

Jaarverslag 2009

Het Jaarverslag 2009 is een uitgave van het **Albert Schweitzer ziekenhuis**



**Albert
Schweitzer**
ziekenhuis



Jaardocument 2009 Albert Schweitzer ziekenhuis

Inhoudsopgave

	Voorwoord / Verslag Raad van Toezicht	3
	Voorwoord Raad van Bestuur	7
1.	Uitgangspunten van de verslaglegging	8
2.	Profiel van de organisatie	9
2.1	Algemene identificatiegegevens	9
2.2	Structuur van het concern	9
2.3	Kerngegevens	11
2.4	Belanghebbenden	12
3.	Governance	16
3.1	Bestuur en Toezicht	16
3.2	Bedrijfsvoering	18
3.3	Medezeggenschap	
	Vereniging Medische Staf	
	Cliëntenraad	
	Ondernemingsraad	20
4.	Beleid, inspanningen en prestaties	31
4.1	Meerjarenbeleid / Strategievorming algemeen	31
4.2	Algemeen beleid	33
4.3	Algemeen kwaliteitsbeleid	37
4.4	Kwaliteitsbeleid ten aanzien van Patiënten / Cliënten	46
4.5	Kwaliteit ten aanzien van medewerkers	54
4.6	Samenleving en Milieu	60
4.7	Financieel Beleid	66
5.	Jaarrekening	71
6.	Bijlagen	104
	Leerhuis	106
	Prestatie-indicatoren	110
	Wetenschappelijke publicaties	123
	Checklist Governance Code	124
	Personalia	134
	Commissies	139
	Afkortingen	144
	Colofon	146



Voorwoord Raad van Toezicht

Het jaar 2009 is te kenmerken als het jaar van verandering en ontwikkeling. Veranderingen in de organisatiestructuur zijn aangebracht of werden voorbereid. De ontwikkeling naar Resultaat Verantwoordelijke Eenheden was een belangrijk thema. De Raad van Toezicht heeft dit met veel belangstelling gevolgd. Dit proces heeft veel van de medewerkers gevraagd. De Raad van Toezicht heeft veel waardering voor de wijze waarop mensen in de organisatie hiervoor hun energie hebben ingezet.

In zes reguliere vergaderingen vervulde de Raad zijn toezichthoudende rol in 2009. De Raad van Toezicht is geïnformeerd en betrokken bij de ontwikkelingen in de ziekenhuisorganisatie. Veel onderwerpen zijn daarbij de revue gepasseerd. Gesproken is over het meerjarenbeleid en de locatieprofilering van het ziekenhuis.

Andere belangrijke onderwerpen waar de Raad van Toezicht in aanwezigheid van Raad van Bestuur over heeft gesproken waren de voortgang van de huisvesting en de nieuwbouw op het gezondheidspark, locatie Dordwijk. De contouren werden goed zichtbaar en de eerste verhuisbewegingen volgen in de zomer 2010. Met de realisatie van het gezondheidspark wordt groei van omzet en adherentievergroting verwacht.

De Raad van Toezicht heeft in 2009 de ontwikkelingen en verbetermaatregelen op het terrein van kwaliteit, patiëntveiligheid, patiënttevredenheid en medewerkerstevredenheid met belangstelling gevolgd. Sinds 2009 heeft de Raad van Toezicht ook een Kwaliteitscommissie. Dit is een subcommissie die als doel heeft het monitoren van aspecten van kwaliteit en veiligheid. De Raad van Toezicht is in 2009 door de Raad van Bestuur op hoogte gesteld van het toezicht door de Inspectie voor de Volksgezondheid en de genomen c.q. de in gang gezette verbetermaatregelen.

Het ziekenhuis sluit het jaar 2009 af met een positief resultaat, hetgeen in het licht van de huidige ontwikkelingen in de gezondheidszorg noemenswaardig is.

Continuïteit van toezicht en bestuur

Er hebben in het verslagjaar enkele wijzigingen plaatsgevonden in de samenstelling van de Raad van Toezicht. Mevrouw P.F.M. van der Meer Mohr is na drie jaar per 16 februari 2009 gestopt met haar werkzaamheden voor de Raad van Toezicht en de heer C.J. Witte per 7 september 2009 na 7,5 jaar. De heer J.L. den Hartog die sinds april 2005 deel uit maakte van de Raad van Toezicht beëindigde zijn lidmaatschap per 31 december 2009. De Raad van Toezicht is hen allen zeer erkentelijk voor hun inzet en bijdrage aan de ontwikkeling van het ziekenhuis.

Per 6 april 2009 is de heer G.J. Woudenberg toegetreden, eerst als lid en vanaf 18 mei als voorzitter van de Raad van Toezicht. In 2009 heeft de werving en selectie van de nieuwe voorzitter Raad van Bestuur plaatsgevonden.

Ir. G.J. Woudenberg
Voorzitter Raad van Toezicht



Verslag Raad van Toezicht

Reglement en profiel Raad van Toezicht

Er is een reglement opgesteld voor de Raad van Toezicht; dit werd na een adviestraject bij Ondernemingsraad, Stafbestuur en Cliëntenraad vastgesteld op 25 maart 2009. In het reglement voor de Raad van Toezicht zijn onderwerpen als de werkwijze, de samenstelling en de verantwoordelijkheden vastgelegd.

Op 17 april 2009 zijn ook de profielen voor de Raad van Toezicht als collectief en de afzonderlijke leden vastgesteld (voorzitter / lid medische achtergrond / lid juridische / hrm-achtergrond / lid financiële achtergrond.) Ook de profielen zijn voor advies voorgelegd aan de Ondernemingsraad, het Stafbestuur en de Cliëntenraad.

De website van het ziekenhuis werd aangevuld met informatie over samenstelling en werkwijze van de leden van de Raad van Toezicht en de subcommissies. Ook de reglementen van de subcommissies werden gepubliceerd.

Auditcommissie

Door de Raad van Toezicht is een Auditcommissie ingesteld. Deze commissie werkt volgens een reglement waarin de werkwijze, samenstelling, verantwoordelijkheden zijn vastgelegd. Het reglement is in 2009 geactualiseerd.

De Auditcommissie behartigt het toezicht van de Raad van Toezicht op deelaspecten als:

- de opzet en werking van het interne beheersings- en controlesysteem;
- de financiële informatieverschaffing;
- het risicoprofiel verbonden aan de strategie van de organisatie;
- het naleven van wet- en regelgeving.

De Auditcommissie heeft als taak het informeren en adviseren van de Raad van Toezicht over de exploitatie, financiering en solvabiliteit van het ziekenhuis. In de Auditcommissie van het ziekenhuis hebben twee leden van de Raad van Toezicht met financiële deskundigheid zitting en is de externe accountant aanwezig bij het bespreken van het Accountantsverslag bij de jaarrekening en de Managementletter. De leden van de Raad van Toezicht die zitting hebben in de Auditcommissie zijn: de heer J.L. den Hartog (voorzitter) en de heer H.R.Th. Kröber (lid).

De Auditcommissie is in 2009 tweemaal bijeen geweest. Onderwerp van gesprek waren: accountantsverslag 2008, jaarrekening 2008, jaardocument 2008, managementletter 2008, stand van zaken begroting 2010, kostprijzen en de ontwikkeling van de treasury functie binnen het Albert Schweitzer ziekenhuis. De Raad van Toezicht is in 2009 geïnformeerd en heeft gesproken over de productie en de exploitatie van het ziekenhuis. Door de Auditcommissie is in de vergadering van 12 mei 2009 - in aanwezigheid van de accountant en Raad van Bestuur - de jaarrekening 2008 gepresenteerd.

Remuneratiecommissie

Door de Raad van Toezicht is een Remuneratiecommissie ingesteld, die bestaat uit de voorzitter en vice-voorzitter. In 2008 is een reglement opgesteld voor de Remuneratiecommissie waarin de werkwijze, samenstelling, verantwoordelijkheden zijn vastgelegd. Vaststelling van het reglement vond plaats op 25 maart 2009. De Remuneratiecommissie behartigt het toezicht van de Raad van Toezicht op deelaspecten als:

- functioneren van de Raad van Bestuur;
- arbeidsovereenkomsten leden Raad van Bestuur;
- salariering/bonussen leden Raad van Bestuur;
- voorbereiding invulling vacatures Raad van Toezicht.



Kwaliteitscommissie

Sinds 2 november 2009 heeft de Raad van Toezicht ook een Kwaliteitscommissie die als doel heeft het monitoren van aspecten van kwaliteit en veiligheid. De kwaliteitscommissie heeft een vastgesteld reglement.

Overlegstructuur

De Raad van Toezicht vergadert zes keer per jaar. De Raad van Toezicht vergadert, in aanwezigheid van de Raad van Bestuur, tweemaal per jaar met de Ondernemingsraad, eenmaal met de Cliëntenraad en tweemaal per jaar met het bestuur van de Vereniging Medische Staf Albert Schweitzer ziekenhuis.

Bezoldiging

De bezoldiging van de leden van de Raad van Toezicht geschiedt op basis van de richtlijn van de Nederlandse Vereniging van Toezichthouders (NVTZ) in de zorg.

Samenstelling Raad van Toezicht Albert Schweitzer ziekenhuis 2009

Naam	Aandachtsgebied	Nevenfuncties
Witte, drs. C.J.	Voorzitter Raad van Toezicht ASz	Voorzitter Raad van Bestuur Rivierduinen Commissaris ZorgConsult Nederland Bestuur Schizofrenie Stichting
Hartog, drs. J.L. den	Vice-voorzitter Raad van Toezicht ASz	Bestuurslid Stichting Avivia Commissaris N.V. Stadion Feijenoord Voorzitter financiële commissie KNVB - betaald voetbal
Kröber, dr. H.R.Th.	Lid Raad van Toezicht ASz	Voorzitter Raad van Bestuur Stichting Pameijer Bestuur Stichting Mozaïk (voorzitter) Bestuurslid Paul Cremers Stichting Bestuurslid PCR (Psychiatrisch Casus Register) Bestuurslid Rehabilitatie '92 Bestuur Vraagbaak Rijnmond (penningmeester) Bestuur O3 onderzoekscentrum (voorzitter) Bestuurslid Soft Tulip Bestuur Coalitie voor Inclusie (voorzitter) Bestuur Stichting Presentie (voorzitter)



Meer Mohr, mr P.F.M. van der, mw	Lid Raad van Toezicht ASz	Directeur Amstelbridge BV Bestuur vereniging Vluchtelingenwerk Nederland Bestuurslid Stichting Emplooiwerk voor vluchtelingen Bestuurslid Stichting African Parks Commissaris Océ Technologies B.V. Commissaris ASML NV
Sas, drs. C.	Lid Raad van Toezicht ASz	Zelfstandig adviseur geassocieerd met Gerrichhauzen en Partners Lid Raad van Toezicht Swinhovegroep te Zwijndrecht
Woudenberg, ir. G.J.	Lid / voorzitter Raad van Toezicht ASz	Voorzitter Raad van Bestuur TBI Holding BV Lid Raad van Toezicht GGZ Delfland

Benoemingsperiode Leden Raad van Toezicht/ Portefeuilleverdeling

	aantal vergaderingen	eerste benoeming	einde zittingstermijn	aandachtspunten
Drs. C.J. Witte	4	04-04-2002	07-09-2009	voordracht VMS voorzitter RvT remuneratie-commissie
Drs. J.L. den Hartog	6	04-04-2005	01-01-2013	vice-voorzitter RvT remuneratie-commissie auditcommissie
Dr. H.R.Th. Kröber	6	02-02-2004	01-01-2012	voordracht CR auditcommissie
Mr. P.F.M. van der Meer Mohr	1	13-02-2006	16-02-2009	voordracht OR
Drs. C. Sas	6	25-09-2006	01-01-2014	
Ir. G.J. Woudenberg	5	06-04-2009	01-01-2017	voorzitter RvT remuneratie-commissie



Voorwoord Raad van Bestuur

Omwenteling

Een grote omwenteling: als we het jaar 2009 voor onze organisatie in het kort moeten typeren, is dat wel de meest toepasselijke omschrijving. Na een roerige en onrustige periode kwam het Albert Schweitzer ziekenhuis in 2009 namelijk in een rustiger vaarwater terecht. Waarbij we op een aantal belangrijke fronten een aanzienlijke ommekeer hebben kunnen realiseren.

Allereerst is de organisatie in 2009 in financieel opzicht uit de rode cijfers gekomen. We hebben het jaar met een mooi bedrijfsresultaat afgesloten, een voorwaarde om in een gezonde toekomst te kunnen investeren. En hoewel de financiële zorgen nog niet volledig achter ons liggen, gaan we absoluut de goede kant op.

Tegelijkertijd nam de onrust in de organisatie af. Er kwam bestuurlijke rust in de top, waarbij een goede verstandhouding bewerkstelligd werd tussen de Raad van Bestuur en het bestuur van de Vereniging Medische Staf. Voor de Raad van Toezicht werd in 2009 bovendien een flinke vernieuwing voorbereid. Alle aanpassingen legden samen de basis voor een hernieuwd optimaal ziekenhuisbestuur.

De meest ingrijpende omwenteling lag misschien nog wel op organisatorisch gebied. De Raad van Bestuur nam het definitieve besluit om de organisatiestructuur te veranderen van een divisiestructuur naar het werken in Resultaat Verantwoordelijke Eenheden. Daarmee gaan de verantwoordelijkheden in de organisatie deels verschuiven naar andere lagen in de organisatie. Een ingrijpende maar boeiende verandering, waarmee het Albert Schweitzer ziekenhuis adequaat inspeelt op de toenemende eisen die de huidige maatschappij aan kwalitatief hoogstaande patiëntenzorg stelt.

Volop veranderingen dus, die voor de medewerkers niet altijd even prettig waren. Er werd gesneden in het aantal formaties, vacatures werden niet opgevuld, er moest meer gepresteerd worden met minder mensen. Dat we het jaar uiteindelijk zo goed hebben kunnen afronden, is dan ook absoluut te danken aan de kwaliteiten en inzet van alle artsen, het verplegend- en ondersteunend personeel en de vrijwilligers in ons ziekenhuis. Een compliment meer dan waard!

Inmiddels zijn we volop aan de slag met het varen van onze nieuwe koers. We zijn onderweg naar de definitieve status van Topklinisch Ziekenhuis en daarbij hebben we de lat hoog gelegd. We willen het meest patiëntvriendelijke ziekenhuis in de wijde omtrek zijn, uiterst productief en efficiënt te werk gaan en daarbij natuurlijk topkwaliteit zorg leveren. Dat alles dan natuurlijk in een omgeving waar het voor patiënten en personeel prettig toeven is. Kijkend naar alle capaciteiten die we in huis hebben en de inzet die iedereen wil leveren, ben ik ervan overtuigd dat dit zeker gaat lukken.

Dordrecht 21 mei 2010

Pier Eringa

voorzitter Raad van Bestuur Albert Schweitzer ziekenhuis



1. Uitgangspunten van de verslaglegging

In dit jaardocument doen wij verslag over de Stichting Albert Schweitzer ziekenhuis (ASz). Het ASz ondersteunt de opzet van het jaardocument en de achterliggende gedachte dat ziekenhuizen als maatschappelijke ondernemingen zichtbaar maken wat er met de publieke middelen is gebeurd.

Het Jaardocument 2009 bestaat uit een maatschappelijk verslag, de jaarrekening en de bijlagen. Aan het jaardocument 2009 is een aantal verslagen toegevoegd die niet zijn voorgeschreven volgens het format van het ministerie van VWS. Het gaat hierbij om het jaarverslag van het Bestuur Vereniging Medische Staf, de Ondernemingsraad en de Cliëntenraad. Additioneel presenteren wij ook de zogeheten prestatie-indicatoren. Deze spelen een belangrijke rol in het beoordelen van het functioneren van ziekenhuizen.

Dit Jaardocument is onder coördinatie van enkele medewerkers van de Stafafdelingen tot stand gekomen in de periode van januari tot en met mei 2010. Na een inventarisatie van onderwerpen voor het jaardocument zijn schrijvers benaderd voor het aanleveren van kopij en is gebruik gemaakt van bestaande rapportages waarin divisies, vakgroepen, afdelingen of commissies zich hebben verantwoord over het jaar 2009.

Naast dit officiële verantwoordingsdocument brengt het ziekenhuis dit jaar wederom een Jaarkrant uit, een meer toegankelijke publieksversie voor de medewerkers en andere belanghebbenden van het ziekenhuis.

Het ASz is 100% eigenaar van de Albert Schweitzer Holding BV. De Albert Schweitzer Holding BV is 100% eigenaar van de Albert Schweitzer Vastgoed BV en de Poliklinische Apotheken ASz BV. In de geconsolideerde jaarrekening van de Stichting ASz zijn deze BV's volledig meegenomen.

Zowel dit Jaardocument als de Jaarkrant zijn ook digitaal beschikbaar via de site van het jaarverslag: www.jaarverslag.asz.nl. Het Jaardocument staat tevens op de site www.jaarverslagenzorg.nl.



2. Profiel van de organisatie

2.1 Algemene identificatiegegevens

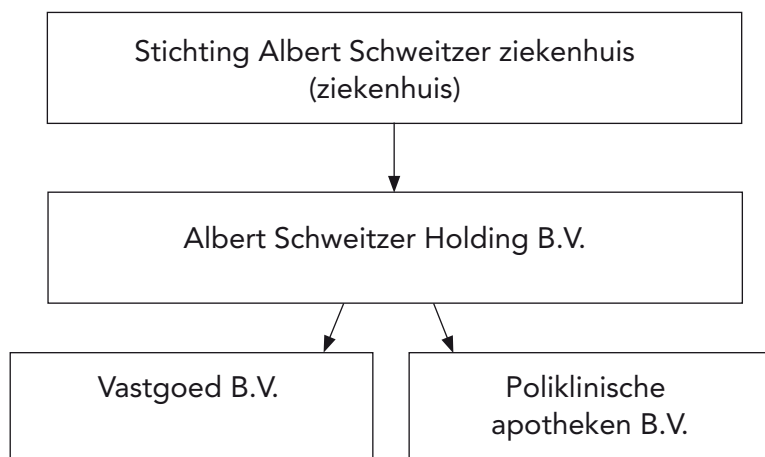
Naam verslagleggende rechtspersoon	Albert Schweitzer ziekenhuis
Adres	Van der Steenhovenplein 1 (locatie Amstelveen)
Postcode	3317 NM
Plaats	Dordrecht
Telefoonnummer	078 654 11 11
Identificatienummer(s) Nza	101808
Nummer Kamer van Koophandel	23091362
E-mailadres	Communicatie@asz.nl
Internetpagina	www.asz.nl

2.2 Structuur van het concern

Het Albert Schweitzer ziekenhuis is een algemeen ziekenhuis dat juridisch is vormgegeven in een Stichting. De statutaire zetel van het ziekenhuis is gevestigd in Dordrecht. Het ziekenhuis beschikt over een toelating overeenkomstig de bepalingen uit de WTZi.

In 2006 is onder de Stichting een Holding opgericht (Albert Schweitzer Holding B.V.). Onder de Holding bevindt zich - eveneens sinds 2006 - de Albert Schweitzer Vastgoed B.V.. Dit is de rechtspersoon waarbinnen de bouw en exploitatie van het Gezondheidspark plaatsvindt. Na de ontwikkeling en oplevering van het Gezondheidspark gaat dit over in het vastgoedbeheer voor alle huurders. In 2008 zijn voorbereidingen getroffen voor de oprichting van een B.V. poliklinische apotheek, als rechtspersoon onder de Albert Schweitzer Holding B.V.. De oprichting van de poliklinische apotheken Albert Schweitzer ziekenhuis B.V. heeft plaatsgevonden in mei 2009.

De juridische structuur:



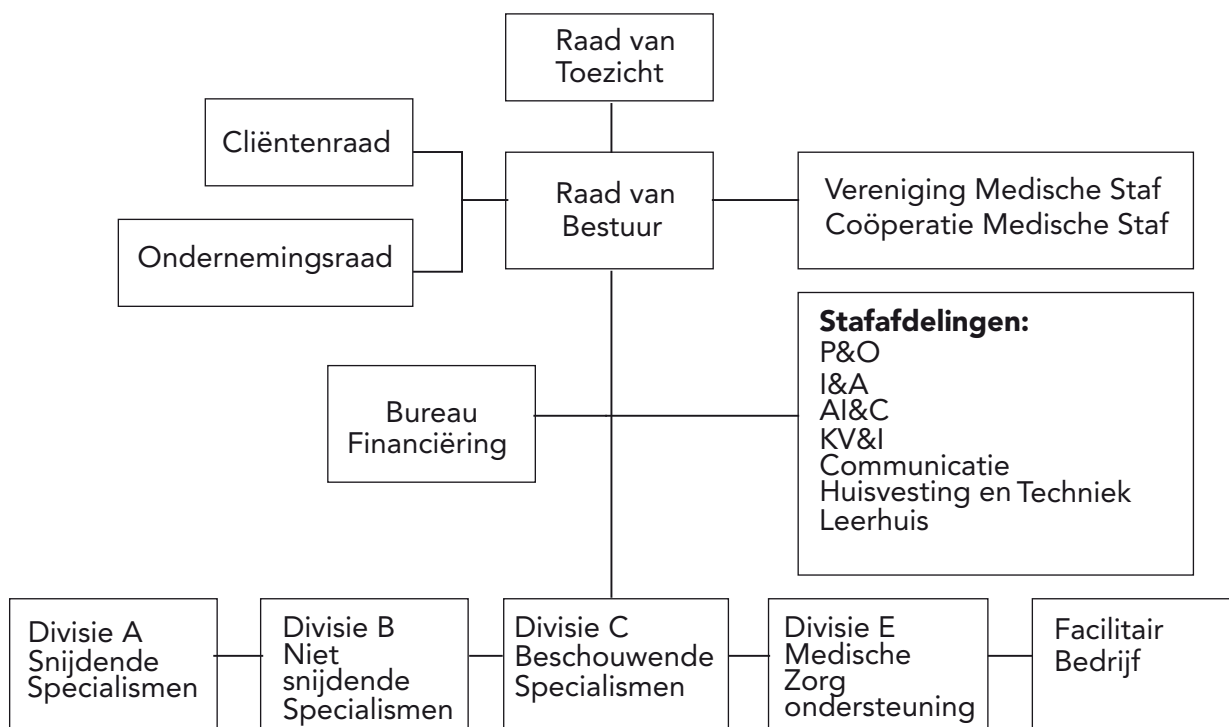
De zorg is in 2009 ondergebracht in divisies. Drie zorgdivisies omvatten de directe patiëntenzorg, één divisie de indirecte patiëntenzorg. Het Facilitair Bedrijf vormt eveneens een aparte divisie. Een zorgdivisie is niet locatiegebonden en ontplooit activiteiten op alle locaties; zij is samengesteld uit één of meerdere vakgroepen. Iedere vakgroep heeft een medisch manager als vertegenwoordiger namens de vakgroep. Samen met de divisiemanagers vormen zij het duale divisiemanagement. Binnen de zorgdivisies zijn er de centrale bedrijfsbureaus met functionarissen die het divisiemanagement ondersteunen. Hiermee worden de divisies in staat gesteld om de afgesproken resultaten te realiseren. Bureau Financiering en de Concernstaf ondersteunen alle zorgdivisies. In 2009 is de basis gelegd voor de nieuwe organisatiestructuur (Eenheden) van het ziekenhuis. In december 2009 is gestart met de eerste fase van de benoemingsprocedure voor bedrijfsleiders. Per 1 januari 2010 is afscheid genomen van de divisiestructuur en wordt overgegaan op de Eenhedenstructuur.

Als voorbereiding op deze Eenheden werd in 2009 de Concernstaf opgeheven en zijn de Stafafdelingen rechtstreeks onder de Raad van Bestuur gepositioneerd. Het gaat hier om de afdelingen KV&I, Communicatie, bureau Financiering, P&O, Huisvesting en Techniek, Leerhuis, AI&C en I&A.

Voor wat betreft de medezeggenschapsstructuur kan worden opgemerkt dat in de statuten van de Stichting Albert Schweitzer ziekenhuis het formele recht op zeggenschap is verleend aan de Ondernemingsraad, het bestuur van de Vereniging Medische Staf en de Cliëntenraad. Deze organen worden om advies gevraagd daar waar het gaat om algemeen-, strategisch- en zorginhoudelijk beleid, alsmede bij benoemingen van leden Raad van Toezicht of leden Raad van Bestuur. Sinds april 2009 is een samenwerkingsconvenant van kracht tussen Raad van Bestuur en Dagelijks Bestuur van het Stafbestuur. In dit convenant is bepaald dat de Raad van Bestuur samen met het Dagelijks Bestuur VMS de strategische doelen voor het ziekenhuis bepaalt.



2.2.1 Organogram



2.3 Kerngegevens

2.3.1 Kernactiviteiten en nadere typering

Het ASz is één van de grootste algemene ziekenhuizen in Nederland en heeft een groot scala aan medisch specialismen (28) in huis. Tevens wordt psychiatrische zorg aangeboden vanuit de erkenning PAAZ.

Het zorgaanbod van het ASz is verdeeld over vier locaties, te weten Amstelveen, Dordrecht, Sliedrecht en Zwijndrecht. In de gemeente Strijen is een buitenpolikliniek gevestigd. In Ridderkerk neemt het ziekenhuis deel in een gezondheidscentrum, Gezondheidszorg Onder Eén Dak (GOED). Het verzorgingsgebied beslaat rond de 600.000 inwoners. De directe adherentie bedraagt circa 300.000 personen.

2.3.2 Cliënten, capaciteit, productie, personeel en opbrengsten

In de onderstaande tabel is de productieontwikkeling in FB-parameters voor het A en B-segment gezamenlijk zichtbaar gemaakt. Ten opzichte van 2008 was er een stijging van het aantal EPB's (1.3%), dagbehandelingen (4.1%) en opnamen (5.2%). Daarentegen daalde het aantal verpleegdagen, hetgeen zichtbaar wordt in een daling van de gemiddelde ligduur van 6.5 tot 5.9 dagen (-8.9%).



Tabel: Ontwikkeling Primaire productie (A+B-segment) in aantallen. Realisatie 2009 versus 2008 (excl PAAZ)

	Realisatie 2009	Realisatie 2008	Groei t.o.v. Realisatie 2008
1e Polibezoeken	198.755	196.196	2.259 (1.3%)
Dagopnamen	37.280	35.813	1.467 (4.1%)
Opnamen	29.752	28.290	1.462 (5.2%)
Verpleegdagen	176.189	183.644	-7.455 (-4.1%)
Bezoekers SEH	45.045	42.314	2.731 (6.5%)
Gem. verpleegduur in dagen	5.92	6.50	(-8.8%)

Overige kerngegevens	Antwoordcategorie
Capaciteit	Aantal
Aantal beschikbare bedden/plaatsen voor klinische capaciteit en dag/deeltijdbehandeling per einde verslagjaar	725
Waarvan PAAZ-bedden	24
Productie	Aantal
Aantal in verslagjaar geopende DBC's	277.849
Waarvan DBC-GGZ in PAAZ	1851
Waarvan medisch specialistische zorg, uitgesplitst in:	-----
Aantal in A-segment (tarieven Nza)	200.261
Aantal in B-segment (vrije prijzen)	75.737
Aantal in verslagjaar gesloten DBC's	265.762
Waarvan DBC-GGZ in PAAZ en PUK	1.535
Waarvan medisch-specialistische zorg, uitgesplitst in:	-----
Aantal in A-segment (tarieven Nza)	204.412
Aantal in B-segment (vrije prijzen)	59.815



Overige kerngegevens	Antwoordcategorie
Productie	Aantal
Aantal in verslagjaar aan verzekeraar in rekening gebrachte overige en ondersteunende producten – O(V)P's –, waaronder verrichtingen op verzoek van de 1e lijn	3.056.796
Aantal in verslagjaar aan verzekeraar in rekening gebrachte overige trajecten en verrichtingen	1.189.449
Aantal in verslagjaar uitgevoerde operatieve verrichtingen in curatieve zorg	336.872
Aantal klinische opnamen exclusief interne overnamen in verslagjaar	29.962
Waarvan opnamen in PAAZ en PUK	210
Aantal ontslagen patiënten in verslagjaar	30.288
Aantal eerste polikliniekbezoeken in verslagjaar	199.423
Waarvan eerste poliklinische contacten in PAAZ en PUK	668
Aantal overige polikliniekbezoeken in verslagjaar	524.928
Waarvan overige poliklinische contacten in PAAZ en PUK	12.024
Aantal dagverplegingsdagen (normaal en zwaar) of deeltijdbehandelingen in verslagjaar	41.118
Waarvan psychiatrische deeltijdbehandelingen in PAAZ en PUK	3.838
Aantal klinische verpleegdagen in verslagjaar (inclusief verkeerde bed)	183.664
Waarvan klinische verpleegdagen in PAAZ en PUK	7.475
Waarvan verkeerde-bed-dagen	2.166

Personeel	Aantal
Aantal personeelsleden in loondienst exclusief medisch specialisten per einde verslagjaar	3.235
Aantal FTE personeelsleden in loondienst exclusief medisch specialisten per einde verslagjaar	2.320,2
Aantal medische specialisten (loondienst + inhuur + vrij beroep) per einde verslagjaar	221
Aantal FTE medische specialisten (loondienst + inhuur + vrij beroep) per einde verslagjaar	194.7
Bedrijfsopbrengsten	Bedrag in euro's
Totaal bedrijfsopbrengsten verslagjaar	€ 236.528.484
Waarvan wettelijk budget voor aanvaardbare kosten	€ 145.438.704
Waarvan overige bedrijfsopbrengsten	€ 15.953.340



2.4 Belanghebbenden

Deze paragraaf geeft een overzicht van belanghebbenden waar het ziekenhuis relaties mee heeft en de wijze waarop de dialoog met de belanghebbenden plaatsvindt.

2.4.1 Samenwerkings- en ketenzorgpartners

Het ziekenhuis heeft met veel partners specifieke relaties, die tot uitdrukking komen in de verschillende overleggen en samenwerkingsovereenkomsten die het ziekenhuis heeft gesloten met de samenwerkings- en ketenzorgpartners. Wil het ASz blijven groeien, dan is een goede samenwerking met de verschillende belanghebbenden van groot belang.

Huisartsen

In 2009 is het bestuurlijk overleg huisartsen Albert Schweitzer ziekenhuis 4 keer bijeen geweest. Besloten is om de structuur van dit overleg te wijzigen naar een meer strategisch overleg. Het ziekenhuis heeft ook in 2009 nauwe contacten onderhouden met het Kringbestuur huisartsen Zuidwest Nederland over de strategische agenda. Ook het bestuur VMS participeert in overleggen met huisartsen.

Eind 2008 is gestart met de uitrol van de huisartsenportal. Huisartsen kunnen via een webapplicatie patiëntengegevens, zoals uitslagen van onderzoeken en laboratoriumgegevens, opvragen van eigen patiënten en van patiënten van collega's voor wie men waarneemt. In 2009 participeren 116 Huisartsen uit de regio. In Strijen en Ridderkerk wordt in de buitenpoliklinieken gelijktijdig met de huisartsen en andere eerstelijns disciplines spreekuur gedaan. Dit bevordert de onderlinge samenwerking en afstemming, hetgeen de kwaliteit van zorg aan de patiënt ten goede komt. Daarnaast worden verschillende coöperaties van huisartsen in het adherentiegebied ondersteund. Eind 2009 is de functie van relatiebeheerder huisartsen en V&V sector ingevuld.

De afdeling communicatie ondersteunt de relatie met de huisartsen door een maandelijkse digitale nieuwsbrief uit te brengen voor verwijzers. Daarnaast is er een eigen extranet op de website www.asz.nl. In 2009 is een onderzoek gestart onder huisartsen naar de ervaring met en behoefte aan communicatie tussen hen en het ziekenhuis.

Stichting Drechtzorg

Ook in 2009 (het voorzitterschap van de Stichting liep tot 20 februari 2009) is een actieve bijdrage geleverd aan de Stichting Drechtzorg. Deze ketenorganisatie omvat een samenwerkingsverband van 30 zorgaanbieders in de regio. Stichting Drechtzorg is mede verantwoordelijk voor een aantal samenwerkingstrajecten zoals de wondzorg, het netwerk palliatieve zorg, de dementieketen en de CVA-zorgketen. Samen met de andere ketenpartners heeft het Albert Schweitzer ziekenhuis de gegevens voor de landelijke benchmark van de CVA-zorgketen verzameld.



Hieronder volgt een overzicht van de samenwerkings- en ketenpartners van het Albert Schweitzer ziekenhuis:

Samenwerkingspartner	
Huisartsen	Stichting PAL Dordrecht (diagnostiek)
Regionale Huisartsenpost Drechtsteden	Stichting Bloedbank
Eerstelijns zorgaanbieders in Ridderkerk	Stichting RLM
Eerstelijns zorgaanbieders in Strijen	Stichting Rijndam
GGD-Zuid Holland Zuid	Stichting Drechtzorg
Rivas Zorggroep	Erasmus MC Rotterdam (spreekuur klinische genetica/radiotherapie/interventiecardiologie/PCI)
Erasmus Medisch Centrum Rotterdam	Stichting Down Syndroom Team Drechtsteden
Stichting Topklinische Ziekenhuizen	Stichting Ircas
Integraal Kankerinstituut Rotterdam	Dienstapotheek Drechtsteden
Stichting De Grote Rivieren	Memisa/Cordaid-Holy Mission Family Hospital Malawi
Thuiszorgorganisaties Opmaat, Internos, Rivas-thuiszorg	Stichting Unie van Vrijwilligers
Stichting Parkhuis	GGD, Politie/Justitie
Penitentiaire Inrichting Dordtse Poorten	Gemeente Dordrecht
Ketenpartners	
Verloskundigen in de regio	Hospice De Cirkel te Zwijndrecht
Verpleeg- en verzorgingshuizen in de regio	Instellingen voor gehandicaptenzorg
Kraamzorgorganisaties	Nazorgbureau pre- en dysmature kinderen
GHOR	Verpleeghuis Waerthove Sliedrecht
Hospice De Patio te Dordrecht	

2.4.2 Dialoog patiënten/cliëntenorganisaties

Sinds 2007 is het enquêterecht (WTZi) statutair toegekend aan Zorgbelang Zuid-Holland West. In het belang van een zorgvuldige procesgang is in 2007 een stappenplan 'Hoe te handelen bij een signaal van wanbeleid' opgesteld en ondertekend. Het bestuur van het ziekenhuis overlegt met de directie van Zorgbelang Zuid-Holland. Tevens vindt er afstemming plaats tussen de Cliëntenraad van het ziekenhuis en Zorgbelang. In 2009 had de Raad van Bestuur van het ziekenhuis 4 keer een overlegvergadering met de Cliëntenraad, eenmaal vond er een overleg plaats tussen Cliëntenraad en Raad van Toezicht. Gedurende het verslagjaar overlegt de Cliëntenraad met portefeuillehouders van het ASz over specifieke onderwerpen / thema's / spiegelbijeenkomsten (zie hiervoor het separate verslag van de Cliëntenraad).



In samenwerking met patiëntenverenigingen organiseerde het ziekenhuis in 2009 weer verschillende gezamenlijke voorlichtingsbijeenkomsten. In overleg wordt gekeken naar de behoefte van de patiëntenvereniging en hun achterban. Daarnaast hebben vele patiëntenorganisaties gebruik gemaakt van de mogelijkheid om zich te presenteren op de markt voor de Chronisch zieken, die het ziekenhuis ieder jaar op de locatie Amstelveen organiseert. Deze informatiemarkt trok in 2009 700 bezoekers.

2.4.3 Dialoog toezichthouder

De prestatie-indicatoren van de basisset 2009 IGZ van het Albert Schweitzer ziekenhuis worden jaarlijks aan de inspectie gerapporteerd en gepubliceerd op de website Zichtbare zorg en www.asz.nl. Met de Inspectie voor de Gezondheidszorg is in 2009 intensief contact onderhouden. De Inspectie is in het jaargesprek en tussentijds op de hoogte gesteld van een aantal gebeurtenissen dat zich binnen het ziekenhuis heeft voorgedaan en het vervolgtraject daarvan. In hoofdstuk 4 wordt dieper ingegaan op de onderwerpen, hier staat tevens een overzicht van bezoeken die de Inspectie aan het Albert Schweitzer ziekenhuis bracht in het kader van algemeen, gefaseerd of thematisch toezicht.

2.4.4 Dialoog zorgverzekeraars

De Raad van Bestuur van het ziekenhuis heeft tweemaal per jaar overleg met de zorgverzekeraars. Daarnaast vinden maandelijkse afstemmingsoverleggen plaats over financieel technische onderwerpen en zorgbeleid. In deze overleggen participeren vertegenwoordigers van de Coöperatie Vrijgevestigde Medisch Specialisten en Vereniging Medische Staf. Het Albert Schweitzer ziekenhuis heeft met alle zorgverzekeraars in Nederland contracten.

De samenwerking met verzekeraars is aan het veranderen. Het vrij onderhandelbare B-segment breidt zich verder uit en voor goede afspraken wordt transparantie over de kwaliteit van zorg steeds belangrijker. Zorgverzekeraars gaan goede kwaliteit van zorg steeds meer prioriteren. Voorbeelden hiervan zijn Menzis Topzorg of Achmea Zorgbemiddeling.

2.4.5 Dialoog kapitaalverschaffers

Met de kapitaalverschaffers vindt periodiek overleg plaats. Tussentijds vinden er bilaterale overleggen plaats. Jaarlijks komt hierbij de solvabiliteitsontwikkeling voor de langere termijn ter sprake op basis van een meerjarendoorkijk, waarin het bouwproces van het ASz is verwerkt. Voor de jaarontwikkeling worden liquiditeitsprognoses overlegd. Onderwerp van gesprek zijn voorts:

- de exploitatieontwikkeling van het ziekenhuis;
- economische ontwikkelingen op korte en lange termijn;
- algemene ontwikkelingen ziekenhuiszorg en financiering;
- managementaspecten;
- ontwikkelingen bij de kapitaalverschaffers.



3. GOVERNANCE

3.1 Bestuur en Toezicht

3.1.1 Zorgbrede Governancecode

Deze paragraaf beschrijft de wijze waarop de principes van de Zorgbrede Governancecode in het Albert Schweitzer ziekenhuis worden toegepast. De statuten van de Stichting ASz zijn aangepast volgens de richtlijn van de Governancecode. In de uitgebreide checklist Governancecode (zie bijlage) wordt in detail ingegaan op de wijze waarop het ASz met de beginselen van de Governancecode omgaat en hoe deze zijn geborgd. In het kader van de WTZi-eisen is het statutair enquêterecht toegekend aan de Stichting Zorgbelang Zuid-Holland.

In de Zorgbrede Governancecode 2010 is tevens opgenomen dat het ziekenhuis invulling moet geven aan het melden van misstanden in de organisatie. In 2009 is een regeling Melding Misstanden opgesteld. Op 28 januari 2010 heeft de Raad van Bestuur een voorgenomen besluit genomen tot vaststelling van de Regeling Melding Misstanden. De regeling is voor instemming voorgelegd aan de Ondermingsraad en er is advies gevraagd aan het Stafbestuur.

3.1.1.1 De zorgorganisatie als zorgonderneming met een bijzondere maatschappelijke verantwoordelijkheid

Het ASz realiseert als zorgonderneming met een bijzondere maatschappelijke verantwoordelijkheid verantwoorde en resultaatgerichte zorg. Doelmatige en transparantie bedrijfsvoering komt tot uitdrukking in de wijze waarop de interne viermaandelijke planning- en controlecyclus (P&C-cyclus) is ingebed en wordt uitgevoerd in de organisatie, alsmede in de publicatie van de prestatie-indicatoren. Bijzondere maatschappelijke verantwoordelijkheid blijkt tevens uit de wijze waarop het ziekenhuis de patiënt/cliënt en diens gerechtvaardigde wensen centraal stelt bij de aangeboden zorgverlening. Om wens en aanbod goed op elkaar af te stemmen, zijn in de organisatie in 2009 diverse patiënt- en verwijzers-tevredenheidsonderzoeken gehouden. Ten aanzien van het principe uit de Governance Code, dat de door of vanuit het ziekenhuis geleverde zorg voldoet aan de eigentijdse kwaliteitseisen, kan in dit kader worden opgemerkt dat het ziekenhuis NIAZ-geaccrediteerd is.

3.1.1.2 Invloed en betrokkenheid van belanghebbenden bij het beleid van de zorgorganisatie

Het ziekenhuis is op thematische onderwerpen in dialoog met belanghebbenden die actief zijn in het verzorgingsgebied. Naast de samenwerkingsovereenkomsten zijn er in het verslagjaar reguliere afstemmingsoverleggen met de vertegenwoordiger van regionale patiëntenorganisaties (Zorgbelang Zuid-Holland), de huisartsen (het Bestuurlijk Overleg Huisartsen), de Cliëntenraad en de Zorgverzekeraars.

Aan de transparantie-eisen wordt voldaan door het afleggen van maatschappelijke verantwoording aan belanghebbenden via het jaardocument en de jaarrekening door het bestuur van de Stichting. Onderdeel van het jaardocument is een verslag van de Raad van Toezicht over de in het verslagjaar verrichte werkzaamheden. Voor 2009 is een verantwoordingsdocument (bestuursverklaring) afgegeven.



3.1.2 Raad van Bestuur

Op 1 april 2009 werd afscheid genomen van interim bestuurder prof. dr. P.A.M. Vierhout. Vanaf deze datum was er een eenhoofdige Raad van Bestuur in het Albert Schweitzer ziekenhuis.

3.1.2.1 Samenstelling Raad van Bestuur & Nevenfuncties

Naam	Aandachtsgebied	Nevenfuncties
Drs. L.L. Schoots	Voorzitter Raad van Bestuur a.i. (vanaf 14 april 2008)	Voorzitter Bestuur Stichting PAL Voorzitter Bestuur Stichting RLM Lid Bestuur Revalidatiecentrum De Waarden Bestuurslid VsapGZ Voorzitter Bestuur Stichting Samenwerkende Ziekenhuizen regio Drechtsteden. Kerndocent SBZ (Succesvol Besturen Ziekenhuizen) Penningmeester Stichting Natuurlijk-Jonen
Prof. Dr. P.A.M. Vierhout	Lid Raad van Bestuur a.i. (vanaf 14 maart 2008 tot 1 april 2009)	Voorzitter Stichting Drechtzorg Lid Raad van Advies NZa Voorzitter SKMS (Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten) Lid Raad van Advies Focus Cura

3.1.2.2 Verslag Raad van Bestuur

Belangrijke ontwikkelingen die in 2009 voor besluitvorming in aanmerking kwamen, betroffen de wijziging van de organisatiestructuur waarbij het divisiemodel werd verlaten voor het Eenhedenmodel, het opheffen van de Concernstaf en het inrichten van de Stafafdelingen.

Ook de integrale ziekenhuisbrede implementatie van het generieke basis EPD voor alle vakgroepen en besluiten ten aanzien van het korte termijn huisvestingsplan, alsmede de uitkomsten van de medewerkers- en patiënttevredenheidsonderzoeken, hadden de aandacht van het bestuur. Reglementen die betrekking hebben op besturing en toezicht werden vastgesteld. In 2009 zijn de financiële doelstellingen behaald door de inzet van efficiency-maatregelen op het gebied van inkoop van materialen, de inzet van bedden en personeel.

3.1.2.3 Reglement Raad van Bestuur

Op 25 maart 2009 stelde de Raad van Bestuur met instemming van de Raad van Toezicht een reglement Raad van Bestuur vast, na een adviestraject bij Ondernemingsraad, Stafbestuur en Cliëntenraad. Het reglement Raad van Bestuur regelt de wijze van vergaderen, het besluitvormingsproces en benoemt verantwoordelijkheden en



bevoegdheden. Eind 2008 is een begin gemaakt met het vastleggen van samenwerkingsafspraken tussen Raad van Bestuur en Stafbestuur. Dit samenwerkingsconvenant is op 6 april 2009 vastgesteld.

3.1.2.4 Overlegstructuur

De Raad van Bestuur vergadert wekelijks onder voorzitterschap van de voorzitter Raad van Bestuur. Eenmaal per twee weken vindt er overleg met het management en de Raad van Bestuur plaats (concernteam). De Raad van Bestuur vergadert eenmaal per twee weken met het voltallig stafbestuur (opiniërende bespreking). In 2009 vond eenmaal per week overleg plaats tussen Raad van Bestuur en Dagelijks Bestuur Medische Staf. Zonodig vond vaker overleg plaats. Eenmaal per zes weken vond een overlegvergadering plaats tussen Raad van Bestuur en Ondernemingsraad. De Cliëntenraad en de Raad van Bestuur vergaderen viermaal per jaar. Voor alle vergaderingen werd een agenda opgesteld en werden besluitenlijsten gemaakt. De besluitenlijsten van de Raad van Bestuur werden in 2009 ter informatie aan het management gezonden en op het intranet van het ziekenhuis gepubliceerd. Op deze manier konden ook medewerkers kennis nemen van de wijze waarop de besluitvorming plaatsvond, hetgeen de transparantie in besluitvorming bevordert.

3.1.3 Verslag van de Raad van Toezicht

De verslaglegging is geïntegreerd in het voorwoord van de Raad van Toezicht.

3.2 Bedrijfsvoering

3.2.1 Risicomanagement

Het ASz besteedt aandacht aan de ontwikkeling en handhaving van interne risicobeheersings- en controlesystemen en streeft ernaar om alle belangrijke risico's (die inherent zijn aan de operationele- en financiële doelstellingen) tijdig te identificeren en doeltreffend te beheersen. Risicomanagement is geen afzonderlijke taak, maar past binnen de integrale lijnverantwoordelijkheid van divisie- en operationeel management. De Raad van Bestuur draagt uiteraard wel de verantwoordelijkheid voor de opzet, uitvoering en effectiviteit van de interne risicobeheersings- en controlesystemen en rapporteert hierover aan de Raad van Toezicht. De controller rapporteert in de 4-maandsrapportages de actuele risico's, waarna deze besproken worden met Bestuur en Management en er acties worden afgesproken om de risico's te minimaliseren.

De belangrijkste risico's in 2009 waren:

- Een stijgend ziekteverzuim begin 2009: hierdoor liepen de kosten voor het inzetten van tijdelijk personeel op. Als reactie hierop is veel aandacht besteed aan het signaleren van afwijkend ziekteverzuim en is het management hierop aangesproken. Uiteindelijk is het verzuim een half procent lager uitgekomen (op 5%).
- Een krappere wordende arbeidsmarkt voor gespecialiseerde zorgfuncties, met daarbij oplopende kosten voor het inhuren van personeel: om marktconform te blijven, is een notitie arbeidsmarkttoeslagen opgesteld die in 2010 voor schaarse functies van kracht zal zijn.
- De invoering van een elektronisch patiëntendossier: dit vroeg in 2009 veel capaciteit van de beschikbare ICT-resources. De beoogde implementatiedatum stond onder druk vanwege een breed scala aan vakgroepgerelateerde aanpassingen. Om een succesvolle implementatie te bespoedigen, werd allereerst een generiek EPD opgeleverd en over de



verschillende specialismen uitgerold. Eind 2009 zijn de eerste twee vakgroepen aan de slag gegaan met dit generieke deel van het EPD.

- Een nieuw organisatiemodel: in 2009 is veel aandacht besteed aan het ontwikkelen van een nieuw organisatiemodel. Rond de zomer ontstond een korte impasse inzake de invulling van het organisatieprincipe van resultaatverantwoordelijke Eenheden. Uiteindelijk is er voor gekozen om 2010 als een overgangsjaar te bestempelen; dit jaar wordt gebruikt om de organisatieverandering van divisies naar Eenheden te realiseren.
- Het Gezondheidspark: met de huisbankier Fortis is in 2008 een financieringsovereenkomst gesloten inzake het Gezondheidspark. In 2009 ontstond helaas nog geen duidelijkheid over de wijze waarop de minister van VWS de zogenaamde kapitaallastenproblematiek wil oplossen.

3.2.2 Strakke planning & control cyclus

De integrale beleidscyclus is het instrument dat wordt gebruikt voor de vertaling van visie en strategische doelen van het ziekenhuis. Op concernniveau wordt jaarlijks een kaderbrief opgesteld. Deze is afgeleid van het ziekenhuisbeleidsplan en actuele ontwikkelingen en geeft de prioriteiten weer voor het komende jaar. De divisies maken ieder een jaarplan waarin begrotingsvoorstellen zijn opgenomen. In gezamenlijk overleg tussen Raad van Bestuur en divisiemanagement worden de divisiejaarplannen bijgesteld en vastgesteld. De voortgang van de jaarplannen blijkt uit de maandelijkse basisset met managementinformatie, waarin de relevante indicatoren zijn opgenomen. Het divisiemanagement ontvangt elke maand deze basisset met (operationele) managementinformatie. Op basis hiervan wordt, na interne analyse, elke twee maanden een beperkte (en elke vier maanden een uitgebreide-) verantwoordingsrapportage aan de RvB gezonden. De 2-maandsrapportage is een beknopt overzicht van de belangrijkste indicatoren met een toelichting daar waar opvallende afwijkingen worden geconstateerd. Deze rapportage is belangrijke input voor het maandelijkse werkoverleg tussen Raad van Bestuur en divisiemanagement. In de 4-maands managementrapportage leggen het divisiemanagement en de medisch managers van de vakgroepen verantwoording af ten aanzien van de realisatie van de (beleids)jaardoelen, met behulp van de in het jaarplan opgenomen indicatoren. Ook over de (concernbrede) projecten waarvoor de betreffende divisiemanager projecteigenaar is, wordt gerapporteerd.

3.2.3 Sturen op indicatoren

De relevante bedrijfsindicatoren zijn continu raadpleegbaar op intranet via de business intelligence tool Cognos Metrics manager. Aan het ontwikkelen en rapporteren van zorg- en kwaliteitsgerelateerde indicatoren wordt veel prioriteit gegeven. Het ASz voldoet aan de verplichting die de IGZ stelt t.a.v. het aanleveren van prestatie-indicatoren.

3.2.4 Interne beheersing op orde

In het kader van de uitgevoerde interim controle voor de jaarrekening 2009 heeft Pricewaterhouse Coopers (PWC) een onderzoek uitgevoerd naar de interne beheersing. Hierbij is gemaakt van het Health Control Web, waarin tevens vergelijkingen zijn opgenomen met andere instellingen uit de sector. Hieruit blijkt dat de beheersingsaspecten zich positief ontwikkelen in de tijd. Zij liggen op of boven het gemiddelde van sector. De scores bevinden zich merendeels boven de score van 2008. Het ASz is lid van het Waarborgfonds.



3.2.5 Verantwoording registratie en facturatie DBC's

3.2.5.1 Regeling AO/IC inzake DBC-registratie en facturatie

Evenals in voorgaande jaren is in 2009 de "Regeling Administratieve organisatie en interne controle inzake DBC-registratie en facturatie" van toepassing. De interne controlefunctie van het ASz heeft gedurende 2009 gestructureerd onderzoek gedaan naar de adequate opzet, het bestaan en de werking van de AO/IC. Deze werkzaamheden betroffen onder andere een structurele risico-analyse, een beoordeling van de opzet en toereikendheid van de beheersingsmaatregelen en het uitvoeren van interne audits. De in 2009 geconstateerde foutfractie is na correctie van structurele fouten onder de toegestane foutfractie gebleven. De geconstateerde fouten hadden met name betrekking op onjuiste diagnoses en onterechte DBC's.

Het Albert Schweitzer ziekenhuis werkt continu aan verbetering van de verrichtingen- en DBC-registratie. In verband met de aanzienlijke verschillen in de grootte, complexiteit en instructies per specialisme ligt de focus sinds enkele jaren op vakgroepniveau. Hiermee kan de kwaliteit van de registratie en facturatie en de interne beheersing worden verhoogd. In 2009 zijn de audits per vakgroep gecontinueerd en verder uitgebouwd, door periodiek de voortgang van de actielijsten te monitoren en te bespreken. Verder worden diverse cijfers op maandbasis aan het management van de vakgroepen teruggekoppeld. Bovendien bespreken de Raad van Bestuur, het bestuur medische staf en het management van de vakgroepen iedere vier maanden de bijzonderheden ten aanzien van de DBC-registratie. In 2010 wordt dit gecontinueerd. Daarnaast worden in 2010 de volgende maatregelen doorgevoerd:

- implementatie van Valuecare ten behoeve van een juiste, volledige en tijdige registratie en facturatie van DBC's en bijbehorende zorgactiviteiten;
- implementatie van een bonus-/malusbeleid voor de medisch specialisten, gerelateerd aan de kwaliteit van de DBC-registratie;
- uitbreiding van het aantal centrale controles vóór facturatie om onterechte facturen waar mogelijk te voorkomen.

3.2.5.2 GGZ

Voor het budget van de GGZ waren in 2009 de bestaande AWBZ-normen van toepassing op basis waarvan aan het einde van het jaar nacalculatie plaatsvindt. Over de parameters wordt afzonderlijk aan de NZa verantwoording afgelegd, gecertificeerd door de externe accountant. Ten behoeve hiervan is een steekproef uitgevoerd op de registratie. De financiering vindt vanaf 2008 plaats op basis van DBC's, door middel van declaraties richting de zorgverzekeraars. De implementatie van de benodigde validatie- en facturatiemodules is vertraagd. Na implementatie zijn hier vervolgens knelpunten in opgetreden, deze knelpunten worden ten tijde van deze rapportage onderzocht. Tot op heden zijn geen declaraties ingediend, de verwachting is dat dit in het 2e kwartaal 2010 mogelijk wordt.

3.3 Medezeggenschap

3.3.1 Verslag Bestuur Vereniging Medische Staf (VMS)

De VMS kijkt terug op een goed jaar: ook in 2009 heeft de VMS weer actief geparticipeerd in het ontwikkelen en realiseren van beleid, zowel op medisch vakinhoudelijk- alsook op bestuurlijk gebied. In dit jaarverslag wordt hiervan een beeld geschetst.



3.3.1.1 De VMS

De VMS bestaat sinds 1998 en het 10-jarig jubileum van de Vereniging is in 2009 dan ook feestelijk gevierd. De Vereniging Medische Staf bestaat uit 31 vakgroepen en telt bij het schrijven van dit verslag in totaal 234 leden, waaronder 211 gewone leden en 23 buitengewone leden. In 2009 hebben de leden van de VMS naast hun werk in de directe patiëntenzorg en hun bijdrage aan de medische opleidingen wederom een actieve bijdrage geleverd aan diverse Commissies en projecten, waarbij veel beleid werd ontwikkeld en werk is verzet.

Er werden weer een succesvolle Wetenschapsdag, een Ontmoetingsdag Medici plus diverse symposia en refereerbijeenkomsten georganiseerd, waarvoor zoals altijd veel waardering is.

Ook was 2009 het jaar waarin het elektronisch patiënten dossier (EPD) in het Albert Schweitzer ziekenhuis werd geïntroduceerd. De introductie van dit EPD markeert voor de medisch specialist de overgang van de analoge naar digitale werkomgeving. Naast dossiervoering wordt tegelijkertijd de bewerking/opslag van alle overige relevante patiëntinformatie (o.a. ECG's) gedigitaliseerd; dit proces zal gelijk opgaan met de introductie van het EPD. Dit proces vergt naar verwachting geheel 2010 en mogelijk nog een deel van 2011. Na implementatie van het basis-EPD bij alle vakgroepen zal in de volgende fase het EPD worden aangepast aan de specifieke behoeften van elke vakgroep. Er mag geconcludeerd worden dat de ontwikkeling en bouw van dit vakgroepspecifieke EPD een flinke wissel heeft getrokken op de betrokken vakgroepen.

3.3.1.2 Kwaliteit en professionele ontwikkeling

Een belangrijk kenmerk van onze professionaliteit is de permanente aandacht voor kwaliteit, kwaliteitsverbetering en veiligheid. De VMS van het Albert Schweitzer ziekenhuis streeft naar het verlenen van topmedisch specialistische zorg, gebaseerd op wetenschappelijk aangetoonde effectiviteit: doelmatig, zonder optreden van "onbedoelde schade" en met 'oor' voor de patiënt.

De kwaliteitsvisie van de VMS berust op borging van het kwaliteitssysteem en het streven naar continue verbetering; eisen zoals die geformuleerd zijn door de wetenschappelijke verenigingen zijn hierbij richtinggevend. Het kwaliteitsbeleid van de VMS is primair gericht op de medisch specialistische zorg. Een hoog niveau van medisch specialistische zorg, een optimale veiligheid, een patiëntvriendelijke gastvrije benadering en bejegening alsmede een efficiënte vlotte doorstroom met korte wacht- en behandeltijden hebben onze hoogste prioriteit.

Het kwaliteitsbeleid van de VMS wordt geborgd met behulp van kwaliteitsvisitaties door de wetenschappelijke verenigingen, door kwaliteitsprojecten, interne audits, een actief werken aan protocollering, aan complicatieregistratie en aan het adequaat gebruik van prestatie-indicatoren. Ook de evaluatie van het individueel functioneren van medisch specialisten via de systematiek van Appraisal & Assessment speelt hierbij een belangrijke rol.

In 2009 zijn de volgende visitaties uitgevoerd:

- Kwaliteitsvisitatie medische psychologie 6 februari 2009;
- IKR-visitatie 6 november 2009 (oncologie);
- Opleidingsvisitatie apotheek 15 september 2009;
- K.N.O. kwaliteitsvisitatie 6 november 2009;
- Kwaliteitsvisitatie geriatrie 10 december 2009.

3.3.1.3 De VMS als bestuurlijke organisatie

Het Albert Schweitzer ziekenhuis kent een topstructuur met een strategisch partnership tussen Raad van Bestuur (RvB) en Vereniging Medische Staf (VMS). Gezamenlijk dragen zij



zorg voor het realiseren van veilige, hoogwaardige, optimale en efficiënte patiëntenzorg, waarin de behoeften van de patiënt centraal staan en waarbij de eindverantwoordelijkheid van de Raad van Bestuur in acht wordt genomen.

De VMS functioneert als gelijkwaardige partner in de strategische besluitvorming betreffende de besturing van het ziekenhuis. Dit is geborgd via een duale verankering op zowel topstructuurniveau (via het Stafbestuur), alsook op het niveau van het primair proces (via de medisch managers van de in 2010 op te richten Eenheden). Zo is op alle niveaus van de organisatie sprake van duaal management en zijn medisch specialisten en ziekenhuisorganisatie nevensgeschikt. Immers, de medisch manager en de bedrijfsleider zijn duaal verantwoordelijk voor hun eigen aandeel in de medisch specialistische en verpleegkundige zorg, de bedrijfsvoering en het optimaal functioneren van de eigen Eenheid.

Op deze manier ontwikkelt het Albert Schweitzer ziekenhuis het GMSB-model verder door naar een gedifferentieerde medisch specialistische zorgonderneming, waarbij het van cruciaal belang is dat de Raad van Bestuur en het Stafbestuur gezamenlijk optrekken. Binnen dit besturingsmodel hebben veel van onze medisch specialisten dus een drievoudige opdracht: patiëntenzorg, opleiden en managementverantwoordelijkheid. Door deze positionering van de medicus, enerzijds in het zorgproces en anderzijds ook in de besturing daarvan, ontstaat de mogelijkheid om de zorgprocessen te verbeteren vanuit zowel de top alsook direct vanaf de vloer.

3.3.1.4 Eenheden als organisatievorm

Externe ontwikkelingen, onder meer gekenmerkt door het begrip marktwerking en de ervaringen met het systeem waarop de interne organisatie in de vorm van divisies was ingericht, hebben geleidelijk een discussie op gang gebracht met het begrip Business Unit als uitgangspunt. Door bestuurlijke ontwikkelingen ontstond er stagnatie in de verdere uitwerking. Het opheffen van de divisiestructuur als organisatievorm, plus de vorming van Eenheden als opvolger van het eerder gehanteerde begrip 'Business Units', leidt tot een nieuwe organisatiestructuur waarbij een managementlaag verdwijnt.

In 2009 is het traject van doorontwikkelen, via de eerste stap van Eenheden per januari 2010, voortvarend opgepakt. De nieuwe systematiek moet leiden tot een beter resultaat van het ASz als geheel door betere resultaten van al haar afzonderlijke onderdelen. Van belang is dat de onderdelen zich daarbij voortdurend realiseren dat ze onderdeel zijn en blijven van het ASz, met de daarbij behorende verantwoordelijkheden. Let wel, onder resultaat wordt in deze zeker niet alleen financieel resultaat bedoeld, maar ook een beter presteren op het gebied van patiëntenzorg en veiligheid.

Voor wat betreft het financiële resultaat gaat het niet alleen om een positieve jaarrekening, maar zeker ook om een versterking van het eigen vermogen.

De arbeidssatisfactie van al onze medewerkers is van groot belang en moet op deze manier toenemen. Bij de vorming van de Eenheden is de vakgroep het centrale uitgangspunt, de eenheid wordt duaal geleid door een medisch manager en een bedrijfsleider. Behoud van het zelfstandig ondernemerschap binnen deze nieuwe organisatiestructuur is een conditio sine qua non.

3.3.1.5 Het Stafbestuur

Het bestuur van de VMS bestaat uit 10 leden. Er is een Dagelijks Bestuur, bestaande uit de voorzitter, vice-voorzitter en secretaris. De leden van het Stafbestuur zijn portefeuilledragers van diverse bestuurlijke onderwerpen en aandachtspunten, zowel structureel als op ad hoc basis.

Om de organisatorische professionalisering van de medische staf en de coöperatie binnen



de besturings- en managementstructuur van het ASz optimaal te faciliteren, worden het Stafbestuur, het Dagelijks bestuur en het Bestuur van de Coöperatie ondersteund door het bureau VMS/CMS. Dit bureau wordt sinds 1 januari 2009 professioneel en fulltime geleid door een directeur. Het Stafbestuur vergadert wekelijks. Iedere maand, met uitzondering van de maanden juli en augustus, wordt er een Algemene Ledenvergadering gehouden. In 2009 vond er een VMS-bestuurswisseling plaats op grond van het aflopen van de zittingstermijn van de voorzitter.

3.3.1.6 Communicatie Stafbestuur en leden VMS

Op verzoek van het Stafbestuur is in 2009 een breed onderzoek verricht (rapport De Joode, 2009) naar de wijze van communiceren tussen Stafbestuur en de VMS-leden. Dit rapport zal waar nodig zowel in kwalitatief alsook in kwantitatief opzicht tot verbeteringen in deze communicatie moeten leiden.

Het Stafbestuur wil in de komende periode het contact met de vakgroepen intensiveren. De Algemene Leden Vergadering van de VMS is maandelijks en in de nieuwe structuur is in regelmatig overleg met de medisch managers voorzien. Daarnaast wil het Stafbestuur twee tot drie maal per jaar de vakgroepen tijdens hun vakgroepoverleg bezoeken, om zo goed geïnformeerd te zijn en de lijnen zo kort mogelijk te kunnen houden.

3.3.1.7 Convenant samenwerking Stafbestuur en Raad van Bestuur

De plaats en rol van het Stafbestuur (SB) zijn in nauwe samenspraak tussen RvB en SB overeengekomen en vastgelegd in het Convenant Samenwerking RvB - SB (2009). Hierin is vastgelegd dat:

1. het SB de gemandateerde vertegenwoordiger van de VMS van het ASz is;
2. het dagelijks bestuur (DB) van het SB de functie en rol van eerste aanspreekpunt, gesprekspartner en vertegenwoordiging van het SB naar de RvB vervult. Hiermee kan de slagvaardigheid en bereikbaarheid van het SB worden gegarandeerd;
3. het SB zich richt op strategische beleidsvorming van het ASz, de kwaliteit van zorg, belangenbehartiging van het collectief van de medische staf en de continuïteit van het ASz zoals overeengekomen in artikel 4 DVMS;
4. het SB zijn invloed uitoefent op het bestuur van het ASz door gebruik te maken van zijn informatie-, advies- en instemmingsrecht, alsmede van het recht van initiatief en nader met de RvB schriftelijk te maken afspraken.

De overlegstructuren, de werkwijze rondom adviezen, instemming door de VMS en het recht van initiatief, alsmede de handelwijze rondom gebrek aan instemming en geschillen zijn vastgelegd in het document Convenant Samenwerking RvB - SB (2009). Immers, een goed functionerend bestuur van de VMS is van vitaal belang om de belangen en positie van de VMS-leden te behartigen en te waarborgen.

3.3.1.8 Formare II

Eind 2009 is het nieuwe medisch beleidsplan 'Formare II' uitgekomen.

De VMS geeft in dit beleidsplan aan op welke wijze de leden hun doelen met betrekking tot hoogwaardige medisch specialistische zorg de komende jaren in het Albert Schweitzer ziekenhuis zullen verwezenlijken. Dit beleidsplan is de medische vertaalslag van de strategie, waarmee het bijdraagt aan het realiseren en ten uitvoer brengen van onze missie en visie.

Uitgangspunt van de medisch specialistische zorgverlening door leden van onze VMS is kwalitatief hoogwaardige (evidence based) zorg, die dicht bij de patiënt geleverd wordt en waarbij de patiënt centraal staat. Naast de medisch specialistische zorg voor onze patiënten



vormen opleiding en wetenschappelijk onderzoek belangrijke onderwerpen. Wij willen de zorg ook voor de toekomst blijven borgen door middel van het intensiveren en uitbreiden van de opleidingsmogelijkheden en -faciliteiten en door het bijdragen aan kennisoverdracht en opleiding van andere beroepsgroepen in het ziekenhuis.

De speerpunten van de VMS 2009-2013

- 1) Het zorgaanbod uitbreiden, vraaggericht, dichtbij en met een grondvest in drie uitgangspunten:
 - I. een optimaal niveau van medisch specialistische zorg met een gedifferentieerd zorgaanbod;
 - II. zorg op maat, van hoogwaardige basiszorg tot hoog complexe zorg en topreferente zorg;
 - III. aandacht voor continue verbeteren van kwaliteit en veiligheid.
- 2) Verder uitbouwen van het/de bij onze STZ-status behorende:
 - I. opleidingen en opleidingsklimaat;
 - II. wetenschapsbeleid, wetenschappelijk klimaat en research;
 - III. topreferente zorg, leidend tot regionale verwijzingen.

- 3) Meer dan voorheen de patiënt centraal stellen:

Uit het inmiddels structurele onderzoek naar de patiënttevredenheid blijkt dat verbetering nog op allerlei plaatsen mogelijk en wenselijk is. Deze onderzoeksuitslagen, in samenhang gezien met de rapportages van de Klachtencommissie, tonen aan dat de bejegening verbeterd dient te worden.

Bejegening is dan ook door het Stafbestuur benoemd als hét speerpunt voor 2010.

- 4) HR-beleid voor medici ontwikkelen:

Het ontwikkelen van HR-systemen voor medisch specialisten en het ontwikkelen van beleid hieromtrent gebaseerd op de conclusies van het rapport Stoffer. Het totale HR-beleid voor medici zal in 2013 geïmplementeerd zijn.

- 5) Het doorontwikkelen van de organisatie en versteviging van de financiële positie van het ASz:

Staf en ziekenhuisbestuur bouwen aan doorontwikkeling van het GMSB naar een gedifferentieerde medisch specialistische zorgonderneming, met een positionering van de medicus enerzijds in het zorgproces zelf, maar anderzijds ook in de besturing daarvan. We ontwikkelen door naar Eenheden per vakgebied, met als hoofddoelstelling het verkorten van de lijnen en het verbeteren van de processen dichtbij de werkvloer.

- 6) Verdere invulling geven aan de samenwerking en de onderlinge samenhang:

De toenemende complexiteit van patiëntenzorg en organisatie en het toenemend aantal betrokkenen bij een behandeling zijn zaken die steeds hogere eisen stellen aan de onderlinge samenwerking, aan de multidisciplinaire organisatie van zorg én aan de communicatie naar elkaar en naar onze patiënten.

Het belang van verbinding met elkaar aangaan in plaats van eilanden te vormen, het in woorden én in daden zorgzaam zijn voor elkaar, de dialoog aangaan die niemand buitensluit en het belang van het collectief als uitgangspunt zijn waarden die ons zullen helpen om onze samenwerking steeds verder te verbeteren en ruimte te creëren om te kunnen excelleren.

Het stimuleren van de intercollegiale samenwerking, maar ook het verder invulling geven



aan en uitbouwen van onze relatie met de huisartsen in de onderlinge samenwerking, zullen de kwaliteit en de continuïteit van zorg in de gehele keten optimaliseren.

3.3.1.9 CMS Coöperatie Vrijgevestigde Medisch Specialisten Albert Schweitzer B.A.

De coöperatie, opgericht in 1998, is een samenwerking tussen de vrijgevestigde maatschappen van medisch specialisten en draagt de naam Coöperatie Vrijgevestigde Medisch Specialisten Albert Schweitzer ziekenhuis B.A [Beperkte Aansprakelijkheid].

Het statutaire doel is:

'het behartigen van belangen van haar leden door met hen overeenkomsten te sluiten terzake van de onderneming die zij ten behoeve van haar leden uitoefent of doet uitoefenen en welke onderneming behelst:

- a. het plegen van overleg en het bemiddelen met onder andere zorgverzekeraars en de Raad van Bestuur omtrent aard, omvang en honorering van medische handelingen en zaken betreffende goodwill.*
- b. het (doen) innen van vorderingen, het (doen) beheren van- en het (doen) ontvangen van gelden en de doorbetaling ervan conform afspraken en contracten;*
- c. het initiëren en bevorderen van en participeren in private activiteiten die direct of indirect verband houden met fysieke of geestelijke gezondheidszorg'.*

Als nevendoeel kan zij ook andere maatschappelijke belangen van leden behartigen.'

Het bestuur van de CMS bestaat uit 7 leden. Er is een Dagelijks Bestuur, bestaande uit de voorzitter, vice-voorzitter en secretaris. Zittingstermijnen zijn maximaal 2x4 jaar. Het Coöperatiebestuur en het Dagelijks Bestuur worden gefaciliteerd en ondersteund door het Bureau Financiering en het Bureau VMS/CMS. Dagelijks bestuur van de coöperatie, directeur stafbureau en hoofd financiering vergaderen wekelijks. Financieel vertegenwoordigers, directeur stafbureau, DB-coöperatie en hoofd Financiering vergaderen maandelijks, met name over de bevoorschotting.

De coöperatie van vrijgevestigd medisch specialisten is in het ASZ gehandhaafd. Ook na de beëindiging van de lumpsumfinanciering is door de leden het belang van gemeenschappelijke belangenbehartiging onderkend.

Door middel van een procentuele afdracht van alle leden ten behoeve van financiering van ANIOS is er sprake van onderlinge solidariteit, die dus niet alleen met de mond wordt beleden. Het betreft hier uitsluitend die ANIOS in tijdelijke dienst, die onontbeerlijk zijn voor de continuïteit van zorg en opleidingen. Daaraan gekoppeld is er met het ASZ een opslag over het uurtarief afgesproken. Deze opbrengst wordt gebruikt voor vacatievergoedingen van stafbestuursleden en coöperatiebestuursleden en voor ondersteuning van nieuwe medische beleidsinitiatieven.

De actuele politieke ontwikkelingen, zoals de aanstaande integrale DBC-beprijzing, maakt het concentreren van de financiële expertise in de staf noodzakelijk. Immers, in de toekomst zal het honorariumdeel met het ziekenhuis moeten worden uitonderhandeld. Tevens zullen staf en ziekenhuis gezamenlijk DBC-volume en prijs met de verzekeraars moeten overeenkomen.

3.3.2 Cliëntenraad

In het Albert Schweitzer ziekenhuis is op grond van de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ) sinds oktober 1999 een Cliëntenraad ingesteld.

De Cliëntenraad functioneert op basis van een reglement. Het reglement wordt



gepubliceerd op de website van het ziekenhuis. In het reglement worden de bevoegdheden, verantwoordelijkheden, faciliteiten en de werkwijze van de Cliëntenraad beschreven. Ook de verantwoordelijkheden van het bestuur van het ziekenhuis richting de Cliëntenraad worden daarin aangegeven, alsmede de geschillenbeslechting bij de landelijke commissie vertrouwenslieden. Bijlagen bij dit reglement zijn: een overzicht van informatiestromen aan de Cliëntenraad en een vergoedingsregeling voor de leden.

Leden van de Cliëntenraad ontvangen een vacatievergoeding. Er zijn afspraken over het faciliteren door het ziekenhuis van beleidsmatige- en secretariële ondersteuning van de Cliëntenraad. De Cliëntenraad beschikt over een eigen notuliste. Er is jaarlijks een budget voor scholing. In het Albert Schweitzer ziekenhuis is de secretaris van de Raad van Bestuur de contactpersoon voor de Cliëntenraad. Secretariële ondersteuning ter voorbereiding van adviesvragen en overlegvergaderingen wordt verzorgd door het secretariaat van de Raad van Bestuur.

Ook in 2009 was er een stagiaire aanwezig bij de Cliëntenraad. Deze stagiaire is werkzaam op basis van een stageplaats in het kader van CMO/Stimulans. De stagiaire is in november 2009 als lid toegetreden tot de Cliëntenraad.

3.3.2.1 Speerpunten Cliëntenraad

De Cliëntenraad heeft speerpunthouders benoemd voor drie thema's, te weten:

- A. Organisatie;
- B. Kwaliteit van zorg;
- C. Communicatie.

De speerpunthouders/leden van de Cliëntenraad hebben in 2009 wederom overleg gevoerd met vertegenwoordigers/inhoudsdeskundigen van het Albert Schweitzer ziekenhuis. Hieronder volgt een overzicht van de activiteiten per speerpunt.

A. Organisatie

Speerpunt Financiën

- Advies jaarrekening 2008 en begroting 2009.
- Volgen van prestatie-indicatoren uit de management rapportages.

B. Kwaliteit van zorg

Speerpunt: Gastvrijheid

- In het overleg met de Raad van Bestuur en andere geledingen uit het ziekenhuis zijn de vorderingen op het gebied van gastvrijheid en patiënttevredenheid regelmatig geëvalueerd.
- Enkele leden van de Cliëntenraad hebben zitting genomen in het smaakpanel van het ziekenhuis. Tijdens de bijeenkomst werden diverse nieuwe maaltijden voor patiënten beoordeeld.
- De Cliëntenraad heeft zijn bijdrage geleverd aan de voorbereiding van de audit 'Gastvrijheid met Sterren'.

Speerpunt: Klachten

- Jaarlijks gesprek Cliëntenraad - klachtenbemiddelaars.

Speerpunt: Patiëntveiligheid

- Gesprek met leden van de Commissie Meldingen Patiëntveiligheid.



Speerpunt: Kwaliteit

- Naar aanleiding van het schouwen van poliklinieken snijdende specialismen zijn in 2008 voorbereidingen getroffen voor het schouwen van enkele verpleegafdelingen in het ziekenhuis door leden van de Cliëntenraad. Dit heeft geleid tot enkele verbeterpunten.
- De Cliëntenraad is betrokken geweest bij de voortgang van de NIAZ-accreditatie.

C. Communicatie

- De Cliëntenraad heeft diverse column namens Cliëntenraad geschreven in de Patiëntenkrant en een bijdrage geleverd aan het ASz-personeelsmagazine Aspect.

3.3.2.2 Samenstelling Cliëntenraad

De Cliëntenraad telt negen leden. In 2009 hebben enkele wijzigingen in de samenstelling plaatsgevonden. Er is afscheid genomen van mevrouw Verheij-Bakker en mevrouw De Vin. Mevrouw Henderson en mevrouw Van Leer zijn in november 2009 benoemd als lid. De huidige samenstelling van de Cliëntenraad staat vermeld in de bijlagen van dit Jaardocument.

3.3.2.3 Vertegenwoordiging

De Cliëntenraad is met twee permanente leden vertegenwoordigd in de klachtencommissie van het Albert Schweitzer ziekenhuis. Namens de Cliëntenraad hebben de heer C.H.M. Derks en mevrouw A. Vriens zitting in de Klachtencommissie. De zittingsduur voor deze leden is vier jaar, met een mogelijkheid voor verlenging van vier jaar. Op deze wijze wordt invulling gegeven aan een vertegenwoordiging vanuit het cliëntenperspectief in de klachtencommissie van het ziekenhuis, zoals beschreven in de landelijke CBO-richtlijn Klachtenbehandeling.

In de statuten van de Stichting Albert Schweitzer ziekenhuis is het recht op voordracht van de Cliëntenraad voor een lid van de Raad van Toezicht opgenomen. Op voordracht van de Cliëntenraad heeft H. Kröber zitting in de Raad van Toezicht van het ziekenhuis.

3.3.2.4 Aantal vergaderingen Cliëntenraad 2009

In 2009 kwam de Cliëntenraad twaalf keer samen voor een interne vergadering. Er vonden drie overlegvergaderingen met de Raad van Bestuur plaats. Op 2 november 2009 heeft het jaarlijks overleg tussen de Cliëntenraad en de Raad van Toezicht plaatsgevonden.

3.3.2.5 Uitgebrachte adviezen 2009

Ook in 2009 heeft de Cliëntenraad een aantal adviezen uitgebracht. De uitgebrachte adviezen hadden betrekking op:

1. Begroting 2010;
2. Jaarrekening - jaardocument 2008;
3. Reglement Raad van Toezicht;
4. Reglement Raad van Bestuur;
5. Samenwerkingsconvenant Raad van Bestuur - Dagelijks Bestuur VMS;
6. Profielen Raad van Toezicht en leden;
7. Benoeming kandidaten Raad van Toezicht;
8. Inrichtingsplan afdeling Kwaliteit, Veiligheid en Innovatie;
9. Plan van aanpak Eenhedenstructuur;



10. Inrichtingsplan Hotelservice;
11. Invoeringsplan RVE en personeelsplan;
12. Implementatieplan Assist;
13. Voordracht kandidaat voorzitter Raad van Bestuur;
14. Ziekenhuisbeleidsplan 2010-2013;
15. Informatiebeveiligingsbeleid;
16. Beëindiging kerkdiensten kapel locatie Amstelveen;
17. Benoeming lid Raad van Toezicht;
18. Outsourcing en verzelfstandiging poliklinische fysiotherapie;
19. Poliklinische apotheek;
20. Privacy reglement.

3.3.2.6 Contacten Cliëntenraad in en buiten het ziekenhuis

In het afgelopen jaar heeft de Cliëntenraad zich door verschillende contactpersonen, zowel van binnen als buiten het ziekenhuis, laten informeren.

- Met een vertegenwoordiging van de klachtencommissie is het klachtenbeleid van het ziekenhuis geëvalueerd.
- De apotheker heeft uitleg gegeven over de positie van de poliklinische apotheken.
- Met Zorgbelang is van gedachte gewisseld over de ketenzorg en marktwerking in de regio.
- Het patiëntveiligheidsbeleid is met leden van de patiëntveiligheidscommissie besproken.
- Uitleg is gegeven over de gevolgen van de invoering van het EPD en het Burgerservicenummer voor de patiënten en het ziekenhuis.
- Met het hoofd van de afdeling Geriatrie is gesproken over de effecten van de vergrijzing in de zorg.
- Met het Facitair Bedrijf is gesproken over het project Assist, het project Meals on Wheels en de organisatie van het Facitair Bedrijf.
- Met de projectleider voor de invoering van RVE's is enkele malen gesproken over de voortgang van het project.
- Het beleid op het gebied van Orgaan en Weefseldonatie in het ziekenhuis is besproken en geëvalueerd met de donatiefunctionaris.
- Aan de verpleegafdeling Oncologie is op verzoek een advies over bezoektijdhandhaving uitgebracht.
- De werking en het tot stand komen van het Calamiteitenplan voor het ziekenhuis, zowel bij interne als externe calamiteiten, is besproken.
- In verband met de voorbereidingen voor deelname aan de patiëntenvoorlichtingsdag Oncologie is overlegd met leden van de commissie Oncologie.

3.3.3 Ondernemingsraad

De Ondernemingsraad (OR) stelde voor 2009 een drietal beleidsprioriteiten vast. Hieronder worden ze genoemd, waarna verantwoording volgt voor de gang van zaken rondom deze prioriteiten.

3.3.1 Beleidsprioriteiten 2009

1. HRM

De werkgroep HR van de OR heeft verschillende keren overleg gevoerd met het hoofd P&O. Hierbij kwamen onder andere de volgende onderwerpen aan de orde:

- Sociaal plan: het sociaal plan is in 2009 afgesloten. De OR is blij met de zekerheden die dit plan voor personeel geeft in tijden van verandering.



- Herinrichting P&O: de OR heeft een positief advies uitgebracht over het inrichtingsplan P&O.
- HRM-systeem: de invoering is volgens planning verlopen.
- Functiehuis: op het moment van dit verslag is de OR nog niet op de hoogte gesteld van het nieuwe functiehuis.
- Resultaatgericht werken: de OR is mondeling op de hoogte gesteld van de resultaten van de pilot, deze zijn positief. Er is nog geen aanvraag ingediend voor instemming met dit plan, invoering zal gebeuren na invoering van het Eenhedenmodel.
- De Eenhedenstructuur: de werkgroep is regelmatig op de hoogte gehouden van de voortgang vanuit P&O.
- Beloningen en toeslagen/beoordelingssystematiek: dit onderwerp komt steeds terug op de agenda van de werkgroep.
- Medewerkeronderzoek: in de gehele OR wordt regelmatig verslag gedaan van de voortgang naar aanleiding van het medewerkeronderzoek. De OR heeft ook zelf een oproep aan medewerkers gedaan om bij hun leidinggevendenden te vragen naar de plannen van aanpak die hieruit voortkomen. De OR wordt door P&O eveneens op de hoogte gehouden hierover.

2. Arbo (arbeidsomstandigheden)

In de loop van 2009 is door omstandigheden de samenstelling van de werkgroep Arbo van de OR gewijzigd. Dit heeft enige stagnatie in de werkzaamheden opgeleverd. Van de doelstellingen van 2009 is het volgende behaald:

- a. Gezondheidsbeleid:** in de gesprekken met arbo-coördinator en hoofd P&O komen het ziekteverzuim en de registratie regelmatig aan de orde.
- b. Risico inventarisatie en evaluatie (RIE):** de OR heeft zelf actie ondernomen naar leidinggevendenden om de plannen van aanpak RIE's op te vragen. Hier is tot nu toe zeer mondjesmaat op gereageerd. Dit onderwerp komt terug bij de speerpunten van de OR voor 2010.
- c. Toegangsbeleid:** dit onderwerp is in 2009 aan de orde geweest, maar is tot nu toe zonder resultaat gebleven. Wel is in de laatste maanden van 2009 herhaaldelijk aandacht gevraagd voor veiligheidsplannen en calamiteitenplannen en de onderlinge samenhang.
- d. Preventiemedewerkers:** hoewel niet opgenomen in het jaarplan 2009, heeft de werkgroep Arbo veel aandacht gehad voor de preventiemedewerkers en de voorwaarden en omstandigheden waaronder zij moeten werken.

3. Strategische koers/keuzes van het ASz

De OR bracht in 2009 de volgende advies- en instemmingsaanvragen uit:

Adviesaanvragen:

- Reglement kledingvoorschriften;
- Concentratie lege bedden/sluiting A3;
- Opheffen concernstaf/positionering Stafafdelingen;
- Reglement Raad van Toezicht en Raad van Bestuur;
- Fysiotherapie;
- Korte termijn huisvestingsplannen;
- Profielen leden Raad van Toezicht;
- ICT;
- Inrichtingsplan P&O;



- Patiëntenlogistiek;
- Meals on wheels warm;
- Wijzigingen dermatologie;
- Inrichtingsplan KV&I;
- Uitbesteding repro;
- Inrichtingsplan Hotelservice;
- Assist;
- Nieuwe bestuursvorm/bestuurder;
- Invoering (resultaatverantwoordelijke) Eenheden;
- Draaiboek influenzapandemie;
- Inrichtingsplan AI&C;
- Inrichtingsplan Bureau Financiering;
- Inrichtingsplan Inkoop;
- Ziekenhuisbeleidsplan;
- Kandidaat namens OR in Raad van Toezicht.

Instemmingsaanvragen

- Werktijdenwijzigingen:
 - CSA;
 - Gangomlopen DW;
 - EHH;
 - Transmuraal team.
- Verkoever/anesthesie:
 - Receptie;
 - Dialyse;
 - SEH.
- Privacyreglement;
- Regeling toeslag OK diensten;
- Persoonlijk budget;
- Regeling inschaling BBL en tweede opleiding in de zorg.



4. BELEID, INSPANNINGEN EN PRESTATIES

4.1 Meerjarenbeleid

Het ziekenhuisbeleidsplan 2010-2013 'Bewust Beter' is eind 2009 vastgesteld en moet in samenhang worden gelezen met het medisch beleidsplan 2010-2013 'Formare II', dat door het bestuur van de Vereniging Medische Staf is opgesteld.

De gezondheidszorg is sterk in beweging. De komende jaren zal de zorgvraag veranderen. Het Albert Schweitzer ziekenhuis wil op toekomstige ontwikkelingen anticiperen door een cliëntgericht, innovatief, opleidingsziekenhuis te zijn. In missie, visie en kernwaarden komt tot uitdrukking waar het ziekenhuis voor staat.

4.1.1 Missie & Visie

Het Albert Schweitzer ziekenhuis levert op professionele en maatschappelijk verantwoorde wijze een breed pallet aan klantgerichte, hoogwaardige en doelmatige medisch specialistische zorg. Deze wordt geboden in een omgeving waar het voor medewerkers aantrekkelijk is om te werken binnen een goed opleidings- en onderzoeksklimaat. Het Albert Schweitzer ziekenhuis redeneert en handelt vanuit de wensen en behoeften van de klant. In onze visie staan bij de zorgverlening de cliënt en de zorgverlener centraal, kort samengevat in het motto: 'Zorg met hoofd, hart en ziel'.

Het Albert Schweitzer ziekenhuis biedt een gedifferentieerd aanbod op maat aan van kwalitatief goede medische zorg op elk van haar locaties in de regio. Kwaliteit, toegankelijkheid en continuïteit van zorg wordt geborgd vanuit een solide financiële positie. Samenwerking met andere ziekenhuizen en zorgverleners draagt ertoe bij dat deze zorg optimaal wordt afgestemd op de noden en wensen van de cliënt en zijn/haar familie. Als opleidingsziekenhuis voor medische en niet-medische functies levert het Albert Schweitzer ziekenhuis een bijdrage aan de verspreiding en verbetering van kennis. Wat betreft bedrijfsvoering wordt maatschappelijk ondernemerschap zo dicht mogelijk bij het primaire proces geplaatst in Resultaat Verantwoordelijke Eenheden (RVE's).

4.1.2 Kernwaarden

De kernwaarden van het Albert Schweitzer ziekenhuis zijn:

Klantgericht: denken en handelen vanuit de wensen en behoefte van de klanten.

Samenwerken: op een respectvolle wijze samenwerken binnen de muren van het ziekenhuis en daarbuiten.

Professionaliteit: arts, verpleegkundige en medewerkers hebben een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor een cliënt, ieder vanuit de eigen deskundigheid.

4.1.3 Hoofdthema's en randvoorwaarden

Vanuit haar visie, missie en strategische- en omgevingsanalyse heeft het ziekenhuis voor de komende vier jaar drie hoofdthema's en de benodigde randvoorwaarden benoemd. De thema's zijn: klanten, medewerkers en de maatschappij.

4.1.3.1 Klanten

Het Albert Schweitzer ziekenhuis biedt de komende jaren zorg van goede kwaliteit die veilig, cliëntgericht, doelmatig en effectief is. Het ziekenhuis heeft een gedifferentieerd zorgaanbod waarbij de wensen en noden van cliënten richtinggevend zijn. Het Albert Schweitzer ziekenhuis maakt daarin onderscheid tussen verschillende klanten. Naast de



patiënt/cliënt en zijn familie wordt hieronder ook verstaan de huisarts, de thuiszorg, instellingen voor verpleging en verzorging en zorgverzekeraars.

4.1.3.2 Medewerkers

‘Zorg met hoofd, hart en ziel’. De missie van het Albert Schweitzer ziekenhuis is even veelbelovend als helder. Een ambitieus personeelsbeleid is nodig om die doelstelling vorm en inhoud te geven. De visie achter dit personeelsbeleid is duidelijk: goed opgeleide, betrokken en gezonde medewerkers zorgen - direct of indirect - voor goede patiëntenzorg. Dit alles geldt over de volle breedte. Het begint met afspraken nakomen en prestaties belonen, aandacht voor het individu, ruimte voor eigen initiatief en fouten onder ogen zien en verbeteren.

Het Albert Schweitzer ziekenhuis onderscheidt zich door de patiënt centraal te stellen en daar direct het personeelsbeleid aan te koppelen. Juist in een tijd waarin patiënten in toenemende mate kunnen kiezen voor ziekenhuis of behandelaar is dat van belang. We noemen dat Stimulerend Personeelsbeleid. Stimulerend omdat medewerkers zich voortdurend kunnen ontwikkelen, passend bij talenten, ambities en persoonlijke omstandigheden. Stimulerend omdat het ziekenhuis juist kan reageren op de talrijke uitdagingen van de komende jaren. Snel, flexibel en doelgericht. Stimulerend Personeelsbeleid krijgt, door middel van zes duidelijke keuzes, vorm en inhoud binnen het ziekenhuis.

4.1.3.3 Maatschappij

Het Albert Schweitzer ziekenhuis wil maatschappelijk verantwoord ondernemen. Een ziekenhuis kan alleen als een (maatschappelijke) onderneming functioneren als het bereid is zich controleerbaar op te stellen én door verantwoording af te leggen over zijn doen en laten: intern via de Raad van Toezicht, extern in de relaties met patiënten, instellingen, beroepsbeoefenaren, verzekeraars en de overheid. De maatschappij heeft er recht op om te weten dat het ziekenhuis op verantwoorde wijze omgaat met publieke middelen. Daarnaast toont het ziekenhuis zijn maatschappelijke verantwoordelijkheid door het al vele jaren ondersteunen van zorgprojecten in ontwikkelingslanden en het jaarlijks voor eigen rekening opleiden van twee tropenartsen.

Door de inzet van ongeveer 900 maatschappelijk betrokken vrijwilligers kan het ziekenhuis ook in de komende jaren extra service en diensten aan de patiënt verlenen.

4.1.3.4 Randvoorwaarden

Om de doelstellingen te kunnen realiseren, onderscheidt het ziekenhuis vijf randvoorwaarden:

1. een goede besturing en samenhang in de organisatie;
2. een ICT-afdeling die functioneel veel mogelijkheden biedt, een stabiel platform heeft en een professionele ICT-functie met en voldoende ruimte voor innovatie;
3. een vastgoedstrategie die gericht is op flexibiliteit en marktconformiteit;
4. binnen de financiële kaders worden de doelstellingen gerealiseerd;
5. een passend communicatiebeleid dat in beweging is en goed inspeelt op veranderende behoeften en mogelijkheden.

In het ziekenhuisbeleidsplan zijn de hoofdthema's en randvoorwaarden verder uitgewerkt. In deze uitwerking zijn concrete doelen opgenomen. De komende vier jaar zal in de Jaardocumenten worden teruggekeken in hoeverre de benoemde doelen bereikt zijn. Met behulp van de Planning en Control-cyclus zal hier in de organisatie op gestuurd worden.



4.2 Algemeen beleid

In de beleidscyclus 2009 was het thema: 'Bouwen aan een duurzame toekomst', waarbij de focus lag op de strategische doorontwikkeling. Vanuit de vier centrale thema's uit het meerjarenbeleidsplan zijn verschillende beleidsinitiatieven uitgewerkt.

4.2.1 Hoogwaardige patiëntenzorg

In 2009 zijn op het gebied van patiëntenzorg en zorginnovatie de verschillende thema's opgepakt.

4.2.1.1 Patiëntveiligheid

In 2009 is, op basis van het veiligheidsprogramma, veel aandacht besteed aan de invoering van een veiligheidsmanagementsysteem en de gefaseerde uitvoering van 10 landelijke thema's. In de viermaands gesprekken van de Raad van Bestuur en het Stafbestuur met vakgroepen en managers is aandacht besteed aan de borging van veilig melden en verbeteracties die daaruit voortkomen. Om het veiligheidsmanagementsysteem te optimaliseren en aan te laten sluiten op de veranderende organisatie heeft de commissie Patiëntveiligheid, naast het bespreken en verwerken van de meldingen, veel aandacht besteed aan het omvormen van de commissie Patiëntveiligheid naar Commissie Meldingen Patiëntveiligheid. Meer informatie over patiëntveiligheid wordt gegeven in hoofdstuk 4.4.4.

4.2.1.2 Inspectie

Zoals in voorgaande jaren is in 2009 uitvoering gegeven aan veel verbeteracties die voortkomen uit de eisen die de Inspectie voor de Gezondheidszorg in toenemende mate aan de ziekenhuizen stelt. Zie hoofdstuk 4.3 voor een overzicht van inspectieonderwerpen.

4.2.1.3 Klantgerichtheid

Het is voor het ziekenhuis erg belangrijk om te weten hoe onze klanten onze zorg ervaren en waar verbetering mogelijk is. In 2009 is om die reden begonnen met een structurele meting van de patiënttevredenheid. Zie hoofdstuk 4.4.1 voor de resultaten.

Reductie van toegangstijden en doorlooptijden en vermindering van de herhaalfactor draagt bij tot de cliënttevredenheid. In 2009 is hier aandacht voor geweest, maar dit kan nog sterk verbeteren. De toegangstijden zijn ongeveer hetzelfde gebleven, echter twee vakgroepen overschrijden de treeknorm in ruime mate. Deze vakgroepen hebben in 2009 extra specialisten aangetrokken en de verwachting is dat zij in 2010 wel de treeknorm behalen. De herhaalfactor is in 2009 iets opgelopen.

4.2.1.4 Ontwikkeling medisch beleid & innovatie

Het jaar 2009 kenmerkt zich opnieuw door innovatie en ontwikkeling op het medisch inhoudelijk gebied. De vakgroepen hebben in 2009 verschillende initiatieven uitgewerkt. Enkele voorbeelden hiervan zijn:

- Na een lang traject is toestemming verkregen van het ministerie van VWS om in samenwerking met het Erasmus MC dotterbehandelingen (PCI's) uit te laten voeren door de vakgroep Cardiologie op de locatie Dordwijk;
- De MDL-artsen zijn gestart met endoscopisch onderzoek van de dunne darm door middel van videocapsules;
- De bouw van de (endoscopische) operatiekamers is in voorbereiding;
- Het Pijnbehandelcentrum wordt door de vakgroep Anesthesiologie doorontwikkeld;



- Op de locaties Dordwijk en Zwijndrecht is een poliklinische apotheek gestart;
- De afdelingen Nucleaire Geneeskunde (Amstelveen/Dordwijk) worden samengevoegd en de aanschaf van een PET-CT is voor 2011 gepland;
- De doelstellingen in het beleidsplan Oncologische Zorg worden uitgewerkt;
- Een mobiele radiologie-unit is aangeschaft en operationeel;
- In 2009 is gestart met het opleiden van Physician Assistants;
- De afdeling Neurologie is in gesprek met een verpleeghuis om CVA-patiënten binnen een week door te plaatsen voor verdere revalidatie;
- De vakgroepen Dermatologie en Chirurgie hebben een start gemaakt met het uitwerken van de opzet van een regionaal Flebologiecentrum;
- Het opstarten van een multidisciplinaire Obesitas polikliniek Endocrinologie en Chirurgie wordt uitgewerkt;
- Het eind 2008 gestarte Slaapwaakcentrum is uitgebreid;
- Op locatie Zwijndrecht werd een MRI-scanner geplaatst.

4.2.1.5 Patiëntencommunicatie

Op professionele wijze is ook in 2009 vorm gegeven aan het structureel inbedden en waarborgen van adequate patiëntenvoorlichting in het primaire zorgproces en het ondersteunen van hulpverleners bij de uitvoering van hun wettelijke informatieplicht. Op de verpleegafdelingen is een copanetwerk actief. Dit zijn verpleegkundigen die patiëntenvoorlichting als extra aandachtsgebied hebben. Daarnaast worden professionals op verzoek geadviseerd bij het invullen van hun verantwoordelijkheid op dit gebied.

Er zijn verschillende middelen ontwikkeld en ingezet om patiënten zodanig te informeren over ziektebeelden en/of behandelingen dat zij een weloverwogen beslissing kunnen nemen om een behandelovereenkomst aan te gaan met de behandelend arts. Verschillende middelen zijn ingezet in 2009 om deze doelstellingen te behalen:

- Patiëntenfolders (209 herzien, 123 nieuw);
- Patiënten informatiedossiers (PID's) (7 nieuw, 3 in ontwikkeling);
- Voorlichtings-dvd (1 gerealiseerd);
- Daarnaast is continu gewerkt aan actuele en toegankelijke patiënteninformatie op de website www.asz.nl;
- Samenwerking met patiëntenverenigingen en de organisatie van voorlichtingsbijeenkomsten.

4.2.2 Professionele dienstverlener

Het ziekenhuis beschikt over een kwaliteitssysteem dat voldoet aan de voorwaarden die gesteld zijn door het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ). In 2007 heeft het ASz het eerste accreditatiebewijs ontvangen. Zowel op instelling- als afdelingsniveau is in 2009 gewerkt aan de verbetering hiervan. Verderop in hoofdstuk 4 wordt meer informatie hierover gegeven.

4.2.2.1 Ondernemerschap

Om zich te kunnen onderscheiden in de dynamische markt waarin het zich bevindt, heeft het Albert Schweitzer ziekenhuis in 2009 een start gemaakt met het opzetten van een Eenhedenstructuur. Hiermee wil het ziekenhuis onder andere bereiken dat flexibel op de markt ingespeeld wordt. Het ziekenhuis heeft daarnaast verschillende acties uitgezet om inzicht te krijgen in 'wat doen we zelf', 'wat wil onze markt' en 'wat gebeurt er in onze markt'. Er is een benchmark-programma aangeschaft dat inzicht geeft in onze zorgprofielen, kostprijzen en marktprijzen ten opzichte van landelijke en regionale



zorgprofielen, kostprijzen en verkoopprijzen. Tevens participeert het ziekenhuis in verschillende netwerken en is een regionale samenwerking aangegaan met andere zorgaanbieders (zie ook hoofdstk 4.2.5).

4.2.3 Teaching Hospital en lerende organisatie

Alle opleidings-, onderwijs- en wetenschappelijk onderzoeksgelateerde activiteiten binnen het Albert Schweitzer ziekenhuis worden gecoördineerd en georganiseerd vanuit het Leerhuis. Het ziekenhuis neemt deel aan opleidingen tot medisch specialist, medische vervolgopleidingen, co-assistentenopleiding, (medisch) ondersteunende functies en opleidingen op paramedisch- en verpleegkundig gebied. Het verdere aanbod vanuit het Leerhuis betreft bij- en nascholingen vakinhoudelijk, didactisch en het vaardigheidsonderwijs. Het Leerhuis rapporteert rechtstreeks aan de Raad van Bestuur. Zie voor meer informatie hoofdstuk 4.5.

Januari 2009 heeft een beperkte hervisitatie plaats gevonden voor STZ- lidmaatschap op de onderdelen Leerhuis, topklinische zorg en Intensive Care. Dit gebeurde omdat bij de eerste visitatie terugrapportage op deze punten was afgesproken. Het Leerhuis voldoet aan de door STZ gestelde criteria. Verlenging van geassocieerd STZ-lidmaatschap wordt verleend tot uiterlijk december 2011. Binnen deze termijn dient het ASz het volledige lidmaatschap te verwerven.

4.2.4 Gezonde bedrijfsvoering

De veranderingen in de externe omgeving maken een flexibele en accurate bedrijfsvoering noodzakelijk. Voor het ASz vraagt dit om een aantal veranderingen in de bestaande bedrijfsvoering en de bestaande structuur.

Zorgverzekeraars en andere externe partijen (bijvoorbeeld Inspectie, patiëntenbelangenverenigingen) willen dat het ASz veilige zorg biedt van goede kwaliteit tegen aanvaardbare kosten op een efficiënte en patiëntvriendelijke wijze.

Voor de interne bedrijfsvoering en externe verantwoording is het van belang dat het ASz transparant is. Daartoe moeten de gepresenteerde resultaten betrouwbaar zijn. Dit kan alleen als de (DBC-) registratie goed is. Op basis van deze informatie worden zorgprofielen gemaakt en informatie voor de prestatie-indicatoren gepresenteerd. Daarnaast benoemt de Inspectie thema's waar, verspreid over het jaar, over gerapporteerd wordt. Per vakgroep wordt hiermee inzichtelijk wat er gedaan wordt, welke middelen daarvoor ingezet worden en hoe de kwaliteit van zorg is op basis van zorginhoudelijke prestatie-indicatoren. In 2009 zijn deze punten met behulp van de P&C cyclus gemonitord.

4.2.4.1 Ligduurverkorting

De ingezette verschuiving van het aanbieden van zorg in een poliklinische setting of dagbehandeling heeft zich in 2009 doorontwikkeld. Het ziekenhuis heeft in 2009 gezocht naar een werkwijze om de doorlooptijd op klinische afdelingen te verbeteren. Na een uitgebreid verkennend onderzoek is het ziekenhuis in samenwerking met Innoqare in november 2009 opbouwend gestart met het implementeren van TOC (Theory of Constraints) op 8 afdelingen van 4 verschillende specialismen. De doelstelling van TOC is om de ligduur met 20% te verlagen door de vertragende factoren aan te pakken. De implementatie is door het grote commitment in de organisatie vanuit medewerkers en de medische staf voorspoedig verlopen en de eerste resultaten zijn positief. De ligduur gaat omlaag en de teams overleggen goed met elkaar over het verloop van de opname. Alle



lagen van de organisatie zijn betrokken en op de drie belangrijkste constraints worden acties uitgezet. In februari 2010 zijn de resultaten van de eerste 100 dagen gepresenteerd.

4.2.4.2 Structuur

Mede vanuit de noodzaak om de financiële positie te verbeteren, is de huidige divisiestructuur omgevormd tot een logische organisatieopbouw met (resultaat verantwoordelijke) Eenheden. De ambitie van het Albert Schweitzer ziekenhuis zal daarbij vertaald worden naar de ambities van de Eenheden, waarbij de marktontwikkelingen en onze positie in markt centraal staan.

In een Eenheid is het duale management van medisch manager en bedrijfsleider verantwoordelijk voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg, de organisatie van de processen, de omzet en de daarvoor benodigde kosten en initiatieven om te komen tot een uitbouw van de marktpositie. Het aanbod van zorg zal zich meer gaan profileren door de vorming van zorgcentra. In een zorgcentrum werken meerdere Eenheden met elkaar samen. In zorgketens vindt er ook samenwerking plaats met partijen buiten het ziekenhuis. Met Eenheden als basis zal steeds meer zorg vanuit zorgcentra en zorgketens geleverd worden, gericht op de behoefte van verwijzers, patiënten en zorgverzekeraars. Van groot belang is de onderlinge samenhang en afstemming tussen de Eenheden over de gezamenlijke doelen. Het uiteindelijke resultaat zal een sterker Albert Schweitzer ziekenhuis zijn, dat zijn marktpositie uitbouwt en gewaardeerd wordt voor zijn zorgverlening.

Vorbereidingen voor deze transformatie hebben plaatsgevonden in 2009. De invoering van organisatiestructuur van de Eenheden in het ziekenhuis vindt gefaseerd plaats. Per 2010 vindt de herschikking naar Eenheden plaats en wordt het divisiemodel verlaten. Na evaluatie in 2011 zal naar verwachting worden gestart met een nieuw niveau van resultaatverantwoordelijkheid per eenheid.

4.2.4.3 Huisvesting

In 2009 is er door de Albert Schweitzer Vastgoed B.V. hard doorgebouwd aan de uitbreiding van 40.000m² op de locatie Dordwijk. Belangrijke hoogtepunten waren het storten van beton voor 4 bestralingsbunkers - met wanden die op sommige plekken meer dan 3 meter dik zijn-, de rondleiding voor de inwoners van Dordrecht op de bouwplaats in juni en het bereiken van het hoogste punt in oktober van het jaar. Dit werd samen gevierd met de partners uit het Gezondheidspark en de bouwvakkers. In december 2009 is het eerste gebouw opgeleverd voor de GGD ZHZ.

Tevens is gestart met de renovatie van technische installaties in de bestaande bouw en is een poliklinische apotheek gerealiseerd.

Op de locatie Zwijndrecht is halverwege 2009 de centrale hal opgeleverd waarin een nieuw restaurant en ook een poliklinische apotheek gehuisvest zijn. Tevens zijn de laatste aanpassingen gedaan aan het ruim 20 jaar oude gebouw, waardoor er een gebruiksvergunning kon worden afgegeven.

4.2.4.4 Corporate communicatie

Om de bewoners van de regio, patiënten en potentiële patiënten te informeren over het zorgaanbod van en de ontwikkelingen in het ziekenhuis, zijn in 2009 diverse communicatiemiddelen ingezet.

Voorbeelden hiervan zijn: de Patiëntenkrant (4 maal verschenen voor alle klinische patienten), een Special Jubileum Magazine (huis aan huis verspreid in het gehele adherentiegebied), de Gezondheidspagina's (maandelijks in de huis-aan-huis kranten in



gehele adherentiegebied) en talloze perscontacten met de lokale, regionale en landelijke media. De aandacht in de pers is in 2009 positief en explosief gestegen door professionalisering van dit aandachtsgebied.

4.2.4.5 ICT

Qua projecten lag de focus bij ICT in 2009 volledig op de invoering van het EPD in het Albert Schweitzer ziekenhuis. In 2008 is veel tijd geïnvesteerd, door zowel medisch specialisten alsook ICT-medewerkers, om een goed en (met SAP/ISHMED) realiseerbaar EPD-ontwerp te maken (inclusief elektronisch orderen). In 2009 is dit ontwerp vertaald in een werkend EPD waarmee het volledige patiëntdossier (inclusief medische multimedia) gedigitaliseerd kan worden. Na een intensieve periode van testen en opleiden hebben de vakgroepen KNO en MDL het nieuwe EPD op 14 december 2009 in gebruik genomen. De totale uitrol over alle andere vakgroepen zal vervolgens nog 1 a 1,5 jaar in beslag nemen.

Een ander belangrijk aandachtspunt is de invoering en borging van de NEN7510 norm voor Informatiebeveiliging. In 2009 is voor de tweede maal de risicoanalyse uitgevoerd en zijn op de belangrijkste risico's aanvullende maatregelen gedefinieerd. Informatiebeveiliging is in 2009 beëindigd als project en geborgd binnen de staande organisatie van het ASz.

ICT neemt een steeds belangrijkere rol in bij de uitvoering van alle zorg- en zorgondersteunende processen binnen het Albert Schweitzer ziekenhuis. Om vraag en aanbod van ICT goed op elkaar af te stemmen, heeft het Albert Schweitzer ziekenhuis begin 2009 besloten de ICT-organisatie te reorganiseren. Kern van deze reorganisatie is de kanteling van een functioneel georganiseerde naar een klantgerichte ICT-organisatie. De nieuwe structuur is per 1 september 2009 ingevoerd.

4.2.5 Samenwerken

Het ziekenhuis participeert in verschillende netwerken op regionaal-(bijvoorbeeld Drechtzorg) en landelijk niveau (bijvoorbeeld de STZ en NVZ). Met verschillende zorginstellingen in de regio zijn concrete afspraken gemaakt om de kwaliteit van zorg te borgen en de toestroom en doorstroom van patiënten te optimaliseren. Om de samenwerking met de huisartsen, thuiszorg en verpleeg- en verzorgingshuizen te verdiepen, is voor deze samenwerkingspartners in 2009 een Relatiemanager aangesteld.

In de relaties tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders wordt steeds meer toegewerkt naar strategische partnerships voor lange termijn. Zorgverzekeraars kopen gericht zorg in bij preferred providers voor bepaalde behandelingen/DBC's. Het ASz verkoopt het grootste gedeelte van de zorg aan drie grote inkoopcombinaties van zorgverzekeraars. De huidige relatie met zorgverzekeraars is te typeren als een typische klant/leverancier-relatie, waarbij jaarlijks standaard afspraken gemaakt worden. De relatie is te typeren als operationeel en de kwaliteit van de gecontracteerde zorg voldoet aan de standaardnormen. De prijs is zeer redelijk en een fractie lager dan die van de ons omringende ziekenhuizen.

4.3 Algemeen kwaliteitsbeleid

Veiligheid, klantgerichtheid, logistiek en transparantie & verantwoording zijn belangrijke pijlers in het kwaliteitsbeleid van het Albert Schweitzer ziekenhuis. Verschillende projecten zijn in 2009 gestart ter verbetering en vernieuwing van de (zorg)processen. Met de verdere uitbreiding van de prestatie-indicatoren, de externe beoordelingen door de



Rijksinspecties, het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ), schadeverzekeraar Medirisk en zorgverzekeraars is de kwaliteit van zorg beter en meer zichtbaar geworden. Deze resultaten worden intern gebruikt voor verdere sturing en verbetering van de (zorg)processen. De stakeholders van het ziekenhuis kunnen via dit Jaardocument en verschillende landelijke vergelijkingssites gemakkelijker inzicht krijgen in de kwaliteit van de organisatie. Het vaststellen van een meerjaren kwaliteitsbeleid als onderdeel van het ziekenhuisbeleid en medisch beleid is in 2009 gerealiseerd. In dit hoofdstuk wordt verslag gedaan van uitgevoerde projecten, verbeteracties en resultaten. In hoofdstuk 4.4 wordt specifiek ingegaan op het kwaliteitsbeleid ten aanzien van patiënten/cliënten en ten aanzien van patiëntveiligheid.

4.3.1 Kwaliteitsmanagementsysteem ziekenhuis

Het Albert Schweitzer ziekenhuis heeft in 2007 van het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ) de instellingsbrede accreditatie ontvangen. Het NIAZ is een instituut voor en door de zorg: opgericht door de brancheorganisaties van ziekenhuizen en de Orde van Medisch Specialisten. (meer informatie op www.niaz.nl). Het ziekenhuis is in 2009 gestart met de voorbereiding voor de aanvraag van een instellingsbrede vervolgaccreditering op basis van de vernieuwde NIAZ-norm 2.1.

Het veiligheidsmanagementsysteem van het ASz is een integraal onderdeel van de vervolgaccreditering NIAZ. De eisen voor dit systeem uit de NTA-norm (NTA 8009:2007) zijn onderdeel van deze vernieuwde NIAZ-norm. Beoordeling hiervan wordt uitgevoerd door NIAZ.

4.3.2 Decentrale kwaliteitssystemen/normen

Naast het instellingsbrede kwaliteitssysteem zijn op eenheid-/afdelingsniveau de volgende kwaliteitssystemen ingericht of in ontwikkeling:

Soort kwaliteitssysteem / referentiekader	Ziekenhuisbreed of afdeling	Datum
NIAZ-kwaliteitsnorm Zorginstelling	Instellingsbreed	15 juni 2007 - 15 juni 2011
CCKL-normering	Geïntegreerd Klinisch Chemisch Laboratorium	2e verlenging 23-05-2007
HKZ	Dialyse	2e verlenging 1-11-2007 t/m 31-10-2010
GMP-z	Apotheek	September 2006
CCKL-normering	Apotheek, laboratorium	In ontwikkeling
NEN 7510	Norm voor informatiebeveiliging	In ontwikkeling
Vaatkeurmerk van Vereniging van Vaatpatiënten		2-10-2007. Opnieuw verkregen in 2009
Smiley (Kind en Ziekenhuis)	Kindergeneeskunde	2008



Vaatkeurmerk

Het Albert Schweitzer ziekenhuis heeft het Vaatkeurmerk ontvangen. Dit keurmerk wordt jaarlijks uitgereikt door De Hart & Vaatgroep, de Nederlandse belangenorganisatie voor alle mensen met een hart- of vaatziekte. Het kwaliteitskeurmerk geeft aan dat ons ziekenhuis voldoet aan de kwaliteitscriteria betreffende de vaatbehandelingen, zoals vastgesteld door De Hart & Vaatgroep. Op de website van de Vereniging van Vaatpatiënten, www.vaatpatient.nl, is informatie te vinden over welke ziekenhuizen welke vaatbehandelingen doen en hoe vaak zij deze uitvoeren. Ook kunnen ze zien of een ziekenhuis het 'vaatkeurmerk' van de patiëntenvereniging heeft gekregen.

Smiley voor afdeling Kindergeneeskunde

De Vereniging Kind en Ziekenhuis heeft een Smiley toegekend aan de Kinderafdeling van het Albert Schweitzer ziekenhuis. Dit is een keurmerk voor kwaliteit, dat deze Vereniging uitreikt als een kinderafdeling zich bij de zorg voor kinderen (en hun ouders) positief onderscheidt en kindvriendelijk werkt. De Smiley wordt vermeld op de vergelijkingssite van de vereniging Kind en Ziekenhuis (www.kindenziekenhuis.nl). Daar is te zien waarom er een Smiley is uitgereikt aan het Albert Schweitzer ziekenhuis. Zo kunnen ouders de hele dag op bezoek komen en kunnen ze bij het kind overnachten. Als een kind onder narcose gaat (of weer ontwaakt), kunnen de ouders erbij blijven.

4.3.3 Intern auditsysteem

In 2009 zijn, afgeleid van het interne auditprogramma ASz, verschillende interne audits uitgevoerd. Deze audits waren gericht op de beoordeling van (deel)kwaliteitssystemen op afdelingsniveau. Ook hebben de hygiënisten op verschillende afdeling audits uitgevoerd die specifiek gericht waren op hygiëne en infectiepreventie.

4.3.4 Visitaties in 2009

In 2009 zijn de volgende visitaties bij verschillende specialismen uitgevoerd.

Vakgroep	Type visitatie	Datum
Medische Psychologie	Kwaliteitsvisitatie	06-02-2009
Apotheek	Opleidingsvisitatie	15-09-2009
KNO	Kwaliteitsvisitatie	06-11-2009
Oncologische zorg	IKR-visitatie	06-11-2009
Geriatric	Kwaliteitsvisitatie	10-12-2009

Opleidingsvisitatie Apotheek (december 2009)

De Apotheek heeft in december 2009 opnieuw de opleidingsbevoegdheid tot ziekenhuisapotheker verkregen. Deze bevoegdheid geldt voor een periode van vijf jaar. De ziekenhuisapothek verzorgt de volledige opleiding van 4 jaar.

4.3.5 Verbeterprojecten

In 2009 zijn projecten uitgevoerd, gericht op de verbetering van de klantgerichtheid, veiligheid, logistiek, doelmatigheid en effectiviteit van de dienstverlening. Onderstaande tabel geeft een gelimiteerd overzicht van een aantal verbeterprojecten op ziekenhuis of divisieniveau. Een aantal projecten wordt nader toegelicht in hoofdstuk 4.4.2.4.



Verbeterproject / zorginnovatie	Niveau	Doel/thema
Invoering en gebruik beeldmanagementsysteem Clinical Assistent als onderdeel van het project Medische Multimedia	Specialismen	Innovatie
Vaardigheidsonderwijs binnen het ASz	ASz	Verbetering
Trainingen omgaan met agressie	ASz	Verbetering
Veiligheidsprogramma ASZ (10 thema's vms-zorg)	ASZ	Verbetering/ borging
Veiligheid infuustechnologie	ASz	Borging
Verbeterproject / zorginnovatie	Niveau	Doel/thema
Aanschaf Crash-Covers	FB / divisie B	Innovatie
Vernieuwing pijnbehandelcentrum Sliedrecht	ASz	Verbetering
Uitbreiding SlaapWaakcentrum	Specialismen	Verbetering
Mobiele radiologie-unit in de regio	Radiologie	Innovatie
Training 'Veilig communiceren'	Kindergeneeskunde	Verbetering
Time-out procedure OK's	Operatieafdelingen	Verbetering/ borging
Project Ligduurverkortung	ASz	Verbetering

4.3.5.1 Toelichting op enkele (ziekenhuisbrede) projecten:

Gebruik van het programma Clinical Assistent

Het programma Clinical Assistent is november 2008 aangeschaft als onderdeel van het project Medische Multi Media (MMM). Met dit project worden onderzoeksverslagen en onderzoeksbeelden digitaal beschikbaar gesteld voor het nieuwe Elektronisch Patiënten Dossier (EPD). De vakgroep Gynaecologie is als eerste gaan werken met Clinical Assistent. Zij kunnen beelden, die met de colposcoop gemaakt worden, bekijken in het beeldmanagementsysteem. Het gebruik van het beeldmanagementsysteem door vakgroepen is gekoppeld aan de implementatie van het EPD.

Pijnbehandelcentrum locatie Sliedrecht vernieuwd

In 2009 is het Pijnbehandelcentrum op locatie Sliedrecht vernieuwd en heeft het, naast een operatiekamer, een eigen behandelunit. Alle patiënten met chronische pijnen kunnen hier behandeld worden. Ook is er elke dag een spoedspreekuur voor patiënten met pijn bij kanker, acute herniaklachten of gordelroos. Het Pijnbehandelteam bestaat uit anesthesiologen, een chronisch pijnconsulent en een nurse practitioner. Het team werkt nauw samen met andere specialisten van het ziekenhuis (psycholoog, psychiater, neurochirurg, neuroloog en orthopaed). Patiënten zien zo op één locatie in één dag of dagdeel alle behandelaars, waarna het behandelplan wordt opgesteld.

SlaapWaakcentrum breidt uit

Het SlaapWaakcentrum is vanaf augustus uitgebreid vanwege een toenemend aantal patiënten met slaapklachten. In het centrum kunnen per week 35 nieuwe patiënten gediagnosticeerd worden, waarbij korte wachttijd, multidisciplinaire aanpak en een zo spoedig mogelijke diagnose belangrijke speerpunten zijn. Deelnemende vakgroepen zijn:



Longziekten, Neurologie, KNO en Medische psychologie. Naast klachten van het Obstructieve Slaap Apnoe Syndroom (OSAS) en snurken worden ook neurologische en psychologische klachten gediagnosticeerd en behandeld. In 2008 is het ASz door de Apneu Vereniging uitgeroepen tot tweede landelijke kliniek met de meeste ervaring op het gebied van slaapproblemen.

Mobiele radiologie-unit in de regio

Onder het motto 'Goede zorg dichtbij' is het ASz in september 2009 gestart met radiologisch onderzoek vanuit een mobiele unit. Het mobiele onderzoekscentrum staat afwisselend enkele dagdelen per week bij de buitenpoliklinieken van het ziekenhuis in Ridderkerk en Strijen. Een radioloog en een laborant voeren de onderzoeken ter plaatse uit. De mobiele unit is een initiatief van de radiologen van het ASz en Philips. Het grote voordeel van de mobiele radiologie-unit is dat patiënten direct en dicht bij huis terecht kunnen. Met of zonder afspraak. Met de komst van een mobiele unit bij de huisartsenpraktijk is onderlinge afstemming tussen zorgverleners eenvoudiger en patiënten kunnen zonodig nog sneller worden verwezen naar andere specialisten binnen het ziekenhuis. Op www.radiologie.asz.nl wordt meer informatie gegeven over de mobiele unit op de locaties Ridderkerk en Strijen.

Ontruimingsoefening

Vele organisaties in heel het land hebben in oktober in het kader van de 'Ontruim nu en win'-actie (zie www.ontruimenmoetjeoefenen.nl) een ontruimingsoefening gehouden. Er is door de deelnemende organisaties veel geleerd van deze oefening, hetgeen de brandveiligheid ten goede komt. De locatie Sliedrecht van het ASz is als winnaar uit de bus gekomen.

ICT-projecten

In onderstaande tabel zijn de ICT-projecten opgenomen waaraan in 2009 is gewerkt.

Projectnaam	Doelstelling project (kort)
Implementatie Elektronisch Patiënten Dossier (EPD)	Uitrol van het EPD, medisch dossier
Implementatie Enterprise Content Management systeem	Uitrol ECM volgens ECM/EPD-strategie
Spraakherkenning G2speech	Installatie van Spraakherkenning op de OK
Implementatie van Anesthesiologie Registratie en Informatie Systeem (ARIS)	Ondersteuning van het anesthesieproces.
BSN / BSN patch	Invoering van het Burger Service Nummer in de zorg.
Vervanging HR-systeem	Huidige personeelsmanagement wordt na 2009 niet meer ondersteund door leverancier.
PCI digitalisering	Systeem ondersteuning bij het uitvoeren van de PCI's
Cardiologie: Evcos	Evocs: raadplegen CAG beelden met andere ziekenhuizen via extern systeem



Projectnaam	Doelstelling project (kort)
Portal SWC (SlaapWaakcentrum)	Webportaal waar SWC-patiënten een digitale intake kunnen doen en kunnen communiceren met de OSAS-verpleegkundige.
Digitalisering Transmuraal team	Optimaliseren proces Transmuraal team + ondersteunen met ICT-oplossingen
Radiotherapie	Uitwisseling van beelden en verslagen tussen EMC en ASZ i.k.v. de dependance Radiotherapie.
EVS : Politheek	Politheek + noodzakelijke activiteiten EMD
DOT	DBC's op weg naar transparantie (landelijke eisen nieuwe DBC-registratie)
Professioneel roosteren	Implementatie van een nieuw roosterprogramma

4.3.5.2 Verantwoorden/Transparantie

In de bijlage 'Prestatie-indicatoren' wordt inzicht gegeven in de behaalde resultaten op de IGZ/NVZ-indicatoren. De resultaten worden gepubliceerd op de website: www.ziekenhuizentransparant.nl. Ook op de websites www.kiesbeter.nl, www.independer.nl en www.zorgkiezer.nl zijn actuele gegevens van het ziekenhuis in vergelijking met andere ziekenhuizen te vinden. Het jaardocument wordt, behalve op de eigen ASZ-website (www.jaarverslag.asz.nl) gepubliceerd op de website: www.jaarverslagenzorg.nl. Hier kan men ook de jaarrekening van het ASZ raadplegen. Het ziekenhuis krijgt en geeft ook meer inzicht over het eigen functioneren via de periodieke externe beoordelingen. Al deze bronnen worden gebruikt voor zelfevaluatie en verbetering. Het Albert Schweitzer ziekenhuis heeft de gegevens van de set prestatie-indicatoren van de IGZ over 2009 volledig en op tijd kunnen aanleveren aan de inspectie.

Zichtbare zorg

De vraag om informatie over de kwaliteit van de geleverde zorg door verschillende stakeholders neemt sterk toe. Om deze vraag naar informatie goed te kunnen stroomlijnen, is landelijk het project 'Zichtbare Zorg' gestart. Hiermee moet de kwaliteit van zorg van ongeveer 80% van de planbare zorg inzichtelijk gemaakt worden. Een goede sturing op de geboden kwaliteit van zorg is voor het ziekenhuis belangrijk. Om inzichtelijk te maken hoe het ziekenhuis (ten aanzien van de kwaliteitsindicatoren) presteert ten opzichte van de norm en andere ziekenhuizen, is het benchmark-programma 'BOOR' aangeschaft. Met behulp van deze informatie kunnen de externe prestatie indicatoren gebruikt worden om intern de kwaliteit van zorg te optimaliseren. Met de aangeschafte Real-Time Monitor (RTM) van bureau Praktijindex is een vergelijking met andere ziekenhuizen mogelijk op een viertal ziekenhuisbrede indicatoren (zie ook hoofdstuk 4.4.4 Patiëntveiligheid/HSMR).

Bijna 100 procent transparant

In een door MediQuest gepubliceerde Top 10 van ziekenhuizen die de meeste openheid betrachten in het verslagjaar 2008, staat het Albert Schweitzer ziekenhuis op de tweede plaats met een 'transparantiepercentage' van 99,73%. Alleen het VU Medisch Centrum scoort hoger met 99,92 procent. "Ieder jaar investeren ziekenhuizen veel tijd in het verzamelen van de gevraagde gegevens op verschillende kwaliteitsindicatoren (vanuit de



registratiesystemen)", zo licht MediQuest op haar site het onderzoek toe. Zestien ziekenhuizen scoren boven de 95% en veertien ziekenhuizen hebben een transparantiepercentage onder de 50%. De Top 10 drukt uit welke ziekenhuizen in het voorbije verslagjaar de meeste indicatorengegevens hebben aangeleverd. Gekeken is naar verschillende openbare bronnen van kwaliteitsindicatoren: de basisset prestatie-indicatoren van de Inspectie voor de Gezondheidszorg; de indicatorensets van Zichtbare Zorg Ziekenhuizen; de website van Stichting Kind en Ziekenhuis en het vaatkeurmerk van De Hart en Vaatgroep. De ziekenhuizen in de bovenste regionen hebben voor alle vier de bronnen praktisch alle gevraagde informatie verzameld.

4.3.5.3 Overzicht Inspectiebezoeken

In de eisen die Inspectie voor de Volksgezondheid stelt, is een toename te zien. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen algemeen-, gefaseerd- en thematisch toezicht. Onder gefaseerd toezicht vallen de prestatie-indicatoren inspectie, kwaliteitsborging medisch apparatuur, indicatoren medicatieveiligheid. Thematisch onderzocht zijn in 2009: voortgang Toezicht Operatief Proces 1 en 2, voortgang kindermishandeling in ziekenhuizen, beleid verantwoord gebruik van beademingsapparatuur in thuissituatie, voortgang patiëntveiligheid, voortgang implementatie vms, risicofactoren voor patiëntveiligheid in de keten verloskundige zorg, onderzoek oncologie/radiotherapie, organisatie Acute Zorg, actieplan inkoop en infuustechnologie, beleid en actieplan Minimaal Invasieve Chirurgie én onderzoek IC niveau 2 en 3.

In bijgaand overzicht zijn de onderwerpen weergegeven waaraan het Albert Schweitzer ziekenhuis in 2009 extra aandacht heeft gegeven, naar aanleiding van een inspectierapport en/of een inspectiebezoek. In 2009 heeft geen jaargesprek plaatsgevonden met de regionaal Inspecteur voor de Gezondheidszorg, dit zal plaatsvinden in februari 2010.

Onderwerp / thema	
Toezicht Operatief Proces 1, 2: In februari 2009 heeft de regionaal inspecteur onverwacht een controlebezoek bij de operatieafdelingen op de locaties Dordwijk en Amstelveen uitgevoerd.	Februari 2009
In mei 2009 is een afrondend gesprek gevoerd met de regionaal inspecteur over de afronding van het intensief toezicht op de OK's. Door de uitgevoerde verbeteracties op de OK's van het ASz is het intensief toezicht beëindigd.	Mei 2009
Signalering kindermishandeling op SEH-afdelingen: Op 9 juni is de IGZ voor een kort gesprek en dossieronderzoek naar locatie Dordwijk gekomen. Bij het gesprek waren aanwezig: een SEH-arts, een AMK-arts/voorzitter van de stuurgroep Kindercare, een maatschappelijk werker en een kinderarts met aandachtsgebied kindermishandeling. Naar aanleiding van de rapportage van de IGZ dd. 12 oktober 2009 werden enkele verbeteracties doorgevoerd, waarna de inspectie per brief van 13 januari 2010 heeft bevestigd dat het ASz op alle onderdelen een verantwoorde score heeft behaald en vervolgacties niet nodig zijn.	Juni 2009
Gesprek voorzitter Raad van Bestuur en juridisch adviseur ASz met de inspecteur en een medewerker van de IGZ, waarin afstemming plaatsvond over een aantal moeilijke dossiers.	November 2009



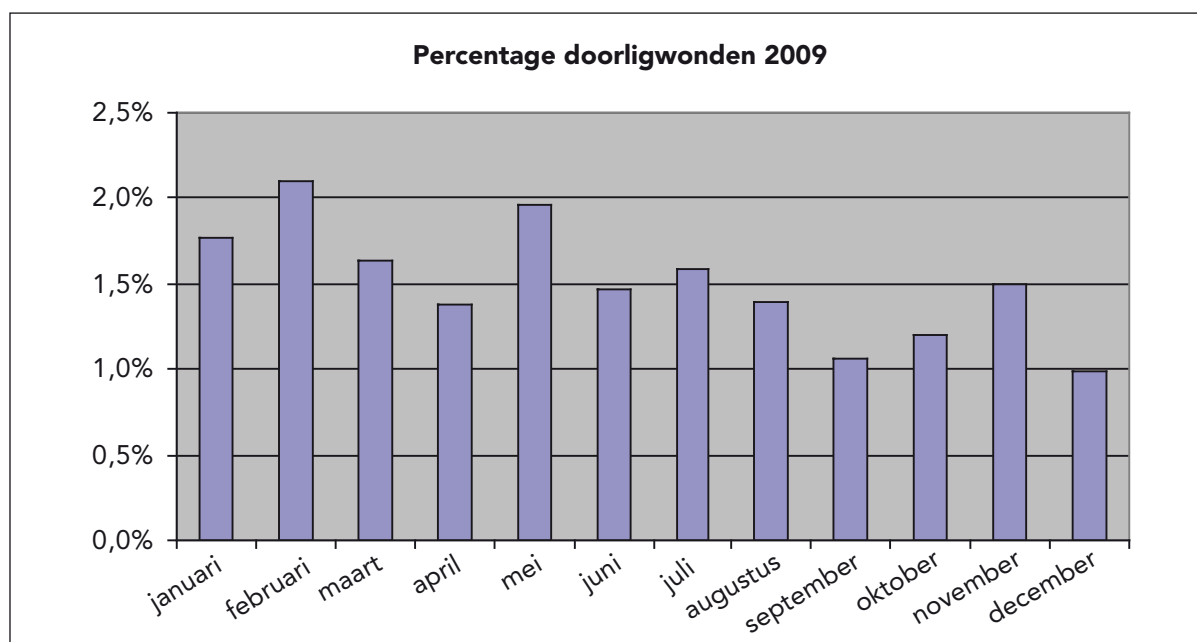
Voor verschillende onderwerpen zijn actieplannen opgesteld met verbetermaatregelen. Deze zijn ter beoordeling aangeboden aan de Inspectie. Het ASz heeft ook in 2009 verder gewerkt aan het doorvoeren van maatregelen op IGZ-onderwerpen die in 2008 zijn gestart.

4.3.5.4 Resultaten

In de bijlage worden de resultaten gegeven van de prestatie-indicatoren van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuizen. Hieronder worden resultaten gepresenteerd van enkele interne prestatie-indicatoren, gebaseerd op de maandelijkse rapportages op ziekenhuisniveau.

4.3.5.5 Percentage doorligwonden

In de afgelopen jaren is er veel aandacht besteed aan het registreren en voorkomen van doorligwonden. Een doorligwond wordt aangemeld in het ziekenhuisinformatiesysteem SAP. De decubitus-verpleegkundigen van het Albert Schweitzer ziekenhuis zijn in 2006 begonnen met het geautomatiseerd registreren van decubitus. Vanaf 2007 kan daardoor maandelijks betrouwbaar gerapporteerd worden. De registratie is gebaseerd op de Europese normering en landelijke richtlijnen. In 1995 bedroeg het percentage decubitus (in het ziekenhuis ontstaan en groter dan graad 2) nog ongeveer negentien. In onderstaande grafiek zijn de percentages doorligwonden (graad 2-4) per maand gegeven. Het gemiddelde percentage over het gehele jaar bedraagt 1,5.



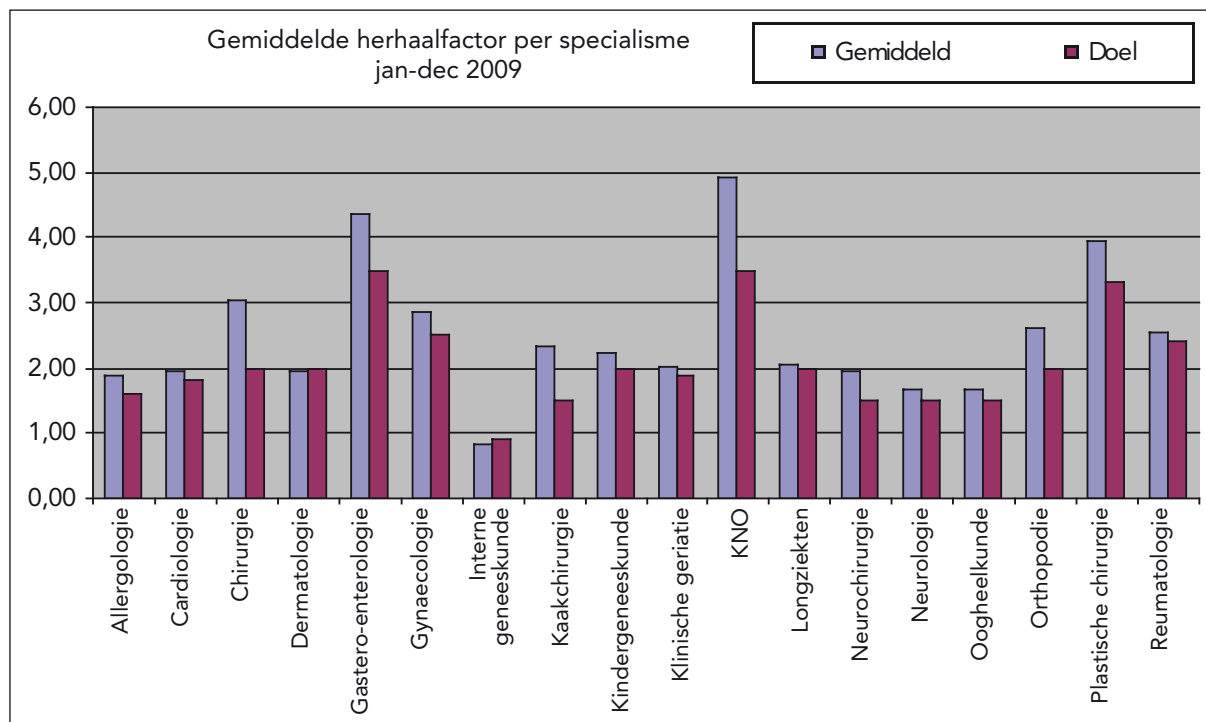
Bron: ziekenhuisinformatiesysteem SAP

4.3.5.6 Herhaalfactor

Een geringe herhaalfactor (aantal controlepatiënten t.o.v. het aantal nieuwe patiënten) is belangrijk voor een goede doorstroom van het zorgproces. Een hoge herhaalfactor legt een groot beslag op de beschikbare capaciteiten binnen het ziekenhuis en kan daardoor ook gevolgen hebben voor de toegankelijkheid. Het is dus belangrijk om beter te sturen op een vlotte doorstroom en de herhaalfactor te reduceren. De gemiddelde herhaalfactor in het Albert Schweitzer ziekenhuis blijft met een gemiddelde van 2,60 (2008:2,57) in de periode januari t/m december 2009 boven het landelijk gemiddelde (1,8-2,0 STZ-ziekenhuizen). Bij enkele specialismen wijkt het resultaat af van de zelf geformuleerde norm.



Onderzoek naar de oorzaak hiervan stuit op de definitie van een herhaalbezoek. Het ASz heeft daarbij alle polikliniekcontacten (inclusief telefonische) en ook van niet-medisch specialisten meegenomen, dit verklaart het verschil.



Bron: Cognos metric manager

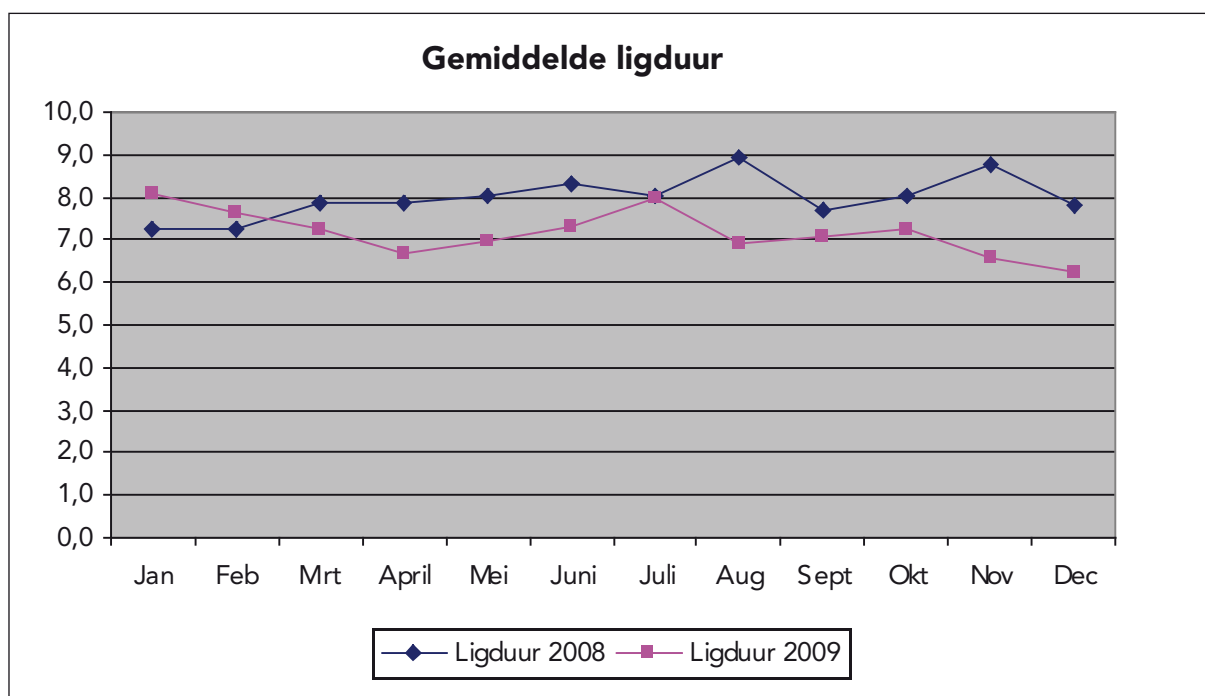
4.3.5.7 Ligduur

In 2009 is het ziekenhuis gestart met een project om de verdere ligduur te verkorten. De eerste resultaten zijn positief te noemen. Eerder in dit Jaardocument is al aangegeven dat de gemiddelde ligduur is gedaald van 6.5 naar 5.9 dagen (aantal verpleegdagen/aantal opnames). In onderstaande grafiek wordt de gemiddelde ligduur per maand in 2008 en 2009 gepresenteerd gebaseerd, op basis van de onderstaande definitie.

Ligduur = aantal verpleegdagen / (aantal opnames + aantal transfers + aantal transfers Observatorium)

	Jan	Feb	Mrt	April	Mei	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Dec	Gem.
Ligduur 2008	7,23	7,25	7,86	7,89	8,01	8,29	8,03	8,95	7,72	8,04	8,75	7,80	7,73
Ligduur 2009	8,08	7,63	7,27	6,70	6,96	7,31	7,96	6,93	7,05	7,24	6,56	6,26	6,98





4.4 Kwaliteitsbeleid t.a.v. patiënten/cliënten

4.4.1 Kwaliteit van zorg: Gastvrijheid

Ook het afgelopen jaar is in het ASz hard gewerkt aan gastvrijheid. Na de Efteling-trainingen is het ziekenhuis in 2009 een nieuwe richting ingeslagen door een samenwerking met de Internationale Hogeschool in Breda, NHTV, aan te gaan. De speerpunten van het ASz en de NHTV, gastrelatie en gastbeleving, zijn de leidraad van het nieuwe traject 'Van Patiëntenzorg naar Waardevolle Relaties'. Zorg van hoog niveau met de beleving van een privékliniekbenadering.

Gastrelatie staat voor het opbouwen van waardevolle relaties met gasten. Tijdens de eerste fase hebben bijeenkomsten plaatsgevonden met medewerkers uit verschillende afdelingen van het ziekenhuis. Aan de hand van deze bijeenkomsten is het begrip 'gastrelatie' voor het ASz gedefinieerd. Door het voeren van een waardevolle dialoog met de patiënten zal het ziekenhuis in staat zijn om op de werkelijke behoeften van de gast in te spelen.

Gastbeleving richt zich op zingeving en betekenis. Tijdens de eerste fase heeft een onderzoek plaatsgevonden, gericht op de gehele Nederlandse zorg, haar complexiteit, trends en ontwikkelingen. Dit onderzoek heeft geleid tot een overzicht van gastbeleving in relatie tot de zorg. Verder zijn aan de hand van enquêtes onder personeel de waarden: 'Je welkom voelen, veilig en vertrouwd' naar voren gekomen. Het doel hiervan is om inzicht te verkrijgen in de kracht van het ASz.

In de eerste fase van deze samenwerking heeft de nadruk vooral gelegen op onderzoek binnen en buiten het ASz. De tweede fase richt zich met name op het controleren en uitproberen van de conclusies die voortvloeien uit de eerste fase plus de bevindingen van de patiënten.

4.4.1.1 Twee 'gastvrijheidssterren'

Gastvrijheid is een speerpunt in het beleid van het ziekenhuis. In 2009 heeft het ziekenhuis deelgenomen aan 'Gastvrijheid in de zorg met sterren'. Dit is een initiatief van 'LOC Zeggenschap in zorg' om de kwaliteit van het leven van zieken, ouderen en gehandicapten met behulp van goede gastvrijheidszorg te verbeteren. In februari hebben inspecteurs van 'Gastvrijheidszorg met sterren' een bezoek gebracht aan de locatie Dordwijk van het Albert Schweitzer ziekenhuis. Daar hebben zij onder andere gesproken met twee leden van de Cliëntenraad, de Raad van Bestuur en het hoofd van het Facilitair bedrijf. Ook zijn ze op bezoek geweest bij de afdelingen C2, B3 en de Afdeling Kindergeneeskunde. De inspecteurs keken vooral naar het eten en drinken, de ambiance, gastvrijheid en de faciliteiten. Op alle punten scoorde het ASz goed. Dit leverde uiteindelijk twee sterren op en een vermelding in de Sterrengids.

4.4.1.2 Beste ziekenhuiswebsite

Het Albert Schweitzer ziekenhuis in de regio Drechtsteden heeft de beste ziekenhuiswebsite van Nederland. Dat is het resultaat van een landelijk onderzoek uitgevoerd door Zorgwebmonitor onder 92 ziekenhuizen. De website is gebruiksvriendelijk en heeft een uitmuntende technische performance. De monitor is voor de derde keer uitgebracht. De sites zijn beoordeeld op onder meer de mogelijkheid om digitaal afspraken te maken, de zoekmachine, rss-feeds en de beschikbaarheid van informatie in vreemde talen.

4.4.1.3 Tevredenheidonderzoek

In 2009 is gestart met het gestructureerd meten van patiënttevredenheid voor alle specialismen van het ASz. Het onderzoek is gericht op onderwerpen die een beeld geven van de ervaren kwaliteit door patiënten, gericht op diverse onderwerpen zoals bejegening, deskundigheid, organisatie van de nazorg en de wachttijden. In juli en oktober 2009 hebben in totaal bijna 3000 patiënten meegewerkt aan dit telefonische tevredenheidsonderzoek.

Het gemiddelde rapportcijfer dat de patiënt aan het ASz heeft toegekend, is een 7,9, met een spreiding van 7,5 tot 8,2. Men is over het algemeen tevreden tot zeer tevreden over de mate waarin er naar de patiënt wordt geluisterd en over de vriendelijkheid van de medewerkers. Aandachtspunten zijn de organisatie van de nazorg na afloop van de behandeling, de poliklinische toegangstijden en de wachttijden op de poliklinieken en tot slot de informatie voor, tijdens en na de behandeling.

In het onderzoek wordt patiënten gevraagd naar de aanbevelingsintentie (de mate waarin de patiënt het ASz zal aanbevelen bij familie of vrienden). Bijna een kwart van het totaal aantal patiënten heeft het ziekenhuis met een 9 of 10 gewaardeerd en wordt daarmee gekenmerkt als promotor. Eén op de tien patiënten (10%) heeft de afdeling gewaardeerd met een cijfer tussen 1 en 6 en geeft daarmee het signaal af geen trouwe ASz-klant te zijn. Deze patiënten zullen mogelijk kiezen voor een ander ziekenhuis en zijn (ten minste) kritisch over hun ervaringen in het ASz naar andere potentiële patiënten. Het aandeel promotors verminderd met het aandeel detractors vormt de Net Promotor Score. De NPS voor het ASz was in 2008 gemiddeld 13,8%. In Nederland streven ziekenhuizen naar een NPS-score met een waarde tussen de 20 en 25%.

Eenheden hebben met deze gestructureerde patiënttevredenheidsmetingen een instrument om de kwaliteit van zorg te monitoren en te verbeteren op de onderwerpen die door patiënten van belang worden geacht.



4.4.2 Klachten

4.4.2.1 Klachtenbehandeling door Klachtencommissie ASz

De klachtencommissie vergadert op de derde maandag van de maand en kwam in het verslagjaar in totaal elf keer bijeen. Diverse hoorzittingen zijn gehouden. Tussen de plenaire vergaderingen van de klachtencommissie door vergaderde, indien nodig, de medische subcommissie.

Overzicht klachtenbehandeling

	2005	2006	2007	2008	2009
Aantal klagers	40	48	35	30	45
Aantal klachtonderdelen	146	146	146	139	165
Aantal klachtonderdelen beoordeeld door commissie	121	89	122	92	92
Aantal gegrond + deels gegrond	48	38	44	23	29
Ongegrond verklaard + onderdelen ingetrokken	70	48	72	69	55+8
Percentage gegrond	40%	43%	36%	25%	31%

In het afgelopen jaar ontving de klachtencommissie 45 klachtbrieven met daarin in totaal 165 klachtonderdelen. Een aantal brieven uit het verslagjaar is per 1 maart 2010 nog in behandeling bij de klachtencommissie. In 2009 zijn 28 klachtbrieven afgehandeld. Daarvan zijn er 7 geheel gegrond verklaard, 14 klachtbrieven zijn ongegrond. Van de overige 7 klachtbrieven zijn er 6 op onderdelen gegrond/ongegrond verklaard en is er 1 klachtbrief (met 8 klachtonderdelen) ingetrokken. De 28 afgehandelde klachtbrieven vertegenwoordigen 92 van de 165 klachtonderdelen; van die 92 klachtonderdelen zijn er 29 gegrond verklaard, 55 klachtonderdelen werden ongegrond verklaard en 8 klachtonderdelen werden ingetrokken. Het merendeel van de gegronde klachten heeft betrekking op de medische behandeling, meestal in combinatie met patiëntvoorlichting. Daarnaast is er een aanzienlijk deel dat over de patiëntbejegening gaat.

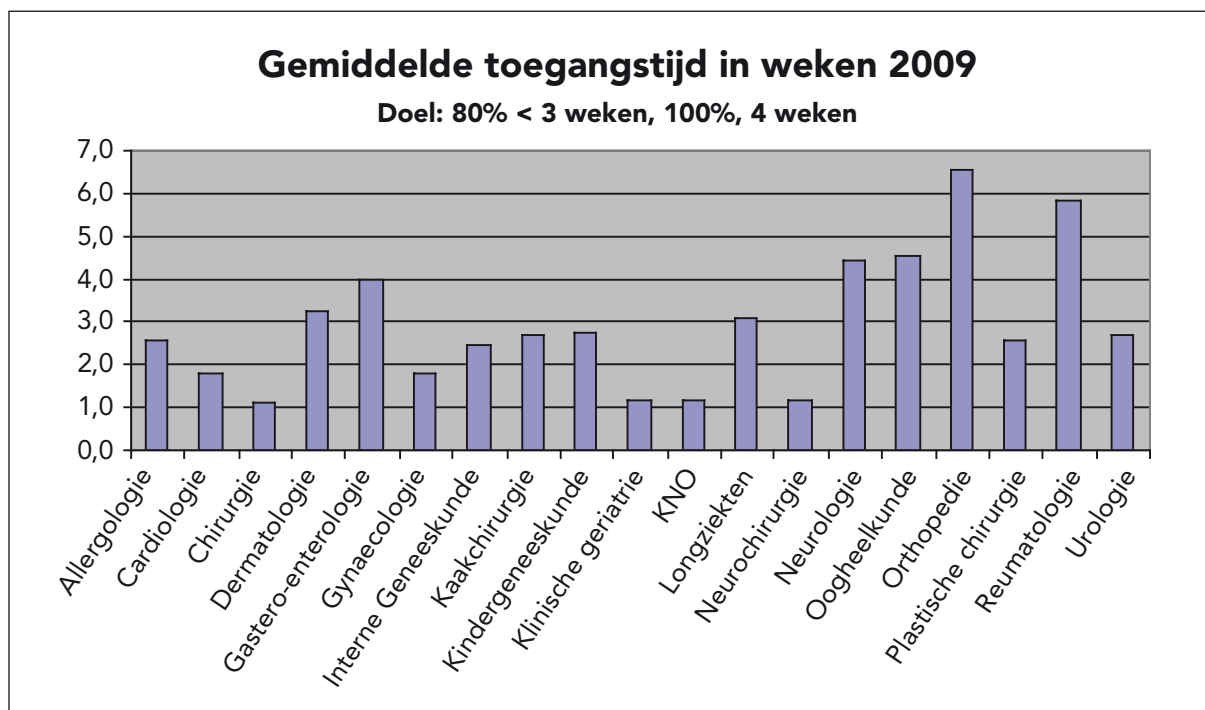
De wijze waarop de klachtenbehandeling is geregeld, staat beschreven in het Reglement Klachtenbemiddeling- en behandeling. Naar aanleiding van de in het verslagjaar afgehandelde klachten heeft de klachtencommissie aanbevelingen gedaan aan de Raad van Bestuur. In de meeste gevallen betreft het de aanbeveling om bestaande procedures/ protocollen nog eens tegen het licht te houden naar aanleiding van een individuele klacht. Herhaalde malen moest worden geconstateerd dat de communicatie tussen artsen onderling en met de familie en/of patiënt niet optimaal was verlopen. De commissie heeft de Raad van Bestuur gevraagd om verbeteracties in te zetten. De samenstelling van de klachtencommissie en de medische subcommissie in het verslagjaar 2009 staat in de bijlage van dit Jaardocument vermeld.

4.4.3 Toegankelijkheid poliklinieken

De toegangstijden en wachttijden per specialisme worden maandelijks gepresenteerd op de website van het ziekenhuis en op verschillende websites met keuze-informatie. De gemiddelde toegangstijden tot de polikliniek voor de verschillende specialismen zijn in 2009 niet erg verschillend ten opzichte van de toegangstijden in 2008. De volgende streefnormen zijn gesteld:



- Toegangstijd voor de polikliniek: vier weken;
- Toegangstijd voor diagnostiek en indicatiestelling: vier weken;
- Wachtijd tot behandeling in dagopname: zes weken;
- Wachtijd tot behandeling in meerdaagse opname: zeven weken



4.4.4 Kwaliteit van zorg: Patiëntveiligheid

4.4.4.1 Veiligheidsmanagementsysteem (VMS)

Ook in 2009 is verder gewerkt aan de invoering van het veiligheidsmanagementsysteem. In 2008 is een veiligheidsprogramma 2009-2011 opgesteld, waarin alle noodzakelijke activiteiten voor de verdere invoering van een veiligheidsmanagementsysteem, de uitvoering van de 10 landelijke thema's, training en scholing van personeel en overige verbeterpunten zijn beschreven. Dit programma is afgeleid van het landelijke VMS veiligheidsprogramma (zie www.vmszorg.nl). In 2009 is de coördinatie hiervan neergelegd bij de afdeling Kwaliteit, Veiligheid en Innovatie (KV&I). De invoering van het veiligheidsmanagementsysteem is onderdeel van de vervolgaccreditatie NIAZ.

4.4.2 SAVE

4.4.2.1 Registratie meldingen incidenten SAVE

SAVE staat voor Systeem Afdelings Veiligheid. SAVE is het systeem waarmee medewerkers zelf kunnen werken aan de veiligheid op hun afdeling. SAVE is vanaf 2006 ingevoerd om ernstige incidenten te voorkomen, door juist de alledaagse kleine ongewenste zaken aan te pakken. SAVE bestaat uit vier onderdelen:

- Het melden en afhandelen van incidenten;
- Het maken van risicoanalyses voor de processen op de afdeling;
- Het lopen van veiligheidsrondes;
- Het uitvoeren van verbeteracties op basis van de gevonden risico's.

Het decentraal melden met het SAVE-meldsysteem is in 2009 evenals in 2008 op nagenoeg alle afdelingen in gebruik. Ter ondersteuning en bijscholing van de SAVE-teams van de afdelingen is er begin 2009 een SAVE-kennisbijeenkomst georganiseerd.

4.4.2.2 Digitalisering incidenten meldsysteem.

Met het aangeschafte digitale incidentmanagement-systeem van Grecom is in 2008 een pilotfase uitgevoerd met 5 afdelingen. Eind 2009 werkten 12 afdelingen met het Grecom IMS. In 2010 zullen de overige afdelingen gefaseerd overgaan op het digitaal melden in Grecom.

4.4.2.3 Commissie Meldingen Patiëntveiligheid

De Commissie Meldingen Patiëntveiligheid (CMP) is op ziekenhuisbreed niveau verantwoordelijk voor een goed verloop van het SAVE-systeem. De commissie ontvangt maandelijks van de afdelingen een overzicht van de meldingen die op de afdelingen gedaan zijn. In 2009 hebben 46 afdelingen meldingsoverzichten in Excel naar de CMP gestuurd. Daarnaast hebben 12 afdelingen meldingen verwerkt in het digitale IMS. Het aantal meldingen is in 2009 duidelijk gestegen t.o.v. 2008. Er zijn 1780 meldingen geregistreerd van de afdelingen die nog 'op papier' melden en 910 meldingen van de afdelingen die digitaal melden. In totaal dus 2690 meldingen: een stijging ten opzichte van de twee voorgaande jaren, waarin het totaal circa 2300 meldingen was.

Daarnaast wordt op diverse afdelingen gebruik gemaakt van verzamellijsten voor registratie van kleine incidenten waarbij geen patiënten betrokken zijn. Op basis van deze registraties zetten de afdelingen gerichte verbeteracties in. Deze aantallen kleine meldingen zijn niet op centraal niveau bekend. Het totale aantal decentraal geregistreerde meldingen is dus feitelijk nog hoger. Alle meldingen van incidenten worden door de SAVE-teams van de afdelingen zelf afgehandeld, met uitzondering van het hoogste urgentieniveau: urgentie 1. Meldingen met een urgentie 1 en 2 werden door de CMP beoordeeld, evenals de zeer ernstige digitale meldingen.

Urgentiecategorieën

In het 'papieren' systeem voor de meldingen worden 4 urgentiecategorieën gehanteerd. In het digitale IMS zijn 5 urgentiecategorieën gedefinieerd, overeenkomstig de landelijke toetsingsnorm voor het veiligheidsmanagementsysteem. Op het moment dat de afdelingen overgaan op het digitale systeem, gaan zij ook over op het gebruik van de 5 urgentiecategorieën. Deze bieden iets meer differentiatie dan 4 categorieën.

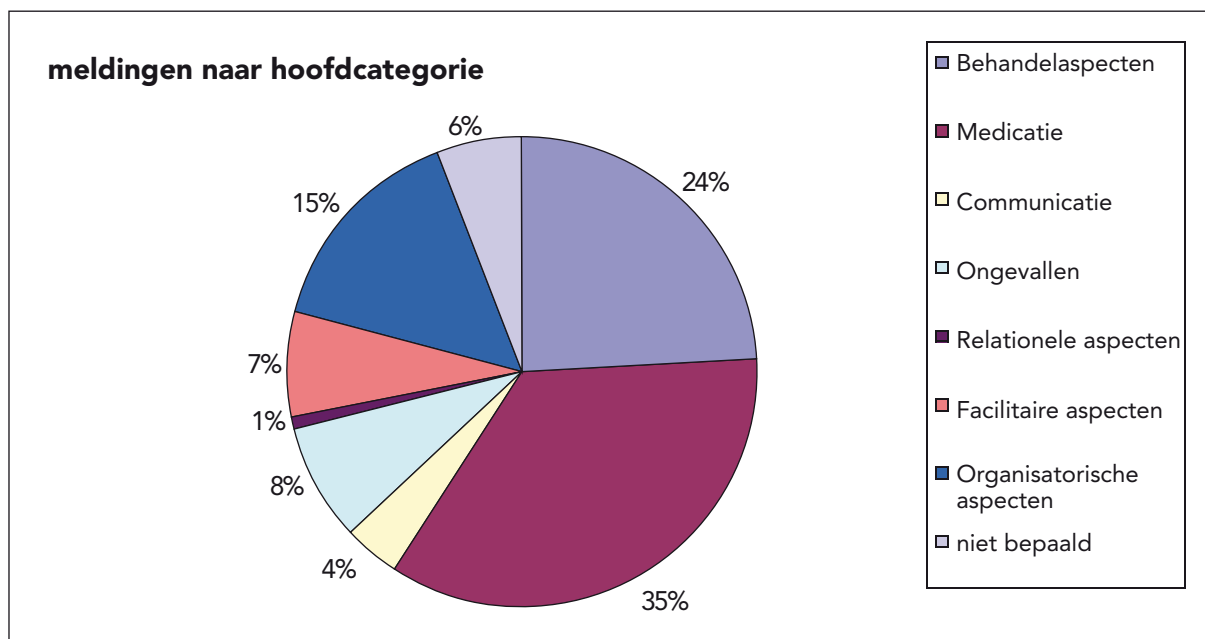
Aantallen meldingen per urgentieniveau: 'papieren' systeem

urg. 1:	5
urg. 2:	209
urg. 3:	1113
urg. 4:	453
totaal:	2690

Digitaal IMS:

fataal incident:	0
zeer ernstig incident:	31
ernstig incident:	161
minder ernstig incident:	398
bijna incident:	320
totaal:	910





Valincidenten

De valincidenten worden gerubriceerd onder 'ongevallen'. In 2009 zijn er 180 valincidenten gemeld. Daarvan waren er 35 valpartijen met letsel en 145 valpartijen zonder letsel.

Incidentmeldingen bij Facilitair Bedrijf

Medewerkers kunnen onveilige situaties in openbare ruimten melden via het nummer 77777 bij het Frontoffice van het Facilitair bedrijf. In 2009 zijn door medewerkers 213 meldingen gedaan. De meest voorkomende meldingen hadden, verdeeld over een aantal categorieën, betrekking op brandveiligheid, accommodatie, ongevallen/bijna-ongevallen, hygiëne en infectie, apparatuur, privacy, medicatie-gerelateerd, agressie, onveilig gevoel en temperatuur.

SAVE - veiligheidsrondes

Een steeds groter aantal afdelingen, onder wie de hoogrisico-afdelingen (SEH, ICU), voeren regelmatig een veiligheidsronde uit op de eigen afdeling. De frequentie varieert van 1x per week tot 1x per maand.

Risicoanalyses

In 2009 zijn er nog geen systematische en gestructureerde prospectieve risicoanalyses uitgevoerd.

De afdeling Beeldvormende Techniek van het ASz heeft samen met RPS Advies uit Delft een proefproject uitgevoerd waarin patiëntveiligheid is opgenomen in een integraal kwaliteitssysteem. Met behulp van de zogenaamde BowTie-methodiek is een prospectieve risicoanalyse op het proces nucleaire geneeskunde uitgevoerd. Op de afdeling Nucleaire Geneeskunde van het Albert Schweitzer Ziekenhuis is, naar aanleiding van dit proefproject, een aantal verbetermaatregelen ten aanzien van de toediening van radiopharmaca ingevoerd. Ook zijn de risico's en verbetermaatregelen toegevoegd aan het integraal kwaliteitssysteem en gekoppeld aan procedures en werkinstructies.

Door afdeling Klinische Fysica is in 2009 een risicoanalyse uitgevoerd op het gebruik van infuustechnologie in het ASz.

4.4.2.4 Overige activiteiten

Het introductiebeleid voor nieuwe medewerkers is in 2008 herzien. In 2008 is een module Veiligheid ontwikkeld voor nieuwe medewerkers in de introductiefase. In de module wordt aandacht besteed aan brandveiligheid, veiligheid in de werkomstandigheden, ARBO, informatieveiligheid en patiëntveiligheid. De nieuwe module Veiligheid wordt elke maand gegeven aan nieuwe medewerkers (onder wie veel flex-werkers). Eind 2009 is ook in het introductieprogramma voor nieuwe artsen en arts-assistenten een veiligheidsmodule ontwikkeld. Deze wordt sinds begin 2010 gegeven.

10 Nationale Veiligheidsthema's

De 10 veiligheidsthema's zijn: Postoperatieve wondinfecties, sepsis, vitaal bedreigde patiënt, medicatie-overdrachten, kwetsbare ouderen, Acuut coronair syndroom, High risk medicatie, pijnbeleid, verwisseling en voorkomen van nierinsufficiëntie door contrastmiddelen. Met uitzondering van Acuut Coronair syndroom zijn voor alle thema's projecten gestart. Aandacht voor deze 10 thema's is gegeven in de Veiligheidskrant van het ASz, via berichten op het intranet en in het personeelsmagazine Aspect. In de Veiligheidskrant vertellen collega's hoe ze in de praktijk omgaan met veiligheid. De Veiligheidskrant is verspreid in het ziekenhuis.

Minder reanimaties door 'Spoedinterventieteam'

Na de vorming van twee 'Spoedinterventieteams' (SIT) in het ziekenhuis is het aantal reanimaties bij klinische patiënten sterk gedaald: van zeventien in 2007 via acht in 2008 tot vier in 2009. Het SIT fungeert als 'vooruitgeschoven post' van de Intensive Care (IC). Het team kan met spoed worden opgeroepen door personeel van verpleegafdelingen, wanneer een opgenomen, ernstig zieke patiënt aan één of meer kenmerken voldoet die een voorbode zouden kunnen zijn van een plotselinge verslechtering van zijn of haar toestand. Wanneer een verslechtering plaatsvindt, gaat een IC-specialist of een arts van de Spoedeisende hulp samen met een IC-verpleegkundige direct naar de patiënt toe. Dit gebeurde tussen mei 2008 en januari 2010 in Zwijndrecht 117 keer. In circa de helft van dit aantal gevallen zag het SIT inderdaad aanleiding om de patiënt over te brengen naar de IC. Uit de eerste statistieken blijkt dat met deze handelwijze inderdaad een ernstiger afloop wordt voorkomen.

Training "veilig communiceren" personeel afdeling Kindergeneeskunde

Het personeel van de afdeling Kindergeneeskunde (114 medewerkers) heeft in oktober een training gekregen in 'veilig communiceren' van vlieger en luchtvaartpsycholoog W. de Kleynen. Communicatiemethodes die in de luchtvaart worden toegepast, kunnen nuttig zijn in de gezondheidszorg. Het ziekenhuispersoneel kan hier dus veel van leren. Deze training past goed in het streven naar optimale veiligheid.

Time-out procedure Operatieafdelingen

In 2008 zijn de operatieafdelingen gestart met de invoering van een zogenaamde time-out procedure. Dit is een extra laatste controlemoment voordat een operatie gestart wordt. Aan de hand van een ontwikkelde checklist wordt een aantal kritische controles uitgevoerd. Het OK-team kijkt bijvoorbeeld samen of de juiste zijde geopereerd gaat worden, of de correcte ingreep uitgevoerd wordt en of het vereiste instrumentarium klaarligt. Maar ook: heeft men de benodigde apparatuur voorhanden en werkt deze goed, is de computer te raadplegen en staan de vereiste ondersteuners standby. Ook eventuele extra informatie, zoals mogelijke allergieën van de patiënt, komt nog aan bod en wordt zo nodig aangevuld. Het kan soms om kleine dingen gaan, die toch van onmisbare waarde zijn voor een goed en



snel verloop van de operatie en de behandeling daarna. Bijzonder in het ASz is dat deze controle wordt uitgevoerd als de patiënt nog wakker is. Voordeel hiervan is dat de patiënt kan meeluisteren, vragen kan stellen en kan reageren, bijvoorbeeld als er toch nog iets niet in orde blijkt te zijn. Het ASz heeft, samen met nog 12 andere ziekenhuizen, meegedaan aan wetenschappelijk onderzoek naar deze werkwijze, getiteld 'Top plus'. De onderzoeksgegevens zijn in november 2009 gepresenteerd op een goed bezocht symposium.

4.4.2.5 Risicomanagement-onderzoek schadeverzekeraar MediRisk

In 2008 en 2009 is in nauwe samenwerking met Schadeverzekeraar MediRisk aandacht besteed aan het terugdringen van risico's door het treffen van verbetermaatregelen. Op verzoek van het ziekenhuis heeft MediRisk op basis van claims een schadeprofiel gemaakt, waarin het mogelijk is een vergelijking te maken met het gemiddelde in andere ziekenhuizen en STZ-ziekenhuizen. Dit profiel is besproken met de Raad van Bestuur en de medisch specialisten. Omdat veel claims betrekking hebben op de Spoedeisende Hulp (SEH) en het OK-proces, is gestart met de zogeheten 'Vangnet-criteria'. Dit zijn eisen die door MediRisk gesteld worden om bijvoorbeeld links-rechts verwisselingen of schade door achtergebleven materialen te voorkomen. Zowel de SEH alsook de OK hebben maatregelen getroffen om te kunnen voldoen aan deze criteria. Deze maatregelen hebben ertoe bijgedragen dat het schadepercentage van het ASz van de laatste vijf jaar bij MediRisk in 2009 een positieve tendens laat zien ten opzichte van het voorgaande jaar. Ten opzichte van andere STZ-ziekenhuizen is het schadepercentage van de laatste vijf jaar van het ASz gemiddeld.

4.4.2.6 HSMR/Mortaliteitsanalyse

De Hospital Standardized Mortality Ratio (HSMR) zet de werkelijke sterfte in een ziekenhuis af tegen de sterfte die op basis van de patiëntkenmerken werd verwacht. Het is daarmee een indicator voor potentieel vermijdbare sterfte. De HSMR gebruikt administratieve gegevens (Landelijke Medische registratie) die in ieder ziekenhuis beschikbaar zijn om sterftecijfers te standaardiseren voor een aantal patiëntfactoren. De HSMR is gebaseerd op 50 diagnosegroepen die landelijk 80% van de ziekenhuissterfte veroorzaken. De HSMR wordt gestandaardiseerd voor een aantal factoren zoals leeftijd, geslacht, diagnose, comorbiditeit, urgentie van opname etcetera. Met behulp van de Hospital Standardized Mortality Ratio (HSMR) kan de ontwikkeling van de ziekenhuissterfte op landelijk niveau gemonitord worden. Kennis van de eigen positie van de HSMR, maar ook vooral verandering in de tijd en het verschil tussen diagnosegroepen geven een signaal om nader onderzoek te doen naar de reden en om verbeteracties te starten.

Het Albert Schweitzer ziekenhuis maakt vanaf 2008 gebruik van de zogenaamde Real-Time monitor van Bureau De Praktijkindex. Dit instrument maakt het mogelijk om maandelijks een analyse uit te voeren op diagnosegroepniveau op: mortaliteit, verpleegduur, heropnames en ratio dagopname/opname. In het ASz is in 2009 verder uitvoering gegeven aan de in 2008 gekozen aanpak:

- het tijdig signaleren van mogelijke negatieve trends en daarop acties uitzetten;
- het toepassen van de monitor bij complicatiebesprekingen;
- het gebruik bij dossieranalyse op patiëtniveau;
- het volgen van de resultaten (prestatie-indicatoren) die bereikt worden bij een aantal landelijk gekozen thema's: de kwetsbare oudere patiënt, acuut myocard infarct, etcetera.



4.4.2.7 Veiligheid informatievoorziening/gegevensbeveiliging (NEN 7510)

De afdeling I&A heeft in 2009 het informatiebeveiligingsbeleid en (bijbehorend) de Classificatie bedrijfskritische processen plus de Classificatie Informatiebeveiliging NEN 7510 opgesteld en geactualiseerd. Dit gebeurde in opdracht van de Raad van Bestuur.

Aanleidingen hiervoor waren de brieven van de Inspectie Gezondheidszorg (IGZ) en het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP), de wijziging in de ASz-organisatie én het plan van aanpak 'Veilige toepassing van ICT'.

De invoering en borging van de NEN 7510 norm voor informatiebeveiliging was in 2009 een belangrijk aandachtspunt. Er is voor de tweede maal een risicoanalyse uitgevoerd. Op de belangrijkste risico's zijn aanvullende maatregelen genomen.

4.5 Kwaliteit ten aanzien van medewerkers-personeelsbeleid

4.5.1 HR-programma

In 2009 is het HR-programma 'Mensen maken het verschil' verder uitgevoerd. Dit programma bestaat uit verschillende projecten binnen de volgende speerpunten:

1. Duurzame inzetbaarheid;
2. Leren en ontwikkelen;
3. De basis op orde;
4. Een professionele HR-organisatie.

Onderstaand worden, gecategoriseerd per speerpunt, de belangrijkste ontwikkelingen in 2009 beschreven op het gebied van het personeelsbeleid in het Albert Schweitzer ziekenhuis, gevolgd door de relevante P&O-indicatoren.

4.5.2 Duurzame inzetbaarheid

Sociaal Plan

Begin 2009 zijn de vakbonden en het Albert Schweitzer ziekenhuis definitief een nieuw doorlopend Sociaal Plan overeengekomen. Het nieuwe Sociaal Plan heeft een looptijd van 5 jaar en is bedoeld om zorgvuldig en met aandacht voor de positie van medewerkers in te kunnen spelen op veranderingen in de organisatie. Het Sociaal Plan wordt inmiddels toegepast bij organisatieveranderingen.

Resultaatgericht werken (beoordelings- en ontwikkelingsystematiek)

In 2008 is gestart met een pilot voor deze methodiek. En met succes. In 2009 is besloten om de implementatie van deze beoordelings- en ontwikkelingsystematiek te koppelen aan de invoering van de nieuwe organisatiestructuur. Gezien de fase van organisatieverandering zal daarom vanaf voorjaar 2010 gefaseerd implementatie plaatsvinden binnen alle organisatieonderdelen van het ziekenhuis. Doel is dat er vanaf 2011 op het gebied van beoordelen binnen het gehele ziekenhuis op dezelfde wijze gewerkt kan worden.

Medewerkeronderzoek

In 2009 heeft een medewerkeronderzoek (arbeidsbeleving) plaatsgevonden. Het gemiddelde cijfer bedroeg 6.6. Een positief punt dat werd genoemd, waren de ruime ontwikkelingsmogelijkheden binnen het ziekenhuis. Verbeterpunten die naar voren kwamen, hadden betrekking op communicatie en op leiderschap. De resultaten van het onderzoek zijn binnen de organisatie besproken binnen speciaal hiervoor georganiseerde bijeenkomsten en tijdens werkoverlegsituaties. Alle afdelingen hebben hun verbeterpunten in beeld gebracht en de uitvoering van acties in gang gezet. Vanuit P&O heeft, in het kader van monitoring, in augustus en december 2009 onderzoek plaatsgevonden naar de voortgang van de uitvoering van de acties. Het medewerkeronderzoek wordt in 2011 opnieuw uitgevoerd.



4.5.3 Leren en ontwikkelen

4.5.3.1 Leerhuis

Het Albert Schweitzer ziekenhuis is geassocieerd lid van de vereniging Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen (STZ) en heeft opleiden en het zijn van een *teaching hospital* hoog in het vaandel staan. Leren doen we in het Albert Schweitzer ziekenhuis allemaal, elke dag.

Alle medewerkers en medisch specialisten in het ziekenhuis vormen het Leerhuis. Leren is immers niet voorbehouden aan een speciale opleiding of training in een 'school'. Het grootste leereffect zit in het dagelijks bewust reflecteren op en leren van het werk, met collega's en patiënten. Twee commissies die het Leerhuis 'voeden', zijn de Bedrijfsopleidingscommissie (BOC) en de Medisch Specialisten Opleidingscommissie (MSOC).

De MSOC heeft een meerjaren beleidsplan 2009-2012. Momenteel heeft het ASz 18 erkende opleidingen, waarvan 10 poortspecialismen, en wordt ruim voldaan aan de norm van de STZ. De afdeling Radiologie heeft het fellowship interventie radiologie binnengehaald. De verwachting is dat zij begin 2010 ook het fellowship abdomale radiologie verwerven. Er lopen op dit moment 3 initiatieven voor het verkrijgen van nieuwe opleidingen bij de vakgroepen Kindergeneeskunde, KNO en Medische microbiologie. In 2009 hebben de volgende opleidingsvisitaties plaatsgevonden: klinische fysica en apotheek.

Er is een 2 daags introductieprogramma opgesteld voor nieuwe medici. Dit wordt maandelijks aangeboden.

Binnen het Leerhuis werkt een onderwijskundige die zich met name richt op de modernisering van de medische vervolgoopleidingen en daar met alle opleidingsgroepen actief mee aan de slag is. Tevens geeft deze onderwijskundige *teach the teacher*-cursussen (verplicht gesteld voor alle opleidingsgroepen) en trainingen feedback (verplicht gesteld voor alle arts-assistenten). Maandelijks wordt multidisciplinair onderwijs georganiseerd met een variërend programma. In de bijlagen staat een overzicht vermeld van de 18 medische vervolgoopleidingen van het ASz, het aantal AIOS en het aantal coassistenten in het ASz per specialisme.

CZO (College Ziekenhuis Opleidingen)

Het CZO houdt toezicht op en bewaakt de kwaliteit van een groot aantal ziekenhuisopleidingen binnen de universitaire- en algemene ziekenhuizen voor medisch ondersteunende- en gespecialiseerde verpleegkundige beroepen. In de bijlagen staat een overzicht van het aantal ziekenhuisopleidingen.

In 2009 zijn met behulp van het Leerhuis de aanvragen voor de opleiding tot Gipsverbandmeester en oncologieverpleegkundige erkend, beide in samenwerking met Erasmus MC. De overige opleidingen zullen allemaal in 2010 erkend worden.

Bij- en nascholingen

In de laatste maanden van 2009 heeft het Leerhuis de cursusplanner geïnstalleerd op de intranetsite van het Albert Schweitzer ziekenhuis. Met deze planner kunnen cursisten zich digitaal inschrijven en wordt het inschrijfproces vereenvoudigd. Daarnaast zijn de cursuskalender en een nieuw ontwikkelde catalogus toegevoegd.

Totaal is 132 keer scholing aangeboden. In de bijlagen staat een overzicht van de scholingen, aangeboden door het Leerhuis.



Leerling- verpleegkundigen

Het ASz werkt samen met diverse scholen op het gebied van de opleiding Verpleegkunde: het Da Vinci College in Dordrecht (MBO, niveau 4), de Hogeschool Rotterdam (HBO, niveau 5) en de Christelijke Hogeschool Ede (HBO, niveau 5). Er is overleg met het Hoornbeeck-college Rotterdam om in 2010 te starten met een BBL-opleiding.

In 2009 zijn in totaal 45 nieuwe leerlingen gestart:

Opleiding	Aantal gestart
BOL-BBL-MBO (start september 2009)	7
HBO-V Duaal (start september 2009)	21
Maatwerk BBL-MBO (start in januari 2009 en september 2009)	31
Maatwerk BBL-HBO (start februari 2009 en september 2009)	3

Leerwerkplaats

September 2009 zijn de afdelingen T0 en D2 naar volle tevredenheid gestart met leerafdelingen. De opleidingsinstituten zijn het Hoornbeeck-college (MBO) en de Hogeschool Rotterdam (HBO). Het geschreven voorstel 'Leerafdelingen in het ASz' is in voorbereiding om in september 2010 te starten op de afdelingen D3 en D als Leerafdeling.

Zorgondersteuners

De productgroep Gastenservice is gestart met de uitrol van opleiding Assist ASz-breed. In samenwerking met het management van de afdeling Gastenservice, het Da Vinci college en het Leerhuis is een BBL-opleiding helpende niveau MBO-2 op maat ontwikkeld. De eerste groep, 25 deelnemers, is in september 2009 gestart. Het traject wordt gemonitord en ondersteund door de opleidingsadviseurs van het Leerhuis. Naar verwachting kunnen de eerste deelnemers in juli 2010 hun diploma in ontvangst nemen. Tevens is een eerste aanzet gemaakt om te komen tot een opleiding facilitair medewerker, BBL-niveau 2. Het streven is om in september 2010 de eerste groep van start te laten gaan.

Stagebureau

In 2009 werden aan 399 stagiaires een stageplaats geboden van verschillende opleidingen en op diverse afdelingen. In de bijlage staat een overzicht van de per opleiding geplaatste stagiaires.

Reanimatieonderwijs

In totaal zijn in 2009 getraind:

- AED (Automatisch Externe Defibrillator) / getraind 102;
- ALS (Advanced Life Support) / getraind 163;
- BLS (Basic Life Support) / getraind 690;
- PBLS (Pediatric Basic Life Support) / getraind 130.

Vaardigheidsonderwijs en Electronische leeromgeving

Er hebben in 2009 twee pilots vaardigheidsonderwijs gedraaid. De belangrijkste pluspunten waren het werken met een elektronische leeromgeving, het positieve effect op de team-empowerment en de bereidheid om als trainer ingezet te worden. Aan het eind van de opleiding is een rekentoets afgenomen; opvallend was de constatering dat (ten opzichte van de landelijke cijfers) hier hoge cijfers op werden behaald. De kritieke aandachtspunten waren de communicatie tussen het management en de werkvloer en de krappe tijdsplanning in de voorbereidende fase.



De afdeling PAAZ is voor het eerst getraind door verpleegkundigen van het ASz. Deze verpleegkundigen van de Dagbehandeling Amstelveen en D3 Dordwijk zijn door het Leerhuis voorbereid en hebben les gehad in didactische vaardigheden en het gebruik van de fantomen op het skillslab. Van de PAAZ zijn vervolgens 24 medewerkers getraind en getoetst op het inbrengen van een infuusnaald, urinecatheter (mannen en vrouwen) en maagsonde.

Na deze succesvolle pilots is besloten om ziekenhuisbreed een elektronische leeromgeving aan te schaffen. In het najaar van 2010 zal deze elektronische leeromgeving operationeel zijn.

Wetenschapscommissie/wetenschapssprekkuur

In 2009 heeft wederom een succesvolle Wetenschapsdag plaatsgevonden en is een wetenschapsbundel uitgegeven. Verder is er wekelijks een wetenschappelijk spreekuur. In 2009 hebben in totaal 93 mensen vanuit verschillende disciplines van dit spreekuur gebruik gemaakt. Vanaf eind 2009 kunnen alle medewerkers van het ziekenhuis over SPSS beschikken, hetgeen een enorme impuls betekent voor het verrichten van wetenschappelijk onderzoek. De wetenschapscoördinator heeft 2 keer de cursus 'Zelf opzetten Wetenschappelijk Onderzoek' gehouden, in totaal deden hier 46 mensen aan hebben mee.

Medische bibliotheek

De medische bibliotheek is in 2009 via het STZ-pakket uitgebreid met veel nieuwe digitale tijdschriften. Tevens kreeg men de beschikking over e-books en is het programma primal pictures aangeschaft, waardoor het menselijk lichaam in 3D kan worden bestudeerd. De bibliotheek organiseert eigen cursussen, zoals introductie in Pubmed.

4.5.3.2 De basis op orde

Nieuw Human Resource systeem

Op basis van het eerder opgestelde programma van eisen is verder onderzoek gedaan naar de interne wensen met betrekking tot een nieuw personeels- en informatiesysteem en is een offertetraject gestart. Dit traject heeft geleid tot besluitvorming begin 2009. Vanaf 1 januari 2010 vindt de salarisbetaling binnen het Albert Schweitzer ziekenhuis plaats met behulp van het nieuwe systeem Loga van leverancier Logica (fase 1). Daarnaast zijn belangrijke voorbereidingen getroffen voor fase 2, waarin HR-functionaliteiten (bijvoorbeeld op het gebied van werving en selectie, digitaal dossier) geïmplementeerd worden.

Professioneel roosteren (Harmony)

In 2008 is bij een groot aantal afdelingen die voorheen met ZKR (roostersysteem) werkten, de applicatie Harmony ingevoerd. Doelstelling hiervan is 'professioneel roosteren in het ASz'. In 2009 is de tweede fase afgerond waarbij de verdere implementatie van Harmony in het ziekenhuis heeft plaatsgevonden (met uitzondering van het Flexbureau en de stafdiensten), de webaccess-mogelijkheid is ingevoerd ('roosteren vanuit huis') en waarbij alle arts-assistenten plannen en registreren in Harmony. Inmiddels worden de diensten van 75% van alle medewerkers in Harmony gepland en geregistreerd.

Arbeidsomstandigheden

- **Verzuimbeleid**

Het verzuim over geheel 2009 bedroeg 5% (exclusief zwangerschap- en bevallingsverlof). Dit betekent een daling ten opzichte van 2008; in dat jaar was het verzuimpercentage 5,5%. Er wordt hard aan gewerkt om deze ingang gezette verbetering in 2010 voort te zetten, onder andere door voortdurende aandacht te besteden aan werkomstandigheden en verzuimbegeleiding.



- **Risico Inventarisatie en Evaluatie (RI&E)**
In 2009 is, door middel van de Risico Inventarisatie en Evaluatie, gestart met het in kaart brengen van de risico's die samenhangen met het werken in het ziekenhuis. In 2010 vindt het vervolg plaats zodat eind 2010 alle afdelingen in het Albert Schweitzer ziekenhuis beschikken over een actuele RI&E. Iedere RI&E leidt tot een plan van aanpak en acties die worden opgenomen in de jaarplanning.

4.5.3.3 Een professionele P&O-organisatie

Het Albert Schweitzer ziekenhuis vraagt om een proactieve P&O-organisatie die alert kan inspelen op de ontwikkelingen die op het ziekenhuis afkomen. Mede vanwege deze noodzaak heeft in 2009 een reorganisatie binnen de afdeling P&O plaatsgevonden, waarbij tevens de decentrale P&O-medewerkers en -adviseurs zijn gepositioneerd binnen de stafdienst P&O. Eveneens is de salarisadministratie (voorheen onderdeel van de afdeling AI&C) ondergebracht bij de stafdienst P&O.

Formatie en bezetting

In onderstaand overzicht wordt voor 2009 de gemiddelde personele bezetting afgezet tegen de formatie zoals begroot. De bezetting is opgesplitst in vaste- en flexibele bezetting. Het ASz had in 2009 een gemiddelde bezetting van 2.520 fte. Dit is 44 fte onder de formatie zoals begroot. Deze onderschrijding van de formatie is bereikt door toepassing van een selectieve vacaturestop en door het terughoudend inzetten van oproepmedewerkers. In 2008 bedroeg de bezetting 2.569 fte. De gemiddelde totale bezetting in 2009 is daarmee met 1,9% gedaald ten opzichte van 2008.

	Vaste Bezetting	Flexibele inzet	Totale bezetting	Begrote formatie	Verschil
ASz Totaal	2.386	134	2.520	2.564	-44

Loonkostenontwikkeling

In 2009 heeft de stijgende trend in de loonkostenontwikkeling van de afgelopen jaren zich versneld voortgezet. De gemiddelde loonkosten per fte zijn 2,7 % hoger dan in 2008. Ruim de helft van deze stijging wordt veroorzaakt door salarisverhoging en eenmalige uitkering op basis van CAO-afspraken.

	2005	2006	2007	2008	2009
Loonkosten totaal	109.589.124	114.572.164	116.668.195	122.723.314	124.192.227
FTE totaal	2.587	2.612	2.566	2.558	2.520
Gemiddelde loonkosten	42.361	43.864	45.467	47.976	49.282



Instroom en uitstroom personeel

In 2008 werd een instroom van nieuwe medewerkers gemeten van 10,8% tegenover een uitstroompercentage van 13,6%. Dit resulteert in een afname van het aantal medewerkers in dienstverband. Daar tegenover staat dat de inzet van flexibele arbeid (personeel niet in loondienst) is toegenomen.

Verzuim

Het verzuim is in 2009, ten opzichte van 2008, met 0,5% gedaald:

Verzuim	2008	2009
Totaal ASz	5,5	5,0

Onderstaand een uitsplitsing van het verzuim in de verschillende duurklassen:

	totaal	1-7 dgn	8-14 dgn	15-42 dgn	> 43 dgn	> 365 dgn	MF
Totaal ASz	5,0	1,0	0,5	0,5	2,0	1,1	1,31

Arbeidsmarkt

De druk op de arbeidsmarkt werd gedurende 2009 steeds sterker voelbaar. Door de ingestelde selectieve vacaturestop is de stijging van het aantal vacatures beperkt gebleven. Eind 2009 stonden er totaal 28 vacatures (voor 1 of meerdere medewerkers) open. Deze vacatures betroffen vrijwel allemaal zorgfuncties. Veel vacatures betreffen verpleegkundigen en artsenfuncties. Bovendien blijven de vacatures langer onvervuld. Dit geldt vooral voor de specialistische functies.

Vacatures	Totaal aantal vacatures per 31 december van het verslagjaar	Aantal moeilijk vervulbare vacatures per 31 december van het verslagjaar
Totaal personeel	28	14
Personeel met patiëntgebonden functies	26	13

Interne communicatie

Om de communicatie met medewerkers en specialisten vorm te geven, zijn in 2009 diverse middelen ingezet:

- het personeelsmagazine Aspect is 6 keer verschenen, waarvan 1 speciale lustrumeditie ter ere van het 10-jarig jubileum van het ziekenhuis;
- intranet is een dagelijks platform waar informatie op wordt geplaatst en waar beperkt ook interactie mogelijk is (maandelijks stelling). In 2009 zijn voorbereidingen getroffen om in 2010 een vernieuwd intranet in gebruik te kunnen nemen. Hiermee worden onder andere de mogelijkheden vergroot om interactie en dialoog te kunnen realiseren;
- de Jaarkrant is verschenen, tevens een Veiligheidskrant in het kader van project Patientveiligheid.



4.6 Samenleving en Milieu

4.6.1. Samenleving: Albert Schweitzer ziekenhuis maatschappelijk betrokken

Op verschillende manieren onderhoudt het Albert Schweitzer ziekenhuis haar relatie met de maatschappij om haar heen. Uiteraard binnen de zorgwereld in de regio, maar ook op andere gebieden. Een klein overzicht van deze betrokkenheid bij de maatschappij, dichtbij en ver weg.

Patiëntenverenigingen

Het ziekenhuis werkt aan goede relaties met patiëntenverenigingen uit de regio en landelijk. Patiëntenverenigingen krijgen gelegenheid om activiteiten in het ziekenhuis aan te bieden aan hun achterban en geïnteresseerden. Regelmatig verlenen specialisten en medewerkers medewerking. Deze bijeenkomsten trekken jaarlijks een kleine tweeduizend patiënten.

Week voor chronisch zieken

Tijdens de landelijke week voor de chronisch zieken houdt het ziekenhuis al een aantal jaren achter elkaar een voorlichtingsmarkt voor deze doelgroep. Diverse patiëntenverenigingen en specialismen hebben zich ook dit jaar weer gepresenteerd op deze markt en patiënten geïnformeerd op het brede spectrum van de chronische ziekten. Er zijn 700 bezoekers geweest.

Seniorenvervoer

Ook dit jaar heeft het Albert Schweitzer ziekenhuis weer financieel kunnen bijdragen aan de Stichting Seniorenvervoer. Deze organisatie organiseert al jaren het vervoer van oudere inwoners van Zwijndrecht en omstreken. Dankzij vrijwilligers en enkele busjes worden senioren gehaald en gebracht naar het ziekenhuis of andere gezondheidsinstellingen.

Malawi

In 2006 is het ASz een meerjarige samenwerking aangegaan met Cordaid en het Holy Family Mission Hospital in het Phalombe-district in Malawi. Het jaar 2009 was het laatste jaar van deze samenwerking. De nadruk heeft gelegen op het ontvangen van medewerkers uit Malawi in Nederland en het bijeenbrengen van het laatste benodigde bedrag voor het familiehuis. Het project is met goed resultaat voor de verschillende partijen afgesloten. Deze samenwerking is formeel ten einde, maar betrokkenheid op het gebied van kennisuitwisseling zal blijven.

Ontwikkelingslanden

Het ziekenhuis toont zijn maatschappelijke verantwoordelijkheid eveneens door het al vele jaren ondersteunen van zorgprojecten in ontwikkelingslanden. Gecoördineerd door de commissie Buitenland worden verzoeken om kleinschalige ondersteuning van lokale ziekenhuizen uit verschillende landen in behandeling genomen. Het ziekenhuis leidt daarnaast jaarlijks voor eigen rekening twee tropenartsen op.

Kunst

De kunstcommissie van het ziekenhuis heeft ook in 2009 verschillende kunstenaars uit de regio gelegenheid gegeven om te exposeren op één van de locaties van het ziekenhuis. Hiermee wordt getracht een bijzondere relatie op te bouwen met de bevolking door patiënten, bezoekers en medewerkers bij kunst te betrekken en het verblijf in het ziekenhuis te veraangename.



Schweitzerloop

In september werd voor de zesde keer de Schweitzerloop gehouden. Wederom waren er honderden deelnemers die deelnamen aan de prestatielopen en wandeltochten, genietend van het mooie weer en de goede sfeer en samenwerking met atletiekverenigingen uit Dordrecht. Dit sportieve evenement heeft dit jaar opnieuw een mooi bedrag aan sponsorgeld opgebracht. Dit is ten goede gekomen aan het samenwerkingsproject in Malawi.

Vrienden

Al vele jaren ondersteunt de stichting Vrienden van het Albert Schweitzer ziekenhuis de zorg voor patiënten door middelen te schenken voor projecten en aankopen die het verblijf van patiënten kunnen veraangename. Ook in 2009 zijn verschillende afdelingen en projecten geholpen met een gift. Zo is bijvoorbeeld de huiskamer van het Joint Care-programma op de afdeling Orthopedie op locatie Dordwijk mooi ingericht, is er speelgoed aangeschaft voor de kinderdagbehandeling en is de modeshow voor vrouwen met borstkanker gesponsord.

Daarnaast heeft het ziekenhuis samen met de Vrienden in het kader van het 10-jarig lustrum van het ziekenhuis diverse 'cadeaus' voor patiënten gesponsord: afdelingen konden een verzoek indienen voor een cadeau wat ten goed komt aan hun patiënten. Het Albert Schweitzer ziekenhuis is dankbaar voor de maatschappelijke betrokkenheid van de Vrienden bij het ziekenhuis.

2e prijs voor Cultuurkoffer

In 2008 is de Cultuurkoffer ontwikkeld en geïntroduceerd in de organisatie. In 2009 heeft dit initiatief de tweede prijs ontvangen bij de Avicennaprijs 2009.

4.6.2 Milieubeleid en organisatie

In 2009 is het geïntegreerd beleidsplan voor de aandachtsgebieden Arbo, milieu, veiligheid (AMV) en kwaliteit opgenomen in het ziekenhuisbeleidsplan voor de periode 2010 tot en met 2013. Het belangrijkste instrument op gebied van milieuzorg is daarbij de milieuthermometer zorg. Hiermee worden de milieuprestaties van het ziekenhuis objectief beoordeeld.

4.6.3 Overlegorganen

Er is deelgenomen aan de volgende reguliere overlegorganen:

- Coördinatoren overleg ASz (AMV, kwaliteit, Hygiëne en infectiepreventie);
- Milieu Platform Zorg (MPZ).

4.6.4 Milieuzorgsysteem

Na het binnenhalen van de NIAZ-accreditatie in 2008 is dit jaar doorgewerkt aan het verder ontwikkelen en implementeren van het milieubeleid in de organisatie. Alle medewerkers krijgen bij indiensttreding het informatieboekje Arbo, Milieu en Veiligheid uitgereikt. De introductie van nieuwe medewerkers is geëvalueerd en verbeterd. Er is een volledige website beschikbaar voor Arbo, Milieu en Veiligheid. Hierop is relevante informatie voor alle medewerkers beschikbaar. Om medewerkers op afdelingsniveau bij te scholen, is een start gemaakt met het ontwikkelen van lesmodules die via het Leerhuis aangeboden zullen worden.



4.6.5 Overzicht vergunningen

Het Albert Schweitzer ziekenhuis heeft op milieugebied diverse vergunningen. De belangrijkste zijn: Wet Milieubeheer, Wet Verontreiniging Oppervlaktewater (WVO) en de Kernenergiewet. In 2009 zijn vergunningen aangevraagd en verleend in het kader van de bouwactiviteiten en energieopslag in de bodem voor het Gezondheidspark bij de locatie Dordwijk.

Rapportages voor vergunningen Wet Milieubeheer

De milieudienst ZHZ heeft in de vergunning voor locatie Zwijndrecht voorschriften opgenomen voor het uitvoeren van een onderzoek naar energiebesparende mogelijkheden. Hiervoor heeft de afdeling Huisvesting en Techniek een Energie Bedrijfs Plan (EBP) opgesteld. Het EBP is voorgelegd aan de milieudienst en zal verder worden geïmplementeerd door Huisvesting en Techniek.

4.6.6 Inspecties en controles

Op de locatie Sliedrecht zijn geen milieu-inspecties uitgevoerd.

De milieudienst ZHZ heeft eind 2008 een inspectie uitgevoerd op het bouwterrein op locatie Dordwijk. Er zijn enkele onvolkomenheden geconstateerd bij de lekkage van vloeistoffen. De onvolkomenheden zijn afdoende opgelost.

Eind 2008 heeft de inspecteur van de milieudienst Provincie ZH een controlebezoek uitgevoerd op locatie Amstelveen. De geconstateerde onvolkomenheden op het gebied van opslag van materialen en aanduiding van hoofdafsluiters, energiegebruik en inspecties zijn in 2009 afdoende opgelost.

De inspecteur van de milieudienst Provincie ZH heeft eind 2008 tevens een controlebezoek uitgevoerd op locatie Zwijndrecht. Ook hier zijn de geconstateerde onvolkomenheden op het gebied van opslag van materialen en aanduiding van hoofdafsluiters, energiegebruik en inspecties in 2009 afdoende opgelost.

4.6.7 Milieuprestaties

4.6.7.1 Afval

Het ziekenhuis kent diverse afvalstromen: specifiek ziekenhuisafval, bedrijfsafval, klein gevaarlijk afval, swill (keukenafval), papier en karton, glas, hout- en sloopafval en bruin- en witgoed. Dit afval wordt apart ingezameld en aangeboden aan de afvalinzamelaars.

Tabel: Afval in kg per locatie en afvalstroom

Afval 2009 in kg.	DW/SLD	AW	ZWD	Totaal	2008	verschil	%
Klein Gevaarlijk afval	5.100	2.200		7.300	5.456	1.844	34%
Bedrijfsafval	563.280	150.520	163.260	877.060	913.000	-35.940	-4%
Karton	42.912			42.912	62.200	-19.288	-31%
Papier	28.608	28.340	10.410	67.358	81.360	-14.002	-17%
Specifiek ziekenhuisafval	26.500	1.766	9.095	37.361	37.192	169	0%
Bouw en sloop afval		3.620		3.620	11.480	-7.860	-68%
Swill	49.400			49.400	57.840	-8.440	-15%
Totaal	715.800	186.446	182.765	1.085.011	1.168.528	-83.517	-7%



Ziekenhuisafval productie afgezet tegen het aantal patiënt gewogen Eenheden

Aantal patiënt gewogen Eenheden (pge) 2009 = 805.642	
Totaal afvalproductie in kg	1.085.011
	= 1.35 kg / pge
Patiënt gewogen Eenheden	805.642
Specifiek ziekenhuisafval in kg	37.361
	= 0.046 kg / pge
Patiënt gewogen Eenheden	805.642

Toelichting

Op de locatie Amstelveen zijn de interne verbouwingen afgerond. Hierdoor is een reductie van de hoeveelheid bouw- en sloofafval zichtbaar. Karton wordt op de locatie Dordrecht verzameld in een aparte perscontainer. Met deze perscontainer zijn in 2009 enkele technische problemen geweest, waardoor een afname zichtbaar is.

Papier laat een afname van afvoer zien. Dit heeft o.a. te maken met een lager papierverbruik. Een grove analyse toont aan dat er 7-10% minder papier is ingekocht. Er wordt steeds meer digitaal gewerkt en vastgelegd.

TL-buizen en spaarlampen worden apart ingezameld en afgevoerd als Klein gevaarlijk afval. De afname van de hoeveelheid afgevoerde Swill kan teruggevoerd worden op de invoering van Meals on Wheels. Doordat de aangeboden hoeveelheid voeding beter aansluit op de wensen van de patiënt, hoeft er minder weggegooid te worden.

4.6.7.2 Energie

De plannen voor het realiseren van warmtekrachtinstallaties op Biobrandstof zijn niet tot uitvoering gekomen. Om toch verder te gaan met in gang zetten van energiebesparende maatregelen is onderzoek naar warmte- en koude- opslag in de bodem uitgevoerd. Hiervoor zijn inmiddels ook de benodigde vergunningen verkregen. Hieronder volgt een opsomming van de energiebesparende maatregelen die in 2009 zijn ingezet:

- Er wordt permanent intensief gemeten om energieverbruik beter te kunnen analyseren. In 2009 zijn naar aanleiding van deze meetresultaten verdere energiebesparingsmaatregelen genomen.
- Voor locatie Zwijndrecht is een EBP opgesteld. Hierin worden alle energiebesparende mogelijkheden geanalyseerd. Tevens zijn van het gebouw warmtebeelden gemaakt. Hiermee kan geanalyseerd worden of en waar het gebouw beter geïsoleerd kan worden.
- Op locatie Amstelveen is in 2008 de WKK-installatie vervangen. Ondanks de korte periode dat deze nog ingezet kan worden, wordt hierdoor energie bespaard. Omgerekend naar primaire energie komt het hoge rendement van de WKK-installatie goed tot uitdrukking.
- Op locatie Amstelveen is een groot deel van de perslucht-installatie ontmanteld. Dit heeft een gunstige invloed op het energieverbruik.
- De toename van het overall energieverbruik op locatie Sliedrecht moet gezocht worden in de hogere bezettingsgraad en de verlengde openingstijden.



De genoemde maatregelen leveren, met behoud van eenzelfde niveau van klimaatkwaliteit, een lager energieverbruik op. De totale energie-inkoop is wel licht gestegen, o.a. door de toename van (nieuw) gebouwoppervlakte. Verder is er een licht stijgende toename van verbruik te zien door verdergaande automatisering en uitbreiding van medische apparatuur. Omgerekend naar primair energieverbruik is er, voornamelijk door het hoge rendement aan de WKK-installatie, een lichte daling te zien.

In de gezondheidssector is landelijk een gemiddelde stijging van 2% waar te nemen. Met een stijging van 0,67% blijft het Albert Schweitzer ziekenhuis daar ver onder.

Om een betere vergelijking te kunnen maken, is het gas- en elektriciteitsverbruik omgerekend naar GigaJoule (GJ). Om elektriciteit te produceren, is ook (primaire) energie nodig. Daarom is een vergelijking gemaakt tussen het verbruik van ingekochte energie en het verbruik van primaire energie.

De kosten van energie zijn in 2009 helaas verder gestegen. Vooral de prijs van aardgas is sterk toegenomen.

Tabellen Overzicht verbruik gas en elektriciteit

Omrekening elektriciteit op basis van energie-inhoud 3,6 kJ per KWh (ingekochte energie)

	2008				2009				verschil
	gas	elektra	totaal		gas	elektra	totaal		
DW	1.207.009	8.879.375			1.175.917	9.073.503			
	38.202	31.966	70.168	GJ	37.218	32.665	69.882	GJ	-0,41%
AW	1.270.084	3.885.857			1.459.887	2.716.844			
	40.198	13.989	54.187	GJ	46.205	9.781	55.986	GJ	3,21%
ZD	761.059	2.173.623			705.563	2.428.572			
	24.088	7.825	31.913	GJ	22.331	8.743	31.074	GJ	-2,70%
SD	118.202	819.991			128.605	848.098			
	3.741	2.952	6.693	GJ	4.070	3.053	7.124	GJ	6,04%
Totaal	3.356.354	15.758.846			3.469.972	15.067.017			
	106.229	56.732	162.960	GJ	109.825	54.241	164.066	GJ	0,67%



Omrekening elektriciteit op basis van energie-inhoud 9 kJ per KWh (primaire energie)

	2008				2009			
	gas	elektra	totaal		gas	elektra	totaal	verschil
DW	1.207.009	8.879.375			1.175.917	9.073.503		
	38.202	79.914	118.116	GJ	37.218	81.662	118.879	GJ
								0,64%
AW	1.270.084	3.885.857			1.459.887	2.716.844		
	40.198	34.973	75.171	GJ	46.205	24.452	70.657	GJ
								-6,39%
ZD	761.059	2.173.623			705.563	2.428.572		
	24.088	19.563	43.650	GJ	22.331	21.857	44.188	GJ
								1,22%
SD	118.202	819.991			128.605	848.098		
	3.741	7.380	11.121	GJ	4.070	7.633	11.703	GJ
								4,97%
Totaal	3.356.354	15.758.846			3.469.972	15.067.017		
	106.229	141.830	248.058	GJ	109.825	135.603	245.428	GJ
								-1,07%

Energie in euro's

	2008				2009			
	gas	elektra	totaal €		gas	elektra	totaal €	verschil
DW	442.809	934.822	1.377.631		588.806	1.038.354	1.627.159	15,34%
AW	465.873	438.951	904.824		715.918	369.027	1.084.945	16,60%
ZD	279.232	272.301	551.533		351.205	345.351	696.556	20,82%
SD	61.055	96.327	157.382		87.008	112.828	199.835	21,24%
Totaal	1.248.969	1.742.401	2.991.370		1.742.937	1.865.559	3.608.496	17,10%

energiekosten afgezet tegen het aantal patiënt gewogen Eenheden

Aantal patiënt gewogen	Eenheden (pge) 2009	805.642
Energiekosten	3.608.496	
	-	4,48 Euro/pge
Patiënt gewogen Eenheden	805.642	



4.6.8 Handhaving ADR wet- en regelgeving

De ADR wet- en regelgeving bevat richtlijnen voor het vervoer van gevaarlijke stoffen over de weg. Hieronder vallen ook de diagnostische monsters die voor het laboratorium vervoerd worden en het specifiek ziekenhuisafval.

Dit vervoer vindt onder andere plaats vanaf de vele prikpunten in de regio, tussen de locaties van het ziekenhuis en naar andere laboratoria. Om te kunnen voldoen aan de wettelijk eisen heeft het Albert Schweitzer ziekenhuis met een externe ADR-veiligheidsadviseur een contract afgesloten. In 2009 heeft geen inspectie plaatsgevonden.

4.7 Financieel beleid

4.7.1 Ontwikkeling resultaat en eigen vermogen

Het jaarresultaat 2009 is uitgekomen op € 2.8 miljoen. Gedurende het hele jaar is zeer strak gestuurd op de bedrijfsvoering met het doel het financieel rendement te verbeteren en het weerstandsvermogen te versterken. Voorbeelden hiervan zijn de selectieve vacaturestop en een rem op de investeringen. Daarnaast zijn verbeterprojecten gestart, zoals ligduurverkortings en meer standaardisatie bij het inkopen van materialen. Dit heeft geleid tot een hoger dan begroot financieel resultaat. Diverse factoren hebben daarbij een rol gespeeld. De belangrijkste zijn een beheerste kostenontwikkeling bij de divisies, meevallende opbrengsten in het B-segment, een hogere waardering van onderhanden werk DBC's in het B-segment, lagere kapitaalslasten (rente en afschrijvingen) en enkele eenmalige baten. Daarentegen stegen de kosten voor concernbrede projecten (EPD) en zijn voorzieningen getroffen voor enkele in 2009 gestarte projecten. In deze paragraaf wordt uitgegaan van de geconsolideerde cijfers voor het Albert Schweitzer ziekenhuis. Daarin begrepen is het resultaat van de Poliklinische Apotheken BV en de Vastgoed BV.

Door het positieve resultaat steeg het weerstandsvermogen van 7.5% naar 8.2%. Daarmee is een eerste belangrijke stap gezet naar de doelstelling om ultimo 2011 de grens van 10% te passeren. Voor 2010 is een resultaat van € 4.0 miljoen begroot.

In de onderstaande tabel wordt zichtbaar hoe de resultaten uitpakken voor de verschillende indicatoren.

Tabel: overzicht kengetallen Albert Schweitzer ziekenhuis

Financiële kengetallen ASZ	Albert Schweitzer ziekenhuis						
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Resultaat (in mln. €)	0,5	2,6	0,2	0,8	3,5	-1,5	2,8
Totale opbrengsten (in mln. €)	182	194	197	207	216	223	237
Stijging totale opbrengsten	1,7%	6,5%	1,5%	5,0%	4,7%	3,1%	6,2%
Omzet B-segment (x € miljoen)			10,3	16,0	17,7	42,7	62,2
Personeelskosten in % opbrengsten	58,9%	57,8%	59,3%	58,4%	56,9%	58,5%	56,2%
Omzet per FTE (x € 1000)	73,1	77,3	75,9	79,2	84,2	87,2	94,0
Totale personeelskosten per FTE	43,0	44,7	45,1	46,4	47,9	51,0	52,9
Gem. aantal FTE	2.488	2.511	2.591	2.607	2.566	2.558	2520
Eigen vermogen (in mln €)	10,9	13,5	12,3	13,1	18,2	16,6	19,5
Voorzieningenniveau (in mln €)	3,2	3,6	4,1	4,3	4,1	5,3	4,1
Weerstandniveau (EV+VZ)/Opbrengsten	7,8%	8,8%	8,3%	8,4%	10,3%	9,8%	10,0%
Weerstandsniveau Waarborgfonds	6,2%	7,0%	6,3%	6,4%	8,4%	7,5%	8,2%



4.7.2 De totale bedrijfsopbrengsten

De totale inkomsten van het ziekenhuis stegen met € 13.5 miljoen (6,1%) van € 223,1 tot € 236,6 miljoen. De totale omzet in 2009 is opgebouwd uit de volgende onderdelen:

Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten (A-segment)	€ 145.6 miljoen (- 14.3 miljoen)
Opleidingsfonds	€ 8.4 miljoen (+ 1.6 miljoen)
Opbrengst B-segment	€ 62.8 miljoen (+ 20.1 miljoen)
Niet gebudgetteerde zorgprestaties	€ 3.9 miljoen (+ 1.8 miljoen)
Overige bedrijfsopbrengsten	€ 15.9 miljoen (+ 4.4 miljoen)
Totale bedrijfsopbrengsten 2009	€ 236.6 miljoen (+ 13.5 miljoen)

4.7.2.1 Wettelijk budget

De daling van het wettelijk budget voor aanvaardbare kosten (A-segment) wordt grotendeels verklaard door de opschoning van tranche 3 van het B-segment. De volgende mutaties verklaren de daling van € 14.3 miljoen.

- Saldo Productieafspraken + uitrekening budgetparameters B-segment	€ - 6.0 miljoen
- Opschoning B-segment /Restcorrectie	€ - 6.2 miljoen
- Indexering loon- en materiële kosten	€ 3.1 miljoen
- Mutatie erkenning en toelating	€ 0.6 miljoen
- Normatieve kapitaalslasten	€ - 2.4 miljoen
- Korting Prestatiecontract	€ - 0.2 miljoen
- Korting Zorgvernieuwing	€ - 0.2 miljoen
- Overige mutaties	€ - 2.6 miljoen
- Mutatie correcties voorgaande jaren	€ - 0.4 miljoen

Totaal mutaties wettelijk budget € -14.3 miljoen

4.7.2.2 Opleidingsfonds

De inkomsten vanuit het Opleidingsfonds stegen in 2009 aanzienlijk met € 1.6 miljoen als gevolg van meer arts-assistenten in opleiding (AIO), hogere vergoedingen per AIO en een hogere definitieve afrekening over het voorgaande jaar.

4.7.2.3 Ontwikkeling inkomsten B-segment

Hoofdzakelijk als gevolg van de uitbreiding van het DBC-B-segment met tranche 3 stegen de inkomsten met € 42.7 miljoen naar € 62.8 miljoen.

4.7.2.4 Overige inkomsten

Naast het wettelijk vastgesteld budget, het opleidingsfonds en de omzet uit het DBC-B-segment omvatten de inkomsten van het ziekenhuis nog de vergoedingen voor diensten en verrichtingen aan derden. Door een wijziging in systematiek worden vanaf 2009 de honoraria van DBC's van de artsen in loondienst (kinderartsen en geriateren) verantwoord als overige inkomsten.

4.7.3 De kostenontwikkeling

De exploitatiekosten zijn in 2009 gestegen met € 10.6 miljoen (4.9%). Dit is opgebouwd uit € 3.2 miljoen gestegen personeelskosten, € 0.6 miljoen lagere afschrijvingslasten en € 8.1 miljoen hogere overige bedrijfskosten.



BEDRIJFSLASTEN	2009	2008	toename	
	€	€	€	%
Personeelskosten	133.702.289	130.526.366	3.175.923	2,43%
Afschrijvingen op vaste activa	18.825.335	19.407.575	-582.240	-3,00%
Overige bedrijfskosten	75.636.607	67.574.629	8.061.978	11,93%
Som der bedrijfslasten	228.164.231	217.508.570	10.655.661	4,90%

4.7.3.1 Personeelskosten

De totale personeelskosten zijn toegenomen met € 3.2 miljoen, dat is een stijging met 2.4% ten opzichte van 2008:

PERSONEELSKOSTEN	2009	2008	toename	
	€	€	€	%
Lonen en salarissen	101.512.650	100.809.347	703.303	0,7%
Sociale lasten	13.230.049	13.512.635	- 282.586	-2,1%
Pensioenpremie	8.167.710	7.244.232	923.478	12,8%
Andere personeelskosten:	3.848.464	3.819.320	29.714	0,8%
Sub-totaal	126.758.873	125.385.534	1.373.339	1,1%
Personeel niet in loondienst	6.943.417	5.140.832	1.802.585	35,1%
Totaal personeelskosten	133.702.289	130.526.366	3.175.923	2,4%

De kosten van het personeel in loondienst stegen met € 1.4 miljoen (+ 1,1% ten opzichte van 2008). Deze mutatie is als volgt opgebouwd:

- - 1,5% i.v.m. een volume-effect: de gemiddelde formatie nam in 2009 af van 2.558 fte naar 2.520 fte;
- - 0,2 % i.v.m. daling sociale lasten (met name WW-premie)
- + 1% betreft de stijging van het percentage eindejaarsuitkering.
- + 0,5 % stijging door CAO-verhoging van 1 % per 1 juli 2009
- + 0,3 % betreft reguliere anciënniteitseffecten binnen het loongebouw
- + 0,3 % stijging i.v.m. eenmalige uitkering in september 2009.
- + 0,7 % stijging van de pensioenlasten door een andere verhouding wergever/werknemerslasten.

De kosten van het personeel niet in loondienst stegen met € 1.8 miljoen (+ 35%) in verband met meer inhuur van gespecialiseerd personeel (m.n. verpleegkundigen OK/Anesthesie) en de kosten van interimbestuurders in 2009.

4.7.3.2 Toelichting overige bedrijfskosten

De bedrijfskosten stegen met € 8.3 miljoen, ofwel met 12,2%. De belangrijkste stijging in 2009 deed zich voor in de patiënt- en bewonersgebonden kosten: + € 3.1 miljoen (+ 7,2%). Daarbij is voor € 0.7 miljoen aan nieuwe geconsolideerde kosten meegenomen vanuit de Politheek BV, die in 2009 gestart is met haar activiteiten. Opvallende kostenstijgingen als gevolg van productiegroei en prijsstijgingen zijn hart- en vaatprothesen (€ 0.9 miljoen), bloedproducten (€ 0.1 miljoen), knie- en heupprothesen (€ 0.3 miljoen). De toename van voedingsmiddelen en hotelmatige kosten wordt veroorzaakt door hogere waskosten en door de reservering van € 0.25 miljoen die is getroffen voor de verhuizing die in 2010 zal plaatsvinden. De stijging van de algemene kosten wordt verklaard door de ontwikkelkosten



voor het EPD, aanschaf van een Oracle-site-licentie en een reservering voor de projectkosten voor deelname aan Zorgdomein. In 2008 werd de rubriek overige kosten eenmalig gedrukt door een afname van de voorziening voor dubieuze debiteuren (€ 0.6 miljoen) en een eenmalige bate als gevolg van grondverkoop (€ 1.3 miljoen).

OVERIGE BEDRIJFSKOSTEN	2009	2008	toename	
	€	€	€	%
Voedingsmiddelen en hotelmatige kosten	8.705.667	8.236.906	468.761	5,7%
Algemene kosten	13.834.623	12.085.358	1.749.265	14,5%
Patiënt- en bewonersgebonden kosten	46.496.823	43.370.995	3.125.828	7,2%
Onderhoud en energiekosten	5.604.684	4.879.111	725.573	14,9%
Huur en leasing	903.756	888.692	15.064	1,7%
Dotaties en vrijval voorzieningen	467.764	350.000	117.764	33,6%
Overige kosten	-176.711	-2.236.433	2.059.722	-92,1%
Totaal bedrijfskosten	<u>75.836.607</u>	<u>67.574.629</u>	<u>8.261.978</u>	<u>12,2%</u>

4.7.4 Toelichting Balansposten (geconsolideerd)

4.7.4.1 Vaste Activa

Het totaal aan vaste activa nam in 2009 toe met € 34,7 miljoen tot € 229.7 miljoen, hoofdzakelijk als gevolg van de stijging van onderhanden werk locatie Dordwijk (Gezondheidspark). In het voorjaar van 2008 is gestart met de bouw van het Gezondheidspark waarvoor de totale bouwsom € 112 miljoen bedraagt. Circa 80% hiervan is bestemd voor WTZi-onderdelen waarvan het grootste deel voor het ASz. Voor de niet ASz-onderdelen zijn vanuit de Vastgoed BV langjarige huurcontracten afgesloten.

4.7.4.2 Voorraden en onderhanden werk DBC's, Debiteuren

Het niveau van de afdelingsvoorraden steeg met € 0.9 miljoen. In deze stijging is de voorraadvorming van de Politheek BV meegenomen voor € 0.3 miljoen. Een groot gedeelte is tevens toe te schrijven aan de voorraadvorming van dure stents als gevolg van het dotteren (€ 0.2 miljoen). In 2009 is een tweede catheterisatiekamer geopend. Het saldo van onderhanden werk DBC's en ontvangen voorschotten van zorgverzekeraars daalde in 2009 verder met € 3.2 miljoen. De balanspost vorderingen daalde van 57.8 miljoen naar 48.8 miljoen. Deze daling wordt veroorzaakt door een lager debiteurensaldo en een lager saldo van nog te factureren DBC's/ verrichtingen.

4.7.4.3 Financiering

Per saldo daalde het niveau van de langlopende leningen door het aflossen van leningen voor een bedrag van € 7.3 miljoen. Mede hierdoor en door het gestegen investeringsniveau (bouw) steeg het aandeel kortlopende schulden met ruim € 19.5 miljoen.

4.7.5 Verwachting en begroting 2010

De nadruk op financieel resultaat en doelmatigheid staat centraal in de plannen voor 2010. Het verbeteren van het rendement van de bedrijfsvoering moet in 2010 een impuls krijgen door actiever de ASz-prestaties te benchmarken met andere ziekenhuizen. Hiervoor is eind



2009 het programma CostPerform van TRAGPI aangekocht, waarmee het mogelijk is om DBC's qua kosten, zorgprofielen en inzet van fte's te benchmarken. Verder lopen de ingezette acties in het kader van 'huis op orde' door en moet het scherper sturen ook zichtbaar worden in het nieuwe organisatiemodel waarbij de lijnen tussen de Raad van Bestuur en bedrijfsleider korter zijn. Dat alles moet zich voor de komende jaren vertalen in een structureel resultaat in orde van grootte van € 4.0 miljoen, hetgeen ook het resultaat zoals begroot voor 2010 is. Dit resultaat wordt bereikt door een strakke sturing op de kosten en het realiseren van inkoopvoordelen.

De ingezette verschuiving van het bieden van zorg in een poliklinische setting of dagbehandeling blijft zich in 2010 doorontwikkelen. Het verkorten van de wachttijden cq. doorlooptijden, het verruimen van bedrijfstijden en het efficiënt inzetten van mensen en middelen is voor 2010 een belangrijk aandachtspunt. In 2009 is gestart met TOC (Theory of Constraints) en de verwachting is dat dit in 2010 tot goede resultaten zal leiden.

Het is opnieuw mogelijk gebleken om ruimte te creëren voor investeringen in concernbrede projecten. Een budget van € 2.9 miljoen is hiervoor beschikbaar. De meeste daarvan hebben een ICT-karakter. In tegenstelling tot voorgaande jaren zullen de projecten pas in de loop van 2010 geprioriteerd worden, zodat meer rekening gehouden kan worden met de actualiteit.

In 2010 zullen de noodzakelijke voorbereidingen worden gedaan voor de beoogde invoering van DOT in 2012 (DBC's op weg naar transparantie). Het verbeteren van de basisregistratie van verrichtingen/zorgactiviteiten en het aanpassen van de administratieve systemen vraagt daarbij de meeste aandacht.

Voor de interne bedrijfsvoering en externe verantwoording is het van belang dat het Albert Schweitzer ziekenhuis transparant is en resultaatgericht werkt. Door het ontwikkelen van een Balanced Scorecard wordt integraal inzicht gegeven in de bedrijfsvoering en de doorontwikkeling per eenheid. Met behulp van de Balanced Scorecard wordt per specialisme inzichtelijk wat er gedaan wordt, welke middelen daarvoor ingezet worden en hoe de kwaliteit van zorg is op basis van zorginhoudelijke prestatie indicatoren.





5. Jaarrekening

Stichting Albert Schweitzer ziekenhuis 2009

**Albert
Schweitzer**
ziekenhuis



INHOUDSOPGAVE

Pagina

5.1	Jaarrekening 2009	73
5.1.1	Geconsolideerde balans per 31 december 2009	73
5.1.2	Geconsolideerde resultatenrekening over 2009	74
5.1.3	Geconsolideerd kasstroomoverzicht over 2009	75
5.1.4	Grondslagen van waardering en resultaatbepaling	76
5.1.5	Toelichting op de geconsolideerde balans per 31 december 2009	79
5.1.6	Mutatieoverzicht materiële vaste activa	87
5.1.7	Specificatie ultimo boekjaar onderhanden projecten en gereed gekomen projecten	91
5.1.8	Overzicht langlopende schulden ultimo 2009	92
5.1.9	Toelichting op de geconsolideerde resultatenrekening over 2009	93
5.1.10	Balans per 31 december 2009	98
5.1.11	Resultatenrekening over 2009	99
5.1.12	Toelichting op de balans per 31 december 2009	100
5.2	Overige gegevens	101
5.2.1	Vaststelling en goedkeuring jaarrekening	102
5.2.2	Resultaatbestemming	102
5.2.3	Gebeurtenissen na balansdatum	102
5.2.4	Ondertekening door bestuurders en toezichthouders	102
5.2.5	Accountantsverklaring	103



5.1 GECONSOLIDEERDE JAARREKENING

5.1.1 GECONSOLIDEERDE BALANS PER 31 DECEMBER 2009 (na resultaatbestemming)

	Ref.	31-dec-09 €	31-dec-08 €
ACTIVA			
Vaste activa			
Materiële vaste activa	1	229.692.934	195.021.725
Financiële vaste activa	2	4.714.681	4.193.070
Totaal vaste activa		234.407.614	199.214.795
Vlottende activa			
Vorraden	3	5.354.880	4.434.701
Onderhanden werk uit hoofde van DBC's	4	-12.259.058	-9.018.761
Vorderingen en overlopende activa	5	48.792.725	57.780.536
Vorderingen uit hoofde van financieringstekort	6	0	5.663.222
Liquide middelen	7	45.547	4.542.465
Totaal vlottende activa		41.934.093	63.402.163
Totaal activa		276.341.708	262.616.959
PASSIVA			
Eigen vermogen			
Collectief gefinancierd gebonden vermogen	8	17.002.440	13.576.612
Niet collectief gefinancierd vrij vermogen		2.471.517	3.086.778
Totaal eigen vermogen		19.473.957	16.663.390
Voorzieningen	9	4.116.859	5.290.129
Langlopende schulden	10	100.675.001	107.975.001
Kortlopende schulden			
Schulden uit hoofde van financieringsoverschot	6	404.117	0
Kortlopende schulden en overlopende passiva	11	151.671.775	132.688.439
Totaal Passiva		276.341.708	262.616.959



5.1.2 GECONSOLIDEERDE RESULTATENREKENING OVER 2009

	Ref.	2009 €	2008 €
BEDRIJSOPBRENGSTEN:			
Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten en/of subsidie	13	145.568.704	159.918.805
Opleidingsfonds 1e tranche	14	8.602.752	6.813.900
DBC opbrengsten B-segment	15	62.838.406	42.713.328
Niet gebudgetteerde zorgprestaties	16	3.895.282	2.141.296
Overige bedrijfsopbrengsten	17	15.953.340	11.518.372
Som der bedrijfsopbrengsten		236.858.484	223.105.701
BEDRIJFSLASTEN:			
Personeelskosten	18	133.702.289	130.526.366
Afschrijvingen op vaste activa	19	18.825.335	19.407.575
Overige bedrijfskosten	20	75.836.607	67.574.629
Som der bedrijfslasten		228.364.231	217.508.570
BEDRIJFSRESULTAAT		8.494.253	5.597.131
Financiële baten en lasten	21	-5.683.686	-7.125.016
RESULTAAT UIT GEWONE BEDRIJFSVOERING		2.810.567	-1.527.885
RESULTAATBESTEMMING			
<i>Het resultaat is als volgt verdeeld:</i>		2009 €	2008 €
Toevoeging/(onttrekking):			
Reserve aanvaardbare kosten (collectief gebonden vermogen)		3.432.722	-626.904
Reserve aanvaardbare kosten (niet-collectief gebonden vermogen)		-615.261	-68.646
Bestemmingsreserve afschrijving			
instandhouding		16.479	-34.099
Bestemmingsreserve afschrijving inventarissen		-23.373	-798.236
		2.810.567	-1.527.885



5.1.3 GECONSOLIDEERD KASSTROOMOVERZICHT

	Ref.	2009		2008	
		€	€	€	€
Kasstroom uit operationele activiteiten					
Bedrijfsresultaat			2.810.567		-1.527.885
Aanpassingen voor :					
- afschrijvingen	5.1.6	18.715.648		19.297.888	
- mutaties voorzieningen	10	-1.173.270		1.208.751	
			17.542.378		20.506.639
Veranderingen in vlottende middelen:					
- voorraden	3	-920.179		-138.140	
- onderhanden werk DBC's	4	3.240.297		10.673.744	
- vorderingen	5	8.987.811		167.201	
- vorderingen/schulden uit hoofde van financieringstekort					
respectievelijk -overschot	6	6.067.339		-16.323.532	
- kortlopende schulden (excl.schulden aan kredietinstellingen)	12	6.664.577		-5.430.969	
			24.039.845		-11.051.696
Kasstroom uit bedrijfsoperaties			44.392.790		7.927.058
Totaal kasstroom uit operationele activiteiten			44.392.790		7.927.058
Kasstroom uit investeringsactiviteiten					
Investerings materiële vaste activa	5.1.6	-54.828.193		-41.306.493	
Desinvesteringen materiële vaste activa	5.1.6	1.441.336		5.363.117	
Mutatie leningen u/g	2	-521.610		-745.089	
Totaal kasstroom uit investeringsactiviteiten			-53.908.467		-36.688.465
Kasstroom uit financieringsactiviteiten					
Nieuw opgenomen leningen		0		0	
Aflossing langlopende schulden	11	-7.300.000		-11.448.812	
Totaal kasstroom uit financieringsactiviteiten			-7.300.000		-11.448.812
afronding			0		2
Mutatie geldmiddelen			<u>-16.815.677</u>		<u>-40.210.218</u>
liquide middelen per 1 januari		4.542.465		8.736.429	
schulden aan bankiers per 1 januari		-79.080.067		-43.063.813	
			-74.537.602		-34.327.384
Liquide middelen per 31 december		45.547		4.542.465	
schulden aan bankiers per 31 december		-91.398.826		-79.080.067	
			-91.353.279		-74.537.602
			<u>-16.815.677</u>		<u>-40.210.218</u>



5.1.4 Grondslagen van waardering en resultaatbepaling

5.1.4.1 Algemene toelichting

Algemeen

Voor zover niet anders is vermeld zijn de activa en passiva opgenomen tegen nominale waarde.

Kasstroomoverzicht

Het kasstroomoverzicht is opgesteld volgens de indirecte methode.

Materiële vaste activa

De materiële vaste activa worden gewaardeerd tegen verkrijgings- of vervaardigingsprijs onder aftrek van jaarlijkse afschrijvingen. WTZI-vergunningsplichtige vaste activa worden gewaardeerd tegen de laagste van de verkrijgings- of vervaardigingsprijs en het goedgekeurde investeringsbedrag. Het meerdere boven het goedgekeurde investeringsbedrag wordt ten laste van de resultatenrekening gebracht.

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

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

Groot onderhoud wordt voorzover er sprake is van instandhoudingsinvesteringen geactiveerd en afgeschreven in overeenstemming met de beleidsregels van de NZa. Het overige groot onderhoud wordt ten laste van het resultaat verwerkt.

Wijziging bekostiging kapitaalslasten en aanpassing "Regeling verslagleggeving WTZI en Richtlijn 665

Met de brieven van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) van 13 juni 2007 (kenmerk CZ/TSZ/2771129) en 9 juli 2007 (kenmerk MC-U-2783995) en de wijziging van het Uitvoeringsbesluit WTZi van 13 december 2007 zijn belangrijke wijzigingen in de regelgeving rondom zorgvastgoed en de bekostiging van vaste activa aangekondigd. Per 1 januari 2008 is het bouwregime voor ziekenhuizen afgeschaft; hierdoor ontstaat meer vrijheid in bouwen, maar tevens vervalt de garantie van het Ministerie van VWS op de vergoeding van afschrijvingen en rentelasten. Het risico van de dekking van kapitaallasten van het vastgoed en daarmee van de boekwaarde ligt daardoor meer en meer bij de ziekenhuizen.

Richtlijn 655 Zorginstellingen is met ingang van boekjaar 2009 aangepast aan het vervallen van het bouwregime en de (voorgenomen) wijzigingen in de bekostiging van de kapitaallasten van het vastgoed. Door de wijziging van de bekostigingssystematiek komt een einde aan verwerking en waardering van vaste activa (met name vastgoed) op grond van de bekostigingsvoorschriften. De verwerking en waardering van vaste activa dient hiermee volgens de algemene verslaggevingsregels van Titel 9 Boek 2 BW en de Richtlijnen voor de jaarverslaggeving plaats te vinden.

Op 1 april 2010 heeft de Ministerie van VWS het overgangsregime kapitaallasten voorgelegd aan de Tweede Kamer. Dit overgangsregime geeft, aflopend in de tijd, gedeeltelijke zekerheid voor oudbouw- en nieuwbouwproblematiek van het vastgoed en zekerheid voor de afwikkeling van de voormalige



Immateriële Vaste Activa (door versnelde afschrijving en vergoeding in de budgetten). Dit overgangsregime dient nog wel uitgewerkt te worden door de NZa, waarna de precieze implicaties duidelijk worden.

Er is nog geen duidelijkheid over de hoogte, invoeringsdatum en wijze van integrale prestatiebekostiging en DOT-systematiek. Vooralsnog loopt voor het A-segment de bekostiging van kapitaallasten door op basis van nacalculatie. Mogelijk vanaf 2012 is sprake van integrale tarieven

Financiële vaste activa

Deelnemingen worden gewaardeerd tegen netto vermogenswaarde.

De overige vorderingen zijn opgenomen tegen de nominale waarde, rekening houdend met de nodig geachte aftrek voor oninbaarheid.

Vorraden

De voorraden zijn gewaardeerd tegen aanschaffingsprijs respectievelijk lagere verbruikswaarde, rekening houdend met de nodig geachte aftrek voor incurante voorraden.

De post onderhanden werk is gebaseerd op de gemaakte kosten voor de uitgevoerde verrichtingen die betrekking hebben op de lopende DBC's per einde verslagjaar.

Vorderingen

De vorderingen zijn opgenomen tegen de nominale waarde, rekening houdend met de nodig geachte aftrek voor oninbaarheid.

5.1.4.2 Algemene toelichting

Voorzieningen

De voorziening voor jubileumuitkeringen aan het personeel is opgenomen tegen de contante waarde. De rekenrente bedraagt 4,71%. De overige voorzieningen zijn gewaardeerd tegen de nominale waarde.

Pensioenverplichtingen

Het Albert Schweitzer ziekenhuis heeft voor haar medewerkers een toegezegde-pensioenregeling. Hiervoor in aanmerking komende werknemers hebben op de pensioengerechtigde leeftijd recht op een pensioen welke afhankelijk is van leeftijd, salaris en dienstjaren.

De regeling is ondergebracht bij de bedrijfstak pensioenfonds PGGM. Het Albert Schweitzer ziekenhuis heeft geen verplichtingen tot het doen van aanvullende bijdragen in het geval van een tekort bij PGGM, anders dan het effect van hogere toekomstige premies. Het Albert Schweitzer ziekenhuis heeft daarom de pensioenregeling verwerkt als een toegezegde bijdrageregeling en heeft alleen de verschuldigde premies tot het einde van het boekjaar in de jaarrekening verantwoord.

Financieringsoverschot

Als opbrengst wettelijk budget aanvaardbare kosten wordt verantwoord het (naar verwachting) op grond van de in de in te dienen nacalculatie met betrekking tot het boekjaar vast te stellen wettelijk budget. Correcties op het wettelijk budget met betrekking tot voorgaande jaren worden afzonderlijk verantwoord onder de "overige opbrengsten".

Grondslagen resultaatbepaling

De baten en lasten zijn toegerekend aan de periode waarop deze betrekking hebben, uitgaande van historische kosten.

De baten zijn voor wat betreft het budget aanvaardbare kosten berekend aan de hand van de bekostiging / subsidiëring, danwel voor wat betreft de overige opbrengsten gebaseerd op het gefactureerde of doorberekende bedrag voor geleverde goederen en diensten.

De rechten en verplichtingen uit hoofde van meerjarige financiële contracten, zoals huurcontracten, operationele leasecontracten e.d. worden niet in de balans geactiveerd en gepassiveerd. De lasten die hieruit voortvloeien worden onder de bedrijfslasten verantwoord.

Consolidatie

In de geconsolideerde jaarrekening worden, overeenkomstig uniforme grondslagen volgens de integrale methode, de cijfers van de rechtspersoon en de groepsmaatschappijen opgenomen.

In deze jaarrekening zijn de gegevens verwerkt van de volgende instellingen en vennootschappen:

- Stichting Albert Schweitzer ziekenhuis te Dordrecht
- Albert Schweitzer Holding BV te Dordrecht

5.1.5 TOELICHTING OP DE GECONSOLIDEERDE BALANS

ACTIVA

1. Materiële vaste activa

De specificatie is als volgt :

	31-dec-09	31-dec-08
	€	€
Bedrijfsgebouwen en terreinen	91.244.820	95.131.559
Machines en installaties	10.908.811	12.522.741
Andere vaste bedrijfsmiddelen, technische en administratieve uitrusting	37.235.204	40.683.097
Materiële vaste bedrijfsactiva in uitvoering en vooruitbetalingen op materiële vaste activa	79.161.270	35.020.219
Niet aan het bedrijfsproces dienstbare materiële activa	11.142.830	11.664.108
Totaal materiële vaste activa	229.692.934	195.021.725

Het verloop van de materiële activa in het verslagjaar is als volgt weer te geven :

	2009	2008
	€	€
Boekwaarde per 1 januari	195.021.725	178.376.237
Bij: investeringen	54.828.193	41.306.493
Af: afschrijvingen	18.715.648	19.297.888
Af: terugname geheel afgeschreven activa	0	0
Af: desinvesteringen	1.441.336	5.363.117
Boekwaarde per 31 december	229.692.934	195.021.725

Toelichting:

Algemeen

Het vervallen van het stelsel van bekostiging waarbij een integrale vergoeding voor de werkelijke afschrijvingskosten van vaste activa was opgenomen, kan daarmee ook gevolgen hebben voor de waardering van de materiële vaste activa. Het vervallen van het stelsel van bekostiging kan worden aangemerkt als een aanwijzing voor de aanwezigheid van een bijzondere waardevermindering overeenkomstig RJ hoofdstuk 121 Bijzondere waardeverminderingen van vaste activa. Door de onzekerheid over de toekomstige bekostigingssystematiek is nog nauwelijks mogelijk vast te stellen of sprake is van een bijzondere waardevermindering ultimo 2009. De overgangsregeling zou, afhankelijk van de impact en uitwerking door de NZa, voor diverse problemen van oudbouw en recente nieuwbouw, in ieder geval een gedeeltelijke en tijdelijke oplossing moeten bieden. Daarnaast heeft de NZa de bevoegdheid van eigen beleidsregels af te wijken ten einde maatwerk oplossingen te kunnen bieden voor additionele problematiek.

Met ingang van 2012 zal de bekostiging van ziekenhuizen mogelijk overgaan op de DOT-systematiek. Er is landelijk nog onduidelijkheid over eventuele prestatiebekostiging en de wijze van financiering van kapitaallasten in de DOT-systematiek, specifiek voor bijzondere functies (WBMV en vaste segment) en over de uitwerking van het overgangsregime kapitaallasten.

Bedrijfswaarde

Het Albert Schweitzer ziekenhuis heeft voor het ziekenhuis een bedrijfswaardeberekening opgesteld. De uitkomsten van de bedrijfswaardeberekening zijn sterk afhankelijk van veronderstellingen over de uitwerking van het overgangsregime, (opslagen in) tarieven in de toekomstige bekostigingssystemen, groei van de productie en disconteringsvoeten die mede afhankelijk zijn van de toekomstige financiering en bekostiging. Dit is nog afhankelijk van definitieve (politieke) besluitvorming die later in 2010 wordt verwacht.

De ingeschatte bedrijfswaarde is minimaal gelijk aan de boekwaarde eind 2009. Het Albert Schweitzer Ziekenhuis stelt zich op het standpunt dat de in het verleden verkregen rechten tot nacalculatie, bij de overgang dienen te leiden tot een adequate afrekening van eventuele nadelige gevolgen en verwacht dat de overheid hiervoor een passende regeling zal treffen.

Aangetekend wordt dat de overgangsregeling en de afwijkingsbevoegdheid van de NZa in dit kader nog niet zijn geformaliseerd. Er is dus een zeker risico dat de daadwerkelijke bekostiging afwijkt van de huidige verwachting. Een eventuele afwijking kan mogelijk een substantiële impact hebben op de vermogenspositie van het Albert Schweitzer ziekenhuis in de toekomst, zowel voor het beeld van resultaat en vermogen in de onderhavige jaarrekening als in toekomstige jaren. Een dergelijke afwijking zal, voorzover aan de orde, worden verwerkt in de jaarrekening als deze voldoende betrouwbaar kan worden bepaald.

Afschrijvingen en gebruiksduur

De tot en met 2009 gehanteerde afschrijvingstermijnen behoeven naar de mening van de Raad van Bestuur van het Albert Schweitzer ziekenhuis per saldo geen aanpassing. Dit gegeven de resterende gebruiksduur en de verwachte compensatie voor de overgangsproblematiek.

Toelichting:

Voor een nadere specificatie van het verloop van de materiële vaste activa per activagroep wordt verwezen naar het mutatieoverzicht onder 5.1.6. In toelichting 5.1.7 zijn overzichten opgenomen voor de onderhanden en gereedgekomen projecten. In de onderhanden projecten is een bedrag van € 69.613.329 vanuit AS Holding meegenomen.

In de gebouwen is voor een bedrag van 1.319.120 vanuit de Holding meegenomen.

Binnen de inventarissen is voor een bedrag van 905.819 vanuit de Holding meegenomen.



5.1.5 TOELICHTING OP DE GECONSOLIDEERDE BALANS

ACTIVA

2. Financiële vaste activa

De specificatie is als volgt :

	31-dec-09	31-dec-08
	€	€
Vordering inzake vergoeding boekverlies Zwijndrecht en emissiekosten	2.573.185	2.706.020
Vordering inzake oude plankosten	1.709.428	1.028.296
Storting in het weerstandsvermogen van MediFire en Medi Risk	239.050	239.050
Geldlening gezondheidscentrum de Volgerlanden	66.667	100.000
Geldlening STZ	24.001	24.000
Geldlening Fysiotherapie	0	15.704
Geldlening Amstelhuis	22.349	0
Geldlening Sodexho	80.000	80.000
Totaal financiële vaste activa	4.714.681	4.193.070

Het verloop van de financiële vaste activa in het verslagjaar is als volgt weer te geven :

	2009	2008
	€	€
Boekwaarde per 1 januari	4.193.070	3.447.981
Bij: mutatie inzake oude plankosten	681.132	1.028.296
Bij: verstrekte lening	22.351	39.704
Af: ontvangen aflossing leningen	-49.037	-190.076
Af: ontvangen afschrijving WTZi - vergunningsplichtige vaste activa	-132.835	-132.835
Boekwaarde per 31 december	4.714.681	4.193.070

Toelichting:

Onder de immateriële vaste activa konden voorheen posten zijn opgenomen die door het vervallen van de integrale vergoeding voor afschrijvingslasten niet langer voor verwerking in de balans in aanmerking komen. De hiervoor in 2009 of latere jaren nog specifiek te ontvangen vergoedingen, zijn als vordering opgenomen onder de financiële vaste activa en (kortlopende) vorderingen in de jaarrekening 2009. Op grond van de NZA-beleidsregel inzake het overgangsregime zal voor het B-segment-deel van de voormalige IVA waarvoor toestemming is verleend in ieder geval compensatie gegeven worden via versnelde afschrijving in de nacalculatie in drie jaar (2009-2011). Het ziekenhuis gaat er vanuit dat de vergoeding voor het A-segmentdeel, ook bij evt. beëindiging van de huidige FB-bekostiging, afgewikkeld zal worden.

Overigens is het ziekenhuis van mening dat een eventueel negatief verschil tussen de realiseerbare waarde en de boekwaarde, gegeven de historische bekostigingstoezeggingen door de overheid en de verschillen tussen bekostigingstermijnen en kortere bedrijfseconomische afschrijvingstermijnen, door de overheid gecompenseerd zal moeten worden, zowel ten aanzien van materiële vaste activa als voormalige immateriële vaste activa.

Toelichting:

De vordering inzake vergoeding boekverlies Zwijndrecht en emissiekosten betreft voormalige boekverliezen (ivm bouw Jacobusziekenhuis Zwijndrecht) en emissiekosten. Tot en met 2011 is er zekerheid dat de afschrijvingslasten worden vergoed. Vanuit het uitgangspunt dat in 2009 of latere jaren nog specifieke vergoedingen worden ontvangen, zijn in de jaarrekening 2009 deze posten onder de financiële vaste activa gerubriceerd, als nog te ontvangen specifieke bekostiging in de jaren 2009 en later.

In 2004 is een overeenkomst gesloten voor het verstrekken van een renteloze lening u/g aan St. Gezondheidscentrum de Volgerlanden. De lening bedraagt in totaal € 100.000, te verstrekken in vier jaarlijkse termijnen vanaf 2003. Aflossing geschiedt vanaf 2009.



5.1.5 TOELICHTING OP DE GECONSOLIDEERDE BALANS

ACTIVA

3. Voorraden

De specificatie is als volgt :

	31-dec-09	31-dec-08
	€	€
Voorraad goederen	5.410.595	4.490.416
Af: voorziening incourant	-55.715	-55.715
Totaal voorraden	<u>5.354.880</u>	<u>4.434.701</u>

Toelichting:

Als voorraden goederen zijn in het algemeen aangemerkt ongebruikte goederen in de verschillende magazijnen, zodat afdelingsvoorraden daaronder niet zijn begrepen.

Bij de waardering van de voorraden is er sprake van het fifo principe, met uitzondering van het centrale magazijn.

De voorraad van het centrale magazijn wordt gewaardeerd tegen de voorschrijdende gemiddelde prijs.

In de voorraden is een bedrag van 284.405 vanuit de Holding BV meegenomen

4. Onderhanden werk uit hoofde van DBC's

De specificatie is als volgt :

	31-dec-09	31-dec-08
	€	€
Onderhanden werk DBC's A-segment	17.146.060	20.879.915
Onderhanden werk DBC's B-segment	9.382.718	6.293.162
Af: ontvangen voorschotten	38.787.836	36.191.838
Totaal onderhanden werk	<u>-12.259.058</u>	<u>-9.018.761</u>

5. Vorderingen en overlopende activa

De specificatie is als volgt :

	31-dec-09	31-dec-08
	€	€
Vorderingen op debiteuren	24.981.041	35.016.966
Nog te factureren omzet DBC's	17.629.238	19.867.931
Overige vorderingen:		
Rekening courant specialisten	1.712.410	465.026
samenwerkingsverbanden	2.238.031	469.772
Nog te ontvangen bedragen:		
nog te ontvangen posten	1.119.506	742.909
Overige overlopende activa:	1.112.497	1.217.932
Totaal vorderingen en overlopende activa	<u>48.792.725</u>	<u>57.780.536</u>

Toelichting:

De voorziening die in aftrek op de vorderingen is gebracht bedraagt € 1.218.519

In de vorderingen en overlopende activa is een bedrag van 399.827 vanuit de Holding BV meegenomen

Er zijn geen vorderingen, waarvan de looptijd langer dan een jaar is.

5.1.5 TOELICHTING OP DE GECONSOLIDEERDE BALANS

6. Vorderingen uit hoofde van financieringstekort en/of schulden uit hoofde van financieringsoverschot

Ziekenhuis	t/m 2006	2007	2008	2009	totaal
	€	€	€	€	€
Saldo per 1 januari	-3.130.746	9.063.802	801.272		6.734.328
Financieringsverschil boekjaar				76.947	76.947
Correcties voorgaande jaren	-433.543	0	-1.074.964	0	-1.508.507
Betalingen/ontvangsten	1.133.188	-12.916.804	594.633		-11.188.983
Sub-totaal mutatie boekjaar	699.645	-12.916.804	-480.331	76.947	-12.620.543
Saldo per 31 december	-2.431.101	-3.853.002	320.941	76.947	-5.886.215

Stadium van vaststelling (per erkenning):

c c c a

PAAZ	t/m 2006	2007	2008	2009	totaal
	€	€	€	€	€
Saldo per 1 januari	850.842	149.808	2.787.492		3.788.142
Financieringsverschil boekjaar				2.793.307	2.793.307
Correcties voorgaande jaren	-850.842	0	0	0	-850.842
Betalingen/ontvangsten	0	-149.808	0	0	-149.808
Sub-totaal mutatie boekjaar	-850.842	-149.808	0	2.793.307	1.792.657
Saldo per 31 december	0	0	2.787.492	2.793.307	5.580.799

Stadium van vaststelling (per erkenning):

c c a a

a= interne berekening

b= overeenstemming met zorgverzekeraars

c= definitieve vaststelling NZa

Specificatie financieringsverschil in het boekjaar

	2009	2008
	€	€
Wettelijk budget aanvaardbare kosten	146.643.668	160.572.142
<i>Vergoedingen ter dekking van het wettelijk budget:</i>		
Opbrengsten DBC A-segment inclusief toeslagen	118.386.259	135.908.644
Honoraria-opbrengsten voor specialisten in loondienst	1.478.947	4.181.853
Overige opbrengsten	15.771.444	15.387.672
Opbrengst PAAZ AWBZ	149.808	63.609
Nog te factureren overige opbrengsten	567.435	1.743.589
Nog te factureren DBC A-segment	11.303.185	12.949.619
Mutatie onderhanden werk DBC A-segment	-3.733.856	-13.251.608
Totaal financieringsverschil	2.720.446	3.588.764

Medisch specialisten

De specificatie van het financieringstekort inzake de lumpsum medisch specialisten is als volgt:

	2009	2008
Saldo per 1 januari	4.859.248-	1.156.259-
Mutatie:		
verrekend met specialisten	4.760.547	3.702.989-
verrekend via DBC's		
Saldo per 31 december	98.701-	4.859.248-

7. Liquide middelen

De specificatie is als volgt :

	31-dec-09	31-dec-08
	€	€
ABN AMRO Bank	0	4.524.001
Kassen	36.313	9.721
Kruisposten	9.233	8.743
Totaal liquide middelen	45.547	4.542.465

Toelichting:

De liquide middelen staan ter vrije beschikking van de stichting

In de liquide middelen is een bedrag van 6.204 vanuit de Holding BV meegenomen



5.1.5 TOELICHTING OP DE GECONSOLIDEERDE BALANS

PASSIVA

8. Eigen vermogen

Het eigen vermogen bestaat uit de volgende componenten:

	31-dec-09	31-dec-08
	€	€
Collectief gefinancierd gebonden vermogen	17.002.440	13.576.612
Niet collectief gefinancierd vrij vermogen	2.471.517	3.086.778
Totaal eigen vermogen	19.473.957	16.663.390

Collectief gefinancierd gebonden vermogen

Het verloop is als volgt weer te geven:

	Saldo per 1-jan-2009	Resultaat- bestemming	Overige mutaties	Saldo per 31-dec-2009
	€	€	€	€
Reserve aanvaardbare kosten:				
Reserve aanvaardbare kosten	12.020.616	3.432.722	0	15.453.338
Bestemmingsreserves:				
Afschrijving inventarissen	23.373	-23.373	0	0
Afschrijving instandhouding	1.532.623	16.479	0	1.549.102
Totaal collectief gefinancierd gebonden vermogen	13.576.612	3.425.828	0	17.002.440

Niet collectief gefinancierd vrij vermogen

Het verloop is als volgt weer te geven:

	Saldo per 1-jan-2009	Resultaat- bestemming	Overige mutaties	Saldo per 31-dec-2009
	€	€	€	€
Algemene reserves:				
Kapitaal (niet collectief gebonden)	3.086.778	-615.261	0	2.471.517
Totaal niet-collectief gefinancierd vrij vermogen	3.086.778	-615.261	0	2.471.517

Toelichting:

Collectief gefinancierd gebonden vermogen

Onder het collectief gefinancierd gebonden vermogen worden alle reserves opgenomen, waarvan de resultaten zijn ontstaan uit een bekostigingsbron inzake subsidie-, zorggebonden of collectief gefinancierde activiteiten.

Bestemmingsreserve afschrijving inventarissen

Voor zover de afschrijvingslasten in enig jaar hoger of lager zijn dan het daardoor in het budget begrepen bedrag wordt het verschil verrekend op deze bestemmingsreserve. E.e.a. onder aftrek van een door het ziekenhuis bepaald deel van de afschrijving dat voor eigen rekening wordt genomen.

Bestemmingsreserve afschrijving instandhouding

Voor zover de afschrijvingslasten in enig jaar hoger of lager zijn dan het daardoor in het budget begrepen bedrag wordt het verschil verrekend op deze bestemmingsreserve.

Niet collectief gefinancierd vrij vermogen

De mutatie in het vrij beschikbaar vermogen betreft het resultaat van de deelneming Albert Schweitzer zkh. Dit resultaat bestaat uit aanloopkosten voor het te realiseren onroerend goed in het gezondheidspark te Dordrecht en resultaat deelneming op de Politheek BV.

Er zijn geen achtergestelde leningen. Het garantievermogen is daarom gelijk aan het eigen vermogen.

Verloopoverzicht investeringsruimte instandhoudingsinvesteringen

Het verloop is als volgt weer te geven :	2009	2008
	€	€
Nog niet bestede investeringsruimte per 1 januari	2.027.678	1.319.384
Bij : indexering niet-bestede investeringsruimte	52.111	66.629
Bij : investeringsruimte verslagjaar	1.727.171	1.683.864
Af: investeringen verslagjaar	194.364	1.042.199
Beschikbare investeringsruimte 31 december	3.612.596	2.027.678
Gemelde lopende investeringsprojecten leggen het volgende beslag op de beschikbare investeringsruimte		1.468.139



5.1.5 TOELICHTING OP DE GECONSOLIDEERDE BALANS

PASSIVA

9. Voorzieningen

Het verloop is als volgt weer te geven:

	Saldo per 1-jan-2009	Dotatie	Onttrekking	Saldo per 31-dec-2009
	€	€	€	€
Voorziening wachtgeld en Loga	1.392.780	1.791	1.200.614	193.957
Voorziening arbeidsongeschiktheid	1.442.695	16.750	543.848	915.597
Voorziening jubilea	1.429.655	163.860	94.673	1.498.842
Voorziening bouwrisico	1.025.000	483.464	0	1.508.464
Totaal voorzieningen	5.290.129	665.865	1.839.135	4.116.859

Toelichting in welke mate (het totaal van) de voorzieningen als langlopend moet worden beschouwd:

	31-dec-2009
Kortlopend deel van de voorzieningen (< 1 jr.)	1.121.727
Langlopend deel van de voorzieningen (> 1 jr.)	2.995.133

Toelichting per categorie voorziening:

Voorziening wachtgeld en Loga

Het voormalige Merwedeziekenhuis is per 1 januari 1996 overgegaan naar de CAO-ziekenhuiswezen. Deze voorziening is bestemd voor de daarmee samenhangende kosten. Tevens zijn hierin de aanspraken op wachtgeld opgenomen.

Voorziening arbeidsongeschiktheid

Het betreft de voorziening voor loondoorbetaling voor arbeidsongeschikte medewerkers tot maximaal 2 jaar.

Voorziening bouwrisico's

Deze voorziening is gevormd voor een verwachte onderdekking voor kosten gemaakt voor de herinrichting van de locaties Amstelveen en Zwijndrecht.

PASSIVA

10. Langlopende schulden

De specificatie is als volgt :

	31-dec-09	31-dec-08
	€	€
Schulden aan kredietinstellingen	100.675.001	107.975.001
Totaal langlopende schulden	100.675.001	107.975.001

Het verloop is als volgt weer te geven:

	2009	2008
	€	€
Stand per 1 januari	119.423.812	134.402.421
Bij: nieuwe leningen	0	0
Af: aflossingen	11.448.811	14.978.609
Stand per 31 december	107.975.001	119.423.812
Af: aflossingsverplichting komend boekjaar	7.300.000	11.448.811

Stand langlopende schulden per 31 december

	100.675.001	107.975.001
--	-------------	-------------

Toelichting in welke mate (het totaal van) de voorzieningen als langlopend moet worden beschouwd:

Kortlopend deel van de langlopende schulden (< 1 jr.), aflossingsverplichtingen	7.300.000	11.448.811
Langlopend deel van de langlopende schulden (> 1 jr.) (balanspost)	100.675.001	107.975.001
Hiervan langlopend (> 5 jaar)	71.475.000	78.775.000

Voor een nadere toelichting op de langlopende schulden wordt verwezen naar bijlage overzicht langlopende leningen. De aflossingsverplichtingen zijn verantwoord onder de kortlopende schulden.

Toelichting:

Zekerheidsstelling

Aan Fortis Bank en ING Bank is het recht van eerste hypotheek verstrekt betreffende de onroerende goederen van de locaties Amstelveen en Zwijndrecht ter dekking van de verstrekte leningen en het rekening-courant krediet. De kredietlimiet bij Fortis Bank N.V./ ING Bank N.V. gezamenlijk bedraagt € 100.000.000.

Als zekerheden voor dit krediet zijn gesteld:

- onherroepelijke notariële volmacht ter vestiging van een eerste hypotheek ad € 45.378.000 op de registergoederen terzake van de locatie Amstelveen te Dordrecht;
- onherroepelijke notariële volmacht ter vestiging van een eerste hypotheek ad € 52.184.700 op de registergoederen terzake van de locatie Zwijndrecht;
- positieve/negatieve hypotheekverklaring
- pari passu verklaring.



5.1.5 TOELICHTING OP DE GECONSOLIDEERDE BALANS

11. Kortlopende schulden en overlopende passiva

De specificatie is als volgt :

	31-dec-09	31-dec-08
	€	€
Schulden aan bankiers	91.398.826	79.080.067
Crediteuren	12.182.508	10.762.121
Aflossingsverplichtingen langlopende leningen	7.300.000	11.448.811
Belastingen en sociale premies	16.391.224	6.049.391
Schulden terzake pensioenen	1.547.096	1.572.829
Vakantiegeld/vakantiedagen	8.086.029	7.081.470
Overige schulden:		
Samenwerkingsverbanden	1.169.298	278.951
Reservering terugbetaling zorgverzekeraars	2.470.000	4.200.000
Voorschot ESF-subsidie	0	1.410.514
Nog te betalen kosten:		
Interest	615.473	1.397.789
Overige kortlopende schulden	10.511.320	9.406.496
Totaal kortlopende schulden en overlopende passiva	<u>151.671.775</u>	<u>132.688.439</u>

Toelichting:

In de kortlopende schulden is een bedrag van € 72.120.355 begrepen aan schulden van de AS Holding.

12. Niet in de balans opgenomen activa en verplichtingen

Met betrekking tot de onder de materiële vaste activa opgenomen projecten in uitvoering kan vermeld worden dat ultimo 2009 verplichtingen uit hoofde van opdrachten zijn aangegaan voor ca € 38 mln. Hierin is voor 36 mln aan verplichtingen vanuit de Holding BV opgenomen.

Tevens zijn bestellingen voor inventarissen geplaatst voor een bedrag van ca € 2.000.000.

Vanuit operationele activiteiten zijn verplichtingen uit hoofde van bestellingen aangegaan voor ca € 1.600.000.

Verloopoverzicht investeringsruimte trekkingsrechten

Het verloop is als volgt weer te geven:

	2009	2008
	€	€
Nog niet bestede investeringsruimte per 1 januari	16.276.405	9.289.177
Bij : indexering niet-bestede investeringsruimte	418.304	469.103
Bij : investeringsruimte verslagjaar	6.685.836	6.518.125
Af: investeringen verslagjaar	0	0
Beschikbare investeringsruimte 31 december	<u>23.380.545</u>	<u>16.276.405</u>

Gemelde lopende investeringsprojecten leggen het volgende beslag op de beschikbare investeringsruimte

4.621.783

Holding BV:



Stichting Albert Schweitzer ziekenhuis

Verhuur

Door de vennootschap zijn verhuurverplichtingen aangegaan in de vorm van huurovereenkomsten voor de verhuur van nog te ontwikkelen onroerende goederen waarvan de looptijd langer is dan vijf jaar.

Huurder	Ingangsdatum	L Looptijd	Voorlopige huurprijs (jaar, pp1/1/08)
St. Albert Schweitzer ziekenhuis	31-12-10	20+4*5 jaar	5.640.372
St. Albert Schweitzer ziekenhuis - kantoren	31-12-10	20+4*5 jaar	1.181.702
Coöp. Reg. Huisartsenpost Drechtsteden U.A.	01-07-10	20+3*5 jaar	104.297
St. ROC Da Vinci College	01-03-10	40 jaar	639.552
Erasmus Universitair Medisch Centrum	01-03-10	20+20 jaar	1.690.448
St. Verpleeghuis Het Parkhuis	31-12-10	40+5 jaar	575.703
Sodexo B.V.	31-12-10	10+5 jaar	295.882
St. Rivas Zorggroep (nog niet definitief)	31-12-10	10+5 jaar	323.125
Huurder	Ingangsdatum	Looptijd	Voorlopige huurprijs (jaar)
GGD Regio Zuid Holland Zuid	18-12-09	20+5 jaar	343.697

Financiering

Voor de financiering is een kredietovereenkomst aangegaan voor € 114.775.000 met een looptijd van resp. 25 jaar (€ 105,275 mln) en 16 jaar (€ 9,5 mln). Hiervan is € 3,5 mln ter dekking van exploitatie. De kredietfaciliteit zal in 2009 in gebruik worden genomen.

Zekerheid

De rechten uit huurcontracten zijn aan de gezamenlijke banken verpand.

Aan Fortis Bank (Nederland) N.V. en Bank Nederlandse Gemeenten gezamenlijk zal een conveniërende bankhypotheek worden verstrekt ad € 150.000.000, eerste in rang, op de grond en registergoederen die Albert Schweitzer Vastgoed zal verwerven (niet gevestigd).

De rechten uit verzekeringspolissen worden aan de gezamenlijke banken verpand (niet gevestigd).

Hiernaast zal door Albert Schweitzer ziekenhuis een conveniërende garantie i.v.m. leegstand worden verstrekt (niet gevestigd).



5.1.6 GECONSOLIDEERD MUTATIEOVERZICHT MATERIELE VASTE ACTIVA

5.1.6.1 WTZI - vergunningsplichtige materiële vaste activa

	Grond	Terreinen voorzieningen	Gebouwen	stichtings- kosten	verbouwin- gen	installaties	Onderhanden Projecten	Sub-totaal vergunning
	€	€	€	€	€	€	€	€
Stand per 1 januari 2009								
- aanschafwaarde	11.146.962	4.433.984	57.594.766	20.851.345	31.104.702	40.983.534	22.360.126	188.475.419
- cumulatieve afschrijvingen	0	2.139.788	27.595.055	9.187.237	13.451.162	28.685.107	0	81.058.349
Boekwaarde per 1 januari 2009	11.146.962	2.294.196	29.999.711	11.664.108	17.653.540	12.298.427	22.360.126	107.417.070
Mutaties in het boekjaar								
-corr aanschafwaarde voorg.jaren	-1	1						0
-corr afschrijvingen voorg.jaren	750.709	0	0	0	0	0	34.026.670	34.777.379
- investeringen	0	212.486	1.175.796	521.278	1.520.839	1.899.253	0	5.329.652
- afschrijvingen								
- <i>terugnane geheel afgeschreven activa</i>								
.aanschafwaarde	0	6.924	57.818	0	430.994	58.016	0	553.752
.cumulatieve afschrijvingen	0	6.924	57.818	0	430.994	58.016	0	553.752
- <i>desinvesteringen</i>								
aanschafwaarde	147.077	0	0	0	0	0	0	147.077
cumulatieve afschrijvingen	0	0	0	0	0	0	0	0
per saldo	147.077	0	0	0	0	0	0	147.077
Mutaties in boekwaarde (per saldo)	603.631	-212.486	-1.175.796	-521.278	-1.520.839	-1.899.253	34.026.670	29.300.650
Stand per 31 december 2009								
- aanschafwaarde	11.750.593	4.427.061	57.536.948	20.851.345	30.673.708	40.925.518	56.386.796	222.551.969
- cumulatieve afschrijvingen	0	2.345.350	28.713.033	9.708.515	14.541.007	30.526.344	0	85.834.249
Boekwaarde per 31 december 2009	11.750.593	2.081.711	28.823.915	11.142.830	16.132.701	10.399.174	56.386.796	136.717.720
Afschrijvingspercentage	0,0%	5,0%	2 en 5%	2,5%	5,0%	5,0%		



5.1.6 GECONSOLIDEERD MUTATIEOVERZICHT MATERIELE VASTE ACTIVA

5.1.6.2 WTZI - instandhoudings materiële vaste activa

	Trekings rechten €	Onderhanden Projecten €	Sub-totaal €	Instand- houdingen €	Onderhanden Projecten €	Sub-totaal €	Sub-totaal instandhou- dings activa €
Stand per 1 januari 2009							
- aanschafwaarde	33.057.693	3.998.147	37.055.840	15.880.703	502.908	16.383.611	53.439.451
- cumulatieve afschrijvingen	8.872.108	0	8.872.108	9.198.871	0	9.198.871	18.070.979
Boekwaarde per 1 januari 2009	24.185.585	3.998.147	28.183.732	6.681.832	502.908	7.184.740	35.368.472
Mutaties in het boekjaar							
-corr aanschafwaarde voorg.jaren			0			0	0
-corr afschrijvingen voorg.jaren			0			0	0
- investeringen	0	623.636	623.636	194.364	1.159.596	1.353.960	1.977.596
- afschrijvingen	1.652.885	0	1.652.885	1.580.779	0	1.580.779	3.233.664
- <i>terugnane geheel afgeschreven activa</i>							
.aanschafwaarde	0	0	0	267.279	0	267.279	267.279
.cumulatieve afschrijvingen	0	0	0	267.279	0	267.279	267.279
- <i>desinvesteringen</i>							
aanschafwaarde	0	0	0	0	194.364	194.364	194.364
cumulatieve afschrijvingen	0	0	0	0	0	0	0
per saldo	0	0	0	0	194.364	194.364	194.364
Mutaties in boekwaarde (per saldo)	-1.652.885	623.636	-1.029.249	-1.386.415	965.231	-421.183	-1.450.433
Stand per 31 december 2009							
- aanschafwaarde	33.057.693	4.621.783	37.679.476	15.807.788	1.468.139	17.275.928	54.955.403
- cumulatieve afschrijvingen	10.524.993	0	10.524.993	10.512.371	0	10.512.371	21.037.364
Boekwaarde per 31 december 2009	22.532.700	4.621.783	27.154.483	5.295.417	1.468.139	6.763.557	33.918.039
<i>Afschrijvingspercentage</i>	5,0%	0,0%		10,0%	0,0%		



5.1.6 GECONSOLIDEERD MUTATIEOVERZICHT MATERIELE VASTE ACTIVA

5.1.6.3 WMG gefinancierde materiële vaste activa

	Inventaris	Concembrede projecten	Automati- sering	Sub-totaal WMG
	€	€	€	€
Stand per 1 januari 2009				
- aanschafwaarde	53.541.262	6.769.014	7.649.373	67.959.649
- cumulatieve afschrijvingen	20.283.732	4.420.868	4.007.103	28.711.703
Boekwaarde per 1 januari 2009	33.257.530	2.348.146	3.642.270	39.247.946
Mutaties in het boekjaar				
-corr aanschafwaarde voorg.jaren				0
-corr afschrijvingen voorg.jaren	2.292.119	0	1.490.722	3.782.841
- investeringen	6.473.116	909.913	1.612.642	8.995.671
- afschrijvingen				
Stand per 31 december 2009				
- aanschafwaarde	53.282.104	5.437.882	7.991.052	66.711.038
- cumulatieve afschrijvingen	24.205.571	3.999.649	4.470.702	32.675.922
Boekwaarde per 31 december 2009	29.076.533	1.438.233	3.520.350	34.035.116
Afschrijvingspercentage	10,0%	10-20%	20,0%	10-20%



5.1.6 GECONSOLIDEERD MUTATIEOVERZICHT MATERIELE VASTE ACTIVA

5.1.6.4 Niet WTZI/WMG gefinancierde materiële vaste activa

	Gebouwen	Ver- bouwingen	Installaties/ inventarissen	stichtings- kosten	Onderhanden Projecten	niet WTZI/ WMG	Totaal materiele vaste activa
	€	€	€		€	€	€
Stand per 1 januari 2009							
- aanschafwaarde	946.405	5.176.346	2.874.894	55.658	8.159.038	17.212.341	327.086.860
- cumulatieve afschrijvingen	521.826	2.431.192	1.215.428	55.658	0	4.224.104	132.065.135
Boekwaarde per 1 januari 2009	424.579	2.745.154	1.659.466	0	8.159.038	12.988.237	195.021.725
Mutaties in het boekjaar							
-corr aanschafwaarde voorg.jaren			-8			-8	-8
-corr afschrijvingen voorg.jaren	0	2.034.047	2.630.930	0	9.625.408	14.290.385	0
- investeringen	28.478	547.513	580.670	0	0	1.156.661	54.828.201
- afschrijvingen							18.715.648
- <i>terugnane geheel afgeschreven activa</i>							
aanschafwaarde	0	437.094	0	55.658	0	492.752	6.345.235
cumulatieve afschrijvingen	0	437.094	0	55.658	0	492.752	6.345.235
- <i>desinvesteringen</i>							
aanschafwaarde	0	0	0	0	1.099.895	1.099.895	1.441.336
cumulatieve afschrijvingen	0	0	0	0	0	0	0
per saldo	0	0	0	0	1.099.895	1.099.895	1.441.336
Mutaties in boekwaarde (per saldo)	-28.478	1.486.534	2.050.252	0	8.525.513	12.033.829	34.671.209
Stand per 31 december 2009							
- aanschafwaarde	946.405	6.773.299	5.505.816	0	16.684.551	29.910.071	374.128.482
- cumulatieve afschrijvingen	550.304	2.541.611	1.796.098	0	0	4.888.013	144.435.548
Boekwaarde per 31 december 2009	396.101	4.231.688	3.709.718	0	16.684.551	25.022.058	229.692.934
Afschrijvingspercentage	3,0%	5-33%	5-10%	10,0%			



5.1.7.1 SPECIFICATIE ULTIMO BOEKJAAR ONDERHANDEN PROJECTEN (GECONSOLIDEERD)

Projectgegevens					Investeringen			Goedkeuringen			
Num-mer	Brief-nummer	Datum	Omschrijving	WTZI-type	stand 1-1-2009	mutaties in 2009	gereed in 2009	onder-handen	Nominaal bedrag	Index	Aangepaste goedkeuring
					€	€	€	€	€	€	€
1			start-plankosten zorgpark	verg.plichting	317.913	51.637	0	369.550			0
2			start-plankosten RGC	verg.plichting	272.458	0	0	272.458			0
3			melding	melding	502.908	1.159.596	194.364	1.468.139	3.188.707		3.188.707
4			trekkingsrechten	melding	3.998.147	623.636	0	4.621.783			0
5			overige projecten	nvt	2.323.699	2.273.339	1.099.895	3.497.143			0
6			AS Holding BV	nvt	5.244.968	7.981.565		13.226.533			0
7			AS Holding BV	verg.plichting	22.360.126	34.026.670		56.386.796			
8			vergunningsplichting zonder vergunning		1.028.296	0	0	1.028.296			
Totaal					36.048.515	46.116.442	1.294.259	80.870.697	3.188.707	0	3.188.707

5.1.7.2 SPECIFICATIE IN HET BOEKJAAR GEREED GEKOMEN PROJECTEN (GECONSOLIDEERD)

Projectgegevens			Investeringen			Toekomstige lasten						
Num-mer	Brief-nummer	Datum	Omschrijving	WTZI-type	Activa-post	WTZI	WMG	Overige	Totaal	Afschrij-ving	WTZI	Rentekosten
						€	€	€	€		€	€
3			melding	melding		194.364			194.364			
5			overige projecten	nvt				1.099.895	1.099.895			
Totaal						194.364	0	1.099.895	1.294.259		0	0



BIJLAGEN

5.1.8 Overzicht langlopende schulden ultimo 2009

Leninggever	Datum	Hoofdsom	Totale loop-tijd	Werke- lijke-rente	Restschuld 31 december 2008	Aflossing in 2009	Restschuld 31 december 2009	Rest-schuld over 5 jaar	Resteren-de looptijd in jaren eind 2009	Aflossing 2010
		€		%	€	€	€	€		€
ABN / AMRO	02-01	9.075.604	40	6,96%	0	0	0	0	0	0
ABN / AMRO	02-01	9.075.604	35	7,00%	4.148.811	4.148.811	0	0	0	0
ABN / AMRO	02-01	14.974.747	15	6,69%	0	0	0	0	0	0
ING Bank N.V.	20-12	18.000.000	20	4,43%	11.700.000	900.000	10.800.000	6.300.000	13	900.000
Fortis Bank N.V.	20-12	18.000.000	20	4,43%	11.700.000	900.000	10.800.000	6.300.000	13	900.000
ING Bank N.V.	15-10	25.000.000	20	3,55%	20.937.500	1.250.000	19.687.500	13.437.500	17	1.250.000
Fortis Bank N.V.	15-10	25.000.000	20	3,55%	20.937.500	1.250.000	19.687.500	13.437.500	17	1.250.000
ING Bank N.V.	30/12	10.000.000	20	3,83%	8.000.000	500.000	7.500.000	5.000.000	16	500.000
Fortis Bank N.V.	30/12	10.000.000	20	3,83%	8.000.000	500.000	7.500.000	5.000.000	16	500.000
ING Bank N.V.		20.000.000	20	3,70%	17.000.000	1.000.000	16.000.000	11.000.000	17	1.000.000
Fortis Bank N.V.		20.000.000	20	3,70%	17.000.000	1.000.000	16.000.000	11.000.000	17	1.000.000
Totaal					119.423.812	11.448.811	107.975.001	71.475.000		7.300.000



5.1.9 TOELICHTING OP DE GECONSOLIDEERDE RESULTATENREKENING
13. Wettelijk budget aanvaardbare kosten

	2009		2008	
	€	€	€	€
Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten voorgaand jaar		160.572.142		177.085.680
Productieafspraken verslagjaar		-6.036.511		-7.938.821
Opschoning DBC-B segment		-6.207.264		-11.829.248
Overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling	2.688.250		3.595.112	
Prijsindexatie materiële kosten	383.536		1.087.702	
Overige indexering	-164.532		-309.369	
Groei normatieve kapitaalslasten	280.431		274.702	
		3.187.685		4.648.147
Uitbreiding erkenning en toelating:				
- loonkosten	579.805		134.983	
- materiële kosten	21.069		4.989	
- normatieve kapitaalslasten	0		0	
		600.874		139.972
Beleidsmaatregelen overheid:				
- efficiencykorting	-237.342		-2.931.857	
- zorgvernieuwing/lokale component	-200.000		-645.625	
		-437.342		-3.577.482
Nacalculeerbare kapitaalslasten:				
- rente	-2.092.260		637.808	
- afschrijvingen	-406.724		737.535	
- overige	102.468		96.660	
		-2.396.516		1.472.003
Overige mutaties:				
- samenwerkingsverbanden	350.250		56.048	
- scholingsmiddelen en specifieke opleidingskosten	-148.369		-62.894	
- vergoeding dure geneesmiddelen	-36.587		578.737	
- medisch specialisten in loondienst	-2.804.694		0	
- overig, per saldo	0		0	
		-2.639.400		571.891
Sub-totaal wettelijk budget boekjaar		146.643.668		160.572.142
Correcties voorgaande jaren		-1.074.964		-653.337
Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten jaar t		145.568.704		159.918.805
14. Opleidingsfonds 1e tranche				
ontvangen voorschot 2009	8.927.848		9.118.954	
- nacalculatie op basis werkelijke fte's	-747.756		-2.305.054	
correcties voorgaande jaren	422.660		0	
		8.602.752		6.813.900



5.1.9 TOELICHTING OP DE GECONSOLIDEERDE RESULTATENREKENING

BATEN

15. DBC opbrengsten B-segment

De specificatie is als volgt :

	<u>2009</u>	<u>2008</u>
	€	€
Omzet B-segment ziekenhuisdeel	59.103.709	39.720.082
Omzet B-segment honorarium specialisten in loondienst	645.140	415.382
	<u>59.748.850</u>	<u>40.135.464</u>
Mutatie onderhanden werk B-segment	3.089.557	2.577.864
Totaal	<u><u>62.838.406</u></u>	<u><u>42.713.328</u></u>

16. Toelichting niet-gebudgetteerde zorgprestaties

De specificatie is als volgt :

	<u>2009</u>	<u>2008</u>
	€	€
Zorgprestaties tussen instellingen	2.301.804	1.305.651
Overige zorgprestaties	1.593.478	835.645
Totaal	<u><u>3.895.282</u></u>	<u><u>2.141.296</u></u>

17. Toelichting overige bedrijfsopbrengsten

De specificatie is als volgt :

	<u>2009</u>	<u>2008</u>
	€	€
Overige dienstverlening	849.139	1.083.732
Overige opbrengsten	8.443.249	5.305.519
Doorberekende personeelskosten	6.660.952	5.129.121
Totaal	<u><u>15.953.340</u></u>	<u><u>11.518.372</u></u>

Toelichting:

In de overige bedrijfsopbrengsten is een bedrag begrepen van 656.867 vanuit de Holding BV.



5.1.9 TOELICHTING OP DE GECONSOLIDEERDE RESULTATENREKENING

LASTEN

18. Personeelskosten

De specificatie is als volgt :

	2009	2008
	€	€
Lonen en salarissen	101.512.650	100.809.347
Sociale lasten	13.230.049	13.512.635
Pensioenpremie	8.167.710	7.244.232
Andere personeelskosten:	3.848.464	3.819.320
Sub-totaal	126.758.873	125.385.534
Personeel niet in loondienst	6.943.417	5.140.832
Totaal personeelskosten	133.702.289	130.526.366
Specificatie gemiddeld aantal personeelsleden (in FTE's) :		
Gemiddelde bezetting op basis van arbeidscontracten	2.303	2.333
Extra aerealiseerde bezetting op basis van over- en meeruren	39	47
Oproepkrachten en Flexpool	95	103
Gemiddelde bezetting exclusief leerlingen	2.437	2.483
Leerlingen	83	75
Gemiddeld aantal personeelsleden op basis van full-time eenheden	2.520	2.558

Toelichting

In de personeelskosten is een bedrag begrepen van € 452.333 vanuit de AS Holding

19. Afschrijvingen immateriële en materiële vaste activa

De specificatie is als volgt :

	2009	2008
	€	€
Nacalculeerbare afschrijvingen:		
- materiële vaste activa	5.464.660	5.877.105
Overige afschrijvingen:		
- materiële vaste activa	13.367.344	13.553.618
Sub-totaal afschrijvingen	18.832.004	19.430.723
Dotatie/vrijval egalisatierekening afschrijvingen instandhouding	16.479	0
Doorberekende afschrijvingskosten	-23.148	-23.148
Totaal afschrijvingen	18.825.335	19.407.575

Aansluiting afschrijvingen resultatenrekening - verloopoverzichten materiële vaste activa

	2009
	€
Afschrijving WTZi - vergunningsplichtige vaste activa	5.329.652
Afschrijving WTZi - vergunningsplichtige vaste activa, gerubriceerd onder de financiële vaste activa	132.835
Afschrijving WTZi - meldingsplichtige vaste activa	3.233.664
Afschrijving WMG gefinancierde vaste activa	8.995.671
Afschrijving niet WTZi/WMG gefinancierde vaste activa	1.156.661
Totaal afschrijvingen volgens verloopoverzichten	18.848.483
Totaal afschrijvingen resultatenrekening (exclusief dotatie/vrijval egalisatierekening afschrijving)	18.832.004

Toelichting

In de afschrijvingskosten is een bedrag begrepen van € 95.479 vanuit de AS Holding.



5.1.9 TOELICHTING OP DE GECONSOLIDEERDE RESULTATENREKENING

LASTEN

20. Overige bedrijfskosten

De specificatie is als volgt :

	<u>2009</u>	<u>2008</u>
	€	€
Voedingsmiddelen en hotelmatige kosten	8.705.667	8.236.906
Algemene kosten	13.834.623	12.085.358
Patiënt- en bewonersgebonden kosten	46.496.823	43.370.995
Onderhoud en energiekosten	5.604.684	4.879.111
Huur en leasing	903.756	888.692
Dotaties en vrijval voorzieningen	467.764	350.000
Overige kosten	-176.711	-2.236.433
Totaal bedrijfskosten	<u>75.836.607</u>	<u>67.574.629</u>

Toelichting

In de bedrijfskosten is bedrag begrepen van € 684.003 vanuit de AS Holding.

21. Financiële baten en lasten

De specificatie is als volgt :

	<u>2009</u>	<u>2008</u>
	€	€
Rentelasten langlopende leningen	4.651.747	4.914.100
Rentelasten kortlopende leningen	1.031.938	2.210.916
Totaal financiële baten en lasten	<u>5.683.686</u>	<u>7.125.016</u>

Toelichting

In de financiële baten en lasten is een bedrag begrepen van € 40.313 vanuit de AS Holding



5.1.9 TOELICHTING OP DE GECONSOLIDEERDE RESULTATENREKENING

22. Bezoldiging bestuurders en toezichthouders

De bezoldiging van de bestuurders en gewezen bestuurders van de zorginstelling over het jaar 2009 is als volgt:

	2009	2009
Naam	L. Schoots	P.A.M. Vierhout
1 In dienst vanaf (datum)	17-apr-08	14-mrt-08
2 Maakt de persoon op dit moment nog steeds deel uit van het bestuur	Ja	Nee
3 Tot welke was de persoon werkzaam in de organisatie.	1-mrt-10	31-mrt-09
4 Voorzitter	Ja	Nee
5 Hoeveel maanden is de persoon voorzitter geweest.	12	-
6 Wat is de aard van de (arbeids)overeenkomst	Extern ingehuurd	Extern ingehuurd
7 Welke salarisregeling is toegepast	Anders	Anders
8 Deeltijdfactor (percentage)	nvt	nvt
9 Managementfee (inclusief 19 % BTW)	640.690	62.746

De bezoldiging van de leden van de Raad van Toezicht van de zorginstelling over het jaar 2009 is als volgt:

naam	functie	2009	
		bezoldiging	belastbaar loon
		€	€
C.E. Witte	voorzitter tot 7-09-2009	14.875	14.500
J.L. den Hartog	vice-voorzitter	10.250	9.500
H.R. Th. Kröber	lid	8.750	8.000
P.F.M. van der Meer Mohr	lid tot 16-02-2009	2.917	2.167
C. Sas	lid	8.750	8.000
G.J. Woudenberg	lid vanaf 6-04-2009	10.083	9.333
	voorzitter vanaf 7-09-2009		
Totaal		55.625	51.500

5.1.9 TOELICHTING OP DE GECONSOLIDEERDE RESULTATENREKENING

23. Wet openbaarmaking uit publieke middelen gefinancierde topinkomens (Wopt)

De bezoldiging van de functionarissen die in het kader van de Wopt verantwoording plaatsvinden zijn als volgt: :

		periode in dienst in verslagjaar	2009	2008
1	Voormalig lid College van Bestuur	01-01/31-12	215.943	204.623
2	Voormalig voorzitter Raad van Bestuur	nvt	348.966	246.794
3	Voormalig lid Raad van Bestuur	nvt	349.974	246.758
4	Hoofd concernstaf	01-01/31-03	120.514	113.637
5	Productgroepmanager ICT	01-01/31-05	323.806	96.649

toelichting:

- 1) Conform beëindigingsovereenkomst
- 2) Betreft uitbetaling van ontslagvergoeding
- 3) Betreft uitbetaling van ontslagvergoeding
- 4) Hierin begrepen een ontslagvergoeding van € 80.000
- 5) Hierin begrepen een ontslagvergoeding van € 280.000

24. Honoraria accountant

De honoraria van de accountant over 2009 zijn als volgt:

	2009	2008
	€	€
1 Controle van de jaarrekening	86.870	96.509
2 Overige controlewerkzaamheden (w.o. Regeling AO/IC en Nacalculatie)	62.338	18.505
3 Fiscale advisering	1.012	56.715
4 Niet controle-diensten	128.704	93.469
Totaal honoraria accountant	278.923	265.198



5.1.10 ENKELVOUDIGE BALANS PER 31 DECEMBER 2009
(na resultaatbestemming)

	Ref.	31-dec-09 €	31-dec-08 €
ACTIVA			
Vaste activa			
Materiële vaste activa	1	157.854.666	176.169.705
Financiële vaste activa	2	4.714.680	4.193.070
Totaal vaste activa		162.569.346	180.362.775
Vlottende activa			
Vorraden	3	5.070.475	4.434.701
Onderhanden werk uit hoofde van DBC's	4	-12.259.058	-9.018.761
Vorderingen en overlopende activa	5	49.112.388	74.512.365
Vorderingen uit hoofde van financieringstekort		0	5.663.222
Liquide middelen	7	39.343	4.542.465
Totaal vlottende activa		41.963.147	80.133.992
Totaal activa		204.532.493	260.496.767
PASSIVA			
Eigen vermogen			
Collectief gefinancierd gebonden vermogen	8	17.002.440	13.576.612
Niet collectief gefinancierd vrij vermogen		2.471.517	3.086.778
Totaal eigen vermogen		19.473.957	16.663.390
Voorzieningen	9	4.116.749	5.290.129
Langlopende schulden	10	100.675.000	107.975.000
Kortlopende schulden			
Schulden uit hoofde van financieringsoverschot	6	687.581	0
Kortlopende schulden en overlopende passiva	11	79.579.207	130.568.248
Totaal Passiva		204.532.493	260.496.767



5.1.11 ENKELVOUDIGE RESULTATENREKENING OVER 2009

	Ref.	2009 €	2008 €
BEDRIJFSOPBRENGSTEN:			
Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten en/of subsidie	13	145.568.704	159.918.805
Opleidingsfonds 1e tranche	14	8.602.752	6.813.900
DBC opbrengsten B-segment	15	62.838.406	42.713.328
Niet gebudgetteerde zorgprestaties	16	3.301.804	2.141.296
Overige bedrijfsopbrengsten	17	15.889.951	11.518.372
Som der bedrijfsopbrengsten		236.201.617	223.105.701
BEDRIJFSLASTEN:			
Personeelskosten	18	133.249.956	130.512.411
Afschrijvingen op vaste activa	19	18.729.856	19.407.575
Overige bedrijfskosten	20	75.152.604	67.532.234
Som der bedrijfslasten		227.132.416	217.452.221
BEDRIJFSRESULTAAT		9.069.200	5.653.480
Financiële baten en lasten	21	-5.643.373	-7.112.719
RESULTAAT UIT GEWONE BEDRIJFSVOERING		3.425.828	-1.459.239
Resultaat deelnemingen	22	-615.261	-68.646
RESULTAAT BOEKJAAR		2.810.567	-1.527.885
RESULTAATBESTEMMING			
<i>Het resultaat is als volgt verdeeld:</i>		2009 €	2008 €
Toevoeging/(onttrekking):			
Reserve aanvaardbare kosten (collectief gebonden vermogen)		3.432.722	-626.904
Reserve aanvaardbare kosten (niet-collectief gebonden vermogen)		-615.261	-68.646
Bestemmingsreserve afschrijving instandhouding		16.479	-34.099
Bestemmingsreserve afschrijving inventarissen		-23.373	-798.236
		2.810.567	-1.527.885



5.1.12 TOELICHTING OP DE ENKELVOUDIGE BALANS

ACTIVA

2. Financiële vaste activa

De specificatie is als volgt :

	31-dec-09	31-dec-08
	€	€
Overige financiële vaste activa	4.714.680	4.193.070
Totaal financiële vaste activa	<u>4.714.680</u>	<u>4.193.070</u>

Het verloop van de deelnemingen is als volgt :

	2009	2008
Boekwaarde per 1 januari	0	0
Resultaat deelneming boekjaar	-615.261	-68.646
Afwaardering vordering deelneming Holding	615.261	68.646
Boekwaarde per 31 december 2007	<u>0</u>	<u>0</u>

Toelichting:

Per 31 december 2009 bestaat de post deelneming uit een 100 % kapitaalbelang in AS Holding BV.

Het negatieve vermogen van de deelneming is in mindering gebracht op de vordering (zie 5.1.12)

Voor de verdere toelichting op de balans wordt verwezen naar de toelichting op de geconsolideerde balans per 31 december 2008.

5.1.12 TOELICHTING OP DE ENKELVOUDIGE RESULTATENREKENING
PER 31-12-2009

22. Resultaat deelnemingen

	2009	2008
Albert Schweitzer Holding BV	-615.261	-68.646
	<u>-615.261</u>	<u>-68.646</u>
Resultaat deelnemingen boekjaar	615.261-	68.646-
Resultaat deelneming volgens resultaatrekening	<u>-615.261</u>	<u>68.646-</u>

Voor de verdere toelichting op de resultatenrekening wordt verwezen naar de toelichting op de geconsolideerde resultatenrekening 2009.



5.2 OVERIGE GEGEVENS

5.2.1 Vaststelling en goedkeuring jaarrekening

De raad van bestuur van St. Albert Schweitzer ziekenhuis heeft de jaarrekening 2009 vastgesteld in de vergadering van 29 april 2010.

De raad van toezicht van de St. Albert Schweitzer ziekenhuis heeft de jaarrekening 2009 goedgekeurd in de vergadering van 12 mei 2010.

5.2.2 Resultaatbestemming

Het resultaat wordt verdeeld volgens de resultaatverdeling in de resultatenrekening. In de statuten is geen regeling opgenomen voor de winstbestemming.

5.2.3 Adresgegevens

Alle locaties hebben één centraal postbusadres:

Postbus 444

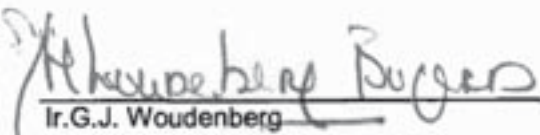
3300 AK Dordrecht

5.2.4 Gebeurtenissen na balansdatum

5.2.5 Ondertekening door bestuurders en toezichthouders



P. Eringa
Voorzitter Raad van Bestuur



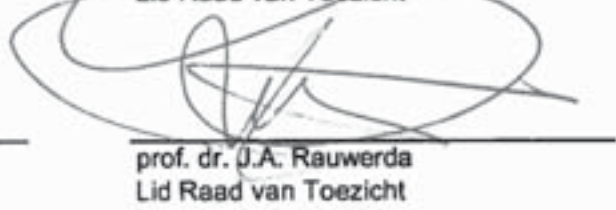
Ir. G.J. Woudenberg
Voorzitter Raad van Toezicht



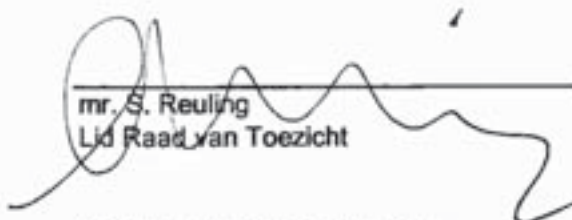
H.R. Th. Kröber
Lid Raad van Toezicht



drs. M.J.H. Jetten
Lid Raad van Toezicht



prof. dr. J.A. Rauwerda
Lid Raad van Toezicht



mr. S. Reuling
Lid Raad van Toezicht



drs. G. Sas
Lid Raad van Toezicht

5.2.6 Accountantsverklaring

De accountantsverklaring is opgenomen op de volgende pagina.

Aan de Raad van Bestuur van
Stichting Albert Schweitzer ziekenhuis
Dordrecht

PricewaterhouseCoopers
Accountants N.V.
Prinses Margrietplantsoen 48
2595 BR Den Haag
Postbus 30715
2500 GS Den Haag
Telefoon (070) 342 61 11
Fax (070) 342 64 00
www.pwc.com/nl

Accountantsverklaring

Verklaring betreffende de jaarrekening

Wij hebben de in dit jaardocument in hoofdstuk 5 opgenomen jaarrekening 2009 van Stichting Albert Schweitzer ziekenhuis te Dordrecht bestaande uit de geconsolideerde en enkelvoudige balans per 31 december 2009 en de geconsolideerde en enkelvoudige resultatenrekening over 2009 met de toelichting gecontroleerd.

Verantwoordelijkheid van het bestuur

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

Verantwoordelijkheid van de accountant

Onze verantwoordelijkheid is het geven van een oordeel over de jaarrekening op basis van onze controle. Wij hebben onze controle verricht in overeenstemming met Nederlands recht. Dienovereenkomstig zijn wij verplicht te voldoen aan de voor ons geldende gedragsnormen en zijn wij gehouden onze controle zodanig te plannen en uit te voeren dat een redelijke mate van zekerheid wordt verkregen dat de jaarrekening geen afwijkingen van materieel belang bevat.

Een controle omvat het uitvoeren van werkzaamheden ter verkrijging van controle-informatie over de bedragen en de toelichtingen in de jaarrekening. De keuze van de uit te voeren werkzaamheden is afhankelijk van de professionele oordeelsvorming van de accountant, waaronder begrepen zijn beoordeling van de risico's van afwijkingen van materieel belang als gevolg van fraude of fouten. In die beoordeling neemt de accountant in aanmerking het voor het opmaken van en getrouw weergeven in de jaarrekening van vermogen en resultaat relevante interne beheersingssysteem, teneinde een verantwoorde keuze te kunnen maken van de controlewerkzaamheden die onder de gegeven omstandigheden adequaat zijn maar die niet tot doel hebben een oordeel te geven over de effectiviteit van het interne beheersingssysteem van de stichting.



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

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

Oordeel

Naar ons oordeel geeft de jaarrekening een getrouw beeld van de grootte en de samenstelling van het vermogen van Stichting Albert Schweitzer ziekenhuis per 31 december 2009 en van het resultaat over 2009 in overeenstemming met de Regeling Verslaggeving WTZi.

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

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

Den Haag, 12 mei 2010
PricewaterhouseCoopers Accountants N.V.

Originieel getekend door
drs. A. Hakbijl RA

AH-166917a/mvo/30120221/ts





Bijlage

**Albert
Schweitzer**
ziekenhuis



Bijlagen

INHOUDSOPGAVE	pagina
Leerhuis	106
Prestatie-indicatoren	110
Wetenschappelijke publicaties	123
Checklist Governance Code	124
Overzicht Personalia	134
Leden vereniging medische staf	135
Overzicht Commissies	139
Overzicht afkortingen	144
Colofon	148

Medische vervolgoopleidingen van het ASz en aantal AIOS

	Opleiding	Poortspecialisme ja/nee	Aantal AIOS
01.	Anesthesie	Ja	4
02.	Apotheek	Nee	3
03.	Cardiologie	Ja	3
04.	Gynaecologie	Ja	7
05.	Heelkunde	Ja	13
06.	Interne geneeskunde	Ja	20
07.	Klinische chemie	Nee	3
08.	Klinische fysica	Nee	2
09.	Neurologie	Ja	4
10.	MDL	Ja	1
11.	Pathologie	Nee	1
12.	Psychologie	Ja	5
13.	Medische Psychiatrie	Ja	1
14.	Radiologie Fellowship Interventie Radiologie	Nee	16
15.	SEH	Ja	7
16.	Tropenopleiding	Ja	5
17.	Huisartsgeneeskunde (Stages dermatologie, ouderenge- neeskunde, gynaecologie, interne geneeskunde, kindergeneeskunde en psychiatrie)	Ja	15
18.	Verpleeghuisartsgeneeskunde (Stage ouderengeneeskunde)	Nee	2
	TOTAAL	12 poortspecialismen, 18 opleidingen	112



Overzicht aantal co-assistenten in het ASz per specialisme

Anesthesie	1
Cardiologie	2
Dermatologie	35
Gynaecologie	45
Heelkunde	51
Interne geneeskunde	58
Kindergeneeskunde	43
KNO	31
Neurologie	31
Oogheelkunde	15
SEH	10
Urologie	1
TOTAAL	323

Overzicht aantal ziekenhuisopleidingen

Medisch Ondersteunende Opleidingen:

- Anesthesiemedewerker
- Gipsverbandmeester
- *Klinisch Perfusionist **
- Operatieassistent
- Radiodiagnostisch laborant
- Radiotherapeutisch laborant
- Ziekenhuishygiënist

Verpleegkundige Vervolgopleidingen:

- Opleiding Dialyse Verpleegkundige
- Opleiding Intensive Care Verpleegkundige
- *Opleiding Intensive Care Kinderverpleegkundige **
- *Opleiding Intensive Care Neonatologie Verpleegkundige **
- Opleiding Kinderverpleegkundige
- Opleiding Obstetrie Verpleegkundige
- Opleiding Oncologie Verpleegkundige
- Opleiding Spoedeisende Hulp Verpleegkundige

**De cursief gedrukte opleidingen worden niet verzorgd door het ASz*



Overzicht aanbod bij- en nascholingen Leerhuis

BHV brand en ontruiming
BHV herhaling
C-Boog training
Coachingsvaardigheden
Crisisinterventie
Cytostatica (veilig werken)
Diabetes extern en intern
Echocardio ECG training
Echoavonden
Electronisch Voorschrift Systeem
Feedback, klare taal
Gastvrijheid en veilig werken
Interne geneeskunde (bijscholing)
Intervisie
Kindermishandeling
Longziekten (bijscholing)
Multi Source Feedback
Neurologie (bijscholing)
Office PC intro
Office Windows
Office Excel 2
Office Excel 1
Omgaan met agressie
Persoonlijke effectiviteit
Pijn
SAP
SAVE
Scopietraining
Shock
Stralingshygiëne
Teach the teacher
Tractie
Veiligheid
Werkbegeleiding Calibris



Overzicht plaatsing stagiaires per opleiding

Apothekersassistente	4
Bekkenbodempfysotherapie	2
Commerciele Economie	1
Communicatiemanagement	1
Dietetiek	5
Doktersassistente	29
Ergotherapie	3
Facilitair management/dienstverl.	10
Farmacie	4
Fysiotherapie	3
Geestelijke verzorging	2
Geneeskunde	9
Gezondheidszorgtechnologie	1
HBO-v	52
Helpende Welzijn	1
Klinische Chemie	5
Logistiek medewerker	5
Logopedie	4
MBO-v	127
MBRT	3
Medisch secretaresse	1
MMO	16
Nucleaire geneeskunde	1
O&G	1
Onderwijskunde	1
Optometrie/Orthoptie	5
P&A	3
Physician Assistant	1
Radiologisch laborant	1
Secretaresse	2
Snuffelstage	75
SPH	2
TU Delft	1
Verloskunde	16
Verpleeghulp Universiteit A'dam	1
Voedingsassistente	1



Prestatie-indicatoren

Overzicht Prestatie-indicatoren IgZ 2009					2009	2008	2007	2006	Norm
1.1	Decubitus								
	Puntprevalentie Decubitus ziekenhuisbreed								
	Zijn de geïncludeerde patiënten verspreid over meer dan één locatie?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	
	Is de decubitusprevalentie v.h. verslagjaar bekend?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	
	T: Aantal patiënten met decubitus graad 2-4, aanwezig in het ziekenhuis op een vast tijdstip in het verslagjaar	7	16	9	13				
	N: Aantal op decubitus onderzochte(klinisch) patiënten in het ziekenhuis op het genoemde tijdstip.	407	368	425	361				
	Totaal aantal opgenomen patiënten op datzelfde moment	407	372						
	Puntprevalentie	1,7%	4,3%	2,1%	3,6%				> 1,1 - < 6,8
	Welk protocol wordt gehanteerd?	LPZ protocol	LPZ protocol	LPZ protocol	LPZ protocol				
1.2	Decubitus incidentie bij een homogene patiënten populatie								
	Zijn de geïncludeerde patiënten verspreid over meer dan één locatie?	Ja							
	Is de decubitus incidentie bij patiënten met een totale heupvervangings in het verslagjaar bekend?	Ja							
	Beschikt u over een registratiesysteem voor decubitus incidentie bij totale heupvervangings?	Ja							
	Heeft u een steekproef genomen?	Nee							
	T: Aantal nieuwe gevallen van decubitus graad 2-4 bij patiënten opgenomen voor een totale heupvervangings	0	2	1	0				
	N: Totaal voor een totale heupvervangings opgenomen patiënten?	408	372	387	251				
	Incidentie	0,00%	0,54%	0,26%	0,00%				> 2,6
2	Ondervoeding								
2.1 A	Screening op ondervoeding in de kliniek volwassenen								
	Welke screeningsinstrument wordt voor de screening bij volwassenen gebruikt	SNAQ	SNAQ						
	Beschikt u over een registratiesysteem	Ja	Ja	Ja					
	Is er een steekproef gedaan?	Ja	Ja	Ja					
	zo ja, populatiebeschrijving								
		alle klinische opnamen patiënten > 18 jaar opgenomen 2/11 tot 31/12 op gedefinieerde klinische afdelingen							
	steekproefgrootte	5088	356						
	A. aantal opgenomen volwassen patiënten in 2008	15561	14126						
	B. Aantal volwassen patiënten bij opname gescreend op ondervoeding	15561	14126						
	C.aantal patiënten dat is geïdentificeerd als matig ondervoed	649	155						
	D. Aantal mensen dat is geïdentificeerd als ernstig ondervoed	1043	1698						
	Percentage 1 (B/A): percentage volwassen patiënten gescreend op ondervoeding	100,0%	100%						
	Percentage volwassen patiënten dat geïdentificeerd is als matig ondervoed	4,2%	1,10%						
	Percentage volwassen patiënten dat geïdentificeerd is als ernstig ondervoed	6,7%	12%						> 9 - < 27%
2.1 B	Screening op ondervoeding in de kliniek kinderen								
	Beschikt u over een registratiesysteem	Ja	Ja	Ja					
	Is er een steekproef gedaan?	Nee		Ja					
				alle kinderen <18 jaar opgenomen voor een klinische opname >2					
	zo ja, populatiebeschrijving	nvt							
	steekproefgrootte	nvt	196						
	A. aantal opgenomen kinderen in 2008	719	1305						
	B. Aantal kinderen bij opname gescreend op ondervoeding	719	904						
	C.aantal kinderen dat is geïdentificeerd als ondervoed	33	55						
	Percentage 1 (B/A): percentage kinderen gescreend op ondervoeding	100,0%	69,3%						
	Percentage 2 (C/B): percentage kinderen dat geïdentificeerd is als ondervoed	4,6%	4,2%						> 0 - < 20



Overzicht Prestatie-indicatoren IGz 2009						2009	2008	2007	2006	Norm
		Operatieverslagen		Ja/Ja		Ja/Ja		100/100	100/100	
		Beelden (X-foto's, CT, MRI, etc)		Ja/Ja		Ja/Ja			100/100	
		Beschikbaarheid op de polikliniek, ziekenhuisapotheek en verpleegafdeling van:								
		Medicatiegegevens van klinisch voorgeschreven medicatie		Ja/Ja/Ja		Ja/Ja/Ja				
		Medicatiegegevens van poliklinisch voorgeschreven medicatie		Ja/Ja/Ja		gedeelteeljk/gedeelteeljk/gedeelteeljk				
		Medicatiegegevens van extramuraal voorgeschreven medicatie		Deels/Deels/Deels		nee/Ja/Ja				
4.1 B		Beschikbaarheid van procesondersteunende ICT								
		Beschikbaarheid op de poliklinieksprekkamer en afdeling van:								
		Elektronische medische intake		Deels/Deels		gedeelteeljk/nee		30/0	30/0	
		Elektronische verpleegkundige intake		Deels/Deels		nee/nee		niet gevraagd	niet gevraagd	
		Elektronische verpleegkundige decursus		Deels/Deels		gedeelteeljk/nee		50/50	50/50	
		Elektronische medische decursus		Deels/Deels		gedeelteeljk/nee		35/0	35/0	
		Multidisciplinaire patiënttraject plannings systeem		Ja/Ja		gedeelteeljk/gedeelteeljk		50/50	50/50	
		Ordercommunicatie laboratorium		Ja/Ja		Ja/Ja		50/100	50/100	
		Ordercommunicatie voor medicatie		Ja/Ja		Ja/Ja		0/100	0/80	
		Ordercommunicatie bij voorschrijven		Ja/Ja		Ja/Ja		0/100	0/80	
		Ordercommunicatie voor klinische medicatie		Ja/Ja		Ja/Ja		100/100	0/80	
		Ordercommunicatie voor poliklinische medicatie		Ja/Ja		Ja/Ja		5/100	0/0	
		Ordercommunicatie voor radiologie		Ja/Ja		Ja/nee		100/100 (in Rados van BVT)	100/100	
		Ordercommunicatie mbv geprotocolleerde ordersets		Deels/Deels		gedeelteeljk/gedeelteeljk		35/25	35/25	
		Ordercommunicatie voor overige zorgdiensten		Ja/Ja		gedeelteeljk/Ja		100/100	100/100	
		Elektronische bewaking van het behandeltraject		Nee/Nee		nee/nee		in opbouw	in opbouw	



Overzicht Prestatie-indicatoren IGz 2009					2009	2008	2007	2006	Norm
5 Ziekenhuis infecties									
Surveilleert het ziekenhuis ziekenhuisinfecties					Ja	Ja	Ja	Ja	
Incidentie surveillance via PRECIEZ						Ja	Ja	Ja	
<i>Postoperative wond infecties</i>									
Incidentietiming via Prezies					Ja	Ja			Ja
hoeveel patiënten zijn geïncludeerd in de incidentietiming		1517				1312			
hoeveel patiënten komen in aanmerking		onbekend				1312			
Prevalentiemeting via Prezies		nee				nee			
zijn n.a.v. de surveillance interventies gepleegd		Ja				Ja			
Hadden interventies het gewenste resultaat		Ja				Ja			
<i>Lijnsepsis</i>									
incidentietiming via Prezies		nee				Ja			Ja
hoeveel patiënten zijn geïncludeerd in de incidentietiming		nvt				140			
hoeveel patiënten komen in aanmerking		nvt				140			
Prevalentiemeting via Prezies		nee				nee			
zijn n.a.v. de surveillance interventies gepleegd		nvt				Ja			
Hadden interventies het gewenste resultaat		nvt				Ja			
<i>Beademing gerelateerd pneumoniën</i>									
Incidentie en/of prevalentie via Prezies		nee				nee			
<i>Blaaskatheter gerelateerde infecties</i>									
Incidentie en/of prevalentie via Prezies		nee				nee			Ja
toelichting									Ja
6 Complicatieregistratie									
Algemene chirurgie									
Aanwezig in het ziekenhuis als zelfstandig functie		Ja			Ja	Ja	Ja	Ja	
Registratiesysteem		Op LHCR gebaseerd systeem				idem als 2007	eigen systeem overgenomen en ism HAGA ziekenhuis compatible met landelijke registratie en ism met aantal grote algemene ziekenhuizen	systeem rode kruis	
Gebruikt u de registratie voor bespreking in uw team		Ja, maandelijks			Ja, maandelijks	Ja	Ja	niet gevraagd	
Anesthesiologie									
Aanwezig in het ziekenhuis als zelfstandig functie		Ja			Ja	Ja	Ja	Ja	
Registratiesysteem		LCR NVA			LCR NVA	LCR NVA	LCR NVA	landelijke model	
Gebruikt u de registratie voor bespreking in uw team		Ja, maandelijks			Ja, maandelijks	Ja	Ja	niet gevraagd	
Cardiologie									
Aanwezig in het ziekenhuis als zelfstandig functie		Ja			Ja	Ja	Ja	Ja	
Registratiesysteem		LCR NVVC			enige systeem gebaseerd op NIV	aanangepaste versie gebaseerd op NIV	aanangepaste versie gebaseerd op NIV	landelijke model	
Gebruikt u de registratie voor bespreking in uw team		Ja, wekelijks			Ja, wekelijks	Ja	Ja	niet gevraagd	
Dermatologie									
Aanwezig in het ziekenhuis als zelfstandig functie		Ja			Ja	Ja	Ja	Ja	



Overzicht Prestatie-indicatoren IGz 2009					2009	2008	2007	2006	Norm
Dialyse	Registratiesysteem				Ja, standaard van de NVDV		eigen versie, gebaseerd op landelijke input		
	Gebruikt u de registratie voor bespreking in uw team				Ja, Ad hoc		Ja	niet gevraagd	
Geriatricie	Aanwezig in het ziekenhuis als zelfstandig functie				Ja		Ja	Ja	
	Registratiesysteem				Diamant/Rennie		Diamant/Rennie	eigen versie	
	Gebruikt u de registratie voor bespreking in uw team				Ja, ad hoc		Ja	niet gevraagd	
Gynaecologie	Aanwezig in het ziekenhuis als zelfstandig functie				Ja		Ja	Ja	
	Registratiesysteem				LCR NIV		eigen systeem, aangepaste versie gebaseerd op NIV	eigen versie	
	Gebruikt u de registratie voor bespreking in uw team				Ja, Ad hoc		nee		
Hematologie	Aanwezig in het ziekenhuis als zelfstandig functie				Ja		Ja	Ja	
	Registratiesysteem				Ja, LCR fertiliteit; gynaecologieregistratie NVOG		Ja	landelijke model	
	Gebruikt u de registratie voor bespreking in uw team				Ja, maandelijks		LCR fertiliteit; gynaecologieregistratie	niet gevraagd	
Interne geneeskunde	Aanwezig in het ziekenhuis als zelfstandig functie				Ja		Ja	Ja	
	Registratiesysteem				LCR NIV en TRIP		LCR NIV	landelijke model	
	Gebruikt u de registratie voor bespreking in uw team				Ja, maandelijks		Ja	niet gevraagd	
Intensive Care	Aanwezig in het ziekenhuis als zelfstandig functie				Ja		Ja	Ja	
	Registratiesysteem				LCR/NIV		LCR/NIV	eigen versie	
	Gebruikt u de registratie voor bespreking in uw team				Ja, maandelijks		Ja	niet gevraagd	
	Aanwezig in het ziekenhuis als zelfstandig functie				Ja		Ja	Ja	
	Registratiesysteem				NICE		NICE	eigen versie	



Overzicht Prestatie-indicatoren IGz 2009					2006	2007	2008	2009	Norm
Gebruikt u de registratie voor bespreking in uw team						ja	ja, maandelijks	ja, maandelijks	niet gevraagd
Kaakchirurgie									
Aanwezig in het ziekenhuis als zelfstandig functie					ja	ja	ja	ja	ja
Registratiesysteem					eigen systeem	eigen systeem	eigen systeem	eigen versie	eigen versie
Gebruikt u de registratie voor bespreking in uw team					ja, ad hoc	ja	ja, ad hoc	ja	niet gevraagd
Keel neus en oorheelkunde									
Aanwezig in het ziekenhuis als zelfstandig functie					ja	ja	ja	ja	ja
Registratiesysteem					CR NV-KVO	LCR P3	LCR NVK	landelijke model	landelijke model
Gebruikt u de registratie voor bespreking in uw team					ja, ad hoc	ja	ja, ad hoc	ja	niet gevraagd
Kindergeneeskunde									
Aanwezig in het ziekenhuis als zelfstandig functie					ja	ja	ja	ja	ja
Registratiesysteem					LCR NVK	LCR NVK	LCR NVK	landelijke model	landelijke model
Gebruikt u de registratie voor bespreking in uw team					ja, wekelijks	ja	ja, wekelijks	ja	niet gevraagd
Klinische chemie									
Aanwezig in het ziekenhuis als zelfstandig functie					ja	ja	ja	ja	ja
Registratiesysteem					conform CCKL	eigen versie	conform CCKL	eigen versie	eigen versie
Gebruikt u de registratie voor bespreking in uw team					ja, maandelijks	ja	ja, maandelijks	ja	niet gevraagd
Klinische oncologie									
Aanwezig in het ziekenhuis als zelfstandig functie					ja	ja	ja	ja	ja
Registratiesysteem					LCR NIV	eigen systeem, aangepaste versie gebaseerd op NIV registratie	LCR NIV	eigen versie	eigen versie
Gebruikt u de registratie voor bespreking in uw team					ja, maandelijks	ja	ja, maandelijks	ja	niet gevraagd
Klinische pathologie									
Aanwezig in het ziekenhuis als zelfstandig functie					ja	ja	ja	ja	ja
Registratiesysteem					conform CCKL	eigen versie	conform CCKL	eigen versie	eigen versie
Gebruikt u de registratie voor bespreking in uw team					ja, maandelijks	ja	ja, maandelijks	ja	niet gevraagd
Longziekten									
Aanwezig in het ziekenhuis als zelfstandig functie					ja	ja	ja	ja	ja
Registratiesysteem					LCR Longziekten	eigen systeem, aangepaste versie gebaseerd op NIV registratie	eigen systeem, aangepaste versie gebaseerd op NIV registratie	eigen versie	eigen versie
Gebruikt u de registratie voor bespreking in uw team					ja, wekelijks	ja, wekelijks	ja, wekelijks	ja	niet gevraagd
Maag darm en leverziekten									
Aanwezig in het ziekenhuis als zelfstandig functie					ja	ja	ja	ja	ja
Registratiesysteem					LCR MDL	eigen systeem, aangepaste versie gebaseerd op NIV registratie	eigen systeem, aangepaste versie gebaseerd op NIV registratie	eigen versie	eigen versie
Gebruikt u de registratie voor bespreking in uw team					ja, wekelijks	ja, wekelijks	ja, wekelijks	ja	niet gevraagd
Medische microbiologie									
Aanwezig in het ziekenhuis als zelfstandig functie					ja	ja	ja	ja	ja
Registratiesysteem					conform CCKL	eigen versie	conform CCKL	eigen versie	eigen versie
Gebruikt u de registratie voor bespreking in uw team					ja, maandelijks	ja	ja, maandelijks	ja	niet gevraagd
Nefrologie									



Overzicht Prestatie-indicatoren IGz 2009					2006	2007	2008	2009	Norm
Neurochirurgie									
Aanwezig in het ziekenhuis als zelfstandig functie	ja	ja	eigen versie	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Registratiesysteem					LHCR				landelijke model
Gebruikt u de registratie voor bespreking in uw team	ja, ad hoc	ja, ad hoc			ja	ja			niet gevraagd
Neurologie									
Aanwezig in het ziekenhuis als zelfstandig functie	ja	ja	eigen versie	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Registratiesysteem					LCR NVN				eigen versie
Gebruikt u de registratie voor bespreking in uw team	ja, ad hoc	ja, ad hoc			ja	ja			niet gevraagd
Nucleaire geneeskunde									
Aanwezig in het ziekenhuis als zelfstandig functie	ja	ja	eigen versie	ja	ja	ja	ja	ja	landelijke model
Registratiesysteem									niet gevraagd
Gebruikt u de registratie voor bespreking in uw team	ja, maandelijks	ja, maandelijks			ja	ja			
Oogheelkunde									
Aanwezig in het ziekenhuis als zelfstandig functie	ja	ja	LCR CPO	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Registratiesysteem					LCR NOG/CPO				landelijke model
Gebruikt u de registratie voor bespreking in uw team	ja, maandelijks	ja, maandelijks			ja	ja			niet gevraagd
Orthopedie									
Aanwezig in het ziekenhuis als zelfstandig functie	ja	ja	OrVeCos	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Registratiesysteem					OrVeCos				landelijke model
Gebruikt u de registratie voor bespreking in uw team	ja, ad hoc	ja, ad hoc			ja	ja			niet gevraagd
Plastische chirurgie									
Aanwezig in het ziekenhuis als zelfstandig functie	ja	ja	NVPC	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Registratiesysteem					NVPC				landelijke model
Gebruikt u de registratie voor bespreking in uw team	ja, ad hoc	ja, ad hoc			ja	ja			niet gevraagd
Psychiatrie									
Aanwezig in het ziekenhuis als zelfstandig functie	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Registratiesysteem					nee	nee	nee	nee	in voorbereiding
Gebruikt u de registratie voor bespreking in uw team	ja, ad hoc	ja, ad hoc			ja	ja			niet gevraagd
Radiodiagnostiek									
Aanwezig in het ziekenhuis als zelfstandig functie	ja	ja	landelijk	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Registratiesysteem					landelijk				landelijke model
Gebruikt u de registratie voor bespreking in uw team	ja, maandelijks	ja, maandelijks			ja	ja			niet gevraagd
Radiotherapie									
Aanwezig in het ziekenhuis als zelfstandig functie	ja	ja	In het ASz wordt een dependance voor de radiotherapie van het Erasmus Medisch Centrum gebouwd. Deze zal in 2010 geopend worden. Nu wordt er 2	ja	ja	nee			
Registratiesysteem									
Gebruikt u de registratie voor bespreking in uw team	ja, maandelijks	ja, maandelijks			ja	ja			
Reumatologie									
Aanwezig in het ziekenhuis als zelfstandig functie	ja	ja	CR NIV	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Registratiesysteem					CR NIV				eigen versie
Gebruikt u de registratie voor bespreking in uw team	ja, ad hoc	ja, ad hoc			ja	ja			niet gevraagd
Revalidatie									
Aanwezig in het ziekenhuis als zelfstandig functie	ja	ja	LCR NIV en TRIP	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Registratiesysteem									eigen versie
Gebruikt u de registratie voor bespreking in uw team	ja	ja		ja	ja	ja			niet gevraagd
Neonatalogie									
Aanwezig in het ziekenhuis als zelfstandig functie	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Registratiesysteem					LCR NVK				landelijke model
Gebruikt u de registratie voor bespreking in uw team	ja, wekelijks	ja, wekelijks			ja	ja			niet gevraagd



Overzicht Prestatie-indicatoren IGz 2009					2006	2007	2008	2009	Norm
	Aanwezig in het ziekenhuis als zelfstandig functie			ja	ja	ja	ja	ja	ja
	Registratiesysteem			LKCR VRA	LKCR VRA	LKCR VRA	LKCR VRA	LKCR VRA	eigen versie
	Gebruikt u de registratie voor bespreking in uw team			ja, maandelijks	ja, maandelijks	ja	ja	ja	niet gevraagd
Urologie									
	Aanwezig in het ziekenhuis als zelfstandig functie			ja	ja	ja	ja	ja	ja
	Registratiesysteem			LCR NVU	LCR NVU	LCR NVU	LCR NVU	LCR NVU	eigen versie
	Gebruikt u de registratie voor bespreking in uw team			ja, maandelijks	ja, maandelijks	ja	ja	ja	niet gevraagd
Vaatchirurgie									
	Aanwezig in het ziekenhuis als zelfstandig functie			ja	ja	ja	ja	ja	ja
	Registratiesysteem			LHCR afgeleide systeem	LHCR afgeleide systeem	LHCR afgeleide systeem	LHCR afgeleide systeem	LHCR afgeleide systeem	eigen versie
	Gebruikt u de registratie voor bespreking in uw team			ja, maandelijks	ja, maandelijks	ja	ja	ja	niet gevraagd
Verloskunde									
	Aanwezig in het ziekenhuis als zelfstandig functie			ja	ja	ja	ja	ja	ja
	Registratiesysteem			VOKS-I	VOKS				
	Gebruikt u de registratie voor bespreking in uw team			ja, maandelijks	ja, maandelijks				
Allergologie									
	Aanwezig in het ziekenhuis als zelfstandig functie			ja	ja	ja	ja	ja	ja
	Registratiesysteem			eigen systeem, aangepaste versie gebaseerd op NV registratie	eigen systeem, aangepaste versie gebaseerd op NV registratie	eigen systeem, aangepaste versie gebaseerd op NV registratie	eigen systeem, aangepaste versie gebaseerd op NV registratie	eigen systeem, aangepaste versie gebaseerd op NV registratie	eigen versie
	Gebruikt u de registratie voor bespreking in uw team			ja	ja	ja	ja	ja	niet gevraagd
Apotheek									
	Aanwezig in het ziekenhuis als zelfstandig functie			ja	ja	ja	ja	ja	ja
	Registratiesysteem			eigen systeem en MIP meldingen en doen mee aan een pilot voor registratie foutmeldingen bij medicatie	eigen systeem en MIP meldingen en doen mee aan een pilot voor registratie foutmeldingen bij medicatie	eigen systeem en MIP meldingen en doen mee aan een pilot voor registratie foutmeldingen bij medicatie	eigen systeem en MIP meldingen en doen mee aan een pilot voor registratie foutmeldingen bij medicatie	eigen systeem en MIP meldingen en doen mee aan een pilot voor registratie foutmeldingen bij medicatie	eigen versie
	Gebruikt u de registratie voor bespreking in uw team			ja, maandelijks	ja, maandelijks	ja, maandelijks	ja, maandelijks	ja, maandelijks	niet gevraagd



Overzicht Prestatie-indicatoren IGz 2009							2009	2008	2007	2006	Norm
7	Pijn na een operatie										
7.1	Percentage gestandariseerde pijnmetingen bij postoperatieve patiënten										
	Beschikt u over een registratiesysteem						ja	ja	ja	ja	ja
	T1: Aantal klinische operatie patiënten waarbij een gestandaardiseerde pijnmeting op de verkoever is uitgevoerd en geregistreerd						10116	7611	ja	ja	
	N1: Aantal klinische operatie patiënten (verblijfsperiodes) op de verkoever						10116	7611	ja	ja	
	Percentage geregistreerde patiënten						100,0%	100,0%	nvt	nvt	
	T2: Aantal klinische operatiepatiënten waarbij een gestandariseerde pijnmeting op de verpleegafdeling is uitgevoerd						13083	10157	133	nvt	
	N2: Totaal aantal klinische operatiepatiënten op de verpleegafdelingen						13083	10157	8287	nvt	
	Percentage geregistreerde patiënten						100,0%	100,0%	1,6%	nvt	
7.2	Percentage patiënten met op enig moment een pijnscore > 7 in de 1e 72 uur na een operatie										
	T: Totaal aantal patiënten met op enig moment een pijnscore > 7 in de eerste 72 uur postoperatief						31	13	nvt	nvt	
	N: Totaal aantal patiënten bij wie systematisch een pijnscore is gemeten in de eerste 72 uur postoperatief						13083	10157	nvt	nvt	
	Percentage patiënten met een pijnscore > 7						0,24%	0,13%	nvt	nvt	< 25 %
8	Volume risicovolle interventies										
8.1	Aantal patiënten waarbij een acute AAA operaties is uitgevoerd						115	97	21		> 15
8.2	Aantal oesophaguscardiaresecties						17	21	11	17	> 10
10.1	Ongeplande heroperaties na een colorectale operatie								andere definitie		
	T: Aantal heroperaties < 30 dgn na een colorectale operatie						15	17	14	14	
	N: Totaal aantal eerste colorectale heroperaties						159	336	320	221	
	Percentage ongeplande heroperaties						9,4%	5,1%	4,4%	6,3%	
10.2	Deelname DSCA										> 2.8 - < 11.3
	Heeft u gegevens aangeleverd aan de DSCA						ja				
	T: Aantal chirurgische resecties v.e. colorectaal carcinoom waarvan gegevens zijn aangeleverd aan de DSCA						159				
	N: Totaal aantal chirurgische resecties v.e. colorectaal carcinoom						159				
	Percentage aangeleverd						100,0%				
11	Afgezegde operaties										
	T: Aantal electieve afgezegde operaties binnen 24 uur voor het geplande tijdstip						210	120			
	N: Totaal aantal uitgevoerde electieve operatie plus aantal afgezegde operaties						23690	23734			
	Percentage afgezegde ok's						0,89%	0,51%			> 0.4 - < 3.6
12	Intensive Care										
	Level-indeling van de IC						3	3	level 3	level 3	
	Bij visitatie bevestigd?						ja, in 2008	ja, in 2005	ja	ja	
	totaal aantal intensivisten						5,6	5,5	5 fte	4,2 fte	
	bereikt deze formatie een 7x 24 uurs beschikbaarheid voor de IC						ja	ja	niet gevraagd	niet gevraagd	
	Cardiochirurgische patiënten						Nvt	Nvt	Nvt	Nvt	
	Kinderen						Nvt	Nvt	Nvt	Nvt	



Overzicht Prestatie-indicatoren Igz 2009							Norm
Niet postoperatief							
	< 72 uur	aantal patiënten/aantal beademingsuren	7596/211=36,00	10128/222=45,62	niet gevraagd	niet gevraagd	
	72-120 uur	aantal patiënten/aantal beademingsuren	7425/91=81,59	4944/52=95,07	niet gevraagd	niet gevraagd	
	> 120 uur	aantal patiënten/aantal beademingsuren	23320/88=265	25848/84=307,71	niet gevraagd	niet gevraagd	
	Gemiddeld aantal beademingsuren niet postoperatief		127,53	152,53			< 147
Postoperatief							
	< 72 uur	aantal patiënten/aantal beademingsuren	5076/141=36,00	138/3744=27,13	niet gevraagd	niet gevraagd	
	72-120 uur	aantal patiënten/aantal beademingsuren	4977/61=81,59	19/1764=92,84	niet gevraagd	niet gevraagd	
	> 120 uur	aantal patiënten/aantal beademingsuren	15312/58=264	40/11040=276,00	niet gevraagd	niet gevraagd	
	Gemiddeld aantal beademingsuren postoperatief		127,19	131,99			< 147
	data aangeleverd aan database voor stichting NICE		Ja	ja	niet gevraagd	niet gevraagd	
	data voor NIVC kwaliteitsindicatoren		Nee	nee	niet gevraagd	niet gevraagd	
13	Zwangerschap						
	Is er sprake van een perinatologisch centrum in uw ziekenhuis						
	Aantal bevallingen onder begeleiding van een gynaecoloog		Nee	nee	nee	nee	
	VOKS rapportage is bekend		2571	2520	2424	2437	> 500
	VOKS percentiel primaire sectio's 2009		Ja	nee alleen 2007	ja	ja	
	VOKS percentiel secundaire sectio's 2009		1			26	
	VOKS percentiel primaire sectio's 2008		14			11	
	VOKS percentiel secundaire sectio's 2008		13	36	36		
	VOKS percentiel secundaire sectio's 2008		24	14	14		



Overzicht Prestatie-indicatoren IGz 2009						2009	2008	2007	2006	Norm
3.14	Diabetes Mellitus									
14.1	Gemiddelde HbA1c-waarde bij diabetes									
	A Som van alle HbA1c-waarden van alle patiënten met diabetes type I en II					54719	55780	65585		
	B Aantal HbA1c bepalingen bij patiënten met diabetes type I en II					6985	7355	8766		
	C Aantal patiënten met diabetes type I en II bij wie HbA1c bepaling(en) zijn verricht					3201	3950	4197		
	Gemiddelde HbA1c-waarde bij diabetes type I					7,8	7,6	7,5	7,88	≤ 7,1 - ≥ 7,9
	Gemiddeld aantal HbA1c bepalingen per patiënt					2,2	1,9	2,1	2,25	≤ 1,9 - ≥ 3,3
	Laboratorium referentie					4-6%	4-6%	4-6%	4-6%	
14.2	Oogheelkundige controle bij diabetes									
	T: aantal patiënten met diabetes dat in het verslagjaar fundusscopie of fundusfotografie heeft ondergaan					2542	3084	3188	3145	
	N: Totaal aantal patiënten met diabetes					3201	3946	4197	4351	
	Percentage oogheelkundige controles					79,4%	78,2%	76,0%	72,3%	≤ 55,5 - < 100
15	Cardiologie									
15.1	Sterfte in het jaar na eerste administratief consult (EAC) op de polikliniek cardiologie									
	T: Totaal aantal patiënten van ≥ 70 jr. die zich in 2008 bij de cardioloog hebben gepresenteerd voor een EAC en in 2009 zijn overleden					382	nvt	nvt		
	N: Totaal aantal patiënten van ≥ 70 jr die zich in 2008 bij de cardioloog hebben gepresenteerd voor een EAC					4029	4029	2772		
	Percentage patiënten overleden					9,5%	nvt	nvt		
15.2	Ziektehuisterfte na opname voor een AMI									
	T: Totaal aantal patiënten < 65 jr overleden aan AMI tijdens ziekenhuisopname					6	3	3	4	
	N: Totaal aantal patiënten < 65 jr opgenomen voor AMI					185	211	223	201	
	Percentage overleden AMI < 65 jr					3,2%	1,4%	1,3%	2,0%	
	T: Totaal aantal patiënten ≥ 65 jr overleden aan AMI tijdens ziekenhuisopname					25	14	39	44	
	N: Totaal aantal patiënten ≥ 65 jr opgenomen voor AMI					274	286	327	351	
	Percentage overleden AMI ≥ 65 jr					9,1%	4,9%	11,9%	12,5%	
15.3	Deelname pacemaker registratie									
	Toetst u uw eigen gegevens aan externe referenties					Ja				
15.4	Heropname na hartfalen									
	Aantal heropnames voor hartfalen < 12 wkn na ontslag bij patiënten < 75 jr					10	12	5	2	
	Totaal aantal patiënten opgenomen voor hartfalen < 75 jr					174	129	76	78	
	Percentage heropnames hartfalen < 75 jr					5,7%	9,3%	6,6%	2,6%	> 2,7 - < 17,2
	Aantal heropnames voor hartfalen < 12 wkn na ontslag bij patiënten ≥ 75 jr					14	16	12	11	
	Totaal aantal patiënten opgenomen voor hartfalen ≥ 75 jr					256	216	128	113	
	Percentage heropnames hartfalen ≥ 75 jr					5,5%	7,4%	9,4%	9,7%	> 3,5 - < 13,3
16	CVA									
	A. Aantal patiënten met een herseninfarct dat binnen 1 uur na binnenkomst in het ziekenhuis behandeld met een trombolysie					53	30			
	B. Aantal patiënten met herseninfarct later dan 1 uur, maar < 2 uur na binnenkomst behandeld met trombolysie					12	55			
	C. Alle patiënten met een herseninfarct behandeld met trombolysie					65	85			
	D. alle patiënten met een herseninfarct.					514	524			
	Percentage 1 A/C					81,54%	35,29%			
	Percentage 2 B/C					18,46%	64,71%			
	Percentage 3 (C-(A+B)/C					0	0			
	Percentage 4 (C/D)					12,65%	16,22%			



Overzicht Prestatie-indicatoren IGz 2009					2009	2008	2007	2006	Norm
17	Heupfractuur								
	ASA klasse 1-2							andere vraagstelling	
	T: Aantal patiënten van 65 jaar en ouder met een heupfractuur die binnen één kalenderdag na presentatie geopereerd zijn	182	132			151	122		
	N: Totaal aantal patiënten van 65 jaar en ouder, gepresenteerd met een heupfractuur incl conservatief behandeld.	232	187			178	145		
	Percentage < 1 kalenderdag geopereerd ASA 1-2	78,4%	70,6%			84,8%	84,1%		> 81,3 - < 98,9
	ASA klasse 3-5								
	T: Aantal patiënten van 65 jaar en ouder met een heupfractuur die binnen één kalenderdag na presentatie geopereerd zijn	96	88			128	96		
	N: Totaal aantal patiënten van 65 jaar en ouder, gepresenteerd met een heupfractuur incl conservatief behandeld.	143	142			159	132		
	Percentage < 1 kalenderdag geopereerd ASA 2-5	67,1%	62,0%			80,5%	72,7%		> 56,2 - < 95,2
18	Mammatuur								
18.1	Heeft de maatschap heelkunde een differentiatiebeleid voor mammacarcinoom	Ja	Ja			Ja	nvt		
	T: Aantal chirurgen binnen de maatschap die één of meer chirurgische behandelingen aan mammacarcinoom patiënten verrichtte	7	6			6	nvt		
	N: Aantal chirurgen in de maatschap	16	16			16	nvt		
	Percentage differentiatie	43,8%	37,5%			37,5%	nvt		< 50
	Aantal patiënten bij wie een mammacarcinoom chirurgisch is behandeld in het verslagjaar	268	nvt			nvt	nvt		
18.2	Irradicaliteit bij borstsparende ingreep								
	T 1: Aantal patiënten bij wie kankerweefsel is achtergebleven na eerste lokale excisie van maligne mammatumor	18	28			Gegevens niet betrouwbaar	Gegevens niet betrouwbaar		
	T 2: Aantal patiënten bij wie niet bekend is of kankerweefsel is achtergebleven na eerste lokale excisie van maligne mammatumor	0	0						
	N: Totaal aantal patiënten met een eerste borstsparende operatie voor een maligne mammatumor	131	132						
	Percentage irradicaal	13,7%	21,2%						< 30 *nabon
	Percentage irradicaal onbekend	0,0%	0,0%						
18.3	Beschikbaarheid gegevens MDO besprekingen								
	Is de verslaglegging van het préoperatieve MDO beschikbaar in ZOS of EPD?	Ja	nvt			nvt	nvt		
	Is de verslaglegging van het postoperatieve MDO beschikbaar in ZOS of EPD?	Ja	nvt			nvt	nvt		
19	Cataract								
19.1	Registratie operatieve data								
	Is er voor cataractextracties een complicatieregistratie conform afspraken met de NOG in een gegevensbestand	Ja	ja			ja	ja		
	Is er een voor cataractextracties een dataregistratie voor pre operatieve data	Ja	ja			ja	ja		
	Registratie systeem	CPO	CPO			CPO	CPO		CPO versie 4.4
	Is er een voor cataractextracties een dataregistratie voor post operatieve data	Ja	ja			ja	ja		niet gevraagd
	Registratie systeem	CPO	CPO			CPO	CPO		niet gevraagd
19.2	Wachttijd tussen ok 1e oog en 2e oog								
	T: Aantal patiënten met een cataractoperatie aan het tweede oog in het verslagjaar waarbij de datum van de tweede oogoperatie minus datum 1e operatie ≥ 28 dagen	661	308			317	nvt		
	N: Totaal aantal patiënten met een cataractoperatie aan het tweede oog in het verslagjaar	978	1211			1120	nvt		



Overzicht Prestatie-indicatoren IGz 2009							Norm
20	Percentage 2e ok $\geq$ 28 dgn na 1e ok	67,6%	25,4%	28,3%	2006		> 80 - < 100
	Postoperatieve opnameduur na blinde darmoperatie bij kinderen (tot 15 jaar)						
	Aantal opnames van kinderen tot 15 jaar wegens een blinde darm operatie	73	70	104	65		
	Gemiddeld	3,9	4,5	3,95	3,23		
	Minimum	1	1	1	1		> 1
	Maximum	16	20	24	28		< 20
	Mediaan	2	3	3	2		< 4
21	Evaluatie functioneren medisch specialisten						
21.1	Jaargesprekken						
	Is het systeem van Jaargesprekken tussen afdelingshoofd en individuele medisch specialist ingevoerd in het ziekenhuis?	Ja					
	In welke maand van welk jaar is het 1e gesprek volgens dit systeem gehouden?						
21.2	IFMS						
	Is IFMS in volle omvang ingevoerd?	Ja					
	Toelichting indien nee						
	In welke maand van welk jaar is het 1e gesprek volgens dit systeem gehouden?	2006					
	T: Het aantal medisch specialisten dat in de 24 maanden voorafgaand aan 31/12/09 aan minimaal 1 gesprek hebben deelgenomen	24					
	N: Het aantal medisch specialisten dat in de 24 maanden voorafgaand aan 31/12/09 werkzaamheden verricht heeft in de instelling	240					
	Percentage	10%					
21.3	Heeft het ziekenhuis een regeling ingevoerd voor een mogelijk disfunctionerend medisch specialist?	Ja					
	Wordt deze regeling gebruikt, elke keer dat disfunctioneren van een medisch specilaist wordt vermoed?	Ja					



Wetenschappelijke publicaties

Het Albert Schweitzer ziekenhuis heeft alle wetenschappelijke publicaties van 2009 in een boek verzameld. De publicatielijst van 2009 is indrukwekkend en bevat wetenschappelijke publicaties in nationale en internationale bladen. Het boek komt uit tijdens de wetenschapsdag op 7 oktober 2010.



Checklist Zorgbrede Governancecode Albert Schweitzer ziekenhuis 2010

Onderwerp Code	Volledige toepassing	Geen of niet volledige toepassing	Uitleg
1. Verantwoording			
1.1. De zorgorganisatie als zorgonderneming met een bijzondere maatschappelijke verantwoordelijkheid 1. De zorgorganisatie realiseert als zorgonderneming met een bijzondere maatschappelijke verantwoordelijkheid verantwoorde en resultaatgerichte zorg. Zij draagt daarbij zorg voor een doelmatige en transparante bedrijfsvoering. 2. Het feit dat de zorgorganisatie een zorgonderneming met een bijzondere maatschappelijke verantwoordelijkheid is, blijkt uit het hanteren van (tenminste) de volgende uitgangspunten: a. de zorgorganisatie stelt de patient/client en diens gerechtvaardigde wensen en behoeften bij de zorgverlening centraal; b. de zorgverlening geschiedt zodanig dat de daartoe beschikbaar staande middelen zo effectief en doelmatig mogelijk aangewend worden; c. de door of vanuit de zorgorganisatie geleverde zorg voldoet aan eigentijdse kwaliteitseisen.	ja ja (pat.tevredenheids-onderzoeken / verwijzers-onderzoek) ja (P&C-cyclus) ja (Niaz-geaccrediteerd) Prestatie-indicatoren IGZ		
1.2. Invloed en betrokkenheid van belanghebbenden bij het beleid van de zorgorganisatie 1. De zorgorganisatie heeft een beleid voor de dialoog met de belanghebbenden die actief zijn binnen zijn verzorgingsgebied. In het kader van dat beleid stelt de zorgorganisatie vast: - wie (in beginsel) de belanghebbenden van de zorgorganisatie zijn; - waarover aan deze belanghebbenden informatie wordt gegeven en hoe de zorgorganisatie de door haar gewenste inbreng bij beleidsontwikkeling organiseert.	ja / geen schriftelijk beleid ja	gedeeltelijk vastgelegd overzicht stakeholders Voor OR/CR in nota adviesrechten medezeggenschap ASz wettelijke voorschriften WMCZ / WOR Speerpunt ziekenhuisbeleidsplan 2010-2013.	



Onderwerp Code	Volledige toepassing	Geen of niet volledige toepassing	Uitleg
2. De relevant zijnde belanghebbenden worden door de zorgorganisatie in elk geval geraadpleegd over de volgende onderwerpen: • de vaststelling of wijziging van de missie, doelstelling of grondslag van de zorgorganisatie; • het overdragen van de zeggenschap over de zorgorganisatie of over een belangrijk deel daarvan en over besluiten tot fusie of tot het aangaan of verbreken van een duurzame samenwerking met een andere zorgorganisatie; • opheffing of een belangrijke inkrimping van- dan wel belangrijke uitbreiding van de werkzaamheden van de zorgorganisatie, besluiten tot concentratie of deconcentratie van de zorgorganisatie en structurele sluiting van afdelingen dependances of locaties; • de systematische bewaking, beheersing of verbetering van de kwaliteit van de te verlenen zorg. 3. De statuten van de zorgorganisatie die voldoet aan de in art. 344 Boek 2 BW gestelde omschrijving, worden zodanig aangepast dat uiterlijk 1-7-2006 een of meer in die statuten nader omschreven belanghebbenden het recht van enquête wordt toegekend en zij daarmee toegang hebben tot de Ondernemingskamer van het Gerechtshof te Amsterdam.	ja, WOR/WMCZ OR-reglement CR-reglement ja, WOR/WMCZ OR-reglement CR-reglement ja, WOR/WMCZ OR-reglement CR-reglement ja, WMCZ CR-reglement ja		Statutair toegekend aan Zorgbelang Zuid-Holland Zuid Midden. Statutenwijziging 26-10-2007
1.3. Verantwoording aan belanghebbenden 1. De zorgorganisatie legt jaarlijks aan alle belanghebbenden verantwoording af middels een openbare publicatie over het in het verslagjaar gevoerde beleid en over de (totale) in dat jaar geleverde prestaties. De inhoud van deze verantwoording sluit aan op de eisen die in het Raamwerk Maatschappelijke Verantwoording zijn vastgelegd.	ja d.m.v. Jaardocument Zorginstellingen Reglement RvB, art. 9		



Onderwerp Code	Volledige toepassing	Geen of niet volledige toepassing	Uitleg
2. De Raad van Bestuur is verantwoordelijk voor de kwaliteit, de juistheid en de volledigheid van de jaarlijkse verantwoording zoals bedoeld in lid 1. De Raad van Toezicht ziet er op toe dat de Raad van Bestuur deze verantwoordelijkheid vervult. De jaarlijkse verantwoording bevat, waar noodzakelijk, een bestuursverklaring. 3. De zorgorganisatie draagt er zorg voor dat ook aan alle aan de zorgorganisatie verbonden vrijgevestigde (medische) professionals op geaggregeerd niveau (in ieder geval op het niveau van maatschappen en medische staven) verantwoording afleggen over de wijze van hun handelen en behandelen. 4. De Raad van Toezicht legt in de in lid 1 genoemde openbare publicatie jaarlijks verantwoording af over zijn in het verslagjaar verrichte werkzaamheden.	ja verantwoordingsdocument/ bestuursverklaring is afgegeven. statuten, art. 14.7. Reglement RvB, art. 9 ja visitaties, ziekenhuisbrede complicatiebesprekingen, jaarverslagen van maatschappen/vakgroepen Document Vereniging Medische Staf jaarrekening + accountantsverklaring VMS/CMS ja onderdeel jaardocument Reglement RvT, art. 12		
1.4. De externe accountant en diens relatie en communicatie met de organen van de zorgorganisatie 1. De externe accountant wordt benoemd, ontslagen en gedechargeerd door de Raad van Toezicht. De Raad van Bestuur kan hierover advies uitbrengen aan de Raad van Toezicht. 2. De externe accountant wordt qua persoon periodiek gewisseld. 3. De externe accountant verricht bij voorkeur geen advieswerkzaamheden voor de zorgorganisatie en maakt – indien dit in het te controleren boekjaar wel gebeurd is – in het verslag over de jaarrekening melding van de in dat jaar verrichte advieswerkzaamheden.	ja statuten, art. 14.4. ja Reglement Auditcommissie, art. 5 ja verklaring accountant Reglement RvT, art. 6		



Onderwerp Code	Volledige toepassing	Geen of niet volledige toepassing	Uitleg
4. De externe accountant woont het van belang zijnde gedeelte van de vergaderingen van de Raad van Toezicht bij waarin de jaarrekening wordt besproken en/of vastgesteld.	ja		
5. De externe accountant rapporteert zijn bevindingen betreffende het onderzoek van de jaarrekening gelijkelijk aan de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht.	ja		
2. Raad van Bestuur			
2.1. Taak en werkwijze			
1. De Raad van Bestuur is eindverantwoordelijk voor en belast met het besturen van de zorgorganisatie, hetgeen onder meer inhoudt dat hij verantwoordelijk is voor de realisatie van de doelstellingen van de zorgorganisatie, de strategie en het beleid en de daaruit voortvloeiende resultatenontwikkeling. De Raad van Bestuur legt hierover verantwoording af aan de Raad van Toezicht.	ja statuten, art. 6.1. statuten, art. 14.7 (jaarrek.) Reglement RvB, art. 1 Reglement RvT, art. 1, 3 notulen vergadering RvT		
2. Bij de vervulling van zijn taak richt de Raad van Bestuur zich naar het belang van de zorgorganisatie, rekening houdend met het feit dat de zorgorganisatie een onderneming met een bijzondere maatschappelijke verantwoordelijkheid.	ja Reglement RvB, art. 1		
3. De Raad van Bestuur is verantwoordelijk voor het beheersen van de risico's verbonden aan de activiteiten van de zorgorganisatie en voor de financiering van de zorgorganisatie. De Raad van Bestuur rapporteert hierover aan- en bespreekt de interne risicobeheersings- en controlesystemen met de Raad van Toezicht.	ja notulen vergadering RvT Reglement RvB, art. 1 Reglement RvT, art. 3		
4. De Raad van Bestuur verschaft Raad van Toezicht tijdig alle informatie die nodig is voor een goede uitoefening van zijn taak.	Reglement RvT, art. 3.		



Onderwerp Code	Volledige toepassing	Geen of niet volledige toepassing	Uitleg
5. Raad van Bestuur draagt zorg voor regeling melding misstanden / klokkenluidersregeling.	Regeling is voorgenomen besluit RvB d.d. 25 maart 2010. Advies/instemmings-traject Stafbestuur en Ondernemingsraad loopt.		
2.2. Bezoldiging en openbaarmaking daarvan			
1. De Raad van Toezicht stelt de bezoldiging van de leden van de Raad van Bestuur vast.	Ja, statuten, art. 10.3. Reglement RvT, art. 1.7 Reglement Remuneratie, art. 3.e.		
2. De jaarlijkse verantwoording van de zorgorganisatie bevat de door de wet voorgeschreven informatie over de hoogte en de structuur van de bezoldiging van de individuele leden van de Raad van Bestuur.	ja onderdeel jaardocument		
2.3. Belangenverstrengeling			
1. De Raad van Bestuur is integer en stelt zich toetsbaar op ten aanzien van zijn eigen functioneren. Elke vorm en schijn van persoonlijke bevoordeling dan wel belangenverstrengeling tussen enig lid van de Raad van Bestuur en de zorgorganisatie wordt vermeden.	ja Reglement RvB, art. 6		
2. Een lid van de Raad van Bestuur kan niet tegelijkertijd de functie vervullen van lid van de Raad van Toezicht van een binnen het werkgebied van de zorgorganisatie werkzame zorgorganisatie of onderneming die geheel of gedeeltelijk dezelfde werkzaamheden als de zorgorganisatie vervult.	ja Reglement RvB, art. 6		
3. Een lid van de Raad van Bestuur zal zonder toestemming van de Raad van Toezicht geen betaalde of onbetaalde nevenfunctie aanvaarden of continueren als deze nevenfunctie, al dan niet in samenhang met andere betaalde of onbetaalde nevenfuncties, een meer dan minimale werkbelasting kan opleveren of anderszins strijdig kan zijn met de belangen van de zorgorganisatie.	ja Reglement RvB, art. 6		



Onderwerp Code	Volledige toepassing	Geen of niet volledige toepassing	Uitleg
2. Bij de vervulling van zijn taak richt de Raad van Toezicht zich naar het belang van de zorgorganisatie, rekening houdend met het feit dat de zorgorganisatie een onderneming met een bijzondere maatschappelijke verantwoordelijkheid is. 3. De Raad van Toezicht voert tenminste jaarlijks met elk van de leden van de Raad van Bestuur een functionerings- en beoordelingsgesprek. 4. De Raad van Toezicht is verantwoordelijk voor de kwaliteit van het eigen functioneren. 5. De Raad van Toezicht evalueert zijn functioneren tenminste jaarlijks buiten de aanwezigheid van de Raad van Bestuur en informeert de Raad van Bestuur over de uitkomsten hiervan. 6. De Raad van Toezicht voert tenminste jaarlijks met de Raad van Bestuur als geheel een evaluatiegesprek over het wederzijds functioneren van beide organen op zich en in relatie tot elkaar.	ja statuten, art. 10.1. Reglement RvT, art. 1 ja statuten, art. 10.4. Reglement RvT, art. 10 Reglement Remuneratie- commissie, art. 3 ja statuten, art. 8.15. Reglement RvT, art. 10 ja statuten, art. 8.15. Reglement RvT, art. 10 ja, statuten, art. 10.4. Reglement RvT, art. 10		
5.2. Benoeming, ontslag, deskundigheid en samenstelling 1. De Raad van Toezicht dient zodanig te zijn samengesteld dat hij zijn taak naar behoren kan vervullen. 2. Ieder lid van de Raad van Toezicht dient geschikt te zijn om de hoofdlijnen van het totale beleid te beoordelen. Ieder lid van de Raad van Toezicht beschikt over de specifieke deskundigheid die noodzakelijk is voor de vervulling van zijn taak, binnen zijn rol in het kader van de profielschets van de Raad. 3. Ten minste 1 lid van de Raad van Toezicht beschikt over voor de zorgorganisatie relevante kennis en ervaring in de zorg. 4. Een lid van de Raad van Toezicht kan	ja statuten, art. 8.1. Reglement RvT, art. 5 (profielenmix) ja statuten, art. 8.1. Reglement RvT, art. 5 (profielen / profielenmix) ja, profielen leden RvT		



Onderwerp Code	Volledige toepassing	Geen of niet volledige toepassing	Uitleg
tweemaal voor een periode van (maximaal) vier jaar zitting hebben in de Raad van Toezicht. 5. Bij werving, selectie en benoeming van nieuwe leden van de Raad van Toezicht wordt gebruik gemaakt van een voor de betreffende vacature opgestelde profielschets. De leden van de Raad van Toezicht worden op openbare wijze geworven, tenzij voor een bepaalde plaats in de Raad van Toezicht op grond van een wettelijke of statutaire bepaling geldt dat deze plaats op voordracht wordt ingevuld of het recht tot benoeming aan een andere partij dan de Raad van Toezicht toekomt. 6. Statutair is vastgelegd op welke gronden de Raad van Toezicht een lid van de Raad kan schorsen of ontslaan, welke meerderheid van stemmen hiertoe vereist is en welke eventuele daarbij te hanteren procedures daarbij worden gevolgd.	ja statuten, art. 8.7. Reglement RvT, art. 8.11 ja profielschets, statuten art. 8.1. Reglement RvT, art. 7 ja statuten art. 8.6. benoeming voorzitter RvT voordracht Clientenraad, 8.3. voordracht OR, art. 8.3. voordracht stafbestuur, 8.3. ja statuten art. 8.9./8.10./8.11.		
5.3. Bezoldiging 1. De Raad van Toezicht stelt de bezoldiging van de leden van de Raad van Toezicht vast. 2. De bezoldiging van een lid van de Raad van Toezicht is niet afhankelijk van de resultaten van de zorgorganisatie. 3. De jaarlijkse verantwoording van de zorgorganisatie bevat de door de wet voorgeschreven informatie over de hoogte en de structuur van de bezoldiging van de individuele leden van de Raad van Toezicht.	ja statuten, art. 8.14. Reglement RvT, art. 11 ja, vastgestelde bedragen Reglement RvT, art. 11 ja onderdeel jaardocument		



Onderwerp Code	Volledige toepassing	Geen of niet volledige toepassing	Uitleg
5.4. Onafhankelijkheid			
1. De Raad van Toezicht is zodanig samengesteld dat de leden ten opzichte van elkaar, de Raad van Bestuur en welk deelbelang dan ook onafhankelijk en kritisch kunnen opereren. De leden van de Raad van Toezicht geven in de jaarlijkse verantwoording van de zorgorganisatie inzicht in de door hen uitgeoefende nevenfuncties.	ja statuten, art. 8.5. Reglement RvT, art. 6 ja, nevenfuncties in jaar-document Reglement RvT, art. 12.2.		
2. Het is niet gewenst dat de leden van de Raad van Toezicht op voordracht worden benoemd, danwel door derden worden benoemd. Waar het hiervoor vermelde wettelijk bepaald is of in de statuten is opgenomen, geldt in ieder geval dat een lid van de Raad van Toezicht dat op voordracht is benoemd, zijn functie vervult zonder last en ruggespraak van degene door wie hij is voorgedragen of benoemd en zonder diens deelbelang te laten prevaleren.	ja Reglement RvT, art. 6 statuten art. 8.6. benoeming voorzitter RvT voordracht Clientenraad, 8.3. voordracht OR, art. 8.3. voordracht stafbestuur, 8.3. ja statuten, art. 8.12.		
3. Leden van de Raad van Toezicht verrichten nimmer taken van de Raad van Bestuur.	ja statuten art. 6.6 / 6.7.		
4. Een lid van de Raad van Toezicht kan niet tegelijkertijd de functie vervullen van lid van een Raad van Bestuur van een binnen het werkgebied van de zorgorganisatie werkzame zorgorganisatie of onderneming, die geheel of gedeeltelijk dezelfde werkzaamheden als de zorgorganisatie vervult.	ja Reglement RvT, art. 6.1.		
5. Tot lid van de Raad van Toezicht is niet benoembaar een voormalig lid van de Raad van Bestuur van de zorgorganisatie tot drie jaar na het einde van die functie. Evenmin zijn tot leden van de Raad van Toezicht benoembaar werknemers of personen die tot de zorgorganisatie toegelaten zijn tot drie jaar na het einde van hun arbeidscontract of toelating.	ja statuten, art. 8.5.		



Onderwerp Code	Volledige toepassing	Geen of niet volledige toepassing	Uitleg
5.5. Belangenverstrengelingen 1. Elke vorm van schijn van persoonlijke bevoordeling dan wel belangenverstrengeling tussen enig lid van de Raad van Toezicht en de zorgorganisatie wordt vermeden. 2. De Raad van Toezicht is verantwoordelijk voor de besluitvorming over het oplossen van zaken waarbij belangenverstrengeling aan de orde kan zijn bij leden van de Raad van Toezicht, de Raad van Bestuur en bij de externe accountant in relatie tot de zorgorganisatie.	ja deels vastgelegd in statuten, art. 8.5. Reglement RvT, art. 6 ja Reglement RvT, art. 6.3.		
4. Openbaarmaking en invoeringsdatum van de Code 1. De Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht zijn verantwoordelijk voor de corporate governancestructuur van de zorgorganisatie en voor de naleving van de principes van deze code. 2. Deze governancecode is op 1 januari 2006 volledig van kracht, met dien verstande dat de eerste verantwoording die conform art. 1.3.1. van deze code wordt uitgebracht, betrekking heeft op het verslagjaar 2006, met uitzondering van de leden van de NVZ vereniging van ziekenhuizen waarvoor dit reeds geldt met betrekking tot boekjaar 2005. 3. De hoofdlijnen van de governancestructuur van de zorgorganisatie worden jaarlijks mede aan de hand van de principes die in deze code zijn genoemd, in de jaarlijkse verantwoording van de zorgorganisatie uiteengezet. 4. In de hiervoor bedoelde verantwoording geeft de zorgorganisatie uitdrukkelijk aan dat zij de principes van deze governancecode heeft opgevolgd en naleeft en zo niet, waarom niet en op welke punten zij met welke vervangende regels daarvan afwijkt (het pas toe of leg uit beginsel).	ja Reglement RvT, art. 12 Reglement RvB, art. 9 ja Jaardocument Zorginstellingen		



Raad van Bestuur

Drs. L.L. Schoots
Prof. dr. P.A.M. Vierhout (tot 1 april 2009)

Bestuur Vereniging Medische Staf

A.B. van Doorn, voorzitter (DB-VMS)
R.J.M. van Leendert, vice-voorzitter (DB-VMS)
P.A.Th. Carbaat, secretaris (DB-VMS)
H.J.R. Buijs, lid
Dr. W.L.E.M. Hesp, lid
B. Hylkema, lid
Dr. G.S. Kooi, lid
R.H.P. Smit, lid
K.L. So, lid
Dr. L.J.P.M. van Woerkens, lid
Drs. M.J. Ten Holter, manager Bureau VMS/CMS

Bestuur Coöperatie Vrijgevestigde Specialisten

M. Bijl, voorzitter
Dr. M.D. Levin, secretaris, vice-voorzitter
P.H.M. van der Valk, penningmeester
Dr. J.H.N. Schram, lid
K.L. So, lid
R.P. Tutein Nolthenius, lid
Dr. H. Kerkhoff, lid

Concernteam

A.G.J.A. van Heiningen, Divisie A
B.M.J.M. Mutsaers, Divisie B (tot 1 september 2009)
Mw. T.A. Crezee, Divisie C en Facilitair Bedrijf a.i.
D. Kraus, Divisie E
Drs. P.J.M. Heesters, Bureau Financiering
Drs. P.C. Bos, Administratie Informatie & Control
Drs. J.J. Ensing, Personeel & Organisatie
Mr. J. de Jong, secretaris Raad van Bestuur



Leden vereniging medische staf

Anesthesiologie

J.A. Aukes
J. van Barneveld
G.H. Beljaars
Dr. L.T.M. Breimer
X. Falieres
M Frank
E.J.J.A.A. van Gorp
I. Gültuna
S. Hendriks
B. Kop
Dr. A.W.M.M. Koopman-van Gemert
Dr L.F.G. Krist
P.J.F. de Loos (vertrokken 01-05-2009)
J. van Nordennen
V. Pepermans
B. Postema-van der Heijde
J.J. Schermer
A.M.J. Schyns-van den Berg
J. Sekulovic
K.L. So
G.A. Stamkot

Allergologie

Dr. C. de Graaf-in 't Veld
H.D. Oei (vertrokken 01-11-2009)

Chirurgie

Dr. J.A.M. Avontuur
W.F. Blom
J.M.H.F. Coenen
Dr. W.L.E.M. Hesp
M. Hoedt
J.A.B. van der Hoeven
Dr. C. Mahabier
P.J. Mouthaan
Dr. R.J. Oostenbroek
Dr. P.W. Plaisier
B.J. Punt
Dr. J.M. Schnater
P.R. Schütte
L. Stam
Dr. K.G. Tan
R.P. Tutein Nolthenius
Dr. P.A. Vegt
G.R. de Zeeuw

Cardiologie

M. Bijl
Dr. E.J. van den Bos
Dr. P.N.W.M. Breuls
S. Bulut (vertrokken per 01-08-2009)
A. Dirkali
Ph.W. Fels
A.H. Herweijer
J.B.L. ten Kate
Dr. M.J.M. Kofflard
M.J.M. Kurvers
A.G. de Vries
Dr. L.J.P.M. van Woerkens

Dermatologie

I.H. Boersma
P.M. Burger
R.P.M. Ceulen
Dr. S.K. Dekker
M.A. Kockaert
Dr. R. Laeijendecker

Interne Geneeskunde

H.W.A. Berenschot
Dr. E.F.H. van Bommel
J. van den Bosch
Dr. A.J.M. Cleophas
D.R. Halkema
Dr. E.N.W. Janssens
Dr. G.M.Th. de Jong
F.H.W. Kauw
R.M. Kiewiet-Kemper
J.J. E. M. Kitzen
M.R. Korte
R.J.M. van Leendert
Dr. M.D. Levin
J.A.A. Meijer
Dr. B.M. van Ouwerkerk
H.H. Ponssen
L.F. Schipper
Dr. P.J.H. Smak Gregoor
K.D. Strang (vertrokken per 01-08-2009)
L.F. te Velde
Dr. A.C.M. van Vliet



Geestelijke verzorging

Ds. K. Beuckens
Ds. H.C. van den Ende
Ds. M. Ottens

Gynaecologie/Verloskunde

B. Akerboom
G.C.R. van Hoecke
L.N. Hofman
Dr. C.J.A. Hogewoning
Dr. G.S. Kooi
M.D.A. Lambers
R. Olthof
Dr. H.G.M. Rijnsaardt-Lukassen
S. Rombout-de Weerd
Dr. J.H.N. Schram
A.A.M. Toolenaar
A.S.M. Vinkesteijn

Kindergeneeskunde

J.A. den Boer
M.E. Doornbos
V.R. Drexhage
O.M. Graafland
M. de Jong
M.P. Koorevaar-den Breejen
A.C. de Mol
Y.M. Roosen
Dr. T.C.J. Sas
R. Schornagel (vertrokken per 01-02-2009)
E.A. Smit-Kleinlugtenbeld
Dr. G.M.S.J. Stoelhorst
A.W. Vriesman
Dr. E.D. Wulffele-de Kleijn
Z. Yüksel

Longziekten

P.M. van den Berg (vertrokken per 01-05-2009)
H.G. Bosman
Dr. D. Cheung
M.E. Eland
B.E.A. Hol
R. van Uffelen

Medische Microbiologie

Dr. H.M.E. Frénay
J.M.G. Keijman
Dr. B. Maraha

Geriatric

E.R. Groot
M.C. Meinardi
E.F.J. Meulen
M.E. Müller-Lauwaars
C. Veen (vertrokken per 01-06-2009)

Kaakchirurgie

J.W. Kooyman (vertrokken per 01-08-2009)
N.G. Seckel

Klinische Chemie

Dr. P.B. Berendes
Dr. R.B. Dinkelaar
Dr. M.A. Foureaux
Dr. W. van Gelder
Dr. J. Prins
Dr. F.M. Verheijen

Klinische Fysica

Dr. Ir. I.B. van den Berg-de Bakker
Dr. Ir. J. Bosman
E.S. van Schrojenstein-Lantman

Keel-, Neus- en Oorheelkunde

A.M.L.C. Bischoff
Dr. J.F.C. van der Drift
H.J.M.M. Keulen
W. Lok
M.F.M.A. van der Spek
Dr. T.H.M. Tan
Jhr. Dr. H.E. Witsen Elias
H.F. Zaadnoordijk

MDL

J. Alderliesten
Dr. R. Beukers
Dr. P. Honkoop
Dr. W. Lesterhuis
Dr. W. van de Vrie
Dr. L.M.M. Wolters



Medische Psychologie

L.P.L.H. Cuijpers
E. Driessen
A. Huisman
J. Molenaar
G.M.S.J. Stoelhorst
M.A. ten Voorde

Neurochirurgie

E.J. Delwel
Dr. A.J.P.E. Vincent

Neurologie

P.A.Th. Carbaat
L.I. Hertzberger
Dr. H. Kerkhoff
Dr. R.P. Kleyweg
V.M.H. Nanninga-van den Neste
M. de Waal
B.N.J. van Wetten
Dr. D. Zemel

Nucleaire geneeskunde

Dr. S.H. Ho-Han
A.W.L.C. Huiskes

Oogheelkunde

A.M. Eykelenboom
G.G.C. Groothuizen
Dr. K. van de Torren
A.P.C. Vos

Plastische chirurgie

A.B. van Doorn
C.M. van Leeuwen
C.B. IJsselstein
F.P. Stook

Psychiatrie

M. Derksen
A. Lemstra
M.L. Luteijn
N.W. Pesman
P.J.M. Schoof

Radiologie

Dr. J. Bakker
Dr. R.H..C. Bisschops
B.P.M. ter Braak
E.M.J. Brouwers-Kuyper
Dr. O. Elgersma
W.H. van Griethuysen
T.R. Hendriksz
H.F. Herfkens
J.P. de Jonge
M.C.J.M. Kock
P.J.A. Ophof
R.K. Storm
F. van der Straaten
P.H.M. van der Valk
A.P.P. Willemse

Reumatologie

Dr. S.C. Beer
M.H. de Jager
B. van Schaeybroeck
I. Tchetverikov

Revalidatie

H.J.R. Buys
L.L. Lim
M.P.J.M. Wijffels (vertrokken per 01-04-2009)



Orthopedie

P. de Bruin
B. Hylkema
Dr. A.J. van Koeveringe
Dr. E.W. Mandl
Dr. W.J.C.M. Marijnissen
J.C. Peerbooms
W.R.J. Pepels
C.J. Tseng

Urologie

R.M. Potjer
Dr. R. Raaijmakers
P.A. Wertheimer
A.G.M. Zeegers

Buitengewone leden Medische Staf ASz**Cardiologie**

K. Külekci

Kinder- en jeugdpsychologie

C.C.H. van Ree
G.A.N.M. Wösten

Klinische fysica

Dr. G.C. van Rhooen

Pathologie

R.J. Heinhuis
G. van Ingen
J.L.M. Krijnen
M.C. Kuizinga
A.C.F. Makkus
Dr. C.M. Mooy
L.A. Noorduyin
T.M. Teune
P.J. Westenend

Plastische chirurgie

R.F. Cohen

Sportartsen

R. van Linschoten

SEH-artsen

B. Dautzenberg
S.M. Houser
T.B. Nanlohi
E. Oskam
W.R. van Straalen
P. Stuart

Ziekenhuisfarmacie

P.A. Bartels
H.G. Dieleman
Th.A.G. Tijssen
R.H.P. Smit
M.E.D. Spapens
T. Veenbaas
E.M. de Vogel

Kindergeneeskunde

M.Y. Oosterhof

Klinische genetica

J.M. Collée
Dr. J.A. Maat-Kievit

Interne Geneeskunde

Dr. B.P. Hazenberg (erelid)

Radiotherapie

I.M.N. de Pree
J.W.M. Mens
M.J.J. Olofsen-van Acht
Prof. dr. P.C. Levendag

Poliklinische apotheker

N.E.G. van Bommel
P.C.G. Hupperetz

Revalidatie

M.L. Rich

Psychiatrie

G. Faber
M.C.E. van Rooijen



Commissies

Cliëntenraad

Naam	Functie binnen Cliëntenraad	Relatie met achterban
A.J.A.J. de Goeij Zorgbelang	voorzitter	Contactpersoon
J.C.P. Wilhelmus R.F. Roodenburg Rijnmond	vice-voorzitter secretaris	Nierpatiëntenvereniging
J. van den Berg	lid	
A. Dekker	lid	
M. Henderson	lid sinds november 2009	
J.G. Jeroense	lid	
D. van Leer	lid sinds november 2009	
M.R. de Vin	lid tot oktober 2009	
I. Verheij-Bakker	lid tot maart 2009	
V.I. de Waard-de Bruijn	lid	

Ondernemingsraad

Naam	Functie binnen OR
H.M.T. Bos	voorzitter
A. van der Burgh J. Gijzen J. Hartkoren C. Jochems (tot 01-12) C. Hoogerwaard-Kroll	secretaris
D. Bosma M. Hendriks H. Damen A. Stehouwer (tot 14-07) H. Gijsberts A. Korporaal W. Bot P. de Paauw B. Koetsier R. van der Laan J. Vroegh	



Diabetescommissie

Naam	Functie binnen Diabetes commissie
Dr.B.M. van Ouwerkerk, internist	voorzitter
Mevr.J.M Kamperman, diabetesverpleegkundige	
Mevr.M. van As, operationeel manager	
Mevr. R.M. Kiewiet, internist	
Dr. E. N. W. Janssens, internist	
Dhr. R.J.M. van Leendert, internist	
Dhr. F. Verheijen, klinisch chemicus	
Dhr.H. ten Voorde, hoofd bestuursondersteuning	
Dhr. J. Lamers, diabetesverpleegkundige	
Mevr. S. van der Burgt, diabetesverpleegkundige	
Mevr. S. van Beek, diabetesverpleegkundige	
Mevr. T. van Opdorp, diabetesverpleegkundige	
Mevr. I. Wolst, diabetesverpleegkundige	
Mevr. M.M. van Grunsven, diabetesverpleegkundige	
Mevr. T.H. Berghuis, dietist	
Mevr. D. in 't Veld, dietist	
Dhr. R. Harmsen, podotherapeut	
Dr. A. Lemstra, psychiater	
Dhr. R. Boshoven, psch. verpleegkundige	
Mevr. M. den Breeijen, kinderarts	
Dhr. T.H. Sas, kinderarts	
Dhr. B. Broeders, fysiotherapeut	
Mevr. H.M.K. van Eck, secretaresse Diabetesecentrum	

Commissie Ethiek

Naam	Functie binnen commissie Ethiek
B.M. van Ouwerkerk, internist	voorzitter
M. den Hoed, nurse practitioner	commissie lid
A. Stoffel, arts-assistent	commissie lid
M. van As, operationeel manager	commissie lid
L. de Jong, seh verpleegkundige	commissie lid
L. Verdaas-van Dorp,	commissie lid
A. Breure, zorgcoördinator	commissie lid
J. de Jong, ziekenhuis juriste	commissie lid
M. de Waal, neuroloog	commissie lid
F. van den Elsen, persvoorlichter	commissie lid
A. de Mol, kinderarts-neonatoloog	commissie lid
B. van den Ende, geestelijk verzorger	commissie lid
G. Nieuwenhyzen, arts ass. gynaecologie	commissie lid
M. Groenewegen, fysiotherapeute	commissie lid
E. Groot, geriater	commissie lid



Commissie infectiepreventie

Naam	Functie binnen Hygiëne en infectiepreventie commissie
W.P.C.M. Booij-Malschaert, ziekenhuishygiënist en coördinator afdeling Hygiëne en Infectiepreventie	
H. Berenschot, internist-hematoloog	commissielid (m.i.v. 1-1-2009)
Dr. H.M.E. Frénay, arts microbioloog RLM	commissielid
J.M.G. Keijman, arts microbioloog RLM	commissielid
D. Kraus, divisiemanager	commissielid
Dr. B. Maraha, arts microbioloog RLM	commissielid
Dr. W.J.C.M. Marijnissen, orthopedisch chirurg	secretaris
J. van Noort, ziekenhuishygiënist i.o.	commissielid
C. van Pelt, ziekenhuishygiënist	commissielid
C. Peters, productgroepmanager Logistiek & Hotel	commissielid
H.H. Ponssen, intensivist	commissielid
W.J. Steenberg, teamleider anesthesie	commissielid (m.i.v. 1-10-2009)
T.A.G. Tijssen, ziekenhuisapotheker	voorzitter
M. Walop, manager OK	
E.D. Wulffele-de Kleijn, kinderarts	commissielid (tot 1-10-2009)
	commissielid

Klachtencommissie

Leden	Plaatsvervangende leden
J.M. van der Klooster, vice-president	
Gerechtshof 's-Gravenhage, voorzitter	
H.J.M. Roelofs, extern medicus	
H.J.M. Roelofs, extern medicus	A.R. Van Gool, extern medicus
W.L.E.M. Hesp, chirurg	G.R. de Zeeuw, chirurg
Ph.W. Fels, cardioloog	R. Beukers, MDL-arts
M.J. Meilof, operationeel manager	A.P. Bok, operationeel manager
A.D. Klaassen, operationeel manager	J.H. Wijnja, operationeel manager
A. Vriens, op voordracht Cliëntenraad	
C.H.M. Derks, op voordracht Cliëntenraad	

In de medische subcommissie van de klachtencommissie hebben de volgende leden zitting:

Naam	Functie binnen medische subcommissie
H.J.M. Roelofs, extern medicus	voorzitter
W.L.E.M. Hesp, chirurg	
Ph.W. Fels, cardioloog	
R. Beukers, MDL-arts	



Commissie Patiëntveiligheid

Naam	Functie binnen Commissie Patiëntveiligheid
H.G. Dieleman, ziekenhuisapotheker	vice-voorzitter
A. v. Houwelingen	
M.T.C. Hoedt, chirurg	voorzitter
O. Elgersma, radioloog	
E. van der Linden, arbocoördinator	
A. Klaasen, operationeel manager	
A.W.M.M. Koopman-van Gemert, anesthesioloog	
R.H.P. Smit, ziekenhuisapotheker	waarnemend vice-voorzitter voor H.G. Dieleman
R. de Waal, neuroloog	
P.R. Schütte	
N. van Wijngaarden, IC-verpleegkundige	
D.R. Halkema	

Orgaandonatie commissie

Naam	Functie binnen Orgaandonatie Commissie
L.I Hertzberger, neuroloog	voorzitter
A.R. Bovens-van den Hemel, donatiefunctionaris	
T.M.J.K. Boere, donatiefunctionaris	
T. Bok, operationeel manager ICU	
M. van Veen, operationeel manager, SEH	
J. van de Hoek, arts-assistent interne geneeskunde	
S. Moolenburgh, arts-assistent chirurgie	
M. T. C. Hoedt, chirurg	adviserend lid
H. Ponssen, intensivist	
M. Ottens, geestelijke verzorging	adviserend lid
A. Leeuwesteyn-Baas, IC-verpleegkundige	
H. Hagenaars, transplantatiecoördinator	

Oncologiecommissie

Dagelijks bestuur

Naam	Functie binnen oncologiecommissie
P.W. Plaisier, chirurg,	voorzitter
D.R. Halkema, internist-oncoloog	vice-voorzitter tot 01-08-2009
J.J.E.M Kitzen, internist-oncoloog	vice-voorzitter per 01-08-2009
A.C.G. van Hooren, beleidsadviseur	secretaris
B.M.J.M. Mutsaers, manager divisie B	lid tot 01-09-2009
Mw. R.H.P. Smit, ziekenhuisapotheker	lid
Mw. Dr. T.M. Teune, patholoog	lid
Mw. C.A. van Iersel, beleidsmedewerker oncologie	lid per 01-08-2009

Secretariaat Oncologiecommissie

N. Scheurwater	medisch secretaresse oncologie
J.A. Ooms-de Groot	medisch secretaresse oncologie



Naam	Functie binnen oncologielcommissie
------	------------------------------------

Overige leden oncologielcommissie

J.A. Aukes, anesthesioloog	
P.B. Berendes, arts klinische chemie	
H.W.A. Berenschot, internist - hematoloog	
P.M. van den Berg, longarts	Tot 01-05-2009
M.E. Eland, longarts	Per 01-05-2009
G. Blaak - Bakker, coördinerend oncologie- verpleegkundige interne	Tot 01-09-2009
D. van Amelsfoort - Gerritsen, coördinerend oncologieverpleegkundige interne	Per 01-09-2009
W.F. Blom, chirurg	
A. ter Braak, radioloog	
mw. E. Driessen, klinisch psycholoog	
Mw. H.P. de Graaff, fysiotherapeut	Tot 01-05-2009
L. Hofman, gynaecoloog	
H. Rikkers, mammacare verpleegkundige	
Mw. A.S. den Besten - van Herk, mammacare verpleegkundige	Per 01-07-2009
A. Wijnja, operationeel manager zorgseenheid 5B	Per 1-9-2009 manager divisie B a.i.

Ad-hoc leden oncologielcommissie

R. Beukers, MDL-arts	
M. Collee, klinisch geneticus	
S.K. Dekker, dermatoloog	
F.A.L.M. Eskens, internist-oncoloog Erasmus MC	
S. Ho Han, nucleair geneeskundige	
C. de Jongh, fysiotherapeut	
J.W.Mens, radiotherapeut Erasmus MC	
W.M. Stomps, uroloog	
F.P. Stook, plastisch chirurg	
C. Veen, geriater	Tot 01-05-2009
E.F.J. Meulen, geriater	Per 01-07-2009
A. Wils (diëtist)	
D. Zemel, neuroloog	

Voedingscommissie

Naam	Functie binnen Voedingscommissie
------	----------------------------------

L. te Velde, intensivist	voorzitter
M.E. van As, operationeel manager	
W.L.E.M. Hesp, chirurg	
A.W.M.M. Koopman, anesthesist/intensivist	
Mevrouw Kortekaas, diëtist	
R.J. Oostenbroek, chirurg	
A. van Oosterwijk, verpleegkundige	
E.M. de Vogel, ziekenhuisapotheker	
L.M.M. Wolters, MDL-arts	
Mevrouw Wils, diëtist	



Afkortingen

AI&C	Administratie Informatie en Control
AIO	Arts-assistent in Opleiding
AMV	Arbo Milieu Veiligheid
ANIOS	Arts niet in opleiding tot specialist
ASz.	Albert Schweitzer ziekenhuis
AW	Amstelwijck (locatie)
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BBL	Beroeps Begeleidende Leerweg
BOC	Bedrijfsopleidingencommissie
BOL	Beroeps Opleidende Leerweg
CBO	Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg
CBP	College Bescherming Persoonsgegevens
CMS	Coöperatie Medische Staf
CMO	Centrum voor Mondiaal Onderwijs
CMP	Commissie Meldingen Patiëntveiligheid
CR	Clëntenraad
CSA	Centrale Sterilisatie afdeling
CVA	Cerebrovasculair accident (beroerte)
CZO	College Ziekenhuis Opleidingen
DB	Dagelijks Bestuur
DBC	Diagnose Behandeling Combinatie
DW	Dordwijk (locatie)
ECG	Electrocardiogram
EHH	Eerste hart hulp
EPB	Eerste poli bezoek
EPD	Electronisch Patiënten Dossier
EVS	Electronisch Voorschrift Systeem
FB	Functiegerichtte budgettering
FTE	Fulltime Equivalent
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GHOR	Geneeskundige Hulp Opvang bij Rampen
GMSB	Geïntegreerd Medisch Specialistisch Bedrijf
GOED	Gezondheidszorg Onder Een Dak
HR	Human Resource
HSMR	Hospital Standardized Mortality Ratio
I&A	Informatica en Automatisering
ICU	Intensive Care Unit
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IKR	Integraal Kankercentrum Rotterdam



KV&I	Kwaliteit Veiligheid en Innovatie
MSOC	Medisch Specialisten Opleidingscommissie
NIAZ Nza	Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen Nederlandse Zorgautoriteit
OR	Ondernemingsraad
PAAZ	Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis
PAL	Pathologisch Anatomisch Lab
PCI	Percutane Coronaire Interventie (dotterbehandeling)
PET	Positronemissietomografie (beeldvormende techniek)
PID	Patiënten Informatiedossier
P&C	Planning & Control
P&O	Personeel & Organisatie
PWC	Pricewaterhouse Coopers
RIE	Risico Inventarisatie & Evaluatie
RLM	Regionaal Laboratorium Medische Microbiologie
RVE	Resultaat Verantwoordelijke Eenheid
RvT	Raad van Toezicht
RvB	Raad van Bestuur
SAVE	Systeem Afdelingsveiligheid
SB	Stafbestuur
SEH	Spoedeisende Hulp
SL	Sliedrecht (locatie)
STZ	Stichting Topklinische Ziekenhuizen
TOC	Theory of Constraints
VMS	Vereniging Medische Staf
WMCZ	Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen
WTZi	Wet Toelating Zorginstellingen
ZW	Zwijndrecht (locatie)



Colofon

Het jaardocument 2009 is een uitgave van het Albert Schweitzer ziekenhuis

E-mail: communicatie@asz.nl

Telefoon: 078-6541418

www.jaarverslag.asz.nl

Coördinatie

Pieter Bos

Eindredactie

Sacha Eikenboom

Artoos Nederland B.V.

Pieter Bos

Joan Voll

Redactie

Pieter Bos

Carolien Hoogstede

Jolanda de Jong

Agnes Klaren

Marius Taks

Fennegien Wietjes

Druk

Artoos Communicatiegroep Nederland B.V.

juni 2010

