

MAASSTAD ZIEKENHUIS



Jaardocument 2009

Inhoudsopgave

VOORWOORD RAAD VAN TOEZICHT	7
VOORWOORD RAAD VAN BESTUUR	9
1 UITGANGSPUNTEN VAN DE VERSLAGLEGGING	11
2 PROFIEL VAN DE ORGANISATIE	12
2.1 ALGEMENE IDENTIFICATIEGEGEVENS	12
2.2 STRUCTUUR.....	12
2.2.1 <i>Organogram</i>	13
2.2.2 <i>Gelieerde entiteiten</i>	14
2.2.3 <i>Medezeggenschapsstructuur</i>	15
2.3 KERNGEGEVENS	16
2.3.1 <i>Kernactiviteiten en nadere typering</i>	17
2.3.2 <i>Productie, personeel en opbrengsten</i>	19
2.3.3 <i>Vergunningen en aanwijzingen</i>	21
2.3.4 <i>Werkgebieden</i>	21
2.4 BELANGHEBBENDEN.....	22
3 BESTUUR, TOEZICHT, BEDRIJFSVOERING EN MEDEZEGGENSCHAP	24
3.1 NORMEN VOOR GOED BESTUUR	24
3.2 RAAD VAN BESTUUR / DIRECTIE	25
3.2.1 <i>Raad van Bestuur</i>	25
3.3 RAAD VAN TOEZICHT	28
3.3.1 <i>Samenstelling Raad van Toezicht</i>	28
3.3.2 <i>Taken en werkwijze</i>	28
3.3.3 <i>Commissies</i>	29
3.3.4 <i>Evaluatie eigen functioneren</i>	29
3.4 BEDRIJFSVOERING.....	30
3.4.1 <i>Planning- en controlcyclus</i>	30
3.4.2 <i>Bestuurlijke informatievoorziening</i>	33
3.4.3 <i>Risicomanagement</i>	34
3.5 PATIËNTENRAAD.....	37
3.5.1 <i>Taken en werkwijze</i>	37
3.5.2 <i>Adviezen en inbreng</i>	37
3.6 ONDERNEMINGSRAAD.....	38
3.6.1 <i>Taken en werkwijze</i>	38
3.6.2 <i>Adviezen en instemmingsaanvragen</i>	38
3.7 VERENIGING MEDISCHE STAF	40
3.7.1 <i>Taken en werkwijze</i>	40
3.8 VERPLEEGKUNDIGE ADVIESRAAD	42
3.8.1 <i>Taken en werkwijze</i>	42
3.8.2 <i>Adviezen</i>	42
3.9 MEDISCH-ETHISCHE TOETSINGSCOMMISSIE.....	43
3.9.1 <i>TWOR</i>	43
3.9.2 <i>Lokale Uitvoerbaarheids Commissie en Wetenschapsbureau</i>	43

3.10	OVERIGE COMMISSIES EN ADVIESRADEN	44
3.10.1	<i>Klachtencommissie</i>	44
3.10.2	<i>Werknemersklachtencommissie</i>	44
3.10.3	<i>VIM-commissie</i>	44
3.10.4	<i>SEH-commissie</i>	44
3.10.5	<i>COWD-commissie</i>	44
3.10.6	<i>Calamiteitencommissie</i>	45
3.10.7	<i>Reanimatiecommissie</i>	45
4	BELEID, INSPANNINGEN EN PRESTATIES.....	47
4.1	MEERJARENBELEID.....	47
4.1.1	<i>Missie en visie</i>	47
4.1.2	<i>Ambities</i>	47
4.2	ALGEMEEN BELEID	50
4.2.1	<i>Poliklinisch marktaandeel</i>	50
4.2.2	<i>Cost-to-serve</i>	51
4.2.3	<i>Kwaliteit en veiligheid</i>	53
4.2.4	<i>Patiënttevredenheid</i>	56
4.2.5	<i>Nieuwbouw</i>	58
4.3	ALGEMEEN KWALITEITSBELEID	59
4.3.1	<i>Theory of Constraints (ToC)</i>	59
4.3.2	<i>Zorgvernieuwings- en doelmatigheidsprojecten</i>	61
4.3.3	<i>Advisory Board Company</i>	61
4.3.4	<i>Interne Service Monitor</i>	61
4.3.5	<i>Certificering en accreditatie</i>	62
4.3.6	<i>Visitaties</i>	63
4.3.7	<i>Relatie met huisartsen</i>	63
4.3.8	<i>Relatie met zorgverzekeraars</i>	65
4.4	KWALITEIT VAN ZORG	66
4.4.1	<i>Prestatie-indicatoren</i>	66
4.4.2	<i>Klachten</i>	66
4.4.3	<i>Toegankelijkheid</i>	68
4.4.4	<i>Melding incidenten patiëntenzorg (MIP)</i>	70
4.4.5	<i>Calamiteitenteam</i>	71
4.4.6	<i>Regionale samenwerking IC-zorg</i>	73
4.4.7	<i>HSMR</i>	73
4.5	KWALITEIT TEN AANZIEN VAN MEDEWERKERS	74
4.5.1	<i>Personeelsbeleid</i>	74
4.5.2	<i>Functiewaardering gezondheidszorg</i>	74
4.5.3	<i>Sociaal plan</i>	74
4.5.4	<i>Medewerkerswaarderingsonderzoek</i>	75
4.5.5	<i>Introductie nieuwe medewerkers</i>	75
4.5.6	<i>Werving en selectie</i>	75
4.5.7	<i>Dynamische Personeelsplanning (DPA)</i>	76
4.5.8	<i>Arbo en verzuim</i>	76
4.5.9	<i>Medewerker patiëntenservice</i>	77
4.5.10	<i>Evaluatiegesprekken medisch specialisten</i>	77
4.5.11	<i>Opleidingen</i>	79

4.6	SAMENLEVING	83
4.6.1	<i>Milieu</i>	83
4.6.2	<i>Ondernemen op Zuid</i>	84
4.6.3	<i>Stichting Vrienden Maasstad Ziekenhuis</i>	84
4.5.1.	<i>Partnerschap met Hôpital Laquintinie</i>	84
4.7	FINANCIEEL BELEID.....	86
4.7.1	<i>Algemene financiële ontwikkelingen</i>	86
4.7.2	<i>Ontwikkelingen in balans en resultatenrekening</i>	86
4.7.3	<i>Resultaatratio's</i>	86
4.7.4	<i>Lopende financieringen</i>	88
4.8	ICT	90
4.8.1	<i>Elektronische patiëntendossiers</i>	90
4.8.2	<i>Gemeenschappelijk kerndossier</i>	90
4.8.3	<i>Verpleegkundig dossier</i>	91
4.8.4	<i>PACS-II</i>	91
4.8.5	<i>Digitale orderaanvragen</i>	91
4.8.6	<i>Informatiebeveiliging</i>	91
4.8.7	<i>Milieu</i>	92
4.8.8	<i>Continuïteit</i>	92
4.8.9	<i>De regio</i>	92
4.8.10	<i>Relatie met de nieuwbouw</i>	92
5	2010	94
5.1.1	<i>Doelstellingen</i>	94
5.1.2	<i>Financieel beleid</i>	94
5.1.3	<i>Early Warning Systeem</i>	96
5.1.4	<i>Nieuwbouw</i>	96
5.1.5	<i>ICT</i>	96
	BIJLAGE 1 PERSONALIA	97
	BIJLAGE 2 KERNGEGEVENS	101
	BIJLAGE 3A PRODUCTIE PER SPECIALISME	102
	BIJLAGE 3B ONTWIKKELING PRODUCTIE	104

Voorwoord Raad van Toezicht

Tijdens het eerste volledige jaar onder een nieuwe naam heeft het Maasstad Ziekenhuis in 2009 bewezen dat groei in de gezondheidszorg daadwerkelijk mogelijk is.

Groei vanuit het perspectief van marktwerking, maar zeker ook vanuit de perspectieven van ontwikkeling van mens en organisatie. Dat dit is gerealiseerd binnen de context van nieuwbouw en voorbereiding van verhuizing daar naar toe in het voorjaar van 2011 én de mondiale financiële crisis, maakt dat resultaat bewonderenswaardig.

In 2009 heeft het Maasstad Ziekenhuis een doorbraak bereikt in groei van omzet en marktaandeel. Ook is de trouw van patiënten en verwijzers, evenals de tevredenheid van medewerkers in 2009 sterk verbeterd. Met een weerstandsvermogen én uitkomsten van kwaliteit- en veiligheidsindicatoren boven het sectorgemiddelde heeft het Maasstad Ziekenhuis definitief de periode van overleven na de fusie van 2000 en het financiële echech van 2004/2005 afgesloten. Het topmanagement van het Maasstad Ziekenhuis heeft de afgelopen vijf jaar aangetoond dat het door haar ontwikkelde managementconcept van bedrijfsmatig aansturen én continu verbeteren ook in de zorg duurzaam werkt. In 2009 werd daarmee op alle vier de resultaatgebieden – patiënttevredenheid, kwaliteit & veiligheid, marktaandeel en financieel resultaat - progressief beter gescoord dan in voorgaande jaren.

Deze progressie is mogelijk geworden door een continu proces van verbeteren in te richten. Sinds 2007 is de Theory Of Constraints (ToC) hierachter het leidend principe, dat in 2009 verder is geïmplementeerd in facilitaire processen en zorgpaden.

Ook is de kwaliteit en risicobeheersing van projecten zoals bijvoorbeeld EPD, Veiligheid Management Systeem en Project Inhuizing Nieuwbouw (PIN) gewaarborgd door ToC's Critical Chain Project Management (CCPM).

Ondanks dat hiermee fors is geïnvesteerd in de verbetering van service, kwaliteit en veiligheid voor patiënten, verwijzers en medewerkers, heeft een aantal incidenten op het gebied van patiëntenzorg en onderzoek in 2009 aangetoond dat de kwaliteit en veiligheid van patiëntenzorg nog beter kan worden georganiseerd. Overigens geeft de handelwijze van de medewerkers van het Maasstad Ziekenhuis ook in deze gevallen aan dat klant, proces en transparantie centraal staan in het uitdragen van de visie en missie van het ziekenhuis.

Naast het verbeteren en structureel auditeren van procedures en protocollen voor werkprocessen, zal daarom ook meer aandacht worden gegeven aan het professionele gedrag van zorgverleners en/of medewerkers van het Maasstad Ziekenhuis. Dat wordt vanaf 2010 belegd in het programma 'Kracht van Aandacht'.

Daarnaast is blijvend aandacht gevraagd voor het betrouwbaarder en voorspelbaar krijgen van de operationele en - in het bijzonder - de financiële kengetallen. De realisatie van de ambitie van het Maasstad Ziekenhuis is gebaseerd op een solide financieel beleid waarbij voldoende marge moet worden gemaakt om de continuïteit en daarvoor benodigde investeringen mogelijk te maken. Daar groei van omzet moeilijker te beïnvloeden is dan kostenbeheersing, zal vanaf 2010 nog meer aandacht worden besteed aan het beheersen van het budget en het reduceren van de kosten. Dat is ook relevant vanuit de verwachting dat de implicaties van de financiële crisis ook de cure-sector in Nederland binnen afzienbare termijn zullen gaan treffen.

Het succes van het Maasstad Ziekenhuis is ook bij andere ziekenhuizen niet onopgemerkt gebleven, hetgeen resulteert in wederzijdse verkenningen tot nadere samenwerking. De Raden van Toezicht en Bestuur en het stafbestuur Vereniging Medische Staf hebben besloten daarin een terughoudende positie in te nemen. Enerzijds omdat het Maasstad Ziekenhuis voldoende uitdagingen heeft om het traject tot aan de nieuwbouw succesvol af te ronden. Anderzijds omdat onze geschiedenis heeft geleerd dat (verkenningen tot) fusies de aandacht kunnen afleiden van waar het omgaat: de continuïteit van het ziekenhuis en de kwaliteit, veiligheid en service van de patiëntenzorg.

Echter, daar er onzes inziens op korte termijn een verdere consolidatie van de sector gaat plaatsvinden, staat de Raad van Toezicht niet onwelwillend tegenover initiatieven waar het managementconcept van het Maasstad Ziekenhuis ook bij andere instellingen zou worden geïmplementeerd. Zeker niet als dat de groeistrategie van het Maasstad Ziekenhuis kan versterken en versnellen.

Dat 'alles anders is in de zorg'¹ is, is een mythe gebaseerd op een aantal vooroordelen en achterhaalde denkbeelden waar met het Maasstad Ziekenhuis management concept afstand van kan worden genomen.

Namens de Raad van Toezicht

Maart 2010

A.J. Scheepbouwer, voorzitter Raad van Toezicht

¹ Titel van het in 2009 verschenen boek van Jaap Maljers en Willem Wansink waarin afgerekend wordt met achterhaalde denkbeelden in de gezondheidszorg.

Voorwoord Raad van Bestuur

Maasstad Ziekenhuis groeit, dankzij ons allemaal.

Op de circa 2070 heipalen die het fundament vormen voor ons nieuwe ziekenhuis, hebben veel van onze 3000 medewerkers bij de start van de bouw in 2007 hun handtekening gezet. Zij tekenden voor betrokkenheid bij en aandacht voor de patiënt en zijn/haar familie. Een meer symbolische actie hadden we niet kunnen bedenken. Ook in 2009 hebben wij met zijn allen de schouders eronder gezet, hebben we keihard gewerkt om ons ziekenhuis nog beter te maken.

Die gezamenlijke inzet heeft er toe geleid dat steeds meer patiënten en hun verwijzers voor ons ziekenhuis kiezen. Het ziekenhuis maakte in 2009 een redelijk florissante groei door: 7% meer eerste polikliniekbezoeken, 8% meer huisartsverwijzingen en 14% meer omzet.

Een voorbeeld van de gezamenlijke wil om de patiëntenzorg te verbeteren is het initiatief van de intensivisten om bij toerbeurt in huis te blijven slapen zodat men een patiënt in nood snel kan zien. Ik besef: dat is een hele grote stap. Nog zo'n grote stap: onze internisten zijn dit jaar zelf veel meer gaan doen op de Spoedeisende Hulp, om aanwezig te zijn voor de arts-assistenten.

De waardering voor ons ziekenhuis bleek in augustus ook uit de AD Ziekenhuis Top 100. Op de ladder van deze *ranking* stegen we van de 56^e naar de 35^e plaats. En dat terwijl het Maasstad Ziekenhuis in 2007 nog op de 84^e plaats eindigde. Een mooi resultaat.

Wij regelen de zorg voor onze patiënten dus steeds beter. Een onmisbaar instrument daarbij is de ToC, de Theory of Constraints. Kort gezegd komt die theorie erop neer dat zorgprocessen onder de loep worden genomen en dat knelpunten die daarin opduiken, uit de weg worden geruimd. De afdeling Spoedeisende Hulp is een mooi voorbeeld van hoe ToC het zorgproces kan verbeteren. Sinds de invoering van ToC, in november 2008, is de doorstroom van patiënten versneld van 75% binnen vier uur, naar 97% binnen drie uur.

Het ultieme doel, 98% van de patiënten in 2,5 uur geholpen en ontslagen dan wel opgenomen, wordt komend jaar nagestreefd. De inrichting van een kamer voor kleine chirurgische ingrepen, die na analyse volgens de ToC-methode wenselijk bleek, zal dat doel helpen verwezenlijken.

Een andere, minder leuke aanleiding om onze kennis over Theory of Constraints toe te passen, deed zich voor op 20 mei. Die dag kwam een defect in de afwasmachines voor endoscopen aan het licht, waardoor gedurende acht maanden patiënten bleken te zijn behandeld met een mogelijk onvoldoende gereinigde endoscoop.

Tientallen medewerkers hebben toen vele overuren gemaakt om dit incident af te handelen. Ict-ers wierpen zich een dag en een nacht lang op een ingewikkelde *track and trace* puzzel. Ofschoon de kans op besmetting gering was, kregen ruim achthonderd patiënten de volgende dag een brief thuis bezorgd met een oproep om hun bloed te laten testen op de virusziekten hiv, hepatitis B en C.

Verpleegkundigen namen plaats achter de telefoon om vragen van patiënten te beantwoorden en om afspraken met hen te maken. Medewerkers van bloedafname bemensten een speciaal ingerichte prikpoli, laboranten werkten uren achtereen om het bloed te onderzoeken.

Gelukkig is gebleken dat niemand besmet is geraakt als gevolg van behandeling met een mogelijk onvoldoende gereinigde endoscoop.

Niet alleen op het gebied van organisatie zijn we vooruitstrevend, ook medisch inhoudelijk lopen we met ferme tred mee. Op sommige gebieden lopen we zelfs voorop. Zo startten de urologen en gynaecologen het afgelopen jaar met robotgeassisteerde kijkbuisoperaties. Het ziekenhuis investeerde ruim een miljoen euro in een Da Vinci Robot, waarmee onder meer op een patiëntvriendelijker wijze prostaatverwijderingen, operaties aan niertumoren en ingrepen aan baarmoederprolapsen kunnen worden uitgevoerd. Het Maasstad Ziekenhuis is het eerste ziekenhuis in Zuidwest Nederland dat zich met ruim 200 robotingrepen tot een robotexpertisecentrum heeft ontwikkeld.

Tenslotte zijn in 2009 de voorbereidingen op de verhuizing naar onze nieuwbouw onverminderd voortgezet. De nieuwbouw van het ziekenhuis nabij NS-station Lombardijen vordert snel. In het nieuwe ziekenhuis zal al het dataverkeer, variërend van lab- en röntgenaanvragen tot uitslagen, van bestellingen van medisch materiaal tot patiëntenstatussen en verwijsbrieven louter in digitale versie door het ziekenhuis rouleren.

Vier vakgroepen zijn afgelopen najaar aan de slag gegaan met het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD), de afdeling Chirurgie is zelfs al begonnen met het Elektronisch Verpleegkundig Dossier. Verpleegkundigen doen hun rondes langs de bedden in gezelschap van een Computer on Wheels (COW).

Ook de gestage overgang naar een digitaal ziekenhuis kan niet plaatsvinden zonder de animo en de geestdrift van onze medewerkers. Wij vragen van hen een andere manier van werken, een andere manier van denken. Dat zal niet altijd makkelijk zijn. Vanaf deze plaats wil ik dan ook iedereen heel hartelijk danken voor die inzet.

Maart 2010

Paul Smits

Algemeen directeur Maasstad Ziekenhuis

1 Uitgangspunten van de verslaglegging

In dit Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording 2009 doet het Maasstad Ziekenhuis verslag van zijn activiteiten over de periode 1 januari 2009 tot en met 31 december 2009.

Het jaardocument is opgesteld conform de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) en de richtlijnen voor de jaarverantwoording voor zorginstellingen 2009 van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

Uitgangspunt bij de verslaglegging is om een zo compleet mogelijk beeld te schetsen van wat zich in 2009 heeft afgespeeld. Als eerste wordt in hoofdstuk twee verslag gedaan van het profiel van het Maasstad Ziekenhuis. Hierbij wordt de medezeggenschapsstructuur kort besproken. Deze structuur komt in het daarop volgende hoofdstuk uitgebreider aan de orde. In het hoofdstuk Bestuur, Toezicht en Bedrijfsvoering wordt uitgebreid verslag gedaan van de verdeling van taken en verantwoordelijkheden binnen het Maasstad Ziekenhuis. Hierbij wordt zowel op de taken en verantwoordelijkheden van de Raad van Bestuur als de Raad van Toezicht ingegaan. In de laatste paragraaf van dit hoofdstuk wordt de bedrijfsvoering beschreven. In het hoofdstuk Beleid, Inspanningen en Prestaties wordt stilgestaan bij het kwaliteitsbeleid. Daarnaast wordt in dit hoofdstuk aandacht besteed aan het algemene beleid en meerjarenbeleid, het personeelsbeleid, samenlevingsaspecten en ontwikkelingen op het gebied van informatie- en communicatietechnologie. Ook het financiële beleid komt aan de orde. Uitgebreidere informatie over de financiën is opgenomen in de jaarrekening van het ziekenhuis, te vinden op www.jaarverslagenzorg.nl.

De prestaties van alle ziekenhuizen worden gemeten en transparant gemaakt door de prestatie-indicatoren. Prestatie-indicatoren zijn meetbare aspecten van de zorg die een aanwijzing geven over bijvoorbeeld de kwaliteit, de veiligheid, de doelmatigheid of de toegankelijkheid van de zorg. Op deze manier legt het Maasstad Ziekenhuis verantwoording af aan de maatschappij en dus aan zijn patiënten. De prestatie-indicatoren worden gepresenteerd op de website www.ziekenhuizentransparant.nl en worden niet herhaald in dit jaardocument.

De verplichte bijlagen van dit jaardocument zijn ingevuld via een webenquête (inzichtelijk via www.jaarverslagenzorg.nl). Deze bijlagen bevatten nadere kwantitatieve en kwalitatieve informatie in tabelvorm.

2 Profiel van de organisatie

2.1 Algemene identificatiegegevens

Naam verslagleggende rechtspersoon	Stichting Maasstad Ziekenhuis
Adres	Postbus 9100
Postcode	3007 AC
Plaats	Rotterdam
Telefoonnummer	010 - 291 1911
Identificatienummer BRZA	24299846
E-mailadres	info@maasstadziekenhuis.nl
Internetpagina	www.maasstadziekenhuis.nl

Het Maasstad Ziekenhuis omvat twee locaties:

Locatie Zuider

Groene Hilledijk 315, 3075 EA Rotterdam

Locatie Clara

Olympiaweg 350, 3078 HT Rotterdam

In het verlengde van de voorbereidingen op de nieuwbouw en de verhuizing naar de nieuwe locatie op 1 maart 2011, zijn reeds sinds 2005 de electieve patiëntgebonden activiteiten gehuisvest op locatie Clara en de acute patiëntgebonden activiteiten op locatie Zuider.

2.2 Structuur

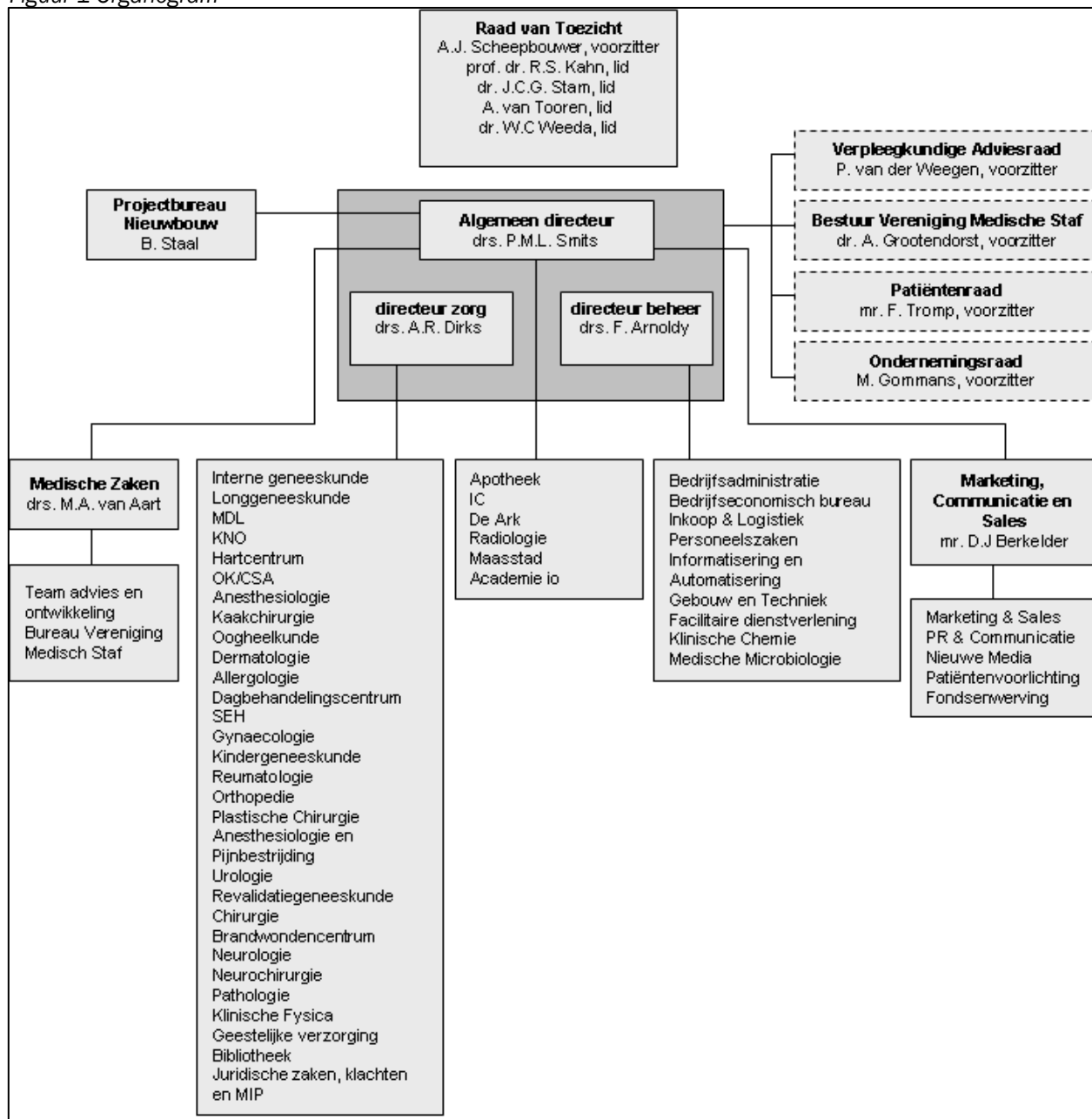
De Stichting Maasstad Ziekenhuis wordt geleid door een eenhoofdige Raad van Bestuur (algemeen directeur) die onder toezicht staat van een Raad van Toezicht. Het Maasstad Ziekenhuis heeft een toelating als algemeen ziekenhuis.

Het ziekenhuis heeft op tactisch niveau een duaal management. De zorgeenheden in de organisatie vallen onder de gezamenlijke verantwoordelijkheid van een zorgmanager en een medisch manager (specialist). De algemeen directeur vormt samen met de directeur zorg en de directeur beheer de directie. De directie stuurt de (zorg)eenheden aan. De directie vergadert om de week in het bijzijn van de voorzitter van de medische staf, een lid van het stafbestuur, de manager Medische Zaken en de manager Marketing, Communicatie & Sales. Sinds het vertrek van een van de directeuren zorg per april 2008 worden de afdelingen die de vertrekkende directeur in portefeuille had, door de zittende directeuren waargenomen. Er is gekozen om geen interim directeur aan te trekken, maar een vaste opvolger te zoeken. De werving naar een nieuwe directeur zorg heeft in 2009 geleid tot een nieuwe aanstelling. Per 1 februari 2010 zal mw. drs. S. Baas toetreden tot het directieteam.

Als hulpmiddel om onze ambities te realiseren, heeft het Maasstad Ziekenhuis gekozen om de Theory of Constraints (ToC) als leidend sturingsinstrument te hanteren (paragraaf 4.3.4). Daarbinnen vindt een interne sturing plaats aan de hand van een planning- en controlcyclus.

2.2.1 Organogram

Figuur 1 Organogram



2.2.2 Geliëerde entiteiten

Naast de Stichting Maasstad Ziekenhuis bestaat een steunstichting die optreedt als 100% aandeelhouder van de in 2006 opgerichte MCRZ Holding B.V. De MCRZ Holding B.V. is weer 100% aandeelhouder van de MCRZ Medimall Vastgoed B.V.. Deze juridische structuur is ingericht om de ontwikkeling van de Medimall mogelijk te maken. De Medimall vormt samen met het Maasstad Ziekenhuis de Zorgboulevard Rotterdam (zie ook www.zorgboulevardrotterdam.nl voor meer informatie).

Ultimo 2007 besloot het Maasstad Ziekenhuis om alleen de bouw van het nieuwe ziekenhuis in eigen beheer te houden en de ontwikkeling van het zogenaamde Medimallgebouw, het buitenterrein en de parkeervoorzieningen te verkopen aan een externe partij. Op 8 april 2008 werd dit een feit, toen de grond voor de ontwikkeling van de Zorgboulevard gedeeltelijk werd overgedragen aan het consortium ViVe 2B.

Om de zorgboulevard verder te optimaliseren, realiseren, exploiteren en beheren is de Zorgboulevard Rotterdam B.V. opgericht, een ontwikkelings-BV die in handen is van de Stichting Vestia Groep, Vitaal Zorgvast B.V. en MCRZ Holding B.V. Alle drie de partijen zijn voor 1/3 deel aandeelhouder in deze B.V. De Stichting Vestia Groep is uiteindelijk eigenaar en exploitant van het vastgoed. BAM Utiliteitsbouw en Ballast Nedam Bouw Speciale Projecten bouwen de Zorgboulevard.

Naast de hieronder beschreven steunstichting, heeft het Maasstad Ziekenhuis een aparte B.V. opgericht voor de Poliklinische Apotheek. Het Maasstad Ziekenhuis en de Medsync Pharma B.V. werken samen in de besloten vennootschap, waarbij het Maasstad Ziekenhuis grootaandeelhouder is.

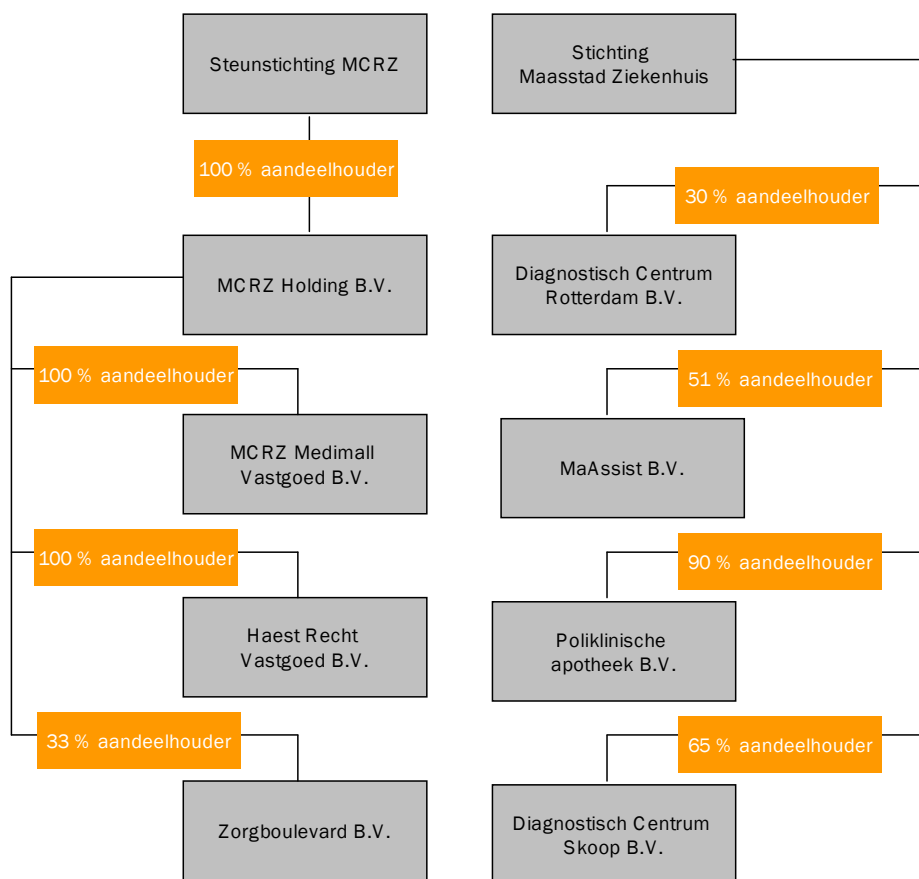
Het Diagnostisch Centrum Rotterdam, dat op 8 september 2008 zijn deuren opende, is voor 30% in handen van het Maasstad Ziekenhuis. De andere 70% is in handen van de DC Groep. Het diagnostisch centrum is gevestigd aan het Vasteland 10 te Rotterdam. Het dienstenpakket bestaat uit laboratoriumonderzoek, röntgenonderzoek, echografie, mammografie, botdichtheidmeting, elektrocardiogram, endoscopie, consult neuroloog en orthopeed, radiologie en pijnbehandeling. Alle verrichtingen die er op verwijzing van de arts plaatsvinden, worden door de zorgverzekeraars vergoed. Het centrum staat garant voor diagnostiek zonder wachten. De uitslag wordt binnen 24 uur na de afspraak naar de verwijzende arts verzonden.

Binnen de ruimte van het Diagnostisch Centrum Rotterdam is ook een centrum voor Maag-Darm-Lever gesitueerd. De MDL-artsen van het Maasstad Ziekenhuis doen daar scopieën voor de eerste lijn. Deze activiteit is ondergebracht in een aparte juridische entiteit: Diagnostisch Centrum Skoop Rotterdam B.V. Het Maasstad Ziekenhuis heeft 65% van de aandelen in handen, de DC Groep 35%.

MaAssist B.V. heeft als doel zorgondersteuning te bieden aan ziekenhuizen. Stichting Maasstad Ziekenhuis heeft 51% van de aandelen in haar bezit. De overige 49% van de aandelen zijn in het bezit van Assist B.V.

De Stichting Rotterdams Onderzoek en Behandelcentrum die in 2007 werd opgericht, is in 2009 niet actief geweest.

Figuur 2 Overzicht gelieerde entiteiten Maasstad Ziekenhuis per 31-12-2009



2.2.3 Medezeggenschapsstructuur

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

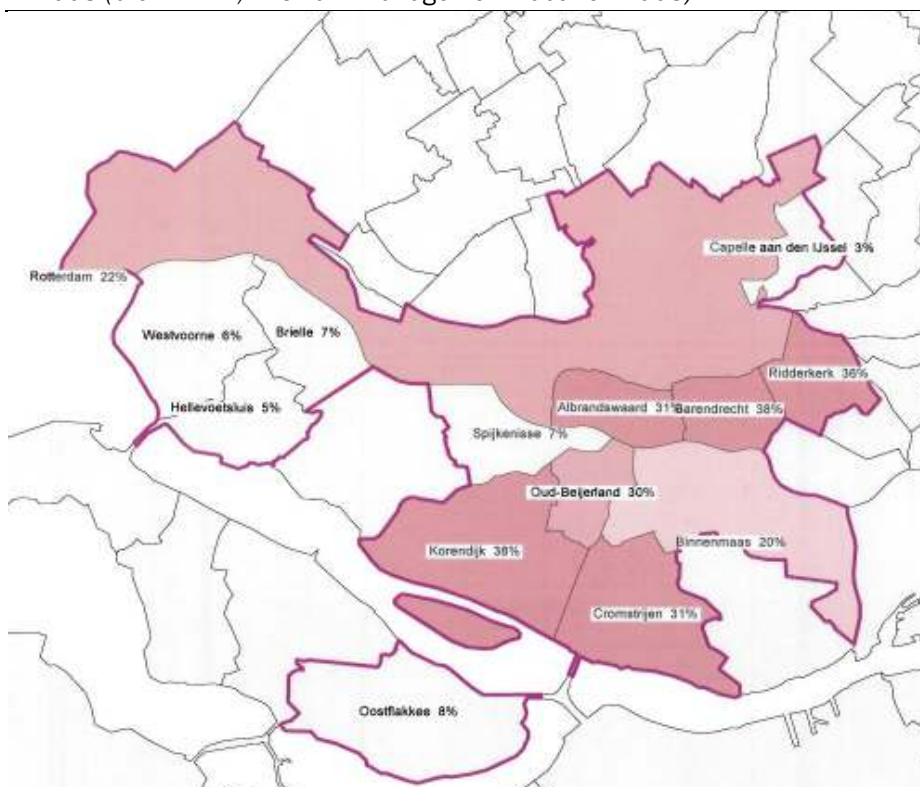
- Patiëntenraad: vertegenwoordiging van patiënten.
- Ondernemingsraad: vertegenwoordiging van medewerkers.
- Bestuur Vereniging Medische Staf: vertegenwoordiging van de medische staf.
- Verpleegkundige Adviesraad: vertegenwoordiging van verpleegkundigen en verzorgenden.

Deze organen geven gevraagd en ongevraagd advies aan de Raad van Bestuur over beleid en voorgenomen besluiten in het ziekenhuis. In paragraaf 3.6 tot en met 3.9 wordt meer inhoudelijk ingegaan op de samenstelling en de uitgebrachte adviezen.

2.3 Kerngegevens

Het Maasstad Ziekenhuis is een groot algemeen ziekenhuis dat op 1 januari 2000 is ontstaan uit de fusie tussen het Zuider Ziekenhuis en het St. Clara Ziekenhuis. Op locatie Zuider is de acute zorg geconcentreerd en op locatie Clara de electieve zorg. Op 31 december 2009 was alleen op locatie Zuider een SEH aanwezig. Het adherentiegebied van het Maasstad Ziekenhuis omvat de regio Rijnmond. In 2008 bedroeg de poliklinische adherentie 152.330 inwoners, de klinische adherentie bedroeg 256.285 inwoners. Voor enkele specifieke, topklinische functies heeft het Maasstad Ziekenhuis een groter verzorgingsgebied.

Figuur 3 Verzorgingsgebied Maasstad Ziekenhuis met een overzicht van de marktaandelen per gemeente in 2008 (bron: LAZR, Prismant Management Facetten 2008)



In 2009 bezochten ruim 452.000 patiënten de poliklinieken van het Maasstad Ziekenhuis en beschikt het ziekenhuis over 601 bedden.

In het ziekenhuis zijn 183 specialisten en 2.657 medewerkers werkzaam. Het Maasstad Ziekenhuis kent 27 vakgroepen en 34 verschillende specialismen.

De Ark

Met 'De Ark' voorziet het Maasstad Ziekenhuis in een woonvorm voor een kleine groep ex-poliopatiënten (4 bewoners in 2009). Deze woonvorm is van oudsher ontstaan, door de beademingszorg die nodig is voor deze patiëntengroep.² Woongebouw De Ark is een vrijstaande bungalow op het terrein van het Maasstad Ziekenhuis, locatie Zuider. De Ark maakt organisatorisch deel uit van het ziekenhuis, maar heeft een geheel eigen karakter.

Sinds 2008 is besloten dat de 4 huidige bewoners niet mee verhuizen naar het nieuwe ziekenhuis. De hoofdreden is dat het nieuwe ziekenhuis een werkomgeving is en geen woonomgeving biedt. Het Maasstad Ziekenhuis is daarom op zoek gegaan naar een partner en heeft die gevonden in de Laurens groep. Met de Laurens groep is het ziekenhuis overeengekomen dat de bewoners in het voorjaar van

² De bewoners van De Ark hebben ademhalingspijpen die zijn aangetast door poliomyelitis of door de ziekte van Pompe. Omdat hierdoor hun ademhaling niet meer 'spontaan' verloopt, zijn zij - voornamelijk 's nachts - afhankelijk van beademing.

2010 ieder een eigen appartement krijgen in een nieuw zorggebouw van Laurens aan de Sportsingel. De huidige kwaliteit van zorg blijft gewaarborgd doordat de huidige zorgmedewerkers 'meeverhuizen' met de bewoners. Ook de medische zorg wordt 'op afstand' gecontinueerd.

Vakantiedialysecentrum

Sinds 2006 biedt het Maasstad Ziekenhuis dialysefaciliteiten aan in het vakantiedialysecentrum Cape Heliuss te Hellevoetsluis. Het vakantiedialysecentrum is een initiatief van het Maasstad Ziekenhuis en Roompot Vakanties. Door middel van zes dialysestations kunnen dialysepatiënten uit binnen- en buitenland hier in een thuissetting dialyseren tijdens een vakantie in de regio Rijnmond. In 2009 zijn 829 patiënten behandeld in Cape Heliuss te Hellevoetsluis, waarvan 114 vakantiegasten en 715 Maasstad Ziekenhuis patiënten.

2.3.1 Kernactiviteiten en nadere typering

Het Maasstad Ziekenhuis verleent als algemeen ziekenhuis medisch specialistische zorg (diagnostiek, behandeling en nazorg) en de daaraan gerelateerde verpleging en verzorging.

Naast de reguliere basisfuncties biedt het Maasstad Ziekenhuis op een aantal gebieden topklinische zorg:

- Hemodialyse en peritoneaal dialyse
- Brandwondenzorg³
- Interventiecardiologie en ritmechirurgie⁴
- Fase 1 en 2 van In Vitro Fertilisatie (IVF)

Naast bovengenoemde topklinische functies beschikt het Maasstad Ziekenhuis over een:

- HIV-behandelcentrum⁵
- Ziekenhuisapotheek
- Vaatcentrum
- Hartcentrum
- Level III Intensive Care
- Mobiele Intensive Care Unit⁶
- 4 bedden post IC/HC neonatologie
- En er vindt in het Maasstad Ziekenhuis niet-craniële neurochirurgie plaats

Ook voert het Maasstad Ziekenhuis Defensietaken uit. Het Maasstad Ziekenhuis personeel kan ingezet worden voor VN-vredesmissies. Het doel daarvan is om militairen die zijn uitgezonden voor vredesmissies adequate ziekenhuiszorg te bieden in het gebied waar uitzending plaatsvindt.

In 2009 zijn 7 personen werkzaam in het ziekenhuis o.a. naar Kosovo uitgezonden. Defensie betaalt voor het ziekenhuis een extra chirurgisch team, dat elk anderhalf jaar gedurende vierenvijftien maanden

³ Een van de drie gespecialiseerde brandwondencentra in Nederland is onderdeel van het Maasstad Ziekenhuis. Het centrum beschikt over 20 bedden. In 2009 zijn 338 patiënten opgenomen in het brandwondencentrum. De gemiddelde ligduur was 11 dagen.

⁴ Het Maasstad Ziekenhuis heeft een hartcentrum dat ook spoed-dotter-behandelingen uitvoert. Daardoor is het in de regio mogelijk, in samenwerking met het Erasmus MC, zeven dagen in de week, 24 uur per dag, patiënten met een (dreigend) infarct direct te behandelen. Er werden in 2009 1.988 dotterbehandelingen uitgevoerd.

⁵ Sinds 1 januari 2005 is het Maasstad Ziekenhuis behandelcentrum voor HIV geworden. Op de polikliniek infectieziekten kunnen patiënten terecht voor onderzoek en behandeling van HIV en seksueel overdraagbare aandoeningen. Hierin is samenwerking gezocht met het Erasmus MC.

⁶ Samen met Ambulancezorg Rotterdam-Rijnmond organiseert het Maasstad Ziekenhuis sinds 2006 het vervoer van zwaar zieke intensive-care-patiënten in de regio Rijnmond. Het Maasstad Ziekenhuis haalt in andere ziekenhuizen patiënten op die op de eigen intensive care verder worden behandeld, maar vervoert ook patiënten tussen IC's van andere ziekenhuizen.

beschikbaar is voor uitzending voor vredesmissies. Het Maasstad Ziekenhuis stelt daar uit eigen formatie twee oproepbare chirurgische teams tegenover, die zich per anderhalf jaar elk gedurende anderhalve maand beschikbaar stellen.

Tabel 1 Medische specialismen aanwezig in het Maasstad Ziekenhuis

Overzicht specialismen	
Allergologie	Kindergeneeskunde
Anesthesiologie en pijnbestrijding	Klinische chemie
Apotheek	Klinische fysica
Cardiologie	Klinische pathologie
Chirurgie	Longgeneeskunde
<i>Oncologie</i>	Medische microbiologie
<i>Vaatchirurgie</i>	Neurologie
<i>Thoraxchirurgie</i>	Neurochirurgie
Dermatologie	Nucleaire geneeskunde
Gynaecologie/obstetrie	Radiodiagnostiek
Interne geneeskunde	Orthopedie
<i>Hematologie</i>	Plastische chirurgie
<i>Nefrologie</i>	Pulmologie
<i>Oncologie</i>	Oogheelkunde
<i>Intensive Care</i>	Reumatologie
<i>Maag,-, darm-, leverziekten</i>	Revalidatiegeneeskunde
Kaakchirurgie	Urologie
Keel-, neus- en oorheelkunde	

Naast de medisch specialistische zorg die het Maasstad Ziekenhuis verleent aan zijn patiënten, heeft het Maasstad Ziekenhuis een opleidingstaak. Artsen worden in het Maasstad Ziekenhuis opgeleid tot medisch specialist, voor verpleegkundigen zijn er specialistische vervolgoopleidingen en voor schoolverlaters zijn er basisopleidingen op MBO- en HBO-niveau. In korte cursussen en bijeenkomsten levert het ziekenhuis verder nascholingsprogramma's en themabijeenkomsten voor onder meer huisartsen, thuiszorg- en doktersassistenten.

2.3.2 Productie, personeel en opbrengsten

Tabel 2 Productieoverzicht

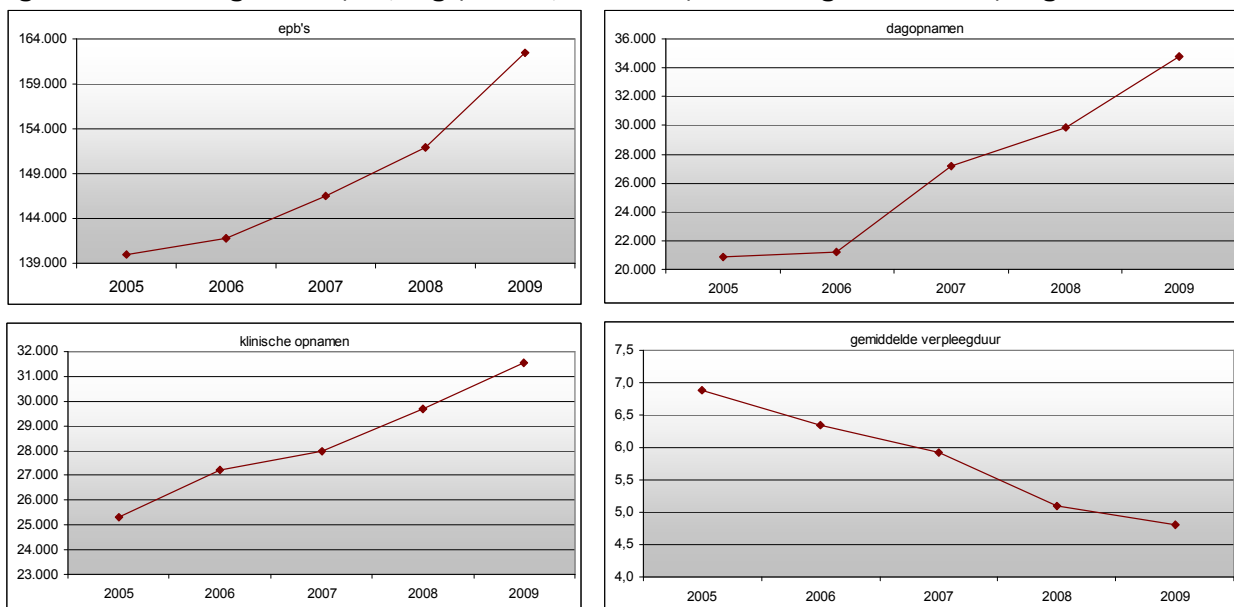
Productie	2009	2008
Aantal geopende DBC's	245.144	222.666
Percentage verkeerde-bed patiënten (gemiddeld)	3,5%	0,5%
Aantal opnamen (exclusief overnamen en dagverpleging)	31.549	29.679
Aantal eerste polikliniekbezoeken	162.537	151.964
Aantal overige polikliniekbezoeken	289.746	255.000
Aantal dagverplegingsopnamen (normaal en zwaar) en deeltijdbehandelingen	34.806	29.854
Aantal klinische verpleegdagen	150.396	152.471
Gemiddelde verpleegduur	4,8	5,1

Tabel 3 Beddenscapaciteit

Capaciteit	Aantal op 31-12-2009	Aantal op 31-12-2008
Beschikbare bedden (klinische + dagbehandelingsbedden)	601	601

In onderstaande figuur is te lezen dat het aantal epb's en (dag)opnamen de laatste vijf jaren enorm is gestegen. Het aantal epb's steeg de afgelopen vijf jaar met 16%, het aantal opnamen (kliniek en dagverpleging samen) steeg zelfs met 67%. De gemiddelde verpleegduur nam af van 6,9 dagen in 2005 naar 4,8 dagen in 2009, een daling van 16%.

Figuur 4 Ontwikkeling aantal epb's, dagopnamen, klinische opnamen en gemiddelde verpleegduur



Tabel 4 Aantallen en fte's personeel

Personeel	Aantal op 31-12-2009	Aantal op 31-12-2008
Aantal personeelsleden in loondienst (excl. medische specialisten)	2.657	2.659
Aantal FTE personeelsleden in loondienst (excl. medische specialisten)	2151,9	2.132,0
Aantal medische specialisten (loondienst + inhuur + vrij beroep)	183	179
Aantal FTE medische specialisten in loondienst (loondienst + inhuur + vrij beroep)	164,5	163,5

Tabel 5 Bedrijfsopbrengsten

Bedrijfsopbrengsten	Euro's	
	2009	2008
Totaal bedrijfsopbrengsten	244.303.000	222.372.000
Waarvan wettelijk budget voor aanvaardbare kosten	166.674.000	168.586.000
Waarvan B-segment	56.443.000	31.782.000
Waarvan overige bedrijfsopbrengsten en niet gebudgetteerde bedrijfsprestaties	21.186.000	22.004.000

2.3.3 Vergunningen en aanwijzingen

Vergunningen op grond van artikel 2 Wet Bijzondere Medische Verrichtingen per 31-12-2009

Het Maasstad Ziekenhuis beschikt over de volgende vergunningen:

- Het Maasstad Ziekenhuis heeft een vergunning voor het uitvoeren van percutane transluminale coronaire angioplastiek (PTCA) en ritmechirurgie en ICD's.
- Het Maasstad Ziekenhuis werkt samen met de vergunninghouder Erasmus Medisch Centrum op grond van artikel 2 van de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen en voert zelfstandig fase 1 en fase 2 uit van de In Vitro Fertilisatie (IVF).

Sinds 1970 beschikte het Maasstad Ziekenhuis over een vergunning om in samenwerking met het Erasmus Medisch Centrum cardiochirurgie uit te voeren. Sinds de samenwerking met het Erasmus Medisch Centrum op dit gebied in september 2005 is stopgezet heeft het Maasstad Ziekenhuis alle activiteiten op het gebied van cardiochirurgie bevroren. Eind oktober 2008 heeft de minister van volksgezondheid besloten om de bestaande vergunning niet om te zetten in een zelfstandige vergunning om cardiochirurgie te bedrijven. Het Maasstad Ziekenhuis heeft begin 2009 tegen dit besluit bezwaar aange tekend. Op basis van dit bezwaar heeft er medio 2009 een hoorzitting plaatsgevonden voor een commissie die de minister in deze moet adviseren. Eind 2009 heeft het Maasstad Ziekenhuis vernomen dat deze commissie de minister negatief heeft geadviseerd. Naar aanleiding van deze uitspraak is besloten om niet in hoger beroep te gaan tegen het besluit van de minister om geen zelfstandige vergunning te verlenen voor de hartchirurgie.

Aanwijzingen op grond van artikel 8 Wet Bijzondere Medische Verrichtingen per 31-12-2009

Het Maasstad Ziekenhuis beschikt over een aanwijzing voor:

- HIV-behandelcentrum

2.3.4 Werkgebieden

Het Maasstad Ziekenhuis is gevestigd in Rotterdam-Zuid. Voor wat betreft de basiszorg heeft het ziekenhuis een regionale functie. Het verzorgingsgebied van het Maasstad Ziekenhuis bestaat uit de volgende gemeenten: Rotterdam, Ridderkerk, Barendrecht, Korendijk, Albrandswaard, Oud-Beijerland, Cromstrijen, Binnenmaas, Oostflakkee, Brielle, Spijkenisse, Westvoorne, Hellevoetsluis en Capelle aan den IJssel.

Voor wat betreft de topreferente en topklinische zorg heeft het Maasstad Ziekenhuis een bovenregionale functie en is het werkgebied veel omvangrijker.

2.4 Belanghebbenden

Het Maasstad Ziekenhuis heeft met een groot aantal partijen samenwerkingsrelaties.

2.4.1.1 Samenwerkingspartners en onderaannemers

- AmbulanceZorg Rotterdam-Rijnmond⁷
- Brandwondenstichting
- Centrale Post Ambulancevervoer
- Centrale Huisartsenposten Rijnmond
- Daniel den Hoed Kliniek (Radiotherapie)
- Delta Psychiatrisch Centrum⁸
- Dirksland Ziekenhuis (apothek wordt uitgevoerd door MZ)
- De Stroom Opmaat groep⁹
- Erasmus Medisch Centrum
- Hôpital Laquintinie, Kameroen¹⁰
- Integraal Kankercentrum West¹¹
- Kempenhaeghe
- Kraamzorg Rotterdam
- Netwerk Palliatieve Zorg Rotterdam
- Regionale Hulpverleningsdienst Rotterdam Rijnmond
- RiAGG (geheugenpoli)
- Rijndam revalidatiecentrum
- Roompot (vakantiedialysecentrum)
- Rotterdam Stroke Services
- Ruwaard van Putten Ziekenhuis
- Sophia Revalidatiecentrum
- Stichting Samenwerkende Rijnmond Ziekenhuizen¹²
- Van Weel Bethesda (apothek en IC)
- Verloskundig samenwerkingsverband (verbanden waardoor verloskundigen in ons ziekenhuis mogen werken)
- Zorghotel

⁷ Samen met AmbulanceZorg Rotterdam-Rijnmond organiseert het Maasstad Ziekenhuis het vervoer van zwaar zieke intensive-care-patiënten in de regio Rijnmond (MICU). Het Maasstad Ziekenhuis haalt in andere ziekenhuizen patiënten op die op de eigen Intensive Care verder worden behandeld, maar vervoert ook patiënten tussen IC's van andere ziekenhuizen.

⁸ Het Maasstad Ziekenhuis en Delta Psychiatrisch Centrum zijn in 2008 een medisch psychiatrische unit (MPU) begonnen. Dit is een speciale behandelunit met 12 bedden met een combinatie van lichamelijk en psychiatrische aandoeningen. Door samen te werken, bereiden beide instellingen zich voor op 2010, het jaar waarin Delta Psychiatrisch Centrum op de zorgboulevard een nieuwe vestiging opent. De start met 12 bedden stelt het ziekenhuis in staat om op kleine schaal de nodige kennis en ervaring met deze patiënten op te doen.

⁹ De Stroom heeft een Zorghotel in het Maasstad Ziekenhuis op locatie Clara.

¹⁰ Maasstad Ziekenhuis wil verder gaan dan het bieden van optimale zorg aan zijn eigen patiënten en in het kader van maatschappelijk ondernemen de grens over naar Kameroen, Afrika. Het partnerschap dat in 2009 is afgesloten, bestaat uit veel componenten. Het doel is het vergroten van de kwaliteit van patiëntenzorg van Hôpital Laquintinie door het delen van medische-, verpleegkundige- en technische- en managementkennis. Het Maasstad Ziekenhuis zal medische apparatuur overdragen en de kennis om met die apparatuur om te gaan. Door uitwisselingsprojecten kunnen onze medewerkers in Kameroen werken en omgekeerd om zo van elkaar te leren.

¹¹ Het IKW maakt deel uit van de Vereniging van Integrale Kankercentra, de VIKC, het landelijk samenwerkingsverband van de negen integrale kankercentra in Nederland.

¹² Het Maasstad Ziekenhuis is één van de elf ziekenhuizen in de regio Rijnmond die zijn verenigd in de koepelorganisatie Stichting Samenwerkende Rijnmond Ziekenhuizen. Met diverse projecten en overleggen werkt de stichting aan het versterken van de onderlinge samenwerking tussen ziekenhuizen en ketenpartners.

Met Humanitas, De Stromen Opmaat groep, Laurens, Thuiszorg Rotterdam en Careyn onderhoudt het Maasstad Ziekenhuis nauwe samenwerkingsrelaties om de uitstroom van patiënten op een kwalitatief verantwoorde manier te garanderen.

2.4.1.2 *Patiënten- en cliëntenorganisaties*

- Nierpatiëntenvereniging Rijnmond
- Diabetesvereniging
- Reumafonds
- Astmafonds
- Vereniging Kind en Ziekenhuis

2.4.1.3 *Overheden en toezichthouders*

- Arbeidsinspectie
- Calibris
- CCMO (toezichthouder op het medische wetenschappelijk onderzoek)
- College bescherming persoonsgegevens
- College Bouw zorginstellingen
- Gemeente Rotterdam
- Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (GHOR)¹³
- Inspectie voor de Gezondheidszorg
- Medirisk
- Milieu Platform Zorgsector (MPZ)
- Ministerie van Defensie
- Ministerie van VWS
- Nederlandse Zorgautoriteit
- Nederlandse Transplantatie Stichting
- ROC Albeda College¹⁴

2.4.1.4 *Zorgverzekeraars*¹⁵

- Achmea
- Agis
- UVIT¹⁶
- CZ
- Multizorg
- Menzis

2.4.1.5 *Kapitaalverschaffers*

- ING, BNG en Fortis¹⁷
- Waarborgfonds voor de Zorgsector (WfZ)¹⁸

¹³ Met de GHOR worden afspraken gemaakt over opvang van patiënten bij rampen en andere calamiteiten in de regio Rijnmond.

¹⁴ Het merendeel van de verpleegkundige (vervolg)opleidingen wordt in samenwerking met het ROC Albeda College uitgevoerd.

¹⁵ Er vindt structureel overleg plaats met de zorgverzekeraars. Onderwerpen zijn productieafspraken, kwaliteitsbeleid, zorgvernieuwing, erkenningen medisch specialist en ontwikkelingen in de regio.

¹⁶ Univé-VGZ-IZA-Trias

¹⁷ De ING functioneert als huisbankier. De banken ontvangen de financiële verslaggeving (kwartaalrapportages en jaarrekening) en er vindt periodiek overleg plaats.

¹⁸ Het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WfZ) staat borg voor een aantal leningen en ontvangt uit dien hoofde ook de financiële verslaggeving.

3 Bestuur, toezicht, bedrijfsvoering en medezeggenschap

3.1 Normen voor goed bestuur

In dit jaardocument legt het Maasstad Ziekenhuis verantwoording af over het gevoerde beleid en de geleverde prestaties. In hoofdstuk vier wordt uitgebreid ingegaan op het gevoerde beleid en de prestaties. Het Maasstad Ziekenhuis hanteert de principes van de Zorgbrede Governancecode.

Enquêterecht

In gevolge artikel 6.2 van het uitvoeringsbesluit WTZi is in 2007 een artikel aan de statuten toegevoegd betreffende het enquêterecht. In dit artikel is opgenomen dat een representatieve organisatie die de patiënten van het Maasstad Ziekenhuis behartigt bevoegd is tot het indienen van een verzoek tot het instellen van een onderzoek naar het beleid en de gang van zaken van het Maasstad Ziekenhuis bij de Ondernemingskamer van het Gerechtshof te Amsterdam. De Ondernemingskamer beslist bij een concreet verzoek of de verzoekende partij voldoende representatief is voor een 'orgaan dat de patiënten van de instelling vertegenwoordigt'.

In 2009 heeft de Raad van Toezicht besloten dat het enquêterecht ook openstaat voor de patiëntenraad. In 2010 zal deze wijziging in de statuten worden doorgevoerd.

Vooruitblik op consequenties Zorgbrede Governancecode 2010

Met ingang van 1 januari 2010 is de nieuwe Governancecode van kracht. In deze nieuwe code zijn een aantal belangrijke wijzigingen doorgevoerd ten opzichte van de Zorgbrede Governancecode uit 2005. Voor het Maasstad Ziekenhuis zijn de volgende wijzigingen van belang:

Tabel 6 Wijzigingen in Zorgbrede Governancecode

Belangrijke wijzigingen in de nieuwe Governancecode 2010	Pas toe of leg uit (situatie eind 2009)
het expliciteren van de verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid	Past toe
Het beschrijven van de goedkeuringsbevoegdheden van de RvT	Leg uit Het Maasstad Ziekenhuis zal het reglement RvT hierop in 2010 aanpassen.
Het opnemen van een klokkenluidersregeling	Leg uit Het Maasstad Ziekenhuis heeft eind 2009 stil gestaan bij een klokkenluidersregeling. Tot een nieuwe regeling is het in 2009 nog niet gekomen, maar besloten is deze in 2010 vast te stellen.
Het aanscherpen van het artikel over belangenverstrengeling	Past toe
De herziening van codebepalingen over de dialoog met belanghebbenden	Leg uit Het Maasstad Ziekenhuis zal zijn statuten in 2010 aan deze code aanpassen.
De uitbreiding van de werking tot verbonden ondernemingen(en)/rechtspersonen	Past toe
De beperking van het aantal commissariaten van een RvT-lid	Past toe <i>Toelichting: Als we de Nederlandse Corporate Governancecode¹⁹ op dit punt toepassen op het Maasstad Ziekenhuis dan hebben 3 van de 5 RvT-leden te veel nevenfuncties. De RvB van het</i>

¹⁹ Hierin staat aangegeven dat het aantal commissariaten van een persoon bij Nederlandse beursvennootschappen niet meer dan vijf mag zijn, waarbij het voorzitterschap van een RvT of een RvC dubbel telt.

Belangrijke wijzigingen in de nieuwe Governancecode 2010	Pas toe of leg uit (situatie eind 2009)
	<i>Maasstad Ziekenhuis is echter van mening dat in de huidige situatie een goede taakvervulling en de beschikbaarheid in tijd en de flexibiliteit van de leden van de RvT gewaarborgd is.</i>
De regel dat tenminste een lid van de RvT beschikt over voor de zorgorganisatie relevante kennis en ervaring in de zorg	Past toe
Meer aandacht voor scholing van leden van de RvT	Past toe <i>Toelichting: Het reglement van de RvT zal in 2010 worden aangepast met een artikel over (de inhoud van) een introductie- of scholingsprogramma voor nieuw toetredende RvT-leden.</i>
Verantwoording door RvT in jaardocument	Leg uit Zal in de jaarverslaglegging over 2010 worden toegepast.
De eindverantwoordelijkheid van de RvB inzake kwaliteit en veiligheid in relatie tot de positie van de vrijgevestigde specialisten en hun vertegenwoordigend orgaan, de medische staf.	Leg uit De ontwikkelingen op dit gebied bij VWS ²⁰ , de NVZ en de Orde van Medisch Specialisten ²¹ worden door het Maasstad Ziekenhuis nauwlettend gevolgd.

3.2 Raad van Bestuur / Directie

3.2.1 Raad van Bestuur

Het Maasstad Ziekenhuis heeft een eenhoofdige Raad van Bestuur die bestaat uit de heer P.M.L. Smits. Bij het aantreden van de heer Smits in september 2004 is gekozen voor een eenhoofdige Raad van Bestuur om snel en slagvaardig het ziekenhuis op koers te krijgen. Daarbij is afgesproken dat deze keuze regelmatig bij de Raad van Toezicht wordt getoetst. In de statuten van het Maasstad Ziekenhuis staan de taken en bevoegdheden van de Raad van Bestuur nader beschreven.

3.2.1.1 Directieteam

De voorzitter van de Raad van Bestuur maakt deel uit van het directieteam, dat bestaat uit drie leden: de heer P.M.L. Smits, algemeen directeur en voorzitter, directeur zorg, dhr. A.R. Dirks en directeur beheer, dhr. F. Arnoldy. Samen vormden zij in 2009 de leiding van het ziekenhuis, waarbij de eindverantwoordelijkheid bij de algemeen directeur lag. Door het vertrek van een van de directeuren zorg in 2008 was binnen het directieteam een vacature ontstaan. De werving van een nieuwe directeur heeft in 2009 geleid tot een nieuwe aanstelling. Per 1 februari 2010 zal mevrouw drs. S. Baas toetreden tot het directieteam. De directie laat zich bij een aantal meer gespecialiseerde dossiers adviseren en ondersteunen door mensen met een bijzondere expertise (nieuwbouw, innovatie, medische zaken en marketing, communicatie & sales). Het Maasstad Ziekenhuis heeft een reglement waarin de taken en verantwoordelijkheden van de directie zijn vastgelegd.

De directie vergadert om de week in het bijzijn van de voorzitter van de medische staf, een lid van het stafbestuur, de manager Medische Zaken en de manager Marketing, Communicatie & Sales. De afstemming met de medische staf is daarmee gegarandeerd. De agenda van dit directieoverleg wordt ook besproken in het stafbestuur en is bekend bij de kernstaf. De (voorgenomen) besluiten die worden genomen in het directieoverleg worden binnen 48 uur bekend gemaakt aan de organisatie. Na eventueel

²⁰ betreffende een aanpassing van de toelatingsovereenkomst

²¹ betreffende een nieuw model voor een contractuele relatie tussen ziekenhuis en vrijgevestigd medisch specialisten

advies of instemming worden de besluiten bekrachtigd in het directieoverleg. De besluiten worden breed verspreid in het ziekenhuis. De afdelings- en zorgmanagers hebben direct inzage in de stukken op basis waarvan de besluiten zijn genomen. Ook worden de directiebesluiten en bijbehorende stukken op het intranet gecommuniceerd.

In 2009 nam het directieteam onder andere besluiten over de volgende onderwerpen:

- Uitbesteding arbodienstverlening V&R (overeenkomst met Maetis nv)
- Herindeling bedden capaciteit
- Meerjarenbegroting & begroting 2009
- Meerjareninvesteringsbegroting
- Risicoanalyse nieuwbouw
- Planning- en controlcyclus 2009
- Outsourcen van de catering (naar La Place)
- Sluiting van de SEH op locatie Clara
- Verbeteracties naar aanleiding van het medewerkerstevredenheidsonderzoek
- Regionale samenwerking met IC's in de regio Rijnmond
- Prestatie-indicatoren IGZ 2008
- Inzet medewerker patiëntenservice en joint venture met Zorgassist BV
- Rotterdamse Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling
- Validiteitsonderzoek HSMR
- Ontwikkelingssamenwerking met hopital Laquintinie in Kameroen
- Implementatie en verbeteracties naar aanleiding van het incident met de mogelijk defecte scopenreiniger
- Implementatie boardreview
- Zorgvernieuwingsprojecten
- Overname van De Ark door de Laurens Groep
- Eigen beheer van patiëntenvervoer
- Oprichting projectenbureau
- Project klantbeleving

Bovendien hebben de leden van het directieteam regulier overleg met de verschillende inspraakorganen van het ziekenhuis.

3.2.1.2 *Nevenfuncties*

De nevenfuncties van de Raad van Bestuur en de directieleden zijn bij de Raad van Toezicht bekend. De Raad van Toezicht heeft geconcludeerd dat geen sprake is van belangenverstrengeling. Een overzicht van de nevenfuncties van de Raad van Bestuur en de directieleden is opgenomen in bijlage 1.

3.2.1.3 *Beoordeling en bezoldiging*

De heer Smits heeft sinds 2008 een contract voor onbepaalde tijd. De hoogte van zijn honorering is vastgesteld op basis van niveau Q1²² van een rapport van onderzoeks- en adviesbureau Hay Group voor zowel het vaste als het variabele deel van het salaris. In 2009 is het vaste inkomen behoudens een jaarlijkse stijging met de cao niet bijgesteld. Het variabele deel is vastgesteld op maximaal 35%. Het maximale bedrag wordt uitgekeerd wanneer aan de volgende criteria wordt voldaan:

1. het verhogen van het marktaandeel met 0,4%;
2. het halen of beter doen dan de begroting.

²² niveau Q1 betekent dat 25% van de mensen met een overeenkomstig aantal Hay punten minder verdient en 75% van de mensen met eenzelfde aantal Hay punten meer verdient

De heer Smits voldoet met deze regeling niet aan de NVZD-regeling. De reden hiervoor is dat deze regeling niet marktconform is, rekening houdend met de omvang en de ligging van het Maasstad Ziekenhuis

In 2009 is een bonus uitgekeerd op basis van het gelijk blijven van het marktaandeel in 2008. De variabele beloning over het verslagjaar 2009 wordt toegekend na de definitieve vaststelling van de jaarrekening en is op het moment van schrijven nog niet bekend.

De ontslagvergoeding van de heer Smits is vastgesteld op maximaal 1 jaar.

3.3 Raad van Toezicht

De Raad van Toezicht heeft tot taak integraal toezicht te houden op zowel het opstellen als de uitvoering van het beleid van de Raad van Bestuur en de kwalitatieve invulling van diens taken. Daarnaast functioneert de Raad van Toezicht als adviseur en klankbord voor de Raad van Bestuur.

3.3.1 Samenstelling Raad van Toezicht

De Raad van Toezicht bestaat uit vijf leden. In bijlage 1 staan de personalia, evenals de hoofdbetrekking en nevenfuncties van de leden beschreven. Elk lid vervult met eigen kennis, inzichten en expertise zijn rol als toezichthouder. In bijlage 1 zijn de specifieke aandachtsgebieden per toezichthouder weergegeven. Naast deze specifieke aandachtsgebieden zijn de afzonderlijke leden zeer goed in staat om een juiste balans te vinden tussen de belangen van de patiënten, medewerkers, omgeving (verzekeraars, huisartsen en andere zorgaanbieders) en financiën.

Uit bijlage 1 blijkt tevens dat de leden van de Raad van Toezicht een onafhankelijke rol vervullen.

In 2009 zijn geen nieuwe leden voor de Raad van Toezicht benoemd. De leden van de Raad van Toezicht zijn benoemd voor een periode van 4 jaar met de mogelijkheid van 1 maal verlengen. Er is een rooster van aftreden vastgesteld door de Raad van Toezicht (zie bijlage 1).

3.3.2 Taken en werkwijze

De taken en bevoegdheden van de Raad van Toezicht zijn vastgelegd in de statuten van het Maasstad Ziekenhuis. De werkwijze is nader uitgewerkt in het reglement van de Raad van Toezicht. Het reglement omschrijft de toezichthoudende rol van de Raad en de wijze waarop de Raad verantwoording aflegt.

In 2009 is de Raad van Toezicht zeven maal bijeen geweest in aanwezigheid van de Raad van Bestuur. Daarnaast hebben er twee telefonische vergaderingen plaatsgevonden. De vergadering wordt voorbereid door de voorzitter van de Raad van Toezicht en de voorzitter van de Raad van Bestuur. Voor de vergadering wordt een "geannoteerde" agenda opgesteld, waarin de Raad van Toezicht uitgebreid wordt geïnformeerd over de verschillende onderwerpen en de vragen van de Raad van Bestuur aan de Raad van Toezicht. Aan de agenda worden de eventuele onderliggende stukken toegevoegd. Zonodig wordt tijdens de vergadering nog een korte presentatie gegeven.

Regelmatig terugkerende onderwerpen tijdens de vergaderingen waren:

- Meerjarenbeleid en –begroting
- Begroting 2009 / 2010
- Experiment winstuitkering
- Tussentijdse resultaten
- Samenstelling directieteam
- Bezoek Inspectie VMS
- Cardiochirurgie
- Ontwikkelingen nieuwbouw en financiering 1^e en 2^e fase
- Patiëntveiligheid
- Ketenvorming met of zonder externe financier

In 2009 heeft de Raad van Toezicht gesproken met een vertegenwoordiging van het Stafbestuur en de Patiëntenraad. In 2009 is een delegatie van de Raad van Toezicht een keer aanwezig geweest bij de vergadering van de Ondernemingsraad met de Raad van Bestuur.

3.3.3 Commissies

De Raad van Toezicht kent, gezien de omvang, geen formele separate commissies zoals een auditcommissie en een financiële commissie. Wel wordt een van de leden van de Raad van Toezicht daar waar nodig betrokken bij complexe financiële dossiers. In de vergadering van de Raad van Toezicht wordt dit besproken.

De Raad van Toezicht heeft jaarlijks een overleg met de externe accountant en zo nodig nog een keer tussentijds. De bevindingen van de accountants worden besproken in de vergaderingen met de Raad van Toezicht. In 2009 heeft de accountant tussentijds een controle uitgevoerd op basis van de tweede kwartaal cijfers. De bevindingen van de accountant zijn besproken met de Raad van Toezicht.

3.3.4 Evaluatie eigen functioneren

Eind 2008 heeft een uitgebreide evaluatie plaatsgevonden met de ondersteuning van een extern bureau. Het externe bureau heeft met alle individuele leden een gesprek gevoerd. De resultaten zijn besproken in een uitgebreid overleg van de Raad van Toezicht begin 2009. De resultaten gaven geen aanleiding om de huidige werkwijze bij te stellen. Eenzelfde evaluatie wordt herhaald in de loop van 2010.

3.4 Bedrijfsvoering

In dit hoofdstuk wordt de inrichting en werking toegelicht van de planning & control cyclus en de bestuurlijke informatievoorziening, alsmede de instrumenten om de strategie en het beleid te realiseren, te evalueren en bij te sturen. In hoofdstuk 4 wordt nader ingegaan op de strategische ambitie en koers van het ziekenhuis en de rol die de Theory of Constraints (ToC) speelt in de realisatie daarvan.

3.4.1 Planning- en control cyclus

3.4.1.1 *Uitvoering een gezamenlijke verantwoordelijkheid*

De uitvoering van de planning & control functie en de bestuurlijke informatievoorziening wordt door de bedrijfsadministratie (BA) en het bedrijfseconomisch bureau (BEB) gezamenlijk uitgevoerd. De producten waarvoor zij zorg dragen betreffen de rapportage van financiële resultaten, prognoses, bundeling van informatie, analyses, interne controle en economisch advies. De BA werkt continu aan verbetering van administratieve processen en professionalisering van de dienstverlening. Het BEB profileert zich meer en meer als ontwikkelaar en leverancier van managementinformatie op alle resultaatgebieden van de strategie (dus niet alleen financieel, maar ook kwaliteit en veiligheid, tevredenheid, innovatie).

3.4.1.2 *Jaarkalender*

De uitvoering van werkzaamheden in het kader van de Planning & Control (P&C) cyclus wordt bewaakt aan de hand van een door de directie vastgestelde jaarkalender. In deze jaarkalender zijn de mijlpaalmomenten benoemd waarop belangrijke P&C producten (bijvoorbeeld jaardocument, maand - en kwartaalrapportages) voor directie en management worden opgeleverd. De jaarkalender is een product van nauwe samenwerking tussen BA, BEB en de afdeling Personeelszaken. Deze afdelingen zijn primair verantwoordelijk voor een betrouwbare, tijdige en volledige administratie van personeel, productie, kosten en opbrengsten. Daarnaast spelen tal van andere afdelingen en vakgroepen een rol bij de aanlevering van gegevens ten behoeve van stuurinformatie over afgesproken resultaatgebieden van de strategie.

De jaarkalender bevat ook de planning van het proces van jaarplannen en begroting voor het volgende verslagjaar, alsmede de meerjarenbegroting. In 2009 heeft de ontwikkeling van een solide meerjarenbegroting voor de periode 2009-2012 veel aandacht gekregen. Deze meerjarenbegroting diende als uitgangspunt voor de start van de begroting voor 2010.

3.4.1.3 *Meerjarenbegroting 2009 - 2012*

In de eerste helft van 2009 is gewerkt aan de ontwikkeling van een begrotingsmodel om onze inkomsten/productie en uitgaven voor de periode van 2009 tot en met 2012 te voorspellen en te vertalen in toetsingskaders voor de jaarbegroting 2010. Ook is een robuuste doorvertaling gemaakt naar de periode tot en met 2019.

De (opschuivende) meerjarenbegroting is een hulpmiddel om meer grip te krijgen op veranderingen en risico's in onze omgeving. Met het rekenmodel kunnen via diverse scenario's (best case, worst case en most likely) de effecten worden doorgerekend voor de bedrijfsresultaten en prestatie-indicatoren.

De belangrijkste uitgangspunten voor de opbouw van de meerjarenbegroting zijn:

- onze marktambities inzake de groei van onze productie;
- gewenste verhouding omzet/kosten;
- de financiële gevolgen van de verhuizing en ingebruikname van de nieuwbouw in maart 2011;
- de stijging van de kapitaallasten als gevolg van het investeringsprogramma (zowel ingebruikname nieuwbouw als omvangrijke investeringen in nieuwe (medische) apparatuur);
- de personele ontwikkelingen (arbeidsmarkt, CAO-gevolgen).

In juni was het model ver genoeg ontwikkeld om hiermee de toetsingskaders voor het begrotingsproces voor 2010 te bepalen.

3.4.1.4 Kwartaalsturing, maandsturing en introductie Board review

In 2009 is het proces van kwartaalsturing verbeterd. Per kwartaal verantwoordt de directie zich over het gevoerde (met name financiële) beleid en wordt een verlies & winstrekening en balans gepresenteerd, voorzien van een toelichting en risicoanalyse. De kwartaalcijfers worden ook beoordeeld door de externe accountant.

Naast de verantwoording naar Raad van Toezicht en financiers, legt het management van de zorgeenheden en afdelingen ieder kwartaal verantwoording af over door hen behaalde resultaten inzake productiegroei/groei marktaandeel, financiën, kwaliteit/veiligheid en klanttevredenheid. In de voor deze gesprekken benodigde stuurinformatie wordt voorzien door een webportal, waarin op de afdelingen toegesneden rapportages en dashboards met prestatie indicatoren door management en directie zijn te raadplegen. In de kwartaalrapportages wordt steeds meer aandacht besteed aan de samenhang van de ontwikkelingen tussen de verschillende resultaatgebieden.

Parallel aan de kwartaalsturing is in 2009 een nieuw sturingsinstrument ontwikkeld, de zogenoemde Board review. Vanaf april wordt iedere vierde dinsdag van de maand het presteren van het ziekenhuis, op ziekenhuis- en afdelingsniveau door de directie beoordeeld en worden acties afgesproken om prestaties op het gebied van productiegroei, financiën, kwaliteit/veiligheid, klanttevredenheid, service en efficiency te verbeteren. Ook worden alle verbeterprogramma's en innovatieprojecten besproken. Met deze brede set prestatie-indicatoren speelt het ziekenhuis in op de veranderingen in zijn omgeving, toenemende risico's, meer marktwerking en de overgang naar outputfinanciering, die nieuwe eisen stelt aan de bedrijfsvoering.

De introductie van de Board reviews vloeit voort uit de wens van de directie om dichter op de bal te spelen en sneller te kunnen bijsturen als de resultaten te veel afwijken van afgesproken doelen. Als hulpmiddel bij de analyse van geleverde prestaties is een nieuwe balanced scorecard (BSC) ontwikkeld met zo'n 80 indicatoren, die maandelijks worden ververs. Eind 2009 was dit nieuwe concept voldoende ontwikkeld om uit te rollen naar de organisatie en is het management voorgelicht over de werking van de nieuwe BSC. In 2010 vormt dit nieuwe instrument de basis voor de maandelijkse sturingscyclus waarop de organisatie is overgestapt.

3.4.1.5 *Interne controle functie steviger verankerd*

In 2009 zijn diverse verbetermaatregelen doorgevoerd in de bedrijfsprocessen die door onze externe accountant bij jaarrekening 2008 en de Management Letter 2008 waren geadviseerd. Daarnaast is voor de onafhankelijke toetsing van de kwaliteit van de uitvoering van de bedrijfsprocessen een intern controle plan opgesteld en uitgevoerd.

De essentie van het interne controle plan was dat in 2009 de grootste risico's in de als kritisch aangemerkte bedrijfsprocessen (project nieuwbouw, DBC-registratie en facturatie, crediteuren- en voorraadadministratie en personeelsadministratie) zijn gedefinieerd en met gegevensgerichte controles zijn beoordeeld. De rapportages en aanbevelingen naar aanleiding van deze beoordelingen hebben op tal van punten tot verbetering van de AO/IC (Administratieve Organisatie/Interne Organisatie) geleid.

Op het terrein van de beschrijving van AO/IC procedures is een handboek AO/IC voor het project nieuwbouw ontwikkeld en zijn er stappen gezet om dit handboek uit te breiden met de beschrijving van de AO/IC van het Programma Ingebruikname Nieuwbouw (PIN) en de Ontwikkeling Zorgboulevard. Ook is een financiële rapportage ontwikkeld die een verbeterd inzicht geeft in de kosten van het project, de uitputting van toegekende budgetten en de toekomstige dekking uit inkomsten.

De nieuwbouw van het Maasstad Ziekenhuis is een omvangrijk en complex project en kent vele daaraan verbonden risico's. Reden waarom deze risico's op gestructureerde wijze via een risicomonitor worden geanalyseerd en beheerst. Gedurende het verslag jaar is de risicomonitor uitgebreid met onderwerpen vanuit Programma Ingebruikname Nieuwbouw (PIN) en de ontwikkeling van de Zorgboulevard. De risicomonitor wordt maandelijks besproken in de Board review en geactualiseerd in een overleg tussen de direct verantwoordelijke managers.

Tenslotte kan in dit verband vermeld worden dat de beschrijvingen van het inkoopproces en de investeringprocedure uit 2007 zijn geactualiseerd. Dit was nodig in verband met een veranderde werkwijze (met CCPM- tools) binnen het ziekenhuis. Deze CCPM methodiek wordt in paragraaf 4.3.1 nader beschreven.

3.4.1.6 Kaderregeling AO/IC DBC's

Op grond van de beoordeling van het opgestelde verantwoordingsdocument en de onafhankelijke toetsing van de uitkomsten van steekproeven, is door onze externe accountant vastgesteld dat het Maasstad Ziekenhuis voldoet aan de eisen zoals opgenomen in de "Regeling administratieve organisatie en interne controle inzake DBC registratie en facturering 100.060". De afgifte van de DBC bestuursverklaring vond plaats op 12 februari 2010.

In 2008 zijn een aantal verbetermaatregelen doorgevoerd die in 2009 verder zijn uitgebouwd. Zo is de aanschaf van de financiële bewakingssoftware ValueCare een hulpmiddel geweest bij de juiste, tijdige en volledige registratie en facturatie van DBC's en bijbehorende zorgactiviteiten. Deze applicatie is in 2009 uitgerold bij de medisch specialisten en de Zorgadministratie zelf. Hierover zijn ook specifieke afspraken gemaakt en doelstellingen bepaald.

Er is tevens een aantal verbeterpunten doorgevoerd:

1. *Verbetering aanlevering en controle implementatie tarieven B-segment.*
De juiste invoering van deze tarieven is terug te zien in het lage aantal fouten bij de steekproefcontrole.
2. *Verbijzondering en uitbreiding van de interne controlewerkzaamheden.*
Binnen het Maasstad Ziekenhuis is een aparte onafhankelijke IC functionaris aangesteld die toeziet op de uitvoering van de steekproefcontrole en het beschrijven van de AO/IC betreffende de DBC-facturatie en -registratie. Bevindingen worden aan de directie gerapporteerd.
3. *Periodieke uitvoering (per kwartaal) van de onafhankelijke steekproefcontrole en controle Onderhanden werk.*
4. *Verbetering van de tijdigheid van documentatie en rapportage rondom risicoanalyses, mitigerende beheersmaatregelen en interne controle werkzaamheden.*

Uitkomsten steekproefcontrole 2009

In totaal is een foutfractie geconstateerd van 2,0, waar een foutfractie van 5 is toegestaan en daarmee is het niveau van registreren in 2009 voldoende. De geconstateerde fouten hadden betrekking op onterechte DBC-registraties. De geconstateerde fouten zullen worden teruggekoppeld naar het betreffende specialisme en de basisregistratie zal aangepast worden.

Voor het jaar 2010 zal het Maasstad Ziekenhuis zich richten op de volgende punten:

- Tijdige en correcte implementatie van de tarieven van ons B-segment;
- Snellere periodieke (maandelijks) controle en rapportage van de onafhankelijke steekproefcontrole;
- Beleid maken in het kader van privacy wet- en regelgeving en dossiercontrole t.b.v. de interne controle gedurende het jaar;
- Uitbreiding van onze financiële bewakingsdienst naar andere deelgebieden;
- Updaten werkafspraken en machtigingen met de verschillende zorgeenheden.

3.4.2 Bestuurlijke informatievoorziening

Het merendeel van de informatie die nodig is om de doelstellingen van het ziekenhuis op strategisch, tactisch en operationeel niveau te realiseren en bij te sturen, is afkomstig uit bronregistraties die door verschillende afdelingen worden bijgehouden en beheerd. De gegevens worden voornamelijk via geautomatiseerde systemen (zoals het ziekenhuisinformatiesysteem EZIS) periodiek in het datawarehouse van het ziekenhuis ingelezen. Vanuit dit datawarehouse worden periodieke rapportages gemaakt voor de Raad van Toezicht, de directie, het management en externe stakeholders (zoals banken en zorgverzekeraars). Gestandaardiseerde rapportages en voor afdelingen op maat gesneden dashboards kunnen met behulp van de rapportagetool Webfocus continu vanaf elke computer met een netwerkaansluiting worden ingezien. Zo'n 250 medewerkers maken van deze raadpleegfunctie gebruik.

De prestaties van ons ziekenhuis worden gemeten en inzichtelijk gemaakt door middel van prestatie-indicatoren die, in voor afdelingen en directie op maat gesneden dashboards, periodiek (wekelijks,

maandelijks en per kwartaal) beschikbaar komen. De indicatoren zijn ingedeeld naar de vier pijlers van onze strategie:

- zorginhoudelijke informatie (over kwaliteit en veiligheid);
- groei van de productie (van zowel het gereguleerde als het geliberaliseerde segment van ziekenhuiszorg);
- de financiële performance;
- de tevredenheid van onze klanten.

Per indicator geldt een norm waaraan de realisatie wordt gespiegeld.

In paragraaf 4.2 wordt elk van deze pijlers uitvoerig besproken en worden voor 2009 de doelstellingen en de realisatie met elkaar vergeleken.

3.4.2.1 *Prestatie-indicatoren*

In navolging van de deelname aan de pilot in 2008, heeft het Maasstad Ziekenhuis in juni 2009 over de kwaliteitsindicatoren van 10 aandoeningen gegevens aangeleverd aan het landelijk project Zichtbare Zorg²³.

Het registreren en meten van deze prestaties biedt inzicht in de veiligheid, effectiviteit en doelmatigheid van de geleverde zorg en geeft informatie over de organisatie van de zorg van een specifieke aandoening. Dit inzicht is waardevol voor een beter begrip van de primaire processen en draagt bij aan transparantie. In het najaar zijn de voorbereidingen gestart voor de verzameling en validatie van kwaliteitsindicatoren voor nog eens 13 aandoeningen die medio april 2010 aan Zichtbare Zorg moeten worden aangeleverd. Dit gebeurt in nauwe samenwerking met de verscheidene vakgroepen.

Vanaf 2007 levert het ziekenhuis ook jaarlijks informatie aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) over de kwaliteit van de geleverde zorg.

Medio 2009 is een project gestart om de interne verzameling en aanlevering van zowel de Zichtbare Zorg als de IGZ-indicatoren nog meer geautomatiseerd te laten plaatsvinden. De geplande opleverdatum van dit project is medio mei 2010.

In 2009 heeft het Maasstad Ziekenhuis aanvullende informatie over de kwaliteit van de geleverde zorg aangeleverd aan de zorgverzekeraars Achmea en UVIT. Deze indicatoren werden in de onderhandelingsgesprekken gebruikt om kwaliteit van zorg bespreekbaar te maken en hierover afspraken te maken. De aangeleverde indicatoren werden door Achmea ook gebruikt om te beoordelen of ons ziekenhuis in aanmerking komt voor de status van preferent ziekenhuis voor één of meerdere DBC's uit het B-segment.

3.4.3 **Risicomanagement**

Het Maasstad Ziekenhuis stuurt op de risico's die van invloed zijn op de (realisatie van) doelstellingen van het ziekenhuis door deze risico's inzichtelijk te maken en beheersbaar te houden. Doordat de sector en dus ook het Maasstad Ziekenhuis zich middenin een stelselwijziging van bekostiging bevindt en bovendien geraakt wordt door de huidige economische crisis, is het belang van risicobeheersing sterk toegenomen. In deze paragraaf staan de belangrijkste risico's en maatregelen genoemd om deze risico's weg te nemen en/of de negatieve effecten ervan te reduceren.

²³) Dit project is een gezamenlijk initiatief van NPCF, Consumentenbond, NFU, NVZ vereniging van ziekenhuizen, IGZ, Orde van Medisch specialisten, V&VN, ZN. Het heeft als doel het meten van kwaliteitsprestaties onder één bestuurlijke structuur te bundelen, te implementeren en te onderhouden.

3.4.3.1 *Wijzigingen in bekostiging en financiering*

Governance brief VWS "Ruimte voor rekenschap" leidt tot on hold zetten winstexperiment

Een aantal (financiële) incidenten uit de afgelopen jaren (bijv. IJsselmeerziekenhuizen, Orbis, Twenteborg ziekenhuizen), hebben bij de overheid tot een herbezinning geleid op de invulling van haar rol ten aanzien van borging van de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid, betaalbaarheid en bereikbaarheid van de zorg. Bij deze incidenten zijn door instellingsbesturen strategische beslissingen genomen met grote maatschappelijke gevolgen en waarbij de continuïteit van de zorgverlening aan cliënten niet langer gewaarborgd was. Op 9 juli 2009 heeft de minister van VWS een uitgebreide brief over dit thema aan de Tweede Kamer aangeboden onder de titel: Ruimte voor rekenschap.

In deze brief licht de minister toe dat er aanvullende maatregelen noodzakelijk zijn om de sector helderheid te bieden over wat wel en niet is toegestaan op het gebied van samenwerking en over de rolverdeling van de verschillende toezichthouders (waaronder met name IGZ, NMa en NZa). Deze maatregelen worden nodig geacht om in het gevoerde beleid in instellingen in de cure en de care niet langer de marktpositie of bestuurdersbelangen centraal te stellen, maar goede zorg aan cliënten.

Last but not least wordt in deze beleidsbrief ook een standpunt ingenomen inzake de mogelijkheid van de verwerving van privaat kapitaal van investeerders door zorginstellingen. Het kabinet ziet weliswaar het nut van de instroom van risicodragend kapitaal uit deze hoek, maar wil vasthouden aan het uitgangspunt dat behaalde winst voor de zorgonderneming behouden moet blijven en niet aan deze kapitaalverschaffers mag worden uitgekeerd. Met een wettelijk te verankeren begrenzing van de invloed van risicodragende kapitaalverschaffers op strategische besluitvorming, wil het kabinet geen ruimte bieden aan commerciële zorginstellingen.

Dit standpunt betekent dat de minister een experiment met winstuitkering aan investeerders niet langer nodig en wenselijk vindt. Het Maasstad Ziekenhuis heeft zich bij deze beslissing neergelegd en wacht verdere standpunten van de minister over de mogelijkheden van winstuitkering af. Door de val van het kabinet is eventuele positieve besluitvorming minstens uitgesteld tot na de totstandkoming van een nieuwe regering.

Overgang naar prestatiebekostiging in 2011 maar met (tijdelijk) "budgetplafond"

Op 19 januari 2010 heeft de minister van VWS in een uitgebreide brief (Waardering voor betere zorg IV) aan de Tweede Kamer zijn plannen bekend gemaakt ten aanzien van de modernisering van de ziekenhuiszorg en de verdere liberalisering van de prijzen. De brief is tevens de reactie op de adviezen van de NZa van oktober 2009 over de uitbreiding van het B-segment en de overgang naar prestatiebekostiging.

De gevolgen van deze "tweede revolutie in de gezondheidszorg", zoals minister Klink de plannen noemt, zijn groot en brengen de nodige onzekerheden met zich mee maar zeker ook kansen. We gaan immers definitief over naar een systeem waarin geleverde prestaties en goede kwaliteit worden beloond. En dat is in lijn met de strategische koers van het Maasstad Ziekenhuis. Ons uitgangspunt is altijd geweest dat we 'government proof' moeten zijn. Daarom bereidt het Maasstad Ziekenhuis zich goed voor op de invoering van de plannen. Het Maasstad Ziekenhuis brengt de implicaties voor o.a. de bronregistratie, ICT, marketing en verkoop (productprijzen), omzetberekeningen, begroting 2011 en meerjarenbegroting, managementinformatie en de specialisteninkomens in kaart en de benodigde aanpassingen worden doorgevoerd.

Bekostiging brandwondenzorg

Binnen de bestaande bekostigingssystematiek is de dekking voor de kosten van behandeling van brandwondenpatiënten in gespecialiseerde centra niet goed geregeld. Vooruitlopend op de overgang naar het nieuwe systeem van prestatiebekostiging, willen het Maasstad Ziekenhuis en de twee andere brandwondencentra (Martini Ziekenhuis Groningen en Rode Kruis Ziekenhuis in Beverwijk), compensatie voor de verliesgevende exploitatie van deze bovenregionale functie in de periode 2004 tot 2010. Samen met de zorgverzekeraars is in 2009 een onderbouwd verzoek voor compensatie bij de NZa ingediend. Dit verzoek is thans in behandeling bij de NZa.

Met DBC onderhoud wordt gewerkt aan de ontwikkeling van eenduidige en transparante brandwondenproducten en een adequate tariefstelling binnen het nieuwe systeem van zorgproducten DOT.

Kapitaallasten: onzekerheid over aangepaste overgangsregeling duurt voort

Gelet op de situatie van nieuwbouw, met een verhuizing per maart 2011 en de daaraan verbonden stijging van onze kapitaallasten, is extra aandacht nodig voor de ontwikkelingen op dit dossier.

Begin 2009 is op advies van de commissie Havermans door de NZa een beleidsregel vastgesteld waarin een afbouwtermijn van drie jaar is opgenomen voor de overgang naar volledige risicodragendheid voor kapitaallasten. De regel garandeert dat in 2009 nog 75% van de met het B-segment samenhangende kapitaallasten wordt vergoed (via nacalculatie). Dit percentage daalt in 2010 en 2011 naar respectievelijk 50 en 25 %. Bij een nieuwe overheveling geldt dezelfde afbouw in jaren en percentages. Voor de financiering van de resterende met het B-segment samenhangende kapitaallasten van respectievelijk 25, 50 en 75 % geldt dat deze moeten worden gedekt door de vrij overeen te komen tariefafspraken met zorgverzekeraars. De uitvoering van de beleidsregel is door ziekenhuizen en verzekeraars als zeer moeilijk uitvoerbaar gekwalificeerd. Ook het Maasstad Ziekenhuis heeft in overleg met de verzekeraars voor een integrale kapitaallasten benadering gekozen. Aanvullende besluitvorming van het Ministerie en NZa wordt op korte termijn verwacht, maar is op het moment dat dit jaardocument wordt geschreven niet beschikbaar.

Voor het Maasstad Ziekenhuis en de aanstaande oplevering en ingebruikname van de nieuwbouw zijn deze zaken zeer actueel. Ten aanzien van de boekwaardeproblematiek van de oude gebouwen is in 2007 een deal gesloten met verzekeraars, het ministerie van VWS en de NZa. Deze deal leidt tot versnelde afschrijving van de oude locaties, waarbij een deel van de extra lasten door verzekeraars wordt vergoed en een deel voor eigen rekening van het ziekenhuis komt. In de resultaten voor de jaren 2007 tot en met 2010 zijn/worden deze effecten verwerkt.

Ter beperking van de stijging van de kapitaallasten bij ingebruikname is daarnaast in 2009 een verzoek aan de minister gedaan om de kapitaallasten die samenhangen met fase 2 van de nieuwbouw, alsnog onder de investeringsssom te brengen voor de fase 1, waarvoor destijds vergunning ex WTZI is verleend. Vanwege die vergunning leidt dat binnen vigerende overgangsregeling tot lagere kapitaallasten.

3.4.3.2 De toenemende concurrentie in het verzorgingsgebied

Het Maasstad Ziekenhuis is niet de enige zorgaanbieder in de regio Rijnmond met groeiambities. De groei van omliggende ziekenhuizen en de komst van ZBC's leiden tot toenemende concurrentie, die blijvend druk zet op de ambities van Maasstad Ziekenhuis. Het Maasstad Ziekenhuis blijft zich daarom inzetten een goede toegang tot en doorstroming van de zorg aan patiënten te bieden en deze zorg tegen een aantrekkelijke prijs en uitstekende kwaliteit te leveren.

3.5 Patiëntenraad

In het najaar van 2005 is een Patiëntenraad geïnstalleerd voor de behartiging van de gemeenschappelijke belangen van de cliënten van het Maasstad Ziekenhuis.

3.5.1 Taken en werkwijze

Voor de werkzaamheden van de Patiëntenraad is een reglement vastgesteld. De Patiëntenraad werkt op basis van een jaarplan. Tevens wordt een jaarverslag opgesteld. Beide staan op de website van het ziekenhuis gepubliceerd. In 2009 is de Patiëntenraad zes maal bijeen geweest zowel voor onderling overleg als voor overleg met de directie. Daarnaast onderhoudt de Patiëntenraad contacten en voert overleg met personen en instanties binnen het ziekenhuis. Voorbeelden zijn het projectbureau nieuwbouw, de klachtenfunctionarissen en de ondernemingsraad.

De Patiëntenraad bezoekt jaarlijks tenminste een afdeling. In 2009 zijn de afdeling cardiologie en het brandwondencentrum bezocht. Door zijn inbreng probeert de Patiëntenraad een bijdrage te leveren aan de besluitvorming binnen het ziekenhuis, zodat naast de andere belangen, juist het patiëntenbelang de vereiste aandacht krijgt. Bovendien signaleert de Patiëntenraad punten voor verbetering en draagt daar naar vermogen aan bij.

De Patiëntenraad ontvangt jaarlijks een budget. Kosten worden gemaakt voor lidmaatschap van het Netwerk Cliëntenraden in de Zorg, voor onkosten voor de jaarlijkse verdiepingsdag en voor vacatiegeld van de leden. Tevens beschikt de Patiëntenraad over die faciliteiten die voor een goed functioneren noodzakelijk zijn.

3.5.2 Adviezen en inbreng

- Het jaarverslag 2008 en de realisaties t/m het derde kwartaal 2009 zijn besproken. De begroting 2010 was voor het jaareinde nog niet voor advisering beschikbaar.
- De Patiëntenraad heeft zich in 2009 verdiept in de kwestie van mogelijk disfunctionerende specialisten naar aanleiding van de affaire met de neuroloog in het Medisch Spectrum Twente. De directie is gevraagd of zulke situaties ook in het Maasstad Ziekenhuis zijn voorgekomen, hoe is ingegrepen, welke acties zijn ondernomen naar gedupeerde patiënten en wat wordt gedaan om disfunctioneren van zorgverleners te voorkomen. De directie heeft geantwoord dat in het verleden een aantal malen snel is ingegrepen en dat momenteel een aantal systemen functioneren die naar verwachting het eventueel niet goed functioneren signaleren en bespreekbaar maken. De Patiëntenraad is doorgeslagen op het punt dat hierbij grotendeels sprake is van zelfregulering maar dat de directie verantwoordelijk blijft voor de kwaliteit en de veiligheid van de geleverde zorg. De Patiëntenraad had bij die opstelling steun aan de opvatting van de Minister van WVS zoals die tot uiting kwam in de brief aan de Tweede Kamer van 9 juli 2009 (Ruimte en rekenschap voor ondernemen). Het overleg over deze kwestie is nog gaande.
- De Patiëntenraad is met twee adviesplichtige kwesties geconfronteerd waarbij de inschakeling niet bevredigend is verlopen. Het betreft de sluiting van de Spoedeisende hulp op de locatie Clara en de inschakeling van Assist voor uitbesteding van ondersteunende diensten bij de patiëntenzorg. Er zijn afspraken gemaakt om dit in het vervolg beter te laten verlopen.
- Over een nieuw reglement voor klachtenprocedure heeft de Patiëntenraad opmerkingen gemaakt. Hierop is een reactie gekomen waarmee de Patiëntenraad niet tevreden is. Het overleg hierover wordt in 2010 voortgezet. Naar aanleiding van Inspectierapporten heeft de Patiëntenraad zich opnieuw met de voortgang van het VMS beziggehouden. Er zijn afspraken gemaakt voor intensivering van het overleg hierover.
- De Patiëntenraad heeft in april en in december op de nieuwbouw een rondleiding gehad. Daaraan voorafgaand heeft het Bouwteam presentaties verzorgd.
- Op de jaarlijkse verdiepingsdag heeft de Patiëntenraad zich laten informeren en uitvoerig stil gestaan bij het marketing- en promotiebeleid van het Maasstad Ziekenhuis.

3.6 Ondernemingsraad

De ondernemingsraad brengt op basis van zijn wettelijke taak gevraagd en ongevraagd advies uit aan de directie over onderwerpen die de medewerkers van het Maasstad Ziekenhuis aangaan. De bevoegdheden van de ondernemingsraad worden ontleend aan de Wet op de Ondernemingsraden (WOR), de CAO ziekenhuiswezen, de Arbeidsomstandigheden Wet. Deze bevoegdheden, evenals de taakverdeling en werkwijzen van de ondernemingsraad, zijn vastgelegd in een reglement. Om deze wettelijke taak goed te kunnen uitoefenen, vinden verschillende overlegvormen plaats. De reguliere vergaderingen van de OR vinden wekelijks plaats op dinsdag. In 2009 hebben er zesentwintig reguliere vergaderingen plaatsgevonden. In 2009 hebben zeven overlegvergaderingen met de directie plaatsgevonden. Een week voorafgaande aan de overlegvergaderingen heeft het dagelijks bestuur van de OR een agendaoverleg met de directie ter voorbereiding van de overlegvergadering. Ook de Raad van Toezicht, de patiëntenraad en de Verpleegkundige Adviesraad zijn een gesprekspartner van de ondernemingsraad. De overlegvergaderingen met de directie zijn openbaar. De OR heeft ook regelmatig contact met de vakbonden in het kader van de voorbereidingen voor het sociaal plan en andere reorganisaties. De ondernemingsraad gaat twee x drie dagen per jaar op cursus. De ondernemingsraad bestaat uit dertien leden. Van deze dertien leden is een dagelijks bestuur gekozen van drie personen. Om de medezeggenschap op de vele specialistische terreinen goed uit te kunnen voeren, heeft de ondernemingsraad diverse commissies samengesteld met een eigen aandachtsgebied. De volgende vier commissies waren in 2009 actief:

- Commissie Personeel
- Commissie Zorg
- Commissie Veiligheid, Gezondheid, Welzijn en Milieu
- Commissie Beheer

3.6.1 Taken en werkwijze

De ondernemingsraad heeft als belangrijke taak bij veranderingen in de organisatie de belangen van de werknemers te behartigen; dit wordt in alle overleggen met de directie benadrukt. De ondernemingsraad van het Maasstad Ziekenhuis heeft een proactieve werkwijze. Dit houdt in dat de plannen van de directie veelal op hoofdlijnen worden doorgesproken en na advies van de ondernemingsraad verder worden uitgewerkt. Slechts indien er op enig moment van het advies afgeweken wordt, komt het betreffende onderwerp opnieuw ter sprake. De proactieve werkwijze houdt ook in dat de OR vroegtijdig in het proces bij de plannen betrokken is en de totstandkoming ervan op de voet volgt. In de voorbereidende fase van de ontwikkeling van plannen denkt en praat de ondernemingsraad al mee. Waar mogelijk stelt de ondernemingsraad randvoorwaarden op.

De ondernemingsraadcommissies hebben regelmatig overleg met de verantwoordelijke managers om op de hoogte te blijven van wat er speelt in de organisatie en om de juiste gang van zaken bij de voortgang van plannen te bewaken.

3.6.2 Adviezen en instemmingsaanvragen

De ondernemingsraad heeft het afgelopen jaar over een divers aantal onderwerpen advies uitgebracht en instemming gegeven.

De uitgebrachte adviezen betroffen de volgende onderwerpen:

- Businessplan Maasstad Ziekenhuis – Assist B.V.
- Sluiting SEH locatie Clara
- Samenvoeging Zorgeenheden LIND en HOMID
- Overname de Ark door Laurens

De ondernemingsraad heeft in 2009 met de volgende onderwerpen ingestemd:

- Versneld overschalen verpleegkundigen
- Verhuiskostenvergoeding
- Uitbreiding MKA regeling
- Tijdelijke wijziging samenstelling werknemersklachtencommissie

-
- Aanpassing financieringsarrangement
 - Businessplan outsourcen catering
 - Vaststellen opleidingsreglementen
 - Aanpassing werktijden observatorium

3.7 Vereniging Medische Staf

De medisch specialisten zijn georganiseerd en vertegenwoordigd in de Vereniging Medische Staf (VMS). Op 31 december 2009 telde de VMS van het Maasstad Ziekenhuis 187 leden. Het bestuur bestaat uit zeven leden (zie bijlage 1). De VMS heeft een eigen begroting en jaarrekening.

3.7.1 Taken en werkwijze

De taken en werkwijze van het bestuur van de VMS zijn vastgelegd in een reglement.

Het bestuur overlegt maandelijks met de leden van de VMS in de kernstafvergadering, waarin elke vakgroep door een kernstaflid wordt vertegenwoordigd. In deze vergadering vindt besluitvorming plaats over adviesaanvragen vanuit de organisatie, beleidsvoornemens en zorginhoudelijke aangelegenheden. Tweemaal per jaar is er een algemene ledenvergadering waarin onder andere de bestuursverkiezing plaatsvindt en de jaarrekening wordt vastgesteld.

Het bestuur van de VMS en de directie van het Maasstad Ziekenhuis vergaderden in 2009 maandelijks. Daarnaast neemt een afvaardiging van het VMS-bestuur (voorzitter en secretaris) deel aan het directieoverleg.

Onderwerpen

Belangrijke onderwerpen die in 2009 speelden en aan de orde kwamen tijdens de kernstafvergaderingen c.q. het periodieke overleg tussen het VMS-bestuur en de directie waren de volgende.

- *Kwaliteitsbeleid*

Stafbestuur en directie trokken gezamenlijk op bij het verzamelen van gegevens voor de prestatie-indicatoren. De gegevens zijn gepresenteerd in de kernstafvergadering en verbeteracties zijn gezamenlijk opgesteld. De inspanningen van de afgelopen jaren op gebied van kwaliteit werpen hun vruchten af, het ziekenhuis steeg in de AD ziekenhuis top-100 naar een 35^e plek.

Aandacht is gegeven aan de HSMR (Hospital Standardized Mortality Ratio). Cijfers van afgelopen jaar zijn geanalyseerd en daarbij is geconcludeerd dat de registratie aanzienlijk verbeterd moet worden om betrouwbare sterftcijfers te kunnen presenteren.

Na een pilot vorig jaar, zijn in 2009 met de meeste medisch specialisten 360° -feedbackgesprekken gevoerd in het kader van IFMS (individueel functioneren medisch specialisten). Dit traject zal begin 2010 worden afgerond na gesprekken met de resterende specialisten.

In 2009 is hard gewerkt aan de oprichting van de Maasstad Academie. Hierin worden, onder leiding van één van de medisch specialisten, de activiteiten op het gebied van opleiding, ontwikkeling en onderzoek in het Maasstad Ziekenhuis gebundeld en geprofessionaliseerd. Begin 2010 gaat de Maasstad Academie formeel van start.

- *Regionale samenwerking*

De positie van het Maasstad Ziekenhuis in de regio kent verschillende succesvolle samenwerkingsvormen waarin medisch specialisten participeren.

- Op het gebied van de Intensive Care, Medische Microbiologie en de Ziekenhuisapotheek zijn samenwerkingsovereenkomsten gesloten met ziekenhuizen uit de regio.
- Participatie van gynaecologen, maag-darm-lever-artsen, neurologen, orthopeden en radiologen in het Diagnostisch Centrum Rotterdam.
- Inrichting van een medisch psychiatrische unit in samenwerking met het Delta psychiatrisch Centrum voor de behandeling van patiënten met gecombineerde psychosomatische pathologie.
- In de relatie met huisartsen is geïnvesteerd door verschillende specialisten nascholing te laten verzorgen en de organisatie van het Beterevenement op 26 november 2009.

- *Zorginhoudelijk*
- *ICT*

In 2009 zijn belangrijke ICT-verbeterslagen doorgevoerd om het zorgproces te ondersteunen. Na de introductie van EVS (elektronisch voorschrijven van medicatie) op de polikliniek in 2008 is het EVS ook klinisch ingevoerd, zodat ultimo 2009 in het Maastricht Ziekenhuis alle medicatie elektronisch wordt voorgeschreven en de toediening elektronisch wordt geregistreerd.

De opzet van het EPD (Elektronisch Patiënten Dossier) vroeg eveneens veel aandacht en inzet van de verschillende vakgroepen. Eind 2009 zijn de eerste 4 vakgroepen volledig elektronisch gaan werken. In 2010 volgen de overige vakgroepen, zodat bij het betrekken van de nieuwbouw geen papieren patiëntenstatussen verhuisd moeten worden.

De ICT-projecten zijn regelmatig besproken in de kernstafvergaderingen, evenals de nazorg bij het oplossen van de (kennelijk onvermijdelijke) problemen.

- *Overige onderwerpen*
 - Werving en selectie van medisch specialisten;
 - Introductieprogramma medisch specialisten en arts-assistenten;
 - Zorgvernieuwingsactiviteiten;
 - Inhuisstrategie Nieuwbouw;
 - Vaststellen diverse procedures, zoals reglement OK-complex, proefplaatsing/buikleen medische apparatuur en instrumenten, (tijdig) wijzigen van spreekuren.

De relatie tussen (het bestuur van) de VMS en de directie is over het algemeen gesproken goed. Op diverse posities participeren medisch specialisten in ziekenhuiscommissies en werkgroepen samen met het ziekenhuismanagement. Om dit succesvol te kunnen doen, is duidelijkheid en overeenstemming nodig over de te volgen leiderschapsprincipes. Het stafbestuur en verschillende medisch specialisten hebben in 2009 een leiderschapstraining gevolgd, waarbij ze geschoold zijn in de 'Theory of Constraints' die het ziekenhuis hanteert. Doel is een vlotte doorstroming van patiënten door het zorgtraject (korte wachtlijsten en opnameduur) en een strakke sturing van verschillende projecten door een optimale benutting van mensen en middelen.

Deze gezamenlijke aanpak heeft ertoe geleid dat het ziekenhuis snel kan inspelen op veranderende omstandigheden in de markt en de afgelopen jaren belangrijke vooruitgang heeft geboekt.

3.8 Verpleegkundige adviesraad

De Verpleegkundige Adviesraad (VAR) is een adviesorgaan voor de verplegende en verzorgende beroepsgroep. Het hoofddoel van de VAR is het verbeteren en waarborgen van de kwaliteit van de verpleegkundige zorg in het ziekenhuis die moet leiden tot een optimale patiëntenzorg.

3.8.1 Taken en werkwijze

- Adviseren van de directie over het beleid met betrekking tot de verpleegkundige zorg van de verpleegkundigen en verzorgenden.
- Adviseren van de directie gebeurt alleen over onderwerpen waar de directie en VAR beide belang bij hebben.
- Bijdragen aan deskundigheidsbevordering van de verpleegkundige en verzorgende beroepsgroep (opleidingsbehoefte).
- Signaleren en adviseren over specifieke knelpunten in de verpleegkundige zorg.
- Signaleren en adviseren over verpleegkundige ontwikkelingen.
- Adviseren over de kwaliteitseisen met betrekking tot het verpleegkundige beroep.

3.8.2 Adviezen

In 2009 bracht de VAR drie adviezen uit aan de directie.

- De VAR adviseerde de directie inzake het protocol slechtnieuwsgesprek.
- De VAR adviseerde de directie over verbeteringen van het DKSe binnen het Maasstad Ziekenhuis. Dit heeft geleid tot een protocol Procedure Documentenbeheer.
- De VAR adviseerde de directie over de gang van zaken omtrent de decubituszorg binnen het Maasstad Ziekenhuis, dit heeft mede geleid tot verschuiving van de aandacht voor deze zorg binnen de zorgeenheden.

3.9 Medisch-ethische toetsingscommissie

3.9.1 TWOR

Voor het ontwikkelen van nieuwe behandeltechnieken, medicijnen en medische hulpmiddelen is medisch-wetenschappelijk onderzoek noodzakelijk. Ook het Maasstad Ziekenhuis neemt hieraan deel.

Medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen mag slechts worden uitgevoerd als het positief beoordeeld is door een erkende Medisch Ethische Toetsingscommissie (METC) en de directie haar goedkeuring verleend heeft. Het Maasstad Ziekenhuis heeft samen met het Ikazia ziekenhuis de Toetsingscommissie Wetenschappelijk Onderzoek Rotterdam en omstreken (TWOR) opgericht. Op deze wijze kunnen beide ziekenhuizen vorm geven aan de ambitie om regionaal een rol te spelen in de beoordeling van wetenschappelijk onderzoek. De TWOR is een instellingsgebonden, door de Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek (CCMO) erkende commissie, die zorg draagt voor de primaire beoordeling van onderzoeksprotocollen van beide ziekenhuizen op basis van de wet mensgebonden onderzoek (WMO, 1999). Met omliggende ziekenhuizen zijn afspraken gemaakt over de beoordeling van hun primaire protocollen.

De TWOR voldoet aan de eisen die de WMO stelt en is ook gerechtigd tot het beoordelen van klinisch geneesmiddelenonderzoek. De functie van voorzitter wordt sinds de start van de TWOR uitgeoefend door de heer Spijker, ziekenhuisapotheker binnen het Maasstad Ziekenhuis.

De TWOR kwam in 2009 maandelijks bij elkaar. In 2009 zijn 20 onderzoeksprotocollen beoordeeld.

3.9.2 Lokale Uitvoerbaarheids Commissie en Wetenschapsbureau

Ter stimulering en ondersteuning van wetenschappelijk onderzoek in het Maasstad Ziekenhuis fungeren naast de TWOR ook de Locale Uitvoerbaarheids Commissie (LUC) en het Wetenschapsbureau (WB).

De LUC adviseert de directie over de lokale uitvoerbaarheid van voorgenomen wetenschappelijk onderzoek dat door een erkende METC is goedgekeurd. Daarbij wordt beoordeeld of:

- de betrokken onderzoekers deskundig zijn;
- de benodigde infrastructuur in het ziekenhuis voldoende beschikbaar is;
- alle betrokkenen goed zijn geïnformeerd;
- de patiëntinformatie op het Maasstad Ziekenhuis is toegespitst;
- het onderzoek afdoende verzekerd is.

De LUC adviseert de directie ook over onderzoek dat niet onder de WMO valt. Het betreft onderzoek met vragenlijsten, onderzoek waarbij alleen gegevens van patiënten worden vastgelegd of onderzoek waarbij sprake is van nader gebruik van lichaamsmateriaal. Bij deze onderzoeken kijkt de commissie met name naar de wijze waarop de privacy van de betrokkenen gewaarborgd is.

De LUC komt in de regel 2 maal per maand bij elkaar. In 2009 zijn 39 WMO-adviezen en 9 niet WMO-adviezen uitgebracht over voorgenomen onderzoeksprotocollen in het Maasstad Ziekenhuis.

Het Wetenschapsbureau begeleidt onderzoekers bij het indienen van onderzoeksprotocollen bij TWOR en LUC en geeft ondersteuning aan beide commissies. Verder biedt het Wetenschapsbureau, als onderdeel van de Maasstad Academie, onderzoeksinhoudelijke ondersteuning aan, zoals advisering bij het opstellen van een onderzoeksplan, hulp bij het opzetten van een database, statistische analyses en presentatie van de onderzoeksresultaten.

3.10 Overige commissies en adviesraden

3.10.1 Klachtencommissie

Conform de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ) heeft het Maasstad Ziekenhuis een klachtencommissie bestaande uit vier interne leden (namens medici en verpleegkundigen van het ziekenhuis), drie externe leden (namens huisartsen- en patiëntenorganisaties uit de regio), aangevuld met een onafhankelijke voorzitter. In 2009 is de Klachtencommissie 11 maal bijeengewees. Voor een overzicht van de ingediende klachten wordt verwezen naar paragraaf 4.4.2.

3.10.2 Werknemersklachtencommissie

De directie en de ondernemingsraad vinden het belangrijk dat het Maasstad Ziekenhuis in staat is om kritisch te reflecteren op zaken die zich in de organisatie voordoen en die medewerkers betreffen. De werknemersklachtencommissie biedt individuele werknemers de gelegenheid om klachten voor te leggen aan een onafhankelijke interne werknemersklachtencommissie. Er worden klachten behandeld op het gebied van ongewenste omgangsvormen, opvang bij traumatische ervaringen, invulling van het jaarsysteem, sociaal plan en FWG bezwaren. De commissie is benaderbaar voor alle medewerkers met een arbeidsovereenkomst bij het Maasstad Ziekenhuis. Tot deze groep behoren ook leerlingen, stagiaires, co-assistenten, vrijwilligers, uitzendkrachten en medisch specialisten die middels een toelatingsovereenkomst aan het Maasstad Ziekenhuis zijn verbonden. De commissie maakt gebruik van een reglement.

3.10.3 VIM-commissie

De VIM-commissie (veilig incidenten melden) houdt zich, als onderdeel van het totale kwaliteitsbeleid, bezig met de beoordeling van gemelde incidenten (fout, ongeval, bijna-incident, onveilige situatie) en geeft op basis daarvan adviezen aan de directie en het stafbestuur. Het gaat hierbij niet om de verwijtbaarheid van een incident, maar om de vermijdbaarheid van soortgelijke incidenten in de toekomst. Het doel van de commissie is dan ook om inzicht te krijgen in die onderdelen van de zorgverlening die verbetering behoeven. Pas als incidenten systematisch worden gemeld, is het mogelijk om oorzaken te achterhalen en kunnen verbeteracties in gang worden gezet. Op deze manier wil de VIM-commissie een bijdrage leveren aan de kwaliteit van de zorgverlening. Voor een overzicht van het aantal en de aard van de meldingen wordt verwezen naar paragraaf 4.4.4.

3.10.4 SEH-commissie

De SEH-commissie is een overlegorgaan voor het ontwikkelen en bepalen van beleid met betrekking tot de spoedeisende hulpverlening binnen het Maasstad Ziekenhuis. De commissie heeft als doel om de organisatie op de spoedeisende hulp (medisch en verpleegkundig) te evalueren en te sturen. Daarnaast brengt zij gevraagd en ongevraagd adviezen uit aan de Medische Staf en de directie. Het kwaliteitsbeleid voor SEH's wordt landelijk mede bepaald door de invloed van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Medirisk. De SEH-commissie bepaalt naar aanleiding van de gestelde richtlijnen het kwaliteitsbeleid voor de SEH van het Maasstad Ziekenhuis.

3.10.5 COWD-commissie

Met de invoering van de Wet op de Orgaandonatie (WOD) heeft het Maasstad Ziekenhuis verplichtingen gekregen op het gebied van orgaan- en weefseldonatie. Om het donatiebeleid in het Maasstad Ziekenhuis goed uit te voeren, bestaat er een commissie orgaan- en weefseldonatie (COWD). Deze commissie bestaat uit een voorzitter, zeven leden, twee donatiefunctionarissen en een transplantatiecoördinator. De donatiefunctionaris is het aanspreekpunt voor alle vragen rondom donatie. Deze functionaris draagt zorg voor de procedures met betrekking tot orgaan- en weefseldonatie zoals omschreven is bij wet en de uitvoering daarvan. Tevens draagt hij zorg voor de verspreiding van het (model)protocol orgaan- en weefseldonatie, ontwikkeling en naleving daarvan. Een belangrijke taak is verder de educatie, voorlichting en bijscholing van medewerkers over alle aspecten van orgaan- en weefseldonatie.

3.10.6 Calamiteitencommissie

De calamiteitencommissie houdt zich bezig met de coördinatie van calamiteiten en de voorbereiding hierop. De calamiteitencommissie heeft een uniek plan geschreven vanuit een integrale benadering van zowel interne als externe calamiteiten en veiligheid. Dit is een generiek plan voor alle incidenten. Het brengt een aantal wettelijk vereiste veiligheidsplannen samen. De commissie is primair verantwoordelijk voor de implementatie en borging van het calamiteitenplan.

Een onderdeel van dit calamiteitenplan is het calamiteitenmanagement. Hierin staan verschillende crisisteam beschreven die tijdens een calamiteit de belangrijkste schakel vormen op organisatorisch gebied. De bezetting en hiërarchie van deze crisisteam staan beschreven in het calamiteitenplan. Naast de uitrol en de uitwerking van het calamiteitenplan, is in 2009 ook fysiek geoefend. Medewerkers van het Maastricht Ziekenhuis hebben deelgenomen aan de CoPi (Commando Plaats Incident) trainingen van de Veiligheidsregio Rotterdam-Rijnmond.

3.10.7 Reanimatiecommissie

De reanimatiecommissie is een overlegorgaan voor het ontwikkelen, bepalen en evalueren van beleid met betrekking tot reanimatie en onderwijs in het Maastricht Ziekenhuis. De reanimatiecommissie organiseert Basic Life Support (BLS) reanimatietrainingen voor verpleegkundigen en iedereen die in contact komt met patiëntenzorg. Deze training dient jaarlijks gevolgd te worden. Sinds februari 2008 worden trainingen BLS bij kinderen gegeven. Deze training is in eerste instantie bedoeld voor medewerkers die in aanraking komen met patiënten die nog kind zijn. Voor care-verpleegkundigen (SEH, IC, CCU, BWC, anesthesie en Interventiecardiologie), avond-nachtcoördinatoren en arts-assistenten verzorgt een extern bureau Advanced Life Support trainingen.

4 Beleid, inspanningen en prestaties

4.1 Meerjarenbeleid

4.1.1 Missie en visie

De sterk veranderende en concurrerende omgeving waarin het Maasstad Ziekenhuis zich bevindt heeft ertoe geleid dat het Maasstad Ziekenhuis in 2009 heeft gewerkt aan de verdere verscherping van zijn visie en missie. Met als doel om nog meer dan voorheen focus te kunnen aanbrengen. Naast veilig en kwalitatief goede zorg bieden, voortdurend verbeteren en financieel succesvol zijn, wil het Maasstad Ziekenhuis zich met gastgerichtheid onderscheiden van haar concurrenten. Dit heeft geleid tot de volgende visie:

Maasstad Ziekenhuis is hét ziekenhuis dat patiënten, familieleden, bezoekers, medewerkers, huisartsen en zorgverzekeraars ervaren als MIJN ziekenhuis. (“ik ben trots op mijn ziekenhuis”).

Om deze visie te bereiken hebben wij de volgende missie geformuleerd:

Wij zorgen dat wij ons zodanig inleven in onze patiënten, familieleden, bezoekers, huisartsen en zorgverzekeraars dat zij ons bij iedereen aanbevelen en promotor zijn van ons ziekenhuis.

4.1.2 Ambities

Om de missie te kunnen uitvoeren is het van belang te weten wat wij willen zijn. Wij noemen dit de kernwaarden van ons bouwwerk. Dit bouwwerk moet niet op zijn afzonderlijke delen maar als samenhangend geheel beschouwd worden. Het Maasstad Ziekenhuis wil het volgende:

- 1) veilig zijn en met kwalitatief goede uitkomst;
- 2) voortdurend verbeteren;
- 3) gastgericht denken en handelen door geïnspireerd personeel;
- 4) financieel succesvol zijn.

Zoals hierboven beschreven wil het Maasstad Ziekenhuis zich met de derde kernwaarde: gastgericht denken en handelen onderscheiden van andere ziekenhuizen. Patiënten mogen ervan uitgaan dat het Maasstad Ziekenhuis veilig is en dat de behandeling die medisch wordt voorgesteld tot het meest voorspoedige herstel van de ziekte leidt. Voor de medewerkers, maar ook voor onze patiënten is het vanzelfsprekend dat wij steeds beter willen worden in wat wij dagelijks doen. Uiteraard willen wij financieel succesvol zijn, zodat wij nieuwe investeringen kunnen doen en kunnen blijven innoveren. Deze drie kernwaarden zijn van groot belang voor het Maasstad Ziekenhuis, echter op basis van deze drie waarden kan de patiënt niet of nauwelijks beoordelen wat het verschil is met andere ziekenhuizen. De wijze waarop onze patiënten door onze medewerkers worden behandeld, is wat ons onderscheidt.

Gastgericht

Om de missie te bereiken, betekent het dat alle medewerkers van het Maasstad Ziekenhuis samen hun uiterste best doen voor hun patiënten. Mèt elkaar en ook vóór elkaar. De patiënt écht aandacht geven. Dat betekent eigenlijk dat we onze patiënten meer als een gast beschouwen dan als een patiënt. En als goede gastheer willen we onze gast vooral van alle gemakken voorzien en zijn verblijf zo aangenaam mogelijk maken. Misschien nog wel belangrijker is dat een gast zichzelf kan zijn en dat hij zich op zijn gemak voelt. En daarom moeten we gastgericht denken en handelen.

In 2010 wordt met het programma 'Kracht van Aandacht' ieder kwartaal middels vier thema's het gastgericht denken bij de medewerkers van het Maasstad Ziekenhuis onder de aandacht gebracht. De vier thema's zijn:

1. ik maak het verschil voor de ander;
2. Ik leef me in, in de patiënt;
3. Samen bereiken we ons doel;
4. Ik los het op.

De kernwaarden hebben een directe relatie met het strategische meerjarenbeleidsplan dat dateert uit 2006.

Tabel 7 Speerpunten meerjarenbeleid in relatie tot kernwaarden

Speerpunt uit meerjarenbeleid	Vertaling naar kernwaarde
Poliklinisch marktaandeel	Financieel succesvol
Cost-to-serve	Financieel succesvol
Kwaliteit en Veiligheid	Veilig en kwalitatief goede uitkomst
Klantgerichtheid	Gastgericht denken en handelen door geïnspireerd personeel

Door het achterblijven van onze groeiambities binnen de context van de wereldwijde financiële crisis en onze nieuwbouw, heeft de directie in 2008 geconcludeerd dat de doelstellingen zoals beschreven in het strategische meerjarenbeleidsplan niet gehaald gaan worden. Hoewel in 2008 een stijgende lijn is ingezet, is dit niet voldoende om onze ambities in 2010 te behalen. De ambitie om bij de beste tien ziekenhuizen van Nederland te behoren staat nog steeds, maar het tijdsplan waarin deze ambities gehaald moeten worden is echter bijgesteld van 2010 naar 2012.

De vier speerpunten van het strategische meerjarenbeleid van het Maasstad Ziekenhuis zijn weergegeven in tabel 8

Tabel 8 Strategische doelstellingen 2012

Thema	Doelstelling 2012
Poliklinisch marktaandeel	✓ Marktaandeel is 25%
Cost-to-serve	✓ Behorend tot de 25% best presterende topklinische ziekenhuizen
Kwaliteit en Veiligheid	✓ Oprichting kwaliteitsinstituut ✓ VMS geïmplementeerd
Klanttevredenheid	✓ Gemiddelde NPS ²⁴ van 25% ✓ Gemiddeld rapportcijfer tussen de 8 en de 8,5

Ten slotte wil het ziekenhuis zich onderscheiden door de wijze waarop we samenwerken met andere aanbieders. De samenwerking die het Maasstad Ziekenhuis is aangegaan voor de zorgboulevard op de nieuwe locatie tussen zorg- en dienstverleners is een voorbeeld waarmee het Maasstad Ziekenhuis een vernieuwend ziekenhuis wil zijn dat midden in de maatschappij staat en met zijn tijd meegaat. Samen met het Delta Psychiatrisch Centrum, de Stroom Opmaatgroep, Kraamzorg Rotterdam en de Centrale Huisartsenposten Rijnmond heeft het Maasstad Ziekenhuis in april 2008 de 'Vereniging Zorgboulevard Rotterdam' opgericht.

Met behulp van de Vereniging willen de vijf zorgpartners het zorgaanbod van de verschillende huurders op elkaar afstemmen, zodat een logische keten ontstaat, afgestemd op de vragen van de patiënten en de

²⁴ Netto Promotor Score. In paragraaf 4.2.4 worden de betekenis, de doelstellingen en resultaten van de NPS voor 2009 uitgebreid beschreven.

klanten. Tevens wil de Vereniging de samenwerking en de onderlinge synergie van de huurders optimaliseren. Een van de middelen waarmee de Vereniging haar doelen tracht te bereiken is gelegen in de samenwerking met de Zorgboulevard Rotterdam B.V. (zie ook paragraaf 2.2.2).

In oktober 2008 hebben de Vereniging Zorgboulevard Rotterdam en de Zorgboulevard B.V. hun samenwerking in een overeenkomst vastgelegd. In deze samenwerkingsovereenkomst is vastgelegd dat de Vereniging en de B.V. zullen samenwerken om het concept Zorgboulevard tot ontwikkeling te brengen. Tevens is afgesproken dat beide partijen elkaar informeren over ontwikkelingen die voor de andere partij van belang kunnen zijn.

In 2008 is veel tijd en aandacht besteed aan de aanscherping van de visie op het concept Zorgboulevard. Samen met de B.V. en de verschillende managers van de vijf zorgpartners van de Vereniging zijn meerdere sessies georganiseerd om de inhoudelijke samenwerking tussen de zorgpartners nader te verkennen en uit te werken. De schriftelijke uitwerking van deze sessies heeft in 2009 plaatsgevonden en heeft geresulteerd in het boekje – Gezond op Zuid. In dit boekje staat de gezamenlijke visie beschreven van de Vereniging en de B.V. Eind 2009 heeft de vereniging een projectdirecteur aangesteld om deze visie nader uit te werken in concrete zorgprogramma's en ketenzorg.

4.2 Algemeen beleid

Bij de evaluaties van de behaalde resultaten over 2008 en het begrotingsproces voor 2009 is geconcludeerd dat de vastgestelde ambities niet veranderen. Om onze ambities in 2010 te behalen zijn de vier doelstellingen zoals beschreven in paragraaf 4.1.2 op ziekenhuisniveau en afdelingsniveau voor 2009 uitgewerkt. In de volgende vier paragrafen wordt hierover verantwoording afgelegd en wordt beschreven in hoeverre het Maasstad Ziekenhuis haar doelstellingen heeft behaald. In deze paragrafen besteden we ook aandacht aan de diverse maatregelen die zijn ingezet om de resultaten te behalen.

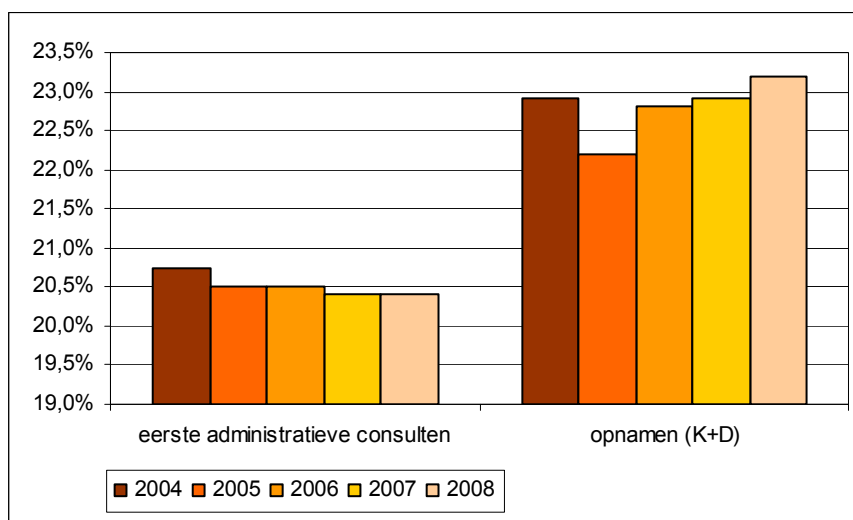
4.2.1 Poliklinisch marktaandeel

Tabel 9 Ontwikkeling poliklinische marktaandeel (doelstelling tov realisatie)

	Realisatie 2009	Doelstelling 2009	Realisatie 2008	Realisatie 2007
Aantal 1 ^e polikliniekbezoeken	162.537	158.289	151.964	146.494
% groei ten opzichte van vorig jaar	7%	4%	3,7%	3,3%
Marktaandeel	onbekend	n.v.t.	20,4%	20,4%

Met een poliklinisch marktaandeel van 20,4% in 2008 bleek in 2009 dat het marktaandeel nagenoeg gelijk was gebleven in vergelijking met 2007. Dit betekent dus dat het Maasstad Ziekenhuis met de markt meegroeide, maar geen marktaandeel won en dus niet de groeiambities wist te realiseren. Voor 2009 was de doelstelling om ruim 158.000 eerste polikliniek bezoeken te realiseren. 162.537 patiënten bezochten de poliklinieken van het Maasstad Ziekenhuis. Hiermee is de gestelde doelstelling ver overtroffen. Welk marktaandeel het Maasstad Ziekenhuis in 2009 heeft behaald zal pas in het najaar van 2010 bekend worden en pas dan kan definitief worden bepaald of de gestelde groeiambitie is behaald. Op basis van de procentuele stijging in het aantal eerste polikliniek bezoeken van 7% lijkt echter in 2009 de lijn te zijn ingezet naar een stijging van het marktaandeel.

Figuur 5 Ontwikkeling marktaandeel (poliklinische en kliniek+dagverpleging)



4.2.2 Cost-to-serve

Tabel 10 Ontwikkeling cost-to-serve (doelstelling tov realisatie)

	Realisatie 2009	Doelstelling 2009	Realisatie 2008	Realisatie 2007
Cost-to-serve	€313	€289	€300	€ 288

Een verlaging van de cost-to-serve betekent de keuze tussen meer werk doen met dezelfde mensen, of met minder mensen hetzelfde werk blijven doen. De directie van het Maasstad Ziekenhuis heeft de keuze gemaakt om met dezelfde mensen meer werk te gaan doen. Ook in 2009 is deze koers voortgezet. Dat vereist dus volume groei. De omvang daarvan is vastgelegd in de meerjarendoelstellingen. Welke keuze ook gemaakt zou zijn, het brengt altijd de eis van efficiënter werken met zich mee. Mogelijkheden voor uitbesteding, samenwerking of procesverbeteringen worden dus continu als alternatief voor het huidige reilen en zeilen in ogenschouw genomen.

Al in het eerste kwartaal van 2009 bleek de omzet minder te stijgen dan begroot. De uitbreiding landelijk van het B-segment van 20% naar 34% leidt ook in ons ziekenhuis tot groei in dit deel, zelfs de omzet groeit harder dan verwacht. De omzet in het A-segment blijft echter achter ten opzichte van plan en per saldo groeit de omzet minder dan begroot. De cijfers over het eerste halfjaar leidden begin augustus tot de conclusie dat de omzet aanzienlijk stijgt, maar de kosten ook. Vooral door de groei in het B-segment en de hogere opbrengsten voor bijzondere productie in het kader van uitbreiding van vergoedingen in het A-segment (Drug Eluting Stents, Oesophagus, radiologische stents). Hoewel de ombuiging van de PNIL-kosten doorzet, slagen we er in 2009 nog niet geheel in uit de gecombineerde ruimte van PNIL-kosten en vacatureruimte de totale PNIL kosten te dekken. Ook stijgen de algemene kosten te hard. Dat geldt ook voor de patiëntgebonden kosten, die door de productiegroei meer stijgen dan volgens de begrotingsnormen is toegestaan.

Naar aanleiding van de ontwikkelingen in het tweede kwartaal heeft de directie het volgende besloten:

- de activiteiten om groei te bevorderen worden voortgezet teneinde de groeidoelstellingen te kunnen blijven vasthouden;
- de sturing kosten van personeel niet in loondienst (PNIL) wordt gehandhaafd; in de 2^e helft van het jaar zal geen extra aanvullende, aandacht aan deze post worden besteed;
- de algemene kosten in het 2^e halfjaar niet verder mogen overschrijden; alleen mag worden uitgegeven wat in het 2^e halfjaar is begroot;
- de groei van de patiëntgebonden kosten nader zal worden geanalyseerd om de directe relatie met de patiëntenzorggroei beter te kunnen verklaren.

Daarnaast zijn in 2009 verschillende projecten uitgevoerd en maatregelen genomen om de cost-to-serve te verlagen.

Om de kosten te verlagen, maar ook om de concurrentiepositie van de laboratoria te versterken, zijn het laboratorium medische microbiologie en het klinisch chemisch laboratorium samen apparatuur gaan inzetten. Dit heeft geleid tot schaalvergroting en het aantrekken van meer klanten, zoals verpleeghuizen en patiënten thuis en een kostenverlaging. In 2010 zullen de mogelijkheden verder worden onderzocht om een regionaal laboratorium op te zetten.

Om de uitgaven aan personeel niet in loondienst (PNIL) te reduceren, heeft het flexbureau een traject opgezet waarbij medewerkers nog flexibeler kunnen worden ingezet. Zo wordt aan (gespecialiseerd) verpleegkundigen en doktersassistenten die een parttime arbeidsovereenkomst hebben, de mogelijkheid geboden om naast die baan flexibele diensten te draaien op andere afdelingen. Medewerkers krijgen ook de mogelijkheid om een vaste arbeidsovereenkomst te sluiten met het Maasstad Ziekenhuis waarbij ze flexibel op de verschillende afdelingen en poliklinieken kunnen worden ingezet. Zo creëert het Maasstad Ziekenhuis een pool van goede medewerkers met een vast contract voor een minimaal aantal uren per week. Medewerkers van het flexbureau krijgen extra betaald voor hun flexibiliteit om inzetbaar te zijn op afwijkende tijden en dagen en hun snelle oproepbaarheid.

Kostenbesparing en flexibiliteit kunnen ook gerealiseerd worden door outsourcing. Een van de zaken die zich daarvoor leent is de maaltijdvoorziening in het personeelsrestaurant en die aan patiënten. Aan het eind van het jaar 2009 is de catering van het personeelsrestaurant uitbesteed aan La Place. Over de outsourcing van de patiëntenmaaltijden zijn contacten met leveranciers gelegd en is het “voorproeven” gestart.

De doelstelling was om de cost-to-serve in 2009 ten opzichte van 2008 met 3,7% te laten dalen. Ondanks de ingezette projecten en maatregelen om deze daling te bewerkstelligen, is deze doelstelling niet behaald. De cost-to-serve was in 2009 €313. Dit is een stijging van 4,3% ten opzichte van de behaalde cost-to-serve in 2008.

In 2010 zal de sturing op cost-to-serve worden los gelaten. Deze sturingsmaat dateert nog van enkele jaren geleden toen het Maasstad Ziekenhuis uit een financieel dal omhoog klom. De huidige tijden vragen om sturing op andere indicatoren. De pijler ‘financieel succesvol’ wordt in 2010 meetbaar gemaakt en gemonitord op de volgende drie indicatoren:

1. resultaat²⁵
2. solvabiliteit²⁶
3. verhouding groei omzet & groei kosten²⁷

²⁵ Resultaat uit gewone bedrijfsvoering

²⁶ Eigen vermogen / totaal opbrengsten inclusief buitengewone lasten

²⁷ Omzet is gelijk aan som der bedrijfsopbrengsten

4.2.3 Kwaliteit en veiligheid

Een van de vier speerpunten van het Maasstad Ziekenhuis richt zich op veiligheid en kwaliteit. Het Maasstad Ziekenhuis wil zich op deze elementen in de toekomst onderscheiden van andere ziekenhuizen. In 2009 hebben wij middels het programma Veiligheids Management Systeem (VMS) veel aandacht besteed aan de verscherping van de veiligheid van onze patiënt. Daarnaast zijn wij voortdurend bezig onze patiëntenzorg te verbeteren door steeds beter te voldoen aan de kwaliteitsindicatoren, die vanuit de IGZ tot 'zichtbare zorg' moeten leiden. Deze kwaliteitsindicatoren van Zichtbare Zorg en de Inspectie voor de Gezondheidszorg sluiten goed aan bij de manier van werken in het Maasstad Ziekenhuis.

4.2.3.1 Kwaliteit

Naast de kwaliteitsvisitaties vanuit de verschillende beroepsverenigingen en de inspecties door de Inspecteur van de Volksgezondheid en de Arbeidsinspectie heeft het Maasstad Ziekenhuis op afdelingsniveau verschillende certificaten en keurmerken (zie ook paragraaf 4.3.5). Een erkenning voor het verband, samenhang en/of samenwerking tussen alle kwaliteitsonderdelen levert een accreditatie op. Op dit gebied had het Maasstad Ziekenhuis de ambitie om de NIAZ accreditatie te behalen. In 2008 waren al de eerste stappen genomen door het uitvoeren van een nulmeting en het opstellen van een actieplan. In 2009 heeft het Maasstad Ziekenhuis er echter voor gekozen om het traject met als einddoelstelling een ziekenhuisbreed NIAZ kwaliteitscertificaat te behalen niet voort te zetten. De belangrijkste reden hiervoor is gelegen in het feit dat een kwaliteitscertificaat niets zegt over de inhoudelijke zorg die geleverd wordt, maar slechts iets zegt over het kwaliteitssysteem van het ziekenhuis. Het Maasstad Ziekenhuis is van mening dat deze prioriteit (een beschrijving van de processen en verantwoordelijkheden in plaats van een beschrijving van de inhoudelijke zorg) te weinig aansluit bij de ambities van het ziekenhuis en de fase waarin het ziekenhuis zich nu bevindt (1 ½ jaar voor de verhuizing naar de nieuwbouw).

Het Maasstad Ziekenhuis wil een nieuwe weg inslaan door te gaan werken met de Maasstad Balanced Score Card. Met deze BSC wordt de gehele organisatie gestuurd, geaudit, verbeterd en geborgd. De vier pijlers van het ziekenhuis en zorginhoudelijke kwaliteitsindicatoren worden hierbij gebruikt als maatstaf. Met behulp van een intern auditteam met expertise op de vier strategische pijlers en zorginhoud worden alle afdelingen geaudit op hun doelstellingen. De resultaten van het auditteam worden teruggekoppeld aan de betreffende afdeling en op basis daarvan worden verbeteringen ingezet. Op deze manier wil het Maasstad Ziekenhuis een aantoonbare en continue verbetering van zorg borgen in de gehele organisatie. Voor deze manier van monitoring en verbetering van kwaliteit is echter nog geen erkenning geregeld. Doelstelling is om met andere soortgelijke vernieuwende ziekenhuizen, zorgverzekeraars en patiëntenverenigingen het initiatief te nemen om deze andere manier van kwaliteit neer te zetten en zo een nieuwe weg in te slaan. In 2010 zal dit procesmatig en inhoudelijk verder worden uitgewerkt.

4.2.3.2 Veiligheid

Het waarborgen van een veilige omgeving voor patiënten is de tweede doelstelling onder het speerpunt kwaliteit en veiligheid. In januari 2009 heeft het Maasstad Ziekenhuis zijn veiligheidsplan herschreven. In het nieuwe plan zijn alle taken zodanig opgenomen dat na uitvoering van dit plan aan de vigerende normen wordt voldaan. De doelstelling hierbij is dat eind december 2009 het Veiligheids Management Systeem (VMS) van het Maasstad Ziekenhuis volledig aan de NTA norm (8009:2007) voldoet. Deze doelstelling is bereikt. Met de invoering van een VMS kan het Maasstad Ziekenhuis systematisch en gestructureerd risico's signaleren en hier actie op ondernemen. Werken met een VMS speelt dus een grote rol in het ziekenhuis in het streven naar een hogere mate van patiëntveiligheid.

Naast het voldoen aan de NTA norm heeft het Maasstad Ziekenhuis zich in 2009 ten doel gesteld om de eerste vier (van de tien) landelijke thema's te implementeren.

- Thema 1: Voorkomen van ziekenhuisinfecties na een operatie (POWI);
- Thema 2: Voorkomen van schade bij patiënten door sepsis (bloedvergiftiging);
- Thema 3: Vroegtijdige herkenning van patiënten met vitaal bedreigde functies;
- Thema 4: Voorkomen van medicatiegerelateerde fouten, vooral bij overdrachtsmomenten.

Dit thema wordt verder uitgebreid met het interne thema medicatieveiligheid (op basis van VRI&E's en analyse MIP eveneens aandachtsgebied in 2010)

Ook deze doelstelling is bereikt.

Op 24 maart 2009 heeft de Inspectie een bezoek gebracht aan het Maasstad Ziekenhuis om te toetsen in welke mate een Veiligheidsmanagementsysteem (VMS) was geïmplementeerd en functioneerde.

Getoetst is op een viertal thema's: leiderschap, cultuur, procedures en uitvoering.

De thema's leiderschap en uitvoering zijn als voldoende gescoord, procedures scoort als matig en de cultuur scoort als goed.

De Inspectie geeft aan dat het VMS in het Maasstad Ziekenhuis voldoet aan de eisen, maar dat een prospectieve risicoanalyse ontbreekt, zodat nu niet helder is voor de directie waar de grootste risico's zich in de organisatie voordoen.

Het Maasstad Ziekenhuis heeft naar aanleiding van het Inspectiebezoek de volgende verbeteracties ondernomen:

1. *Prospectieve risicoanalyses werden nog niet uitgevoerd*
Inmiddels zijn er drie prospectieve risico analyses uitgevoerd op het Klinisch Chemisch Laboratorium. Het betreft de volgende drie kritische processen; fout bij bloedafname, fout bij bloedonderzoek en arts krijgt de verkeerde uitslag. Inmiddels zijn de afspraken gepland voor het uitvoeren van nieuwe prospectieve risicoanalyses op de afdelingen apotheek, dialyse en kindergeneeskunde.
2. *Retrospectieve analyses worden uitgevoerd, maar naar aanleiding hiervan worden nog geen verbeteracties uitgezet*
Retrospectieve analyses worden jaarlijks als trendanalyse uitgevoerd door een externe organisatie. De punten die hieruit voortvloeien, worden opgenomen in een document waarin alle risicopunten in de organisatie zijn opgenomen. Deze lijst wordt voortdurend bijgehouden. Prioriteit wordt verleend op basis van risico-inschatting.
3. *Voor het delen van uitkomsten van risicoanalyses is nog geen systeem aanwezig*
Voor het communiceren van uitkomsten is nauw contact met afdeling Marketing, Communicatie en Sales.

4. *Management en leidinggevenden sturen reactief aan op patiëntveiligheid*

Door het decentraal afhandelen van VIM meldingen, het uitvoeren van RI&E's door de arbo-adviseur en de diverse acties die Maasstad Ziekenhuis structureel uitvoert, kunnen we aannemen dat het bewustzijn op het gebied van veiligheid verhoogt. Hierdoor zijn management en leidinggevenden zich meer bewust van de aanwezige risico's waardoor er een meer proactieve houding ontstaat.

5. *Leiderschap van de VIM commissie ligt lager dan de gemiddelde score van ziekenhuizen*

De VIM commissie is in het vierde kwartaal getraind in het uitvoeren van SIRE-analyses naar aanleiding van incidenten die zich voordoen binnen Maasstad Ziekenhuis. De VIM commissie zal de decentrale VIM commissies ondersteunen bij de afhandeling van de incidenten. Hierdoor wordt het leiderschap van de centrale commissie naar een hoger niveau gebracht.

Overige activiteiten

Naast het voldoen aan de NTA norm en de eerste vier thema's, heeft het Maasstad Ziekenhuis een viertal campagnes gevoerd:

1. Schone handen, veilig werken

In het kader van de internationale aandacht voor de handhygiëne heeft afgelopen voorjaar de campagne 'Schone handen, veilig werken' plaatsgevonden. Het achterliggende idee is dat door goed op handhygiëne te letten en er bewust mee bezig te zijn, de kans op overdracht van ziekenhuisinfecties verkleint.

2. VIM decentraal

Meldingen maken inzichtelijk wat de oorzaak is van een incident en welke knelpunten bestaan. Door een goede analyse van de informatie en kennis van oorzaken en achtergronden, wordt gewerkt aan het verkleinen van de kans op herhaling. In het kader van optimalisatie van het meldproces, met als doel dat er meer incidenten geregistreerd worden, zijn per 1 november 2009 alle afdelingen overgegaan op een decentrale vorm van melden. Uitgangspunt hierbij is dat de vertrouwdheid van de eigen afdeling een meldingsverhogende factor zal zijn.

3. Klachten centraal melden en decentraal afhandelen

Klachten in en over het Maasstad Ziekenhuis werden begin 2009 centraal gemeld bij de klachtenfunctionaris en vervolgens centraal afgehandeld. Om de kwaliteit van zorg verder aan te scherpen is besloten over te stappen op een decentrale vorm van klachtenafhandeling. Ter ondersteuning hiervan is eind 2009 is een nieuw registratiesysteem in gebruik genomen.

4. Sireneacties

Sinds het laatste kwartaal van 2009 zijn er in het Maasstad Ziekenhuis sireneacties. Op deze manier wil het ziekenhuis op een leuke en speelse manier iedere maand een ander aspect van patiëntveiligheid onder de aandacht van zijn medewerkers brengen. De sireneacties vinden steeds elke 1^e maandag van de maand plaats als om 12.00 uur de landelijke sirene gaat. In 2009 is tijdens de sireneacties aandacht besteed aan het dragen van polsbandjes, voorschriften ten aanzien van hygiëne en de herkenbaarheid van personeel.

4.2.4 Patiënttevredenheid

Patiënttevredenheid is de laatste van de vier strategische pijlers die in deze paragraaf staan beschreven. Het Maasstad Ziekenhuis wil het verschil maken ten opzichte van zijn concurrerende ziekenhuizen door patiëntvriendelijkheid tot topprioriteit te verheffen. Het uitgangspunt daarbij is dat alle medewerkers van het Maasstad Ziekenhuis een patiënt zo bejegenen, zoals zij een eigen familielid die in het ziekenhuis wordt behandeld, zouden bejegenen.

Sinds 2007 worden patiënten systematisch ondervraagd over de kwaliteit van de zorg en de bejegening door medewerkers. Hiervoor is een extern bureau ingeschakeld dat aan de hand van een gestandaardiseerde vragenlijst per vakgroep per kwartaal 60 patiënten telefonisch enquêteert van wie de DBC recent is afgesloten. De patiënten worden bevroegd op 13 onderwerpen:

1. algemene tevredenheid over de afdeling;
2. tijdsduur tussen het maken van een afspraak en het eerste bezoek
3. wachttijden in zijn algemeenheid op de afdeling;
4. vriendelijkheid van de medewerkers op de afdeling;
5. deskundigheid van medewerkers op de afdeling;
6. mate waarin er geluisterd wordt;
7. mate waarin men met respect behandeld wordt;
8. mate waarin men zich inleefde in zorgen en wensen
9. nazorg na afloop van de behandeling
10. informatie voor, gedurende en na afloop van de behandeling
11. netheid van de afdeling
12. aanbevelingsintentie
13. gouden tips

In 2009 zijn opnieuw de tevredenheidscijfers per vakgroep gemeten. Om sturing te geven aan deze resultaten, kunnen afdelingen met behulp van een interne toolkit een verdiepingsslag maken en gericht actie nemen om de doelstelling van het ziekenhuis te realiseren.

Tabel 11 Ontwikkeling NPS & rapportcijfer (doelstelling tov realisatie)

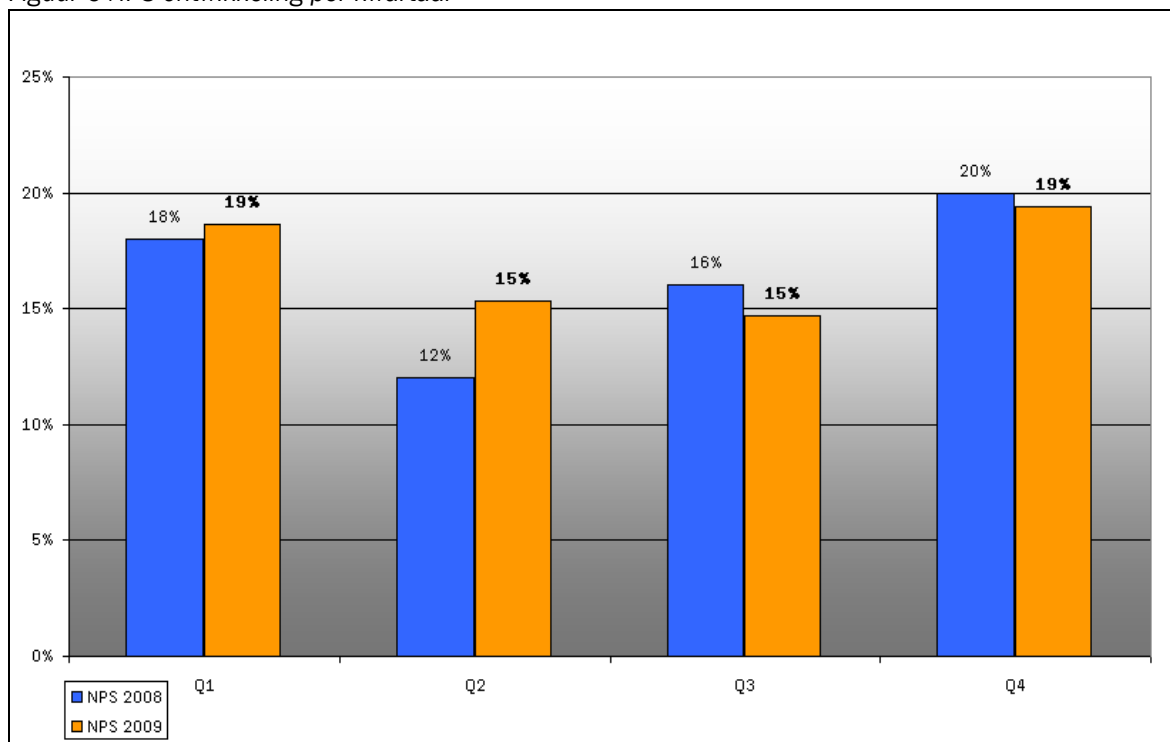
	2009		2008
	Realisatie	Doelstelling	
NP Score	17%	19%	16%
Gemiddeld rapportcijfer	7,9	> 8,0	8,0

Het gemiddelde rapportcijfer was in 2009 een 7,9; variërend van een 7,7 bij de neurochirurgie, interne geneeskunde en de KNO tot een 8,4 voor de specialismen chirurgie en plastische chirurgie. De doelstelling om een 8,0 of hoger te scoren is daarmee net niet gehaald. De gemiddelde Netto Promotor Score (NPS) over 2009 was 17%²⁸. De doelstelling om 19% te behalen is hiermee ook niet gehaald.

Als verdiepingsslag van de NPS is in 2009 besloten om spiegelgesprekken met patiënten te voeren. Dit zijn gesprekken met zes à tien patiënten, waarbij de afdeling (management, artsen en verpleegkundigen) als toehoorder aanwezig zijn. Deze gesprekken worden geleid door een onafhankelijke gespreksleider. In 2009 hebben gesprekken plaatsgevonden met patiënten die de specialismen orthopedie, verloskunde of de dagbehandeling bezochten. Voor 2010 is besloten dat specialismen die ondergemiddeld scoren, verplicht een spiegelgesprek dienen te voeren.

²⁸ NPS = % uitgesproken aanbevelers, patiënten die een rapportcijfers geven van 9 of 10 minus % patiënten van wie het onwaarschijnlijk is dat ze het Maasstad Ziekenhuis zullen aanbevelen (rapportcijfers 6 of lager)

Figuur 6 NPS ontwikkeling per kwartaal



Naar aanleiding van de NPS scores zijn alle projecten op het gebied van patiënttevredenheid samengeknoopt in het programma “Patiënt als Promotor”. Dit programma heeft als doelstelling een ziekenhuisbrede NPS te realiseren van 21% in 2010 en 25% in 2012. Dit ‘harde’ gegeven is slechts een afgeleide van datgene waar het in de projecten werkelijk om gaat; voor onze patiënten, bezoekers en familie een zo aangenaam mogelijk verblijf in ons ziekenhuis te realiseren.

Het programma “Patiënt als Promotor” beslaat verschillende projecten. ‘Het project “Klantbeleving” is een vervolg op het vaststellen van de gedragscode; de beleving van een klant wordt voor een groot deel bepaald door de manier waarop artsen en medewerkers hem bejegenen. Uitgaande van het gegeven dat een individu het verschil kan maken in deze beleving, wordt iedereen getraind in gastgericht handelen. Daarnaast wordt in de projecten aandacht besteed aan het veraangemen van de wachttijd in onze polikliniekruimten door middel van het verzorgen van een kopje koffie of thee en het zorgdragen voor recente lectuur. De nazorg die ons ziekenhuis levert wordt in een apart project geoptimaliseerd; zowel nazorg voor de patiënt als een correcte overdracht naar de huisartsen staan hierin centraal. Ook de meting van de patiënttevredenheid is ondergebracht in een project. Van hieruit kan elke afdeling putten uit tools om de verdiepingsslag te maken in de voor die afdeling belangrijke patiëntwensen.

Om een goed beeld te krijgen van wat onze patiënten nu eigenlijk van het ziekenhuis verwachten, heeft de directie samen met drie medewerkers in het najaar een tweedaagse training klantbeleving bij de Efteling gevolgd. Dit heeft geresulteerd in een angescherpte visie en missie voor het ziekenhuis (paragraaf 4.1). Een groot accent ligt hierbij op het inlevingsvermogen in de situatie van patiënten als ze eenmaal in het ziekenhuis zijn. Het Maasstad Ziekenhuis wil daarom een open cultuur scheppen, waarbij medewerkers elkaar durven aanspreken op hun gedrag. Teamleiders kunnen daartoe afspraken maken met hun medewerkers over hoe zij elkaar en hun patiënten tegemoet treden. Ook bij de aanname van nieuwe medewerkers zal het Maasstad Ziekenhuis in de toekomst mensen aantrekken die beschikken over een goed inlevingsvermogen.

4.2.4.1 *Investerings in nieuwe technologie*

Het Maasstad Ziekenhuis vindt het belangrijk te investeren in nieuwe medische technologie die bijdraagt aan een patiëntvriendelijkere operatie of behandeling.

Een belangrijk voorbeeld daarvan is de aankoop van de Da Vinci Robot. Met deze geavanceerde techniek is het mogelijk om bijvoorbeeld complexere urologische ingrepen te verrichten die met behulp van klassieke sleutelgatoperaties zeer moeilijk of praktisch niet mogelijk waren. De patiënt herstelt sneller door de toegang via de kleine huidincisies. Bovendien is er in de regel minder bloedverlies en kan er nauwkeuriger worden gewerkt. Urologische ingrepen die met de hightech Da Vinci zijn verricht zijn onder andere die bij prostaatkanker en nierkanker. In de loop van het jaar is de robot ook ingezet door gynaecologen voor uterus en vaginatoprolapsoperaties.

4.2.5 **Nieuwbouw**

Met de start van het jaar 2009, is ook de tweede fase van de nieuwbouw gestart. De bouwvergunning voor dit deel van de nieuwbouw is in de laatste week van januari 2009 afgegeven. De tweede fase behelst de SEH, laboratoria, dagbehandeling, apotheek en de huisartsenpost. Hoewel in het eerste nieuwbouwplan sprake was van een latere start van fase 2, namelijk in 2014, is gaandeweg alsnog gekozen om deze fase vervroegd te starten.

Naast de aanvang met de bouwwerkzaamheden van de tweede bouwfase, is in 2009 de afbouw van de eerste fase begonnen. Dit betekende dat er bijvoorbeeld vloerbedekking is aangebracht, wanden zijn behangen en plafonds gemonteerd. Verdere interieurafwerking behelst de plaatsing van vast timmerwerk, zoals balies en patiëntenkasten en tegelwerk in sanitaire ruimten.

4.2.5.1 *Dag van de bouw en Halte Nieuwbouw*

Een gigantisch succes was het: de Dag van de bouw op zaterdag 6 juni. Bijna drieduizend bezoekers kwamen op deze dag de nieuwbouw van het Maasstad Ziekenhuis bewonderen. Ze kregen desgewenst een rondleiding door het pand in aanbouw en konden bij diverse stands gezondheidstestjes laten doen en kennismaken met de verschillende afdelingen en poliklinieken van het ziekenhuis. Ook veel belangstelling trok de tweewekelijkse 'Halte Nieuwbouw', waarbij medewerkers aan het eind van de dag een rondleiding in de nieuwbouw kregen. Met de oplevering van het nieuwe ziekenhuis in het vizier, kunnen medewerkers al rondlopend kijken waar hun kantoor, polikliniek of afdeling komt, hoe die eruit zal zien. Het projectbureau nieuwbouw hield presentaties voor diverse groepen, onder meer voor de bouwdirecteuren van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, projectontwikkelaars, architecten en studenten.

4.2.5.2 *Medimall*

Naast de bouw van het ziekenhuis, is begin 2009 ook de bouw aangevangen van de Medimall. Dit gebeurt niet in opdracht van het Maasstad Ziekenhuis, maar het Maasstad Ziekenhuis heeft wel belang bij een tijdige oplevering. In dit gebouw zullen onder andere de polikliniek plastische chirurgie en de afdeling revalidatie van het ziekenhuis gehuisvest worden. Daarnaast komen het Geboortehotel van Kraamzorg Rotterdam, Delta Psychiatrisch Centrum, een zorghotel van de Stroom Opmaat Groep en diverse commerciële partners, zoals winkels en kantoren in de Medimall.

4.3 Algemeen kwaliteitsbeleid

In dit hoofdstuk wordt het algemene kwaliteitsbeleid uiteen gezet. Met de term algemeen kwaliteitsbeleid wordt bedoeld op beleid dat niet specifiek is gericht op cliënten of medewerkers, maar dat de gehele organisatie betreft. In dit hoofdstuk wordt het *interne* kwaliteitsbeleid uiteengezet met de volgende onderwerpen: Theory of Constraints, zorgvernieuwingsprojecten en doelmatigheidsprojecten, deelname aan de Advisory Board Company en de Interne Service Monitor. Het *externe* kwaliteitsbeleid wordt in dit hoofdstuk met de volgende onderwerpen uiteengezet: certificering en accreditaties, visitaties, relatie met huisartsen en de relatie met verzekeraars.

4.3.1 Theory of Constraints (ToC)

In de zomer van 2007 is gestart met de invoering van de Theory of Constraints (ToC). Met deze methodiek wil het Maasstad Ziekenhuis de doelmatigheid en de kwaliteit van zorg verbeteren. De oorspronkelijk door E. Goldratt ontwikkelde methodiek heeft het doel om de gemiddelde opnameduur van patiënten te verkorten, zonder de werkdruk te verhogen. Door middel van een cyclus van registreren, opsporen en opheffen van de zwakste schakel in het proces tussen opname en ontslag, wordt het zorgproces continue verbeterd.

In een speciaal ontwikkeld registratiesysteem worden van elke opgenomen patiënt de ontslagbepalende taken en doorlooptijden vastgelegd. Op deze manier is er een actieve sturing op de geplande ontslagdatum en verkrijgt het ziekenhuis inzicht in oorzaken van te lange wachttijden. Wekelijks zijn er buffermeetings, waarbij een teamleider, een ToC mentor, de manager en specialist gezamenlijk vaststellen welke acties er komen om de constraints op te lossen.

Daarnaast vindt er elke week een werkoverleg plaats waarbij de directeur zorg en de zorgmanagers aanwezig zijn. Tijdens dit overleg wordt de top 20 van patiënten besproken van wie de geplande ontslagdatum het meest is overschreden en welke acties ingezet kunnen worden om het ontslag van deze patiënten te realiseren.

Tabel 12 Ontwikkeling gemiddelde verpleegduur (doelstelling tov realisatie)

	Realisatie 2009	Doelstelling 2009	Realisatie 2008	Nulmeting (2 ^e helft 2006 & 1 ^e helft 2007)
Gemiddelde verpleegduur	4,8 dagen	4,9 dagen	5,1 dagen	6,3 dagen

Voor 2009 was de doelstelling om 5% verpleegduurvermindering te realiseren ten opzichte van 2008. Deze doelstelling is gerealiseerd.

De invoering van ToC op de verpleegafdelingen heeft niet alleen geleid tot meer doelmatigheid van zorg, ook de kwaliteit van zorg is verbeterd:

- De informatievoorziening aan de patiënt is verbeterd. De patiënt en zijn familie krijgen al bij opname te horen hoe lang de verwachte opnameduur is en hoe de planning eruit ziet.
- De communicatie en de samenwerking tussen de professionals op de verpleegafdelingen is verbeterd. Iedereen werkt aan een gezamenlijk doel, bovendien is meer duidelijkheid gekomen over ieders verantwoordelijkheid in het proces

Een groot deel van het management en de adviseurs is inmiddels op ToC leiderschapstraining geweest. In deze training wordt kennis over de principes van ToC en de manier van denken achter ToC overgedragen. Daarnaast is een groot deel van het verpleegkundig personeel geschoold in de ToC principes en het werken met het registratiesysteem.

In 2008 is een start gemaakt met de implementatie van Critical Chain Project Management (CCPM). De doelstelling was op 31 december 2009 95% van alle urgente en waardevolle afdelingsoverstijgende projecten op tijd, scope en budget af te ronden. Om het project CCPM en daarmee alle opgedane kennis en vaardigheden te borgen, is eind 2009 het Projectenbureau opgericht. Het projectenbureau heeft als taak ervoor te zorgen dat het reeds behaalde resultaat van het afronden van 95% van de projecten op tijd, binnen scope en budget wordt voortgezet en behouden.

Tabel 13 Implementatie CCPM (doelstelling tov realisatie)

	Realisatie 2009	Doelstelling 2009
Afronding projecten binnen tijd, scope en budget	79,4%	95%

In 2009 werden 34 projecten met behulp van CCPM gemanaged: 27 projecten (79,4%) werd binnen tijd, scope en budget afgerond. Hiermee is de doelstelling om 95% van de projecten binnen tijd, scope en budget af te ronden niet behaald.

4.3.1.1 ToC op de SEH

In november 2008 werd de ToC methodiek ook op de spoedeisende hulp ingevoerd. Het terugdringen van de doorlooptijd op de spoedeisende hulp naar maximaal 4 uur voor 98% van de patiënten was bij de invoering van ToC op de SEH het gestelde doel. Tegelijkertijd met de invoering op de SEH is ook op het observatorium gestart met de implementatie. Uit de nulmeting die vooraf ging aan de implementatie kwamen de volgende ongewenste effecten naar voren:

- Patiënten verblijven langer dan noodzakelijk op de SEH (15 minuten – 6 uur)
- Patiënten verblijven langer dan noodzakelijk op het Observatorium (2 – 36 uur)
- Patiënten klagen vaak over de lange wachttijden

Tabel 14 Implementatie TOC op de SEH (doelstelling tov realisatie)

	Realisatie 2009	Doelstelling 2009
Doorlooptijd SEH	98% binnen 4 uur	98% binnen 4 uur
Doorlooptijd Observatorium	75% binnen 12 uur	75% binnen 12 uur

Beide doelstellingen waren eind 2009 bereikt. De doelstelling 98% van de patiënten binnen 4 uur op de SEH te behandelen werd zelfs al in februari 2009 bereikt. Om deze reden is de doelstelling in het eerste kwartaal 2009 aangescherpt naar 98% binnen 3 uur. Deze doelstelling was eind 2009 nog niet bereikt, toen werd namelijk gemiddeld 96% van de patiënten binnen 3 uur ontslagen en van het chirurgische klein leed (zelfverwijzers) werd 90% binnen 2 uur ontslagen. Het observatorium ontsloeg eind 2009 75% binnen 12 uur en heeft een bedbezetting van 172%. Deze resultaten werden bereikt met een productie groei van 8% in 2009.

4.3.1.2 Rapid Reliable Response (RRR) - Projecten

Het Maasstad Ziekenhuis heeft in 2009 een nieuwe werkwijze ontwikkeld met de zogeheten Rapid Reliable Response-projecten (RRR). Uniek hierbij is dat marketeers, adviseurs van het team advies en ontwikkeling, medici, management en teamleiders samenwerken om meer patiënten met een betere kwaliteit van zorg te kunnen helpen. Deze projecten hebben als doel betrouwbaardere en snellere toegangstijden te realiseren, de wachttijden te reduceren en zorgpaden te verbeteren. Dit doet het Maasstad Ziekenhuis met het oog op klantgerichtheid en de concurrentiepositie ten opzichte van de omringende ziekenhuizen. Een projectgroep van een RRR-project analyseert een zorgpad en ontwerpt op basis van de analyse een verbetertraject. Dit verbeterde zorgpad wordt vervolgens op verantwoorde wijze ingevoerd en de voortgang en resultaten hiervan worden regelmatig gemeten. Het ziekenhuis hanteert hiertoe een op ToC gebaseerde toepassing voor de analyse, ontwikkeling en invoering van deze trajecten. Resultaten van de ingezette projecten zijn dat de toegangstijden voor het ziekenhuis en de doorstroming in het ziekenhuis aanzienlijk zijn verbeterd. Dit houdt in dat een patiënt na verwijzing van zijn huisarts sneller zijn eerste ziekenhuisbezoek kan brengen en eenmaal in het ziekenhuis ook sneller vervolgonderzoeken en/of behandelingen en ingrepen kan ondergaan. Dit gebeurt bijvoorbeeld door

combinatieafspraken waarbij een patiënt alle benodigde onderzoeken op één dagdeel doorloopt en zo nodig meerdere specialisten op dat dagdeel spreekt.

Vanzelfsprekend is de kwaliteit van de zorgpaden verbeterd door de betere organisatie. Er is nieuwe medische apparatuur aangeschaft, een praktischere indeling van de ruimten in poliklinieken gerealiseerd en een efficiëntere roostering ingevoerd van medici en paramedici. Voorbeelden van nieuwe spreekuren en gestroomlijnde trajecten zijn de menstruatiepolikliniek, het knippen van amandelen bij kinderen en het verrichten van staaroperaties.

De nieuwe trajecten en verbeteringen die zijn ingezet, zijn door de afdeling marketing, communicatie en sales voor het voetlicht gebracht door onder meer advertenties in regionale bladen, artikelen in digitale huisartsennieuwsbrieven en in Maasstad Ziekenhuis Dichtbij (het blad dat het ziekenhuis uitgeeft en regionaal huis aan huis verspreidt), mailings en andere doelgroepgerichte marketingacties. Motto hierbij is: "Doe wat je zegt en zeg wat je doet".

In 2009 zijn in totaal vijftien zorgpaden doorgelicht en verbeterd. De groei in epb's bij deze vijftien zorgpaden was groter ten opzichte van de totale groei in epb's.

De succesvol gebleken werkwijze met RRR-projecten zal in het jaar 2010 zeker gecontinueerd worden.

4.3.2 Zorgvernieuwings- en doelmatigheidsprojecten

De financiële steun van de zorgverzekeraars ziet het Maasstad Ziekenhuis als een uitgelezen kans om onze patiëntenzorg verder te vernieuwen en de kwaliteit en veiligheid van onze zorg verder te verbeteren. In 2009 zijn 23 zorgvernieuwingsprojecten en twee doelmatigheidsprojecten uitgevoerd binnen het Maasstad Ziekenhuis. Voor de zorgvernieuwingsprojecten werd € 1.600.000 en voor de doelmatigheidsprojecten werd €811.300 door de zorgverzekeraars toegekend. De projecten kenden een diversiteit aan onderwerpen, van hooggespecialiseerde medische zorg voor specifieke doelgroepen tot procesverbeteringen binnen de organisatie.

Enkele zorgvernieuwingsprojecten in 2009 waren:

- Ervaren kwaliteit voor ITB patiënten verbeteren
- Structuurontwikkeling palliatief zorgkader
- Moleculaire diagnostiek naar de huisarts toe

De twee doelmatigheidsprojecten in 2009 waren:

- ToC
- Zorgdomein

4.3.3 Advisory Board Company

Het Maasstad Ziekenhuis is in 2009 lid geworden van de Advisory Board Company. Het Maasstad Ziekenhuis heeft een lidmaatschap van een jaar bij dit netwerk van 2700 internationale zorginstellingen die kennis en ervaring uitwisselen en benchmarking onderzoek verrichten. Het netwerk doet dit zowel op bestuurlijk, operationeel als verpleegkundig niveau.

Het lidmaatschap is afgesloten voor zowel de Executive Board als de Operational Board om de gezamenlijke kennis en ervaring te benutten en ter inspiratie voor de eigen ontwikkeling en innovatie van het Maasstad Ziekenhuis.

4.3.4 Interne Service Monitor

Om de mate van tevredenheid van interne geleverde diensten te meten, gebruikt het Maasstad Ziekenhuis de Interne Service Monitor.

De Interne Service Monitor geeft inzicht in de verwachtingen en behoeften die de afdelingen als interne klanten van onze diensten hebben afgezet tegen de werkelijke ervaring met deze dienstverlening. Op deze wijze krijgen we inzicht in de mate waarin de ondervraagde, als ervaren klant, de desbetreffende afdelingen waardeert en krijgen we zicht op wat goed gaat en wat beter kan. Op basis van de volgende criteria worden de afdelingen beoordeeld; *betrouwbaarheid, zekerheid, tastbare zaken, empathie en responsiviteit*.

De afdelingen worden ten opzichte van elkaar vergeleken, waarbij er onderscheid is gemaakt tussen de Medische Ondersteunende afdelingen, te denken valt aan de afdeling apotheek en pathologie en de ondersteunende afdelingen, waarbij te denken valt aan de afdelingen Personeelszaken en Marketing, Communicatie & Sales. Voor de uitvoering van het onderzoek is een extern bureau ingeschakeld. Verschillende doelgroepen (arts-assistenten, specialisten, medisch managers, (zorg)managers en teamleiders) hebben de vragenlijst ontvangen. De Interne Service Monitor is in 2009 per kwartaal uitgevraagd.

Overall scoren de medisch ondersteunende afdelingen beter op de NPS score dan de niet-medische ondersteunende afdelingen. De NPS score voor het gehele ziekenhuis is elk kwartaal ten opzichte van het vorige kwartaal verbeterd. Intern zijn naar aanleiding van de resultaten doelstellingen en concrete acties geformuleerd. Zo heeft de Afdeling Klinische Chemie bijvoorbeeld naar aanleiding van de Interne Service Monitor gewerkt aan haar serviceverlening. Om die reden is het initiatief dit jaar genomen om dienstverleningsgesprekken te houden. Verschillende zaken zijn hierin aan de orde gesteld, o.a. panels voor het aanvragen van laboratoriumdiagnostiek, ondersteuning in activiteiten buiten het ziekenhuis en communicatie met laboratoriummedewerkers.

4.3.5 Certificering en accreditatie

In 2009 beschikten de volgende afdelingen over een (her)certificering:

Tabel 15 (Her)certificeringen per afdeling

Afdeling	Norm/Keurmerk	Certificaat sinds
Dialyse	HKZ-ISO 9001:2000 Stichting harmonisatie kwaliteitsbeoordeling in de zorgsector (HKZ)	2003
Klinische fysica (infuuspompen en hemodialyseapparatuur)	International Organization for Standardization (ISO) – TNO QMT certificaten	2006
Vaatcentrum	Vaatkeurmerk (De Hart&Vaatgroep)	2007
Ziekenhuisapotheek	Fabrikantenvergunning (Farmatec-BMC)	2007
Ziekenhuisapotheek	GMP-Z ²⁹	2008
Kinderafdeling	Smiley (Stichting Kind en Ziekenhuis)	2008
Dagbehandeling	Smiley (Stichting Kind en Ziekenhuis)	2008
Medische Technologie	Quality for Medical Technology (TNO)	2002 update in 2008
Klinisch Chemisch Laboratorium	CCKL/Raad voor Accreditatie	2009

- In 2008 is een traject gestart om voor de informatiebeveiliging gecertificeerd te worden volgens de NEN 7510. Doelstelling hierbij is volledige certificering in 2010.

Een erkenning voor het verband, samenhang en/of samenwerking tussen alle kwaliteitsonderdelen levert een accreditatie op. Voorbeeld hiervan op afdelingsniveau is de accreditatie voor het klinische laboratorium door de Raad voor Accreditatie.

²⁹ De GMP-z is een beroepsnorm die opgesteld is door de Nederlandse ziekenhuisapothekers en van toepassing is op bereidingen in de ziekenhuisapotheek en die afgeleid is van de GMP (Good Manufacturing Practices), een kwaliteitsborgingssysteem voor de farmaceutische industrie.

4.3.6 Visitaties

Het ziekenhuis wordt gevisiteerd in het kader van opleiding door de Medische Specialistische Registratie Commissie of de wetenschappelijke verenigingen. Tevens wordt gevisiteerd in het kader van kwaliteit. Een kwaliteitsvisitatie is een vorm van intercollegiale toetsing gericht op het functioneren van een maatschap of vakgroep. Elke praktijk krijgt één keer per vijf jaar een visitatie. De voorbereidingsacties voor een kwaliteitsvisitatie worden op maatschapniveau besproken. Hieruit volgen conclusies en een verbeterplan, die de visitatiecommissie ontvangt.

Resultaten

In 2009 zijn zes vakgroepen door hun beroepsvereniging gevisiteerd. Alle zes de vakgroepen hebben een positieve beoordeling gekregen. Een volgende kwaliteitsvisitatie voor de betreffende vakgroepen staat over vijf jaar gepland. Twee vakgroepen hebben een opleidingsvisitatie ondergaan.

Tabel 16 Visitaties per vakgroep

Visitaties per vakgroep 2009		
Specialisme	Kwaliteits- of opleidingsvisitatie	Resultaat
Apotheek	Opleiding	Verlening tot 2014
Anesthesiologie	Opleiding	Verlening tot 2013
Anesthesiologie	Kwaliteit	
Revalidatiegeneeskunde	Kwaliteit	Verlening tot 2014
Radiologie	Kwaliteit	Verlening tot 2014
Medische microbiologie	Kwaliteit	Nog onbekend op het moment van schrijven
Reumatologie	Kwaliteit	Verlening tot 2014
KNO	Kwaliteit	Verlening tot 2014

4.3.7 Relatie met huisartsen

4.3.7.1 Accountmanagers

In 2008 heeft het Maasstad Ziekenhuis drie accountmanagers aangesteld, die een brugfunctie tussen de huisarts en het ziekenhuis vervullen. De accountmanagers bezoeken de huisartsen persoonlijk met als doelstelling de samenwerking te verbeteren. Zij luisteren naar de ervaringen van de huisarts met het ziekenhuis en vragen wat het ziekenhuis kan doen om te verbeteren. Daarnaast informeren de accountmanagers de huisartsen over ontwikkelingen en nieuwe diensten van het ziekenhuis. Dit beleid hebben wij in 2009 met succes voortgezet.

4.3.7.2 Verwijsmodel Rijnmond

Inmiddels werkt het Maasstad Ziekenhuis alweer ruim twee jaar met verwijsapplicatie ZorgDomein. Hoofddoel is verbeterde samenwerking tussen ziekenhuis en huisarts. Afgeleide doelen hiervan zijn dat de huisarts en de patiënt beter geïnformeerd zijn, dat de communicatie tussen professionals in de zorgketen beter verloopt, dat de patiënt sneller op het juiste spreekuur komt en dat onnodige bezoeken worden voorkomen.

Dit jaar hebben wij de 25.000ste verwijzing via ZorgDomein ontvangen. Patiënt, huisarts en afdeling werden uitgebreid in het zonnetje gezet.

4.3.7.3 *Huisartsennascholing*

De nascholingsformule van de Lombardijenfora blijkt nog steeds succesvol. De combinatie van casuïstiek en de aanwezigheid van veel specialisten, maakt dat deze bijeenkomsten aanhoudend druk bezocht worden door huisartsen. Op verzoek van de huisartsen is het ziekenhuis daarnaast in 2009 met een proef gestart van een uurtje casusgerichte nascholing. Deze proef bleek zo succesvol dat het ziekenhuis twee extra uurtjes nascholing heeft ingelast. Ook in 2010 staan de uurtjes weer op het programma.

Tijdens de in juni gehouden “Dag van de Bouw” vond er een heel bijzondere nascholing plaats. Op de nieuwbouwlocatie werden twee praktijkworkshops gegeven: A.E.D. en hechttechnieken. Bovendien hadden de huisartsen de kans om te oefenen met de bediening van laparoscopen.

4.3.7.4 *BeterEvenement “Loop mee naar Corpus”*

In november 2009 hield het Maasstad Ziekenhuis voor de tweede keer het BeterEvenement. Deze succesvolle dag begon met een lunch op locatie Clara. Daar ontmoetten huisartsen en specialisten elkaar. Vervolgens kregen zij de kans om een kijkje bij elkaar in de keuken te nemen. Huisartsen liepen mee met de specialisten, maar er waren ook specialisten die de huisartsenpraktijk bezochten. Vervolgens stapten zij in de bus naar Leiden. Tijdens de busreis speelden zij in teams een medische, geaccrediteerde, pubquiz. In museum Corpus stonden een bijzondere reis door het lichaam en een workshop humor op het programma. Daarnaast was er voldoende te eten en te drinken.

4.3.7.5 *Delphi*

Het Maasstad Ziekenhuis lanceerde in november “Delphi”, het speciale besloten webplatform voor professionals. De gebruiker van Delphi vindt hier het volgende:

- informatie over nascholingen en wetenschappelijke artikelen;
- de mogelijkheid om digitale toetsen te maken.
- toegangstijden poliklinieken;
- contactgegevens en aandachtsgebieden van de medisch specialisten;
- patiënteninformatie;

Startend met een vooral informatief karakter, wordt Delphi in de toekomst uitgebreid naar een volledig interactief platform.

4.3.7.6 *Overige diensten voor huisartsen*

De vorige paragrafen zijn een kleine greep van de middelen die het ziekenhuis inzet om de samenwerking tussen huisartsen en ziekenhuizen zo optimaal mogelijk te maken. Zo verstuurt het Maasstad Ziekenhuis bijvoorbeeld nog steeds elke maand een digitale nieuwsbrief en organiseert het drie maal per jaar een Huisartsen Overleg Maasstad Ziekenhuis. In maart 2010 staat het Maasstad Ziekenhuis op de Huisartsbeurs in Ahoy.

4.3.8 Relatie met zorgverzekeraars

Het Maasstad Ziekenhuis vindt het belangrijk dat patiënten ongeacht hun verzekering in het Maasstad Ziekenhuis toegang tot verzekerde zorg hebben. In 2009 zijn dan ook met alle zorgverzekeraars contracten afgesloten voor het leveren van zorg in het B-segment. Voor het A-segment waren de contacten in 2009 met Achmea en UVIT.

In 2009 is het B-segment verder uitgebreid en zijn met de diverse verzekeraars afspraken gemaakt over prijs, volume en kwaliteit van de zorg. Daarnaast heeft Achmea in 2009 ervoor gekozen om voor een klein aantal behandelingen te werken met voorkeursaanbieders. Deze voorkeursaanbieders zijn op basis van kwaliteitsgegevens en dienstverlening gekozen. Maasstad Ziekenhuis was in 2009 voor maar liefst vijf behandelingen gekozen tot een van de voorkeursaanbieders.

Tot slot heeft het Maasstad Ziekenhuis meegewerkt aan diverse projecten van individuele zorgverzekeraars, waaronder een pilot machtigingsvrij werken en het project zorgzwaarte van Achmea.

4.4 Kwaliteit van zorg

In dit hoofdstuk wordt de kwaliteit van zorg voor patiënten en cliënten beschreven. Deze kwaliteit van zorg wordt beschreven aan de hand van de volgende onderwerpen: prestatie-indicatoren als verantwoording van de geleverde zorg, klachten, toegankelijkheid en veiligheid.

4.4.1 Prestatie-indicatoren

De prestaties van alle ziekenhuizen worden gemeten en transparant gemaakt door middel van de prestatie-indicatoren. De indicatoren zijn ingedeeld in twee soorten: zorginhoudelijke en bedrijfsmatige indicatoren. Het doel hiervan is dat de kwaliteit en de doelmatigheid binnen ziekenhuizen verbetert en de keuzevrijheid van patiënten vergroot.

De prestatie-indicatoren voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg worden gepresenteerd op de website www.ziekenhuizen transparant.nl en op de site van het ziekenhuis (www.maasstadziekenhuis.nl). De prestatie-indicatoren zijn niet opgenomen in dit jaardocument.

In de AD top 100, waarin een deel van de IGZ prestatie-indicatoren gebruikt wordt om de ziekenhuizen in Nederland met elkaar te vergelijken, steeg het Maasstad Ziekenhuis in 2009 naar de 35^e plek (56^e plek in 2008; 84^e plek in 2007)

Een groot deel van de prestatie-indicatoren is opgenomen in het dashboard. Zo worden deze indicatoren ieder kwartaal gemonitord en kan de directie waar nodig bijsturen.

4.4.2 Klachten

Het Maasstad Ziekenhuis neemt klachten van patiënten en bezoekers serieus. Hun ervaringen geven aan op welke punten de kwaliteit van zorg en de behandeling in het ziekenhuis verbeterd kunnen worden.

4.4.2.1 Klachtenfunctionarissen

Het Maasstad Ziekenhuis heeft twee klachtenfunctionarissen in dienst. Zij treden op als bemiddelaars tussen de klager en degene(n) waarover geklaagd wordt. Zij proberen daarbij op een laagdrempelige manier de klacht op te lossen en de relatie tussen de klager en de zorginstelling te herstellen, zonder een schuldige aan te wijzen. Op verzoek van de klager kan eventueel een bemiddelingsgesprek met de aangeklaagde(n) worden georganiseerd. Indien de klager niet tevreden is met de uitkomst van de bemiddeling, of indien hij behoefte heeft aan een oordeel over de gegrondheid van zijn klacht, kan hij kiezen voor een formele behandeling van de klacht volgens de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector en zijn klacht voorleggen aan de klachtencommissie.

In 2009 konden de klachtenfunctionarissen 96% van alle bij een klacht betrokken cliënten zelfstandig afhandelen en kwam 4% van deze cliënten bij de klachtencommissie terecht.

Als een klager over verschillende aspecten van de zorgverlening klaagt, worden de diverse aspecten vertaald in afzonderlijke klachten. De meeste dossiers bestaan dan ook uit meerdere klachten. In 2009 werden 441 klachten bemiddeld, ingediend door 365 cliënten. Ten opzichte van vorig jaar is het aantal klachten met 6,6% afgenomen, het aantal klagers nam echter met 20,8% toe. Onderstaande tabel laat zien over welke aspecten van de zorg er in 2009 werd geklaagd.

Tabel 17 Aantal en ontwikkeling bemiddelde klachten

Onderwerp	Bemiddelde klachten 2009		Bemiddelde klachten 2008	
	Aantal	%	Aantal	%
Medisch/verpleegkundig	182	41%	192	41%
Relationeel	143	32%	161	34%
Organisatorisch	89	20%	97	21%
Financieel	24	5%	20	4%
Anders	3	1%	0	0%
Totaal	441	100%	470	100%

4.4.2.2 Klachtencommissie

Indien de klachtencommissie een klacht ontvangt, stelt zij een onderzoek in. Klachten worden altijd schriftelijk afgehandeld. Zo nodig worden klager en aangeklaagde uitgenodigd voor een mondelinge behandeling van de zaak. De procedure is in een reglement vastgelegd.

Het oordeel over een klacht kan gegrond of ongegrond luiden. In 2009 heeft de klachtencommissie over 44 klachten een uitspraak gedaan, waarvan er 19 gegrond werden verklaard. Deze 19 dossiers hebben geleid tot 6 aanbevelingen van de klachtencommissie. Alle aanbevelingen die de commissie heeft gedaan zijn door de directie overgenomen. Het meest voorkomende onderwerp bij de aanbevelingen is de communicatie, uitgesplitst in delen als bejegening, overleg, overdracht, dossiervorming en informatievoorziening.

In 5 gevallen heeft de klachtencommissie geen uitspraak gedaan in verband met gebrek aan toetsbare feiten.

Tabel 18 Aantal ingediende klachten en klachten waarover in 2009 een uitspraak is gedaan.

Onderwerp	Aantal ingediende klachten	Aantal uitspraken*	Gegrond		Ongegrond		
			%	%	%	%	
Medisch/verpleegkundig	23	26	59	6	14	16	36
Relationeel	18	12	27	8	18	3	7
Organisatorisch	1	6	14	5	11	1	2
Financieel	-	-	-	-	-	-	-
Totaal	42	44	100	19	43	20	45

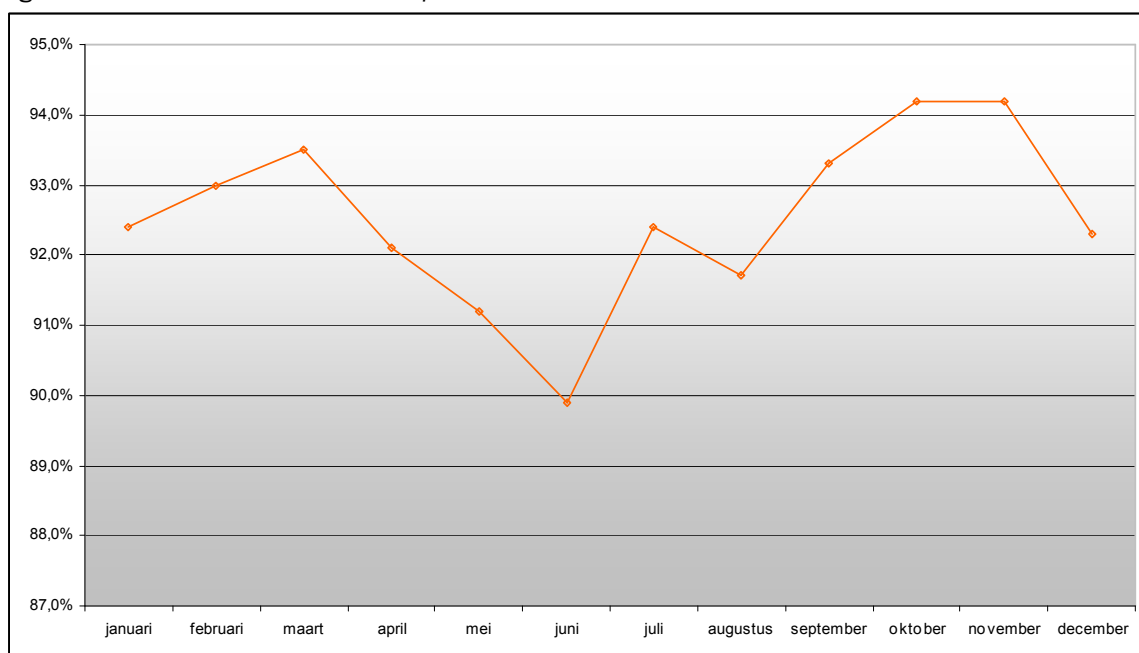
* Inclusief lopende zaken uit 2008

4.4.3 Toegankelijkheid

4.4.3.1 Telefonische bereikbaarheid

Sinds 2008 wordt maandelijks de telefonische bereikbaarheid op de poliklinieken in het Maasstad Ziekenhuis gemeten en gemonitord. Per maand werden gemiddeld 42.000 metingen gedaan. De doelstelling voor 2009 was om binnen 30 seconden 95% (service niveau) van alle binnenkomende telefoontjes te beantwoorden. Sinds de telefonische bereikbaarheid wordt gemeten, is er een stijging van het serviceniveau waarneembaar en sinds mei 2008 wordt een score van 90% of hoger gehaald. In 2009 is in het project “Telefonische bereikbaarheid” een inventarisatie gemaakt van randvoorwaardelijke zaken die invloed hebben op de bereikbaarheid. Deze randvoorwaarden zijn geoptimaliseerd en eind 2009 is de bereikbaarheid gestegen tot 94,4%.

Figuur 7 telefonische bereikbaarheid per maand



4.4.3.2 Toegangstijden

Het Maasstad Ziekenhuis publiceert minimaal maandelijks zijn wachtlijstgegevens voor de poliklinieken, de klinieken, de dagbehandelingen en de revalidatie op de website van het ziekenhuis (www.maasstadziekenhuis.nl). Als norm voor de toegangstijden hanteert het Maasstad Ziekenhuis de Treeknormen.³⁰ Ieder kwartaal worden de toegangstijden vergeleken met de Treeknormen en tijdens de kwartaalgesprekken tussen de directie en de (medisch) managers besproken. De specialismen allergologie, gastro-enterologie, kaakchirurgie en neurologie voldeden gemiddeld over 2009 met een gemiddelde wachttijd van respectievelijk 8, 6,5 en 5,5 en 6 weken nog niet aan de poliklinische Treeknorm.

³⁰ Treeknorm wachttijd voor diagnostiek en indicatiestelling

- 80 % binnen 3 weken, maximaal 4 weken

Treeknorm wachttijd voor de feitelijke behandeling

- Dagopname zes weken
- Klinische opname zeven weken

4.4.3.3 *Avondpolikliniek*

Op de poliklinieken chirurgie, interne geneeskunde, neurologie, neurochirurgie, oogheelkunde, gynaecologie, kindergeneeskunde, orthopedie, radiologie en bloedafname kunnen patiënten ook 1 maal per week op de dinsdagavond terecht. Het Maasstad Ziekenhuis wil met de avondpolikliniek een extra service aan zijn patiënten bieden.

4.4.3.4 *Inlooservice medische onderzoeken en inloosprekuren*

Voor bloedprikken, gewone röntgenfoto's en het laten maken van een hartfilmpje kunnen patiënten zonder afspraak in het Maasstad Ziekenhuis terecht. Ook de polikliniek infectieziekten heeft een inloospreekuur waar patiënten zonder afspraak binnen kunnen lopen.

4.4.3.5 *Samenwerking rondom epilepsie*

De Hans Berger Kliniek, onderdeel van Kempenhaeghe, centrum voor gespecialiseerde epilepsiezorg, heeft een buitenpoli in het Maasstad Ziekenhuis. Het Maasstad Ziekenhuis werkt samen met deze kliniek en maatschappelijk werkers van Humanitas. Via één loket krijgt de patiënt het hele spectrum aan epilepsiezorg aangeboden. Dit is uniek in Nederland.

4.4.3.6 *Samenwerking met Cadenza*

Een bezoek aan het ziekenhuis kan ingrijpend en vermoeiend zijn. Zeker voor mensen met een ernstige ziekte. Een volle wachtkamer, medewerkers die druk bezig zijn, een moeilijk gesprek met de dokter. Het is soms allemaal te veel. Daarom heeft het Maasstad Ziekenhuis een polikliniek geopend in palliatief centrum Cadenza. Aandacht en rust voor de zieke en zijn dierbaren staan centraal in Cadenza.

Cadenza, onderdeel van de Rotterdamse zorgaanbieder Laurens, is het eerste intra- én extramurale centrum in Nederland dat volledig is gericht op palliatieve zorg.

Ernstig zieke patiënten van het Maasstad Ziekenhuis kunnen hier terecht voor het spreekuur van een hematoloog-oncoloog, voor een gesprek met gespecialiseerde oncologieverpleegkundigen, maar ook voor diverse dagbehandelingen. Het Maasstad Ziekenhuis heeft de beschikking over twee comfortabele kamers: een met twee bedden en een met vier gemakkelijke stoelen. Beide kamers zien uit over een lommerrijke tuin. Het Maasstad Ziekenhuis en Cadenza bieden de patiënten professionele zorg en verschillende interessante activiteiten in een warme, huiselijke sfeer.

4.4.3.7 *Documenten KwaliteitSysteem-enterprice (DKS-E)*

DKSe is een documentenbeheersysteem, een computersysteem dat zeven dagen per week, 24 uur per dag is te raadplegen. Inloggen in het DKS-e is inlog- en wachtwoord vrij. Het gaat via elke computer in het ziekenhuis, maar ook via de website van het ziekenhuis.

Het DKS-e bevat alle afspraken, procedures, protocollen, werkinstructies en zorgbehandelplannen en is vergelijkbaar met een elektronische bibliotheek. Via de uitgebreide zoekmachine zijn alle documenten te raadplegen, waarbij het beeldscherm altijd het geldige exemplaar toont en voorgaande (vervallen) versies via de beheerder van de afdeling op te vragen zijn. Eind 2009 konden de medewerkers van het Maasstad Ziekenhuis 6100 documenten in het DKS-e raadplegen. Dit deden zij gemiddeld 850 keer op een werkdag en 250 keer op een weekenddag.

4.4.4 Melding incidenten patiëntenzorg (MIP)

Ziekenhuizen zijn wettelijk verplicht om (bijna) incidenten te melden aan een interne commissie meldingen incidenten patiëntenzorg (MIP-commissie nu VIM-commissie – Veilig incidenten Melden). Doel van het melden is beter inzicht te krijgen in die onderdelen van de zorgverlening die verbetering behoeven. Pas als incidenten systematisch worden gemeld is het mogelijk oorzaken te achterhalen en kunnen verbeteracties in gang worden gezet. De commissie bestaat uit elf leden uit diverse geledingen van de organisatie en werkt volgens een reglement.

In juni 2009 is op drie afdelingen (apothek, kinderafdeling en dialyse) gestart met een pilot decentraal melden (VIM). Het decentrale VIM is vanaf 1 november uitgerold in het hele ziekenhuis. De overgang van centraal naar decentraal melden heeft als doel dat in de veilige omgeving van de eigen afdeling medewerkers meer en beter de incidenten zullen melden. Hiermee moet alertheid op het voorkomen van incidenten groter worden, mede omdat de incidenten sneller onder de aandacht van de medewerkers kunnen worden gebracht en het gemakkelijker is om te reconstrueren wat het hoe en waarom van een incident is. In het ondersteunende computerprogramma is een risicoanalyse die door de melder van een incident moet worden ingevuld. Bij aangeven dat het incident ernstig is of potentieel ernstig zou kunnen zijn, wordt de melding direct doorgegeven aan de centrale commissie en de directie, zodat actie kan worden ondernomen. De taak van de centrale commissie is ernstige of veel voorkomende incidenten te analyseren om zo haar beleid en aanbevelingen beter vorm te kunnen geven.

In 2009 kwamen 1.304 meldingen binnen. In dezelfde periode vorig jaar werden 470 incidenten gemeld. Dit is een toename van 177% ten opzichte van vorig jaar. Het grootste deel van de stijging ligt in overgang van centraal naar decentraal melden, maar ook de ingebruikname van een nieuw voorschrijfsysteem door de apothek heeft geleid tot een toename.

De aard van de meldingen was in 2009 als volgt:

Tabel 18 Aantal en ontwikkeling MIP-meldingen

Aard van de melding	2009	2008	% stijging
Behandeling en verzorging	173	79	119%
Bloedproducten	10	7	43%
Medicatie en infusie	297	140	112%
Valincidenten	178	128	39%
Overige meldingen	556	118	371%
Totaal	1.304	470	177%

Meldingen aan de Inspectie

In 2009 zijn vier incidenten bij de IGZ gemeld, omdat de kwaliteit van zorgverlening met mogelijke gevolgen voor de patiënt hier in het geding is geweest.

De aanbevelingen van de VIM-commissie zijn door de directie overgenomen danwel geïmplementeerd.

4.4.5 Calamiteitenteam

Het Maasstad Ziekenhuis werkt nu ruim een jaar met een Calamiteitenteam, geleid door drie crisiscoördinatoren die bij toerbeurt 24-uurs piketdiensten draaien. Het calamiteitenteam, dat behalve uit de crisiscoördinator ook uit twee secretaresses, een directielid en een communicatiemedewerker bestaat, zorgt ervoor dat een incident wordt afgewikkeld terwijl de rest van het ziekenhuis gewoon zijn werk kan blijven doen.

Een incident wordt een calamiteit wanneer een ernstige verstoring van het bedrijfsproces dreigt. Dat kan een extern incident zijn, bijvoorbeeld een groot ongeluk waarbij veel gewonden binnenkomen op de Spoedeisende Hulp. Maar het kan ook een intern 'ongeval' zijn, zoals een crash in de computersystemen. De crisiscoördinator wordt gewaarschuwd door de afdelingsmanager als die meent dat een incident groot en ingrijpend wordt. De coördinator beslist vervolgens of het incident als calamiteit wordt aangemerkt.

4.4.5.1 Opleiding, training en oefening

In 2009 hebben diverse trainingen plaatsgevonden gericht op externe calamiteiten en crisismanagement. Verpleegkundigen van de spoedeisende hulp, het observatorium, de OK en de medewerkers van de afdeling beveiliging volgden de training HMIMS³¹

Bedrijfshulpverleners, verpleegkundigen van de spoedeisende hulp, beveiligers en een lid van het strategisch crisisteam volgden de training 'omgaan met besmette slachtoffers'.

Het crisisteam is in verschillende samenstellingen intensief getraind op het gebied van crisismanagement en communicatie. Twee van de drie crisiscoördinatoren hebben hun competentietraining van de GHOR³² afgerond. Daarnaast namen de crisiscoördinatoren ook deel aan het maandelijks regionaal overleg crisiscoördinatoren ziekenhuizen dat wordt georganiseerd door de GHOR.

Oefeningen waaraan medewerkers van het Maasstad Ziekenhuis deel hebben genomen zijn de CoPi (Commando Plaats Incident) trainingen van de VRR³³ en twee ontruimingsoefeningen op verpleegafdelingen van het Maasstad Ziekenhuis.

4.4.5.2 Calamiteiten

In 2009 is het strategisch crisisteam verschillende malen bijeen geweest in verband met calamiteiten die zich daadwerkelijk of bijna voordeden. Deze zijn naderhand mondeling en/of schriftelijk geëvalueerd. In onderstaande tabel volgt een overzicht van de (bijna) calamiteiten die in 2009 plaatsvonden. Wegens de enorme impact die het incident met de niet correct werkende reinigings- en desinfectieautomaat voor endoscopen op het Maasstad Ziekenhuis en zijn patiënten had, wordt dit incident onderaan deze paragraaf nader toegelicht.

³¹ Hospital Major Incident Management System

³² Geneeskundige Hulp bij Ongevallen en Rampen

³³ Veiligheidsregio Rotterdam-Rijnmond

Tabel 20 (Bijna) calamiteiten 2009

Datum	Intern/extern	Omschrijving
11 maart	Extern	Tramongeval Rotterdam
Vanaf april	Intern/Extern	Mexicaanse griep
20 mei	Intern	Niet correct werkende reinigings- en desinfectieautomaat voor endoscopen
23 juni	Intern	Uitval telefonie
14 augustus	Intern	MRSA uitbraak op de afdeling Nefrologie
28 augustus	Intern	Uitval elektronisch voorschrijf systeem (EVS)
14 oktober	Intern	Netwerkstoring
2 november	Intern	Uitval telefonie
1 december	Intern	Netwerkstoring

Daarnaast zijn er nog enkele incidenten geweest waarover de dienstdoende crisiscoördinator wel is ingelicht maar die geen actieve input behoeften. Er vond wel monitoring op afstand plaats van het incident en het vervolg van het incident om te bepalen of actie alsnog eventueel nodig was.

Tabel 21 Incidenten 2009

Datum	Intern/extern	Omschrijving
31 januari	Intern	Brand in de kelder van locatie Clara
13 februari	Intern	Brand op de 3 ^e etage van locatie Clara
25 februari	Extern	Vliegtuigongeval nabij vliegveld Schiphol
5 maart	Extern	Lekkage bij Vopak
28 april	Intern	Problemen met zuurstofvoorziening

Incident mogelijk vervuilde endoscopen

Op 20 mei 2009 werd het Maasstad Ziekenhuis opgeschrikt door een defect in een afwasmachine voor endoscopen. Dat defect had mogelijk al vanaf oktober 2008 bestaan, zo werd berekend door de leverancier die verantwoordelijk is voor het onderhoud van de machines.

Honderden patiënten bleken te zijn behandeld met een mogelijk niet correct gereinigde endoscoop. Ongeveer 800 patiënten kregen daarom een brief met een uitnodiging om het bloed te laten onderzoeken op de infectieziekten hiv, en hepatitis B en C. Ruim drieduizend mensen kregen bovendien een brief met de mededeling dat zij zich geen zorgen hoefden te maken omdat was gebleken dat zij met een correct gereinigde scoop waren behandeld. Van het incident en de evaluatie ervan heeft het Maasstad Ziekenhuis veel geleerd en diverse verbeteringsprocessen zijn in gang gezet.

Het incident heeft ervoor gezorgd dat de registratie van de scopen en de zorg voor en het onderhoud van deze onderzoeksinstrumenten verder zijn aangescherpt. Vanaf het eerste kwartaal van 2010 wordt de centrale sterilisatieafdeling (CSA) verantwoordelijk voor de reiniging van de scopen die worden gebruikt op de MDL-afdeling. De scopen van KNO en Urologie vallen vanaf 1 januari 2011 onder auspiciën van de CSA. De scopen zullen door de CSA volgens nauwgezette protocollen en door gecertificeerd personeel worden gereinigd. In de nieuwbouw (opening maart 2011) wordt een sterilisatie-afdeling ingericht waarin vuil en schoon materiaal in fysiek gescheiden ruimten wordt verwerkt.

Voor zover was na te gaan, is niemand door de defecte wasmachine besmet geraakt. Uit onderzoek van de TU in Delft is gebleken dat het ziekenhuis het incident op een goede manier heeft geanalyseerd en afgehandeld. De afwikkeling van juridische aansprakelijkheid is nog gaande. De in totaal 880 patiënten die hun bloed hebben laten testen, hebben eind december vrijkaarten gekregen voor diergaarde Blijdorp, om een vervelende periode van onzekerheid enigszins goed te maken.

4.4.6 Regionale samenwerking IC-zorg

De intensivisten van het Maasstad Ziekenhuis zijn verantwoordelijk voor de (level 3) IC-zorg in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis in Spijkenisse en het Van Weel Bethesda Ziekenhuis in Dirksland. De afdelingen Intensive Care van het Maasstad Ziekenhuis, het Ruwaard van Putten Ziekenhuis en het Van Weel Bethesda Ziekenhuis zijn in maart nauw gaan samenwerken. Dankzij deze samenwerking kunnen de IC's van de kleinere ziekenhuizen in Spijkenisse en Dirksland open blijven.

Een aantal intensivisten van het Maasstad Ziekenhuis loopt overdag visites in de andere ziekenhuizen en ze draaien bij toerbeurt 24-uurs piket: raakt een patiënt in Spijkenisse of Dirksland in nood, dan is de intensivist binnen twee uur aanwezig. Arts-assistenten en verpleegkundigen in de aangesloten ziekenhuizen hebben allen een grondige bijscholing gekregen in intensieve zorg, zodat zij de eerste noodhulp kunnen verlenen. Op alle drie de IC-afdelingen gelden sinds de samenwerking dezelfde protocollen met betrekking tot bijvoorbeeld de toediening van medicatie. Daarnaast wordt in alle ziekenhuizen dezelfde patiëntenstatus gebruikt en wordt met behulp van videoconferentie over patiënten vergaderd. Alle IC-patiëntgegevens worden opgeslagen in een PDMS-systeem, een patiëntmanagementsysteem. Mocht een patiënt een ingewikkelde operatie moeten ondergaan, dan kan hij met de mobiele IC-unit worden vervoerd naar het Maasstad Ziekenhuis, dat over een Level III IC beschikt.

4.4.7 HSMR

Vanuit de Inspectie wordt transparantie van sterftecijfers geëist. Met behulp van de Hospital Standardized Mortality Ratio (HSMR) kunnen mortaliteitscijfers van ziekenhuizen onderling worden vergeleken. Een ziekenhuis kan op basis van deze vergelijking bepalen hoe de eigen mortaliteitscijfers zich verhouden tot die van andere ziekenhuizen.

Bij deze methodiek wordt gebruik gemaakt van de gegevens die het Maasstad Ziekenhuis heeft vastgelegd in de Landelijke Medische Registratie (LMR). Het model is gebaseerd op de 50 hoofddiagnosen (CCS-codering) die geleid hebben tot 80% van de sterfte in de Nederlandse ziekenhuizen. Het betreft de sterfte in kliniek en dagverpleging. Uit een eerste analyse die het Maasstad Ziekenhuis heeft laten uitvoeren door Prismant blijkt dat het Maasstad Ziekenhuis alleen de hoofddiagnose en niet de nevendiagnose registreert, waardoor geen (juiste) HSMR kan worden berekend. Vanaf januari 2010 wordt naast de hoofddiagnose ook weer de nevendiagnose geregistreerd. Omdat de resultaten van deze interventie in relatie tot de sterftecijfers van andere ziekenhuizen pas in 2011 kunnen worden gemeten, heeft de directie de -praktijkindex- aangeschaft. Met behulp van deze tool kan de directie vanaf januari 2010 maandelijks de sterftegevallen monitoren.

4.5 Kwaliteit ten aanzien van medewerkers

4.5.1 Personeelsbeleid

In 2009 is voortgeborduurd op het personeelsbeleid zoals deze in 2007 is vastgesteld. Naast de normale en reguliere P&O werkzaamheden is aandacht besteed aan onderwerpen waarbij voorbereiding op de verhuizing naar de nieuwbouwlocatie in 2011 centraal heeft gestaan.

Onderwerpen zoals functiewaardering gezondheidszorg (fwg), een nieuw sociaal plan, medewerkers-waarderingsonderzoek, introductie nieuwe medewerkers, het werving en selectieproces, arbo & verzuim en medewerker patiëntenservice.

4.5.2 Functiewaardering gezondheidszorg

In 2008 is een nieuw functiehuis opgesteld, waaraan voorafgaand een consistentieonderzoek heeft plaatsgevonden. In 2009 is daadwerkelijk begonnen met de uitvoering van het project wat bestaat uit een viertal fasen die individueel voor alle medewerkers na elkaar doorlopen moeten worden, namelijk de voorbereidingsfase, het beschrijven van de typering, het indelen van de typering en de nazorgfase. Doel van het nieuwe functiehuis is dat alle functies opnieuw worden beschreven en gewaardeerd conform geldende CAO afspraken en door het consistentieonderzoek zullen de huidige 600 verschillende typering zijn teruggebracht naar maximaal 150 verschillende typering. Het project is afgerond als alle medewerkers een nieuwe functietypering en -waardering hebben ontvangen.

4.5.3 Sociaal plan

In september 2009 heeft het Maasstad Ziekenhuis samen met een vijftal vakbondsvertegenwoordigers een akkoord bereikt over een nieuw sociaal plan. Directe aanleiding voor een nieuw sociaal plan was dat het oude was verlopen. Het schrijven van het nieuwe plan, was echter geen invuloefening. De grote wijziging is dat het plan doorlopend is gemaakt, waardoor het ziekenhuis ermee vooruit kan tot zeker aan de nieuwbouw en wellicht ook de eerste jaren na de verhuizing. De toepassing van het sociaal plan zal regelmatig tussen alle partijen worden geëvalueerd en alle partijen kunnen voorstellen indienen om bij gewijzigde omstandigheden het plan (op delen) aan te passen.

Het nieuwe ziekenhuis markeert immers de komst van personele veranderingen in de organisatie. Het nieuwe ziekenhuis (digitalisering van processen, nieuwe technische installaties) en het feit dat alles op één locatie zit, maakt bepaalde werkzaamheden (deels) overbodig. Dat heeft gevolgen voor het personeel op bepaalde afdelingen, zoals herverdeling van werkzaamheden, inkrimping en sluiting van afdelingen. Daarbij speelt de vraag of kennis en kunde van het personeel toereikend zijn en of bij- en omscholing nodig is. Het sociaal plan is gebaseerd op begeleiding van werk naar werk om mogelijke sociale gevolgen van veranderingen in de organisatie adequaat te kunnen ondervangen.

Bij de ondertekening van het plan - de vakbonden hadden voorafgaand de ledenraadpleging gehad - ging het er opvallend ontspannen en informeel aan toe. De verklaring daarvoor gaf een vakbondslid: 'Er heeft tussen het ziekenhuis en de vakbonden vanaf het begin een constructieve dialoog plaatsgevonden en dat heeft geleid tot dit plan. Het ziekenhuis heeft een roerige tijd gekend, maar het tij is gekeerd. En dat zien de leden terug in het plan. Zij hebben bemerkt dat dit plan een andere geest ademt.'

4.5.4 Medewerkerswaarderingsonderzoek

In 2008 heeft het Maasstad Ziekenhuis een onderzoek uitgevoerd onder haar medewerkers om inzicht te krijgen in de houding van medewerkers ten opzichte van het Maasstad Ziekenhuis als werkgever en als ziekenhuis. In september 2009 is het onderzoek in een beknoptere versie herhaald. Doel van de tussentijdse meting was op een snelle en eenvoudige wijze meten hoe we ervoor staan. De resultaten zijn op totaalniveau vergeleken met 2008. Het responspercentage van de tussentijdse meting was 42% ten opzichte van de 34% in 2008

Doelstelling van dit onderzoek was het verkrijgen van inzicht in de ontwikkeling van de mate waarin medewerkers het Maasstad Ziekenhuis waarderen en in hoeverre men trots is op het Maasstad Ziekenhuis. Over het algemeen kan geconcludeerd worden, dat de medewerkers op alle punten positiever zijn over het Maasstad Ziekenhuis dan tijdens de meting van 2008. De tevredenheid over het werken bij Maasstad is gestegen ten opzichte van 2008. Daarnaast zijn in 2009 meer medewerkers trots dat zij bij Maasstad werken dan in 2008.

Het Maasstad Ziekenhuis wordt goed gewaardeerd als werkgever, maar medewerkers zijn nog voorzichtig in het aanbevelen van Maasstad als ziekenhuis. De uitdaging wordt om medewerkers te leren om vaker uit te dragen dat het Maasstad Ziekenhuis een kwalitatief goed ziekenhuis is en tegelijkertijd alert te blijven op alle verbetermogelijkheden.

Ruim acht op de tien medewerkers is (zeer) tevreden over het werken bij Maasstad Ziekenhuis. Dit is een stijging van 8% ten opzichte van vorig jaar. Ook het aandeel zeer tevreden medewerkers is gestegen van 6% naar 10%. Ruim zes op de tien medewerkers is trots om voor het Maasstad Ziekenhuis te werken.

Ook dit is een stijging ten opzichte van 2008, toen 46% daar trots op was.

Bijna de helft van de medewerkers vindt dat de afdeling voldoende actie heeft ondernomen naar aanleiding van het MWO in 2008.

Het grote medewerkerswaarderingsonderzoek zal in de eerste helft van 2010 worden herhaald.

4.5.5 Introductie nieuwe medewerkers

Iedere nieuwe medewerker die in dienst is van het Maasstad Ziekenhuis, wordt uitgenodigd voor een introductiebijeenkomst op de eerste doordeweekse werkdag van de nieuwe maand. Tijdens deze introductie krijgen medewerkers informatie over het verleden, heden en de toekomst van het ziekenhuis, onze visie en ambitie, maar wordt ook aandacht besteed aan onze klantbeleving.

Om onze nieuwe medewerkers meer binding, betrokkenheid en klantbeleving mee te geven, is in 2009 de introductiebijeenkomst geëvalueerd en wordt een nieuw programma ontwikkeld.

In 2010 willen we naar een generieke introductie, die voor alle nieuwe medewerkers in dienst van het ziekenhuis is bestemd én een doelgroepgerichte introductie, die meer toegespitst is op de desbetreffende doelgroep en uniformiteit in werkwijze en gedrag.

Na 3 maanden krijgen alle nieuwe medewerkers een uitnodiging voor een 'terugkomlunch' met een directielid en een P&O-adviseur om de eerste ervaringen in het Maasstad Ziekenhuis te delen. De ervaringen die tijdens deze gesprekken worden gedeeld zijn zeer waardevol en leiden tot nuttige feedback voor het ziekenhuis.

4.5.6 Werving en selectie

In de loop van 2008 is het wervings- en selectieproces geëvalueerd om de kwaliteit en doorlooptijden te kunnen verbeteren. De stijl van adverteren en de wervingsstrategie is ontwikkeld en gestandaardiseerd. In navolging hierop hebben we in 2009 onze processen geoptimaliseerd door middel van een werving & selectiesysteem. Iedere sollicitant kan vanaf nu via een digitaal sollicitatieformulier zijn interesse kenbaar maken en het administratieve proces hierna is volledig geautomatiseerd.

4.5.7 Dynamische Personeelsplanning (DPA)

In 2009 is het project Dynamische Personeelsplanning uitgevoerd dat is gericht op het verlagen van de kosten van het personeel niet in loondienst (uitzendkrachten, gedetacheerden). Het project bestaat uit twee onderdelen:

1. Het vergroten van de flexpool met verpleegkundigen, gespecialiseerd verpleegkundigen, doktersassistenten en medisch secretaresses. Middels een interne wervingscampagne is de mogelijkheden voor het "bijwerken" naar voren gebracht. De volgende stap is de externe werving waarbij in overleg met managers en teamleiders, oud medewerkers worden benaderd om weer terug te keren naar het Maastricht Ziekenhuis.
2. Het inzichtelijk maken van productie t.o.v. inzet, met daarbij de inzet van eigen personeel en personeel niet in loondienst. Managers en teamleiders krijgen maandelijks een rapportage over de relatie tussen productie en personeelsinzet. Het flexbureau zorgt daarnaast voor rapportages over het aantal aanvragen voor flexmedewerkers, aantal gehonoreerde vragen en de wijze waarop de aanvragen zijn ingevuld (flexmedewerkers in loondienst, inzet uitzendkrachten).

Op deze wijze ontstaat er een stuurmiddel voor managers en teamleiders, met als doelstelling de personeelskosten te verlagen.

4.5.8 Arbo en verzuim

Eind 2008 is een nieuwe overeenkomst met arbodienst Maetis afgesloten betreffende verzuim- en re-integratiebegeleiding.

In het verslagjaar is voortvarend gewerkt aan het uitvoeren van een uitgebreide risico-inventarisatie en -evaluatie (RI&E) op de afdelingen. Naast de traditionele arbo-onderwerpen, is patiëntveiligheid een belangrijk onderwerp (bekend onder de noemer Veiligheids Management Systeem (VMS)). Eind 2009 is de inventarisatie patiëntveiligheid afgerond. Die van de arbo-onderwerpen zal in het eerste kwartaal 2010 afgerond worden.

De landelijke registratie ZIR is vanaf 1-1-2009 niet meer beschikbaar voor ziekenhuizen om agressie- en geweldsincidenten te registreren. Als onderdeel van het VMS is daarom de registratie van agressie- en geweldsincidenten en bedrijfsongevallen in een eigen systeem ondergebracht, samen met andere meldingen (VIM en klachten etc.). Dit levert voordelen op in de melding (elektronisch in plaats van op papier) en de afhandeling van de incidenten (minder administratie).

In het nieuwbouwproces zijn de arbo-adviseurs betrokken bij de advisering over de vaste inrichting, het nieuwe kantoormeubilair, het wachtkamermeubilair en de verband- en medicijnwagens.

Tabel 22 Ontwikkeling verzuim

Jaar	2009	2008	2007	2006
Verzuimpercentage*	3,5%	2,6%	3,3%	3,5%
Meldingsfrequentie*	1,47	1,41	1,65	1,77
Gemiddelde ziekteduur*	11,83	10,5	9,8	9,7

* exclusief zwangerschap

De stijging van het verzuimpercentage is onder andere gelegen in het feit dat in 2009 een nieuwe bedrijfsarts is aangetreden. Deze wisseling van de wacht heeft geleid tot een verstoring in het beleid.

4.5.8.1 Nieuwe Influenza A (H1N1)

Net als ieder ander ziekenhuis is ook het Maasstad Ziekenhuis druk bezig geweest met ontwikkelingen rond de Nieuwe Influenza A (H1N1).

Er is een calamiteitencommissie samengesteld om alle medewerkers optimaal te kunnen informeren en antwoorden op prangende vragen te kunnen geven. Daarnaast is er in samenwerking met deze commissie een vaccinatiecampagne ingericht. De bereidheid tot vaccinatie is groot binnen het Maasstad Ziekenhuis en het lijkt boven verwachting succesvol te verlopen.

De directeur Patiëntenzorg ontving symbolisch de eerste inenting. Ofschoon hij niet bij de groep zorgend en medisch personeel hoort, wilde hij met zijn vaccinatie laten zien dat hij vaccinatie van groot belang vindt. Niet alleen om te voorkomen dat straks een groot deel van het medische en zorgend personeel ziek uitvalt, maar ook om te zorgen dat het medisch personeel zelf geen besmettingshaard zal worden voor onze patiënten.

4.5.9 Medewerker patiëntenservice

Maasstad Ziekenhuis heeft samen met Assist Zorgondersteuning een bedrijf opgericht, genaamd Maasstad Ziekenhuis Patiëntenservice (MaAssist BV) met als doel om de zorgondersteunende processen op de verpleegafdelingen van het Maasstad Ziekenhuis gastvrij te organiseren en uit te voeren.

Maasstad Ziekenhuis Patiëntenservice zorgt voor de planning en uitvoering van huishoudelijke en licht verzorgende taken in zorginstellingen. Gastvrijheid en klantgericht werken zijn sleutelbegrippen in deze dienstverlening. Eén persoon, de medewerker Patiëntenservice, is verantwoordelijk voor alle zorgondersteunende taken rondom het bed of op de afdeling. De dienstverlening krijgt hierdoor één gezicht waardoor een band ontstaat met de patiënt. Bovendien neemt de medewerker Patiëntenservice werk uit handen van verpleegkundigen. Medewerkers Patiëntenservice verzorgen de patiënt en zijn verblijfsomgeving, waardoor het verblijf van de patiënt aangenamer wordt.

4.5.10 Evaluatiegesprekken medisch specialisten

Het IFMS (Individueel Functioneren Medisch Specialisten), dat op individueel niveau evalueert, is een aanvulling op de kwaliteitsvisitaties die op het niveau van de maatschap/vakgroep plaatsvinden. Het Maasstad Ziekenhuis heeft samen met Nosce Orbis, het personeelsadviesbureau voor medici, een variant ontwikkeld op het landelijke IFMS. Uitgangspunten daarbij waren: een vlotte start maken, een korte doorlooptijd realiseren waardoor een cyclus van twee jaar haalbaar is, een groot draagvlak binnen de gehele medische staf creëren waarbij participatie door $\geq 90\%$ van de medisch specialisten bereikt wordt en een feedback systeem ontwikkelen dat door alle medewerkers in een ziekenhuis gebruikt kan worden en waarbij de (tijds-)belasting voor de participanten beperkt wordt en doelmatig moet zijn. De directie en medische staf hebben gekozen voor het gebruik van het 360°-feedbackonderzoek als instrument voor reflectie en ontwikkeling van medisch specialisten. Er is een vragenlijst ontwikkeld die duidelijk omschreven en observeerbaar gedrag kan meten op basis van de zeven medische kerncompetenties gedefinieerd door de KNMG (communicatie, medisch handelen, professionaliteit, organisatie, samenwerking, kennis en wetenschap, maatschappelijk handelen).

Doelstelling: Alle medisch specialisten benaderen 12-16 mensen met wie zij direct samenwerken om deze vragenlijst in te vullen, ook de medisch specialist vult de lijst in. Na het 360°-feedbackonderzoek volgt een eerste gesprek met een psycholoog van Nosce Orbis. Bij een tweede gesprek was ook een zogenaamde 'buddy' aanwezig (een door de medisch specialist gekozen collega specialist). In dit tweede gesprek worden concrete ontwikkeldoelen opgesteld.

In 2009 zijn 89 specialisten het traject gestart, waarvan 82 het hele traject volgen (dus twee gesprekken). Het 360°-feedbackonderzoek van de resterende specialisten vond eind 2009 plaats en begin 2010.

Overige resultaten

Bij de maatschappen die al geparticipeerd hebben, bleek er behoefte te zijn aan een vervolg op het 360° feedbackproject. Op dit moment werkt het Maasstad Ziekenhuis daarom samen met Nosce Orbis aan de implementatie van een strategie waarbij elke specialist kan kiezen uit een aantal vervolgprojecten zoals: doorlopende personal coaching, intervisie, feedbacktraining en videotraining (waarbij met behulp van videobeelden de communicatie en interactie tussen specialist en patiënt geanalyseerd wordt). Hiermee kan elke medisch specialist dan een passend vervolg geboden worden dat expliciet gericht is op ontwikkeling van het individueel functioneren. Hiernaast wil het Maasstad Ziekenhuis het 360° feedbackonderzoek elke twee jaar gaan herhalen. Naar aanleiding van de eerste ervaringen zullen dan waarschijnlijk de feedbackgevers per specialist “at random” geselecteerd worden (terwijl de specialist in de huidige versie nog zelf kiest). Ook zal over twee jaar wellicht de prikkelende vraag toegevoegd worden: “Zou u deze specialist aanraden bij de behandeling van uw eigen dierbaren?” Kortom, de eerste ervaringen in het Maasstad Ziekenhuis met de ontwikkelde variant IFMS zijn positief.

Tabel 23 Evaluatie van 360° feedback project door deelnemende specialisten

Onderwerpen/vragen	Score op schaal 1-5 (range)
Deelname aan 360° feedbackonderzoek wordt niet als bedreigend ervaren	4.4 (3-5)
Zou een collega aanraden om deel te nemen aan 360° feedbackonderzoek	4.2 (2-5)
Deelname aan vervolggesprekken wordt niet als bedreigend ervaren	4.5 (3-5)
Zou een collega aanraden om deel te nemen	4.4 (3-5)
Aanwezigheid van buddy is zinvol	4.3 (4-5)
Zinvol om 360° feedbackonderzoek te herhalen	3.7 (2-5)
Zinvol om vervolggesprekken met buddy te herhalen	4.0 (2-5)

Dysfunctioneringssysteem medisch specialisten

In het Maasstad Ziekenhuis hanteert de medische staf de procedure "Groen, Oranje, Rood". Kern van deze procedure is dat bij disfunctioneren van een medisch specialist dit gemeld moet worden bij het stafbestuur. Disfunctioneren is breder omschreven dan "medisch technisch". Het melden staat ook open voor andere medewerkers (dus niet medisch specialisten) van het ziekenhuis. In 2009 is deze procedure niet gehanteerd.

4.5.11 Opleidingen

Werken in de gezondheidszorg vereist van professionals dat zij hun kennis van het eigen vakgebied actueel houden en verdiepen. Leren en innoveren is een van de strategische speerpunten van het Maasstad Ziekenhuis, dat een van de grootste algemene opleidingsziekenhuizen in de regio Rotterdam-Rijnmond is. Het Maasstad Ziekenhuis heeft hiervoor een eigen instituut voor opleiding, ontwikkeling en onderzoek: de Maasstad Academie. Hiermee wil het Maasstad Ziekenhuis een samenhangend leerklimaat realiseren, door leren en ontwikkelen geïntegreerd aan te pakken. Centraal hierbij staat dat professionals een leven lang leren tot een kerncompetentie kunnen maken.

In de Maasstad Academie komen de verschillende opleidingsvelden en disciplines samen. Hieronder worden verstaan medisch-specialistische, de verpleegkundige, paramedische en bedrijfsmatige opleidingen, wetenschapsavonden, bij- en nascholingen, trainingen en cursussen. 2009 heeft in het teken gestaan van de verdere ontwikkeling en professionalisering van de Maasstad Academie. Onderwijsinnovatie staat bij de Maasstad Academie hoog in het vaandel, want het opleidingsaanbod moet goed aansluiten bij de opleidingsbehoeften. Zo wordt bijvoorbeeld de blended learningmethode gebruikt, een combinatie van e-learning en vaardigheidstrainingen. Medewerkers kunnen leren via de computermodule en trainingdagen staan meer in het teken van toepassen van de kennis. Ook is er een virtueel leer- en informatieprogramma (LMS) aangekocht. In het LMS kunnen medewerkers vanachter de computer de theorie leren en toetsen.

Artsen worden in het Maasstad Ziekenhuis opgeleid tot medisch specialist, voor verpleegkundigen zijn er specialistische vervolgoopleidingen en voor schoolverlaters zijn er basisopleidingen op mbo- en hbo-niveau. In korte cursussen en bijeenkomsten levert het ziekenhuis verder nascholingsprogramma's en themabijeenkomsten voor onder meer huisartsen, thuiszorg en doktersassistenten.

4.5.11.1 Medische opleidingen

Het Maasstad Ziekenhuis heeft opleidingen voor medisch specialisten en participeert in het klinisch onderwijs aan studenten geneeskunde (co-schappen). De volgende vakgroepen leidden in 2009 arts-assistenten op: anesthesiologie, chirurgie, gynaecologie (inclusief opleiding tot tropenarts), interne geneeskunde (in samenwerking met MDL, longgeneeskunde, cardiologie en nefrologie), kindergeneeskunde, klinische chemie, klinische fysica, medische microbiologie, radiologie, revalidatiegeneeskunde en ziekenhuisfarmacie.

De vakgroep gynaecologie participeert tevens in de opleiding tot verloskundige (jaarlijks twee plaatsen).

Gemiddeld worden er circa 50 aios'en opgeleid in 11 (medisch-)specialistische disciplines. Vigerend beleid is om het aantal opleidingen uit te breiden. Het opzetten van nieuwe opleidingen en het behouden van bestaande opleidingen is één van de voorwaarden om het predikaat 'topklinisch opleidingsziekenhuis' te verwerven en volwaardig lid te worden van de vereniging STZ.

Ontwikkelingen op het gebied van 'Het nieuwe opleiden'

In het kader van de modernisering van de medisch-specialistische opleidingen, heeft het Centraal College Medisch Specialismen (CCMS) algemene en disciplinespecifieke competenties gedefinieerd die tijdens de opleiding ontwikkeld moeten worden. In het kader van het nieuwe opleiden heeft een groot aantal - van de bij de opleiding en het onderwijs betrokken - MZ-specialisten de verplichte cursus 'Teach the Teacher' van het EMC gevolgd. De opleiders die dat nog niet hebben gedaan, zullen in 2010 aan de cursus deelnemen. Het volgen van genoemde cursus door alle leden van de opleidingsgroepen verdient extra aandacht, omdat het een van de voorwaarden is die de STZ heeft gesteld.

De opleiders van de opleidingen kindergeneeskunde en obstetrie en gynaecologie waren actief betrokken bij het project 'IN VIVO' van het College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg. In samenwerking met het Erasmus Medisch Centrum wordt het nieuwe opleiden, clusterwijs, in de praktijk ingevoerd met de bedoeling dat andere specialismen in het MZ hierbij gemakkelijk kunnen aansluiten.

Start disciplineoverstijgend onderwijs

Het disciplineoverstijgend onderwijs aan arts-assistenten is als een verplichte activiteit opgenomen in het 'Kaderbesluit CCMS'. Dit disciplineoverstijgend onderwijs wordt vanuit het EMC georganiseerd. Verder is de Maasstad Academie halverwege 2009 met disciplineoverstijgende onderwijssessies, in de vorm van Maasstad Academie avonden, van start gegaan.

Meting van het opleidingsklimaat

In het verslagjaar is bestudeerd of de 'DIRECT-vragenlijst als mogelijk meetinstrument kan worden ingezet om de kwaliteit van de medische opleidingen te toetsen. Besloten is om in samenwerking met de Arts-assistentenvereniging de gedigitaliseerde vragenlijst bij wijze van proef onder de arts-assistenten te verspreiden.

Co-assistenten

Het Maasstad Ziekenhuis heeft een affiliatieovereenkomst met het EMC. In het Maasstad Ziekenhuis leveren acht medische disciplines een bijdrage aan het opleiden van co-assistenten, van wie er continu gemiddeld vijftig aanwezig zijn. De Maasstad Academie organiseert maandelijks een co-assistentenlunch met als doel de wederzijdse betrokkenheid te behouden. Uit de lunches blijkt dat de co-assistenten het opleidingsklimaat in het ziekenhuis zeer waarderen. De lunches vormen een belangrijk toetsinstrument voor de kwaliteit van het onderwijs- en opleidingsklimaat. Tweemaal per jaar vindt er met de Co-raad een evaluatie plaats. De resultaten van de evaluaties worden teruggekoppeld naar de opleiders van de co-assistenten en besproken in de onderwijscommissie.

Op zesentwintig november 2009 is het co-assistentenonderwijs geïnspecteerd en hebben wij een positieve beoordeling gekregen.

Klinisch-wetenschappelijk onderzoek

Een van de toelatingscriteria voor een STZ-geassocieerd ziekenhuis is dat 'er (toegepast) wetenschappelijk onderzoek plaatsvindt, wat blijkt uit wetenschappelijke publicaties en voordrachten, gerapporteerd in een wetenschappelijke verantwoording, bijvoorbeeld een jaarverslag'. Om het verrichten van (toegepast) wetenschappelijk onderzoek te stimuleren en te faciliteren, heeft het ziekenhuis een wetenschapscoördinator.

In 2009 zijn er meerdere artikelen gepubliceerd in internationale en Nederlandse tijdschriften. Daarnaast zijn er verschillende wetenschappelijke voordrachten gehouden.

Ter ondersteuning van de beginnende onderzoeker is het wetenschapsbureau in 2009 gestart met de ICH-GCP cursus. In het verslagjaar is voorts een verbetertraject ingezet voor het wetenschappelijk onderzoek. De eerste stap in dit traject is een externe audit.

Opleidingsfonds

De verdere landelijke implementatie van de nieuwe financieringssysteem voor de opleiding van arts-assistenten verliep ook in 2009 uitermate chaotisch. De ziekenhuizen moesten in verschillende rondes en bij verschillende gremia (BOLS, CBOG en VWS) gegevens aanleveren, waarbij tijdens de rit de regels continu veranderden. De subsidieaanvraag van het Maasstad Ziekenhuis voor het jaar 2009 werd door VWS volledig gehonoreerd. De subsidieaanvraag voor 2010 is inmiddels ingediend. Groot probleem is dat mogelijk niet alle opleidingsplaatsen waarvoor het Maasstad Ziekenhuis erkend is, kunnen worden opgevuld, vanwege een verminderde instroom aan arts-assistenten. De financiële consequenties hiervan zijn nog onduidelijk.

4.5.11.2 Beroeps- en beroepsvervolgopleidingen

Het Maasstad Ziekenhuis profileert zich als ziekenhuis met een regionale en maatschappelijke verantwoordelijkheid. In 2009 bood het MZ zowel opleidingsplaatsen voor de beroepsopleidingen en opleidingsplaatsen voor de beroepsvervolgopleidingen

Verpleegkundige opleidingen

Het Maasstad Ziekenhuis is door Calbris erkend als leerbedrijf. Het Maasstad Ziekenhuis heeft 6 erkende kwalificaties variërend van niveau nul tot en met niveau vier.

Voor de *specialistische vervolgopleidingen voor verpleegkundigen* heeft het Maasstad Ziekenhuis een CZO-erkenning voor:

- dialyseverpleegkundige
- IC-verpleegkundige
- kinderverpleegkundige
- oncologie-verpleegkundige
- obstetrie-verpleegkundige
- spoedeisendehulp-verpleegkundige

Ook wordt in het Maasstad Ziekenhuis de opleiding tot brandwondenverpleegkundige gefaciliteerd.

Voor de *medische ondersteunende opleidingen* heeft het Maasstad Ziekenhuis een CZO-erkenning voor:

- anesthesiemedewerker
- operatieassistent
- radiodiagnostisch laborant

De aanvraag voor de erkenning van de opleiding tot gipsverbandmeester is in voorbereiding.

Daarnaast biedt het Maasstad Ziekenhuis ook nog de volgende opleidingen aan:

Audiologieassistent, analist HLO, centrale sterilisatiesassistent, endoscopie-assistent, MC PACU, mondhygiëniste, orthoptist en technisch oogheilkundig assistent.

Verder heeft het Maasstad Ziekenhuis in 2009 vele stagiaires begeleid. Deze stagiaires waren afkomstig van:

- HBO's - Opleiding tot verpleegkundige (niveau 5)
- ROC's - Opleiding tot verpleegkundige (Beroepsopleidende Leerweg, niveau 4)
- Opleiding tot doktersassistente (niveau 4)
- Opleidingscentrum Militair Geneeskundige Diensten - Opleiding tot Algemeen Militair Verpleegkundige (niveau 4)
- Verpleeginstellingen in en om Rotterdam – Opleiding tot verpleegkundige (niveau 3 en 4)
- Universiteiten – Opleiding tot arts en Beleid Management Gezondheidszorg (zorgstage)

Tabel 24 Aantal beroeps- en bedrijfsopleidingen op 31-12-2009

Beroepsopleiding	aantal op 31-12-2009	opleidingsinstituut
BBL verpleegkunde regulier niveau 4	62	Albeda College
BBL verpleegkunde verkort niveau 4	30	Albeda College
BBL HBO verpleegkunde niveau 5	0	
Stagiairs Verpleegkunde	Gemiddeld over 2009: 56	diversen
Stages Doktersassistenten	gemiddeld aantal over 2009: 7	diversen
Verpleegkunde Specialistische vervolgoopleidingen		
Oncologie	4	EMC
Hematologie	2	EMC
IC verpleegkundigen	17	Albeda College
HC brandwonden verpleegkundigen	3	Albeda College
Kinderverpleegkundigen	6	Albeda college
Verloskunde	5	EMC
Medium Care	4	Albeda College
Interventie Cardiologie	1	Albeda College
	2	Wenckenbach instituut
Nurse Practitioners	7	HRO of In Holland
Physician Assistants	3	HRO
Opleiding Brandwonden Verpleegkundige	2	-
Dialyseverpleegkundigen	7	Albeda College
Bij- en nascholingen		
	aantal op 31-12-2009	Opleidingsinstituut
Trainingen MS Office	72	New Horizons
Notuleren op de Laptop	10	Schoevers
Digitaal archiveren	29	Schoevers
Medische Terminologie	13	Prismant
Van Opleidingsbehoefte naar Opleidingsprogramma	12	Total Learning
CAO	52	Maasstad Ziekenhuis
Communicatie rond Donatie	25	Maasstad Ziekenhuis
Training Vrijwilligers	30	Maasstad Ziekenhuis
Training Werkbegeleiding	15	Albeda College
Telefonie	65 (ongeveer)	Wil Vogelaar

4.5.11.3 Intaketest

Sinds 2008 krijgen degenen die bij Maasstad Ziekenhuis solliciteren naar een opleidingsplaats voor verpleegkundige niveau 4 een intaketest. Dit geldt zowel voor de 4-jarige als de 2,5 jarige opleiding. Deze test is speciaal ontwikkeld voor de beroepsgroep verpleegkunde en wordt via het Albeda College gefaciliteerd. De deelnemers worden getoetst op de onderdelen numeriek, taalkunde, redeneren en evaluatie. De maximale score is 5. De deelnemers moeten minimaal een 3 scoren om verder te kunnen in de selectieprocedure.

4.6 Samenleving

Het Maasstad Ziekenhuis staat midden in de samenleving en neemt daarin zijn verantwoordelijkheden. Rekening houden met de 'buren', zorgdragen voor de omgeving en het voldoen aan de geldende wet- en regelgeving zijn speerpunten.

4.6.1 Milieu

Het Maasstad Ziekenhuis is zich bewust van de verantwoordelijkheid die het heeft tegenover patiënten, medewerkers, bezoekers en zijn omgeving als het gaat om het milieu. Ook voor 2009 was het beleid erop gericht te blijven voldoen aan de wet- en regelgeving en waar mogelijk negatieve effecten op het milieu zoveel mogelijk te beperken. Dit doen wij door in de eerste plaats op alle vlakken de milieuwetgeving na te leven, maar ook door andere initiatieven te nemen die het ziekenhuis minder milieubelastend maakt. De belangrijkste milieubelastende aspecten in 2009 waren de productie van (gevaarlijke) afvalstoffen, het gebruik van gas, water en elektriciteit en de opslag van gevaarlijke (afval)stoffen, gassen en radioactieve elementen. Met de vergunningverlener is afgesproken dat er in de huidige locaties geen grote energiebesparende investeringen meer worden gedaan, gezien de korte periode dat het ziekenhuis nog gehuisvest is op deze locaties. Wel wordt er in de aanloop naar de nieuwbouw bekeken welke energiebesparende mogelijkheden in de nieuwbouw gerealiseerd kunnen worden.

Tabel 25 Ontwikkeling afvalstromen

Afvallstromen		
Jaar	Totaalafval (kg/GPE)	Specifiek ziekenhuisafval (kg/GPE)
2009	1,19	0,108
2008	1,21	0,086
2007	1,20	0,075

Uit bovenstaande tabel is af te lezen dat het totale afval per gewogen patiënteenheden in 2009 met ruim 1,5% is afgenomen. De reden voor deze afname is onder andere gelegen in de afvalwijzer die in 2008 is ge-update, het feit dat procedures en verantwoordelijkheden sinds 2008 zijn beschreven in DKS-e en dat de milieupagina op intranet is uitgebreid met informatie over gevaarlijke stoffen.

Evenals vorig jaar is het specifieke ziekenhuisafval verder gestegen. Deze stijging is vooral te danken aan het feit dat de afdeling Medische Microbiologie haar afval niet meer autoclaveert (sinds 2008) en de afdeling Dialyse haar afval niet meer afvoert als bedrijfsafval maar volgens het Landelijk Afval Plan (LAP) als 'Specifiek Ziekenhuisafval' (sinds 2009). Voorheen gold dat materialen met een kleine hoeveelheid vloeibaar patiëntenmateriaal mochten worden afgevoerd als bedrijfsafval. Het 'vloeibaar patiëntenmateriaal' is vervangen door opgedroogd patiëntenmateriaal, waardoor veel meer materiaal als 'Specifiek ziekenhuisafval' moet worden afgevoerd.

Tabel 26 Ontwikkeling energieverbruik

Jaar	Gas (m ³)	Elektriciteit (kWh)	Water (m ³)
2009	3.507.051	12.660.660	124.592
2008	3.476.295	12.173.332	121.144
2007	3.328.555	12.225.954	120.689

In het afgelopen jaar zijn, wegens de komende verhuizing, geen grote energiebesparende maatregelen gerealiseerd.

Het aardgasverbruik ligt evenals het energieverbruik op hetzelfde niveau als voorgaande jaren. Na toepassing van de graaddagen correctiefactor³⁴ ligt het verbruik op het niveau van 2007.

Tabel 27 Ontwikkeling aardgasverbruik

Jaar	Gas (m ³)	Graaddagen	Gecorrigeerd verbruik
2009	3.507.051	2790	3.536.202
2008	3.476.295	2767	3.120.751
2007	3.328.555	2484	3.500.075

In het project nieuwbouw krijgt het milieu voordurend aandacht. Daar waar mogelijk wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van inzichten en technieken die de belasting op het milieu kunnen beperken of compenseren. Zo wordt gewerkt aan het behalen van het FSC-keurmerk voor het nieuwbouwcomplex, wordt getracht door middel van subsidie zoveel mogelijk grasdaken te realiseren en wordt ernaar gestreefd om (een deel van) de energie die het ziekenhuis gebruikt te verkrijgen uit restwarmte.

4.6.2 Ondernemen op Zuid

Op 25 mei 2007 ondertekenden het Maasstad Ziekenhuis en een consortium van banken een kredietovereenkomst van 290 miljoen euro. Dit bedrag wendt het Maasstad Ziekenhuis aan voor de nieuwbouw, investeringen in medische apparatuur en werkkapitaal. Voortvloeiend uit deze kredietovereenkomst is een intentieovereenkomst getekend om startende ondernemers een kans te geven een bedrijf te starten op de Zorgboulevard. Met als hoofdoorzaak de financiële crisis, is het in 2009 niet gelukt om voldoende financiële middelen te verzamelen om dit project van de grond te krijgen. Om deze reden is in 2009 besloten om dit project stop te zetten.

4.6.3 Stichting Vrienden Maasstad Ziekenhuis

Het jaar 2009 was wisselvallig voor de Stichting Vrienden Maasstad Ziekenhuis. Gelet op de economisch moeilijke tijden is besloten om bedrijven die getroffen zijn door de economische crisis voorlopig niet te benaderen om zo de kansen op sponsoring bij betere tijden te verhogen.

Echter, stil hebben we niet gezeten. Zo is een sponsor gevonden voor de kinderafdeling en dankzij die financiële steun kan er vorm gegeven worden aan een kindvriendelijk interieur. De stichting heeft verder afgelopen jaar een legaat ontvangen, bestemd voor de afdeling Nefrologie. En een bedrijf uit Wemeldinge, Rojas Tankers, heeft de doop van haar tanker gekoppeld aan een geldinzamelingsactie voor de (kanker)patiëntjes van ons ziekenhuis. Fonds Nuts Ohra is enthousiast over onze groene patio's en ons healing environment concept waardoor we € 75.000,- toegewezen hebben gekregen.

In 2010 gaat de stichting zich maximaal inzetten om de target van € 3,5 miljoen te halen.

4.5.1 Partnerschap met Hôpital Laquintinie

Het Maasstad Ziekenhuis heeft een partnerovereenkomst gesloten met Hôpital Laquintinie uit Douala, Kameroen. Deze samenwerking met het Afrikaanse ziekenhuis gebeurt in het kader van maatschappelijk ondernemen. Het partnerschap tussen 'Rotterdam' en 'Douala' zal uit veel componenten bestaan. Doel is het vergroten van de kwaliteit van patiëntenzorg van Hôpital Laquintinie door het delen van medische-, verpleegkundige- en technische- en managementkennis. Het Maasstad Ziekenhuis zal medische apparatuur overdragen en de kennis om met die apparatuur om te gaan. Door uitwisselingsprojecten van medisch specialisten, verpleegkundigen en andere medewerkers, kunnen we van elkaar leren.

³⁴ Graaddagen is een rekeneenheid waarmee het aantal fictieve dagen wordt aangegeven dat de gemiddelde etmaaltemperatuur beneden de 18 graden Celsius (stookgrens) ligt. De correctiefactor is het aantal graaddagen gedeeld door het aantal graaddagen van het jaar daarvoor. Het gecorrigeerd verbruik wordt bepaald door het verbruik te delen door de correctiefactor.

Het partnerschap is officieel bekrachtigd in het Maasstad Ziekenhuis op 25 november. Een Afrikaanse afvaardiging van het ziekenhuis, de ambassadeur van Kameroen in Nederland en een afvaardiging van het ministerie van defensie waren hierbij aanwezig.

4.7 Financieel beleid

4.7.1 Algemene financiële ontwikkelingen

De begroting voor 2009 eindigde met een positief resultaat van € 4,9 mln. Om dit resultaat ook daadwerkelijk te behalen zijn een aantal beheersmaatregelen ingezet. Zo is er bijvoorbeeld 1 verpleegafdeling gesloten en is de ontwikkeling in de productie wekelijks gevolgd. Mede daardoor hebben we het begrote resultaat ruimschoots gehaald.

De jaarrekening 2009 laat een positief resultaat zien van € 14,7 mln. Dit is inclusief een eenmalige bate van € 8,9 mln. Dit resultaat direct vergelijken met het begrote resultaat van € 4,9 mln. is daarom niet reëel. Het resultaat uit gewone bedrijfsvoering (resultaat boekjaar – buitengewone baten en lasten) is een betere graadmeter en laat met een positief saldo van € 5,8 mln. zien dat we ook zonder de eenmalige schenking ons doel ruimschoots hebben gehaald.

4.7.2 Ontwikkelingen in balans en resultatenrekening

In de jaarrekening worden de individuele posten uitgebreid toegelicht. Een paar daarvan willen we ook hier noemen. Zo is de post materiële vaste activa in 2009 met 43% in waarde gestegen ten opzichte van 2008. De verklaring hiervoor is te vinden in de status van de bouw van ons nieuwe ziekenhuis. De waardeverandering hiervan wordt zichtbaar in deze post.

De liquide middelen laten ultimo 2009 een licht negatieve stand zien. Om onze rentelasten zo laag mogelijk te houden, proberen we zo min mogelijk gebruik te maken van kredietfaciliteiten en sturen we op een banksaldo van rond € 0. Per 31 december 2009 zaten we daar net onder.

Op de resultatenrekening is een stijging te zien van de afschrijvingskosten van 15,6% tot € 19,5 mln. Dit komt door de financiële verwerking van een eerste screening van apparatuur die op dit moment nog wel gebruikt wordt, maar die in 2011 niet meeverhuist naar de nieuwbouw. Waar het gaat om apparatuur die op de verhuisdatum nog niet afgeschreven zou zijn, is in 2009 een start gemaakt met deze afschrijving versneld te gaan doen.

4.7.3 Resultaatratio's

De ratio's over 2009 zien er, berekend naar het volledige resultaat over het boekjaar, als volgt uit:

Tabel 28 Ontwikkeling resultaatratio's obv volledig resultaat

Resultaatratio's	2009	2008
Resultaatratio	5,8%	1,7%
Liquiditeit	2009	2008
Liquiditeit (vlottende activa / kort vreemd vermogen exclusief financieringsoverschot)	29,4%	63,9%
Solvabiliteit	2009	2008
Solvabiliteit (totaal eigen vermogen / balanstotaal)	15,5%	11,6%
Solvabiliteit (totaal eigen vermogen / totaal opbrengsten)	16,5%	12,1%

Op de liquiditeitsratio na, laten ze een duidelijke stijging ten opzichte van 2008 zien. Op zowel de resultaatratio als de solvabiliteit heeft de buitengewone bate van €8,9 mln. een bijzonder positieve invloed. De liquiditeit blijft buiten die invloedssfeer. De daling van dit kengetal wordt veroorzaakt door het omzetten van langlopende schulden naar kortlopende schulden. Het kort vreemd vermogen is daardoor aanzienlijk gestegen.

De vorderingen zijn een onderdeel van de vlottende activa. Zij zijn ruim € 22 mln. in waarde gedaald. Deze twee ontwikkelingen veroorzaken de daling van de liquiditeitsratio van 63,9% naar 29,4%.

Als we niet het volledige resultaat als basis nemen, maar het resultaat uit gewone bedrijfsvoering (resultaat boekjaar – buitengewone baten en lasten), wordt zichtbaar dat ook zonder de buitengewone baten de ontwikkeling in zowel de resultaatratio als de solvabiliteit positief is.

Tabel 29 Ontwikkeling resultaatratio's obv gewone bedrijfsvoering

Resultaatratio's	2009	2008
Resultaatratio	2,4%	1,7%
Solvabiliteit	2009	2008
Solvabiliteit (totaal eigen vermogen / totaal opbrengsten)	13,4%	12,1%

4.7.4 Financieel resultaat 2009

In deze paragraaf wordt een analyse gegeven op het financiële resultaat. Voor een gedetailleerde cijfermatige weergave op deze toelichting verwijzen wij naar de jaarrekening.

4.7.4.1 Opbrengsten

WDS (onderzoeken voor derden), stijgen t.o.v. van de begroting vooral door een versterkte samenwerking met het Ruwaard van Putten ziekenhuis vanuit het laboratorium voor medische microbiologie. De afwijkingen t.o.v. de begroting bij de overige opbrengsten worden veroorzaakt door eenmalige baten en lasten uit het lopende en voorgaande jaren.

De patiëntenzorg in het A-segment blijft nagenoeg over de gehele linie achter bij de interne afspraak. Bijna alle parameters scoren onder de afspraak. De totale opbrengst van het A-segment daarentegen toont ten opzichte van de interne begroting een stijging. Dit wordt veroorzaakt door de opbrengst van onderhoud van het functiegerichte budgetstelsel waarbij nieuwe productieparameters (o.a. voor Drug Eluting Stents en Oeshophagus) zijn vastgesteld. De parameterwaarden zijn pas na het tot stand komen van de begroting definitief bekend geworden en hebben een positief effect op de omzet.

De VWS bijdrage voor opleidingen voor arts-assistenten stijgt bij volledige bezetting met € 0,6 mln.

De patiëntenzorg en de omzet in het B-segment overstijgt de interne afspraken. In het B-segment is sprake van een doorzettende groei, tevens is de verschuiving van de zorg van A-segment naar B-segment groter dan verwacht. Daarnaast heeft de groei van het B-segment tot gevolg dat het onderhanden werk in het B-segment meer dan verwacht stijgt. Door een aanpassing in de waardering van afgesloten niet gefactureerde DBC's stijgt de omzet eenmalig.

4.7.4.2 Kosten

De lasten voor personele kosten voor personeel in loondienst stijgen t.o.v. de begroting door een hogere CAO dan begroot. De bezetting is lager dan begroot. De totale personele kosten overstijgen de begroting met name vanwege de blijvende problematiek op de arbeidsmarkt waarbij het definitief invullen van vacatures van specifieke specialistische verpleegkundige functies (ook landelijk) moeizaam blijft. Gezien de forse groei van de totale productie (en omzet) is de stijging van de personele lasten gering. Een beperkte groei van de personele inzet heeft toch deze productiegroei kunnen faciliteren.

De materiële kosten stijgen over de gehele linie meer dan verwacht in de begroting. Grotendeels is dat gerelateerd aan de eerder benoemde productiegroei. Van de totale kostenstijging is tweederde direct toe te wijzen aan de groei van patiënt en bewonergebonden kosten. De overige groei van de kosten is verdeeld over alle andere kostensoorten. De rentekosten zijn t.g.v. de lage rentestand lager dan verwacht in 2009. De lage rentestand heeft overigens direct effect op de normatieve vergoeding van de rentekosten. Per saldo resulteert een positief resultaat op de rentekosten. De afschrijvingskosten stijgen zoals verwacht boven de normering gezien het omvangrijke investeringsprogramma voor medisch apparatuur en ICT (EPD-ontwikkeling). Inzet voor 2009 is de overloop die altijd optrad in de uitputting van het goedgekeurde investeringsprogramma van het lopende jaar in 2009 te voorkomen. Dit vooral ook vooruitlopend op het zeer intensieve programma voor 2010.

Daarnaast heeft een aanzienlijke extra afschrijving (€ 4,0) plaatsgevonden voor apparatuur vooruitlopend op de ingebruikname van de nieuwbouw. De afwijking in de post dubieuze debiteuren heeft rechtstreeks

te maken met de gewijzigde regelgeving rond ziekenhuis zorg voor illegalen waarbij het EMC is aangewezen als regionaal verantwoordelijk ziekenhuis.

4.7.4.3 *Bijzondere bate*

De schenking van de Steunstichting MCRZ leidt tot een bijzondere bate van 8,9 mln.

4.7.4.4 *Samenvatting*

De forse groei in patiëntenzorg (en daaraan gerelateerde omzet) heeft door de groei van de patiëntgebonden kosten niet geleid tot het resultaat effect dat het ziekenhuis zich als target had gesteld, te weten elke euro meer omzet leidt tot 2/3 euro meer resultaat. Geconcludeerd kan worden dat met name de groei in direct patiëntgebonden kosten (materiële lasten) hiervoor hoofdverantwoordelijk is. Per saldo leidt de groei in productie tot een bijdrage aan het resultaat uit de gewone bedrijfsvoering van 1/3 de omzet groei. De resultaatgroei wordt deels teniet gedaan door de forse investeringen en extra afschrijvingen die in het voortraject naar de nieuwbouw zijn gedaan. Per saldo leidt dit tot een positief exploitatieresultaat uit de gewone bedrijfsvoering dat boven de begroting uitkomt.

4.7.5 **Lopende financieringen**

In 2006 is door het ziekenhuis de voor de nieuwbouw (van zowel het kernziekenhuis als de zorgboulevard) benodigde grond aangekocht van de Gemeente Rotterdam. Deze grondaankoop is gefinancierd door ING Bank en Fortis Bank Nederland. Als vervolg hierop is een bankselectietraject gestart op basis waarvan het huisbankierschap inclusief de nieuwbouwfinanciering voor het Maasstad Ziekenhuis zijn ingevuld. Op basis van een Request for Proposal met daarin o.a. uitgewerkte prognoses, balans-, investerings- en liquiditeitsbegrotingen en cash flow analyses, is een aantal banken uitgenodigd om voorstellen te doen over de wijze waarop zij bereid waren invulling te geven aan het huisbankierschap en de nieuwbouwfinanciering.

Op 25 mei 2007 is een overeenkomst getekend met een Consortium van banken bestaande uit ING Bank (agent), Fortis Bank Nederland, BNG en C&E Bankiers voor een totaalbedrag van € 290.000.000. Dat bedrag is als volgt onderverdeeld:

Tabel 30 *Verdeling nieuwbouwfinanciering*

Faciliteit	Doel	Bedrag	Looptijd	Rente
A Rekening Courant	Werkkapitaal	€ 75.000.000	Tot wederopzegging	1-maands Euribor + 0,50%
B Kasgeld	Nieuwbouw investeringen	€ 165.000.000	2012	1-maands Euribor + 0,45%
B2 Kasgeld	Vervroegde inhuizing Locatie Clara	€ 40.000.000	2012	1-maands Euribor + 1,10%
C Kasgeld	Investeringen in (medische) apparatuur en inventaris	€ 50.000.000	2012	1-maands Euribor + 0,45%
D Middellange Lening	Consolidatie leningen B/C	€ 215.000.000	2025	3-maands Euribor + 0,50%
D2	Consolidatie lening B2	€ 40.000.000	2025	3-maands Euribor + 1,10%

Ten tijde van het aangaan van deze overeenkomst was nog onduidelijk wanneer de Locatie Clara de nieuwbouw zou betrekken. In 2008 is besloten dat dit – net als de Locatie Zuider – in 2011 plaats vindt. Daarvoor is de faciliteit in 2009 aangepast met de Faciliteiten B2 en D2. Het Consortium heeft van die gelegenheid gebruik gemaakt om de oorspronkelijke tarifiering en voorwaarden als gevolg van de kredietcrisis, aan te passen. De kredietopslagen zijn verhoogd van 0,15%/0,20% naar 0,45%/0,50% en naast de bestaande solvabiliteitseis (oorspronkelijk 8%, nu 10%) moet worden voldaan aan een zogenaamde debt service coverage ratio (die aantoont in hoeverre kan worden voldaan aan rente en aflossingsverplichtingen) van 1,4. Omdat het niet mogelijk was voor het Consortium om een 15-jarige lening te verstrekken tegen een vast rentetarief, is gekozen voor een 3-maands roll-over lening op basis van 3-maands Euribor. Naast deze lening wordt een interest rate swap (IRS) gesloten waarbij de korte rente (3-maands Euribor) wordt uitgeruild tegen een lange rente (voor de looptijd van de IRS). In februari 2010 zijn de renterisico's uit hoofde van de financiering, voor de gehele looptijd afgedekt door het sluiten van een 10-jaars IRS en een 5-jaars swaption, voor een totaalbedrag van € 240.000.000. Ook hier was het niet mogelijk voor de banken een 15-jaars swap te verstrekken.

Figuur 8 Schematische weergave bankafspraken



4.8 ICT

In 2009 waren de digitaliseringstrajecten voornamelijk gericht om “voor te sorteren” op het nieuwe, digitale ziekenhuis dat voorjaar 2011 zijn deuren opent. Dat betekent dat er in de aanloop naar de verhuizing naar de nieuwbouw in 2009 op verschillende terreinen door I&A is gewerkt aan de verdere invoering van deze digitalisering. In 2010 worden deze werkzaamheden afgerond.

De digitalisering kent drie pijlers, te weten: dossiervorming, beelddigitalisering en de ontmanteling van het medisch archief. Deze pijlers zijn onderverdeeld in deelprojecten die gefaseerd over 2009 en 2010 worden uitgevoerd.

De digitalisering van patiëntengegevens en -informatie maakt ruimere informatie-uitwisseling mogelijk. Deze informatie-uitwisseling is *intern* in Maasstad Ziekenhuis het geval, maar zal op termijn zeker ook *extern* gaan gelden, omdat steeds meer organisaties in de gezondheidszorg onderling - regionaal, nationaal én zelfs internationaal - patiëntengegevens gaan uitwisselen.

4.8.1 Elektronische patiëntendossiers

Nu zijn de dossiers deels nog op papier en deels digitaal beschikbaar. Er komen generieke en specifieke digitale dossiers voor de snijdende en beschouwende specialismen. Tijdens de EPD-projecten, waarin de specialistische dossiers gemaakt zullen worden, zullen ‘kernvragen’ uit het GKD aangevuld worden met specialismespecifieke vragen, zodat elk specialisme straks zijn gegevens invoert in het elektronisch dossier. Het SEH-dossier is in 2009 aangepast, zodat deze aansluiting kreeg op het GKD. Het preoperatieve screeningdossier volgt.

De chirurgen, gynaecologen, kinderartsen en reumatologen beten in december 2009 de spits af met een eigen specialistisch medisch dossier. Lopende 2010 volgt de rest van de vakgroepen. Eind 2010 moeten alle medische specialismen digitaal kunnen werken.

4.8.2 Gemeenschappelijk kerndossier

Per 7 december 2009 werkt het Maasstad Ziekenhuis met een nieuw gemeenschappelijk kerndossier (GKD). Voorheen hadden specialismen niet de mogelijkheid onderling essentiële patiënteninformatie uit te wisselen. Het GKD is niet een losstaand dossier, maar het raamwerk waarin vrijwel alle specialistische medische dossiers ingericht gaan worden in 2009 en 2010. Dit raamwerk bevat een aantal kerngegevens dat voor elk specialisme op eenduidige wijze inzichtelijk gemaakt wordt en ingevoerd kan worden.

Een voordeel van het GKD is dat het inzage in het dossier van een ander specialisme gemakkelijk maakt, omdat de gegevens op dezelfde wijze worden gerangschikt in EZIS. De kerngegevens die men in elk dossier kan invoeren en kan inzien, zijn onder andere diagnoses, voorgeschiedenis, medicatie, allergieën, en behandelrestricties. Deze gegevens zullen - wanneer ze bijvoorbeeld in het chirurgiedossier ingevoerd zijn - vrijwel direct te zien zijn in bijvoorbeeld het gynaecologiedossier en vice versa.

Naast het GKD, is er een nieuw werkblad specialist ontwikkeld dat op den duur het oude werkblad specialist gaat vervangen. Dit werkblad is de toegang tot de medische dossiers. Het biedt in een scherm de meest gebruikte huidige schermen plus inzage in de medische dossiers. Op die manier zullen specialisten naast bijvoorbeeld hun poliagenda of kliniekoverzicht en financiële administratie, direct inzage hebben in dossiergegevens.

Het GKD is gebaseerd op de Amerikaanse standaard Continuity of Care Record (CCR). Het gebruik van CCR in het Maasstad Ziekenhuis zal twee doelen dienen. Het eerste doel is om binnen het EZIS tot een gemeenschappelijk kerndossier te komen. Hierdoor zal alle relevante patiëntinformatie voor alle specialismen in een eenduidige samenvatting beschikbaar zijn. Dit zal de veiligheid voor de patiënt verhogen en dubbele invoer voorkomen.

Het tweede doel is om uitwisseling met de buitenwereld (beter) mogelijk te maken. Dit zal gebeuren volgens de HL7 implementatie van CCR, namelijk Continuity of Care Document (CCD)

4.8.3 Verpleegkundig dossier

De papieren verpleegkundige zorgdossiers zijn deels verdwenen en vervangen door een ziekenhuisbreed gedigitaliseerd, verpleegkundig zorgdossier. De vakgroepen die al een EPD hebben, zijn op verpleegkundig gebied ook digitaal. De planning voor de invoer van het ziekenhuisbrede verpleegkundig dossier loopt bijna parallel aan de planning van de EPD's.

4.8.4 PACS-II

In het ziekenhuis worden in totaal ruim zeventig functieonderzoeken verricht. Deze onderzoeken hebben allemaal een uitslag. Deze uitslag kan in de vorm van een verslag, plaatje, filmpje, etc. zijn. Om deze informatiestroom te digitaliseren, is er in 2009 een aanbesteding gestart en afgerond voor de aanschaf van een systeem dat dit mogelijk maakt, een zogenaamd PACS-II. Waar alle radiologiebeelden al digitaal waren, worden alle overige functieonderzoeken dit ook. Wat er gaat veranderen is, dat er via het EZIS op alle relevante werkplekken digitaal opgeslagen uitslagen van onderzoeken beschikbaar komen. Dit is mogelijk door middel van een viewer die de beelden kan tonen vanuit het EZIS.

4.8.5 Digitale orderaanvragen

Vanaf 7 december 2009 is het mogelijk om behalve radiologie en KCL, ook andere onderzoeks-aanvragen digitaal via EZIS aan te vragen. Dit zijn: cardiologie, vaatlab, KNF, longgeneeskunde, pathologie, laboratorium medische microbiologie, medisch fotograaf, revalidatie, interne geneeskunde (MDL) en diabetesverpleegkundigen. De gedigitaliseerde order biedt een aantal voordelen, zoals foutreductie door leesbaarheid, betere traceerbaarheid en tijdwinst.

4.8.6 Informatiebeveiliging

Het Maasstad Ziekenhuis heeft informatiebeveiliging voortvarend opgepakt. We streven er naar om bij ingebruikname van het nieuwe ziekenhuis te voldoen aan de Nederlandse norm voor informatiebeveiliging in de zorg (NEN7510/7511). Elk ziekenhuis is verplicht om deze norm te hanteren en wordt gecontroleerd door de inspectie op naleving. Daarnaast sluit deze goed aan bij de ambities van het ziekenhuis om betrouwbare en veilige zorg te leveren, ondersteund door goede ICT. Informatiebeveiliging is een prima kwaliteitsinstrument om de beschikbaarheid, de betrouwbaarheid en de vertrouwelijkheid van informatiesystemen te verbeteren.

Op elk van deze drie gebieden is veel gebeurd in 2009. Zo is een nieuw datacentrum in gebruik genomen waarover meer in de volgende paragraaf. Voor de betrouwbaarheid van de informatie is veel gewonnen door de brede inzet van het patiëntdossier in plaats van papier. Voor de vertrouwelijkheid zijn stappen gezet om de inzage in medische vertrouwelijke gegevens te beperken tot de juiste behandelaars. Daarvoor is een aanzet gemaakt met Identity Management voor alle personen die toegang hebben tot de ICT-systemen. Door de PowerRes-implementatie in 2009 voor een standaard werkplek is afscherming van vertrouwelijke informatie veel beter geregeld.

In 2010 zal dit nader ingericht worden, o.a. door identiteitscontrole met een pasjes-systeem, zodat de vertrouwelijkheid nog beter gewaarborgd wordt. Hierdoor zal ook het onderscheid tussen fysieke beveiliging en informatiebeveiliging steeds verder vervagen. Voor de toegangscontrole wordt niet meer geïnvesteerd in de huidige gebouwen, de focus is op de nieuwbouw.

De status en de aanpak van Informatiebeveiliging worden regelmatig door externe deskundigen gecontroleerd, ook op onderwerpen die de inspectie niet voorschrijft. In 2009 kwam de inspectie tot de conclusie dat het Maasstad Ziekenhuis goed op weg is met zijn aanpak. In het 1^e kwartaal 2010 zal hier opnieuw een audit op worden gedaan. De doelstelling om op 31 december 2009 gemiddeld 80% van de NEN7510 score gerealiseerd te hebben is gehaald, gebaseerd op een eigen beoordeling. Dit zal in het 1^e kwartaal van 2010 door een externe audit worden gecontroleerd.

4.8.7 Milieu

Het datacentrum is bijzonder energiezuinig en dus beter voor het milieu. Dat is onder meer te danken aan een enorm warmtewiel, dat wordt aangestuurd door de warme lucht die afkomstig is van het datacentrum. Het wiel is in staat om bij een buitentemperatuur van zelfs 25 graden warme lucht van het datacentrum om te zetten naar koele lucht waardoor fors kan worden bespaard op de energie die nodig is om de servers te koelen.

4.8.8 Continuïteit

Continuïteit van de ICT voorziening is cruciaal in combinatie met het Elektronisch Patiënten Dossier. In 2009 hebben we last gehad van enkele storingen. Ondanks de forse investeringen in hardware en toegepaste verbetering op het gebied van beheer hebben de verstoringen geleid tot aanvullende acties. Het noodnet is daarvan het meest zichtbare resultaat. In 2009 is een begin gemaakt met de aanleg van het noodnet waarop de cruciale werkplekken in het ziekenhuis zijn aangesloten. Op deze wijze heeft het Maasstad Ziekenhuis gewaarborgd dat eventuele toekomstige uitval niet kan leiden tot onverantwoorde risico's in de patiëntenzorg.

4.8.9 De regio

Om de relatie met patiënten en verwijzers te versterken, is in 2009 het EZIS-Zorgportaal in gebruik genomen. Patiënten kunnen zich registreren en afspraken maken via dit portaal. Ook huisartsen kunnen afspraken voor patiënten maken en de verwijsbrief digitaal verzenden, zodat deze integraal wordt opgenomen in het EPD.

In 2009 is de ontwikkeling van het Zorgportaal Rijnmond van start gegaan. Diverse zorginstellingen in de regio Rijnmond zijn daarbij aangesloten. Via dit portaal biedt de gemeente Rotterdam in de nabije toekomst een veilig communicatie- en uitwisselingsplatform voor zorgverleners en inwoners van de regio. Om gegevens veilig uit te kunnen wisselen en om misverstanden te voorkomen, moeten de aangesloten instellingen dezelfde taal spreken. Dit wordt gerealiseerd door gezamenlijk te kiezen voor het principe van het Continuity of Care Document (CCD) en Systematic Nomenclature of Medicine (SNOMED CT). Beide zijn internationale standaarden. In 2009 zijn de ontwikkelingen hiervoor gestart. Op 18 januari 2010 ondertekenen Erasmus MC, het Sint Franciscus Gasthuis, Maasstad Ziekenhuis, Nictiz en RijnmondNet een overeenkomst over het CCD en SNOMED CT.

4.8.10 Relatie met de nieuwbouw

De voorbereidingen voor de nieuwbouw lopen op schema. Keuzes voor bekabeling zijn gemaakt, zowel type bekabeling als hoeveelheid. Om een indruk te geven, in de nieuwbouw beschikken we over circa 8.000 aansluitingen, bij elkaar is dit ongeveer 500 kilometer kabel. Door ons zenuwcentrum buiten de deur te plaatsen, wordt als het ware een openhartoperatie uitgevoerd op ICT-gebied. Door deze complexe actie in 2009 uit te voeren, vergemakkelijken we de verhuizing naar de nieuwbouw. Met inzet van het EPD moeten we volledig digitaal kunnen werken in de nieuwbouw. Hierdoor besparen we veel tijd en energie in het samenvoegen van de huidige archieven van zowel locatie Clara als Zuider.

Het digitale ziekenhuis

In het nieuwe ziekenhuis komt veel minder papier meer kijken. Alle data, van laboratorium- en röntgenuitslagen tot vakantieroosters en van bestellingen tot medische geschiedenissen van patiënten, moeten straks digitaal worden opgemaakt, geraadpleegd en bewaard.

Het medisch archief, waarin alle statussen en patiëntendossiers op papier worden opgeslagen, is met het oog op die digitalisering ook dit jaar weer een stukje kleiner geworden. Elke dag zijn medewerkers van het medisch archief druk bezig het papieren archief in te scannen en op te slaan op de harde schijf.

Begin december heeft het digitale ziekenhuis wat meer gestalte gekregen. Artsen en verpleegkundigen maken op de afdeling chirurgie alleen nog gebruik van digitale data. Verpleegkundigen gaan met een Computer on Wheels (COW) langs de bedden en houden met een toetsenbord hun verpleegkundig dossier bij.

Door de verdwijning van papieren medische dossiers en de invoering van elektronische patiëntendossiers, verandert de functie van polikliniekmedewerkers. Zij hoeven niet langer de benodigde papieren voor de artsen op te zoeken en klaar te leggen. De tijd die ze daarmee overhouden, kunnen ze besteden aan persoonlijke aandacht voor de patiënt. Zij zullen dus veel meer de functie van gastvrouw/-heer gaan krijgen.

Om een infarct in al dat digitale dataverkeer te voorkomen, heeft de afdeling Informatisering en Automatisering een grote uithuizige serverruimte gehuurd in de Rotterdam Internet Exchange (R-iX), waar meer bedrijven digitale opslagruimte huren. Het Maasstad Ziekenhuis is het eerste ziekenhuis van Nederland dat zijn digitale informatiesystemen buiten de deur stalt.

5 2010

5.1.1 Doelstellingen

In onderstaande tabel staan de ambities van het Maasstad Ziekenhuis vertaald in concrete doelstellingen voor 2010.

Tabel 31 Doelstellingen 2010 per strategische pijler

	Doelstelling 2010	Realisatie 2009	Procentueel verschil
Marktaandeel			
Aantal EPB's	X	162.537	
Financieel succesvol			
Resultaat*	X	5.775.000	
Solvabiliteit**	X	16,5%	
Groei omzet / Groei kosten***	X	1,14	
Patiënttevredenheid	21%	17%	+4%
NPS-score			
Kwaliteit en Veiligheid			
Kwaliteitsinstituut io	Uitvoering Plan van Aanpak	Plan van aanpak schrijven	nvt
VMS	Invoering overige zes landelijke thema's	Invoering 1 ^e vier landelijke thema's	nvt

* resultaat uit gewone bedrijfsvoering

** eigen vermogen / totaal opbrengsten inclusief buitengewone baten

*** omzet is gelijk aan som der bedrijfsopbrengsten

Evenals in de voorgaande jaren zal ToC een leidende rol spelen bij de realisatie van de doelstellingen.

5.1.2 Financieel beleid

De begroting 2010 is vooral gebaseerd op de groeidoelstellingen zoals die in de meerjarenbegroting zijn vastgelegd en het in de hand houden van de kostengroei. Uiteraard is daarbij rekening gehouden met de ontwikkelingen die zich in 2009 hebben voorgedaan na de vaststelling van de meerjarenbegroting³⁵ en het voortschrijdend inzicht met betrekking tot de ontwikkelingen in 2010. De kredietcrisis en brede heroverweging van het kabinet werpen immers hun schaduw vooruit.

Er is vooral aandacht besteed aan de, deels incidentele, meerkosten door de oplevering en de voorbereiding van de ingebruikname van de nieuwbouw in 2010. Er is nadrukkelijk niet gekozen voor de inzet van incidentele opbrengsten uit 2009 ter dekking van de incidentele kosten 2010. Een sterke oriëntatie op de kosten is daarnaast nodig omdat in de nieuwbouw met een structureel lager aantal bedden moet worden gewerkt. 2010 is het jaar waarin wij ons op deze operatie moeten voorbereiden door middel van het versnellen van de doorlooptijd, het verkorten van de verpleegduur en het concentreren van leegstand. Verder acht de directie het noodzakelijk om, vooruitlopend op de ingrepen van de overheid die in het voorjaar van 2010 bekend zullen worden, de kosten goed in de hand te houden (te hebben). Onorthodoxe oplossingen kunnen niet onbesproken blijven. Begin 2010 is daarom een onderzoek gestart naar de nadere opbouw van onze opbrengsten en kosten per vakgroep. De uitkomsten moeten aanknopingspunten bieden voor de opbouw van de (meerjaren) begroting voor 2011 en later.

Specifiek ten aanzien van de personele kosten, die stijgen door het effect van de CAO 2009/2010 en de verwachte ontwikkeling van de sociale lasten, worden met betrekking tot PNIL aanvullende maatregelen genomen om de kosten verder terug te dringen. De start van het interne flexbureau, met maatregelen om

³⁵ De meerjarenbegroting zelf zal worden aangepast na vaststelling de jaarrekening 2009

gespecialiseerd personeel effectiever in te zetten en het verder terugdringen van PNIL in het niet patiëntgebonden deel, moeten in 2010 tot resultaat leiden. Ten opzichte van de groei van de omzet stijgt de personele inzet slechts gering. Het personeel wordt duidelijk effectiever ingezet om de groei van de patiëntenzorg te realiseren.

Ten opzichte van de prognose 2009 dalen de materiële kosten. Dit wordt vooral veroorzaakt doordat het management ingrijpt in de kosten van patiënt- en bewonersgebonden kosten. De maatregelen die in het kader van de begroting 2010 zijn aangekondigd richten zich op terugdringen van de variabele patiëntgebonden materiële kosten teneinde het rendement te herstellen. De groei van de kapitaallasten wordt in het bijzonder veroorzaakt door de toegenomen rentelasten in 2010. Deze worden gedekt door de groei van het externe budget 2010.

Voor drie onderwerpen zullen kosten worden gemaakt waarvoor vanwege het onzekere karakter een reservering is getroffen. Het betreft:

- vervroegde afschrijving apparatuur die niet meeverhuist vooruitlopend op de verhuizing;
- begeleiding en plaatsing boventallig personeel ten gevolge van de verhuizing;
- calculatie begrotingsmaatregelen die niet per 1 januari geëffectueerd zijn of alsnog niet gerealiseerd kunnen worden.

Het begrotingsresultaat 2010 bedraagt € 6,8 mln. Mede aan de hand van het uit te voeren CCPM-programma 'Sturen op resultaat' zal getracht worden deze doelstelling te halen.

5.1.2.1 Wijzigingen in de financiering

In paragraaf 3.4.3 Risicomanagement wordt een aantal voor het Maasstad Ziekenhuis belangrijke risico's op het gebied van toekomstige financiering beschreven. Het gaat hierbij om:

1. Overgang naar prestatiebekosting
2. Overgangsregeling naar totale risicodragendheid kapitaallasten
3. Experiment winstuitkering

Overgang naar prestatiebekosting

Ondanks dat de verdere liberalisering van prijzen in het gezondheidszorg meer risico's met zich meebrengt, ziet het Maasstad Ziekenhuis deze ontwikkeling als een kans. Een systeem waarin geleverde prestaties en een goede kwaliteit van zorg worden beloond is in lijn met de strategische koers van het ziekenhuis.

Overgangsregeling naar totale risicodragendheid kapitaallasten

Gelet op de situatie van nieuwbouw, met een verhuizing per maart 2011 en de daaraan verbonden stijging van onze kapitaallasten, heeft het Maasstad Ziekenhuis extra aandacht voor de ontwikkelingen op dit dossier. Door het uitblijven van definitieve besluitvorming op dit dossier door minister Klink is er een blijvende onzekerheid over de effecten voor het Maasstad Ziekenhuis.

Experiment winstuitkering

Op het moment dat dit jaardocument wordt geschreven lijkt het erop dat minister Klink een experiment met winstuitkering aan investeerders niet langer nodig en wenselijk acht. Het Maasstad Ziekenhuis heeft zich bij deze beslissing neergelegd en wacht verdere standpunten van de minister aangaande de mogelijkheden van winstuitkering af. In 2010 zal het kabinet een wetsvoorstel indienen over winstuitkering in de zorg.

5.1.3 Early Warning Systeem

Het doel van een Early Warning Systeem (EWS) is het vroegtijdig signaleren (en voorkomen) van risico's die een grote impact hebben op de continuïteit van de bedrijfsvoering.

Intern stuurt het Maasstad Ziekenhuis financieel met behulp van een meerjarenbegroting. Deze begroting speelt in op de belangrijkste extern te verwachten veranderingen en berekent deze door op basis van verschillende scenario's. Ieder jaar wordt deze meerjarenbegroting aangepast op basis van de dan geldende inzichten. Daarnaast laat het ziekenhuis ieder jaar een benchmark uitvoeren op een aantal belangrijke financiële en operationele parameters door een extern bureau. In deze benchmark wordt het ziekenhuis vergeleken met ziekenhuizen in de regio, ziekenhuizen van vergelijkbare grootte en het landelijke gemiddelde. Ook is het ziekenhuis geabonneerd op Zindata. Dit bedrijf ontwikkelde een waarschuwingssysteem voor ziekenhuizen dat bedrijfseconomische problemen snel signaleert. De ontwikkelingen op het gebied van EWS-en door externe stakeholders, zoals door VWS en Achmea worden door het Maasstad Ziekenhuis nauwlettend gevolgd. Deze ontwikkelingen, evenals de resultaten van bovenbeschreven analyses worden zowel in het directieoverleg als bij de RvT geagendeerd en besproken.

5.1.4 Nieuwbouw

Nu de nieuwbouw snel vordert, komen de oplevering en inhuizing steeds meer in beeld. De oplevering van de nieuwbouw van de eerste fase staat gepland voor week 38 in 2010. Die voor de tweede fase in week 2 van het jaar 2011. De officiële opening staat in de boeken voor maart 2011.

5.1.5 ICT

In 2010 ligt het accent van de I&A-activiteiten op:

- het continu verbeteren van de ICT-infrastructuur en -systemen qua beschikbaarheid en continuïteit, vanwege de steeds toenemende afhankelijkheid ervan;
- het realiseren van een volledige digitalisering van het Elektronisch Patiëntendossier;
- het realiseren en ondersteunen van digitalisering van niet-patiëntgebonden gegevens;
- verder uitbreiden van de mogelijkheden tot regionale en/of landelijke informatie-uitwisseling met zorginstellingen en zorgverleners;
- Doelstelling om op 31 december 2010 100% van de NEN7510 gerealiseerd te hebben.

Bijlage 1 Personalia

Raad van Toezicht

Samenstelling Raad van Toezicht

Naam	Functie
De heer A.J. Scheepbouwer (1944)	Voorzitter
De heer dr. J.C.G. Stam (1948)	Lid
De heer dr. W.C. Weeda (1946)	Lid
De heer prof. dr. R.S. Kahn (1954)	Lid
De heer A.H. van Tooren (1947)	Lid

Hoofdbetrekking, nevenfuncties en aandachtsgebieden Raad van Toezicht

Naam	Hoofdbetrekking	Aandachtsgebieden	Nevenfuncties
de heer A.J. Scheepbouwer	Voorzitter RvB KPN	klanten (patiënten, huisartsen, ect.), financiën en economische zaken	<ul style="list-style-type: none"> Voorzitter Raad van Commissarissen Havenbedrijf Rotterdam N.V. Lid van de raad van Commissarissen en investeerder in RFS Holland Holding B.V., Zwolle Lid van de Adviesraad van ECP.NL Lid Raad van Commissarissen Welzorg Group (t/m 25/8/2009)
de heer dr. J.C.G. Stam	Directeur Nederlandse Hartstichting	zorg, overheid / volksgezondheid, politiek	<ul style="list-style-type: none"> Lid van de Raad van Toezicht van de De Stroom-Opmaat Groep (DSOG), een koepel van Verpleeg- en Verzorginrichtingen en een Thuiszorgorganisatie Bestuurslid Dutch Clinical Trial Foundation Lid Raad van Advies HD Projectrealisatie Rotterdam Board member European Heart Network Vice President Elect World Heart Federation Lid Raad van Toezicht Durrer Institution for Cardiogenetic Research
de heer dr. W.C. Weeda	Directeur Vektis BV	zorg, overheid / volksgezondheid, bedrijfsvoering en juridische zaken	<ul style="list-style-type: none"> Voorzitter van de raad van toezicht van Grafisch Lyceum Utrecht Voorzitter van de raad van toezicht Stichting Leerplan Ontwikkeling
de heer prof. dr. R.S. Kahn	Hoogleraar Psychiatrie bij Universitair Medisch Centrum Utrecht	zorg, overheid / volksgezondheid	<ul style="list-style-type: none"> Lid Gezondheidsraad Lid KNAW sectie Geneeskunde Lid Committee for Medicinal Products for Human Use of the European Medicines Agency Lid Medical Research Council of the National Mental Health Board UK Lid Raad van Toezicht Hubrecht Laboratorium, UMC Utrecht Vice-president European College for Neuropsychopharmacology Treasurer Schizophrenia International

Naam	Hoofdbetrekking	Aandachtsgebieden	Nevenfuncties
			Research Society
de heer A.H. van Tooren	Gepensioneerd	financiën en sociale- en bedrijfskundige zaken	<ul style="list-style-type: none"> Lid van de raad van Commissarissen Hunter Douglas N.V. Lid van de raad van Commissarissen Imtech N.V.

Presentielijst vergaderingen Raad van Toezicht 2009

Naam	16 jan	9 feb*	6 april	29 mei	13 juli*	2 sep	6 okt	10 nov	15 dec
De heer A.J Scheepbouwer	X	X	X	X	X	X	X	X	X
De heer dr. J.C.G. Stam	X	X	X	X	-	X	-	X	X
De heer dr. W.C. Weeda	X	X	X	-	X	x	X	X	X
De heer prof. dr. R.S. Kahn	-	X	X	X	-	X	-	X	X
De heer A.H van Tooren	X	X	X	X	X	X	X	X	X

* telefonische vergadering

Rooster van aftreden Raad van Toezicht

Naam	Datum benoeming	Datum van 1 ^e herbenoeming	Herbenoembaar	Jaar van aftreden (na afloop huidige benoemingsperiode)
De heer A.J Scheepbouwer	1 september 2005	1 september 2009	Nee	1 september 2013
De heer dr. J.C.G. Stam	1 mei 2005	1 mei 2009	Nee	1 mei 2013
De heer dr. W.C. Weeda	1 mei 2005	1 mei 2009	Nee	1 mei 2013
De heer prof. dr. R.S. Kahn	1 oktober 2006	-	Ja	1 oktober 2010
De heer A.H. van Tooren	1 juni 2006	-	Ja	1 juni 2010

Bezoldiging Raad van Toezicht

Naam	2009		2008	
	Bezoldiging	Belastbaar inkomen	Bezoldiging	Belastbaar inkomen
De heer A.J Scheepbouwer		17.850	17.850	17.850
De heer dr. J.C.G. Stam		10.000	10.000	10.000
De heer dr. W.C. Weeda		10.000	10.000	10.000
De heer prof. dr. R.S. Kahn		10.000	10.000	10.000
De heer A.H. van Tooren		10.000	10.000	10.000

Raad van Bestuur

Samenstelling en nevenfuncties (31-12-2009)

Naam	Bestuursfunctie	Nevenfuncties
drs. P.M.L. Smits, arts MBA	Voorzitter	Voorzitter Raad van Bestuur Steunstichting MCRZ (Steunstichting MCRZ is 100% aandeelhouder van MCRZ Holding B.V.)
		Directeur MCRZ Holding B.V. (MCRZ Holding B.V. is 100% aandeelhouder van MCRZ Medimall Vastgoed B.V.)
		Directeur MCRZ Medimall Vastgoed B.V.
		Bestuurder Stichting Rotterdams Onderzoek en Behandelcentrum
		Bestuurderlid Stichting MICU Rotterdam Rijnmond
		Voorzitter Vereniging Samenwerkende Brandwondencentra Nederland
		Lid dagelijks bestuur Capaciteitsorgaan

Directie

Samenstelling en nevenfuncties (31-12-2009)

Naam	Functie	Nevenfuncties
drs. A.R. Dirks	Directeur zorg	Bestuurder MaAssist B.V. Bestuurder Poliklinische apotheek B.V.
drs. F. Arnoldy	Directeur beheer	Bestuurderlid Stichting Vrienden Maasstad Ziekenhuis

Patiëntenraad

Samenstelling (31 december 2009)

Naam	Bestuursfunctie
De heer F. Tromp	Voorzitter
De heer J.R. Bausch	Vicevoorzitter
De heer J. P.M. Nabbe	Secretaris
De heer R.J.M. Copier	Lid
De heer D.J. van der Heiden	Lid

Ondernemingsraad

Samenstelling (31 december 2009)

Naam	Bestuursfunctie
Marijke Gommans-Dane	voorzitter
Bea Nobel	vice-voorzitter
Henny Rozeboom-Nesse	secretaris
Bert den Breker	Lid
Dick de Bruijn	Lid
Ger de Hoogh	Lid
Nel Sleeuwenhoek	Lid
Kees Stigter	Lid
Roelof Mevius	Lid
Bas Quist	Lid
Coby Termijn	Lid
Iris Weerman	Lid
Monica Deugd	Lid
Nel Evers-Schollaart	Ambtelijk secretaris

**Verpleegkundige Adviesraad
Samenstelling (31 december 2009)**

Naam	Bestuursfunctie
Peter van der Weegen, voorzitter	voorzitter
Peter van Hilten, vice-voorzitter	vice-voorzitter
Henk Kok, secretaris	secretaris
Machteld Hiensh	lid
Jolanda Malefason	lid
Louise van Schelven	lid
Rob Oosterhof	lid
Rob van Komen	lid
Marielle van Driel	lid
Puck van der Toorn	lid
Janneke Verburg	lid
Nel Evers, ambtelijk secretaris	

**Vereniging Medische Staf
Samenstelling bestuur (31 december 2009)**

Naam	Bestuursfunctie
dr. A.F. Grootendorst	voorzitter
H. Spijker	secretaris
D.C.D. de Lange	penningmeester
dr. P.P.L.O. Coene	lid
W.B. Becking	lid
J. Rapon	lid
P.E. van der Moer	lid

Bijlage 2 Kerngegevens

Kerngegevens				
Capaciteit	Aantal			
	2009		2008	
Aantal beschikbare bedden/plaatsen voor klinische capaciteit en dag/deeltijdbehandeling	601		601	
	Zuider		St. Clara	
Capaciteiten per locatie	2009	2008	2008	2007
Aantal beschikbare bedden	352	352	249	249
Waarvan bedden voor hartbewaking	13	13	0	0
Waarvan bedden voor intensive care met mogelijkheid voor beademing	16	16	4	4
Waarvan bedden voor intensive care zonder mogelijkheid voor beademing	0	0	0	0
Productie	Aantal			
	2009		2008	
Aantal geopende DBC's (ontleend aan ZIS, niet uit DIS)	245.144		222.666	
<i>Waarvan medisch specialistische zorg, uitgesplitst in:</i>				
Aantal in A-segment (tarieven NZa)	190.876		197.209	
Aantal in B-segment (vrije prijzen)	54.268		25.457	
Aantal gesloten DBC's (ontleend aan ZIS, niet uit DIS)	238.860		223.305	
<i>Waarvan medisch-specialistische zorg, uitgesplitst in:</i>				
Aantal in A-segment (tarieven NZa)	193.970		201.894	
Aantal in B-segment (vrije prijzen)	44.890		21.411	
Aantal aan verzekeraar in rekening gebrachte overige en ondersteunende producten – O(V)P's –, waaronder verrichtingen op verzoek van de eerste lijn	150.495		198.797	
Aantal klinische opnamen exclusief interne overnamen in verslagjaar	31.549		29.679	
Aantal ontslagen patiënten	31.966		28.789	
Aantal eerste polikliniekbezoeken	162.537		151.964	
Aantal overige polikliniekbezoeken	289.746		255.000	
Aantal dagverplegingsdagen (normaal en zwaar) of deeltijdbehandelingen	34.806		29.854	
Aantal klinische verpleegdagen (inclusief verkeerde bed)	150.396		152.471	
Waarvan verkeerde-bed-dagen	5.256		759	
Personeel	Aantal (per einde verslagjaar)			
	2009		2008	
Aantal personeelsleden in loondienst exclusief medisch specialisten	2.657		2.659	
Aantal FTE personeelsleden in loondienst exclusief medisch specialisten	2.151,9		2.132,0	
Aantal medische specialisten (loondienst + inhuur + vrij beroep)	183		179	
Aantal FTE medische specialisten (loondienst + inhuur + vrij beroep)	164,5		163,5	
Bedrijfsopbrengsten	Bedrag in euro's			
	2009		2008	
Totaal bedrijfsopbrengsten	244.303.000		222.372.000	
Waarvan wettelijk budget voor aanvaardbare kosten	166.674.000		168.586.000	
Waarvan B-segment	56.443.000		31.782.000	
Waarvan overige bedrijfsopbrengsten en niet gebudgetteerde bedrijfsprestaties	21.186.000		22.004.000	

Bijlage 3a Productie per specialisme

Specialisme	Opnamen			Verpleegdagen		
	A-segment	B-segment	Totaal	A-segment	B-segment	Totaal
Allergologie	1	-	1	1	-	1
Anesthesiologie	208	62	270	1.295	277	1.572
Cardiologie	3.668	1.952	5.620	11.553	9.425	20.978
Chirurgie	5.071	991	6.062	26.927	4.987	31.914
Dermatologie	10	6	16	128	98	226
Gastro-Enterologie	711	93	804	5.217	667	5.884
Interne Geneeskunde	5.256	354	5.610	29.004	2.089	31.093
Kaakchirurgie	50	-	50	148	-	148
Keel-, neus-, en oorheelkunde	157	224	381	412	459	871
Kindergeneeskunde	2.561	55	2.616	12.442	270	12.712
Longziekten	1.644	196	1.840	11.574	573	12.147
Neurochirurgie	203	947	1.150	536	3.484	4.020
Neurologie	567	609	1.176	4.095	3.848	7.943
Oogheelkunde	4	10	14	10	22	32
Orthopedie	244	647	891	1.695	4.201	5.896
Plastische chirurgie	210	68	278	775	282	1.057
Reumatologie	69	32	101	547	319	866
Revalidatie	2	-	2	-	-	-
Urologie	329	582	911	1.313	2.074	3.387
Verloskunde/Gynaecologie	1.058	2.698	3.756	1.891	7.758	9.649
Totaal	22.023	9.526	31.549	109.563	40.833	150.396

Specialisme	Dagverpleging			EPB's		
	A-segment	B-segment	Totaal	A-segment	B-segment	Totaal
Allergologie	304	-	304	1.424	-	1.424
Anesthesiologie	1.925	706	2.631	902	651	1.553
Cardiologie	241	567	808	7.397	5.946	13.343
Chirurgie	2.251	1.040	3.291	26.059	2.156	28.215
Dermatologie	108	231	339	7.804	2.322	10.126
Gastro-Enterologie	1.378	551	1.929	2.798	711	3.509
Interne Geneeskunde	3.726	3.323	7.049	14.319	2.476	16.795
Kaakchirurgie	337	-	337	6.880	29	6.909
Keel-, neus-, en oorheelkunde	872	1.878	2.750	7.020	2.418	9.438
Kindergeneeskunde	1.062	277	1.339	7.061	135	7.196
Longziekten	884	295	1.179	4.203	302	4.505
Neurochirurgie	38	409	447	1.287	784	2.071
Neurologie	774	304	1.078	4.956	3.508	8.464
Oogheelkunde	252	1.170	1.422	5.758	2.857	8.615
Orthopedie	553	1.163	1.716	8.387	1.277	9.664
Plastische chirurgie	1.750	390	2.140	4.712	545	5.257
Reumatologie	132	668	800	3.888	1.879	5.767
Revalidatie	13	-	13	3.280	-	3.280
Urologie	1.077	991	2.068	4.557	1.059	5.616
Verloskunde/ Gynaecologie	1.408	1.758	3.166	7.790	3.000	10.790
Totaal	19.085	15.721	34.806	130.482	32.055	162.537

Specialisme	Gemiddelde verpleegduur	Herhalingsbezoeken	Totaal aantal polikliniekbezoeken
Allergologie	1,0	1.890	3.314
Anesthesiologie	5,8	2.860	4.413
Cardiologie	3,7	20.478	33.821
Chirurgie	5,3	42.397	70.612
Dermatologie	14,1	26.111	36.237
Gastro-Enterologie	7,3	4.513	8.022
Interne Geneeskunde	5,5	33.793	50.588
Kaakchirurgie	3,0	4.446	11.355
Keel-, neus-, en oorheelkunde	2,3	11.837	21.275
Kindergeneeskunde	4,9	9.540	16.736
Longziekten	6,6	10.626	15.131
Neurochirurgie	3,5	2.875	4.946
Neurologie	6,8	10.393	18.857
Oogheelkunde	2,3	7.795	16.410
Orthopedie	6,6	16.610	26.274
Plastische chirurgie	3,8	12.491	17.748
Reumatologie	8,6	16.963	22.730
Revalidatie	-	6.874	10.154
Urologie	3,7	11.295	16.911
Verloskunde/Gynaecologie	2,6	35.959	46.749
Totaal	4,8	289.746	452.283

Bijlage 3b Ontwikkeling productie

	2009	2008	2007	2006	2005	2005-2009	2005-2009
						Absoluut	Procentueel
EPB's	162.537	151.964	146.494	141.768	140.020	22.517	16%
Dagopnamen	34.806	29.854	27.198	21.179	20.899	13.907	67%
Klinische opnamen	31.549	29.679	27.964	27.202	25.324	6.225	16%
verhouding D (D+K)	52%	50%	49%	44%	45%	7%	-
Verpleegdagen	150.396	152.471	165.639	172.704	174.186	-23.790	-14%
Gemiddelde verpleegduur	4,8	5,1	5,9	6,3	6,9	-2,1	-16%