is onder andere verklaarbaar door aanpassing CAO, hogere toeslagen (ORT en overwerk) en anciënniteitseffecten.

Isala La Gourmande BV

De werknemers van Isala La Gourmande BV vallen onder de CAO Catering. De salarissen zijn per 1 april 2009 verhoogd met 3% en per 1 oktober met 0,50% conform CAO-afspraken de dato 1 april 2008.

Verdeling personeelsleden (in fte)	2009	2008
Stichting Isala klinieken	3.798	3.645
IC2it BV	60	49
Dermatologisch centrum Isala BV	25	20
Isala La Gourmande BV	17	12
Totaal gemiddeld aantal fte's	3.900	3.726

5.9.7 Afschrijvingen immateriële en materiële vaste activa

	2009	2008
Nacalculeerbare afschrijvingen:		
- immateriële vaste activa	8.153.418	51.196
- materiële vaste activa	9.753.969	7.340.259
Overige afschrijvingen:		
- materiële vaste activa	14.479.305	13.509.253
- financiële vaste activa	0	8.427
Totaal afschrijvingen vaste activa	32.386.692	20.909.135

Nacalculeerbare afschrijvingen

De nacalculeerbare afschrijvingskosten 2009 zijn 10,5 mln hoger dan in 2008. In 2009 is gestart met het afschrijven van het kortetermijnhuisvestingsplan. In 2009 heeft dit geleid tot een afschrijvingslast van € 2,8mln.

In verband met de nieuwbouw van het ziekenhuis zijn in februari 2009 respectievelijk december 2009 eindafrekeningen ingediend bij het College bouw zorginstellingen (CBZ). De additionele afschrijvingslast hiervan bedraagt € 8,8 mln. De afschrijvingskosten van de plan-, aanloop- en ontwikkelkosten van de nieuwbouw zijn verantwoord onder de immateriële vaste activa. Daarnaast is een deel van de onderliggende activa gedurende 2009 volledig afgeschreven en vervolgens gedesinvesteerd.

Overige afschrijvingen materiële vaste activa

De overige afschrijvingskosten zijn in 2009 € 1,0 mln hoger dan in 2008.

Aansluiting afschrijvingen w&v - vergoeding nacalculeerbare afschrijvingslasten	2009
Totaal afschrijvingslasten resultatenrekening	32.386.692
- waarvan nacalculeerbare afschrijvingen	17.907.387
In het extern budget verwerkte vergoeding voor nacalculeerbare afschrijvingslasten:	
- WTZi-vergunningsplichtige vaste activa	21.978.815
- WTZi-meldingsplichtige vaste activa	2.424.287
Totaal vergoeding nacalculeerbare afschrijvingslasten	24.403.102
- WMG-gefinancierde vaste activa	9.764.953
Totaal vergoeding nacalculeerbare en WMG-gefinancierde afschrijvingslasten	34.168.055

5.9.8 Bijzondere waardeverminderingen van vaste activa

	2009	2008
- Inventaris en apparatuur	3.101.638	1.000.000
- Gebouwen	1.021.000	7.500.000
Totaal bijzondere waardeverminderingen van vaste activa	4.122.638	8.500.000

Op grond van titel 9 BW2 en RJ 655.315 voor zorginstellingen is beoordeeld of sprake is van een bijzondere waardevermindering op materiële vaste activa. In 2009 zijn vier bijzondere waardeverminderingen verwerkt:

- € 0,6 mln afwaardering inventaris Isala La Gourmande BV;
- € 2,5 mln afwaardering inventaris en apparatuur vanwege het niet verhuizen van activa naar de nieuwbouwlocatie;
- € 1,0 mln afwaardering gebouw Nervistraat;
- € 0,1 mln afwaardering PET CT.

In de vergelijkende cijfers is € 1,0 mln voor versnelde afschrijving (PET CT € 0,8 mln en SPECT CT € 0,2 mln) onder inventaris en apparatuur opgenomen. De € 7,5 mln onder de gebouwen betreft de afschrijving op locatie Weezenlanden.

5.9.9 Overige bedrijfskosten

	2009	2008
Voedingsmiddelen en hotelmatige kosten	12.295.827	11.709.402
Algemene kosten	19.745.731	21.074.781
Patiënt- en bewonersgebonden kosten	89.137.666	86.289.103
Onderhouds- en energiekosten	6.662.033	6.376.503
Huur en leasing	1.767.772	1.497.082
Dotaties en vrijvalvoorzieningen	6.532.986	1.605.574
Overige bedrijfskosten	435.885	1.345
Totaal overige bedrijfskosten	136.577.900	128.553.790

De hotelmatige kosten zijn € 0,6 mln hoger, door de stijging van kosten voor afvalverwerking in verband met verscherpte maatregelen voor verwijdering afval, door stijging van kosten voor aanschaf meubilair en stoffering, door hogere waskosten en door stijging kosten van extern vervoer.

Onder de post algemene kosten zijn de ICT-kosten ruim € 2,0 mln hoger. In de overige algemene kosten zijn in 2009 de kosten van de reservering van € 6,2 mln opgenomen voor de budgetvergoeding afschrijvingskosten gebouwen inzake de bouwafrekeningen College bouw zorginstellingen eerste deel (2008 € 5,9 mln) en tweede deel (2009 € 0,3 mln). Deze reservering is op de balans gepresenteerd onder de overlopende passiva. Verder zijn in 2009 voor € 0,5 mln kosten verwerkt in verband met het BSN (burger service nummer). Als gevolg van de goedkeuring van de nacalculatie 2008 is in 2009 een bedrag van ruim € 9,0 mln aan in 2008 opgenomen reserveringen ten gunste van het resultaat gebracht.

Binnen de patiëntgebonden kosten is een stijging voor kosten laboratorium van € 1,0 mln als gevolg van productie-stijging. De kosten voor geneesmiddelen zijn € 3,0 mln hoger; hier tegenover staat een hogere vergoeding voor dure geneesmiddelen van € 0,7 mln.

De post voor hulpmiddelen, protheses en implantaten ligt ca € 0,3 mln hoger door hogere productie.

De kosten voor onderhoud instrumentarium en apparatuur zijn in 2009 veel lager, omdat in 2008 een reservering is opgenomen van € 1,4 mln voor achterstallig onderhoud.

De kosten binnen de terrein- en gebouwgebonden kosten zijn ruim € 0,5 mln hoger in verband met uitgevoerde werkzaamheden voor onderhoud gebouwen die niet vanuit het kortetermijnhuisvestingsplan (KTHP) zijn bekostigd. De huurkosten zijn met name hoger door uitbreiding van huur van parkeerplaatsen, nieuwe huurcontracten voor huisvesting in het gebouw van de Arbo-Unie en het Dialysecentrum in Meppel, en verder voor huur van nieuwe koffiemachines.

De stijging voor de dotaties wordt voornamelijk veroorzaakt door de dotatie aan de voorziening sloopkosten (€ 4,6 mln). De overige bedrijfskosten zijn hoger als gevolg van een btw-reservering in verband met te betalen integratieheffing voor ondergrond nieuwbouw Isala bij oplevering van het nieuwe pand.

5.9.10 Financiële baten en lasten

	2009	2008
Rentebaten	2.013.634	8.289.186
Resultaat deelnemingen	17.481	26.809
Rentelasten	-6.246.791	-5.889.938
Totaal financiële baten en lasten	-4.215.677	2.426.057

Het resultaat deelnemingen betreft het Leefstijl Trainings Centrum NV uit Dalfsen.

De rentebaten waren in vergelijking met 2008 fors lager. De grootste daling wordt veroorzaakt door de ontvangen rente op depot € 2,1 mln en rekening-courant € 2,5 mln. Dit als gevolg van een daling van de liquide middelen en de daling van de rentepercentages die hieraan ten grondslag liggen. Voor de rente SWAP is € 131.000 opgenomen onder de rentelasten. In de rentelasten 2009 is inbegrepen € 3,0 mln inzake de nieuwbouw (afsluitprovisie, agency fee, leningskosten ter verkrijging lening en bereidstellingsprovisie).

5.9.11 Honoraria accountant

	2009	2008
Controle van de jaarrekening	124.404	128.218
Overige controlewerkzaamheden (w.o. regeling AO/IC en Nacalculatie)	72.371	52.249
Fiscale advisering	0	0
Niet-controlediensten	64.618	75.605
Totaal honoraria accountant	261.393	256.072

5.10 ENKELVOUDIGE BALANS PER 31 DECEMBER 2009

	2009	2008
Activa		
<i>Vaste activa</i>		
Financiële vaste activa	3.351.532	3.281.474
Totaal activa	3.351.532	3.281.474
Passiva		
Eigen vermogen	171.391	101.359
Kortlopende schulden	3.180.142	3.180.115
Totaal passiva	3.351.532	3.281.474

5.11 ENKELVOUDIGE RESULTATENREKENING

	2009	2008
Bedrijfsopbrengsten		
Overige opbrengsten	288.403	307.783
Som der bedrijfsopbrengsten	288.403	307.783
Bedrijfslasten		
Overige bedrijfskosten	288.429	307.783
Som der bedrijfslasten	288.429	307.783
Bedrijfsresultaat	-26	0
Financiële baten en lasten	70.058	32.624
Resultaat boekjaar	70.032	32.624

5.12 GRONDSLAGEN VAN WAARDERING EN RESULTAATBEPALING
ENKELVOUDIGE JAARREKENING

De grondslagen van waardering en resultaatbepaling zijn conform de Grondslagen van waardering en resultaatbepaling van de geconsolideerde jaarrekening opgenomen onder 5.1.4.

5.13 TOELICHTING OP DE ENKELVOUDIGE BALANS 2009

Op 7 september 2006 is de Stichting Holding Isala klinieken opgericht. Deze stichting heeft een financieel belang van 100% in Isala BV en voert het bestuur over de Stichting Isala klinieken. Isala BV is op 11 december 2006 opgericht en heeft een financieel belang van 100% in Isala Business BV, Isala Onroerend Goed BV en Isala Behandel- en Onderzoek Centra BV.

In 2007 zijn activiteiten gestart in de groepsmaatschappijen van de Stichting Holding Isala klinieken, namelijk de exploitatie van onroerend goed (Isala Onroerend Goed BV), de productie en levering van maaltijden (Isala La Gourmande BV) en dermatologische zorg (Dermatologisch centrum Isala BV). Vanaf 1 januari 2008 is gestart met ICT-activiteiten in IC2it BV.

Financiële vaste activa	
Stand per 1 januari 2009	3.281.474
Mutaties boekjaar 2009	
resultaat Isala Business BV (IC2it BV)	-542.278
resultaat Isala Behandel- en Onderzoek Centra BV (Dermatologisch centrum Isala BV)	160.749
resultaat Isala BV (inclusief bijzondere waardevermindering)	451.587
Totaal mutaties boekjaar 2009	70.058
Stand deelneming in Isala BV per 31 december 2009	3.351.533

Eigen vermogen	
De mutatie is als volgt tot stand gekomen:	
Stand per 1 januari 2009	101.359
af: vanuit winstbestemming	70.032
Totaal eigen vermogen	171.391

Kortlopende schulden	2009	2008
Rekening-courant met Stichting Isala klinieken	3.937.912	3.649.483
Rekening-courant met Isala BV	-739.770	-451.368
Rekening-courant met Isala Behandel- en Onderzoek Centra BV	-18.000	-18.000
Totaal kortlopende schulden	3.180.142	3.180.115

5.14 TOELICHTING OP DE ENKELVOUDIGE RESULTATENREKENING 2009

Overige opbrengsten	2009	2008
Doorbelaste concernkosten	288.403	307.783
Totaal overige opbrengsten	288.403	307.783

Onder de doorbelaste concernkosten vallen Isala-brede activiteiten. Deze kosten worden gemaakt door de Stichting Isala klinieken en doorberekend aan de Stichting Holding Isala klinieken. Uiteindelijk worden de kosten toegerekend aan de werkmaatschappijen (Isala Onroerend Goed BV, Dermatologisch centrum Isala BV, IC2it BV, Isala La Gourmande BV).

Overige bedrijfskosten	2009	2008
Concernkosten	288.429	307.783
Totaal overige bedrijfskosten	288.429	307.783

Onder de doorbelaste concernkosten vallen Isala-brede activiteiten. Deze kosten worden gemaakt door de Stichting Isala klinieken en doorberekend aan de Stichting Holding Isala klinieken. Uiteindelijk worden de kosten toegerekend aan de werkmaatschappijen (Isala Onroerend Goed BV, Dermatologisch centrum Isala BV, IC2it BV, Isala La Gourmande BV).

Financiële baten en lasten	2009	2008
Resultaat deelneming Isala BV (Dermatologisch centrum Isala BV)	160.749	93.303
Resultaat deelneming Isala BV (IC2it BV)	-542.278	-60.678
Resultaat deelneming Isala BV (inclusief bijzondere waardevermindering)	451.587	0
Totaal financiële baten en lasten	70.058	32.625

5.15 OVERIGE GEGEVENS ENKELVOUDIGE JAARREKENING

Resultaatbestemming

Het resultaat is volledig aan het eigen vermogen toegevoegd.

5.16 AANVULLENDE GEGEVENS

5.16.1 Vaststelling en goedkeuring jaarrekening

De Raad van Bestuur van de Stichting Holding Isala klinieken heeft de jaarrekening 2009 vastgesteld in de vergadering van 18 mei 2010.

De Raad van Toezicht van de Stichting Holding Isala klinieken heeft de jaarrekening 2009 goedgekeurd in de vergadering van 18 mei 2010.

5.16.2 Resultaatbestemming

Geconsolideerd resultaat na belastingen Stichting Holding Isala klinieken voor winstbestemming	€ 12.228.545
Resultaatbestemming Ziekenhuis	
Ten gunste van Algemene reserve	€ 0
Ten gunste van Reserve aanvaardbare kosten, gebonden vermogen	€ 10.354.005
Ten gunste van Reserve aanvaardbare kosten, rendementsdeling	€ 298.745
Ten laste van Reserve aanvaardbare kosten, vrij vermogen	€ 0
Totaal resultaatbestemming Ziekenhuis	€ 10.652.750
Resultaatbestemming BV's	
Ten laste van Algemene reserve IC2it BV	€ -542.278
Ten laste van Algemene reserve Isala La Gourmande BV	€ -718.807
Ten gunste van Algemene reserve Isala Onroerend Goed BV	€ 2.832.361
Ten gunste van Algemene reserve Dermatologisch centrum Isala BV	€ 160.750
Ten laste van Algemene reserve Isala Vastgoed BV	€ -171
Uitkering dividend aan Isala Behandelen- en Onderzoek Centra BV	€ -156.060
Totaal resultaatbestemming BV's	€ 1.575.795

5.16.3 Ondertekening door bestuurders en toezichthouders

Vaststelling door de Raad van Bestuur
d.d. 18 mei 2010

Goedgekeurd door de Raad van Toezicht
d.d. 18 mei 2010

mevrouw drs. M. Sint

mr. R.F. van den Bergh

R.A. Thieme Groen, arts

M.A.M. Bekkers

mevrouw drs. E.F. Bos

prof. dr. N.S. Klazinga

dr. R. Scheerens

R.A. Steenbergen

mevrouw drs. J.J. Zandbergen-de Zeeuw

5.16.4 Accountantsverklaring



Aan: de Raad van Bestuur van Stichting Holding Isala klinieken

Accountantsverklaring

Verklaring betreffende de jaarrekening

Wij hebben de in dit Maatschappelijk Jaardocument opgenomen jaarrekening 2009 van Stichting Holding Isala klinieken te Zwolle bestaande uit de balans per 31 december 2009 en de resultatenrekening over 2009 met de toelichting gecontroleerd.

Verantwoordelijkheid van de Raad van Bestuur

De Raad van Bestuur van Stichting Holding Isala klinieken is verantwoordelijk voor het opmaken van de jaarrekening die het vermogen en het resultaat getrouw dient weer te geven, alsmede voor het opstellen van het jaarverslag, beide in overeenstemming met de Regeling Verslaggeving WTZi. Deze verantwoordelijkheid omvat onder meer: het ontwerpen, invoeren en in stand houden van een intern beheersingssysteem relevant voor het opmaken van en getrouw weergeven in de jaarrekening van vermogen en resultaat, zodanig dat deze geen afwijkingen van materieel belang als gevolg van fraude of fouten bevat, het kiezen en toepassen van aanvaardbare grondslagen voor financiële verslaggeving en het maken van schattingen die onder de gegeven omstandigheden redelijk zijn.

Verantwoordelijkheid van de accountant

Onze verantwoordelijkheid is het geven van een oordeel over de jaarrekening op basis van onze controle. Wij hebben onze controle verricht in overeenstemming met Nederlands recht. Dienovereenkomstig zijn wij verplicht te voldoen aan de voor ons geldende gedragsnormen en zijn wij gehouden onze controle zodanig te plannen en uit te voeren dat een redelijke mate van zekerheid wordt verkregen dat de jaarrekening geen afwijkingen van materieel belang bevat. Een controle omvat het uitvoeren van werkzaamheden ter verkrijging van controle-informatie over de bedragen en de toelichtingen in de jaarrekening. De keuze van de uit te voeren werkzaamheden is afhankelijk van de professionele oordeelsvorming van de accountant, waaronder begrepen zijn beoordeling van de risico's van afwijkingen van materieel belang als gevolg van fraude of fouten. In die beoordeling neemt de accountant in aanmerking het voor het opmaken van en getrouw weergeven in de jaarrekening van vermogen en resultaat relevante interne beheersingssysteem, teneinde een verantwoorde keuze te kunnen maken van de controlewerkzaamheden die onder de gegeven omstandigheden adequaat zijn maar die niet tot doel hebben een oordeel te geven over de effectiviteit van het interne beheersingssysteem van Stichting Holding Isala klinieken.

ISALA9/10X00056296N1P

KPMG Accountants N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263883, is een dochtermaatschappij van KPMG Europe LLP en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ("KPMG International"), een Zwitserse entiteit.

147



Tevens omvat een controle onder meer een evaluatie van de aanvaardbaarheid van de toegepaste grondslagen voor financiële verslaggeving en van de redelijkheid van schattingen die de Raad van Bestuur van de stichting heeft gemaakt, alsmede een evaluatie van het algehele beeld van de jaarrekening.

Wij zijn van mening dat de door ons verkregen controle-informatie voldoende en geschikt is als basis voor ons oordeel.

Oordeel

Naar ons oordeel geeft de jaarrekening een getrouw beeld van de grootte en de samenstelling van het vermogen van Stichting Holding Isala klinieken te Zwolle per 31 december 2009 en van het resultaat over 2009 in overeenstemming met de Regeling Verslaggeving WTZi.

Verklaring betreffende andere wettelijke voorschriften en/of voorschriften van regelgevende instanties

Op grond van de wettelijke verplichting ingevolge artikel 2:393 lid 5 onder f BW melden wij dat het jaarverslag, voor zover wij dat kunnen beoordelen, verenigbaar is met de jaarrekening zoals vereist in artikel 2:391 lid 4 BW.

Amstelveen, 18 mei 2010

KPMG ACCOUNTANTS N.V.

D.W. Voetelink RA

Bijlagen



Bijlage 1: Kerngegevens Isala klinieken

- Nadere typering medisch-specialistische instellingen
- Bijzondere concernonderdelen
- Specialismen medisch-specialistische instellingen
- AWBZ-functies geleverd door het concern
- Overige AWBZ-functies geleverd door het concern
- Overige zorg geleverd door het concern
- Doelgroepen cliënten AWBZ-zorg
- Zorgkantoorregio's
- Personeelsinformatie

Bijlage 2: Kwaliteit van de organisatie:

- Kwaliteitsmanagementsystemen
- Kwaliteitscertificaten, -labels of accreditaties

Bijlage 3: Wet bijzondere medische verrichtingen

- Financiële verantwoording traumacentrum Zwolle 2009

Bijlage 4: Wet openbaarmaking uit publieke middelen gefinancierde topinkomens (WOPT)

BIJLAGE 1: KERNGEGEVENS ISALA KLINIEKEN

Nadere typing medisch-specialistische instellingen	ja/nee
Universitair Medisch Centrum	nee
Algemeen Ziekenhuis	ja
Revalidatiecentrum	nee
Dialysecentrum	ja
Brandwondencentrum	nee
Astmacentrum	nee
Abortuskliniek	nee
Epilepsiecentrum	nee
Integraal Kankerinstituut	nee
Radiotherapeutisch centrum	ja
Traumacentrum	ja
Sanatorium	nee
Militair Ziekenhuis	nee
Zelfstandig Behandelcentrum (ZBC)	nee
Ziekenhuiszorg > 365 dagen	ja
Overig	nee

Bijzondere concernonderdelen	ja/nee
Audiologisch Centrum	nee
Ambulancedienst en/of CPA	nee
Trombosedienst	ja
Medisch laboratorium en/of huisartsenlaboratorium	ja
Erfelijkheidscentrum	nee
Apotheek	ja
Huisartsenpost	nee
Gezondheidscentrum	nee

Specialismen medisch-specialistische instellingen	ja/nee
Anesthesiologie	ja
Algemene Heelkunde	ja
Cardiochirurgie	ja
Cardiologie	ja
Dermatologie	ja
Gynaecologie	ja
Hematologie	ja
Interne Geneeskunde	ja
Kaakchirurgie	ja
Keel-, neus- en oorheelkunde	ja
Kindergeneeskunde	ja
Klinische Chemie	ja
Klinische Genetica	nee
Klinische Oncologie	ja
Klinische pathologie	ja
Maag- darm-, leverziekten	ja
Medische microbiologie	ja
Mondziekten	ja
Neurologie	ja
Neurochirurgie	ja
Nierziekten	ja
Nucleaire geneeskunde	ja
Oogheelkunde	ja
Orthopedie	ja
Plastische chirurgie	ja
Pulmonologie	ja
Psychiatrie	ja
Radiodiagnostiek	ja
Radiotherapie	ja
Reumatologie	ja
Revalidatie	ja
Thoraxchirurgie	ja
Urologie	ja
Vaatchirurgie	ja
Verloskunde	ja
Overig	ja

Nr.	Zorgkantoorregio	ja/nee	Nr.	Zorgkantoorregio	ja/nee
1	Groningen	nee	17	Amstelland en De Meerlanden	nee
2	Friesland	nee	18	Zuid-Holland Noord	nee
3	Drenthe	nee	19	Haaglanden	nee
4	Zwolle	ja	20	Delft Westland Oostland	nee
5	Twente	nee	21	Midden Holland	nee
6	Apeldoorn, Zutphen e.o.	nee	22	Rotterdam	nee
7	Midden IJssel	nee	23	Nieuwe Waterweg Noord	nee
8	Arnhem	nee	24	Zuid-Hollandse eilanden	nee
8	Nijmegen	nee	25	Waardenland	nee
10	Utrecht	nee	26	Zeeland	nee
11	Flevoland	nee	27	West-Brabant	nee
12	't Gooi	nee	28	Midden-Brabant	nee
13	Noord-Holland Noord	nee	29	Noordoost Brabant	nee
14	Kennemerland	nee	30	Zuidoost-Brabant	nee
15	Zaanstreek/Waterland	nee	31	Noord- en Midden-Limburg	nee
16	Amsterdam	nee	32	Zuid-Limburg	nee

Ingehuurd personeel en zelfstandigen	Kosten van ingehuurd personeel en zelfstandigen in verslagjaar, in euro's
Uitzendkrachten en overige inhuur, verpleegkundig, verzorgend en sociaal(ped)agogisch	3.045.000
Inhuur van management en staf; algemeen en administratief	6.112.000
Overige uitzendkrachten en overig ingehuurd personeel	324.000
Totaal ingehuurd personeel en zelfstandigen	9.481.000

Onbetaald personeel	Gemiddeld aantal werkzame personen in verslagjaar
Stagiaires verpleegkundig, verzorgend en sociaal(ped)agogisch	81
Overige stagiaires	89
Vrijwilligers	200
Totaal stagiaires en vrijwilligers	370

Personeel in loondienst	salarissen van personeel in loondienst in verslagjaar, in euro's	aantal werkzame personen per einde verslagjaar	aantal fte's per einde verslagjaar
Personeel patiënt- en cliëntgebonden functies in loondienst			
Management en staf patiënt- en cliëntgebonden functies	6.490.000	166	134
Personeel medische elektronica, revalidatie-techniek en onderzoeksfuncties	18.745.000	789	546
Personeel behandel- en behandelings-ondersteuning	10.103.000	294	272
Personeel psychosociale behandeling en begeleiding	749.000	25	19
Verpleegkundigen en sociaal (ped)agogische hulpverleners	54.997.000	2.081	1.415
Subtotaal verpleegkundig, verzorgend en sociaal- (ped)agogisch personeel	91.084.000	3.355	2.386
Medisch en sociaalwetenschappelijke functies	17.768.000	288	256
Subtotaal personeel patiënt- en cliëntgebonden functies in loondienst	108.852.000	3.643	2.642
Leerling-verpleegkundig, verzorgend en sociaal-(ped)agogisch personeel in loondienst			
Verpleegkundigen en sociaal (ped)agogische hulpverleners in opleiding (niveau 5)	268.000	18	9
Verpleegkundigen en sociaal (ped)agogisch werk(st)ers in opleiding (niveau 4)	607.000	27	12
Overig leerling-verpleegkundig, verzorgend en sociaal-(ped)agogisch personeel in loondienst	436.000	13	13
Subtotaal leerling-verpleegkundig, verzorgend en sociaal- (ped)agogisch personeel in loondienst	1.311.000	58	34
Management en ondersteunend personeel in loondienst			
Personeel algemene en administratieve functies	27.652.000	1.146	737
Personeel hotelfuncties	10.519.000	615	365
Personeel terrein- en gebouwgebonden functies	1.129.000	39	37
Subtotaal management en ondersteunend personeel in loondienst	39.300.000	1.800	1.139
Totaal personeel in loondienst	149.463.000	5.501	3.815

BIJLAGE 2: KWALITEIT VAN DE ORGANISATIE

- Gehanteerde kwaliteitssystemen;
- Kwaliteitscertificaten, -labels of accreditaties

Gehanteerde kwaliteitssystemen		Toelichting:
HKZ	ja	NIAZ : Isala klinieken
MIK-V	nee	HKZ : Nierdialyse (certificaat)
ISO	ja	ISO : Isala Facilitair (certificaat)
NIAZ/INK	ja	Ziekenhuisapothek
MKG	nee	
zorgkwaliteitseisen	nee	
overige systemen	ja	

Overige systemen

JACIE : stamceltransplantatie

GMP-Z : Productie-unit Ziekenhuisapothek

CCKL : Klinisch Chemisch Laboratorium, Fertiliteitlaboratorium, Laboratorium Pathologie, Laboratorium voor Medische Microbiologie, Laboratorium Ziekenhuisapothek

Kwaliteitscertificaten, -labels of accreditaties				
naam	reikwijdte	datum uitreiking	datum expiratie geldigheid	toetsende instantie
NIAZ	Initiële accreditatie	september 2007	september 2011	NIAZ
ISO	Isala Facilitair	23 februari 2007	23 februari 2010	Det Norske Veritas Certification B.V.
ISO	Ziekenhuisapothek	1 juli 2007	1 juli 2010	KEMA
CCKL	Klinisch Chemisch Laboratorium	29 oktober 2008	juni 2011	CCKL /Raad voor Accreditatie)
CCKL	Fertiliteitlaboratorium	17 maart 2009	17 maart 2011	CCKL /Raad voor Accreditatie
CCKL	Biologisch en Farmaceutisch Laboratorium Ziekenhuisapothek	25 maart 2009	25 maart 2011	CCKL /Raad voor Accreditatie
CCKL	Laboratorium voor Medische Microbiologie en Infectieziekten	29 oktober 2008	oktober 2013	CCKL/Raad voor Accreditatie
HKZ	Dialyse	1e certificaat: 7 januari 2004 huidig certificaat: 13 maart 2007	31 januari 2010	Lloyd's Register Quality Assurance
JACIE	Stamceltransplantatie	24 maart 2008	23 maart 2011	Dutch Accreditation Council, RvA

BIJLAGE 3: WET BIJZONDERE MEDISCHE VERRICHTINGEN

Financiële verantwoording traumacentrum Zwolle over het jaar 2009

Het ministerie van VWS ontvangt de gegevens op basis van onderstaand format. De verantwoording bestaat uit twee delen. (deel I: algemeen en deel II: voor centra die een helikopter faciliteren). Voor de Isala klinieken is alleen deel I van toepassing.

I. Traumacentrumfunctie algemeen (dus zonder gegevens over helikopter)

Traumacentrum	Zwolle	opmerking(en) / noten
Helicentrum	nee	
Aantal fte	5,31	voor nadere uitsplitsing en toelichting - tabel I B
Totaal salariskosten	€ 324.751	idem
Overige personeelskosten	€ 57.837	
Huisvestingskosten	€ 38.926	
Inrichting en roerende zaken	€ 35.557	
Afschrijvingen	-	
Kosten Netwerkfunctie	€ 19.061	
Kosten Kenniscentrumfunctie	€ 27.676	
Kosten Traumaregistratie totaal	-	
Kosten registratie landelijk	-	Zie contributie LvTC
Kosten registratie regionaal	€ 41.224	
Opleidingskosten en trainingen MMT	€ 4.878	
Bedrijfskosten MMT	€ 2.735	
Overige kosten MMT	-	
Lidmaatschap LvTC	€ 30.000	Contributie
Communicatiekosten	€ 19.344	
Overige kosten	-	

I A. Totaal financieel overzicht

Financieel overzicht traumacentrum Zwolle	
Totale inkomsten 2009	€ 712.918
Totale uitgaven 2009	€ 601.988
Saldo pos./neg.	€ 110.930 positief
Reserves	€ 110.930

I B. Uitsplitsing functies traumacentrum (exclusief helikopter)

* indien functies ook deels worden ingezet voor helikopterfunctie, gaarne % aangeven, anders 100%.

Functies traumacentrum Zwolle (exclusief helikopter)		aantal fte	salariskosten (basissalaris)	% algemeen
1	hoofd traumacentrum	1.00	€ 63.196	100
2	secretariaat	0.44	€ 15.526	100
3	secretariaat	0.67	€ 20.933	100
4	beleidsmedewerker	0.89	€ 27.807	100
5	beleidsmedewerker	0.90	€ 36.239	100
6	beleidsmedewerker	1.00	€ 32.822	100
7	opleidingscoördinator	0.44	€ 22.932	100
			salariskosten	
8	medisch coördinator traumatologie		€ 11.350	
9	medisch coördinator MMT- Educatie		€ 22.700	
10	medisch coördinator Acute Zorg		€ 23.785	

BIJLAGE 4: WET OPENBAARMAKING UIT PUBLIEKE MIDDELEN GEFINANCIEERDE TOPINKOMENS (WOPT)

De bezoldiging van de functionarissen die over 2009 in het kader van de WOPT verantwoord worden is als volgt:												
Functionaris	In dienst vanaf	In dienst tot	Deeltijdfactor		Belastbaar loon (in euro)		Pensioenaf- dracht (wg- en wn-deel) (in euro)		Voorzieningen ten behoeve van beloningen betaalbaar op termijn		Uitkeringen in verband met beëindiging van het verband	
			2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008
Voorzitter Raad van Bestuur	01-01-2007	n.v.t.	100%	100%	202.841	196.934	49.678	49.220	-	-	-	-
Lid Raad van Bestuur	01-01-2006	n.v.t.	100%	100%	209.788	203.638	47.944	47.502	-	-	-	-
Medisch specialist	09-01-2004	n.v.t.	100%	100%	175.695	171.173	33.288	32.699	-	-	-	-

Motivatie overschrijdingen van het gemiddeld belastbaar loon van onze ministers:
bovenstaande honoreringen zijn marktconform voor de sector.

COLOFON

Het Jaardocument 2009 is een uitgave van de Stichting Holding Isala klinieken te Zwolle.
Dit document is ook te vinden op www.isala.nl/jaardocument en te downloaden als pdf-bestand.

Eindredactie:

Stafdienst Concerncommunicatie Isala klinieken

Vormgeving:

Haagsblauw (Den Haag)

Drukwerk:

Koninklijke de Swart (Den Haag)

