

Jaardocument 2008

Stichting Holding Isala klinieken

Jaardocument 2008

Stichting Holding Isala klinieken

‘op de drempel naar
een nieuw begin:
het realiseren van
een ziekenhuis op
één locatie’

An abstract graphic in the bottom half of the page, featuring a light blue background with a large, white, curved shape that resembles a stylized 'C' or a wave. There are also some darker blue geometric shapes on the left side.

Inhoudsopgave

1. Uitgangspunten van de verslaggeving	6	4.2.1 Zes thema's strategische opgave	35
2. Profiel van de organisatie	9	4.2.1.1 Zorgprocessen op orde	35
2.1 Algemene identificatiegegevens	9	4.2.1.2 Relatiebeheer en marketing	35
2.2 Structuur van het concern	9	4.2.1.3 Reputatiemanagement	36
2.3 Kerngegevens	11	4.2.1.4 Herinrichting financiële structuur	36
2.3.1 Kernactiviteiten en nadere typering	11	4.2.1.5 Verbeteren effectiviteit van de besturing	36
2.3.2 Cliënten, capaciteit, productie, personeel en opbrengsten	11	4.2.1.6 Relatie medisch specialist en ziekenhuis	37
2.3.2.1 Kerngegevens van capaciteit, personeel en opbrengsten	11	4.2.2 Nieuwbouw	37
2.3.2.2 Traumacentrum	14	4.2.3 Informatiebeleid	38
2.3.3 Werkgebieden	16	4.2.3.1 Informatiemanagement	38
2.3.3.1 Patiëntenzorg	16	4.2.3.2 Isala Digitaal	39
2.3.3.2 Onderwijs en onderzoek	16	4.2.4 Milieubeleid	40
2.4 Belanghebbenden	18	4.3 Algemeen kwaliteitsbeleid	41
3. Bestuur, toezicht en bedrijfsvoering	20	4.3.1 Kwaliteitsbeleid	41
3.1 Bestuur en toezicht	20	4.4 Kwaliteitsbeleid ten aanzien van patiënten/cliënten	42
3.1.1 Zorgbrede Governance Code	20	4.4.1 Kwaliteit van zorg	42
3.1.2 Raad van Bestuur	20	4.4.1.1 Inspanningen	42
3.1.3 Toezichthouders (Raad van Toezicht)	21	4.4.2 Klachten	46
3.1.3.1 Thema's en activiteiten Raad van Toezicht	22	4.4.2.1 Klachtencommissie	47
3.2 Bedrijfsvoering	25	4.4.2.2 Klachtenfunctionarissen	47
3.2.1 Planning en controlcyclus, interne risico-beheersing	25	4.4.3 Veiligheid	47
3.2.1.1 Planning en controlcyclus	25	4.4.3.1 Leiderschap en Cultuur, Commitment	48
3.2.1.2 Beheersing van bedrijfs- en financiële risico's	26	4.4.3.2 Incidenten melden, analyseren en borgen	49
3.2.1.3 Risico's fraude	26	4.4.3.3 Risicomanagement	51
3.2.2 Regeling Administratieve Organisatie en Interne Controle	26	4.4.3.4 Patiëntenparticipatie	51
3.2.3 Overleg Raad van Bestuur en Medische Staf	27	4.4.3.5 Best practices (inter)nationaal	51
3.3 Cliëntenraad	28	4.4.3.6 Monitoring en auditing	52
3.3.1 Thema's en activiteiten Cliëntenraad	28	4.5 Kwaliteit ten aanzien van medewerkers	52
3.4 Overige advies- en overlegorganen	30	4.5.1 Personeelsbeleid	52
3.4.1 Medisch Ethische Toetsingscommissie (METC)	30	4.5.1.1 Isala HR-strategie 2009-2012	52
3.4.2 Verpleegkundige adviesraad	31	4.5.1.2 Life@work	52
3.4.3 Ondernemingsraad	32	4.5.2 Personeelsmanagement	53
4. Beleid, inspanningen en prestaties	34	4.5.2.1 Verloop personeel	55
4.1 Meerjarenbeleid	34	4.5.3 Kwaliteit van het werk	55
4.1.1 Missie en uitgangspunten	34	4.5.3.1 Isala Arbo	55
4.1.2 Visie en strategie	34	4.6 Samenleving	56
4.2 Algemeen beleid	35	4.6.1 Isala Wereldbreed: door en voor Isala-medewerkers	56
		4.6.1.1 Voorbeelden van projecten in 2008	57
		4.6.2 Inzet van vrijwilligers	57
		4.6.3 Patiëntencommunicatie	57
		4.7 Financieel beleid	58
		4.7.1 Financiële ontwikkelingen	58
		4.7.2 Investerings	59
		4.7.3 Resultaatanalyse	59

5.	Geconsolideerde jaarrekening 2008	62	5.9.3	DBC opbrengsten B-segment	93
5.1	Geconsolideerde balans per 31 december 2008	62	5.9.4	Niet gebudgetteerde zorgprestaties	93
5.2	Geconsolideerde resultatenrekening over 2008	63	5.9.5	Overige bedrijfsopbrengsten	93
5.3	Geconsolideerd kasstroomoverzicht	64	5.9.6	Personeelskosten	94
5.4	Grondslagen van waardering en resultaatbepaling	65	5.9.7	Afschrijvingen immateriële en materiële vaste activa	96
5.4.1	Algemeen	65	5.9.8	Overige bedrijfskosten	96
5.4.2	Grondslagen van waardering van activa en passiva	68	5.9.9	Financiële baten en lasten	97
5.4.3	Grondslagen van resultaatbepaling	69	5.9.10	Honoraria accountant	97
5.5	Toelichting op de geconsolideerde balans per 31 december 2008	70	5.10	Jaarrekening 2008 SHIK	98
5.5.1	Immateriële vaste activa	70	5.11	Enkelvoudige resultatenrekening	98
5.5.2	Materiële vaste activa	71	5.12	Grondslagen van waardering en resultaatbepaling enkelvoudige jaarrekening	98
5.5.3	Financiële vaste activa	72	5.13	Toelichting op de enkelvoudige balans 2008	99
5.5.4	Voorraden	73	5.14	Toelichting op de enkelvoudige resultatenrekening 2008	100
5.5.5	Onderhanden werk uit hoofde van DBC's	73	5.15	Overige gegevens enkelvoudige jaarrekening	100
5.5.6	Vorderingen en overlopende activa	74	5.16	Aanvullende gegevens	101
5.5.7	Schulden uit hoofde van financieringsoverschot	75	5.16.1	Vaststelling en goedkeuring jaarrekening	101
5.5.8	Liquide middelen	78	5.16.2	Resultaatbestemming	101
5.5.9	Groepsvermogen	78	5.16.3	Ondertekening door bestuurders en toezichthouders	102
5.5.10	Voorzieningen	82	5.16.4	Accountantsverklaring	103
5.5.11	Langlopende schulden	83	6.	Bijlagen	106
5.5.12	Kortlopende schulden en overlopende passiva	83	6.1	Organogram Isala klinieken	107
5.5.13	Niet uit de balans blijvende verplichtingen	84	6.2	Kerngegevens Isala klinieken	108
5.6	Geconsolideerd mutatieoverzicht immateriële vaste activa	85	6.3	Wet bijzondere medische verrichtingen	114
5.7	Geconsolideerd mutatieoverzicht materiële vaste activa	86	6.4	Belanghebbenden, anders dan zorggroepen en afdelingen van de Isala klinieken	116
5.8	Overzicht langlopende schulden t/m december 2008	88	6.5	Verantwoording bezoldiging bestuurders en gewezen bestuurders	117
5.9	Toelichting op de geconsolideerde resultatenrekening 2008	90	6.6	Wet openbaarmaking uit publieke middelen gefinancierde topinkomens WOPT	118
5.9.1.1	Resultatenrekening Ziekenhuis	90	6.7	Verantwoording bezoldiging toezicht-houders en gewezen toezichthouders	122
5.9.1.2	Resultatenrekening Ouderenzorg	91	6.8	Kwaliteit van de organisatie	119
5.9.1.3	Aansluiting totaal resultaat met resultaat segmenten	91	Colofon		124
5.9.2.1	Wettelijk budget aanvaardbare kosten Ziekenhuis	92			
5.9.2.2	Wettelijk budget aanvaardbare kosten Ouderenzorg	92			

1. Uitgangspunten van de verslaggeving

VERANTWOORDING

De Isala klinieken in Zwolle zijn met 1.000 beschikbare bedden en 5.300 medewerkers een van de grootste ziekenhuizen van Nederland. Per jaar verzorgen we meer dan 502.000 polikliniekbezoeken en ruim 89.000 klinische opnames en dagbehandelingen.

Bij het opstellen van het Jaardocument 2008 hebben de Isala klinieken voor het derde achtereenvolgende jaar de Regeling verslaggeving WTZi (Wet Toelating Zorginstellingen) als uitgangspunt genomen. Hierbij is zoveel mogelijk de indeling van het model Jaarverantwoording Zorginstellingen 2008 van het Ministerie van VWS gevolgd.

Tevens hebben we de uitslag van het onderzoek naar de informatievoorziening in de Jaardocumenten 2007 van zorginstellingen (in 2008 uitgevoerd door Ernst & Young Accountants LLP) ter harte genomen. Deze onderzoeksresultaten zijn, waar dat mogelijk was, mede richtlijn geweest voor de verbetering van de kwaliteit van het Jaardocument 2008.

VOORWOORD RAAD VAN BESTUUR

In oktober 1998 zijn de twee Zwolse zorginstellingen Ziekenhuis 'De Weezenlanden' en het Sophia Ziekenhuis gefuseerd tot de Isala klinieken. Het is een teken van durf en ambitie dat beide ziekenhuizen, die elkaar in het verleden als concurrenten tot grote hoogte hebben opgestuwd, samen het grootste perifere top-klinische ziekenhuis van Nederland zijn gaan vormen.

In de afgelopen tien jaar is hard gewerkt aan de eenmaking van de in oorsprong verschillende ziekenhuizen. Zoals bij elke grote fusie zijn de aanpassingsprocessen ook bij Isala niet zonder slag of stoot gegaan.

Bovendien bleven er twee ziekenhuislocaties bestaan. Wanneer de samenstellende delen bij een fusie echter goed zijn, verloochent kwaliteit zich uiteindelijk niet. Dat geldt ook voor Isala. Het is een groot compliment aan onze professionals dat in alle woelingen van de afgelopen jaren de zorg aan onze patiënten gewoon doorgegaan is, en dat op vakinhoudelijk gebied een aantal maatschappen binnen de Isala klinieken tot de absolute top hoort. Daarom hebben we ons tweede lustrum groots gevierd met een bijzonder personeelsfeest in Keltische sferen.

Huisvesting onder één dak in een eigentijdse locatie is echter noodzakelijk om de ambities van de Isala klinieken blijvend waar te maken. Daarom staan we nu op de drempel naar een nieuw begin: het realiseren van het ziekenhuis op één locatie. In augustus 2008 hebben de Isala klinieken een bouwpartner-overeenkomst getekend met bouwpartner Isala Designed 2 Build, een consortium van bouw-, installatie- en elektrotechnische bedrijven. De definitieve bouwovereenkomst wordt vóór de zomer van 2009 ondertekend en er is inmiddels met een bankenconsortium overeenstemming bereikt over de financiering van de nieuwbouw. Naar verwachting kan de bouw in september 2009 van start gaan.

Het realiseren van onze zorginhoudelijke ambities, in combinatie met het financieren en exploiteren van een nieuw gebouw, vraagt de nodige inspanningen en inzet van iedereen binnen de Isala klinieken. Voor de uitwerking hiervan is de Strategische agenda 2008-2012 opgesteld, die eveneens bekrachtigd is door de Medische Staf. Om de nieuwbouw verantwoord te bekostigen, zal de stijgende lijn van het rendement in de afgelopen jaren in de komende vier jaar onverkort moeten worden voortgezet. Een belangrijke sleutel daarvoor ligt in het synchroniseren van de belangen van het ziekenhuis en de medisch

specialisten. De specialisten zijn van grote invloed op de kwalitatieve en financiële ontwikkeling van hun vak in de Isala klinieken. Daarom is in 2008 een lijn ingezet waarbij de 'dokter in the lead' komt binnen resultaatverantwoordelijke eenheden. Wie anders dan de specialist kan beter bepalen op welke wijze de patiënt efficiënt geholpen kan worden, met handhaving van de hoge kwaliteit in het ziekenhuis? Hiertoe is een experimentele vorm van rendementsdeling geïntroduceerd: specialismen krijgen een grotere verantwoordelijkheid voor het te behalen rendement en kunnen meesturen op het te behalen rendement; een deel daarvan mogen ze aanwenden voor de zorginhoudelijke ontwikkeling van het specialisme.

Ook op andere vlakken tonen de Isala klinieken zich ondernemend. De Zorg BV Dermatologisch centrum Isala (eveneens met 'dokters in the lead') is een van de genomineerden geweest voor de verkiezing tot Zorgonderneming 2008. De jury hiervan heeft het Dermatologisch centrum Isala geprezen om zijn kostenbewustzijn en klantgerichtheid.

Verder zijn in 2008 verschillende nieuwe initiatieven van start gegaan, zoals het Diagnosepunt (samenwerking tussen huisartsen en Isala klinieken voor eerstelijnsdiagnostiek), het Oncologisch Centrum Isala en het Flebologisch centrum Isala.

Op 1 mei 2008 is Isala Ouderenzorg overgedragen aan Stichting Woonzorgconcern IJsselheem. Deze overdracht heeft niet tot gedwongen ontslagen geleid.

Als onderdeel van kwalitatief hoogwaardige zorg heeft Isala ook patiëntveiligheid hoog in het vaandel staan. Dit is nog eens onderstreept tijdens de Nationale Week van de Patiëntveiligheid. Op 24 november 2008 is de jaarlijkse Isala Veiligheidsdag gehouden, georganiseerd door de sectie Kwaliteit en het Centrum Patiëntveiligheid Isala, met onder meer een symposium onder de titel 'Als het mis gaat...'. Deze bijeenkomst heeft de nazorg en openheid over (bijna) incidenten en het effect ervan voor de patiënt, zijn

omgeving en de betrokken hulpverleners belicht. Tijdens het symposium heeft het Centrum Patiëntveiligheid Isala tevens het boek 'Als het mis gaat...' geïntroduceerd. Dit boek biedt hulpverleners handvatten voor het omgaan met ongewenste medische gebeurtenissen.

Tevens is de kwaliteit van de patiëntenzorg verder geïntroduceerd. In november 2008 hebben NIAZ-auditoren de Isala klinieken bezocht om te toetsen hoe Isala de in oktober 2007 genoemde verbeterpunten heeft opgepakt. De auditoren zijn tevreden over het resultaat en onder de indruk van de snelheid waarmee verbeteringen zijn ingevoerd. Ook zijn zij van mening dat er veel in gang is gezet op het gebied van veiligheid, kwaliteit en bedrijfsvoering. Het strategisch beleid is goed vertaald naar de werkvloer en het duaal management functioneert, aldus de NIAZ-auditoren.

Ook financieel gezien is 2008 een bevredigend jaar geweest. Het resultaat is € 10,2 miljoen positief en er is een vermogen van € 35 miljoen opgebouwd.

Al deze ontwikkelingen in dit verslagjaar waren onmogelijk zonder de inzet van alle mensen die bij de Isala klinieken betrokken zijn. Waardering en dank gaan daarom uit naar onze medewerkers, medisch specialisten en vrijwilligers. Ook in 2008 hebben zij zich vol toewijding ingezet voor het leveren van optimale zorg. Tevens bedanken wij alle samenwerkingspartners, die samen met de Isala klinieken nieuwe wegen willen inslaan en met ons samenwerken in het belang van de patiënten.



Namens de Raad van Bestuur,
Marjanne Sint, voorzitter

VOORWOORD RAAD VAN TOEZICHT

In dit Jaardocument legt ook de Raad van Toezicht verantwoording af van de inspanningen die de Isala klinieken in het verslagjaar 2008 hebben verricht. Als raad zijn wij verheugd te kunnen melden dat Isala in 2008 flinke stappen heeft gezet ter realisatie van de kerndoelstelling uit de Strategische agenda 2008-2012. Deze kerndoelstelling luidt: 'met behoud van de hoge kwaliteit en door een uitstekende samenwerking van alle professionals, excellente zorg leveren in een eigentijds huis dat verantwoord is gefinancierd'.

Zo is in het verslagjaar hard gewerkt aan de totstandkoming van een realisatieovereenkomst met een bouwconsortium voor de nieuwbouw van het ziekenhuis op locatie Sophia. Ook is veel succes geboekt bij het verkrijgen van de benodigde financiering van deze nieuwbouw. Dankzij al deze inspanningen zijn de financierings- en bouwovereenkomsten in 2009 een feit.

Parallel aan deze ontwikkelingen is binnen de organisatie een veranderingsproces op gang gekomen: de ontwikkeling naar resultaatverantwoordelijke eenheden en meer verantwoordelijkheden voor medisch specialisten. Dit proces beoogt een rendementsverbetering, die noodzakelijk is voor de exploitatie van de nieuwbouw. Tot ons genoegen hebben wij vastgesteld dat de Isalanders van harte bereid zijn mee te gaan in dat veranderingsproces. Dat 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.



Namens de Raad van Toezicht,
drs. R.M. Smit, voorzitter

2. Profiel van de organisatie

2.1 ALGEMENE IDENTIFICATIEGEGEVENS

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	10	306
	Isala Ouderenzorg	650	8287 (tot 01-05-2008)
	Isala PAAZ	120	5011
nummer Kamer van Koophandel	5062128		
e-mailadres	info@isala.nl		
internetpagina	www.isala.nl		

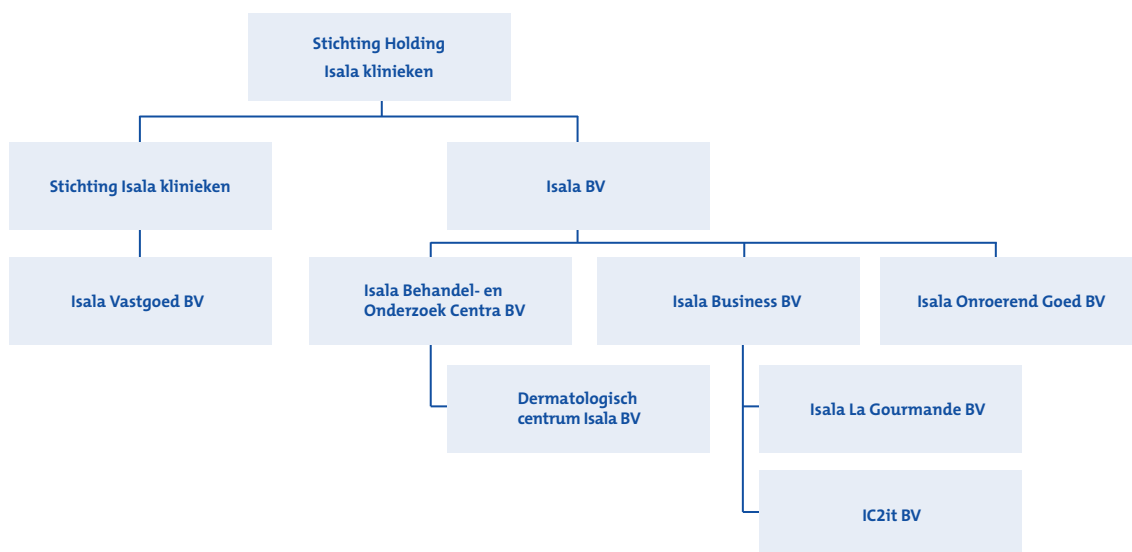
2.2 STRUCTUUR VAN HET CONCERN

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. Verder zijn er 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.

Juridische structuur Stichting Holding Isala klinieken



De Stichting Holding Isala klinieken bestaat uit een aantal juridisch zelfstandige entiteiten. Deze betreffen twee faciliterende diensten die verzelfstandigd zijn en een verzelfstandigde zorgactiviteit.

De faciliterende dienst IC2it BV is eind 2007 opgericht. De activiteiten in deze BV zijn gestart op 1 januari 2008.

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

Het Dermatologisch centrum Isala BV, dat van start is gegaan op 1 januari 2007, is een samenwerking met de maatschap Dermatologie. De Stichting Holding Isala klinieken heeft een indirect belang van 51 procent in het Dermatologisch centrum Isala BV. Alle overige entiteiten betreffen een honderd procent belang.

De organisatiestructuur van de Isala klinieken is uit de volgende onderdelen opgebouwd:

- 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;
- het facilitair bedrijf van de Isala klinieken: Isala Facilitair;
- een aantal stafdiensten;
- Isala Ouderenzorg, als aparte organisatorische entiteit binnen de Isala klinieken (tot mei 2008).

Het organogram is als bijlage opgenomen in hoofdstuk 6 (6.1 Organogram Isala klinieken).

De Isala klinieken hebben verschillende locaties in en buiten Zwolle, waar (topklinische) ziekenhuiszorg plaatsvindt:

- ziekenhuis locatie Sophia;
- ziekenhuis locatie Weezenlanden;
- ziekenhuis locatie Spanjaardweg;
- polikliniek Kampen;
- laboratorium voor Pathologie, locatie Stilobadstraat;
- laboratorium voor Medische Microbiologie en Infectieziekten, locatie Stilobadstraat.

Tot 1 mei 2008 heeft de ouderenzorg plaatsgevonden op de volgende vijf locaties van Isala Ouderenzorg:

- Weezenlanden;
- Nieuwe Haven;
- Werkeren;
- Elisabeth Gruytershuis;
- Judith Helmichhuis.

Deze locaties behoren sinds mei 2008 alle tot Stichting Woonzorgconcern IJsselheem.

Managementstructuur

Binnen de Isala klinieken is de Raad van Bestuur verantwoordelijk voor de algehele leiding en het functioneren van de Isala klinieken. Het zorggroepmanagement is als tweede managementlaag verantwoordelijk voor het faciliteren van de onder de zorggroepen functionerende specialismen. Daarnaast fungeren managers zorg eenheid en hoofden zorgteam als lijnverantwoordelijken voor het operationele niveau, waar nodig bijgestaan door operationeel leidinggevend. Op elk niveau zijn nauwe contacten met vertegenwoordigers van de Medische Staf.

Duaal management

Binnen de Isala klinieken is op alle niveaus sprake van duaal management. Dit houdt in dat het management steeds bestaat uit een manager die zich oriënteert op de bedrijfsvoering en een lid van de Medische Staf namens de eigen maatschap(pen) en/of vakgroep(en). Op het niveau van de Raad van Bestuur bestaat het duaal management uit Raad van Bestuur en het Bestuur

van Vereniging De Medische Staf; op het niveau van de zorggroep uit de manager zorggroep en de medisch manager; op het niveau van het zorgteam uit het zorgteammanagement en de medisch coördinator.

Daarnaast heeft het ziekenhuis een aantal hooggespecialiseerde functies in huis, namelijk: hart- en neurochirurgie, dialyse, stamcel- en beenmergtransplantaties, perinatologie, neonatologie en een traumacentrum.

2.3 KERNGEGEVENS

2.3.1 Kernactiviteiten en nadere typering

De Isala klinieken behandelen, verplegen en verzorgen zieken en gehandicapten. Hieronder valt ook het doen van onderzoek naar ziekten, zieken en gehandicapten. Kortom, het ziekenhuis voert alle activiteiten uit die leiden tot het optimaliseren van het behandelproces, het verplegen en verzorgen.

De Isala klinieken zijn actief in innovatie, opleiding en onderzoek. In dit kader zijn voor diabeteszorg en patiëntveiligheid twee specialistische centra opgezet, de zogenaamde centres of excellence. Deze centra voeren innovatieve projecten uit ter verbetering van de patiëntenzorg. Met de centres of excellence onderscheidt het ziekenhuis zich (inter)nationaal.

De opleidingsactiviteiten van de Isala klinieken zijn gebundeld in de Isala Academie.

2.3.2 Cliënten, capaciteit, productie, personeel en opbrengsten

De Isala klinieken bieden alle basisvoorzieningen die een patiënt van een ziekenhuis mag verwachten.

2.3.2.1 Kerngegevens van capaciteit, personeel en opbrengsten

Overzicht van de kerngegevens van de Isala klinieken over capaciteit, personeel en opbrengsten:

Kerngegevens	
capaciteit	
aantal beschikbare bedden/plaatsen voor klinische en dag-/deeltijdbehandeling per einde verslagjaar	964
- waarvan plaatsen voor psychiatrische deeltijdbehandeling	8
- waarvan PAAZ-PUK-bedden	27
personeel	
aantal personeelsleden in loondienst exclusief medisch specialisten per 31 december 2008	5.275
aantal fte personeelsleden in loondienst exclusief medisch specialisten per 31 december 2008	3.836
aantal medisch specialisten (loondienst + inhuur + vrij beroep) per 31 december 2008	238
aantal fte medisch specialisten (loondienst + inhuur + vrij beroep) per 31 december 2008	223
bedrijfsopbrengsten (bedragen in duizenden euro's)	
totaal bedrijfsopbrengsten verslagjaar 2008	365.180
- waarvan wettelijk budget voor aanvaardbare kosten	274.106
- waarvan overige bedrijfsopbrengsten	91.074

Overzicht van de productiegegevens van de Isala klinieken:

Productie	
aantal in verslagjaar geopende DBC's	285.925
percentage verkeerde-bedpatiënten gemiddeld in verslagjaar 2008	0,03%
aantal opnamen exclusief overnamen en dagverpleging in verslagjaar 2008	44.334
- waarvan opnamen in PAAZ en PACZ	350
aantal ontslagen patiënten in verslagjaar 2008	44.063
aantal eerste polikliniekbezoeken in verslagjaar 2008	197.997
- waarvan eerste poliklinische contacten in PAAZ en PACZ	0
aantal overige polikliniekbezoeken in verslagjaar 2008	304.297
- waarvan overige poliklinische contacten in PAAZ en PACZ	0
aantal dagen dagverpleging (normaal en zwaar) of deeltijdbehandelingen in verslagjaar 2008	44.464
- waarvan deeltijdbehandelingen in PAAZ en PACZ	1.127
aantal klinische verpleegdagen in verslagjaar 2008	267.078
- waarvan klinische verpleegdagen in PAAZ en PACZ	14.183

De Isala klinieken beschikken op 31 december 2008 over de volgende vergunningen op grond van artikel 2 Wet bijzondere medische verrichtingen:

Categorie	vergunning	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
bijzondere neurochirurgie		ja
hartchirurgie	openhartoperatie (OHO)	ja
	automatic implantable cardioverter defibrillator (AICD)	ja
	ritmechirurgie	ja
	percutane transluminale coronaire angioplastiek (PTCA)	ja
klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing		nee
in vitro fertilisatie (IVF)		ja
neonatale intensive care unit (NICU)		ja

Aanwijzingen op grond van artikel 8 Wet bijzondere medische verrichtingen op 31 december 2008:

Aanwijzing	ja/nee
pediatrische intensive care unit (PICU)	nee
hemofiliebehandeling	ja
traumazorg	ja
pijnrevalidatie en revalidatietechnologie	ja
HIV-behandelcentra (Humaan immunodeficiëntie virus)	ja
cochleaire implantaties	nee
uitnameteams orgaandonatie	nee

Klinische wachtlijsten en gemiddelde verpleegduur:

Ultimo december 2008	Aantal patiënten op wachtlijst	Gemiddelde wachttijd (in weken)	Gemiddelde verpleegduur in dagen 2008
Anesthesiologie	65	3	2
Bijzondere Tandheelkunde	21	3	2
Cardiologie	957	0	5
Gynaecologie	582	1	3
Heelkunde	712	3	6
Interne Geneeskunde	494	1	8
Kaakchirurgie	59	8	2
Kaakchirurgie Rittersma	4	7	3
Keel-, neus- en oorheelkunde	221	7	2
Kindergeneeskunde	333	0	5
Longziekten	510	1	6
Maag- darm en leverziekten	530	3	7
Neurochirurgie	141	4	7
Neurologie	299	2	8
Oogheelkunde	340	5	2
Orthopedie	324	7	5
Plastische chirurgie	229	7	3
Psychiatrie	38	0	
Radiotherapie	0	0	4
Reumatologie	14	6	10
Thorax-Anesthesiologie	0	0	3
Thoraxchirurgie	102	1	12
Urologie	227	9	5
Verloskundigen	37	0	
	6.239	3	6

Overzicht van de kerngegevens van Isala Ouderenzorg over capaciteit, personeel en opbrengsten:

Kerngegevens Isala Ouderenzorg	aantal / bedrag
cliënten	
aantal intramurale cliënten per 31 december 2008	0
aantal cliënten dagactiviteiten per 31 december 2008	0
aantal extramurale cliënten dagactiviteiten per 31 december 2008	0
capaciteit	
aantal beschikbare plaatsen met AWBZ-verblijf per 31 december 2008	0
productie	
aantal intramurale verzorgingsdagen in 2008	13.797
aantal intramurale verpleegdagen in 2008	27.537
aantal dagen dagactiviteiten in 2008	5.440
aantal uren extramurale productie in 2008 (exclusief dagactiviteiten)	5.416
personeel	
aantal personeelsleden in loondienst per 31 december 2008	0
aantal fte in loondienst per 31 december 2008	0
bedrijfsopbrengsten Isala Ouderenzorg (bedragen in duizenden euro's)	
totale bedrijfsopbrengsten in 2008	7.557
- waarvan wettelijk budget voor aanvaardbare kosten	7.337
- waarvan overige opbrengsten	220

Meer kerngegevens zijn opgenomen als bijlage in hoofdstuk 6 (6.2 Kerngegevens Isala klinieken).

2.3.2.2 Traumacentrum

In april 1999 zijn de Isala klinieken aangewezen als traumacentrum. Een van de daarbij behorende taken was het opzetten van een Mobiel Medisch Team (MMT) ten behoeve van prehospitale ondersteuning bij grootschalige incidenten en rampen. In de afgelopen jaren is het grondgebonden MMT zodanig ingevuld dat de inzet zich niet alleen beperkt heeft tot opgeschaalde situaties. Het MMT is ook ingezet ter ondersteuning van de dagelijkse spoedeisende medische hulpverlening. De MMT-functie is in het verleden breder ingevuld dan strikt noodzakelijk. Door het wegvallen van de aanvullende lokale finan-

ciering is de inzet van het MMT per 1 januari 2008 weer beperkt tot de inzet bij opgeschaalde situaties. Het MMT heeft in 2008 een scholing en oefenprogramma doorlopen om aan zijn taak in opgeschaalde situatie te voldoen.

Veiligheidsbeleid

Elk ziekenhuis is bij wet verplicht zich voor te bereiden op de handling van rampen. In 2005 waren de Isala klinieken betrokken bij het opstellen van een landelijke leidraad voor het Ziekenhuis Rampen Opvang-Plan (ZiROP). Dit gebeurde middels deelname aan de door het Ministerie van VWS ingestelde expertgroep format ZiROP. Na de landelijke introductie van dit for-

mat in december 2005 zijn de Isala klinieken actief betrokken geweest bij het ontwikkelen van een landelijke leidraad voor opleiden, trainen en oefenen in het kader van de rampenopvang. De op dit gebied binnen de Isala klinieken ontwikkelde expertise is inmiddels ingezet in meer dan 35 Nederlandse ziekenhuizen. Hieronder vallen: het analyseren van het aanwezige ziekenhuisrampenopvangplan op basis van de landelijke leidraad, het deelnemen aan oefeningen en het organiseren van trainingen 'crisisteam'. Hierbij zijn het HMIMS opleidingsinstrument en het Emergo Train System oefen- en trainingsinstrument gebruikt als actieve ondersteuning.

E-learningtraject

Sinds 2006 stemmen de traumacentra van Zwolle, Enschede en Nijmegen hun initiatieven af om een gezamenlijk opleidings- en trainingsprogramma te ontwikkelen en aan te bieden aan alle bij de drie traumacentra aangesloten ziekenhuizen. Gezamenlijk is deelgenomen aan de eerste ronde van het Zon-Mw traject 'Kwaliteitsverbeterprogramma Rampenopvang Ziekenhuizen'. Op basis van de opgedane ervaringen is vervolgens besloten om gezamenlijk een E-learningtraject voor sleutelfiguren in de ziekenhuisrampenopvang te ontwikkelen. In 2008 zijn hiervoor concrete stappen gezet. Uitrol van dit E-learningstelsel staat gepland voor 2009.

De overige gegevens over het traumacentrum van de Isala klinieken zijn als bijlage opgenomen in hoofdstuk 6 (6.3 Wet bijzondere medische verrichtingen).

MICU-centrum

De Intensive Care-afdelingen van de Isala klinieken stemmen af met de Intensive Care Units van omliggende ziekenhuizen in een regionaal intensive carenetwerk. In dit regionale netwerk is het omgaan met krapte in de IC-capaciteit een belangrijk aandachtspunt. In 2008 hebben de Isala klinieken, samen met het UMCG (Groningen), een aanvraag ingediend voor een tijdelijke erkenning voor de functie van MI-

CU-centrum (MICU = Mobiele Intensive Care Unit). In het najaar van 2008 is deze aanvraag gehonoreerd. De voorbereidingen voor de opzet van de MICU zijn voorspoedig verlopen, dankzij de nauwe samenwerking en de goede afstemming met de RAV IJssel Vecht. Vanaf 19 januari 2009 zal de MICU operationeel zijn.

Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ)

De Isala klinieken nemen deel aan het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ), 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 ervoor te zorgen dat een patiënt met een acute zorgvraag zo snel mogelijk op de juiste plaats terecht komt voor diagnostiek en behandeling. Dit gebeurt aan de hand van concrete verbeteringsinitiatieven.

In 2008 hebben vier bijeenkomsten van het ROAZ plaatsgevonden. De volgende activiteiten zijn uitgevoerd:

- er is gestart met de analyse van de zorgprocessen rondom vijf ziektebeelden. Na goedkeuring van een plan van aanpak zijn per zorgproces conceptrapporten gemaakt. Deze zullen door focusgroepen, bestaande uit professionals, beoordeeld worden op juistheid. Eind 2008 is begonnen met het samenstellen van de focusgroepen en het verzamelen van de kwantitatieve gegevens. In 2009 komen de bevindingen van deze focusgroepen beschikbaar;
- de werkgroep Communicatie en informatie-uitwisseling heeft de probleemstelling bij de communicatie en informatie-uitwisseling in de acute zorgketen gedefinieerd en aanbevelingen gedaan hoe deze op te lossen. De bevindingen zijn besproken in het ROAZ en worden meegenomen bij de uitwerking van de analyse van de vijf ziektebeelden;
- naar aanleiding van een ervaren knelpunt van een huisartsenpost is uitgezocht wat de rol en verantwoordelijkheid van het ROAZ is bij de huisartsenzorg in AWBZ-instellingen;

- uitbreiding van het ROAZ met de ketenpartners uit de traumaregio Zwolle, behorende tot de veiligheidsregio Noord- en Oost-Gelderland. Medio 2008 zijn eerst de ziekenhuizen uit deze regio aangesloten, waarna eind 2008 de andere ketenpartners zijn gevolgd;
- als gevolg van de beschikbaar gestelde structurele Opleiden, Trainen, Oefenen (OTO)-stimuleringsgelden is planvorming ontwikkeld om te komen tot een gezamenlijk OTO-beleid. Basis hiervoor is de bestaande risicoanalyse en planvorming van de veiligheidsregio's. In vervolg hierop is begonnen met het opstellen van een OTO-jaarplan 2009. De besteding en verdeling van de OTO-stimuleringsgelden is eind 2008 nog niet helder en zal begin 2009 verder uitgewerkt worden;
- er is een werkgroep ingesteld die toetst en beoordeelt of de verdeling en besteding van de OTO-stimuleringsgelden verantwoord gebeurt, en of er genoeg onderbouwing is bij de verschillende OTO-activiteiten. Deze werkgroep bestaat uit OTO-functionarissen van de drie betrokken veiligheidsregio's en het traumacentrum.

Eind 2008 heeft het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) zijn eerste concrete resultaat geboekt. Een commissie op bestuurlijk niveau heeft de in 2007 gedane aanbevelingen van het ROAZ, over de aanpak van de regionale problematiek rondom capaciteit en vervoer bij acute psychiatrie, verder uitgewerkt. Uiteindelijk heeft dit een ondertekend convenant opgeleverd, met een oplossing waarmee de problematiek nagenoeg is verdwenen.

2.3.3 Werkgebieden

2.3.3.1 Patiëntenzorg

De Isala klinieken fungeren als een basisziekenhuis voor Zwolle en omstreken. Daarnaast richten de Isala klinieken zich met toonaangevende topklinische zorg op de bevolking die woont tussen de academische centra van Groningen, Utrecht en Nijmegen.

2.3.3.2 Onderwijs en onderzoek

Isala Academie

De Isala klinieken hebben onderwijs, opleiding en onderzoek tot speerpunten benoemd en willen uitgroeien tot hét opleidingsziekenhuis binnen de regio. Ter ondersteuning van deze beleidslijn heeft het ziekenhuis in 2006 de Isala Academie opgezet. De Isala Academie zal zowel voor interne klanten als externe relaties het kennis- en expertisecentrum zijn voor onderwijs, opleiding en onderzoek. Het kenniscentrum werkt nauw samen met academische ziekenhuizen, opleidingsziekenhuizen en opleidingsinstellingen in de regio.

Met de vormgeving van het leerhuis, waarmee in 2007 is gestart, zijn in 2008 flinke vorderingen gemaakt. Ook is het proces om alle opleidingen binnen de Isala klinieken bij de Isala Academie onder te brengen voortgezet. De Isala Academie heeft het verslagjaar in financieel opzicht positief afgesloten, mede dankzij het feit dat alle activiteiten zowel intern als extern inkomsten opleveren.

De Isala Academie faciliteert het organiseren van onderwijs, opleiding en (wetenschappelijk) onderzoek. Zij draagt zorg voor het medisch opleidingsbeleid, de coördinatie van de opleidingen voor arts-assistenten en co-assistenten, verpleegkundige opleidingen, bedrijfsopleidingen en vaardigheidstrainingen (in het skills-lab). Verder zijn het stagebureau en het Documentatie-, Informatie- en Studiecentrum (DISC) onderdeel van het leerhuis.

Tevens faciliteert de Academie via haar Researchbureau onderzoeksinitiatieven en (wetenschappelijk) onderzoek in het ziekenhuis. Het Researchbureau kan een onderzoekstraject van A tot Z begeleiden. Hieronder vallen ook epidemiologische ondersteuning en dataverwerking.

Bovendien stimuleert de Isala Academie initiatieven die het opleidings- en onderzoeksklimaat in de Isala klinieken en in de opleidingsregio Noord-Oost Nederland ten goede komen. Bij de Academie zijn eveneens

de Medisch Ethische Toetsingscommissie (METC) en de Commissie Ethiek ondergebracht.

Ook voor de ontwikkeling van de verpleegkundige beroepsgroep maakt de Isala Academie zich sterk. Dit heeft in 2008 geresulteerd in de oprichting van de Verpleegkundige Kenniskring Isala (VKI). De VKI is een adviesorgaan voor de verpleegkundige beroepsgroep en het management. Daarnaast is een opleidingsbeleid voor verpleegkundigen opgesteld onder de naam 'Bekwaam-Bekwamer'.

In 2008 heeft de Isala Academie een uitgebreide website gelanceerd (www.isala-academie.nl). Op deze site staat gerichte informatie over het kenniscentrum, het opzetten van wetenschappelijk onderzoek en het aanbod aan onderwijs en opleidingen binnen de Isala klinieken.

Opleidingsklimaat

De Isala klinieken hechten veel waarde aan het bevorderen en in stand houden van een goed opleidingsklimaat. Zo krijgt elke zorggroep twee procent van de loonsom als opleidingsbudget. Dit bedrag wordt nog niet in totaliteit door zorggroepen ingezet. Het is een proces dat zich ontwikkelt.

In het ziekenhuis is een Centrale opleidingscommissie (COC) actief, met een goede deelname van de medisch specialisten. Maatschappen en vakgroepen nemen eveneens actief deel aan de proefvisitaties van de medische vervolgopleidingen. Deze proefvisitaties zijn door de Isala Academie opgezet als voorbereiding op de visitaties van de KNMG.

In de opleiding tot medisch specialist is ruim aandacht voor het inbedden van een open communicatie, het geven van feedback en het bespreekbaar maken van fouten.

Ook docentprofessionalisatie staat binnen Isala hoog op het programma. Steeds meer professionals volgen de cursus 'Teach the teacher' om hun taak als opleider zo goed mogelijk uit te kunnen voeren. Deze cursus, waarin didactische basisprincipes en het overdragen

van kennis centraal staan, trekt volle groepen.

Vanwege het gunstige opleidingsklimaat binnen Isala, is bij studenten Geneeskunde (Rijksuniversiteit Groningen) veel animo om hun coassistentchap in de Isala klinieken te volgen. Evenals in 2007 is het aantal coassistenten in de Isala klinieken ook in 2008 gestegen (van 45 naar 70) en het aantal groeit nog steeds. Het aantal arts-assistenten in opleiding is eveneens hoog gebleven. In Isala zijn negentig arts-assistenten werkzaam.

In september is een arts-assistentendag georganiseerd voor alle arts-assistenten van de Isala klinieken. Tijdens deze dag is onder andere ruim aandacht besteed aan teambuilding.

Wetenschappelijk onderzoek

Wetenschappelijk onderzoek is bij uitstek een middel voor het vergaren van kennis en het benutten van opgedane ervaring en inzicht. Binnen de Isala klinieken vindt op velerlei terreinen wetenschappelijk onderzoek plaats binnen de medische, paramedische en verpleegkundige beroepsgroepen. De resultaten van wetenschappelijk onderzoek worden jaarlijks gepresenteerd tijdens de traditionele Wetenschapsavond. Het aantal wetenschappelijke publicaties in Isala is in 2008 gestegen.

Buitengewoon hoogleraren

Kinderarts dr. Paul Brand en tevens hoofd medisch opleidingsbeleid bij de Isala Academie, is in 2008 benoemd tot buitengewoon hoogleraar Klinisch Onderwijs, een leerstoel van de Rijksuniversiteit Groningen. Zijn leerstoel is omschreven als 'de gemoderniseerde opleiding tot medisch specialist en de veranderende eisen die daarvoor gesteld worden aan de opleidende specialisten'. Met andere woorden: de arts-assistenten in opleiding in de regio een samenhangend en discipline overstijgend onderwijspakket bieden, en bewerkstellingen dat de specialisten worden onderwezen in didactische vaardigheden. In oktober heeft hij zijn oratie uitgesproken.

Brand is de tweede medisch specialist binnen de Isala

klinieken die hoogleraarschap aan de RUG combineert met zijn werk in Isala. In 2006 is internist dr. Henk Bilo door de RuG aangesteld als bijzonder hoogleraar Inwendige Geneeskunde in Groningen, met name voor de transmurale zorg.

2.4 BELANGHEBBENDEN

De Isala klinieken hebben te maken met een groot aantal belanghebbenden. De belangrijkste zijn uiteraard de patiënten die voor onderzoek en behandeling naar het ziekenhuis komen. Verder zijn er formele betrekkingen tussen (onder meer) de Raad van Bestuur, de Ondernemingsraad, de Cliëntenraad en de Medische Staf. Tevens zijn de Isala klinieken nauw betrokken bij maatschappelijke ontwikkelingen.

Ten aanzien van de patiëntenzorg onderhouden de Isala klinieken intensieve betrekkingen met externe belanghebbenden als: huisartsen en overige verwijzers, andere zorgaanbieders, overheden, zorgverzekeraars en leveranciers.

In het kader van onderwijs onderhouden de Isala klinieken contacten en samenwerkingsverbanden met diverse instellingen, opleiders en opleidingsinstituten.

Verder zijn de Isala klinieken aangesloten bij de vereniging Samenwerkende Topklinische opleidings-Ziekenhuizen (stz). In deze vereniging hebben zesentwintig grote opleidende ziekenhuizen die hooggespecialiseerde medische zorg kunnen verlenen, hun samenwerking geformaliseerd. De kern van het samenwerkingsverband van deze 'Teaching Hospitals' vormen de medisch specialistische opleidingen. De stz-ziekenhuizen voelen zich gezamenlijk verantwoordelijk voor onderwijs en opleidingen in brede zin, het bevorderen van hoogwaardige patiëntenzorg, topklinische behandeling en topreferente zorg, en toegepast wetenschappelijk onderzoek en innovatie.

Het overzicht van belanghebbenden is opgenomen als bijlage in hoofdstuk 6 (6.4 Belanghebbenden, anders dan zorggroepen en afdelingen van de Isala klinieken).

‘waarde hechten
aan de mening
van patiënten over
de kwaliteit van
onze zorg en
dienstverlening’



3. Bestuur, toezicht en bedrijfsvoering

3.1 Bestuur en toezicht

3.1.1 Zorgbrede Governance Code

De Isala klinieken houden zich in hun optreden aan de Zorgbrede Governance Code. Een belangrijk element daarin is scheiding tussen de uitvoerende en toezicht-houdende functies en de verdere professionalisering van de relatie.

Naast statuten beschikken de Isala klinieken over een Reglement Raad van Bestuur, een Reglement Raad van Toezicht, een Reglement Auditcommissie alsmede een Reglement Remuneratiecommissie. Tevens is een 'Protocol Samenwerking Raad van Bestuur-Staf-bestuur Isala klinieken' opgesteld.

De komst van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) brengt transparantie-eisen voor bestuur en

toezicht van zorginstellingen met zich mee. Het belang van de Zorgbrede Healthcare Governance wordt voorts vergroot door de ontwikkelingen op het gebied van 'gereguleerde marktwerking', 'maatschappelijk ondernemerschap' in de zorg en de groei van publiek-private samenwerkingsinitiatieven.

3.1.2 Raad van Bestuur

De Raad van Bestuur bestaat uit drie leden en is tot het eind van het verslagjaar niet van samenstelling gewijzigd. Op taken, verantwoordelijkheden en werkzaamheden van de Raad van Bestuur is het Reglement Raad van Bestuur Isala klinieken van toepassing. In dit reglement staan onder andere de bestuurstaak, verantwoording en verantwoordelijkheid, de besluitvormingsprocedure, het afleggen van verantwoording extern, de medezeggenschap, en gang van zaken bij vergaderingen beschreven.

Samenstelling Raad van Bestuur per 31 december 2008:

Naam	bestuursfunctie	overige functies
mevrouw drs. M. Sint	voorzitter	- lid Raad voor de Volksgezondheid en Zorg; - lid Raad van Commissarissen ROVA Zwolle.
drs. A.H. Hilbers	lid Raad van Bestuur	- lid Raad van Commissarissen Leefstijl Trainingscentrum, Dalfsen; - bestuurslid Stichting Beheer en Exploitatie Tuindorpbad, Hengelo; - lid Raad van Commissarissen Uitvaartvereniging Yarden; - lid Ontmoetingsoverleg VWS; - coach Top Class Erasmus Universiteit, Rotterdam; - lid Beroepscommissie Sociaal Beleid MST; - lid Onderhandelingsdelegatie AMS van de NVZ.
R.A. Thieme Groen, arts	lid Raad van Bestuur	- lid Geschillencommissie Ziekenhuizen; - arbiter Scheidsgerecht Gezondheidszorg; - lid Medisch Specialisten Registratie Commissie; - lid Commissie Kwaliteit MediRisk; - voorzitter Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ)

In principe vergadert de Raad van Bestuur wekelijks. In 2008 zijn in de vergaderingen van de Raad van Bestuur onder meer de volgende onderwerpen aan de orde geweest: kwaliteit van zorg, medische incidenten, prestatie-indicatoren, patiëntveiligheid, (financiering) nieuwbouw, resultaatontwikkeling, het experiment rendementsdeling en strategische ontwikkeling.

Voorafgaand aan het kalenderjaar maakt de Raad van Bestuur een jaarplan op, dat tegen het einde van het jaar wordt geëvalueerd. De uitkomst van de evaluatie vormt mede de input voor het jaarplan van het volgende jaar.

Invulling vacature

Eind 2008 is de samenstelling van de Raad van Bestuur ter discussie gekomen door het aangekondigde vertrek van Raad van Bestuurlid A.H. Hilbers. Per 1 januari 2009 heeft de heer Hilbers de Isala klinieken verlaten in verband met het aanvaarden van een functie elders.

De Raad van Toezicht heeft besloten deze positie niet opnieuw in te vullen. Gelet op de ingezette verandering in de besturing van het ziekenhuis, de adequate wijze waarop aan de kwaliteit van de zorg en de nieuwbouw wordt gewerkt en de aanpak van de daarmee samenhangende noodzakelijke rendementsverbetering, acht de Raad van Toezicht het niet opportuun de vacature binnen de Raad van Bestuur in te vullen.

Een tabel met verantwoording van de bezoldiging van Raad van Bestuurleden en gewezen bestuurders is als bijlage opgenomen in hoofdstuk 6 (6.5 Verantwoording bezoldiging bestuurders en gewezen bestuurders).

Een tabel met verantwoording van de topinkomens is als bijlage opgenomen in hoofdstuk 6 (6.6 Wet openbaarmaking uit publieke middelen gefinancierde topinkomens - WOPT).

3.1.3 Toezichthouders (Raad van Toezicht)

In dit Jaardocument legt ook de Raad van Toezicht verantwoording af van de inspanningen die de Isala klinieken in het verslagjaar 2008 hebben verricht. De Raad van Toezicht bestaat uit zeven leden die worden benoemd voor een periode van vier jaar. (Her)benoeming vindt plaats op basis van een profielschets die openbaar is. Op taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden 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 houdt onder andere toezicht op het goed functioneren van de Raad van Bestuur en het gevoerde beleid. Voorts treedt de Raad van Toezicht op als klankbord van de Raad van Bestuur. De Raad van Toezicht ziet er op toe dat de Raad van Bestuur de Raad van Toezicht 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. zijn beoordeling van de interne beheersystemen, waaronder de bestuurlijke informatievoorziening, in relatie tot de doelstelling van de stichting.

In 2008 is de heer R.A. Steenbergen toegetreden tot de Raad van Toezicht.

In de profielschets Raad van Toezicht is opgenomen dat tenminste één lid inhoudelijk brede kennis en ervaring in de zorg heeft. Voorzitter drs. R.M. Smit en de leden prof. dr. N.S. Klazinga en R.A. Steenbergen hebben allen brede kennis en ervaring in de zorg. Daarnaast is opgenomen dat tenminste twee leden financiële deskundigheid hebben. Deze deskundigheid brengen de leden prof. dr. ir. A. Bruggink, dr. R. Scheerens, mevrouw drs. W.M. van Ingen en R.A. Steenbergen met zich mee.

Auditcommissie

Vier leden van de Raad van Toezicht vormen de Auditcommissie. Deze commissie beoordeelt namens de Raad van Toezicht onder meer het goed functioneren van het interne risicobeheersingssysteem van de Isala klinieken.

Commissie Zorg

In 2008 is de Commissie Zorg van de Raad van Toezicht, die zich bezighoudt met zorginhoudelijke onderwerpen, voor het eerst bijeengekomen. Deze commissie, bestaande uit de leden prof. dr. N.S. Klazinga en mevrouw drs. J.J. Zandbergen van de Raad van Toezicht, en R.A. Thieme Groen, lid Raad van Bestuur, vergadert elke keer voorafgaand aan de reguliere Raad van Toezichtvergadering. Vervolgens brengt de Commissie Zorg de resultaten van dit voorberaad in de vergadering van de Raad van Toezicht in. Op deze wijze is geborgd dat zorginhoudelijke onderwerpen op structurele basis in de Raad van Toezicht aan de orde zijn.

Remuneratiecommissie

De Remuneratiecommissie, die bestaat uit twee leden van de Raad van Toezicht (drs. R.M. Smit en mevrouw drs. J.J. Zandbergen-de Zeeuw) houdt toezicht op en doet voorstellen voor de benoeming en beloning van de leden van de Raad van Bestuur.

De Raad van Toezicht evalueert jaarlijks het functioneren van de individuele leden van de Raad van Bestuur en de Raad van Bestuur als collegiaal samenwerkingsverband. Leidraad bij de evaluatie vormt het jaarplan van de Raad van Bestuur.

Daarnaast voert de Remuneratiecommissie het jaarlijkse functioneringsgesprek met elk van de leden van de Raad van Bestuur afzonderlijk en gezamenlijk.

De Raad van Toezicht evalueert jaarlijks het eigen functioneren. De leden van de Raad van Toezicht zijn onafhankelijk en hebben op geen enkele wijze belang bij de Stichting Holding Isala klinieken.

3.1.3.1 Thema's en activiteiten Raad van Toezicht

Vergaderfrequentie

In 2008 heeft de Raad van Toezicht in plenaire samenvatting zesmaal vergaderd. In de vergaderingen is naast het lopende ziekenhuisbedrijf aandacht besteed aan kwaliteit van zorg, patiëntveiligheid, bejegening, incidenten en inspectie-rapporten. Enkele vergaderingen zijn met name besteed aan de opdracht tot nieuwbouw en de consequenties daarvan voor de organisatie. Tevens heeft de Raad van Toezicht een heidag belegd om nader met de Raad van Bestuur van gedachten te wisselen over het nieuwe besturingsconcept van de Isala klinieken. Tijdens deze dag is ook de (zelf)evaluatie van het functioneren Raad van Toezicht - Raad van Bestuur aan de orde geweest.

De Raad van Toezicht heeft driemaal vergaderd met het Bestuur van Vereniging De Medische Staf. Ook heeft een delegatie van de Raad van Toezicht tweemaal een overlegvergadering van de Ondernemingsraad bijgewoond. In deze vergaderingen zijn zaken besproken die met kwaliteit en veiligheid van zorgverlening te maken hebben, alsmede strategische onderwerpen, zoals de financiering van de nieuwbouw en de financiële opgave waarmee de organisatie zich verbindt aan de nieuwbouw.

Toezichtstaken

De Raad van Toezicht en de Raad van Bestuur hebben in 2008 regelmatig gesproken over de strategische koers van de Isala klinieken. Uitgangspunt is dat de Isala klinieken zich als ziekenhuisbedrijf in de kern richten op het efficiënt en effectief aanbieden van (complexe) diagnostiek en (kortdurende) behandeling. Aanpalend aan de centrale processen kennen de Isala klinieken enkele bijzondere activiteiten. Zo zijn er twee centres of excellence waarin onderscheidende, hoogwaardige kennis op het gebied van de ge-

zondheidszorg wordt aangeboden: het Centrum voor Patiëntveiligheid en Transmurale diabeteszorg; verder is er de Isala Academie als centrum voor opleiding en onderzoek. In het verslagjaar is ook aandacht besteed aan de statutair voorgeschreven toezichtstaken, zoals de goedkeuring van begroting en jaarrekening.

In het verslagjaar is een nieuwe externe accountant benoemd.

Deskundigheidsbevordering

De Raad van Toezicht heeft gewerkt aan deskundigheidsbevordering, onder andere door zich te 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). Er is gekozen voor een externe adviseur om onder andere belangenverstrengeling ten aanzien van Raad van Toezichtlid prof. dr. ir. A. Bruggink te voorkomen. De heer Bruggink is namelijk werkzaam bij een bank die interesse heeft getoond met andere banken de financiering van de nieuwbouw van de Isala klinieken te verzorgen.

Om belangenverstrengeling van leden van de Raad van Toezicht te voorkomen is binnen de Isala klinieken het 'Protocol van de Raad van Toezicht van Stichting Isala klinieken inzake belangenverstrengeling' van kracht. Volgens dit protocol kan de heer Bruggink noch aan vergaderingen van de Auditcommissie over de financiering van de nieuwbouw, noch aan vergaderingen van de Raad van Toezicht over de financiering van de nieuwbouw deelnemen.

Samenstelling Raad van Toezicht per 31 december 2008:

Naam	aandachtsgebied	overige functies
drs. R.M. Smit	voorzitter	- 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.
prof. dr. ir. A. Bruggink	lid Raad van Toezicht	- Chief Financial Officer/RvB Rabobank Nederland, Utrecht; - hoogleraar Universiteit Twente, Enschede; - lid Raad van Commissarissen ROVA, Zwolle.
mevrouw drs. W.M. van Ingen	lid Raad van Toezicht	- algemeen directeur Kamer van Koophandel Oost-Nederland; - bestuurslid Orkest van het Oosten; - lid European Chamber of Commerce (Eurochambres); - lid Euregionaal Samenwerkingsverband; - actieve rol in stichtingen ten behoeve van opvang van gedupeerde ondernemers - Vuurwerkkramp Enschede;

Naam	aandachtsgebied	overige functies
		- 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.
prof. dr. N.S. Klazinga	lid Raad van Toezicht	- hoogleraar Sociale Geneeskunde AMC, Amsterdam; - projectleider Health Care Quality Indicator project OECD, Parijs; - voorzitter College Sociale Geneeskunde, Utrecht; - voorzitter Nederlandse Public Health Federatie, Utrecht.
dr. R. Scheerens	lid Raad van Toezicht	- directeur Firaapel B.V.; - directeur Heig B.V.; - Chairman Shenyang Dutch Chinese Agropark Development Co. Ltd; - lid Raad van Commissarissen Bios Groep.
R.A. Steenbergen	lid Raad van Toezicht	- lid 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.
mevrouw drs. J.J. Zandbergen-de Zeeuw	lid Raad van Toezicht	- directielid Landstede, Zwolle; - voorzitter Kerkenraad Gereformeerde Kerk Hoofdhof, Berkum; - Secretaris Stichting Promotie Beroepsonderwijs.

Rooster van aftreden:

Naam	benoemd per	herbenoemd per	einde termijn
mevrouw drs. J.J. Zandbergen-de Zeeuw	1 november 2003	1 juli 2008	1 juli 2013
dr. R. Scheerens	13 april 2005		1 juli 2010
prof. dr. ir. A. Bruggink	18 mei 2005		1 juli 2010
prof. dr. N.S. Klazinga	25 september 2006		1 juli 2011
drs. R.M. Smit	25 september 2006		1 juli 2011
mevrouw drs. W.M. van Ingen	1 oktober 2007		1 mei 2009
R.A. Steenbergen	1 juli 2008		1 juli 2013

Mevrouw drs. W.M van Ingen heeft het Jaardocument 2008 niet ondertekend, omdat zij per 1 mei 2009 is afgetreden als lid van de Raad van Toezicht van de Isala klinieken. Zij heeft haar zittingstermijn voortijdig beëindigd vanwege conflicterende belangen c.q. belangenverstrengeling met haar nieuwe werkkring.

Een tabel met verantwoording van de bezoldiging van de Raad van Toezichtleden en gewezen leden is als bijlage opgenomen in hoofdstuk 6 (6.7 Verantwoording bezoldiging toezichthouders en gewezen toezichthouders).

3.2 BEDRIJFSVOERING

3.2.1 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 (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 af te dekken en te beheersen.

3.2.1.1 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. Op deze kaderbrief baseren de verschillende organisatieonderdelen vervolgens hun jaarplannen. Deze jaarplannen dienen daarna als leidraad voor het opstellen van de begroting per organisatieonderdeel. Tenslotte volgt na onderlinge afstemming de vaststelling van de begrotingen. Beleid en financiën zijn aan elkaar gekoppeld via de jaarplancyclus. Tevens vindt via de Isala-monitor monitoring plaats van de doelstellingen uit de jaarplannen. Dat gebeurt aan de hand van de drie resultaatgebieden (zorgproductie, personeel en bedrijfsvoering) die gelieerd zijn aan het INK-model.

De Raad van Bestuur bespreekt in de kwartaalgesprekken met de verantwoordelijke managers per bedrijfsonderdeel in hoeverre zij de plannen en begrotingen gaan realiseren. In deze gesprekken maken beide partijen gebruik van de schriftelijke rapportages van de organisatieonderdelen. Voordat de kwartaalgesprekken plaatsvinden, beoordelen Controlling, de stafdienst HR en de sectie Kwaliteit deze rapportages. Onder andere naar aanleiding van de kwartaalgesprekken vindt bijsturing plaats.

De afdeling Internal Audit vervult een belangrijke rol in het beoordelen en toetsen van de interne risicobeheersing- en controlesystemen. Bij het uitvoeren van haar werkzaamheden houdt de afdeling Internal Audit rekening met het reglement van de Auditcom-

missie. Jaarlijks stelt de afdeling Internal Audit een Audit Plan op en legt dit ter goedkeuring voor aan de Raad van Bestuur en de Auditcommissie. Internal Audit rapporteert hiërarchisch aan de directeur Financiën & Informatievoorziening, maar heeft daarnaast een directe rapportagelijijn naar de Raad van Bestuur. Tevens legt de afdeling Internal Audit verantwoording af aan de Auditcommissie. In 2008 zijn de Isala klinieken gestart met een initiatief om de medisch specialist meer centraal te stellen in de besturing van het ziekenhuis. Hiervoor is een traject ingezet om de organisatie in te richten naar resultaatverantwoordelijke eenheden die gelijk staan aan de poortspecialismen. In 2009 volgt een doorontwikkeling hiervan. Daarna zal ook de planning en controlcyclus ingericht worden per resultaatverantwoordelijke eenheid.

3.2.1.2 Beheersing van bedrijfs- en financiële risico's

Binnen Isala bestaat op dit moment geen gestructureerd proces van risicomanagement. Op vele gebieden zijn initiatieven om risico's voor de Isala klinieken in beeld te brengen en te beheersen. Eén daarvan is het vastleggen en verantwoorden van kansen en bedreigingen in de financiële begroting. Een ander voorbeeld is risicoanalyse met de hierop gebaseerde interne controlewerkzaamheden door de lijnorganisatie en de onafhankelijke afdeling Internal Audit. Andere acties zijn: een afzonderlijke treasuryfunctie voor de beheersing van rente- en financieringsrisico's, en een uitgebreide Isala-brede risicoanalyse die is opgenomen in het beslisdocument voor de voorgenomen nieuwbouw.

3.2.1.3 Risico's fraude

De Isala klinieken hebben nog geen formele risicoanalyse inzake fraude uitgevoerd. De belangrijkste aandachtspunten zijn momenteel de definiëring van het begrip fraude en bewustwording van de mogelijkheden aangaande fraude. Hierbij vormen de drie pijlers van fraude - druk, gelegenheid en rationalisatie - het uitgangspunt.

Fraudebewustzijn

Het inbedden van fraudebewustzijn zal een gedragsverandering binnen Isala vergen en een beroep doen op eenieders integriteit. Dit laatste is vooral van belang in het kader van decentralisatie van verantwoordelijkheden. Bij decentralisatie vermindert immers het centrale toezicht. Tegelijkertijd zullen naar verwachting de gelegenheid, de mogelijkheid en de druk van fraude toenemen.

Het fraudebewustzijn vraagt niet alleen om inbedding binnen de verschillende lagen van de organisatie, maar ook in de verschillende processen binnen Isala. Belangrijke uitgangspunten bij het inbedden van het fraudebewustzijn zijn afspraken, richtlijnen en de 'tone at the top', op zowel het niveau van Raad van Bestuur als de managementlagen. Eveneens is het uitvoeren van controle op naleving van deze afspraken en richtlijnen bij het handelen van medewerkers een cruciaal element.

De externe accountant heeft de Isala klinieken geadviseerd een Isala-gedragscode te formuleren, waarin afspraken en richtlijnen staan aangaande integriteit en fraude. De Isala klinieken zullen overwegen of het instellen van een centraal meldpunt fraude wenselijk is. Bij zo'n meldpunt kunnen medewerkers en medisch specialisten, eventueel anoniem, misstanden waaronder fraude melden. Een centraal meldpunt fraude is vergelijkbaar met een klokkenluiderregeling; beide voorzieningen zijn in 2008 nog niet in de Isala klinieken aanwezig. In 2009 zal de afdeling Internal Audit een risicoanalyse inzake fraude opzetten.

3.2.2 Regeling Administratieve Organisatie en Interne Controle

De Isala klinieken volgen de Regeling Administratieve Organisatie en Interne Controle inzake DBC-registratie en -facturering (hierna 'Regeling' genoemd). In deze Regeling is opgenomen dat een verbijzonderde interne controlefunctionaris en/of afdeling zorg draagt voor de interne controle op de DBC-registratie en -facturatie. Deze controlefunctionaris en/of afdeling rapporteert vervolgens aan de Raad van Bestuur en

andere betrokkenen. Binnen de Isala klinieken is deze taak neergelegd bij de afdeling Internal Audit.

Op basis van een Internal Audit Plan is gedurende 2008 de interne beheersing van verschillende (deel) processen beoordeeld. 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 ruim 450 DBC's in detail gecontroleerd. Deze werkzaamheden zijn beoordeeld 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 2008 gefactureerde DBC's onjuist is. Hiermee is aan de norm voldaan.

Begin 2009 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 2008' van de Isala klinieken het totaalbedrag gefactureerde DBC's in 2008 juist weer?
- Voldoet de administratieve organisatie en interne controle van Isala klinieken gedurende 2008 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 2008' opgesteld. Bij dit verantwoordingsdocument is door KPMG Accountants N.V. op 12 februari 2009 een accountantsverklaring afgegeven. 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 specifieke aandachts- en verbeterpunten die door de afdeling Internal Audit zijn aangedragen. Het streven is de tekortkomingen in 2009 op te lossen.

De activiteiten van Isala PAAZ vallen onder de Rege-

ling 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 heeft de afdeling Internal Audit de verbijzonderde interne controle op de productieregistratie en -facturatie uitgevoerd. De uitkomsten van de interne controlewerkzaamheden zijn, voorzien van aanbevelingen ter verbetering, intern met de betrokkenen besproken. Tevens zijn de werkzaamheden beoordeeld door de externe accountant.

3.2.3 Overleg Raad van Bestuur en Medische Staf

De samenwerking tussen Raad van Bestuur en het Stafbestuur van Vereniging De Medische Staf 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 Raad van Bestuur en het Bestuur Medische Staf 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 (zie hoofdstuk 4).

Wekelijks vindt gestructureerd overleg plaats tussen de Raad van Bestuur en de Medische Staf. 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.

Maandelijks (met uitzondering van de maand juli of augustus) wordt een Kernstafvergadering gehouden, waarbij 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. De Strategische agenda 2008-2012 is tijdens een Kernstafvergadering bekrachtigd. Tenminste drie maal per jaar organiseren Raad van Bestuur en Stafbestuur een bijeenkomst voor het uitdiepen van strategische thema's. Zo is in het verslagjaar gesproken over de (financiering van de) nieuwbouw, het strategische beleid en de kwaliteit van zorg.

3.3 CLIËNTENRAAD

Elke zorginstelling, dus ook een ziekenhuis, is sinds 1996 verplicht een Cliëntenraad te hebben volgens de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ). Een Cliëntenraad behartigt de gemeenschappelijke belangen van cliënten/patiënten van de zorginstelling. De Isala klinieken hebben sinds 2000 een Cliëntenraad.

De Cliëntenraad geeft de Raad van Bestuur gevraagd en ongevraagd advies over zaken die de patiëntenzorg betreffen. Onder meer hierdoor geeft de raad invulling aan de wettelijk geregelde medezeggenschap. De leden van de Cliëntenraad hebben allen affiniteit met de gezondheidszorg en de Isala klinieken. Zij zijn lid op persoonlijke titel.

In maart 2008 is de Cliëntenraad van de Isala klinieken voltallig geworden met de toetreding van de heer Harm Lassche. Vervolgens is in september, conform het rooster van aftreden, afscheid genomen van de heer Theun van der Wal. Hij is van 2002 tot 2008 lid geweest van de Cliëntenraad. De procedure voor de benoeming van een nieuw lid is in gang gezet.

Per 31 december 2008 bestaat de Cliëntenraad uit de volgende zes leden:

- mevrouw J. Hoegen, voorzitter;
- mevrouw H. van Nieukerken, lid;
- mevrouw I. Floors, lid;
- mevrouw A. van Rozendaal, lid;
- A. Vaarkamp, lid;
- H. Lassche, lid.

De Cliëntenraad krijgt bij het werk professionele ondersteuning van ambtelijk secretaris mevrouw A. Ruitenbergh.

3.3.1 Thema's en activiteiten Cliëntenraad

Overlegvormen en vergaderfrequentie

De Cliëntenraad heeft in 2008 tien keer vergaderd. Daarnaast heeft de raad zes keer overleg gevoerd met de Raad van Bestuur, in de persoon van de heer Thieme Groen. Eveneens is overleg gevoerd met de voorzitter van het Bestuur Medische Staf, de manager Kwaliteit, de directeur Bouw en de klachtenfunctionarissen. Verder is in 2008 gestart met het instellen van een jaarlijks overleg met de managers zorggroep en de medisch managers van de diverse zorggroepen en met de manager van Isala Facilitair (het facilitair bedrijf van het ziekenhuis). Deze gesprekken zijn vooral gebruikt als een wederzijdse kennismaking en voor het verkrijgen van inzicht in elkaars werkzaamheden. Daarbij is tevens aandacht gevraagd voor het speerpunt 'bejegening'. De Cliëntenraad van de Isala klinieken heeft het initiatief genomen voor het houden van besprekingen met Cliëntenraden van de regioziekenhuizen. In 2009 komt hierop een vervolg.

Reglement en visie

In het verslagjaar heeft de Cliëntenraad een nieuw huishoudelijk reglement vastgesteld. Als vervolg hierop zal de raad zich in 2009 richten op een nieuwe samenwerkingsovereenkomst met de Raad van Bestuur. De Cliëntenraad heeft zijn visie als volgt geformuleerd: 'Vanuit patiëntenperspectief wil de Cliëntenraad van de Isala klinieken, met alle de raad wettelijk ten dienste staande middelen, de kwaliteit van de zorg bewaken. Dit houdt in:

- een respectvolle bejegening;
- erkenning van ervaringsdeskundigheid van patiënten op alle niveaus binnen de zorgverlening;
- een voor ieder toegankelijke zorg die, vanuit de menselijke maat, deskundig en professioneel wordt verleend.'

Advisering

In 2008 zijn vanuit de Raad van Bestuur adviesaanvragen binnengekomen over de volgende onderwerpen:

- voorgenomen besluit overdracht Isala Ouderenzorg naar Stichting Woonzorgconcern IJsselheem. De Cliëntenraad heeft positief geadviseerd en hierbij aandacht gevraagd voor medezeggenschap van cliënten op Raad van Bestuurniveau;
- verzoek om uitstel van de evaluatie van het klachtenreglement. De Cliëntenraad is akkoord gegaan met het gevraagde uitstel. Begin 2009 zal een evaluatie plaatsvinden;
- patiënttevredenheidsonderzoek. De Cliëntenraad heeft de vinger gelegd op een aantal resultaten van het onderzoek en is verheugd dat de organisatie actie gaat ondernemen om die resultaten te verbeteren. In zijn advies heeft de Cliëntenraad bejegening centraal gesteld en benadrukt het meedoen aan verbeterprojecten meer als vanzelfsprekend te beschouwen. Verder is de Raad van Bestuur geadviseerd te streven naar een hogere tevredenheidsnorm dan de gehanteerde norm van 75 procent. Daarnaast is het advies gegeven minimaal jaarlijks kwalitatief onderzoek onder patiënten te doen, bijvoorbeeld door middel van spiegelgesprekken;
- verzoek om verlenging lidmaatschap lid Klachtencommissie. De Cliëntenraad heeft positief geadviseerd;
- exploitatiebegroting. De Cliëntenraad is akkoord gegaan met de exploitatiebegroting. Tegelijkertijd heeft de raad zijn zorgen geuit over het feit dat de productie moet toenemen voor het behalen van een financieel goed resultaat;
- benoeming lid en herbenoeming lid Raad van Toezicht. De Cliëntenraad heeft op beide punten positief geadviseerd;
- adviesaanvragen leden Klachtencommissie. De Cliëntenraad heeft twee keer positief advies uitgebracht over de benoeming van een lid van de Klachtencommissie;

- technische aanpassingen statuten. De Cliëntenraad heeft positief geadviseerd over de voorgestelde technische aanpassingen.

Strategienota 2008-2012

De Cliëntenraad is vóór de totstandkoming van de Strategienota 2008-2012 niet om advies gevraagd. In dit geval heeft de raad daarom ongevraagd advies uitgebracht. De Cliëntenraad heeft aangegeven in de strategienota prominente aandacht te missen voor het bieden van zorg waarbij de patiënt/cliënt centraal staat. In latere instantie is de Cliëntenraad verzocht mee te werken aan de verdere invulling van de zorgparagraaf.

Speerpunten/aandachtspunten

• Bejegening

De Cliëntenraad heeft in de verschillende contacten in de organisatie het speerpunt 'bejegening' onder de aandacht gebracht en centraal gesteld. Daarbij is gebleken dat bejegening op verschillende manieren invulling en aandacht krijgt. De invulling ervan hangt af van de manier waarop een leidinggevende met het onderwerp omgaat. Mede dankzij de inbreng van de Cliëntenraad is een aantal trajecten uitgezet met de nadruk op bejegening. Een en ander kan bijdragen aan een verbeterde zorgverlening door de Isala klinieken.

• Geestelijke verzorging

De Cliëntenraad heeft zich uitvoerig laten informeren over de werkzaamheden rondom de geestelijke verzorging. De Cliëntenraad is van mening dat de geestelijk verzorgers het bieden van hulp aan patiënten van de Isala klinieken als kerntaak hebben. Aan de Raad van Bestuur is geadviseerd om in deze sector geen reductie door te voeren en het secretariaat op sterkte te brengen.

- Kwaliteit

De Cliëntenraad wil op de hoogte zijn van de inspanningen op het gebied van kwaliteit. Daarom ontvangt de raad de kwartaalrapportages over de resultaten van de sectie Kwaliteit.

- Nieuwbouw/huisvesting

Nadat eind 2007 het definitieve besluit is genomen om over te gaan tot nieuwbouw, is de Cliëntenraad regelmatig geïnformeerd over de voortgang ervan. De Cliëntenraad wordt eveneens bij de verdere ontwikkelingen betrokken.

De Cliëntenraad deelt de zorgen van de Raad van Bestuur over de huidige verouderde huisvesting. De raad is blij met het besluit dat de achtbedkamers van locatie Sophia, wanneer dat mogelijk is, zullen veranderen in zesbedkamers.

- Klachtenbehandeling

In een overleg met de klachtenfunctionarissen en de voorzitter Klachtencommissie is de Cliëntenraad geïnformeerd over de werkzaamheden en werkwijze bij de klachtenbehandeling. Hierbij is naar voren gekomen dat meldingen over communicatie en bejegening het hoogste percentage hebben. De Cliëntenraad waardeert het dat het melden van klachten binnen de Isala klinieken laagdrempelig en gemakkelijk toegankelijk georganiseerd is.

Overige activiteiten waaraan leden van de Cliëntenraad hebben deelgenomen

- 'Open Dag van de Zorg' Isala klinieken;
- project 'Regie van de patiënt';
- bijeenkomsten over patiëntveiligheid;
- Isala Safety Award;
- 'Het veiligste idee van Isala';
- bijeenkomst van de Commissie Ethiek;
- projecten voor ontwikkelingen in de organisatie;
- symposia;
- werkbezoeken.

Vooruitblik 2009

De Cliëntenraad heeft geconstateerd dat binnen de Isala klinieken steeds meer aandacht is voor het aspect 'bejegening', maar heeft daarbij ook gemerkt dat er nog veel te verbeteren valt. In 2009 zal dit onderwerp dus opnieuw een van de speerpunten zijn. Verder zal de raad aandacht vragen voor informatie en communicatie in het algemeen en in het bijzonder bij het opname- en ontslagbeleid binnen de Isala klinieken.

Tevens wil de Cliëntenraad in 2009 onderzoeken hoe de raad actief betrokken kan zijn bij de planning en controlcyclus van de Isala klinieken. De raad wil graag de mogelijkheid hebben om tijdig, in een vroeg stadium, invloed uit te oefenen op de planning en controlcyclus.

3.4 OVERIGE ADVIES- EN OVERLEGORGANEN

3.4.1 Medisch Ethische Toetsingscommissie (METC)

De METC Isala klinieken is een door de CCMO conform artikel 16 WMO erkende toetsingscommissie. De commissie 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 van de gezondheidszorg in heel Nederland.

De Raad van Bestuur heeft de Medisch Ethische Toetsingscommissie gevraagd te adviseren of wetenschappelijk onderzoek, dat elders door een andere erkende commissie beoordeeld en goedgekeurd is, in de Isala klinieken uitvoerbaar is door middel van een marginale toetsing.

De werkwijze van de commissie is vastgelegd in vastgestelde procedures. In principe vergadert de METC elke twee weken waarbij de verzoeken om een oordeel worden behandeld evenals de voortgang van beoordeeld wetenschappelijk onderzoek. Tevens komen

in deze vergaderingen zaken van algemeen belang aan de orde, zoals de ontwikkelingen op het terrein van medisch ethische toetsing.

Voor het vormen van een oordeel over ingediende verzoeken bespreekt de commissie de volgende stukken in een vaste volgorde:

- het protocol en de Investigators Brochure;
- het aanmeldingsformulier van de CCMO (ABR-formulier);
- de patiënteninformatie;
- de verzekeringspapieren;
- eventuele andere aangeleverde stukken.

Alle leden krijgen de gelegenheid persoonlijk hun mening over een ingediend onderzoek te geven. Het geven van een oordeel gebeurt aan de hand van de toetsingscriteria van artikel 3 WMO (nieuw inzicht, belasting, belang versus risico, wetenschappelijke deugdelijkheid, deskundigheid onderzoeker, vergoeding proefpersoon).

Vragen die tijdens de bespreking naar voren komen, worden voorgelegd aan de onderzoeker. De antwoorden worden in een volgende vergadering besproken. Indien daar naar de mening van de vergadering aanleiding toe bestaat, wordt de onderzoeker uitgenodigd persoonlijk toelichting te komen geven en vragen te beantwoorden.

Wekelijks vergaderen de voorzitter en de ambtelijke secretaris om adviezen over onderzoeken aan de Raad van Bestuur te geven. Deze adviezen worden opgesteld aan de hand van schriftelijke commentaren van de leden van de commissie op het onderzoek. Indien de vragen van de commissie of de antwoorden van de aanvrager daartoe aanleiding geven, kan een aanvraag voor een advies over de lokale uitvoerbaarheid in een voltallige vergadering besproken worden.

De commissie is lid van de NVMETC (Nederlandse Vereniging van Medisch Ethische Toetsingscommissies). De ambtelijk secretaris heeft de bijeenkomsten bijge-

woond die speciaal voor de secretarissen georganiseerd worden door de CCMO.

Activiteiten in 2008

- De METC heeft sinds juni 2007 een eigen website. Deze site geeft informatie aan onderzoekers over het indienen van onderzoek conform de WMO 2006. De ambtelijk secretaris zorgt ervoor dat de informatie op de site zo recent mogelijk is.
- De METC Isala klinieken is in het verslagjaar twintig maal bijeengekomen om aanvragen voor een oordeel te bespreken.
- In het verslagjaar zijn 82 studies voor een oordeel of advies voorgelegd aan de commissie. Het betrof hier 21 vragen om een oordeel en 48 vragen om een advies aan de Raad van Bestuur. Tevens zijn 13 studies aangeboden die niet WMO-plichtig bleken te zijn. Van de twintig vragen om een oordeel zijn er nul negatief beoordeeld. In enkele gevallen heeft de commissie een beroep gedaan op externe (materie) deskundigen om een standpunt over een onderzoek te kunnen vormen.

Vooruitblik 2009

- De METC zal per 1 januari 2009 haar positieve oordelen nader oordelen en meldingen van voortijdig beëindigen van trials, per gescande en getekende kopieën digitaal versturen naar de CCMO. Deze verplichting is door de CCMO opgelegd.
- De METC zal de procedure voor de beoordeling van de studies die voor een lokale uitvoerbaarheid aan de METC worden voorgelegd, in overleg met de Raad van Bestuur aanpassen.
- De METC verlaagt per 1 januari 2009 de frequentie van vergaderen van één keer per twee weken naar één keer per drie weken.

3.4.2 Verpleegkundige adviesraad

Verpleegkundige Kenniskring Isala

Gedurende enkele jaren heeft binnen de Isala klinieken geen verpleegkundige adviesraad bestaan of een

eigen platform voor de verpleegkundige beroepsgroep. Toch bleek hier intern grote behoefte aan te bestaan. Daarom is in 2008 de Verpleegkundige Kenniskring Isala opgericht als platform waar wordt nagedacht en gesproken over verpleegkundige thema's.

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

3.4.3 Ondernemingsraad

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

De Ondernemingsraad van de Isala klinieken heeft drieëntwintig zetels. Over zaken die de Isala klinieken als totaliteit betreffen, voert de voltallige OR overleg met de voorzitter van de Raad van Bestuur. Daarnaast werkt de Ondernemingsraad op deelgebieden in verschillende commissies. Hiervoor heeft de OR onderdeelcommissies (OC) ingesteld, die elk op decentraal niveau overleg voeren 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 Ondernemingsraad krijgt ondersteuning van het bureau Medezeggenschap. Dit bureau 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.

In 2008 heeft de Ondernemingsraad tien 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 2008 minimaal tien keer in gesprek geweest met de eigen OC.

De Ondernemingsraad heeft in 2008 een aantal belangrijke onderwerpen behandeld. Hieronder vallen: advisering over de te volgen route op weg naar een gezond ziekenhuis, de overdracht van Isala Ouderenzorg naar Stichting Woonzorgconcern IJsselheem, de leidinggevende structuur van het primaire proces en het behoud van de functie 'zwerfwacht' binnen de Isala klinieken.

‘alle elementen
rond patiëntveilig-
heid samengevoegd
in het Veiligheids-
grondvest’

An abstract graphic in the bottom half of the page, consisting of overlapping, flowing shapes in a light blue color against a white background. The shapes create a sense of movement and depth, resembling stylized waves or organic forms.

4. Beleid, inspanningen en prestaties

4.1 MEERJARENBELEID

4.1.1 Missie en uitgangspunten

De Isala klinieken zien de context van de zorgsector veranderen. De ziekenhuissector ontwikkelt zich naar een nieuw, meer marktgericht regime met een bekostiging op basis van verrichtingen (DBC's) waarover prijsonderhandelingen gevoerd kunnen worden. Ook verzekeraars moeten zich instellen op deze nieuwe context. Naar verwachting zullen zij met name kritisch zijn op het prijsniveau van vergelijkbare verrichtingen in verschillende ziekenhuizen. Daarnaast is het bouwregime in de zorgsector geliberaliseerd. Ziekenhuizen moeten voor eigen rekening gaan bouwen (investeren) en exploiteren. Vroeger was het verkrijgen van een bouwvergunning de belangrijkste hobbel bij nieuwbouw, nu zijn het de financiën. Ziekenhuizen zijn zelf verantwoordelijk voor de bekostiging van nieuwbouw. Zij zullen financiers moeten overtuigen van de continuïteit van de organisatie en de haalbaarheid van de noodzakelijke investering. Tevens stellen patiënten/cliënten zich steeds meer op als 'eisende' klanten; zij beschikken via internet ook over veel informatie over de gezondheidszorg. Tot slot beginnen commerciële partijen alternatieven te bieden voor de zorg in het vertrouwde ziekenhuis.

De komende vier jaren willen de Isala klinieken haar profiel als compleet regionaal basisziekenhuis 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 één of meerdere landelijk bekende centres of excellence;
- voorloper op het gebied van kwaliteit en patiëntveiligheid;

- de ontwikkeling van nieuwe concepten en constructies in de organisatie;
- goede financiering van de zorg;
- een goede werkplek voor professionals.

4.1.2 Visie en strategie

Voor het waarmaken van de ambities van de Isala klinieken is een optimale fysieke omgeving noodzakelijk. Het vereist een ambiance die past bij de eisen van deze tijd, die uitnodigend is voor patiënten en die een aantrekkelijke werkplek biedt aan de professionals die bij Isala werken.

De huidige tweelocatiesituatie van de Isala klinieken is echter verre van optimaal en voldoet niet aan hedendaagse eisen van moderne en flexibele gezondheidszorg. De verdeling van specialismen over twee ziekenhuislocaties bemoeilijkt tevens het ontwikkelen van innovatieve, multidisciplinaire zorgconcepten. Bovendien kampt de binnenstadslocatie Weezenlanden met een parkeerprobleem.

Nieuwbouw op één locatie is daarom een noodzaak. Niet alleen in het licht van de marktontwikkelingen in de gezondheidszorg, maar ook vanuit het streven van de Isala klinieken om een toonaangevend ziekenhuis te blijven.

Om die redenen hebben de Isala klinieken zich eind 2007 gecommitteerd aan een nieuwbouwprogramma op één locatie, en wel op locatie Sophia aan de rand van de binnenstad.

Strategische agenda 2008-2012

Met het oog op de ontwikkelingen in de zorgsector hebben de Isala klinieken in 2008 de ambities voor de periode 2008 tot 2012 herbevestigd in de Strategische agenda 2008-2012. Deze agenda is in samenspraak met het Stafbestuur tot stand gekomen en vervolgens bekrachtigd in de Kernstafvergadering. De strategische agenda is derhalve onderschreven door de Medische Staf.

Vooruitblik naar 2009

Het jaar 2009 zal een belangrijk jaar zijn voor de Isala klinieken, met onder andere de volgende doelstellingen:

- aan het eind van het eerste kwartaal is de financiering voor de nieuwbouw in de zin van een lening van een bankenconsortium rond;
- de definitieve bouwovereenkomst voor de nieuwbouw met het bouwconsortium Isala Designed 2 Build (Isala D2B) wordt vóór de zomer van 2009 ondertekend;
- de daadwerkelijke bouw gaat in september 2009 van start.

Om de nieuwbouw te kunnen bekostigen zal in 2009 een rendementsverbetering van twee procentpunt op de omzet behaald moeten worden. Er wordt een projectorganisatie opgericht, die gaat uitzoeken hoe zorgprocessen binnen de Isala klinieken efficiënter in te richten zijn.

4.2 ALGEMEEN BELEID

Het overkoepelende doel van de Strategische agenda 2008-2012 is als volgt geformuleerd: de Isala klinieken moeten in de periode 2008-2012 toegroeien naar een rendementsniveau dat het mogelijk maakt de gekozen ambities te realiseren. Deze strategische opgave is uitgewerkt in zes thema's:

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 thema's zijn de lijnen waarlangs de organisatie de strategische opgave dient te bereiken. Zij vormen het uitgangspunt voor de Strategische agenda 2008-2012. Elk thema op zich draagt bij aan het versterken van de positie van het ziekenhuis in de komende jaren.

4.2.1 Zes thema's strategische opgave

4.2.1.1 Zorgprocessen op orde

De Isala klinieken zijn primair een zorginstelling. Dat betekent dat alle activiteiten binnen het ziekenhuis in het teken staan van het zorgproces. Dit mag vanzelfsprekend zijn voor diegenen die daadwerkelijk 'aan het bed' staan, maar het geldt eveneens voor degenen die op grotere afstand van het zorgproces werken.

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.

4.2.1.2 Relatiebeheer en marketing

Isala is als ziekenhuis onderdeel van de zorgketen voor patiënten. Bij de Isala klinieken komen de patiënten/cliënten meestal binnen na verwijzing van een huisarts, na een trauma, of vanuit een ander ziekenhuis (vanwege de vraag om complexere zorg). In het ziekenhuis krijgen ze onderzoek, zorg en behandeling.

Na afronding van de behandeling is een vervolg of goede nazorg voor patiënten van essentieel belang. Kan de patiënt zichzelf redden thuis, is mantelzorg of thuiszorg voorhanden, moet er opvang in een verpleeghuis worden geregeld? Dergelijke vragen waar patiënten en/of hun naasten zich vaak het hoofd over breken, zijn ook voor ons van groot belang. De zorgverlening van de Isala klinieken omvat eveneens

ondersteuning bij (het regelen) van nazorg.

Vanuit het thema 'Relatiebeheer en marketing' werken we aan optimalisering van onze rol in de zorgketen. 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. De hamvraag is: wat willen onze patiënten/cliënten en hoe kunnen de Isala klinieken dat realiseren? Een gedegen marketingbeleid kan daarin voorzien.

4.2.1.3 Reputatiemanagement

Het beeld dat de maatschappij van een zorginstelling heeft, bepaalt voor een groot deel het vertrouwen in de organisatie. Steeds vaker wordt ziekenhuizen en publieke de maat genomen via allerlei opiniepeilingen en onderzoeken naar de kwaliteit van de zorg. De laatste jaren is ook te zien dat zorgaanbieders in toenemende mate worden afgerekend op de aspecten 'bejegening' en 'gastvrijheid'. Patiënten willen dat zorgverleners op een respectvolle en gelijkwaardige manier met hen omgaan. Ook willen zij zich binnen de muren van zorg prettig en welkom voelen.

'Reputatiemanagement' omvat het waarmaken van een goede reputatie van de Isala klinieken. Het is belangrijk goed te scoren op kwaliteit van zorg en op het beeld dat de maatschappij van ons heeft. We blijven werken aan ons imago, onder andere door 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 blijvend 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.

4.2.1.4 Herinrichting financiële structuur

De Isala klinieken willen hoogwaardige en innovatieve zorg leveren in een competitieve omgeving, en 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, waarmee voor medewerkers inzichtelijk wordt welke mogelijkheden er zijn om het rendement te verbeteren. Ieder specialisme heeft nu inzicht in de kosten van een behandeling en de verschillende onderdelen daarvan, en ziet wat het oplevert.

Daarnaast maakt ieder specialisme voortaan elk jaar een businessplan. Deze nieuwe manier van werken kan de prestaties enorm bevorderen. Iedere medewerker, van specialist tot secretaresse, kan nu zelf bijdragen aan de opbrengsten van het eigen specialisme.

4.2.1.5 Verbeteren effectiviteit van de besturing

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 in the lead'). 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 is 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 ook zorginhoudelijk meer verantwoordelijkheid, bijvoorbeeld voor de juiste inzet van mensen en middelen.

4.2.1.6 Relatie medisch specialist en ziekenhuis

De sleutel voor het realiseren van de strategische opgave is een goede verbinding en (zakelijke) samenwerking tussen specialisten en ziekenhuisorganisatie. Dat was zo en dat zal in de toekomst ook zo blijven.

Een belangrijk uitgangspunt bij het thema 'Relatie medisch specialist en ziekenhuis' is de decentralisatie van de operationele beslissruimte in de bedrijfsvoering naar specialisatieniveau. Hiermee krijgen specialisten 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.

4.2.2 Nieuwbouw

Medio december 2007 heeft de Raad van Bestuur besloten om de nieuwbouw op locatie Sophia in gewijzigde vorm uit te werken in een planwijziging en de aanbesteding ervan te starten. De nieuwbouw is een voorwaarde om de ambities van de Isala klinieken op de lange termijn ten volle waar te maken.

Wanneer de Isala klinieken beschikken over betere faciliteiten zal het mogelijk zijn nog betere zorg te leveren aan patiënten en cliënten. De nieuwe fysieke omgeving zal tevens een veel aangenamere werkomgeving bieden aan allen die binnen Isala werken en zo onze innovatiekracht versterken.

Planwijziging

In 2008 is de uitwerking van de planwijziging met veel energie ter hand genomen. De betrokken ontwerpers en adviseurs hebben driekwart jaar gewerkt aan de volgende wijzigingen: het omzetten van de parkeerlaag onder de gebouwen naar een huisvestingslaag voor poliklinieken en behandelruimtes, het verplaatsen en spiegelen van afdelingen binnen de

structuur van de 'vlinders' (bouwvormen) om een goed structuurplan te behouden. Ook zijn gebruikersoverleggen gevoerd met de nieuwe afdelingen die alsnog zijn toegevoegd aan de nieuwbouw van de vier vlinders. Deze gebruikersoverleggen worden medio 2009 afgerond.

Voorbereidende werkzaamheden

Op en rond locatie Sophia zijn in 2008 vele voorbereidende activiteiten uitgevoerd, zoals:

- verhuizing van de afdelingen uit de bestaande gebouwen L, Q, Z en Zt en start van de sloopwerkzaamheden van deze gebouwen (inclusief het voormalige zwembad en de tennisbanen);
- de start van de uitvoering van de hoofdingang aan de zuidkant van het ziekenhuis. Er komt een nieuwe hoofdingang om overlast van de bouw voor patiënten en bezoekers tot het minimum te beperken. Na voltooiing ervan staat het herinrichten van de hal op het programma;
- afronding werkzaamheden Parkeergarage nabij de nieuwe hoofdingang;
- start van de reconstructie Ceintuurbaan en Dr. van Heesweg door Gemeente Zwolle.

Financiering

In het verslagjaar is de afdeling Financiën & Informatievoorziening gestart met de voorbereiding van de herfinanciering van de bestaande leningportefeuille en het verkrijgen van financiering van de nieuwbouw voor de eerste en tweede tranche. Hiermee is in januari 2008 een begin gemaakt; medio 2008 heeft Bureau Nieuwbouw een omvangrijke bijdrage geleverd aan het opstellen van het businessplan van de Isala klinieken ter ondersteuning van dit financieringstraject. In 2008 heeft continu afstemming en bijstelling van het financieringsvraagstuk plaatsgevonden in nauw overleg tussen de Raad van Bestuur, Bureau Nieuwbouw en Financiën & Informatievoorziening.

Aanbesteding

Een innovatief aanbestedingstraject is begin 2008 in gang gezet. Dit heeft geresulteerd in de keuze van een bouwpartner en het bepalen van het plafondbedrag. Net vóór de zomer van 2008 kwam het consortium Isala Designed 2 Build (Isala D2B) als beste uit de selectie van de consortia. Het gehele aanbestedingstraject is zo ingericht dat kennis van marktpartijen maximaal benut kan worden en risico's tijdens het bouwproces vooraf zo goed mogelijk worden ingeschat.

Optimalisatie- en prijsvormingfase

Na de zomer van 2008 is samen met de bouwpartner en betrokken adviseurs veel werk verzet bij het bepalen van de kosten van de totale nieuwbouw, het bepalen van mogelijke optimalisaties om het plan binnen het plafondbedrag te kunnen realiseren en het bepalen van de voorwaarden waaronder de nieuwbouw wordt gerealiseerd. Deze voorwaarden zijn beschreven in de Realisatieovereenkomst met Projectplan, Bestek en tekeningen. Eind 2008 is dit traject afgesloten met een vooruitblikkende tussenstand naar de einddatum van de optimalisatie- en prijsvormingfase op 1 maart 2009.

In het eerste kwartaal van 2009 is met een bankenconsortium overeenstemming bereikt over de financiering van de nieuwbouw. De definitieve bouwovereenkomst met het consortium Isala D2B wordt vóór de zomer van 2009 ondertekend. De start van de nieuwbouw staat gepland voor september 2009 en de ingebruikname in 2013.

4.2.3 Informatiebeleid

Het verslagjaar 2008 staat geboekt als het jaar waarin de interne organisatie van de informatiefunctie een belangrijke ontwikkeling heeft doorgemaakt. Daarentegen is slechts een gering aantal successen behaald op het gebied van de digitalisering van de zorgprocessen. Desondanks is wel een stevige basis gelegd voor het omzetten van de in 2008 opgelopen vertraging naar een versnelling in de komende jaren.

4.2.3.1 Informatiemanagement

Binnen de afdeling Informatiemanagement, onderdeel van Financiën & Informatievoorziening, zijn in 2008 vier functies samengebracht die voorheen verspreid zaten over de organisatie, namelijk: informatiebeleid, functioneel beheer van de centrale systemen, programma- en projectmanagement van Isala-brede ICT-projecten, en het privacybeleid.

Beheertaken elders

Het technisch beheer van de centrale systemen is altijd in handen geweest van de stafdienst ICT van de Isala klinieken. Deze afdeling werkt echter sinds 1 januari 2007 als zelfstandig ICT-bedrijf onder de naam IC2it BV. In 2008 is een begin gemaakt met het 'buiten de deur' beleggen van de beheertaken, zodat IC2it zich kan concentreren op de eigen kerncompetenties.

Als eerste stap is het technisch beheer van het ERP-pakket SAP waarmee Isala werkt, per 1 augustus 2008 ondergebracht bij een extern bedrijf (Care4ict uit Noord-Holland). Als tweede zal het technisch beheer van het intranet en internet elders worden ondergebracht; dit is naar verwachting in de eerste helft van 2009 afgerond. IC2it heeft de kennis van deze twee omgevingen niet (meer) in huis en kan zich door het afstoten van deze taken beter focussen op datgene waar zij goed in is: de zorg.

Vervangingen van infrastructuur

Het contractmanagement met IC2it is belegd bij de afdeling Informatiemanagement. Sinds 1 januari 2008 is IC2it ook juridisch gezien een zelfstandige BV, waarbij de Isala klinieken honderd procent van de aandelen bezitten. Bij de oprichting van de BV is in de overeenkomst een reservering opgenomen voor het in drie jaar wegwerken van achterstallig onderhoud op het gebied van centrale servers en netwerkcomponenten. Uit die reservering zijn in 2008 belangrijke vervangingen van de infrastructuur uitgevoerd.

Onbeheersbare groei ICT-projecten

De Isala klinieken zijn sterk in het ontwikkelen van nieuwe initiatieven, ook op ICT-gebied. Mede als gevolg van de verzelfstandiging van IC2it is al vanaf 2007 een enorme groei van het aantal ICT-gerelateerde projecten gaande. Eind 2008 heeft deze expansie een climax bereikt van 105 ICT-projecten in verschillende stadia van ontwikkeling. Dit grote aantal lopende projecten heeft echter geleid tot een onbeheersbare situatie. Daarom is eind 2008 een extern adviesbureau ingeschakeld om het totale projectenportfoliomanagement van de Isala klinieken te analyseren en met verbeteradviezen te komen.

Privacy EPD

Mede als gevolg van de publiciteit rondom het landelijke elektronische patiëntendossier (EPD) is de vraag van patiënten om inzage te krijgen in het eigen patiëntendossier met vijftientig procent toegenomen. Tevens zijn Isala-medewerkers zich er meer bewust van geworden dat inzage in dossiers van patiënten met wie geen behandelrelatie bestaat, niet is toegestaan. In beide gevallen speelt de privacy-functionaris van de Isala klinieken een centrale rol. Zij registreert tevens in EriDanos (het EPD van de Isala klinieken) welke persoon welk patiëntendossier heeft geraadpleegd. Deze logging in EriDanos is in 2008 met het oog op mogelijke incidenten aangescherpt.

Zorg Service Provider

Op 23 september 2008 is IC2it gecertificeerd als 'Zorg Service Provider' (ZSP). Dit betekent dat de systemen, diensten en procedures van IC2it voldoen aan de strenge eisen van Nictiz (Nederlands Instituut ICT in de Zorg) om gegevens uit zorgapplicaties landelijk met elkaar uit te wisselen.

IC2it is nu gemachtigd om zorginstellingen aan te sluiten op het Landelijk Elektronisch Patiënten Dossier. Via een Zorg Service Provider worden ziekenhuizen, huisartsenpraktijken, apotheken, huisartsenwaarnemingsposten, maar ook andere zorginstellingen aangesloten op het landelijk schakelpunt.

IC2it is de tiende organisatie in Nederland die ZSP-gequalificeerd is. Eerder al verkreeg EriDanos de XIS-typegoedkeuring van Nictiz.

4.2.3.2 Isala Digitaal

In 2007 is het startsein gegeven voor het structureel uitbreiden van EriDanos met medisch registratieve functies, bovenop de zogenaamde 'kijkdoos'-functie. Deze omvatten het ontsluiten van medische informatie vanuit de verschillende deelsystemen. Hiervoor is het programma Isala Digitaal opgezet.

Isala Digitaal omvat een aantal projecten met gezamenlijke doelstellingen, waaronder het verbeteren van de kwaliteit van de informatievoorziening in het primaire proces en het verbeteren van de efficiency van het zorgproces, voor zowel zorgverlener als patiënt. In het verslagjaar is veel tijd en energie gestoken in het opzetten van een adequate projectorganisatie, met als belangrijke pijlers een goede samenwerking tussen medisch specialisten, afdelingssecretariaten, IC2it en projectleiding van Isala Digitaal.

Digitaal polidossier

Een essentieel onderdeel van Isala Digitaal is de digitalisering van alle poliklinieken. In 2008 is deze digitalisering echter achtergebleven bij de prognose. Door gebruik te maken van een nieuwe softwareontwikkelingstrategie is wel het fundament gelegd waarmee specialismen in een hoger tempo van een digitaal polidossier te voorzien zijn.

In het tweede kwartaal van 2008 is Chirurgie als tweede specialisme gestart met het houden van spreekuren met een volledig digitaal polidossier. In het vierde kwartaal is de nieuwe polikliniek Flebologisch centrum Isala overgegaan op het digitaal polidossier.

EriDanos

In 2008 is een oplossing geïmplementeerd voor het scannen van binnenkomende brieven die vervolgens op de juiste plaats bij de patiënt in EriDanos beschikbaar komen. De gekozen werkwijze sluit naadloos

aan bij het Improve-project (plaatsing van gecombineerde print-, scan- en faxfunctionaliteit in de organisatie). Door onvoorziene omstandigheden zijn in 2008 twee nieuwe releases van EriDanos uitgekomen, in plaats van de geplande vier.

Filmloos

Onder verantwoordelijkheid van de zorggroep MOS (Medisch Ondersteunende Specialismen) is hard gewerkt aan het digitaliseren van beelden door de invoering van het RIS/PACS. Dit is een belangrijke voorwaarde voor digitaal werken. Op 1 maart 2008 is een belangrijke mijlpaal bereikt: vanaf die datum zijn de Isala klinieken filmloos. De afdelingen Radiologie en Nucleaire Geneeskunde werken volledig digitaal en alle röntgen- en nucleaire beelden zijn digitaal beschikbaar.

PDMS

In december 2008 is het nieuwe PDMS (Patiënt Data Management System) op de vier thorax-OK's en één hartcatheterisatiekamer operationeel geworden. Hiermee is een eind gekomen aan het bestaan van een eenentwintig jaar oud in eigen beheer ontwikkeld systeem.

4.2.4 Milieubeleid

De afdeling Arbo en Milieu is in 2008 verantwoordelijk geweest voor de uitvoering van het milieubeleid van de Isala klinieken. In het verslagjaar is aan de hieronder volgende milieuaspecten en milieuonderwerpen gewerkt.

Milieuvergunningen

De milieuvergunningen van de locaties Weezenlanden en Stilobadstraat zijn verouderd. Daarom zullen de Isala klinieken voor deze locaties een revisieaanvraag indienen. De beide revisieaanvragen zijn in het verslagjaar in de wacht gezet, totdat het traject van de vergunningverlening voor de nieuwbouw van locatie Sophia is afgerond. Dit is afgesproken in overleg met het bevoegd gezag.

In 2008 is gewerkt aan de aanvragen voor milieuvergunningen voor de nieuwbouw. Naar verwachting is het traject van de vergunningverlening voor de nieuwbouw in het tweede kwartaal van 2009 afgerond.

Milieubeleidsplan - herziening

Er is nog geen nieuwe versie van het milieubeleidsplan uitgebracht vanwege de werkdruk die het aanvragen van de milieuvergunning Nieuwbouw met zich mee heeft gebracht. De herziening van het milieubeleidsplan is daarom doorgeschoven naar 2009. Tevens is besloten in 2009 na te denken over de invoering van een milieuzorgsysteem conform ISO 14000.

Milieu-inspecties 2008

In het verslagjaar zijn bij de Isala klinieken door de diverse instanties geen nieuwe milieu-inspecties uitgevoerd. Wel heeft de Gemeente Zwolle een herinspectie uitgevoerd naar aanleiding van de in 2007 geconstateerde gebreken. Volgens deze inspectie zijn de meeste tekortkomingen opgelost, op een paar kleine puntjes na. Een daarvan is het ontbreken van de juiste gevaarsaanduidingen.

Milieu algemeen

De afdeling Arbo en Milieu is verantwoordelijk voor de uitvoering van het milieubeleid van de Isala klinieken. De praktische uitvoering van de milieuwerkzaamheden behoort echter voornamelijk tot het werkterrein van Isala Facilitair, het facilitair bedrijf van de Isala klinieken. Milieu en milieubeleid zijn vooral gerelateerd aan het commoditeitenverbruik (gas, water, elektriciteit) en het ruimtegebruik (opslag van gevaarlijke stoffen, onderhoud technische installaties). Dergelijke werkzaamheden zijn voor het grootste deel organisatiebreed van toepassing. Ook aan aanbouw, verbouw en nieuwbouw zitten belangrijke milieuaspecten vast.

Het recente verleden heeft aangetoond dat informatievoorziening over milieuzaken vanuit Isala Facilitair

naar de Adviseur Gevaarlijke stoffen en Milieu (afdeling Arbo en Milieu) traag verloopt. Dit kan onder andere ongunstig zijn voor het onderhoud en de revisie van milieuvergunningen.

Een goede uitwisseling van informatie is vooral voor de toekomst met het oog op de nieuwbouw van belang. Het milieubeleid evenals de registratie van gevaarlijke stoffen zijn verplichtingen vanuit de Arbowet en werkzaamheden voor de afdeling Arbo en Milieu. Toch is uit praktisch oogpunt overwogen tot enkele interne verschuivingen. Zo zal de Adviseur Gevaarlijke stoffen en Milieu vanaf 1 januari 2009 onder Isala Facilitair zijn werkzaamheden voortzetten. Daarnaast is het milieubeleid onder de verantwoordelijkheid gekomen van de manager Techniek en Huisvesting (Isala Facilitair). In de toekomst gaat de afdeling Arbo en Milieu zich meer richten op de Arbodienst als core business.

Registratie gevaarlijke stoffen

De gehele registratie van gevaarlijke stoffen is overgezet naar de nieuwe software die in december 2007 geïnstalleerd is. Tevens zijn de voorschriften van de nieuwe wet- en regelgeving doorgevoerd in de uitgebrachte veiligheidsinformatie. Dit betreft de invoering van REACH (Registratie, Evaluatie, Autorisatie en beperkingen van Chemische stoffen).

Ziekenhuisafval

In 2008 is veel aandacht besteed aan corrigerende en preventieve maatregelen ten aanzien van het goed scheiden van ziekenhuisafval.

Digitalisering veiligheidsinformatiebladen

De uitgave van de veiligheidsinformatiebladen op papier zal uiteindelijk verdwijnen. Er komt een digitale versie van de veiligheidsinformatiebladen op het intranet (IRIS) van de Isala klinieken. Dat geldt ook voor de werkinstructiekaarten. Elke afdeling krijgt een aparte plek (een afdelingsmap) op het intranet waarin de veiligheidsinformatiebladen en werkinstructiekaarten staan. Op deze manier komt op af-

delingsniveau alle veiligheidsinformatie van een afdeling ter beschikking. Tevens is direct op werplekniveau te zien welke werkinstructies voor alle gevaarlijke stoffen op een afdeling in gebruik zijn. Zo'n afdelingsmap op IRIS is alleen toegankelijk voor de op die afdeling geregistreerde medewerkers.

In 2008 is de uitwerking van dit project in gang gezet. De locaties Sophia, Stilobadstraat en La Gourmande zijn inmiddels volledig overgezet en er is een begin gemaakt met locatie Weezenlanden. Het gehele project heeft vertraging opgelopen door het vertrek van de webmaster, maar in januari 2009 zijn de werkzaamheden hervat.

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. Dit betekent dat de zorg daadwerkelijk rondom de patiënt is georganiseerd, efficiënt is en servicegericht. De Isala-medewerkers zullen de patiënt met empathie en respect behandelen.

4.3.1 Kwaliteitsbeleid

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 de Isala klinieken versterken.

Pijlers kwaliteitszorg

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

- signaleren; de huidige situatie vastleggen, een analyse maken en verbetermogelijkheden opsporen met be-

hulp 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), welke veranderingen kunnen we invoeren die resulteren in een verbetering (veranderen)? Voorbeelden hiervan zijn de Isala Sneller Beterprojecten;
- 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, zoals prestatie-indicatoren, patiënttevredenheidsonderzoek en onderzoeken van de Consumentenbond. Hierdoor krijgt de buitenwereld een gerechtvaardigd vertrouwen in de kwaliteit van de Isala klinieken.

4.4 KWALITEITSBELEID TEN AANZIEN VAN PATIËNTEN/CLIËNTEN

4.4.1 Kwaliteit van zorg

Gegevens over kwaliteitssystemen, creditering - label - accreditatie, cliëntenonderzoek en het aantal klachten ingediend bij de Klachtencommissie zijn als bijlage opgenomen in hoofdstuk 6 (6.8 Kwaliteit van de organisatie:).

4.4.1.1 Inspanningen

NIAZ

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 aanleiding gegeven de organisatie van zorg op twaalf punten te verbeteren. 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 tijdens dat bezoek geoordeeld dat de verbeterpunten adequaat zijn aangepakt, zodat de Isala klinieken zich kunnen gaan voorbereiden op de ziekenhuisbrede accreditatie die in 2011 zal volgen.

Intern auditsysteem

In 2008 zijn negen afdelingsaudits uitgevoerd. Tevens is vanuit de sectie Kwaliteit gewerkt aan het introduceren van nieuwe vormen van audits. Naast afdelingsaudits staan voor 2009 ook proces- en thema-audits op het programma. Omdat hiervoor uitbreiding van de huidige auditorenpool vereist is, zullen begin 2009 nieuwe auditoren opgeleid worden.

Isala Sneller Beter

Voor het verbeteren van het zorgproces zijn de Isala klinieken in 2005 gestart met Isala Sneller Beterprojecten. Drie 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.

• Logistieke projecten

In de eerste fase van Isala Sneller Beter zijn twee logistieke projecten uitgevoerd: werken zonder wachtlijst en procesherinrichting. Nadat gebleken is dat deze projecten tot aansprekende resultaten kunnen leiden, is besloten voor alle patiëntengroepen de processen te optimaliseren (zie ook hierna de paragraaf over 'Verbeteren van zorglogistiek').

- Verpleegkundige thema's

Er is gewerkt aan de verpleegkundige thema's pijn, decubitus en ondervoeding.

- Voor het thema 'postoperatieve pijn' is de aandacht op de verpleegafdeling nadrukkelijk vergroot. Verpleegkundigen hebben aandacht voor pijn ingebed in hun handelen. Zij meten de pijnscores volgens een gestandaardiseerde pijnmeting en kunnen de patiënten vervolgens ook actief behandelen. Hierdoor is het aantal patiënten met een pijnscore hoger dan 4 (VAS) gedaald. De invoering van het pijnprotocol heeft dit mede mogelijk gemaakt. Tevens is gestart met een acute pijnservice.
- Het aantal patiënten met incidentie 'decubitus' is gedaald binnen de Isala klinieken, zo blijkt uit de metingen. Door Isala Sneller Beter is er meer aandacht voor decubitus gekomen. Er wordt nu gescreend en geregistreerd. Tevens wordt gewerkt met een risicoscorelijst en er zijn preventieve maatregelen ingevoerd.
- De screening van ondervoeding is goed geïmplementeerd. Er is nu meer oog voor ondervoeding. Tevens zijn aan de hand van screeningsresultaten succesvolle interventies uitgevoerd om ondervoeding bij patiënten aan te pakken, zoals het verstrekken van snacks en volgens protocol behandeling van patiënten die ernstig ondervoed zijn.

Om de metingen en registratie ten behoeve van deze verpleegkundige thema's te vereenvoudigen is gestart met het ontwikkelen van een verpleegkundig metingenblad en een anamneseformulier in het elektronisch patiëntendossier. In 2009 moet het mogelijk zijn om verpleegkundige waarden aan bed digitaal in te voeren.

- Afronding Isala Sneller Beter

In het verslagjaar heeft de verdere uitrol van de Isala Sneller Beter-thema's nadrukkelijk plaatsgevonden. Tevens zijn in 2008 verschillende trainingsrondes georganiseerd om de diverse projectgroepen op gang te helpen bij het behalen van hun doelstellingen. Ook hebben verschillende intervisiebijeenkomsten plaats-

gevonden om de projectgroepen tijdens het project te ondersteunen. In 2008 zijn diverse Isala Sneller Beter-projecten afgerond.

De doelstellingen rondom Isala Sneller Beter hebben een plaats gekregen in de planning en controlcyclus. In 2008 hebben de kernteams de verschillende thema's nog nadrukkelijker op de kaart gezet. Daarnaast is in 2008 toegewerkt naar het borgen van de bereikte resultaten en het stopzetten van het Isala Sneller Beter-programma. Daartoe is de verantwoordelijkheid voor de verschillende thema's weer teruggelegd in de organisatie. Naar verwachting is Isala Sneller Beter afgerond in april 2009.

Verbeteren van zorglogistiek

Medio 2007 is het project 'Verbeteren Patiëntenprocessen' van start gegaan. Hiervoor is een regiegroep opgericht met vertegenwoordiging uit bijna alle zorggroepen van de Isala klinieken.

De regiegroep heeft de doelstelling 'verbeteren van de patiëntenlogistiek' vertaald in concrete doelstellingen zoals die ook in de kaderbrieven van 2007 en 2008 zijn terug te vinden. Deze doelstellingen zijn:

- eind 2007 bedraagt de toegangstijd tot de polikliniek voor ieder specialisme maximaal één week;
- eind 2007 wordt voor tachtig procent van de patiënten bij opname de ontslagdatum gerealiseerd;
- eind 2007 is de gemiddelde verpleegduur met een halve dag gedaald ten opzichte van 2006;
- de doorlooptijd van alle zorgprocessen is bekend en er zijn verbeterplannen met als doel tien procent doorlooptijdreductie in 2008.

Voor de realisatie van deze doelstellingen is een projectdoelstelling geformuleerd, die luidt: vóór 1 april 2008 is voor tachtig procent van de patiëntengroepen het proces beschreven en zijn er indicatoren benoemd. Tevens is vóór 1 april een verbeterplan opgesteld. De activiteiten voor het behalen van de concrete doelstellingen moeten de komende vijf jaren een rendementsverbetering van twee procentpunt per jaar mogelijk maken. Voor het realiseren van de project-

doelstelling is besloten om de patiëntenpopulatie van de Isala klinieken op te delen in circa honderd patiëntengroepen. Hiervoor is het codestelsel van ICD9 leidraad geweest. Vervolgens is per patiëntengroep een traject doorlopen waarbij het proces is beschreven; de patiëntengroepen zijn tevens voorzien van indicatoren en normen. Op grond van deze activiteiten is geanalyseerd welke verbeteringen mogelijk door te voeren zijn per patiëntengroep. Door de verkregen inzichten is duidelijk welke generieke knelpunten binnen de zorgprocessen spelen. Het verbeteren op grond van deze analyse is gestart in het verslagjaar en loopt door tot in 2009.

De logistieke projecten hebben gezorgd voor continue aandacht voor toegangstijd en doorstroming. Bovendien heeft een reductie plaatsgevonden van toegangstijd, ligduur en doorlooptijd:

- de toegangstijd van één week is op een groot aantal poliklinieken mogelijk geworden. Voor sommige poliklinieken is echter vast komen te staan dat de toegangstijd van één week niet Isala-breed haalbaar en/of wenselijk is. In het algemeen geldt dat de toegangstijden zijn verkort;
- de ligduur binnen de Isala klinieken is gemiddeld gedaald met 0,3 dagen. Het verkorten van de ligduur is mede mogelijk gemaakt door aan het begin van de opname de vermoedelijke ontslagdatum vast te stellen. Op vrijwel alle verpleegafdelingen wordt de doelstelling dat tachtig procent van de patiënten vóór of op de vermoedelijke ontslagdatum met ontslag gaat gehaald;
- de reductie van de doorlooptijd van de patiëntenprocessen kan nog niet aangetoond worden, om de eenvoudige reden dat deze informatie nog niet beschikbaar is. Inmiddels is een eerste voorzet gedaan voor het berekenen van doorlooptijden op basis van de patiëntenregistraties. Hierdoor zullen we in 2009 beter in staat zijn te sturen op doorlooptijden. Naast de 'harde' resultaten is ook bereikt dat de samenwerking tussen de verschillende disciplines is verbeterd. Tevens is de tevredenheid van patiënten en medewerkers verhoogd.

Zorgvernieuwingsprojecten

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. Voor de beoordeling en begeleiding hiervan is de Adviescommissie Zorgvernieuwing actief. Deze commissie is samengesteld uit medisch specialisten, een klinisch epidemioloog, een research medewerker, een fysiotherapeut, de programmacoördinator Isala Sneller Beter, de secretaresse Zorgvernieuwing en een vertegenwoordiger van zorgverzekeraar Achmea. De Adviescommissie Zorgvernieuwing heeft in 2008 tien keer vergaderd. In het verslagjaar zijn twaalf nieuwe projecten geïnitieerd. Het totaal aantal projecten is daarmee gekomen op zevenentwintig. In 2008 zijn elf projecten afgerond.

De volgende zorgvernieuwingsprojecten zijn in 2008 gestart:

- Longrevalidatie na post-thoracotomie;
- Reductie opnameduur van patiënten met longembolie;
- Medicatieverstrekking en voorlichting bij ontslag;
- Optimalisatie van niet-invasieve diagnostiek voor myocardiale ischemie;
- Mutatieanalyse bij patiënten met adenocarcinoom van de long;
- Blaastraining na verzakkingschirurgie;
- Delier en depressie bij hartchirurgische patiënt;
- Terugbrengen klinische ligduur COPD-patiënten;
- Reumatoïde artritis;
- Open Hart poli;
- IC=MC;
- Zelfdosering door trombosedienstpatiënten via internetmodule.

In 2009 gaan tien nieuwe zorgvernieuwingsprojecten van start, namelijk:

- Klinische revalidatie na Bi-Ventriculaire Pacemaker Implantatie;
- Implementatieproject preventiesprek voor vrouwen met een sterk verhoogd cardiovasculair risico;
- Het reduceren van embolische en daardoor neurologische complicaties na thoraxchirurgie door gebruik van een nieuwe non-invasieve beeldvormende techniek;
- Computerized Thromboelastograph Guided Coagulation Monitoring and Transfusion Management in Cardiac Surgical Patients (TEG);
- E-mental health voor HIV-geïnfekteerde patiënten;
- Pilot Isala Patiënten Portal;
- Dosisrespons bij Strabismuschirurgie;
- Novasure;
- Geheugen Centrum Groot Zwolle;
- Safe Chemo for Kids.

Documentbeheersysteem

In 2007 is een begin gemaakt met de implementatie van het nieuwe documentbeheersysteem Topdoc. In 2008 is echter besloten dat het systeem toch nog nadere ontwikkeling behoeft. Daarom is de implementatie voorlopig uitgesteld. Inmiddels is een gebruikersgroep opgericht die kritisch meedenkt over de verdere ontwikkeling van het systeem. Tevens is een script geschreven voor het overzetten van de documenten uit het huidige documentbeheersysteem DKS naar Topdoc.

Patiënttevredenheidsonderzoek

De Isala klinieken verwelkomen ruim tweehonderd-duizend patiënten per jaar. Het is ons streven de patiënten de beste zorg te geven. Ook hechten wij 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 patiënttevredenheidsonderzoeken plaats. Deze waarde-ringsonderzoeken hebben de volgende vormen:

- online vragenlijst via de website (project 'Uw mening telt!'); deze vragenlijst bestaat uit vragen die geformuleerd zijn door de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (www.nvz-ziekenhuizen.nl) en verder 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.
- spiegelgesprekken; in navolging van 2007 zijn in 2008 verschillende spiegelgesprekken gehouden in de Isala klinieken. Deze verlopen 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. Vervolgens bespreken de medewerkers de resultaten van de spiegelbijeenkomst op een later tijdstip op de afdeling of polikliniek. Daarna ontvangen de (ex)patiënten, die aan de spiegelbijeenkomst hebben deelgenomen, een brief waarin beschreven staat wat de afdeling/polikliniek gaat doen met hun suggesties, ideeën en kritische punten.
- ontslaggesprekken; in een ontslaggesprek bespreekt een verpleegkundige met de patiënt (en eventuele familieleden) zowel het verpleegproces als het resultaat van de verleende zorg.

Al deze patiënttevredenheidsonderzoeken hebben voldoende input gegeven voor verbetering van de zorgverlening.

Prestatie-indicatoren

De Isala klinieken hebben in 2008 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.

Nieuwe indicatoren

• Zichtbare Zorg

Naast de basisset van de Inspectie worden nieuwe indicatoren ontwikkeld: de indicatoren van de Zichtbare Zorg. Aan dit project nemen de Isala klinieken deel als pilotziekenhuis. Het jaar 2008 is gebruikt om de eerste negen 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 er voor nodig is om deze gegevens aan te kunnen leveren.

• Logistieke indicatoren

Los van de indicatoren die jaarlijks moeten worden aangeleverd is in 2008 ook onderzocht hoe logistieke indicatoren uit de registratiesystemen te halen zijn. Eind 2008 is bekend geworden op welke wijze de Isala klinieken zicht kunnen krijgen op toegangs- en doorlooptijden. Logistieke indicatoren maken het mogelijk vast te stellen waar patiëntenstromen verbeteringen behoeven.

Sterftecijfer

De Hospital Standardised Mortality Rate (HSMR) is een indicator voor het vergelijken van sterfte in ziekenhuizen, rekening houdend met casemixfactoren. Een HSMR onder de honderd geeft aan dat in een ziekenhuis minder patiënten overlijden 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 zoals die in de periode 2005 tot en met 2007

is berekend voor de Nederlandse Ziekenhuizen varieert van 63 tot 143. De HMR van de Isala klinieken in die periode is 91 met een betrouwbaarheidsinterval van 87-95. Dat betekent dat de HSMR van de Isala klinieken significant lager is dan het Nederlands gemiddelde.

Consumentenbond

De Isala klinieken hebben in 2008 deelgenomen aan onderstaande onderzoeken van de Consumentenbond:

- patiëntenfolders colonscopie;
- zorgstraten.

Het NPCF (Nederlands Patiënten Consumenten Federatie) heeft onderstaande voorbeeldprojecten gepubliceerd op de website www.consumentenzorg.nl:

- Thuismonitoring Risicozwangere;
- Sondevoeding thuis;
- Bekkenbodempoliekliniek;
- 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.

In de richtlijn 'Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg' is

de werkwijze bij klachten zoals gehanteerd in de Isala klinieken aanbevolen als 'good practice'.

In de Isala klinieken krijgen afdelingen en nieuwe medewerkers op een structurele wijze voorlichting over relevante onderwerpen rondom klachten. Onderwerpen waarover informatie wordt verstrekt, zijn onder meer de klachtenregeling, de formele en informele klachtenafhandeling, de wetgeving op het gebied van klachten, de Klachtencommissie en de functie van de klachtenfunctionaris.

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

4.4.2.1 Klachtencommissie

Samenstelling Klachtencommissie

De Klachtencommissie van de Isala klinieken is in 2008 als volgt samengesteld:

- mevrouw mr. M. Stroetenga, juridisch medewerker bij NUg1, voorzitter;
- mevrouw ir. I.M.F. Rentenaar, namens Patiëntenperspectief;
- mevrouw drs. H.J.C. Kerdel-Christman, arts n.p., tot 1 september 2008;
- M. de Goede, verpleegkundige;
- drs. E. van Ewijk, huisarts in ruste;
- dr. W. Baerts, onderzoeker Neonatologie UMC Utrecht.

Mevrouw mr. W. J. Schipper was tot 1 september 2008 werkzaam als ambtelijk secretaris a.i. van de Klachtencommissie Isala klinieken. Zij is per 1 september 2008 opgevolgd door mevrouw H. Bakker-Postma.

In 2008 heeft de Klachtencommissie nog drie zaken uit 2007 in behandeling genomen. In het verslagjaar heeft de commissie elf aan haar geadresseerde klachtbrieven ontvangen; dit zijn er vijftien minder dan in het voorgaande verslagjaar. In drie gevallen heeft de klager, na op deze mogelijkheid geatten-

deerd te zijn, gekozen voor bemiddeling in de klacht door de klachtenfunctionaris; in het vorige verslagjaar zijn negen klachten via bemiddeling afgehandeld.

In zeven gevallen is de klacht door de commissie in behandeling genomen; drie zaken zijn aan het eind van het verslagjaar nog niet afgerond.

In één geval is de klacht ingetrokken: de klager heeft een reactie van de verweerder ontvangen en heeft daar genoeg mee genomen.

De Klachtencommissie heeft in 2008 bij zes klachten een uitspraak gedaan, waaronder twee klachten uit 2007. Naar aanleiding van een klacht uit 2007 heeft wel een hoorzitting met alleen verweerders plaatsgevonden. In overleg met de klager is er echter geen uitspraak gedaan.

4.4.2.2 Klachtenfunctionarissen

In 2008 zijn 779 klachten binnengekomen bij de klachtenfunctionarissen en door hen geregistreerd.

Ook dit jaar is weer een stijging te zien van het aantal klachten ten opzichte van het vorige verslagjaar.

De volgende aandachtspunten zijn voortgekomen uit de in 2008 ingediende klachten:

- ontslagbrief op tijd bij de huisarts;
- onderlinge afstemming tussen dokters;
- kokerdenken;
- communicatie;
- organisatie afspraken polikliniek;
- telefoon 'gepast' gebruiken;
- aandacht voor (slecht nieuws) gesprekken;
- hygiëne op afdelingen;
- wachttijden.

4.4.3 Veiligheid

De veiligheid van patiënten is de zorg van de Isala klinieken. Het is de verantwoordelijkheid van de Isala klinieken om risico's te herkennen en risicovolle processen veiliger te maken. De Isala klinieken 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 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 organisatie- en afdelingscultuur. 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 veiligheidscultuur.

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’

Er bestaat een aantal zogenoemde interventies om de cultuur rondom patiëntveiligheid te verbeteren.

Deze zijn onder andere: teamtraining (TRM), een communicatie-instrument (SBAR) en veiligheidsrondes (ISQS). 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.

Activiteiten 2008

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

- training Patiëntveiligheid & Leiderschap voor hoofden zorgteam (2008);
- zeven veiligheidsrondes door Raad van Bestuur en zorggroepmanagement (2008);
- ‘patiëntveiligheid’ als standaardonderdeel in de introductie van nieuwe medewerkers van de zorggroepen Interne, Chirurgie, Hoofd & Zintuigen, Ouder & Kind (sinds 2008);
- formulering meerjarenbeleid patiëntveiligheid 2008-2012 (december 2008);
- start van de pilot communicatie-instrument SBAR (Situation Background Assessment Recommendation) (eind 2007);
- 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 kwartaalgesprekken (sinds oktober 2006);
- voorlichting over patiëntveiligheid aan arts-assistenten en leerling-verpleegkundigen (sinds 2006);
- delen van kennis en ervaring rondom patiëntveiligheid via het Centrum Patiëntveiligheid Isala (sinds mei 2006);
- masterclass zorggroepmanagement (oktober 2006);
- samenwerking met DSM (sinds oktober 2004).

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 middel van 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 MIP-commissie is een onafhankelijke commissie en bestaat uit tenminste drie en maximaal zeven leden. Tenminste drie leden dienen afkomstig te zijn uit de Medische Staf. De samenstelling van de MIP-commissie dient zoveel mogelijk een weerspiegeling te zijn van de organisatie en de daarin uitgeoefende functies en disciplines. De leden van de MIP-commissie scholen zich in het doen van systematisch onderzoek en verslaglegging. Hiervoor is een scholingsbudget beschikbaar.

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.

Ieder incident in de patiëntenzorg met een (potentieel) schadelijk gevolg voor de patiënt dient gemeld te worden bij de MIP-commissie. Zo'n incident definiëren wij in de Isala klinieken als volgt: 'Elke gebeurtenis in de patiëntenzorg (tijdens onderzoek, begeleiding, behandeling, verpleging, verzorging en verblijf) die heeft geleid of zou kunnen leiden tot schadelijke gevolgen voor de bij het incident betrokken patiënt(en).'

De melding van een incident geschiedt digitaal via de intranetsite van het ziekenhuis. De melding kan worden gedaan door iedere beroepsbeoefenaar (specialist, arts-assistent, verpleegkundige en andere personen) werkzaam in de Isala klinieken.

Incidentmeldingen

Het belang van een systematische registratie en analyse van incidenten behoeft geen uitleg. De afgelopen jaren heeft dit de Isala klinieken veel winst opgeleverd. Daarom is het van belang te blijven 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 de meldingen aanleiding geven tot verbeteractiviteiten, waardoor de kwaliteit en patiëntveiligheid daadwerkelijk verbeteren.

Activiteiten

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 op negentig procent van alle afdelingen in de Isala klinieken; het aantal digitale meldingen in 2008 is 5.986;
- analyse van ernstige incidenten door de MIP-commissie volgens SIRE (sinds januari 2007);
- nagenoeg alle afdelingen werken met het digitaal meldsysteem (sinds maart 2007);

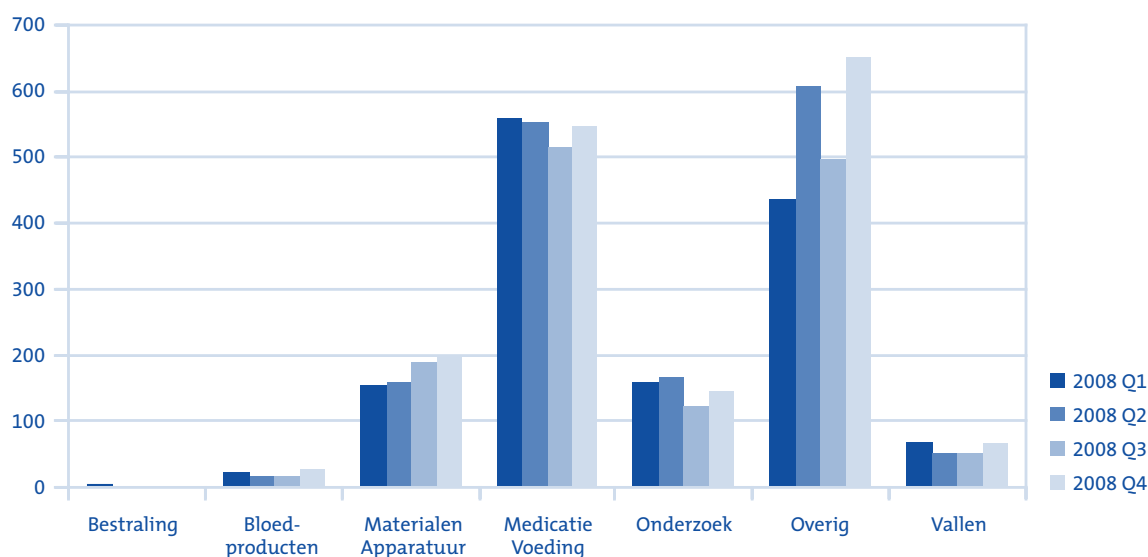
- Isala-breed uitwisseling van goede en vooral veilige ideeën en uitreiking Isala Safety Award tijdens jaarlijks terugkomende bijeenkomst (sinds 2007);
- uitwisseling op zorggroepniveau van goede en vooral veilige ideeën voor patiëntveiligheidscommissies: per zorggroep minimaal vier keer per jaar.

De sectie Kwaliteit geeft tijdens deze bijeenkomsten ondersteuning bij analyse en afhandeling van (bijna)incidenten (sinds 2007);

- DAM-trainingen voor patiëntveiligheidscommissie-(PVC)-leden: circa één keer per maand (sinds 2005).

In onderstaande tabel zijn de meldingen over 2008 weergegeven per categorie:

Aantal meldingen als waarden	2008 Q1	2008 Q2	2008 Q3	2008 Q4	2008
Bestraling	2	0	0	0	2
Bloedproducten	21	17	17	26	81
Materialen/Apparatuur	154	159	190	198	701
Medicatie/Voeding	560	553	516	547	2.176
Onderzoek	160	167	124	145	596
Overig	436	607	496	652	2.191
Vallen	69	52	52	66	239
Alle categorieën	1.402	1.555	1.395	1.634	5.986



In onderstaande tabel is de aard van de meldingen over 2008 weergegeven per categorie:

Ernst	2008 Q1	2008 Q2	2008 Q3	2008 Q4	2008
Onbekend gevolg	0	0	0	0	0
ErnstigMaarTijdelijkLetsetel	16	30	25	31	102
ErnstigPermanentLetsetel	3	3	2	5	13
GeenOngemakOfLetsetel	824	900	802	889	3.415
KleinLetsetelEnWeinigExtraBehandeling	278	295	305	339	1.217
Onbekend	280	324	260	367	1.231
Overlijden	1	3	1	3	8
Alle gevolgen (Ernst)	1.402	1.555	1.395	1.634	5.986

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 2008 is gebleken dat er onvoldoende aansluiting mogelijk is met proces(her)inrichtings-trajecten.

Risicomanagement is onderdeel van het meerjaren-beleid 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.

Patiënten moeten echter wel in de gelegenheid gesteld worden om überhaupt een bijdrage te kunnen leveren. Zo moeten zij ondersteund en gestimuleerd

worden om die eigen inbreng in de eigen veiligheid vorm te kunnen geven, bijvoorbeeld door het stellen van vragen.

Activiteiten

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

- verspreiding folder 'Durf te vragen' op alle poliklinieken in de Isala klinieken (via het Centrum Patiëntveiligheid Isala) (november 2008);
- onderzoeken van mogelijkheden om patiënten actief te betrekken in incidenten risicoanalyse (vanuit het Centrum Patiëntveiligheid Isala) (2008);
- introductie van de Patiëntveiligheidskaart op tien klinische afdelingen (sinds 2006).

4.4.3.5 Best practices (inter)nationaal

De eerste vier landelijke patiëntveiligheidsthema's zijn opgenomen in het jaarplan 2009 (Kaderbrief) van de Isala klinieken en zijn onderdeel van de planning en controlcyclus. Deze thema's zijn:

- voorkomen van ziekenhuisinfecties na operatie;
- voorkomen van schade bij patiënten met een centraal veneuze lijn (inbrenschade, infecties en sepsis) met de start van screening sepsis bij spoedeisende hulp;

- vroegtijdige herkenning van patiënten met bedreigde vitale functie;
- voorkomen van medicatiegerelateerde fouten, met gerichte aandacht voor de momenten van overdracht.

4.4.3.6 Monitoring en auditing

Als gevolg van alle activiteiten op het gebied van (onder andere) patiëntveiligheid, volgen zowel kleine als grote verbetermaatregelen en aanpassingen in processen. Deze veranderingen kunnen zowel Isala-breed ingezet zijn als afdelingsspecifiek. Het beheren en beheersen van deze veranderingen wordt zoveel mogelijk meegenomen in de huidige planning en controlcyclus, zodat monitoring en bijsturing mogelijk is.

Daarnaast is het van belang om deze veranderingen te volgen via auditing. De Isala klinieken beschikken in het kader van de NIAZ over een interne auditsystematiek, waarin zij de elementen van veiligheid willen opnemen. Op deze wijze is patiëntveiligheid niet een losstaand onderwerp of project, maar een standaard-onderdeel in de huidige werkwijzen.

Activiteiten

Activiteiten in het kader van monitoring en auditing zijn:

- het aantal incidentmeldingen met bijbehorende verbetermaatregelen is een onderdeel in de planning en controlcyclus;
- aanbevelingen vanuit calamiteitsmeldingen zijn onderdeel van de kwartaalgesprekken tussen Raad van Bestuur en zorggroepmanagement.

4.5 KWALITEIT TEN AANZIEN VAN MEDEWERKERS

4.5.1 Personeelsbeleid

4.5.1.1 Isala HR-strategie 2009-2012

Voor de Isala klinieken staat zich positief onderscheiden op de markt centraal. Dit heeft geleid tot een HR-strategie met als doel: 'Bij de Isala werken medewerkers die blijvend een bijdrage kunnen en willen leveren aan de organisatiedoelstellingen'. De Isala HR-strategie 2009-2012 heeft niet voor niets als pakkende titel meegekregen: 'Ik maak het verschil samen'.

Een organisatie heeft altijd te maken met veranderingen van binnenuit en van buitenaf. De Isala klinieken stellen doelen in deze veranderende zorgwereld en vragen van medewerkers zich (mee) te ontwikkelen. Dit is tevens essentieel bij het realiseren van het veranderingsproces dat de organisatie is ingegaan. Het is voor de Isala klinieken daarom van groot belang om een voldoende aantal en voldoende gekwalificeerd personeel in dienst te hebben. Even zo belangrijk is het deze medewerkers blijvend aan zich te binden. Dat kan alleen als er een adequaat antwoord komt op de veranderende arbeidsmarkt en zorgwereld. Hiervoor geven de richtingen binnen de strategische thema's van het personeelsbeleid een roadmap.

De HR-strategie richt zich op de thema's: differentiatie in HR-aanpak, besturing, aantrekkelijk werkgeverschap, gewenste relatie met de buitenwereld, strategische personeelsplanning, gezondheid en loopbaanontwikkeling. De realisatie van deze beleidsthema's is opgenomen in de jaarplancycclus. De monitoring ervan gebeurt in de planning en controlcyclus.

4.5.1.2 Life@work

Life@work staat voor 'levensfasebewust personeelsbeleid bij de Isala klinieken'. In 2008 is onderzoek verricht naar aanknopingspunten voor een goed levensfasebewust personeelsbeleid. Hiervoor zijn Focusgroepgesprekken gehouden, ofwel gesprekken

met medewerkers die zich in eenzelfde levensfase bevinden. Daarnaast is bij twee teams een 'Life@Work Quick-scan' uitgevoerd. Tevens is een analyse gemaakt voor de toekomstige opbouw van het personeelsbestand.

Op basis van de onderzoeksresultaten zijn vier relevante thema's onderscheiden: een evenwichtige opbouw van levensfasen binnen teams, inspirerende professionele arbeidsverhoudingen, optimale en duurzame inzetbaarheid en werkzekerheid, en een optimale balans tussen werk en privé. Voor deze thema's zijn beleidsdoelstellingen voor de komende jaren geformuleerd. In 2009 ontwikkelt de stafdienst Human Resources (HR) een activiteitenplan voor de uitvoering van de thema's.

4.5.2 Personeelsmanagement

Beoordelingssysteem functioneren medewerkers

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

Tegelijkertijd binden de functioneringsjaargesprekken medewerkers aan de organisatie vanwege het nakomen van de gemaakte afspraken. 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. Ongeveer zestig procent van alle medewerkers heeft in 2008 een jaargesprek gevoerd met zijn/haar leidinggevende.

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 nakomen van onderlinge transparantie over het individueel functioneren.

Enkele jaren geleden heeft de Orde van Medisch Specialisten het 'Individueel Functioneren Medisch Specialist' (IFMS) als pilot geïntroduceerd. De Isala klinieken, een van de pilotziekenhuizen, hebben de proef intern verder uitgerold onder de noemer Collegiale Evaluatie.

Het systeem Collegiale Evaluatie is voornamelijk gebaseerd op vrijwillige deelname van een medisch specialist. Hij/zij kan zich daarvoor opgeven, waarna een gesprek volgt met een van de speciaal opgeleide evaluatoren binnen de Medische Staf. De evaluator verzamelt tevens volgens een vastgestelde procedure informatie over het functioneren van een medisch specialist in diens werkomgeving. De medisch specialist krijgt de opdracht een uitgebreide portfolio te maken over het eigen functioneren. Deze zelfreflectie is samen met bij derden verzamelde informatie onderwerp van gesprek tussen de specialist en de evaluator. Dit gesprek resulteert in een plan van aanpak met daarin een persoonlijk ontwikkelingsplan voor de medisch specialist.

Het deelnamepercentage aan de Collegiale Evaluatie komt in het verslagjaar uit op twintig procent. De animo is echter veel groter. Om aan die vraag gehoor te kunnen geven, zijn meer evaluatoren nodig. Daarom volgen momenteel meer specialisten de opleiding tot evaluator.

Opleiding

Vanaf 2008 sturen de Isala klinieken op de realisatie van het opleidingsbudget. De continue ontwikkeling van medewerkers is van groot belang voor de kwaliteit van medewerkers en daarmee voor de zorg. Voor het opleidingsbudget is standaard in ieder geval twee procent van de loonsom begroot. In 2008 heeft de

realisatie van het opleidingsbudget bijna zestig procent bedragen.

Vanuit de Isala Academie is een opleidingsbeleid voor verpleegkundigen opgesteld. Dit beleid, met de naam 'Bekwaam-Bekwamer', is richtinggevend voor de opleidingsplannen van 2009.

Loopbaanontwikkeling

Binnen de Isala klinieken is een aantal jaren geleden een mobiliteitscentrum opgericht voor de ondersteuning van medewerkers bij re-integratie en herplaatsing. Het mobiliteitscentrum steunt Isala-medewerkers bij het vinden van een andere functie en/of functie-richting, zowel binnen als buiten de organisatie.

Het mobiliteitscentrum is in 2008 omgezet in: Centrum voor Loopbaan en Mobiliteit. Met deze uitbreiding willen de Isala klinieken benadrukken dat ook de loopbaanontwikkeling van medewerkers hoog in het vaandel staat. Het Centrum voor Loopbaan en Mobiliteit draagt bij aan de optimalisering van 'de vitale medewerker in de vitale organisatie'.

In het verslagjaar is het aantal aanvragen voor loopbaanontwikkelingsmogelijkheden van medewerkers toegenomen ten opzichte van 2007. Hierbij is opgevallen dat er een toename is van de loopbaanontwikkelingvragen. Er zijn vragen gesteld als: hoe en op welke plekken kunnen capaciteiten van een medewerker ingezet worden? In 2008 zijn ruim honderd nieuwe loopbaanvragen opgepakt.

Naast de uitbreiding van de diensten van het centrum is ook de dienstverlening verder geprofessionaliseerd. De diensten zijn afgestemd op de wensen van de organisatie en daarnaast op de regelgeving van de wet Poortwachter.

Er is in het verslagjaar een nieuw re-integratiebeleid ontwikkeld dat re-integratiekandidaten matcht op passende functies. In dit kader heeft het Centrum voor Loopbaan en Mobiliteit vanaf september 2008 zes re-integratiekandidaten op interne vacatures kunnen matchen. Ook is het externe netwerk verder ontwikkeld door deelname in het netwerk van het poortwachtercentrum.

Klachten van medewerkers

De Isala klinieken hebben een klachtenregeling voor individuele medewerkers van het ziekenhuis. Groepen medewerkers kunnen hun klachten deponeren bij de Ondernemingsraad.

Het is de bedoeling dat individuele medewerkers hun klacht of onvrede in eerste instantie bespreken met hun leidinggevende en in overleg tot een oplossing komen. De klachtenregeling voor medewerkers is te beschouwen als een uiterste weg die medewerkers kunnen gaan.

Iedere medewerker heeft recht op een respectvolle en correcte bejegening. De zorg voor gezonde werkkrelaties houdt in dat duidelijk aangegeven is dat er grenzen zijn in de omgangsvormen. Indien er situaties voorkomen waarin een correcte bejegening niet gewaarborgd is, dienen medewerkers de mogelijkheid te hebben daarover een klacht in te dienen. Vervolgens heeft de medewerker recht op een serieuze en vertrouwelijke behandeling van de klacht.

Voor de afhandeling van klachten is een klachtencommissie voor medewerkers ingesteld. Deze commissie bestaat uit een aantal leidinggevend, een klinisch psycholoog, een verpleegkundige, een nucleair medewerker en maatschappelijk werkers. Deze klachtencommissie heeft een adviserende rol. De klachtenregeling en de klachtencommissie voor medewerkers zijn er voor klachten over ongewenste omgangsvormen, bijvoorbeeld seksuele intimidatie of structureel treiteren, en overige individuele klachten. In 2008 zijn nul klachten ingediend.

Gezondheid

Het Isala verzuimpreventie- en re-integratieprogramma Fit@Work, dat in 2007 is geïmplementeerd, is in 2008 volop voortgezet. Er zijn workshops en inhaalworkshops voor zorggroepen en startende leidinggevend georganiseerd. De (vervolg)aanpak is per zorggroep verschillend en afhankelijk van de vraagstelling van de zorggroepen. In samenwerking met Isala Arbo krijgen de zorggroepen hierbij invulling op maat. Onder het motto 'Isala fit@work' hebben 106 Isalan-

ders op 6 september 2008 op de fiets de Alpe d'Huez beklommen. Zij hebben zich hier een jaar lang op voorbereid. In dat jaar hebben zij intensief getraind onder begeleiding van onder andere sportfysiotherapeuten en diëtisten van de Isala klinieken. De afdeling Sportgeneeskunde heeft garant gestaan voor de medische begeleiding gedurende het voorbereidingsjaar en in de dagen rondom de beklimming van de Alpe d'Huez. Alle deelnemers hebben na een jaar lang serieus trainen zonder problemen de top gehaald.

Verzuiminformatie 2008	percentage
ziekteverzuimpercentage totaal personeel in loondienst, exclusief zwangerschap	4,93%
aantal nulverzuimers onder de medewerkers van de Isala klinieken	35%

4.5.2.1 Verloop personeel

Verloop personeel	aantal personeels-leden	aantal fte	percentage ten opzichte van totaal fte in dienst in 2008
instroom personeel in loondienst (totaal) in 2008	606	499	14,8%
uitstroom personeel in loondienst (totaal) in 2008	495	378	10,5%

4.5.3 Kwaliteit van het werk

De zeven bronnen van arbeidsvreugde: NJOY@work

De Isala klinieken voeren periodiek een medewerkers-tevredenheidsonderzoek (MTO) uit. In 2008 is Isala breed gekozen voor de praktische methodiek 'De zeven bronnen van arbeidsvreugde'. Deze methodiek is gericht op werken met plezier en goed presteren. In 2008 zijn dwars door het ziekenhuis heen medewerkers opgeleid tot 'zeven bronnencoach'. In 2009 zal deze methodiek onder de noemer 'NJOY@work' door de hele organisatie ingezet zijn.

Gedragscodemedewerkers: Isala handhavingsbeleid

Om de werkzaamheden in de Isala klinieken ordelijk, efficiënt, veilig en gezond te laten verlopen zijn op tal van terreinen afspraken gemaakt over de manier van werken. Dit is (in 2005) vastgesteld in het Isala handhavingsbeleid. Dit beleid benadrukt het belang van naleven van regels door Isala-medewerkers tijdens hun werkzaamheden.

Veel werkzaamheden zijn in protocollen vastgelegd. Daarbij zijn taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden neergelegd voor eenieder in de organisatie. De Isala klinieken verwachten van allen die werkzaamheden verrichten, dat zij hun werk binnen de geldende kaders uitvoeren. De kaders zijn de geldende voorschriften en protocollen. In het beleid is eveneens een protocol opgenomen hoe corrigerend optreden door een leidinggevende dient te verlopen.

4.5.3.1 Isala Arbo

De Isala klinieken beschikken over een gecertificeerde interne Arbodienst. Deze dienst is onderdeel van de afdeling Arbo en Milieu. In 2008 is naast het Isala verzuimpreventie- en re-integratieprogramma Fit@Work vooral aandacht besteed aan de hieronder volgende onderwerpen.

Preventieve aanpak risico's in het werk

- In 2008 is het beleid Fysieke Belasting vastgesteld. Een belangrijke rol voor de uitvoering van het beleid is weggelegd voor de drieënvijftig opgeleide ergo-coaches van de Isala klinieken.
- Er zijn nieuwe elektrische hoog-/laagbedden in gebruik genomen die zowel voor de patiënt als de medewerker goed zijn.
- Er is een onderzoek- en trainingstraject gestart voor het signaleren en interveniëren bij beginnende psychische klachten en probleemdrinken ('Niets te laat'; preventief signaleren en interveniëren bij beginnende psychische klachten en probleemdrinken). Dit traject wordt samen met VU/Windesheim uitgevoerd. In totaal hebben vijftig leidinggevenden die deelnemen aan dit traject een training gevolgd.

- De Risico inventarisatie en Evaluatie in de Isala klinieken is ten gevolge van de aanscherping van de certificeringsrichtlijnen aangepast. Daarmee voldoet dit belangrijke preventieve instrument aan de kwaliteitsnormen van dit moment.
- In 2007 is het doel van het griepvaccinatieprogramma aangepast en verschoven naar het beschermen van kwetsbare patiënten. Er is een vaccinatiegraad van vijftig procent noodzakelijk om deze bescherming ook daadwerkelijk te realiseren. In 2008 is de vaccinatiegraad verder gestegen van zestien naar vierentwintig procent.

Gevaarlijke stoffen en Milieu

In 2008 zijn de aanvragen voor milieuvergunningen voor de nieuwbouw en de corrigerende en preventieve maatregelen voor het goed scheiden van ziekenhuisafval de belangrijkste aandachtspunten geweest. De Adviseur Gevaarlijke stoffen en Milieu zet vanaf 1 januari 2009 onder Isala Facilitair zijn werkzaamheden voort vanwege de steeds nauwer wordende samenwerking ten aanzien van het milieu (zie ook paragraaf 4.2.4 Milieubeleid).

Meldpunt Prikaccidenten Isala

In 2008 is het Meldpunt Prikaccidenten Isala opgericht. Deze voorziening biedt ook externe partijen de mogelijkheid gebruik te maken van de opvang bij prikaccidenten, en wel zeven dagen per week, vierentwintig uur per dag. In het verslagjaar hebben de volgende instanties zich aangesloten bij het Meldpunt Prikaccidenten Isala: de RAV, Huisartsenpost Zwolle, Politie IJsselland en Penitentiaire Instellingen Zwolle en Almelo.

In het verslagjaar is tevens de opvang van prikaccidenten (207 in 2008) voor de medewerkers van de Isala klinieken geoptimaliseerd. De eerste aanspreekpunten bij een prikaccident zijn de bedrijfsartsen (overdag) en de avond- en nachthoofden ('s nachts en in de weekenden).

Daarnaast is er ook een HIV-sneltest buiten kantoor-tijd gekomen. Hiermee wordt de tijd dat een verwonde medewerker in onzekerheid zit over HIV-besmetting aanzienlijk verkort naar maximaal twee uur. Bovendien voorkomt een sneltest dat een medewerker onnodig medicatie moet nemen.

4.6 SAMENLEVING

De medewerkers van de Isala klinieken zoeken met verschillende projecten aansluiting bij de samenleving. Zo getuigen zij van hun maatschappelijke verantwoordelijkheid.

4.6.1 Isala Wereldbreed: door en voor Isala-medewerkers

Isala Wereldbreed is een fonds dat is opgericht om projecten op het gebied van gezondheidszorg in tweede- en derdewereldlanden financieel te ondersteunen. Isala Wereldbreed ondersteunt 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 deze ondersteuning is mogelijk dankzij vele honderden Isalanders die maandelijks van hun salaris een euro afstaan, en 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 zo'n project betrokken zijn en dat het om een bonafide organisatie gaat. Het is een pre als ook andere sponsors het project steunen. In dit kader wordt tevens afgeschreven apparatuur van de Isala klinieken 'om niet' verstrekt aan diverse nationale en internationale instellingen.

4.6.1.1 Voorbeelden van projecten in 2008

Klaslokalen in Malawi

In Kasasanya, een dorpje in Malawi, heeft Robert van Assen in oktober 2008 met een groep andere vrijwilligers meegebouwd aan een aantal klaslokalen. Isala Wereldbreed heeft met een bedrag van € 827 een bijdrage geleverd in de bouwkosten. Samen met lokale bouwers hebben de vrijwilligers in negen dagen een klaslokaal neergezet. De bouw maakt deel uit van een groot aantal projecten, onder meer in Afrika, uitgevoerd door de World Servants.

Bergbeklimmers gesponsord

Internist/diabetoloog Henk Bilo heeft als hoofd van het medische team tussen 10 en 26 oktober 2008 met een groep diabetespatiënten de Kilimanjaro in Tanzania beklommen. De berg is met 5.895 meter de hoogste van Afrika. De groep liet zich sponsoren voor een instelling voor verstandelijk gehandicapte kinderen in de buurt van de Kilimanjaro, een project van de Stichting Sibusiso. Isala Wereldbreed heeft de opbrengst vergroot met een bedrag van € 2.500. Sibusiso ondersteunt ook de gezinnen waaruit de verstandelijk gehandicapte kinderen afkomstig zijn en bestrijdt het taboe dat op verstandelijke handicaps rust.

Veertig operaties

De Stichting Bridge the Gap, waarvoor kaakchirurg in opleiding Leander Dubois zich persoonlijk inzet, heeft van Isala Wereldbreed € 4.000 ontvangen. Voor dit bedrag kunnen Nederlandse chirurgen in Vietnam operatiekamers huren en veertig kinderen met een hazenlip opereren. De medisch specialisten van Bridge the Gap leiden bovendien Vietnamese artsen op, zodat ook zij de operatie kunnen uitvoeren.

4.6.2 Inzet van vrijwilligers

Bij de Isala klinieken en (tot mei 2008) bij Isala Ouderenzorg werken veel vrijwilligers. Hun werk heeft grote waarde voor patiënten en bewoners. Deze kunnen dankzij de inzet van vrijwilligers het 'ziek zijn'

even achter zich laten, hun verhaal aan iemand vertellen of met hulp tijd besteden aan hobby's of uitstapjes. Gemiddeld zijn in 2008 ongeveer 550 vrijwilligers in touw geweest voor de patiënten/cliënten van Isala.

Binnen de Isala klinieken zijn twee groepen vrijwilligers actief:

- Isala-vrijwilligers; deze vrijwilligers werken op een ziekenhuislocatie of op een vaste afdeling van Isala Ouderenzorg. Zij helpen de bewoners bijvoorbeeld bij het uitoefenen van hobby's, gaan met hen naar de film en organiseren activiteiten. Ook begeleiden zij in de rol van gastheren/gastvrouwen patiënten of bewoners die in de Isala klinieken komen. Vaak vormen ze de brug tussen patiënten/bewoners en de maatschappij. 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 (Landelijke Unie van Vrijwilligers). Zij helpen op de kinderafdeling (speelkamer), bij patiëntenregistratie, op de röntgenafdeling en op diverse verpleegafdelingen. Ze gaan bijvoorbeeld ook met de boekenwagens langs de patiënten op de verpleegafdelingen.

4.6.3 Patiëntcommunicatie

Activiteiten

- In 2008 is een concept voor een kinderwebsite ontwikkeld. De realisatie ervan vindt plaats in 2009. Hiermee willen de Isala klinieken het ziekenhuis toegankelijker maken voor kinderen, ouders en vooral voor scholieren. Via de site kunnen kinderen spelenderwijs informatie krijgen over allerlei aspecten van het ziekenhuis die voor hen relevant zijn. Ouders kunnen de website gebruiken om samen met hun kind een bezoek aan de Isala klinieken voor te bereiden.
- Er zijn verschillende voorlichtings- en lotgenotenbijeenkomsten georganiseerd voor (potentiële) patiënten en hun naasten. Soms in samenwerking met een patiëntenorganisatie of door uitnodiging van

een organisatie. In 2008 vonden de volgende bijeenkomsten plaats:

- WereldCOPDdag;
 - Uiterlijke verzorging van mensen met kanker;
 - Bevallende in het ziekenhuis;
 - Wereldmenopauzedag;
 - De bekkenbodempolikliniek;
 - Whiplash;
 - Open dag 'Dialyse';
 - Landelijke dag diëtisten;
 - Thema-avonden IVF.
- Met het Fertiliteitscentrum is een actieplan uitgevoerd voor het werven van spermadonoren.

4.7 FINANCIËEL BELEID

4.7.1 Financiële ontwikkelingen

In 2008 is een positief exploitatieresultaat gerealiseerd van € 10,2 miljoen (€ 13,0 miljoen uit normale bedrijfsvoering). Oorzaak voor dit verhoogde resultaat is de hogere productie in zowel het A- en B-segment, die leidt tot meer opbrengst. Hiertegenover staan echter ook hogere kosten. Ook de verkoop van een deel van het terrein op locatie Sophia aan de Gemeente Zwolle heeft bijgedragen aan het positieve resultaat, alsmede de ontvangen vergoedingen voor kapitaalslasten.

Het werkkapitaal volgens de definitie van de NZA (exclusief schulden aan kredietinstellingen) is enigszins verbeterd ten opzichte van het werkkapitaal ultimo 2007. De omvang van het werkkapitaal wordt voor een belangrijk deel beïnvloed door het financieringsoverschot van € 115 miljoen per ultimo 2008. Dit financieringsoverschot zal in 2009 terugbetaald worden aan de zorgverzekeraars op basis van de markt-aandeelverdeling van het CVZ.

Het eigen vermogen is in 2008 door het positieve exploitatieresultaat met € 9,8 miljoen toegenomen. Dit zorgt in 2008 voor een hogere solvabiliteit vergeleken met 2007 (zie ratio's), mede omdat de boekwaarde van de vaste activa fors is afgenomen in vergelijking met 2007.

In 2008 is geïnvesteerd in nieuwbouw van het ziekenhuis en (her)ontwerp van de voormalige parkeerlaag. Verder is geïnvesteerd in medische inventarissen. Een deel van de gebouwen op locatie Sophia is volledig afgeschreven, omdat deze in 2009 worden gesloopt. Als gevolg van de overname van Isala Ouderzorg door Stichting Woonzorgconcern IJsselheem is een deel van de vaste activa overgedragen.

Het item onderhanden werk heeft betrekking op nog niet afgewikkelde investeringsprojecten.

Tabel: Overzicht balans

Balans	2008	2007	2006	2005	2004
Vaste activa	137,7	157,4	148,5	124,7	122,1
Werkkapitaal NZA	-115,2	-129,0	-120,0	19,8	27,4
Nettowerkkapitaal	-32,7	-48,8	-39,0	-10,5	-10,5
Investerings	23,5	37,3	41,8	19,1	3,0
Onderhanden werk activa	35,6	52,7	45,3	16,9	10,3
Kort krediet	82,5	80,2	81,0	30,2	37,9
Lang krediet	68,0	80,6	85,5	92,3	95,2
Eigen vermogen	35,4	25,6	20,6	17,9	14,4
Balanstotaal	346,2	368,3	371,8	196,6	201,7

Tabel: Overzicht ratio's

Ratio's	2008	2007	2006	2005	2004
Current ratio	0,8	0,8	0,9	0,9	0,9
Cash flow	2,3	-0,8	111,2	7,7	34,1
Eigen vermogen/balanstotaal ratio	10,2%	7,0%	6,3%	9,0%	7,1%
Lasten/baten ratio	97,2%	98,8%	99,2%	98,9%	97,7%
Winstmarge	2,8%	1,2%	0,8%	1,1%	2,3%
Goedgekeurd DBC's (in jaar)	267.320	318.825	285.434	252.890	
Openstaande DBC's (cumulatief)	77.038	33.748	47.535	78.792	
Aantal DBC's > 1 jaar open (cumulatief)	459	513	611	2.219	
Uitgevallen DBC's (cumulatief)	16.183	12.296	25.579	32.362	
Gem. omlooptijd OHW afgesloten DBC's	95	94	96	108	
Gem. omlooptijd OHW open DBC's	253	228	212	127	
Gemiddelde omlooptijd debiteuren	34	41	73	71	88
Gemiddelde omlooptijd crediteuren	40	37	37	39	42
Gemiddelde salariskosten	39.801	38.030	36.860	35.558	30.865
Gemiddelde personeelskosten	49.999	48.387	47.450	46.469	
Gemiddeld aantal FTE	3.836	4.112	4.163	4.118	4.116
Rentabiliteit totaal vermogen	3,0%	1,2%	2,6%	4,4%	6,3%
Solvabiliteit (Groepsvermogen/som der bedrijfsopbrengsten)	9,7%	7,2%	6,2%	5,6%	4,7%

De current ratio is gelijk gebleven ten opzichte van ultimo 2007. De current ratio is het quotiënt van de vlottende activa en de vlottende passiva en een maatstaf voor liquiditeit. De kasstroom is positief in 2008.

Het opgebouwde financieringsoverschot heeft geleid tot een (tijdelijk) liquiditeitsoverschot. Het financieringsoverschot dat in 2007 was opgebouwd is in 2008 terugbetaald aan de zorgverzekeraars, conform het door het CVZ vastgestelde marktaandeel van de zorgverzekeraars in 2007. Hier tegenover staat de opbouw van het financieringsoverschot in 2008, waardoor ook ultimo 2008 een liquiditeitsoverschot bestaat.

De winstmarge is de verhouding tussen het bedrijfsresultaat en de omzet. Deze is in 2008 met 1,6% gestegen tot 2,8% vergeleken met 2007. De rentabiliteit is een indicator voor de winstgevendheid van de stichting. De rentabiliteit van het totale vermogen is met 1,3% gestegen tot 2,3%.

4.7.2 Investerings

In 2008 is € 23,5 miljoen geïnvesteerd in materiële vaste activa. Grote investeringen gedurende het verslagjaar hebben plaatsgevonden in verband met de nieuwbouw van het ziekenhuis voor een totaal van € 5,2 miljoen. Met betrekking tot het kortetermijnhuysvestingsplan is voor € 0,5 miljoen geïnvesteerd. Verder is geïnvesteerd in medische inventarissen, waaronder een Spect-CT scan (€ 1,6 miljoen), Modaliteiten (€ 1,8 miljoen), Ris-Pacs (€ 1,4 miljoen), vervanging van OK-tafels (€ 1,0 miljoen), Angiomodaliteit (€ 1,0 miljoen) en ziekenhuisbedden (€ 0,6 miljoen). In 2008 is het project Isala Digitaal opgestart, waarvoor in 2008 een bedrag van € 0,8 miljoen is geïnvesteerd.

4.7.3 Resultaatanalyse

De geconsolideerde resultatenrekening 2008 sluit met een voordelig saldo van € 10,2 miljoen (tegenover € 4,3 miljoen voordelig in 2007).

Ten opzichte van 2007 is het wettelijk budget van het

ziekenhuis gedaald met € 21,1 miljoen. De voornaamste oorzaak hiervan is de overdracht van Isala Ouderenzorg per ultimo april 2008. Daarnaast is het wettelijk budget verlaagd als gevolg van de uitbreiding van het B-segment.

De opbrengsten uit het B-segment zijn € 28,7 miljoen hoger dan in 2007. Deze stijging hangt samen met de uitbreiding van het B-segment, tariefsstijgingen en stijgende productie.

De lonen en salarissen zijn ten opzichte van 2007 met € 3,3 miljoen gedaald. De post wordt positief beïnvloed door de overdracht van Isala Ouderenzorg en mutaties op voorzieningen zoals herplaatsbaren/

mobiliteit, de voorziening vakantie-uren en de voorziening loondoorbetaling bij ziekte. De sociale lasten zijn ten opzichte van 2007 met € 0,9 miljoen gestegen.

De post 'personeel niet in loondienst (PNIL)' is in 2008 met € 3,1 miljoen gestegen. Deze stijging wordt veroorzaakt door kosten gemaakt ten behoeve van digitalisering, het opstellen van een meerjarenbegroting ter financiering van de nieuwbouw en inhuur van OK-personeel als gevolg van moeilijk in te vullen vacatures.

Een aantal incidentele posten beïnvloedt het resultaat voor € 2,7 miljoen. Het operationele resultaat is € 13 miljoen.

Tabel: Resultaten

Resultaten	2008	2007	2006	2005	2004
Baten	365,1	353,3	331,7	316,7	308,3
Lasten	354,9	349,0	328,9	313,2	301,1
Resultaat voor winstverdeling	10,2	4,3	2,8	3,5	7,2
Resultaat voor afschrijving rente	37,2	31,7	24,2	25,2	29,4
- Afschrijving	29,4	27,8	17,5	16,5	16,1
- Rentekosten	-2,4	-0,4	4,0	5,2	6,1
Renteresultaat	4,2	2,6	-0,1	1,1	1,3

‘met medewerkers
die blijvend een
bijdrage kunnen en
willen leveren aan
de organisatie-
doelstellingen’

An abstract graphic in the bottom half of the page, consisting of several overlapping, flowing shapes in a light blue color against a white background. The shapes are organic and fluid, resembling stylized waves or a modern logo element.

5. Geconsolideerde jaarrekening 2008

5.1 GECONSOLIDEERDE BALANS PER 31 DECEMBER 2008

	31 december 2008	31 december 2007
Activa		
<i>Vaste activa</i>		
5.5.1 Immateriële vaste activa	15.969	67.166
5.5.2 Materiële vaste activa	137.727.559	157.076.047
5.5.3 Financiële vaste activa	353.627	229.707
Totaal vaste activa	<u>138.097.155</u>	<u>157.372.920</u>
<i>Vlottende activa</i>		
5.5.4 Voorraden	6.596.723	5.601.249
5.5.5 Onderhanden werk uit hoofde van DBC's	37.144.047	26.034.590
5.5.6 Vorderingen en overlopende activa	81.856.325	99.002.687
5.5.8 Liquide middelen	82.553.282	80.260.752
Totaal vlottende activa	<u>208.150.377</u>	<u>210.899.279</u>
Totaal activa	<u>346.247.532</u>	<u>368.272.199</u>
Passiva		
5.5.9 Groepsvermogen		
Kapitaal	91	91
Collectief gefinancierd gebonden vermogen	33.788.088	23.172.552
Niet-collectief gefinancierd vrij vermogen	3.475.668	3.475.668
Algemene reserve BV's	-2.081.131	-1.038.966
Aandeel van derden	199.091	0
Totaal groepsvermogen	<u>35.381.807</u>	<u>25.609.346</u>
5.5.10 Voorzieningen	2.052.548	2.413.765
5.5.11 Langlopende schulden	56.229.014	68.437.661
5.5.7 Schulden uit hoofde van financieringsoverschot	114.539.032	133.896.339
5.5.12 Kortlopende schulden en overlopende passiva	<u>138.045.131</u>	<u>137.915.090</u>
Totaal passiva	<u>346.247.532</u>	<u>368.272.199</u>

5.2 GECONSOLIDEERDE RESULTATENREKENING OVER 2008

	2008	2007
Bedrijfsopbrengsten		
5.9.2 Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten	274.105.546	295.222.582
5.9.3 DBC opbrengsten B-segment	52.001.664	23.269.261
5.9.4 Niet gebudgetteerde zorgprestaties	4.720.610	3.987.356
5.9.5 Overige bedrijfsopbrengsten	34.352.169	30.843.206
Som der bedrijfsopbrengsten	<u>365.179.989</u>	<u>353.322.406</u>
Bedrijfslasten		
5.9.6 Personeelskosten	199.138.320	198.572.971
5.9.7 Afschrijvingen op immateriële en materiële vaste activa	29.409.135	27.774.838
5.9.8 Overige bedrijfskosten	128.553.790	123.025.818
Som der bedrijfslasten	<u>357.101.245</u>	<u>349.373.627</u>
Bedrijfsresultaat	8.078.745	3.948.779
5.9.9 Financiële baten en lasten	<u>2.426.057</u>	<u>422.543</u>
Resultaat voor belasting	<u>10.504.802</u>	<u>4.371.322</u>
Vennootschapsbelasting	-76.760	-32.376
Resultaat na belasting	<u>10.428.042</u>	<u>4.338.946</u>
Aandeel van derden	<u>-190.273</u>	<u>0</u>
Netto resultaat	<u>10.237.769</u>	<u>4.338.946</u>

In de vergelijkende cijfers is Isala Ouderenzorg inbegrepen voor twaalf maanden. Door de verkoop van Isala Ouderenzorg aan Stichting Woonzorgconcern IJsselheem per 1 mei 2008, is Isala Ouderenzorg opgenomen voor de eerste vier maanden van 2008.

5.3 GECONSOLIDEERD KASSTROOMOVERZICHT

	2008	2007
Kasstroom uit operationele activiteiten		
Exploitatieresultaat	A 10.237.769	4.338.946
Aanpassingen voor:		
- afschrijvingen	29.409.135	27.225.541
- mutaties bestemmingsreserves	8.168.165	3.348.293
- mutaties egalisereserves	-655.579	178.858
- mutaties voorzieningen	-361.217	-510.081
	B 36.560.504	30.242.611
Veranderingen werkkapitaal:		
- voorraden	995.474	-296.619
- onderhanden werk DBC's	11.109.457	-21.489.061
- vorderingen	-17.169.915	15.467.552
- nog in tarieven te verrekenen	19.357.305	13.356.116
- kortlopende schulden (exclusief schulden aan kredietinstellingen)	-130.040	0
	C 14.162.281	1.552.890
Totaal kasstroom uit operationele activiteiten	D=A+B-C 32.635.992	33.028.667
Kasstroom uit investeringsactiviteiten		
- investeringen in materiële vaste activa	35.836.948	36.103.592
- desinvesteringen materiële vaste activa	-13.356.007	-13.007.993
- waardeverminderingen	0	0
- investeringen in immateriële vaste activa	0	0
- desinvesteringen in immateriële vaste activa	0	0
- waardeverminderingen	0	1.381.681
- investeringen in deelnemingen en/of samenwerkingsverbanden	26.809	17.423
- mutatie leningen w/g	0	0
- overige investeringen in financiële activa	0	-24.821
Totaal kasstroom uit investeringsactiviteiten	E 22.507.750	24.469.881
Kasstroom uit financieringsactiviteiten		
Nieuw opgenomen leningen	0	9.000.000
Aflossingen langlopende leningen	-12.208.647	-15.294.353
Overige mutaties eigen vermogen	3.717.356	-3.044.863
Mutaties egalisereserves naar eigen vermogen	655.579	
Totaal kasstroom uit financieringsactiviteiten	F -7.835.712	-9.339.216
Mutatie geldmiddelen (inclusief kortlopende schulden aan kredietinstellingen)	G=D-E+F 2.292.530	-780.430
Mutatie Liquide middelen	2.292.530	-782.265
Af: Mutatie Schulden aan kredietinstellingen	0	1.835
	2.292.530	-780.430

5.4 GRONDSLAGEN VAN WAARDERING EN RESULTAAT-BEPALING

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, instandhouden 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 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 Behandelen 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 kapitaallasten en aanpassing Regeling verslaggeving WTZi en Richtlijn 655 Zorginstellingen op waardering van vaste activa

In 2008 is duidelijk geworden dat de bekostiging van kapitaallasten van het vastgoed van ziekenhuizen/zorginstellingen sterk wordt aangepast. Het bouwregime is vervallen en meer en meer is sprake van integrale tarieven voor geleverde prestatie (B-segment DBC's).

Er is landelijk sprake van aanzienlijke onzekerheden van de toekomstige opbrengsten, bijvoorbeeld in de kapitaallasten van het A-segment en de uitbreiding van het B-segment. 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 er over de toekomstige waardering geen betrouwbare inschatting worden gemaakt. 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 in de toekomst volledig volgens de algemene verslaggevingsregels van Titel 9 Boek 2 BW en de Richtlijnen voor de Jaarverslaggeving plaatsvinden. 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.

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.

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 eind 2007 als vordering opgenomen onder de immateriële vaste activa.

Materiële vaste activa

Het vervallen van het stelsel van bekostiging waarbij een integrale vergoeding voor de werkelijke afschrijvingskosten van vaste activa was opgenomen, kan ook gevolgen hebben voor de waardering van de materiële vaste activa. Het vervallen van het stelsel van bekostiging kan worden aangemerkt als een aanwijzing voor de aanwezigheid van een bijzondere waardevermindering overeenkomstig hoofdstuk 121 Bijzondere waardeverminderingen van vaste activa. Door de onzekerheid over de toekomstige bekostigingssystematiek is het nog niet mogelijk om vast te

stellen of sprake is van een bijzondere waardevermindering ultimo 2008 voor locatie Weezenlanden. Vanwege de landelijke onzekerheden over de hoogte van de toekomstige opbrengsten en het ontbreken van een uniform kader van ervaringsnormen voor bijvoorbeeld een bedrijfswaardeberekening is, overeenkomstig richtlijn 655 Zorginstellingen, de boekwaarde van de materiële vaste activa per 31 december 2008 ongewijzigd voor locatie Weezenlanden.

Voor locatie Sophia zijn de gebouwen waarin stafdiensten zijn gehuisvest (gebouwen L, Z en Q) in 2008 volledig afgeschreven omdat deze panden in 2009 worden gesloopt. Voor het ziekenhuis (locatie Sophia) is de afschrijvingstermijn in 2007 aangepast van 50 jaar naar 40 jaar in verband met de nieuwbouw, zodat voornoemde Sophia-gebouw ultimo 2012 volledig is afgeschreven. De gebouwen aan de Spanjaardweg en de Nervestraat worden afgeschreven op basis van titel 9 BW2.

Kasstroomoverzicht

Het kasstroomoverzicht is opgesteld op basis van de indirecte methode.

Vergelijking met voorgaand jaar

De grondslagen van waardering en van resultaatbepaling zijn ongewijzigd ten opzichte van het voorgaande jaar met uitzondering van de afschrijvingskosten. Vanaf 2008 wordt afgeschreven vanaf het moment van ingebruikname, vóór 2008 werd telkens vanaf 1 januari afgeschreven voor een nieuw activum (dit geldt alleen voor apparatuur en inventarissen). Waar nodig zijn de cijfers van voorgaande jaren aangepast voor vergelijkingsdoeleinden.

Consolidatie

In de geconsolideerde jaarrekening zijn tevens opgenomen de stichtingen en vennootschappen die tot de groep behoren behalve het Leefstijl Trainings Centrum NV. Per 30 april 2008 is Isala Ouderenzorg overgedragen aan Stichting Woonzorgconcern IJsselheem. Alleen de grond, gebouwen en installaties van het re-

activeringscentrum (VRC-gebouw) blijven in Stichting Isala klinieken achter evenals de langlopende leningen. In de geconsolideerde cijfers is voor de exploitatie 2008 Isala Ouderenzorg 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. Over boekjaar 2007 is Isala Ouderenzorg nog volledig opgenomen.

Verbonden rechtspersonen

Isala Onroerend Goed BV exploiteert niet-WTZi-gefinancierd onroerend goed en verhuurt dit aan Stichting Isala klinieken (kantoorgebouw Spanjaardweg), Isala La Gourmande BV (productiekeuken), Dermatologisch centrum Isala BV (polikliniek Spanjaardweg), IC2it BV (kantoorgebouw Spanjaardweg) en aan derden.

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. Vanuit Stichting Isala klinieken neemt het centrum diensten af, met name op het gebied 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 Stichting Isala klinieken waren ondergebracht, zijn per 1 januari 2008 overgedragen.

Grondslagen enkelvoudige jaarrekening

De grondslagen van waardering en resultaatbepaling 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 lineaire jaarlijkse afschrijvingen. WTZi-vergunningsplichtige vaste activa worden gewaardeerd tegen de laagste van de verkrijgings- of vervaardigingsprijs en het goedgekeurde investeringsbedrag.

Voor WTZi-vergunnings- en meldingsplichtige vaste activa en WTG-gefinancierde vaste activa waarvoor in de bekostigingssystematiek geen substitutievrijheid bestaat binnen het verkregen budget, is de afschrijvingsperiode gelijk aan de in de bekostigingssystematiek voorgeschreven afschrijvingstermijnen.

Voor die vaste activa waarvoor binnen de bekostigingssystematiek of de verkregen subsidie substitutievrijheid bestaat, zijn de afschrijvingstermijnen gebaseerd op de economische levensduur.

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. Op de post die van immateriële naar de financiële vaste activa is gehierarchiseerd in 2008 wordt jaarlijks afgeschreven.

Vorraden

De voorraden worden gewaardeerd tegen verkrijgingsprijs danwel 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. Ten opzichte van 2007 wordt in 2008 het onderhanden werk bepaald inclusief de component kapitaalslasten en exclusief het honorariumdeel. 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. Ontvangen voorschotten van verzekeraars zijn met ingang van 1 januari 2007 gerubriceerd onder de kortlopende schulden. 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 is in 2008 geen voorziening opgenomen, in 2007 was dit nog 4,5%.

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 2 jaar is vervallen;
- patiënten en algemene debiteuren indien vordering meer dan 1 jaar is vervallen;

- maatschappen indien vordering meer dan 180 dagen is vervallen.

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.

Bestemmingsreserve egalisatierekening instandhouding

Na de afschaffing van het bouwregime is er geen sprake van een terugbetalingsverplichting van een eventueel positief saldo van de egalisatiereserve afschrijving instandhoudingsinvesteringen. Voornoemde post wordt met ingang van 2008 verantwoord onder het collectief gefinancierd vermogen als een bestemmingsreserve. De cijfers 2007 zijn daarbij aangepast voor vergelijkingsdoeleinden. De egalisatierekening wordt nu niet langer gemuteerd via het resultaat maar vanuit de resultaatbestemming.

De toevoegingen en onttrekkingen aan de bestemmingsreserve egalisatierekening instandhouding zullen nu via de exploitatie tot uitdrukking komen en het resultaat daarmee beïnvloeden.

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 (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 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 2008 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

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. 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. 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 2008

5.5.1 Immateriële vaste activa

	Aanloopkosten	Afkoop-,emissie-, leningskosten	Totaal
Stand per 1 januari 2008			
Aanschafwaarde	131.569		131.569
Cumulatieve afschrijvingen	64.404		64.404
Boekwaarden	67.165		67.165
Mutaties			
Investerings			
Desinvesteringen:			
- aanschafwaarde			
- cumulatieve afschrijvingen			
Waardeverminderingen			
Terugneming van waardeverminderingen			
Afschrijvingen	51.196		51.196
	51.196		51.196
Stand per 31 december 2008			
Aanschafwaarde	131.569		131.569
Cumulatieve afschrijvingen	115.600		115.600
Boekwaarden	15.969		15.969
Er is in het jaar versneld afgeschreven.			

In 5.6 is het gedetailleerd verloopoverzicht immateriële vaste activa, ingedeeld naar bekostigingsbron, opgenomen.

Als gevolg van de bepalingen in Richtlijn 655 Zorginstellingen voor de immateriële vaste activa staan alleen de activa, waarvan de afschrijvingskosten via het wettelijk budget 2008 vergoed worden, nog geactiveerd.

5.5.2 Materiële vaste activa

	Terreinen en gebouwen	Installaties	Inventarissen	Projecten in uitvoering	Inventaris uit lease	Totaal
Stand per 1 januari 2008						
Aanschafwaarde	143.260.963	37.717.174	78.211.603	54.792.196		313.981.936
Cumulatieve afschrijvingen	86.170.378	28.058.719	40.561.729	2.115.034		156.905.860
Boekwaarden	57.090.584	9.658.456	37.649.873	52.677.162		157.076.075
Mutaties						
Investerings			1.880.919	21.651.169		23.532.088
OHW Geactiveerd	17.046.813	2.996.019	17.898.302	-37.941.134		0
Desinvesteringen:						
- aanschafwaarde	-10.289.303	-3.558.390	-3.193.388			-17.041.081
- cumulatieve afschrijvingen	884.304	683.283	2.117.487			3.685.075
Waardeverminderingen						
Terugneming van waardeverminderingen						
Afschrijvingen	15.262.424	1.863.587	11.620.345	778.242		29.524.597
	-7.620.610	-1.742.675	7.082.975	-17.068.207		- 19.348.516
Stand per 31 december 2008						
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
Afschrijvingspercentages	0/2/2,5/5 10/20	5/6,67 10/20	10/20/33,3			

In 5.7 is het gedetailleerd 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 € 5,2 mln, waarvan € 2,0 mln voor het ontwerp voormalige parkeerlaag, € 1,0 mln voor bouwkundige advieskosten, € 1,0 mln in verband met de eerste bouwtranche en

€ 0,5 mln financieringskosten. Met betrekking tot het kortetermijnhuisvestingsplan is voor € 0,5 mln geïnvesteerd. Verder is geïnvesteerd in medische inventarissen, waaronder de Spect-CT (€ 1,7 mln), Modaliteiten (€ 1,8 mln), RIS-PACS (€ 1,4 mln), vervanging van OK-tafels (€ 1,0 mln), Angiomodaliteit (€ 1,0 mln), en Völker ziekenhuisbedden (€ 0,6 mln). In 2008 is het project Isala Digitaal opgestart, waarvoor in 2008 voor een bedrag van € 0,8 mln is geïnvesteerd.

De gebouwen L, Z en Q van locatie Sophia zijn in 2008 volledig afgeschreven (€ 582.000), omdat deze in 2009 worden gesloopt in verband met de nieuwbouw. Als gevolg van de overname van Isala Ouderenzorg door Stichting Woonzorgconcern IJsselheem, is vaste activa ad € 2,9 mln achtergebleven bij Stichting Isala klinieken. Het gebouw waarin de ouderenzorg is gehuisvest, wordt verhuurd aan Stichting Woonzorgconcern IJsselheem. De verkoop van materiële vaste activa (boekwaarde € 13 mln ultimo april 2008) aan dit woonconcern verklaart de grote desinvestering gedurende het boekjaar.

Op een aantal onderhanden investeringsprojecten wordt afgeschreven, omdat deze inmiddels in gebruik zijn genomen, maar het volledige project nog niet is afgerond.

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 miljoen toegepast. Hierdoor resulteert er eind 2013 nog een boekwaarde van € 1,5 miljoen. Dit is de huidige boekwaarde van de grond.

5.5.3 Financiële vaste activa

	Vorderingen samenwerkings- verbanden	Overige deelnemingen	Vorderingen op overige deelnemingen	Langlopende leningen	Overige effecten	Totaal
1 januari 2008		229.707				229.707
Mutaties						
Investerings		105.538				105.538
Desinvesteringen						
Afschrijvingen / aflossing		-8.427				-8.427
Waardeverminderingen						
Terugneming van waarde- verminderingen						
Dividend						
Resultaat deelnemingen		26.809				26.809
		123.920				123.920
31 december 2008		353.627				353.627

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 € 26.809 is verantwoord onder de financiële baten en lasten.

De investering van € 105.538 betreft de in 2007 volgens richtlijn 655 Zorginstellingen voor de immateriële vaste activa, afgewaardeerde immateriële vaste activa van Isala Ouderenzorg. Deze zijn alsnog geactiveerd in 2008. Hierop is in 2008 voor € 8.427 afgeschreven.

5.5.4 Voorraden

	2008	2007
Magazijnvoorraden	1.880.963	1.735.695
Voorraden op afdelingen	4.715.760	3.865.554
Totaal voorraden	6.596.723	5.601.249

De voorraad geneesmiddelen is toegenomen met € 583.000, met name door lagere kortingen. De voorraden op de verschillende OK's zijn in totaal toegenomen met € 53.000. De oorzaak is voornamelijk te vinden in hogere prijzen ten opzichte van 2007. Ook de verschuiving naar nieuwere (duurdere) artikelen

speelt een rol in de toename. Verder is een toename te zien bij de functieafdeling van € 96.000 en zijn er nieuwe voorraden geactiveerd ad € 86.000. Laatstgenoemde artikelen werden voorheen rechtstreeks ten laste van de exploitatie gebracht.

5.5.5 Onderhanden werk uit hoofde van DBC's

	2008	2007
Onderhanden werk DBC's A-segment	30.521.769	26.252.828
Onderhanden werk DBC's A-segment PAAZ	2.564.445	0
Onderhanden werk DBC's B-segment	7.044.820	2.118.835
Voorziening onderhanden werk A-segment	-2.946.776	-2.221.996
Voorziening onderhanden werk B-segment	-40.211	-115.077
Totaal onderhanden werk	37.144.047	26.034.590

Ten opzichte van 2007 is het onderhanden werk gestegen door een hoger aantal openstaande DBC's ultimo 2008 (ultimo 2008 bestaat het OHW A-segment uit 74.626 stuks (2007: 72.113 stuks); ultimo 2008 bestaat het OHW B-segment uit 12.702 stuks (2007: 4.871 stuks); ultimo 2008 bestaat het OHW GGZ uit 1.910 stuks (2007: nihil). Actualisatie van de kostprijzen van de verrichtingen heeft geleid tot een verhoging van het onderhanden werk, alsmede het feit dat ultimo 2008 wordt gewaardeerd inclusief kapitaals-

lasten terwijl ultimo 2007 nog exclusief kapitaalslasten werd gewaardeerd. Ten opzichte van 2007 wordt in 2008 het onderhanden werk bepaald exclusief het honorariumdeel. De toename in het B-segment van € 4,9 mln wordt grotendeels verklaard door de landelijke uitbreiding van het B-segment die per 1 januari 2008 heeft plaatsgevonden. Door de introductie in 2008 van DBC's bij Psychiatrie is voor het eerst het onderhanden werk van de PAAZ zichtbaar.

5.5.6 Vorderingen en overlopende activa

	2008	2007
Vorderingen		
Debiteuren	77.022.945	91.158.437
Vaste voorschotten zorgverzekeraars	-1.433.428	-13.029.385
<i>Subtotaal</i>	<i>75.589.517</i>	<i>78.129.052</i>
Inkomende betalingen onderweg	903	6.777
Voorziening dubieuze debiteuren	-3.234.648	-2.236.947
<i>Totaal debiteuren</i>	<i>72.355.772</i>	<i>75.898.883</i>
 Nog te ontvangen bedragen	 7.970.485	 13.084.739
Nog te factureren	0	9.521.510
Overige vorderingen	503.450	155.376
<i>Totaal vorderingen</i>	<i>80.829.707</i>	<i>98.660.507</i>
 Overlopende activa		
Vooruitbetaalde bedragen	1.026.618	342.181
<i>Totaal overlopende activa</i>	<i>1.026.618</i>	<i>342.181</i>
 Totaal	 81.856.325	 99.002.687

Debiteuren:

De debiteurenstand is gedaald van € 75,9 mln naar € 72,4 mln. De debiteurenomlooptijd, als twaalfmaands voortschrijdend gemiddelde gemeten, is ten opzichte van ultimo 2007 gedaald van 41 naar 39 dagen. Andere reden voor de afname van de debiteurenstand is afschaffing van het verrekenpercentage per 01-01-2008 voor DBC's geopend na 31 december 2007. Van de debiteurenstand (€ 77 mln) heeft 2,8 mln euro betrekking op vorderingen ouder dan één jaar.

De vaste voorschotten zijn € 11,6 mln lager dan ultimo 2007. Per ultimo 2007 betrof dit een voorschot van een verzekeraar op een tweetal facturen die niet binnen de gestelde betaaltermijn kon worden afgewikkeld, maar nu zijn afgewikkeld.

Nog te ontvangen bedragen

Ultimo 2007 was onder de nog te ontvangen bedragen een post opgenomen van € 9,5 mln, omdat teveel financieringsoverschot was terugbetaald aan Achmea. Deze post is op 3 januari 2008 aan Isala klinieken terugbetaald. De stand ultimo 2008 bestaat onder andere uit door te berekenen salariskosten van circa € 3,0 mln, bonus en btw-correctie Medtronic (€ 0,6 mln), door te berekenen administratiekosten en WA-premie aan maatschappen (€ 1,0 mln), verkoop grondstroken locatie Sophia (€ 0,6 mln), ROAZ 4e kwartaal 2008 (€ 0,5 mln), vergoeding dieetadviesering (€ 0,2 mln), pensioenvordering uit overnamebalans Isala Ouderenzorg (€ 0,3 mln).

Overlopende activa

Onder vooruitbetaalde bedragen zijn nota's voor onderhoudscontracten en verzekeringen opgenomen die betrekking hebben op 2009.

5.5.7 Schulden uit hoofde van financieringsoverschot

	Stand 1 januari	Mutaties	Stand 31 december
Normale bedrijfsvoering Ziekenhuis	126.674.855	-20.894.667	105.780.188
Normale bedrijfsvoering Ouderenzorg	-1.278.484	1.278.484	0
PAAZ	-68.247	876.661	808.414
Specialisten honorering	8.568.215	-617.785	7.950.430
Totaal	133.896.339	-19.357.307	114.539.032

De vordering uit hoofde van het financieringsresultaat van Isala Ouderenzorg is overgenomen door Stichting Woonzorgconcern IJsselheem.

Financieringsresultaat uit normale bedrijfsvoering Ziekenhuis					
	2008	2007	2006	t/m 2005	Totaal
Stand per 1 januari	0	131.487.082	-3.646.817	-1.165.410	126.674.855
Resultaat boekjaar	55.237.773	0	0	0	55.237.773
Correctie voorgaande jaren	0	403.032	-419.985	1.138	-15.815
Betalingen/ontvangsten	-76.116.625	0	0	0	-76.116.625
Verrekende opbrengsten oude jaren	-10.240.633	7.010.815	2.065.659	1.164.159	0
Totaal	-31.119.485	138.900.929	-2.001.143	-113	105.780.188
Stadium van vaststelling	a	b	d	d	

a = interne berekening

b = ter ondertekening zorgverzekeraars

c = overeenstemming met zorgverzekeraars

d = definitieve vaststelling NZA

Specificatie financieringsresultaat in het boekjaar	2008	2007
Wettelijk budget aanvaardbare kosten	261.040.560	269.075.026
Vergoedingen ter dekking van het wettelijk budget:		
- vergoedingen DBC A-segment	-273.744.967	-371.854.121
- mutatie onderhanden werk DBC A-segment	-7.236.307	15.556.442
- verpleeg- en verzorgingsgelden	-429	10.629
- dagbehandeling, deeltijdbehandeling en dagverpleging	-19.271.953	-18.216.770
- vergoedingen klinische en poliklinische verrichtingen	-15.022.804	-13.169.820
- andere vergoedingen	-1.001.873	1.544.066
- ontvangen voorschotten (AWBZ instellingen)	0	0
	-316.278.333	-389.217.706
Resultaat boekjaar	55.237.773	120.142.680
Verrekende opbrengsten oude jaren	-10.240.633	149.693.427
Terugbetaald financieringsoverschot	-76.116.625	-138.349.025
Financieringsoverschot/-tekort	-31.119.485	131.487.082

Financieringsresultaat PAAZ	2008	2007	2006	t/m 2005	Totaal
Stand per 1 januari	0	-80.006	11.450	309	-68.247
Resultaat boekjaar	822.853	0	0	0	822.853
Corr. voorgaande jaren	0	-27.324	-7.585	-309	-34.909
Betalingen/ontvangsten	0	89.026	0	0	88.717
Verrekende opbrengsten oude jaren	0	0	0	0	0
Totaal	822.853	-18.304	3.865	0	808.414
Stadium van vaststelling	a	d	d	d	

Specificatie financieringsresultaat PAAZ in het boekjaar	2008	2007
Wettelijk budget aanvaardbare kosten	5.728.109	5.121.942
Vergoedingen ter dekking van het wettelijk budget:		
- vergoedingen DBC A-segment	-5.944.724	-3.146
- mutatie onderhanden werk DBC A-segment	-2.564.445	0
- overlopende DBC GGZ	1.958.207	0
- verpleeg- en verzorgingsgelden	0	0
- vergoedingen klinische en poliklinische verrichtingen	0	0
- ontvangen voorschotten (AWBZ instellingen)	0	-5.038.790
	-6.550.962	-5.041.936
Financieringsoverschot/-tekort	822.853	-80.006

Financieringsresultaat specialisten honorering	2008	2007	2006	t/m 2005	Totaal
Stand per 1 januari	0	6.231.664	1.884.221	452.330	8.568.215
Resultaat boekjaar	0	0	0	0	0
Corr. voorgaande jaren	0	1.152.630	-1.318.085	-452.330	-617.785
Betalingen/ontvangsten	0	0	0	0	0
Verrekende opbrengsten oude jaren	0	0	0	0	0
Totaal	0	7.384.294	566.136	0	7.950.430
Stadium van vaststelling	a	c	d	d	

Specificatie financieringsresultaat specialisten honorering	2008	2007
Wettelijk budget aanvaardbare kosten	0	55.214.300
Vergoedingen ter dekking van het wettelijk budget:		
- honoraria specialisten	0	-53.110.815
- mutatie onderhanden werk DBC	0	3.486.851
- ontvangen voorschotten (conform CTG-beschikking)	0	-11.822.000
	0	-61.445.964
Resultaat boekjaar	0	6.231.664
Verrekende opbrengsten oude jaren	0	
Financieringsoverschot/-tekort	0	6.231.664

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

5.5.8 Liquide middelen

	2008	2007
Bankrekeningen	82.541.927	80.212.227
Kassen en kruisposten	11.355	48.526
Totaal	82.553.282	80.260.753

Ondanks dat in 2008 een deel van het financieringsoverschot - dat ultimo 2007 bestond - is terugbetaald, is de bankstand nagenoeg gelijk gebleven. De oorzaak hiervan is met name gelegen in het hoge financieringsoverschot dat in 2008 is ontstaan. Terugbetaling van de schuld uit hoofde van het financieringsoverschot (zie punt 5.5.7) in 2009 zullen de liquide mid-

delen fors laten dalen. De liquide middelen staan de afzonderlijke entiteiten ter vrije beschikking.

Op de bankrekening van Stichting Isala klinieken zit een krediet van € 40,0 mln. De aan de kredietgever gestelde zekerheden zijn integraal opgenomen in de standaard bankverklaring.

5.5.9 Groepsvermogen

	Stand 1 januari	Dotaties	Onttrek- kingen	Stand 31 december
Kapitaal	91			91
Collectief gefinancierd gebonden vermogen	23.172.553	11.271.115	-655.580	33.788.088
Niet collectief gefinancierd vrij vermogen	3.475.668	0	0	3.475.668
Algemene reserve BV's	-1.038.966	93.302	-1.135.467	-2.081.131
Aandelen van derden	0	199.091	0	199.091
Totaal eigen vermogen	25.609.346	11.563.508	-1.791.047	35.381.807

In de stand van 1 januari 2008 is begrepen de overboeking van de egalisatierekening afschrijven ad € 655.580. Het groepsvermogen uitgedrukt in een percentage van de totale balans bedraagt per 31 december 2008 10,2% (ultimo 2007 7,0%). In de

onttrekking van het groepsvermogen van de BV's is begrepen een correctie op de beginstand van Isala Vastgoed BV ad € 46.508. Dit heeft betrekking op boekjaar 2006.

Specificatie van het collectief gefinancierd gebonden vermogen	Stand 1 januari	Dotaties	Onttrek- kingen	Stand 31 december
Algemene reserve	707.227	0	0	707.227
Reserve egalisatierek. instandhouding	655.580	0	-655.580	0
Reserve A.K., gebonden	21.809.746	10.171.115	0	31.980.861
Bestemmingsreserve rendementsdeling	0	1.100.000	0	1.100.000
Totaal	23.172.553	11.271.115	-655.580	33.788.088

De onttrekking van € 0,7 mln heeft te maken met de verkoop van Isala Ouderenzorg per 1 mei 2008. De resultaatbestemming is conform 5.14.2 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	-454.198	0	-909.876	-1.364.074
Isala Onroerend Goed BV	-689.502	0	-117.272	-806.774
Dermatologisch centrum Isala BV	104.734	93.302	0	198.037
IC2it BV	0	0	-60.679	-60.679
Isala Vastgoed BV	0	0	-47.641	-47.641
Totaal	-1.038.966	93.302	-1.135.467	-2.081.131

Specificatie aandeel van derden	Stand 1 januari	Dotaties	Onttrekkingen	Stand 31 december
Zwolse Dermatologen BV	0	199.091	0	199.091
Totaal	0	199.091	0	199.091

De Zwolse Dermatologen BV heeft een aandelenbelang van 49% in Dermatologisch centrum Isala BV. In 2008 heeft deze aandelenoverdracht plaatsgevonden tegen nominale waarde, hetgeen betekent dat de dotatie zowel betrekking heeft op 2007 als 2008.

Specificatie aansluiting groepsvermogen - enkelvoudig vermogen 31 december 2008 en resultaat over 2008		
De specificatie is als volgt:	Eigen vermogen	Resultaat
Enkelvoudig eigen vermogen en resultaat Stichting Holding Isala klinieken:	101.359	32.624
Stichting Isala klinieken	37.444.937	11.286.521
Negatief vermogen Isala Onroerend Goed BV	-788.774	-117.272
Negatief vermogen Isala La Gourmande BV	-1.346.074	-909.876
Negatief vermogen Isala Vastgoed BV	-29.641	-54.228
Totaal geconsolideerd eigen vermogen en resultaat	35.381.807	10.237.769

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

Isala La Gourmande BV en Isala Vastgoed BV is afgevaardigd 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 2008	21.809.746
Bij: vanuit winstbestemming	10.171.115
Stand per 31 december 2008	31.980.861

Bestemmingsreserve rendementsdeling

De mutatie is als volgt tot stand gekomen:

Stand per 1 januari 2008	0
Bij: vanuit winstbestemming	1.100.000
Stand per 31 december 2008	1.100.000

Met ingang van 2008 is de bestemmingsreserve rendementsdeling ingevoerd. Deelnemende maatschappen/vakgroepen moeten in samenspraak met het zorggroepmanagement een voorstel doen aan de

Raad van Bestuur voor besteding van het ter beschikking gestelde rendement. Bovengenoemd bedrag van € 1.100.000 is nog niet definitief.

Reserve egalisatie instandhouding**De mutatie is als volgt tot stand gekomen:**

Stand per 1 januari 2008	0
Bij: van reserve egalisatie instandhouding	655.580
Bij: budget	2.294.557
Af: afschrijvingskosten instandhoudingsinvesteringen	-2.294.557
Af: overname Isala Ouderenzorg door Stichting Woonconcern IJsselheem	-655.580

Stand per 31 december 2008	0
-----------------------------------	----------

De bestemmingsreserve egalisatierekening instandhouding wordt met ingang van 2008 niet meer als afzonderlijke post getoond, maar wordt gepresenteerd als onderdeel van het eigen vermogen. De toe-

voeging uit het budget en de afschrijvingskosten instandhoudingsinvesteringen hebben betrekking op Stichting Isala klinieken.

*Niet-collectief gefinancierd vrij vermogen***Reserve aanvaardbare kosten, vrij****De mutatie is als volgt tot stand gekomen:**

Stand per 1 januari 2008	3.475.668
Af: naar reserve aanvaardbare kosten, gebonden	0

Stand per 31 december 2008	3.475.668
-----------------------------------	------------------

Instandhoudingsinvesteringen

De instandhoudingsinvesteringen zijn als volgt gespecificeerd:

Rekenstaat nr. 11 van 16 december 2008 Ziekenhuizen.

Nog niet bestede investeringsruimte per 1 januari 2008	ZH	4.622.415	
	OZ	533.572	5.155.987
Indexering niet bestede investeringsruimte	ZH	160.330	
	OZ	0	160.330
In verslagjaar toegekende investeringsruimte	ZH	2.021.510	
	OZ	-533.572	1.487.938
In verslagjaar benutte investeringsruimte	ZH	949.058	
	OZ	0	949.058
Beschikbare investeringsruimte per 31 december 2008			5.855.197

Gemelde lopende investeringsprojecten leggen voor € 1,3 mln beslag op beschikbare investeringsruimte.

Trekkingsrechten

De opgebouwde trekkingsrechten zijn als volgt gespecificeerd:
Rekenstaat nr. 11 van 16 december 2008 locatie Ziekenhuizen.

Nog niet bestede investeringsruimte per 1 januari 2008	ZH	91.007.263	
	OZ	10.329.669	101.336.932
Indexering niet bestede investeringsruimte	ZH	4.595.867	
	OZ	0	4.595.867
In verslagjaar toegekende investeringsruimte	ZH	2.708.219	
	OZ	-10.329.669	-7.621.450
In verslagjaar benutte investeringsruimte	ZH	0	
	OZ	0	0
Beschikbare investeringsruimte per 31 december 2008			98.311.349

Met berekening tot de nieuwbouw zouden normaliter de trekkingsrechten ingebracht worden zoals ook in de vergunning is vermeld. In verband met het vervallen van het bouwregime is dit niet meer van toepassing.

5.5.10 Voorzieningen

	Stand 1 januari	Dotaties	Onttrek- kingen	Stand 31 december
Onderhoud	130.768	212.400	130.768	212.400
Jubileumuitkeringen	1.663.077	335.343	158.272	1.840.148
Loondoorbetaling bij ziekte	619.919	0	619.919	0
Totaal	2.413.765	547.743	908.959	2.052.548

Onderhoud

De onderhoudsvoorziening renovatie van de kapel (€ 130.768) van Isala Ouderenzorg is overgedragen aan Stichting Woonzorgconcern IJsselheem. De dotatie (€ 212.400) heeft betrekking op de voorziening groot onderhoud aan de gebouwen op de Dr. Spanjaardweg en de Nervistraat (Isala La Gourmande BV).

Jubileumuitkeringen

Deze voorziening is gevormd voor de verplichtingen welke Stichting 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. De te verwachten CAO-stijging en de contante waardefactor zijn aan elkaar gelijkgesteld. Het kortlopende gedeelte met als uitgangspunt de verplichtingen die vervallen binnen vijf jaar is berekend op € 530.000.

Loondoorbetaling bij ziekte

Deze voorziening werd gevormd voor de verplichtingen welke de Stichting Isala klinieken heeft tegenover

personeelsleden die op balansdatum langer dan zes maanden ziek zijn. Door wijziging in de regelgeving loopt deze verplichting af in 2008.

5.5.11 Langlopende schulden

	2008	2007
Stand per 1 januari	68.437.661	74.732.013
Aflossingen komend boekjaar	-11.743.523	-12.129.235
Extra aflossingen boekjaar	-465.124	-3.165.117
Nieuwe leningen	0	9.000.000
Stand per 31 december	56.229.014	68.437.661

De verkoop van Isala Ouderenzorg heeft geen invloed op de langlopende leningen, omdat deze zijn achtergebleven bij Stichting Isala klinieken.

5.5.12 Kortlopende schulden en overlopende passiva

	2008	2007
Crediteuren	15.331.905	12.991.362
Schulden aan kredietinstellingen	0	0
Belastingen en premies sociale verzekeringen	6.251.641	6.636.402
Schulden ter zake van pensioenen	2.447.731	2.276.245
Ontvangen voorschotten	48.777.455	43.223.337
Btw-verplichting	472.763	-575.613
Betaalbaar gestelde rente	174.037	42.868
Kortetermijndeel langlopende verplichtingen	11.743.523	12.129.236
Overige kortlopende schulden	16.292.535	31.882.003
- waarvan reorganisatie	2.100.000	2.044.224
- waarvan te betalen salarissen	7.149.074	6.881.424
- waarvan te betalen specialisten honorering	4.704.806	23.036.862
Overlopende passiva	36.553.541	29.309.250
- waarvan vakantie-uren	4.870.958	4.513.207
- waarvan ROAZ	812.300	812.300
- waarvan Lean Programma McKinsey	2.600.000	0
Totaal	138.045.131	137.915.090

Crediteuren

De hogere crediteurenstand wordt met name veroorzaakt door ontvangen facturen met betrekking tot onderhoudscontracten van Agfa (€ 1,3 mln) en Philips (€ 0,8 mln).

Ontvangen voorschotten

De stijging wordt met name veroorzaakt door ontvangen voorschotten van CZ (€ 2,0 mln), Univé (€ 2,4 mln) en Achmea GGZ (€ 0,7 mln).

Honorering specialisten

Deze post is verlaagd door de afrekening over de jaren 2004 tot en met 2006 die in 2008 heeft plaatsgevonden.

Overlopende passiva

Onder de overlopende activa is in 2008 een reservering opgenomen van € 2,6 mln voor de projectkosten van het Lean Programma. In het kader van de rendementsopgave 2008-2013 wordt onder andere gewerkt aan de herinrichting van zorgprocessen en -paden. Eind 2008 heeft de Raad van Bestuur het besluit genomen om hiervoor het Lean Programma van McKinsey te gebruiken.

Onder de overlopende passiva is een voorziening opgenomen van € 9,1 mln in verband met een budgetvergoeding van de versnelde afschrijvingskosten van de gebouwen op locatie Weezenlanden (€ 7,5 mln) en Sophia (€ 0,8 mln) en de kapitaalslasten op de overloop DBC's (€ 0,7 mln).

5.5.13 Niet uit de balans blijkende verplichtingen

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 Stichting Isala klinieken.

In verband met de voorgenomen nieuwbouw van het ziekenhuis op locatie Dr. van Heesweg zijn voor de lopende nieuwbouwprojecten verplichtingen aangegaan. Ultimo 2008 bedroeg het obligo van de nieuwbouwprojecten € 3,4 mln.

Op basis van het door de Raad van Bestuur goedgekeurde kortetermijnhuisvestingsplan (KTHP) zal de komende vier jaren (2009-2012) voor een bedrag van € 12,0 mln worden geïnvesteerd. Deze investeringen hebben betrekking op het gebied van instandhouding van de locaties Weezenlanden en Sophia.

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 de laboratoria voor Pathologie en Medische Microbiologie zijn gevestigd, wordt gehuurd van de Gemeente Zwolle. De huurprijs per jaar bedraagt € 0,1 mln.

Ten behoeve van het traumacentrum en nieuwbouwen ruimtebeheer wordt een deel van het voormalige Arbodienst-gebouw aan de Spanjaardweg gehuurd. De huur loopt vooralsnog tot en met 30 juni 2009.

Ten behoeve van het parkeren worden van Stadion Zwolle Ontwikkeling B.V. 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.

5.6 GECONSOLIDEERD MUTATIEOVERZICHT IMMATERIËLE VASTE ACTIVA

	WTZi/WMG vergunnings- plichtige vaste activa		Subtotaal	Niet WZV/WTG gefinancierde vaste activa Goodwill	Totaal immateriële vaste activa
	Aanloop- kosten	Emissie- en leningskosten			
Afschrijvingspercentage	2,5%	2,5%			
Stand per 1 januari 2008					
Aanschafwaarde	131.569		131.569		131.569
Cumulatieve afschrijvingen	64.404		64.404		64.404
Boekwaarde	67.165		67.165		67.165
Mutaties boekjaar					
Investeringen					
Afschrijvingen	51.196		51.196		51.196
Terugname geheel afgeschreven activa					
Aanschafwaarde					
Afschrijvingen					
Desinvesteringen					
Aanschafwaarde					
Afschrijvingen					
Stand per 31 december 2008					
Aanschafwaarde	131.569		131.569		131.569
Cumulatieve afschrijvingen	115.600		115.600		115.600
Boekwaarde	15.969		15.969		15.969

5.7 GECONSOLIDEERD MUTATIEOVERZICHT MATERIËLE VASTE ACTIVA

	WZV vergunningsplichtige vaste activa				Subtotaal	WZV meldingsplichtige vaste activa			Subtotaal
	Terreinen	Gebouwen	Installaties	Onderhanden projecten		Instand-houding	Onderhanden projecten	Instand-houding tlv. trekking-srechten	
Stand per 1 januari 2008									
Aanschafwaarde	7.678.454	89.594.916	25.222.040	27.912.549	150.407.959	20.827.098	687.699	10.470.740	31.985.537
Cumulatieve afschrijvingen	830.680	63.192.721	20.548.860		84.572.261	13.548.341	162.868	7.077.295	20.788.504
Boekwaarde	6.847.774	26.402.194	4.673.180	27.912.549	65.835.698	7.278.757	524.831	3.393.445	11.197.033
Mutaties boekjaar									
Investeringen				4.232.407	4.232.407		1.562.212		1.562.212
Afschrijvingen	71.472	10.697.536	910.072		11.679.079	2.716.511	-73.919	518.588	3.161.180
OHW geactiveerd	1.299.582	7.084.578	2.747.717	-11.131.877		949.058	-949.058		
Terugname geheel afgeschreven activa									
Aanschafwaarde									
Afschrijvingen									
Desinvesteringen									
Aanschafwaarde	1.496.164	7.078.210	2.864.516		11.438.889	1.402.267		98.977	1.501.244
Afschrijvingen	61.393	279.472	258.487		599.352	1.154.125		-182.939	971.186
Stand per 31 december 2008									
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

(vervolg) Geconsolideerd mutatieoverzicht materiële vaste activa

	WTG gefinancierde vaste activa			Niet WZV/WTG gefinancierde vaste activa				Subtotaal	Totaal materiële vaste activa
	Inventaris	Inventaris uit lease	Onderhanden projecten	Subtotaal	Gebouwen	Installaties	Inventaris	Onderhanden projecten	
Stand per 1 januari 2008									
Aanschafwaarde	75.723.785		12.801.952	88.525.738	22.710.298	4.474.591	2.487.817	13.389.996	313.981.936
Cumulatieve afschrijvingen	40.082.296		1.944.691	42.026.987	6.385.561	2.544.803	580.270	7.475	156.905.861
Boekwaarde	35.641.489		10.857.261	46.498.750	16.324.738	1.929.787	1.907.548	13.382.521	157.076.074
Mutaties boekjaar									
Investerings	2.368.863		13.218.860	15.587.723			-498.797	2.637.689	23.521.234
Afschrijvingen	11.738.433		859.636	12.598.069	2.096.563	216.106	-229.778	-7.475	29.513.743
OHW geactiveerd	17.770.198		-17.770.198		7.720.114	241.783	128.104	-8.090.001	
Terugname geheel afgeschreven activa									
Aanschafwaarde									
Afschrijvingen									
Desinvesteringen									
Aanschafwaarde	3.187.348			3.187.348	665.777	241.783	6.039		913.599
Afschrijvingen	2.111.448			2.111.448		-2.950	6.039		3.089
									17.041.081
									3.685.075
Stand per 31 december 2008									
Aanschafwaarde	92.675.498		8.250.615	100.926.113	29.764.636	4.474.591	2.111.084	7.937.684	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
Boekwaarde	42.966.217		5.446.288	48.412.505	21.282.512	1.710.732	1.766.632	7.937.684	182.734.529
									137.727.559

5.8 OVERZICHT LANGLOPENDE SCHULDEN TM DECEMBER 2008

Lening	Jaar	Soort lening	Oorspronkelijk bedrag	Looptijd	Restschuld 31-Dec	Reste-rende looptijd	Restschuld over 5 jaar	Rente %	
BNG	1989	onderhands	6.579.813	20	1.937.642	1	530.923	5,600%	
BNG	1989	onderhands	4.991.582	20	2.520.749	1	1.772.012	7,100%	
BNG	2002	onderhands	5.585.127	24	4.188.845	18	3.025.277	4,680%	
BNG	2002	onderhands	5.672.253	25	4.310.912	19	3.176.462	5,010%	
NWB	1999	onderhands	2.280.245	30	1.596.172	21	1.216.131	4,310%	
BNG	2001	onderhands	1.919.679	14	959.840	7	274.240	5,140%	
BNG	1985	onderhands	1.542.853	30	360.034	7	102.899	6,175%	
BNG	1985	onderhands	2.359.657	30	550.622	7	157.353	6,175%	
Gem. Zwolle	1987	hypothecair	18.151.209	25	2.904.194	4	-	5,900%	
ABN-AMRO	1998	onderhands	1.134.451	20	-	0	-	6,270%	
ABN-AMRO	1998	onderhands	2.268.901	10	-	0	-	6,180%	
BNG	2001	onderhands	11.616.773	8	1.452.097	1	-	5,150%	
BNG	2001	onderhands	12.478.955	9	2.773.101	2	-	5,250%	
BNG	2001	onderhands	18.151.208	10	5.445.362	3	-	5,350%	
Gem. Zwolle	1994	onderhands	1.813.306	15	120.887	1	2.552.514	4,350%	
BNG	2003	onderhands	4.254.190	25	3.403.352	20	1.800.000	4,330%	
Rabo	2005	onderhands	9.000.000	10	6.300.000	7	274.989	3,730%	
Rabo	2006	onderhands	756.225	11	618.729	9	2.150.000	4,470%	
Rabo	2006	onderhands	17.200.000	8	12.900.000	6	280.000	4,300%	
Rabo	2006	onderhands	2.240.000	8	1.680.000	6	70.000	4,300%	
Rabo	2006	onderhands	560.000	8	420.000	6	3.600.000	4,300%	
Rabo	2007	onderhands	9.000.000	10	8.100.000	9	2.280.000	4,460%	
Rabo	2006	onderhands	3.000.000	26	2.880.000	24	920.000	4,710%	
Rabo	2006	onderhands	2.300.000	11	2.070.000	9	-	4,520%	
Rabo	2006	onderhands	600.000	6	480.000	4	-	4,310%	
			145.456.427		67.972.536		24.182.799		

	Aflossings- wijze	Gestelde zekerheid	Aflossingsbedrag	
			2008	2009
	Gelijken/Lineair	neg.pledge+pari passu verkl.	281.344	281.344
	Gelijken/Lineair	neg.pledge+pari passu verkl.	149.747	149.747
	Gelijken/Lineair	borgstelling staat	232.714	232.714
	Gelijken/Lineair	borgstelling staat	226.890	226.890
	Gelijken/Lineair	borgstelling staat	76.008	76.008
	Gelijken/Lineair	1e hyp. op onr.goed loc Sophia (borgstelling Gem. Zwolle)	137.120	137.120
	Gelijken/Lineair	1e hyp. op onr.goed loc Sophia (borgstelling Gem. Zwolle)	51.427	51.427
	Gelijken/Lineair	1e hyp. op onr.goed loc Sophia (borgstelling Gem. Zwolle)	78.654	78.654
	Gelijken/Lineair	1e hyp. op onr.goed loc Sophia (borgstelling Gem. Zwolle)	726.048	726.048
	Gelijken/Lineair	neg.pledge	623.948	
	Gelijken/Lineair	neg.pledge	226.890	
	Gelijken/Lineair	neg.pledge	1.452.097	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 Nieuwe Haven	120.887	120.887
	Gelijken/Lineair	borgstelling Staat der Nederlanden	170.168	170.168
	Gelijken/Lineair	positieve/negatieve hypotheekverklaring + parri 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
			12.594.361	11.743.523

5.9 TOELICHTING OP DE GECONSOLIDEERDE RESULTATENREKENING 2008

5.9.1.1 Resultatenrekening Ziekenhuis

	2008	2007
Bedrijfsopbrengsten		
Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten	266.768.669	274.196.968
DBC opbrengsten B-segment	52.001.664	23.269.261
Niet gebudgetteerde zorgprestaties	4.955.546	3.966.712
Overige bedrijfsopbrengsten	33.897.383	29.698.865
Som der bedrijfsopbrengsten	357.623.262	331.131.806
Bedrijfslasten		
Personeelskosten	193.794.066	181.862.109
Afschrijvingen op immateriële en materiële vaste activa	29.039.006	26.676.948
Overige bedrijfskosten	126.918.260	118.016.055
Som der bedrijfslasten	349.751.332	326.555.112
Bedrijfsresultaat	7.871.930	4.576.694
Financiële baten en lasten	2.632.871	822.343
Resultaat uit gewone bedrijfsvoering voor belasting	10.504.801	5.399.037
Vennootschapsbelasting	-76.760	-32.376
Resultaat belasting	10.428.041	5.366.661
Aandeel van derden	-190.273	0
Netto resultaat	10.237.768	5.366.661

5.9.1.2 Resultatenrekening Ouderenzorg

	2008	2007
Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten	7.336.877	21.025.614
DBC opbrengsten B-segment	0	
Niet gebudgetteerde zorgprestaties	0	20.644
Overige bedrijfsopbrengsten	219.850	690.972
Som der bedrijfsopbrengsten	7.556.727	21.737.230
Bedrijfslasten		
Personeelskosten	5.344.252	17.710.862
Afschrijvingen op immateriële en materiële vaste activa	370.129	1.097.890
Overige bedrijfskosten	1.635.532	4.556.393
Som der bedrijfslasten	7.349.913	22.365.145
Bedrijfsresultaat	206.814	-627.915
Financiële baten en lasten	-206.814	-399.800
Resultaat uit gewone bedrijfsvoering	-0	-1.027.715

Resultatenrekening 2008 heeft betrekking op de maanden januari tot en met april. Het operationeel resultaat van € 55.000 is verantwoord in het ziekenhuis.

5.9.1.3 Aansluiting totaal resultaat met resultaat segmenten

	2008	2007
Ziekenhuis	10.237.769	5.366.660
- Stichting Isala klinieken	11.233.427	6.405.626
(gecorrigeerd i.v.m. voorziening negatief eigen vermogen)		
- IC2it BV	-60.679	0
- Isala La Gourmande BV	-909.876	-454.198
- Isala Onroerend Goed BV	-117.272	-689.502
- Dermatologisch centrum Isala BV (excl. VpB en aandeel derden)	93.302	104.734
- Isala Vastgoed BV	-1.133	0
Ouderenzorg	0	-1.027.715
Resultaat na belasting volgens gecons. resultatenrekening	10.237.769	4.338.945

Door de verkoop van Isala Ouderenzorg aan Stichting Woonzorgconcern IJsselheem per 1 mei 2008 is geen resultaat gepresenteerd voor 2008. Het overnameresultaat is verantwoord in het ziekenhuis.

5.9.2.1 Wettelijk budget aanvaardbare kosten Ziekenhuis

	2008	2007
Totaal wettelijk budget voor aanvaardbare kosten voorgaand jaar	274.196.968	271.999.035
Productieafspraken verslagjaar	4.302.810	10.163.595
Mutatie:		
- DBC B-segment overige loon- en materiële kosten	-11.262.213	-49.692
- Korting obv differentiatie-indicator	-3.882.832	-3.407.138
- Dure geneesmiddelen	1.665.655	855.259
	<u>-13.479.390</u>	<u>-2.601.571</u>
Calculatieschema:		
- Overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling	2.951.518	839.321
- Prijsindexatie materiële kosten	11.212	-7.451
- Efficiencykorting	0	0
	<u>2.962.730</u>	<u>831.870</u>
Uitbreiding erkenning en toelating:		
- Loonkosten	-323.666	-11.802.447
- Materiële kosten	0	0
- Normatieve kapitaalslasten	0	0
	<u>-323.666</u>	<u>-11.802.447</u>
Beleidsmaatregelen overheid:		
- Wachtlijstmiddelen	0	0
- Zorgvernieuwing	537.823	253.976
	<u>537.823</u>	<u>253.976</u>
Nacalculeerbare kapitaalslasten:		
- Rente	-667.253	-2.601.002
- Afschrijvingen	619.452	7.204.795
- Overige	57.365	179.587
- Schoning kapitaalslasten B-segment	-1.971.371	0
	<u>-1.961.807</u>	<u>4.783.380</u>
Overige mutaties:	533.201	569.130
Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten 2008	266.768.669	274.196.968

5.9.2.2 Wettelijk budget aanvaardbare kosten Ouderenzorg

	2008	2007
Totaal wettelijk budget voor aanvaardbare kosten	7.336.877	21.025.613
Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten 2008	7.336.877	21.025.613

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

5.9.3 DBC opbrengsten B-segment

	2008	2007
Gefactureerde omzet DBC B-segment	46.653.053	25.264.859
Mutatie onderhanden werk DBC B-segment	5.348.611	-1.995.598
Totaal DBC opbrengsten B-segment	52.001.664	23.269.261

De toename ten opzichte van 2007 komt door de landelijke uitbreiding van het B-segment per 1 januari 2008. In verband met schoning van de kapitaalslasten B-segment uit het wettelijk budget is € 5,3 mln begrepen als kapitaalslasten in onderhavige post over 2008.

5.9.4 Niet gebudgetteerde zorgprestaties

	2008	2007
Zorgprestaties tussen instellingen (WDS)	4.720.610	3.972.899
Eigen bijdrage cliënten/bewoners	0	14.457
Totaal niet-gebudgetteerde zorgprestaties	4.720.610	3.987.356

Zorgprestaties tussen instellingen zijn in 2008 € 733.000 hoger dan in 2007; dit wordt met name veroorzaakt door:

- doorberekening HCK-ruimte aan ziekenhuis Hardenberg (€ 110.000);
- afgesloten contract met Achmea over dieetadvisering voor patiënten (€ 150.000);
- hogere doorberekening van revalidatiebehandelingen (€ 115.000);
- hogere doorberekening kaakimplantaten (€ 226.000).

Tegenover deze hogere vergoedingen staan ook hogere kosten.

5.9.5 Overige bedrijfsopbrengsten

	2008	2007
Overige dienstverlening	3.067.952	2.511.926
Overige subsidies	13.612.540	12.430.497
Opbrengsten derden	1.991.137	66.822
Opbrengsten algemene en administratieve diensten	5.365.969	6.255.829
Opbrengsten andere diensten en verrichtingen	2.742.108	2.431.800
Opbrengsten patiëntgebonden functies	5.970.433	5.053.704
Opbrengsten technische en/of agrarische diensten	271.787	98.383
Correctie budgetafrekening over voorgaande jaren	50.724	1.555.599
Overige bedrijfsopbrengsten	1.279.519	438.646
Totaal overige opbrengsten	34.352.169	30.843.206

Overige dienstverlening

In vergelijking met 2007 is de opbrengst overige dienstverlening € 556.000 hoger, met name door een stijging in de opbrengst parkeergelden ad € 240.000 en doorberekeningen aan Stichting Woonzorgconcern IJsselheem € 70.000.

Overige subsidies

Overige subsidies zijn ten opzichte van 2007 € 1,2 mln hoger, met name als gevolg van meer opleidingsplaatsen (€ 774.000), subsidie opleiding sportartsen (€ 148.000) en subsidie stageplaatsen zorg (€ 88.000).

Opbrengsten derden

In vergelijking met 2007 is de opbrengst derden € 1,9 mln hoger; dit wordt met name veroorzaakt door IC2it BV, welke in 2007 nog deel uitmaakte van het ziekenhuis en door een verhoogde externe omzet van Isala La Gourmande BV. Ook de activiteiten van Isala Onroerend Goed BV zijn in 2007 niet verantwoord onder de opbrengst derden.

Opbrengsten algemene en administratieve diensten

Onder opbrengst andere diensten en verrichtingen is in 2008 een opbrengst van € 224.000 verwerkt aan verhuur van het VRC-gebouw aan Stichting Woonzorgconcern IJsselheem (Ouderenzorg). De daling van de opbrengsten algemene en administratieve diensten wordt met name verklaard door de correctie op

de doorberekening van secretaressekosten aan maatschappen van € 850.000.

Opbrengsten patiëntgebonden functies

De stijging in opbrengst patiëntgebonden functies wordt met name verklaard door detachering van een klinisch fysicus (€ 112.000) en stijging in de doorberekeningen geneesmiddelen (€ 190.000). Daarnaast is er een hogere affiliatievergoeding ontvangen (€ 157.000).

Opbrengsten technische en/of agrarische diensten

De stijging van de opbrengsten technische en/of agrarische diensten van € 173.000 wordt veroorzaakt door de externe doorberekening aan Stichting Woonzorgconcern IJsselheem vanaf mei 2008 (overdracht Ouderenzorg).

Overige bedrijfsopbrengsten

De post overige bedrijfsopbrengsten stond in 2007 gerubriceerd onder de overige bedrijfskosten (negatief). Onder deze post is in 2008 een bedrag van ruim € 0,8 mln voordelig verantwoord als gevolg van de overdracht van Ouderenzorg aan Stichting Woonzorgconcern IJsselheem. Verder is hieronder bijna € 0,3 mln voordelig geboekt in verband met de verkoop van grond aan de Gemeente Zwolle. De opbrengst in 2007 is onder andere gevolg van de afwikkeling van de BV's zorgbeheer 2002 tm 2007 en door vrijval van de btw-verplichting per 1 januari 2007.

5.9.6 Personeelskosten

	2008	2007
Lonen en salarissen	152.675.801	155.985.061
Sociale lasten	20.251.526	19.363.331
Pensioenpremies	12.621.367	13.108.761
Andere personeelskosten	6.246.966	5.886.137
	191.795.660	194.343.291
Personeel niet in loondienst	7.342.660	4.229.681
Totaal personeelskosten	199.138.320	198.572.971

Ziekenhuis, IC2it BV en Dermatologisch centrum Isala BV

De post lonen en salarissen is negatief beïnvloed door mutaties op de voorzieningen vakantie-uren en dotatie op de voorziening jubilea en de reorganisatievoorziening en gunstig beïnvloed door opheffing voorziening loondoorbetaling bij ziekte en herplaatsbaren en mutatie op de voorziening AMS. In de stijging van de lonen en salarissen is begrepen een CAO-stijging van 3,25% per 1 juni (1,90% op jaarbasis) en een eenmalige uitkering per 1 oktober van 1% (berekend over het over het jaarsalaris inclusief vakantietoeslag met een minimum van € 300 naar deeltijdpercentage).

In de post lonen en salarissen & sociale lasten zit een reservering verwerkt ad € 2,1 mln met betrekking tot reorganisatie personeel. De gelden zijn bestemd voor het ontwikkelen van een nieuw beleid rond reorganisatie. Dit betreft onder andere een OBU-regeling voor oudere werknemers. Het genoemde bedrag is ontstaan uit de herbestemming van gelden vanuit de oude reservering herplaatsbaren (€ 1,5 mln), evenals de voorziening loondoorbetaling bij ziekten (€ 0,6 mln) welke ultimo 2007 in de jaarrekening waren opgenomen. Deze posten werden voorheen gevormd uit dotaties vanuit de lonen en salarissen & sociale lasten.

De sociale lasten worden in 2008 nadelig beïnvloed door hogere bijdrage premie WAO. Daarnaast worden de sociale lasten eveneens nadelig beïnvloed door hogere werkgeverslasten. Met name de hogere bijdrage Zorgverzekeringswet en Werkloosheidswet is daar de oorzaak van. Bijdrage ziektekostenverzekering laat

een stijging zien van € 88.000. In 2007 werd deze post nog gunstig beïnvloed door een bijdrage van Achmea ad € 500.000, zijnde een bijdrage over de werkgeverslasten aanvullende ziektekosten Achmea 2006. In 2008 wordt deze rekening weer gunstig beïnvloed door het wegvallen van de werkgeversbijdrage aanvullende ziektekostenverzekering Achmea ad € 480.000. De pensioenpremies zijn ten opzichte van 2007 gelijk gebleven.

Kosten personeel niet in loondienst nemen ten opzichte van 2007 toe met circa € 2.900.000. Deze toename is vooral zichtbaar bij IC2it BV: € 1.510.000. Overige toename is een stijging binnen het ziekenhuis. De totale gemiddelde salariskosten (exclusief sociale lasten) zijn gestegen van € 38.030 in 2007 naar € 39.801 in 2008. De stijging van het brutosalaris met 2,88% is verklaarbaar door de CAO-stijging. Verder is de stijging ook mede veroorzaakt door anciënniteitseffecten.

Ouderenzorg

Isala Ouderzorg is per 1 mei overgegaan naar Stichting Woonzorgconcern IJsselheem te Kampen. In het overzicht (tabel 5.9.6) zitten de cijfers verwerkt t/m 30 april 2008. De salarissen Ouderenzorg zijn in januari verhoogd met 3,25% conform CAO VVT.

Isala La Gourmande BV

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

Verdeling personeelsleden (in fte)	2008	2007
Ziekenhuis	3.645	3.694
Ouderenzorg	0	390
IC2it BV	49	0
Dermatologisch centrum Isala BV	20	16
Isala La Gourmande BV	12	12
Isala Onroerend Goed BV	0	0
Totaal gemiddeld aantal fte's	3.726	4.112

Isala Ouderenzorg is overgenomen door Stichting Woonzorgconcern IJsselheem, derhalve zijn in 2008 geen fte's opgenomen.

5.9.7 Afschrijvingen immateriële en materiële vaste activa

	2008	2007
Nacalculeerbare afschrijvingen	13.424.797	12.136.313
Overige afschrijvingen immateriële vaste activa	51.196	81.869
Overige afschrijvingen materiële vaste activa	15.924.714	13.996.117
Overige afschrijvingen financiële vaste activa	8.427	0
Instandhoudingsinvesteringen	0	178.858
Bijzondere waardeverminderingen	0	1.381.681
Totaal afschrijvingen vaste activa	29.409.134	27.774.838

Nacalculeerbare afschrijvingen

In 2008 is versneld afgeschreven op zowel locatie Weezenlanden (€ 7,5 mln) als locatie Sophia (€ 0,8 mln). In 2007 is voor € 6,0 mln euro versneld afgeschreven op locatie Sophia.

Overige afschrijvingen

De overige afschrijvingskosten zijn € 1,9 mln hoger dan in 2007. Deze stijging is veroorzaakt door de afschrijvingskosten van de materiële vaste activa van IC2it (€ 0,8 mln) en door de afschrijvingskosten van de PET CT (€ 0,8 mln) en de SPECT CT (€ 0,2 mln).

5.9.8 Overige bedrijfskosten

	2008	2007
Voedingsmiddelen en hotelmatige kosten	11.709.402	11.368.746
Algemene kosten	21.074.781	23.917.708
Patiënt- en bewonersgebonden kosten	86.289.103	79.810.334
Onderhouds- en energiekosten	6.376.503	6.007.761
Huur en leasing	1.497.082	1.791.328
Dotaties en vrijval voorzieningen	1.605.574	129.941
Overige bedrijfskosten	1.345	0
Totaal overige bedrijfskosten	128.553.790	123.025.818

In de algemene kosten zijn in 2008 de kosten van de voorziening € 8,3 mln opgenomen voor de budgetvergoeding afschrijvingskosten gebouwen locatie Weezenlanden (€ 7,5 mln) en locatie Sophia (€ 0,8 mln). Tevens is een reservering opgenomen vanwege de kapitaalslasten op de overloop DBC's (€ 0,7 mln). Voornoemde posten staan op de balans gepresenteerd onder de overlopende passiva. In 2008 is de reservering (totaal € 7,3 mln) vanwege de budgetvergoeding 2007 voor de afschrijvingskosten locatie Sophia en de afschrijvingskosten immateriële vaste activa ten gunste van het resultaat gebracht. Reden hiervoor is dat de post in de nacalculatie 2007 is geacordeerd door de NZA.

Binnen de patiëntgebonden kosten is een daling voor de kosten van beeldvormende techniek, ruim € 0,7 mln in verband met ingebruikname Ris-Pacs en

een stijging voor laboratoriumkosten van € 0,3 mln. De kosten voor geneesmiddelen zijn € 1,3 mln hoger; hiertegenover staat een vergoeding voor dure geneesmiddelen in het wettelijk budget, die € 2,5 mln hoger was dan in 2007. De kosten voor stents zijn circa € 0,6 mln hoger, door hogere productie. Verder is er een stijging op de kosten voor katheters en sondes € 1,1 mln, door hogere productie en duurdere toepassingen. In de post voor onderhoud instrumentarium en apparatuur is voor achterstallig onderhoud een reservering opgenomen van € 1,4 mln. De onderhoudscontracten vanwege Ris-Pacs overschrijden met € 1,3 mln.

De onderhoudskosten voor met name installaties zijn met circa € 0,6 mln toegenomen. Binnen Isala Onroerend Goed BV is voor het eerst een bedrag ad € 0,2 mln gedoteerd aan de onderhoudsvoorziening voor de nieuw in gebruik genomen gebouwen.

5.9.9 Financiële baten en lasten

	2008	2007
Rentebaten	8.289.186	6.344.460
Resultaat deelnemingen	26.809	17.423
Rentelasten	-5.889.938	-5.939.341
Totaal financiële baten en lasten	2.426.057	422.543

In de rentebaten is begrepen een renteresultaat van € 205.153 inzake de verkoop van Isala Ouderenzorg aan Stichting Woonzorgconcern IJsselheem. Het resultaat deelnemingen betreft het Leefstijl Trainings Centrum NV uit Dalfsen.

5.9.10 Honoraria accountant

	2008	2007
Controle van de jaarrekening	128.218	86.599
Overige controlewerkzaamheden (w.o. regeling AO/IC en Nacalculatie)	52.249	111.984
Fiscale advisering	0	1.204
Niet-controlediensten	75.605	5.571
Totaal honoraria accountant	256.072	205.358

5.10 JAARREKENING 2008 STICHTING HOLDING ISALA KLINIEKEN

Enkelvoudige balans per 31 december	2008	2007
Activa		
Vaste activa		
Financiële vaste activa	3.281.474	86.734
Totaal activa	3.281.474	86.734
Passiva		
Eigen vermogen	101.359	68.734
Kortlopende schulden	3.180.115	18.000
Totaal passiva	3.281.474	86.734

5.11 ENKELVOUDIGE RESULTATENREKENING

	2008	2007
Bedrijfsopbrengsten		
Overige opbrengsten	307.783	107.584
Som der bedrijfsopbrengsten	307.783	107.584
Bedrijfslasten		
Overige bedrijfskosten	307.783	107.584
Som der bedrijfslasten	307.783	107.584
Bedrijfsresultaat	0	0
Financiële baten en lasten	32.624	68.734
Resultaat boekjaar	32.624	68.734

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 5.4

5.13 TOELICHTING OP DE ENKEL-VOUDIGE BALANS 2008

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 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 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. De toename van de financiële vaste activa wordt verklaard door indirecte inbreng van materiële vaste activa als kapitaalsstorting in IC2it BV.

Financiële vaste activa	
De mutatie is als volgt tot stand gekomen:	
Waarde deelneming in Isala BV	
Oprichting per 11 december 2006	18.000
Resultaat Isala BV 2007	68.734
Stand per 31 december 2007	86.734
Mutaties boekjaar 2008	
inbreng activa in IC2it BV d.d. 1 januari 2008	2.770.219
inbreng activa in IC2it BV d.d. 17 maart 2008	391.896
resultaat Isala Business BV (IC2it BV)	-60.678
resultaat Isala Behandel- en Onderzoek Centra BV (DCI BV)	93.303
Totaal mutaties boekjaar 2008	3.194.740
Stand deelneming Isala BV per 31 december 2008	3.281.474

Eigen vermogen	
De mutatie is als volgt tot stand gekomen:	
Stand per 1 januari 2008	68.734
Bij: vanuit winstbestemming	32.625
Stand per 31 december 2008	101.359

Kortlopende schulden	2008	2007
Rekening-courant met Stichting Isala klinieken	3.649.483	161.584
Rekening-courant met Isala BV	-451.368	-143.584
Rekening-courant met Isala Behandel- en Onderzoek Centra BV	-18.000	-18.000
Rekening-courant met IC2it BV	0	18.000
Stand per 31 december 2008	3.180.115	18.000

5.14 TOELICHTING OP DE ENKELVOUDIGE RESULTATENREKENING 2008

Overige opbrengsten	2008	2007
Doorbelaste concernkosten	307.783	107.584
Totaal overige opbrengsten	307.783	107.584

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 toegekend aan de werkmaatschappijen (Isala Onroerend Goed BV, Dermatologisch centrum Isala BV, IC2it BV, Isala La Gourmande BV).

Overige bedrijfskosten	2008	2007
Concernkosten	307.783	107.584
Totaal overige bedrijfskosten	307.783	107.584

Financiële baten en lasten	2008	2007
Resultaat deelneming Isala BV (Dermatologisch centrum Isala BV)	93.303	104.734
Resultaat deelneming Isala BV (IC2it BV)	-60.678	0
Resultaat deelneming Isala BV (Isala La Gourmande BV)	0	-18.000
Resultaat deelneming Isala BV (Isala Onroerend Goed BV)	0	-18.000
Totaal financiële baten en lasten	32.625	68.734

5.15 OVERIGE GEGEVENS ENKELVOUDIGE JAARREKENING

Resultaatbestemming

Het resultaat ad € 62.625 is volledig aan het eigen vermogen toegevoegd.

5.16 AANVULLENDE GEGEVENS

5.16.1 Vaststelling en goedkeuring jaarrekening

De Raad van Bestuur van Stichting Holding Isala klinieken heeft de jaarrekening 2008 vastgesteld in

de vergadering van 14 mei 2009.

De Raad van Toezicht van Stichting Holding Isala klinieken heeft de jaarrekening 2008 goedgekeurd in de vergadering van 14 mei 2009.

5.16.2 Resultaatbestemming

Geconsolideerd resultaat na belastingen Stichting Holding Isala klinieken voor winstbestemming	€ 10.237.769
Resultaatbestemming Ziekenhuis	
Ten gunste van Algemene reserve	€ 0
Egalisatierekening afschrijvingen	€ -655.580
Ten gunste van Reserve aanvaardbare kosten, gebonden vermogen	€ 10.171.115
Ten gunste van Reserve aanvaardbare kosten, rendementsdeling	€ 1.100.000
Ten laste van Reserve aanvaardbare kosten, vrij vermogen	€ 0
Totaal resultaatbestemming ziekenhuis	€ 10.615.535
Resultaatbestemming BV's	
Ten laste van algemene reserve IC2it BV	€ -60.679
Ten laste van algemene reserve Isala La Gourmande BV	€ -909.876
Ten laste van algemene reserve Isala Onroerend Goed BV	€ -117.272
Ten gunste algemene reserve Dermatologisch centrum Isala BV	€ 93.302
Ten laste van algemene reserve Isala Vastgoed BV	€ -1.133
Totaal resultaatbestemming BV's	€ -995.657
Storting 49% aandelenkapitaal door Zwolse Dermatologen BV	€ 8.820
Egalisatierekening afschrijvingen	€ 655.580
Correctie beginbalans Isala Vastgoed BV	€ -46.508
Totaal correcties	€ 617.892

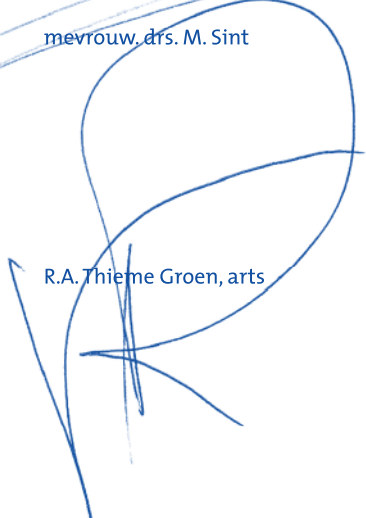
5.16.3 Ondertekening door bestuurders en toezichthouders

Vaststelling door de Raad van Bestuur
14 mei 2009

Goedgekeurd door de Raad van Toezicht
14 mei 2009



mevrouw drs. M. Sint



R.A. Thieme Groen, arts



drs. R.M. Smit



prof. dr. ir. A. Bruggink



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 Jaardocument 2008 opgenomen jaarrekening 2008 van Stichting Holding Isala klinieken te Zwolle bestaande uit de balans per 31 december 2008 en de resultatenrekening over 2008 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.

09X00036719N1P

KPMG Accountants N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263683, is lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International, een Zwitserse coöperatie.



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 per 31 december 2008 en van het resultaat over 2008 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, 14 mei 2009

KPMG ACCOUNTANTS N.V.

D.W. Voetelink RA

09X00036719NIP

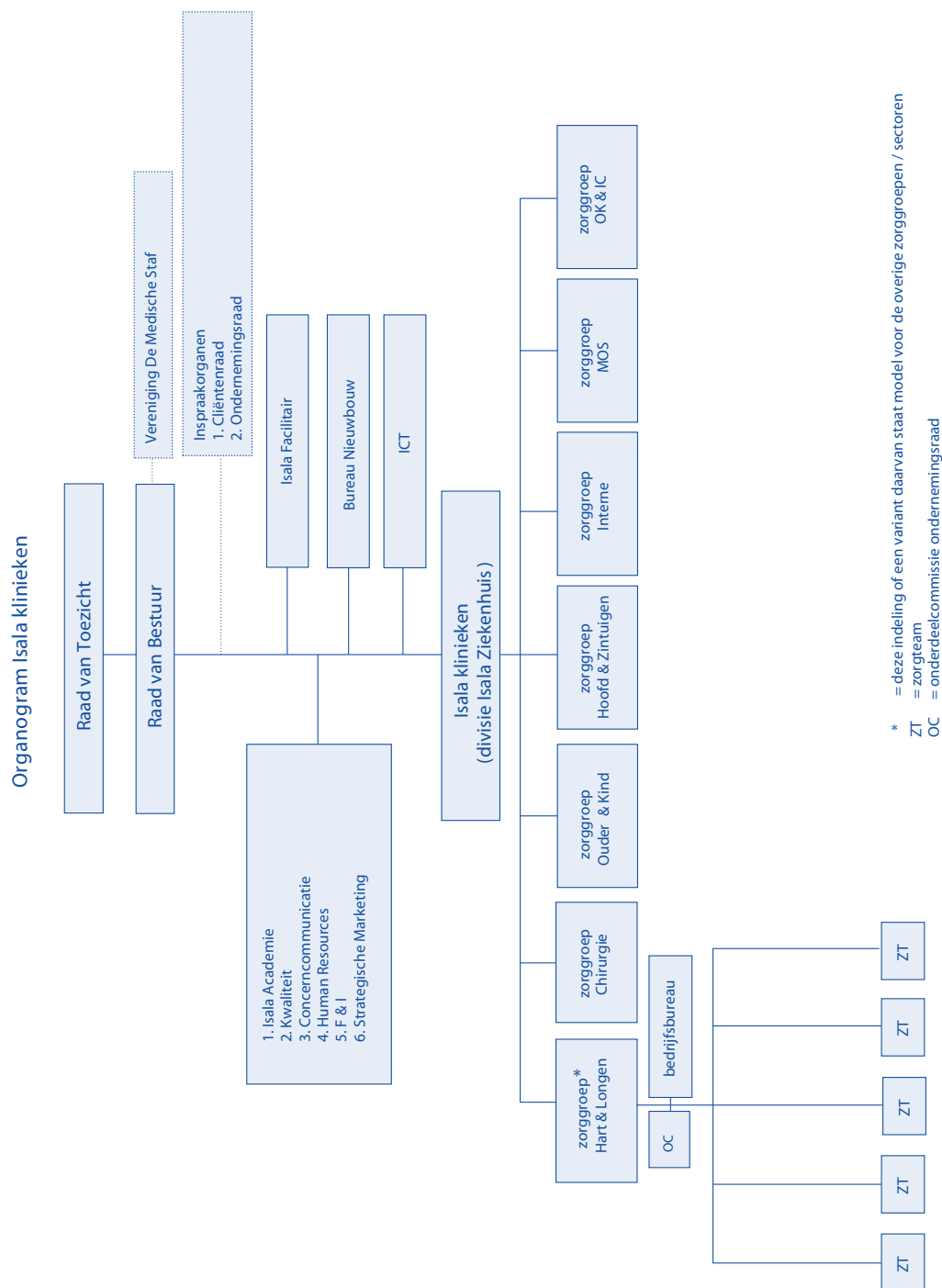
‘ieder specialisme:
zelf verantwoordelijk
voor de inkomsten
en uitgaven’



6. Bijlagen

- 6.1 Organogram Isala klinieken
- 6.2 Kerngegevens Isala klinieken
- 6.3 Wet bijzondere medische verrichtingen: Financiële verantwoording traumacentrum Zwolle 2008
- 6.4 Belanghebbenden, anders dan zorggroepen en afdelingen van de Isala klinieken
- 6.5 Verantwoording bezoldiging bestuurders en gewezen bestuurders
- 6.6 Wet openbaarmaking uit publieke middelen gefinancierde topinkomens (WOPT)
- 6.7 Verantwoording bezoldiging toezichthouders en gewezen toezichthouders
- 6.8 Kwaliteit van de organisatie: kwaliteitsmanagementsystemen; certificaat, label of accreditatie; cliëntenraadpleging; aantal klachten ingediend bij de Klachtencommissie

6.1 ORGANOGRAM ISALA KLINIEKEN



6.2 KERNGEGEVENS ISALA KLINIEKEN

Nadere typering medisch-specialistische instellingen	
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 Behandel Centrum (ZBC)	nee
ziekenhuiszorg > 365 dagen	ja
overig	nee

Bijzondere concernonderdelen	
audiologisch centrum	nee
ambulancedienst en/of CPA	nee
trombosedienst	ja
medisch laboratorium en/of huisartsenlaboratorium	ja
erfelijkheidscentrum	nee
apotheek	ja
huisartsenpost	nee
gezondheidscentrum	nee
kraamcentrum	nee
provinciale entadministratie	nee

Specialismen medisch-specialistische instellingen	
Anesthesiologie	ja
Algemene heekunde	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- en 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

AWBZ-functies geleverd door het concern	
huishoudelijke verzorging	nee
persoonlijke verzorging	nee
verpleging	nee
ondersteunende begeleiding	nee
activerende begeleiding	nee
behandeling	nee
verblijf op grond van AWBZ	nee

Overige AWBZ-prestaties geleverd door het concern	
uitleen verpleegartikelen	nee
prenatale zorg	nee
advies, instructie en voorlichting	nee
voedingsvoorlichting	nee

Overige zorg geleverd door het concern	
dieetadvisering	ja

Doelgroepen cliënten AWBZ-zorg	
somatische aandoening of beperking	nee
psychogeriatrische aandoening of beperking	nee
psychiatrische aandoening	nee
lichamelijke handicap	nee
verstandelijke handicap	nee
zintuiglijke handicap of communicatieve stoornis	nee
psychosociale problemen	nee

Zorgkantoorregio's	
Groningen	nee
Friesland	nee
Drenthe	nee
Zwolle	ja
Twente	nee
Apeldoorn, Zutphen e.o.	nee
Midden IJssel	nee
Arnhem	nee
Nijmegen	nee
Utrecht	nee
Flevoland	nee
't Gooi	nee
Noord-Holland Noord	nee
Kennemerland	nee
Zaanstreek/Waterland	nee
Amsterdam	nee
Amstelland en De Meerlanden	nee
Zuid-Holland Noord	nee
Haaglanden	nee
Delft Westland Oostland	nee
Midden Holland	nee
Rotterdam	nee
Nieuwe Waterweg Noord	nee
Zuid-Hollandse eilanden	nee
Waardenland	nee
Zeeland	nee
West-Brabant	nee
Midden-Brabant	nee
Noordoost Brabant	nee
Zuidoost-Brabant	nee
Noord- en Midden-Limburg	nee
Zuid-Limburg	nee

Personeelsinformatie	
<i>Personeel patiënt- c.q. cliëntgebonden functies in loondienst</i>	
management en staf patiënt-/cliëntgebonden functies	7.128.000 euro
management en staf patiënt-/cliëntgebonden functies	171 personen
management en staf patiënt-/cliëntgebonden functies	147,62 fte
personeel medische elektronica, revalidatietechniek en onderzoeksfuncties	15.326.000 euro
personeel medische elektronica, revalidatietechniek en onderzoeksfuncties	622 personen
personeel medische elektronica, revalidatietechniek en onderzoeksfuncties	447,65 fte
personeel behandel- en behandelingsondersteuning	10.202.000 euro
personeel behandel- en behandelingsondersteuning	433 personen
personeel behandel- en behandelingsondersteuning	300,75 fte
personeel psychosociale behandeling en begeleiding	831.000 euro
personeel psychosociale behandeling en begeleiding	36 personen
personeel psychosociale behandeling en begeleiding	21,79 fte
verpleegkundig, opvoedkundig, verzorgend en sociaal (ped)agogisch personeel	52.257.000 euro
verpleegkundig, opvoedkundig, verzorgend en sociaal (ped)agogisch personeel	2.076 personen
verpleegkundig, opvoedkundig, verzorgend en sociaal (ped)agogisch personeel (6)	1.352,59 fte
medisch en sociaalwetenschappelijke functies	16.261.000 euro
medisch en sociaalwetenschappelijke functies	279 personen
medisch en sociaalwetenschappelijke functies	240,86 fte
subtotaal	102.005.000 euro
subtotaal	3.617 personen
subtotaal	2.511,26 fte
<i>Leerling-verpleegkundig, opvoedkundig, verzorgend en sociaal (ped)agogisch personeel in loondienst</i>	
verpleegkundigen en sociaal (ped)agogisch hulpverleners in opleiding (niveau 5)	245.000 euro
verpleegkundigen en sociaal (ped)agogisch hulpverleners in opleiding (niveau 5)	12 personen
verpleegkundigen en sociaal (ped)agogisch hulpverleners in opleiding (niveau 5)	10,17 fte
verpleegkundigen en sociaal (ped)agogisch hulpverleners in opleiding (niveau 4)	592.000 euro
verpleegkundigen en sociaal (ped)agogisch hulpverleners in opleiding (niveau 4)	28 personen
verpleegkundigen en sociaal (ped)agogisch hulpverleners in opleiding (niveau 4)	22,82 fte
overig leerling-verpleegkundig, opvoedkundig, verzorgend en sociaal(ped)agogisch personeel in loondienst	659.000 euro
overig leerling-verpleegkundig, opvoedkundig, verzorgend en sociaal(ped)agogisch personeel in loondienst	30 personen
overig leerling-verpleegkundig, opvoedkundig, verzorgend en sociaal(ped)agogisch personeel in loondienst	25,05 fte
subtotaal	1.496.000 euro
subtotaal	70 personen
subtotaal	58,04 fte

Management en ondersteunend personeel in loondienst	
personeel algemene en administratieve functies	22.822.000 euro
personeel algemene en administratieve functies	1.012 personen
personeel algemene en administratieve functies	718,86 fte
personeel hotelfuncties	10.830.000 euro
personeel hotelfuncties	638 personen
personeel hotelfuncties	386,16 fte
personeel terrein- en gebouwgebonden functies	1.320.000 euro
personeel terrein- en gebouwgebonden functies	40 personen
personeel terrein- en gebouwgebonden functies	40,49 fte
subtotaal	35.032.000 euro
subtotaal	1.690 personen
subtotaal	1.145,51 fte
Personeel niet in loondienst	
overige stagiaires	312.000 euro
uitzendkrachten verpleegkundig, opvoedkundig, verzorgend en sociaal(ped)agogisch	132.000 euro
overige uitzendkrachten	165.000 euro
overig ingehuurd personeel	6.441.000 euro
subtotaal	7.050.000 euro
Salarissen en kosten in verslagjaar, totaal personeel in loondienst en niet in loondienst	
totaal personeel in loondienst en niet in loondienst	145.583.000 euro
totaal personeel in loondienst en niet in loondienst	5.816 personen
totaal personeel in loondienst en niet in loondienst	3.749,50 fte

6.3 WET BIJZONDERE MEDISCHE VERRICHTINGEN

Financiële verantwoording traumacentrum Zwolle 2008

Het Ministerie van VWS ontvangt de gegevens over traumacentra op basis van onderstaand formulier.

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)

Naam traumacentrum	Zwolle	opmerking(en)/noten
helicentrum	nee	
aantal fte	3,41	voor nadere uitsplitsing en toelichting zie tabel I B
totaal salariskosten	€ 241.586	voor nadere uitsplitsing en toelichting zie tabel I B
overige personeelskosten	€ 43.781	
huisvestingskosten	€ 11.256	
inrichting en roerende zaken	€ 42.841	
afschrijvingen	-	
kosten Netwerkfunctie	€ 11.247	
kosten Kenniscentrumfunctie	€ 27.427	
kosten traumaregistratie totaal	-	
kosten registratie landelijk	€ 6.857	
kosten registratie regionaal	-	zie contributie LvTC
opleidingskosten en trainingen Mobiel Medisch Team (MMT)	-	
bedrijfskosten MMT	€ 6.113	
overige kosten MMT	-	
lidmaatschap LvTC	€ 40.000	contributie 2008
communicatiekosten	€ 7.586	
overige kosten	€ 996.428	reservering onderhanden projecten en OTO-gelden

I A. Totaal financieel overzicht

totale inkomsten 2008	€ 1.435.122	
totale uitgaven 2008	€ 1.435.122	
saldo positief/negatief	€ 0	
reserves	-	

I B. Uitsplitsing functies traumacentrum (exclusief helikopter)

(Er zijn geen functies die deels worden ingezet voor helikopterfunctie.)

Functie	aantal fte	salariskosten (basissalaris)	% algemeen
1. hoofd traumacentrum	1,00	€ 63.963	100
2. secretariaat	0,44	€ 15.082	100
3. secretariaat	0,44	€ 13.821	100
4. beleidsmedewerker	0,11	€ 5.269	100
5. beleidsmedewerker	0,37	€ 13.272	100
6. beleidsmedewerker	0,97	€ 37.667	100
7. opleidingscoördinator	0,08	€ 4.802	100

Functie	aantal fte	salariskosten	% algemeen
bijdrage anesthesie		€ 1.355	-
bijdrage neurochirurgie		€ 3.489	-
bijdrage neurologie		€ 2.990	-
bijdrage medisch coördinator 2008		€ 35.947	-

6.4 BELANGHEBBENDEN, ANDERS DAN ZORGGROEPEN EN AFDELINGEN VAN DE ISALA KLINIEKEN

De Isala klinieken hebben contact met diverse belanghebbenden in de gezondheidszorg, maar ook in branches als het onderwijs en welzijn. De leden van de Raad van Bestuur onderhouden in ieder geval contact met onderstaande gremia.

Aandachtsgebieden voorzitter Raad van Bestuur, mevrouw drs. M. Sint

Interne contacten:

Toezicht en Medezeggenschap; Raad van Toezicht; bestuur Vereniging De Medische Staf; Ondernemingsraad; Cliëntenraad.

Externe contacten:

STZ; NVZ; RVZ.

Aandachtsgebieden lid Raad van Bestuur, drs. A.H. Hilbers

Externe contacten:

Regionaal Zorgnetwerk; Dalfser Beraad; Ontmoetingsoverleg VWS; verzekeraars.

Aandachtsgebieden lid Raad van Bestuur, R.A. Thieme Groen, arts

Interne contacten:

Klachtencommissie; adviescommissie Kwaliteit; MIP-commissie; commissie Zorgvernieuwing, Medisch Ethische Toetsingscommissie (METC); commissie Ethiek; arts-assistentenopleidingsfonds.

Externe contacten:

MSRC; Inspectie; ledenvergadering stz-ziekenhuizen; Dalfser Beraad; commissie 1^e/2^e lijn (huisartsen); OOR NO-Nederland; Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ).

6.5 VERANTWOORDING BEZOLDIGING BESTUURDERS EN GEWEZEN BESTUURDERS

Welk bestuursmodel is van toepassing op uw organisatie (ultimo verslagjaar)	Eindverantwoordelijke Raad van Bestuur met Raad van Toezicht
Wat is de samenstelling van het bestuur of de directie?	Drie- of meerhoofdig met voorzitter

De bezoldiging van de bestuurders en gewezen bestuurders van de zorginstelling over het jaar 2008 is als volgt:

	mw. drs. M. Sint	dhr. drs. A.H. Hilbers	dhr. R. Thieme Groen, arts	dhr. dr. J.W. Sindram
1 Vanaf welke datum is de persoon als bestuurder werkzaam in uw organisatie	01-01-2007	01-03-2004	01-01-2006	01-07-2004
2 Maakt de persoon op dit moment nog steeds deel uit van het bestuur?	ja	nee	ja	nee
3 Tot welke datum was de persoon als bestuurder werkzaam in uw organisatie?	-	31-12-2008	-	-
4 Is de persoon in het verslagjaar voorzitter van het bestuur geweest?	ja	nee	nee	-
5 Hoeveel maanden is de persoon voorzitter geweest in het verslagjaar?	12	-	-	-
6 Wat is de aard van de (arbeids) overeenkomst?	onbepaalde tijd	Gewezen bestuurder	onbepaalde tijd	Gewezen bestuurder
7 Welke salarisregeling is toegepast?	Huidige NVZD- of VDZ-regeling	Huidige NVZD- of VDZ-regeling	Huidige NVZD- of VDZ-regeling	Anders
8 Wat is de deeltijdfactor?	100%	100%	100%	100%
9 Bruto-inkomen, incl.vakantiegeld, eindjaarsuitkering en andere vaste toelagen	220.775	213.426	213.426	-
10 Waarvan verkoop verlofuren	-	-	-	-
11 Waarvan nabetaling voorgaande jaren	-	-	-	-
12 Bruto-onkostenvergoeding	8.160	5.951	24.984	-
13 Werkgeversbijdrage sociale lasten	9.366	7.077	7.758	-
14 Werkgeversbijdrage pensioen, VUT, FPU	23.658	22.833	22.833	-
15 Ontslagvergoeding	-	-	-	82.913
16 Bonussen	-	-	-	-
17 Totaal inkomen (9+ 12 t/m 16)	261.959	249.287	269.001	82.913
18 Cataloguswaarde auto van de zaak	50.435	42.430	-	-
19 Eigen bijdrage auto van de zaak	-	-	-	-

Toelichting: correctie op inkomen 2008 Sindram: uitbetaalde ontslagvergoeding € 82.913, inkomsten uit werkzaamheden in 2007 buiten de Stichting Holding Isala om verricht ad € 113.793. Ontslagregeling loopt af per 30 juni 2008.

6.6 WET OPENBAARMAKING UIT PUBLIEKE MIDDELEN GEFINANCIERDE TOPINKOMENS (WOPT)

De bezoldiging van de functionarissen die over 2008 in het kader van de WOPT verantwoord worden is als volgt:

	drs. A.H. Hilbers	R.A. Thieme Groen, arts	mevrouw. drs. M. Sint
1 functionaris	lid Raad van Bestuur	lid Raad van Bestuur	voorzitter Raad van Bestuur
2 in dienst vanaf	01-03-2004	01-01-2006	01-01-2007
3 in dienst tot	31-12-2008	n.v.t.	n.v.t.
4 belastbaar loon	206.086	203.638	196.934
5 voorzieningen ten behoeve van beloningen betaalbaar op termijn	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
6 uitkeringen in verband met beëindiging van het dienstverband	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
Totaal beloning in kader van de WOPT (4,5 en 6)	206.086	203.638	196.934

Motivatie overschrijding gemiddeld belastbaar loon minister (€ 181.000).

Bovenstaande honoreringen zijn marktconform voor de sector.

6.7 VERANTWOORDING BEZOLDIGING TOEZICHTHOUDERS EN GEWEZEN TOEZICHTHOUDERS

De bezoldiging van de leden van de Raad van Toezicht van de zorginstelling over het jaar 2008 is als volgt:

Naam	Functie	Bezoldiging
drs. R.M. Smit	voorzitter	3.500
prof. dr. ir. A. Bruggink	toezichthouder	3.500
mevrouw drs. W.M. van Ingen	toezichthouder	3.500
pof. dr. N.S. Klazinga	toezichthouder	3.500
dr. R. Scheerens	toezichthouder	3.500
R.A. Steenbergen	toezichthouder	1.750
mevrouw drs. J.J. Zandbergen-de Zeeuw	toezichthouder	3.500

6.8 KWALITEIT VAN DE ORGANISATIE

- Kwaliteitsmanagementsystemen;
- Certificaat, label of accreditatie;
- Cliëntenraadpleging;
- Aantal klachten ingediend bij de Klachtencommissie.

6.8.1 Kwaliteitsmanagementsystemen

Tabel: Gehanteerd kwaliteitssysteem/gehanteerde kwaliteitssystemen

HKZ	ja
MIK-V	nee
ISO	ja
NIAZ/INK	ja
MKG	nee
zorgkwaliteitseisen	nee
overige systemen	ja

Toelichting:

NIAZ: Isala klinieken

HKZ: Nierdialyse (certificaat)

ISO: Isala Facilitair (certificaat), ziekenhuisapotheek

Overige systemen:

JACIE: stamceltransplantatie

GMP-Z: Productie-unit ziekenhuisapotheek

CCKL : Klinisch Chemisch Laboratorium, fertiliteitslaboratorium, laboratorium Pathologie, laboratorium Medische Microbiologie, laboratorium ziekenhuisapotheek

6.8.2 Certificaat, label of accreditatie

Tabel: Kwaliteitscertificaten, -labels of accreditaties

naam	NIAZ
reikwijdte	Initiële accreditatie
datum uitreiking	september 2007
datum expiratie geldigheid	september 2011
toetsende instantie	NIAZ

naam	ISO 900:2000
reikwijdte	Isala Facilitair
datum uitreiking	23 februari 2007
datum expiratie geldigheid	23 februari 2010
toetsende instantie	Det Norske Veritas Certification B.V.

naam	ISO
reikwijdte	Ziekenhuisapotheek
datum uitreiking	1 juli 2007
datum expiratie geldigheid	1 juli 2010
toetsende instantie	KEMA

naam	CCKL
reikwijdte	Klinisch Chemisch Laboratorium
datum uitreiking	29 oktober 2008
datum expiratie geldigheid	juni 2011
toetsende instantie	CCKL (Raad voor Accreditatie)

naam	CCKL
reikwijdte	Fertiliteitslaboratorium
datum uitreiking	17 maart 2009
datum expiratie geldigheid	17 maart 2011
toetsende instantie	CCKL/Raad van Accreditatie

naam	CCKL
reikwijdte	Biologisch en Farmaceutisch Laboratorium ziekenhuisapotheek
datum uitreiking	25 maart 2009
datum expiratie geldigheid	25 maart 2011
toetsende instantie	Raad voor Accreditatie - CCKL

naam	CCKL
reikwijdte	Laboratorium voor Medische Microbiologie en infectieziekten
datum uitreiking	29 oktober 2008
datum expiratie geldigheid	oktober 2013
toetsende instantie	CCKL

naam	HKZ
reikwijdte	Dialyse
datum uitreiking	1 ^e certificaat: 7 januari 2004; huidig certificaat: 13 maart 2007
datum expiratie geldigheid	vervaldatum: 31 januari 2010
toetsende instantie	Lloyd's Register Quality Assurance

naam	JACIE
reikwijdte	Stamceltransplantatie
datum uitreiking	24 maart 2008
datum expiratie geldigheid	23 maart 2011
toetsende instantie	Dutch Accreditation Council, RvA

6.8.3 Cliëntenraadpleging

Cliëntenraadpleging	ja
norm	ja
gebruikte meetmethode	online vragenlijsten, spiegelgesprekken en ontslaggesprekken
In welk jaar heeft de laatste cliëntenraadpleging plaatsgevonden?	2008
omschrijving gehanteerde norm	75% van de patiënten scoort 'tevreden'
uitkomst van de cliëntenraadpleging op basis van normering sector	nog niet bekend
Benadering uitkomst van de cliëntenraadpleging	nee
Voorgelegd aan de Cliëntenraad?	ja

6.8.4 Aantal klachten ingediend bij de Klachtencommissie

Klachten ingediend bij de Klachtencommissie	ja
aantal klachten ingediend bij de Klachtencommissie	11
aantal klachten als % van het gemiddeld aantal personeelsleden	automatisch berekend
aantal door Klachtencommissie in behandeling genomen klachten	7
aantal klachten waarover Klachtencommissie advies heeft uitgebracht	6
aantal klachten dat gegrond is verklaard	40%

‘overeenstemming
over de financiering
van de nieuwbouw’



COLOFON

Het Jaardocument 2008 is een uitgave van de Stichting Holding Isala klinieken.
Dit document is ook te vinden op www.isala.nl/jaardocument en te downloaden als pdf-bestand.

Eindredactie:

Stafdienst Concerncommunicatie Isala klinieken
Sjaklien Euwals

Vormgeving:

Haagsblauw. (Den Haag)

