

Jaarverslag 2010

Het Jaarverslag 2010 is een uitgave van het **Albert Schweitzer ziekenhuis**



**Albert
Schweitzer**
ziekenhuis



Jaardocument 2010 Albert Schweitzer ziekenhuis

Inhoudsopgave

	Voorwoord Raad van Bestuur	2
1.	Uitgangspunten van de verslaglegging	4
2.	Profiel van de organisatie	
2.1	Algemene identificatiegegevens	5
2.2	Structuur van het concern	5
2.3	Kerngegevens	7
2.4	Belanghebbenden	9
3.	Governance	
3.1	Bestuur en Toezicht	13
3.2	Bedrijfsvoering	24
3.3	Medezeggenschap	25
3.3.1	Verslag bestuur Vereniging Medische Staf	25
3.3.2	Verslag Ondernemingsraad	26
3.3.3	Verslag Cliëntenraad	28
3.3.4	Verslag Commissie Ethiek	31
4.	Beleid, inspanningen en prestaties	
4.1	Meerjarenbeleid / Strategievorming algemeen	33
4.2	Algemeen beleid	35
4.3	Algemeen kwaliteitsbeleid	42
4.4	Kwaliteitsbeleid ten aanzien van Patiënten / Cliënten	53
4.5	Kwaliteit ten aanzien van medewerkers	62
4.6	Samenleving en Milieu	71
4.7	Financieel Beleid	77
5.	Jaarrekening	84
	Bijlagen	118
	Leerhuis	120
	Prestatie-indicatoren	124
	Wetenschappelijke publicaties	144
	Personalia	145
	Commissies	150
	Afkortingen	157
	Colofon	160



Voorwoord Raad van Bestuur

Beste lezer,

U heeft het Jaardocument 2010 van het Albert Schweitzer ziekenhuis in handen.

Het woord 'vernieuwing' was voor ons in veel opzichten van toepassing op 2010. Nieuwbouw. Een nieuwe organisatiestructuur. Nieuwe, ambitieuze doelen. Ook wijzelf waren nieuw. Beide leden van de Raad van Bestuur traden aan in 2010, met het vaste voornemen het goede te behouden en waar mogelijk onze eigen, nieuwe ideeën toe te voegen aan deze dynamische organisatie.

Terugkijkend op 2010, kunnen wij vaststellen dat het ons weinig moeite heeft gekost ons te verbinden met en aan het Albert Schweitzer ziekenhuis, dit prachtige 24-uurs 'bedrijf' dat midden in de samenleving van de Drechtstedenregio staat. Waar duizenden professionals en vrijwilligers zich dag en nacht 'met hoofd, hart en ziel' inzetten voor het welzijn en de gezondheid van onze patiënten.

Waar wij trots op zijn

In dit document brengen wij verslag uit van onze prestaties in 2010 op velerlei gebied: productie, kwaliteit, personeelsbeleid en financiën. Toch willen wij u op deze plek al kort voorhouden waar wij met name trots op zijn bij het evalueren van het voorbije jaar.

- Onze inspanningen in 2010 om weer voor vier jaar te worden geaccrediteerd door het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ) hebben resultaat gehad. Inmiddels weten we dat we het felbegeerde certificaat hebben behaald. Ook binnen tal van andere kwaliteits- en veiligheidsbeoordelingssystemen, behaalden we goede posities.
- Zowel onze productie als de (strakker aangestuurde) beheersing van kosten ontwikkelde zich gunstig. Hierdoor sluiten we 2010 af met een positief resultaat, zelfs ruim boven verwachting.
- Ons nieuwe 'eenhedenmodel' werpt vruchten af. Het heeft de organisatie slagvaardiger en overzichtelijker gemaakt en leidinggevendend dicht bij de werkvloer gebracht.
- Patiënten zijn blij met ons. Dat blijkt zowel uit eigen patiënttevredenheidsonderzoek, als uit het directe feedbacksysteem met rode en groene kaarten, dat in 2010 is ingevoerd. Hier is 86 procent van de duizenden reacties een compliment.
- Onze nieuwbouw in het Gezondheidspark Dordrecht is afgerond binnen de tijd en het budget die daarvoor stonden. Ook de majore verhuisoperatie die hierop volgde, is uitstekend verlopen.
- De samenwerking tussen Raad van Bestuur en bestuur van de Vereniging Medische Staf is intensief, effectief en verloopt in een uitstekende sfeer.

Onze wensen voor 2011

Hebben we bij al dit moois nog ambities voor 2011? Ja, heel veel zelfs. We noemen er enkele.

- Patiënttevredenheid blijft speerpunt van beleid, met veel aandacht voor de bejegening van de 'klant'.
- We werken hard aan het nog verder verhogen van de patiëntveiligheid en het minimaliseren van onbedoelde schade bij patiënten.
- We streven naar het volwaardig lidmaatschap van de Samenwerkende Topklinische Opleidingsziekenhuizen (STZ).
- Met de voor ons onmisbare huisartsen en met andere (keten-)partners in ons verzorgingsgebied willen we ons intensiever verbinden



- We verwachten veel van onze nieuwe personele functionerings- en beoordelingsmodellen.
- Het concept Gezondheidspark moet verder worden ontwikkeld en tot bloei komen.
- Politieke beslissingen die de zorg raken, blijven onze onverdeelde aandacht behouden.

Een ziekenhuis staat nooit stil. Dat zou niet goed zijn. Wel goed en zinvol is het om jaarlijks de resultaten op een rij te zetten en in ons op te nemen. We hopen u, als belanghebbende of belangstellende, met dit document van dienst te zijn en danken u voor uw aandacht.

Dordrecht, 19 mei 2011

Raad van Bestuur Albert Schweitzer ziekenhuis

Pier Eringa

John Taks



1. Uitgangspunten van de verslaglegging

In dit jaardocument brengen wij verslag uit over de Stichting Albert Schweitzer ziekenhuis. Het Albert Schweitzer ziekenhuis 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 2010 bestaat uit een maatschappelijk verslag, de jaarrekening en de bijlagen. Aan dit jaardocument 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 Commissie Ethiek. Additioneel presenteren wij ook de zogeheten prestatie-indicatoren. Deze spelen een belangrijke rol in het beoordelen van het functioneren van ziekenhuizen.

Het jaardocument is onder coördinatie van enkele medewerkers van de Stafafdelingen tot stand gekomen in de periode januari 2011 tot en met mei 2011. Na een inventarisatie van onderwerpen voor het jaardocument, zijn schrijvers benaderd voor het aanleveren van kopij. Er is tevens gebruik gemaakt van bestaande rapportages waarin eenheden, vakgroepen, afdelingen of commissies zich hebben verantwoord over het jaar 2010.

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

Dit Jaardocument is 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

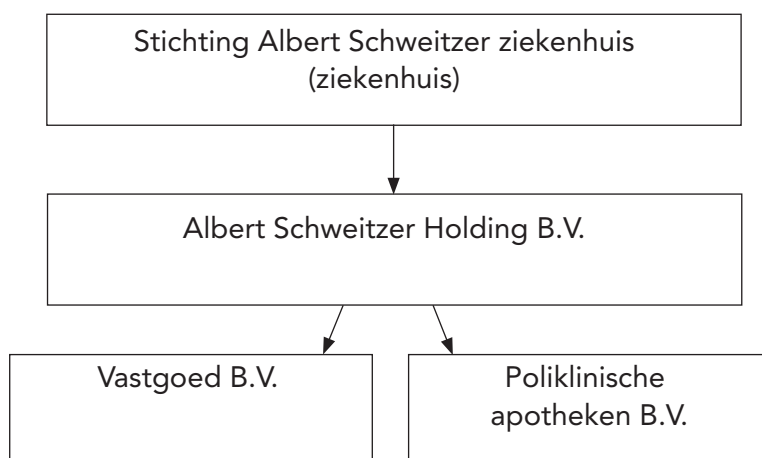
Naam verslagleggende rechtspersoon	Albert Schweitzer ziekenhuis
Adres	Albert Schweitzerplaats 25 (locatie Dordwijk)
Postcode	3300 AK
Plaats	Dordrecht
Telefoonnummer	078 654 11 11
Identificatienummer(s) Nza	101808
Numer Kamer van Koophandel	23091362
E-mailadres	Communicatie@asz.nl
Internetpagina	www.asz.nl

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 locatie Dordwijk plaatsvindt. Na de ontwikkeling en oplevering van het Gezondheidspark gaat dit over in het vastgoedbeheer voor alle huurders. In mei 2009 is de B.V. Poliklinische Apotheken, als rechtspersoon onder de Albert Schweitzer Holding B.V., opgericht.

De juridische structuur:

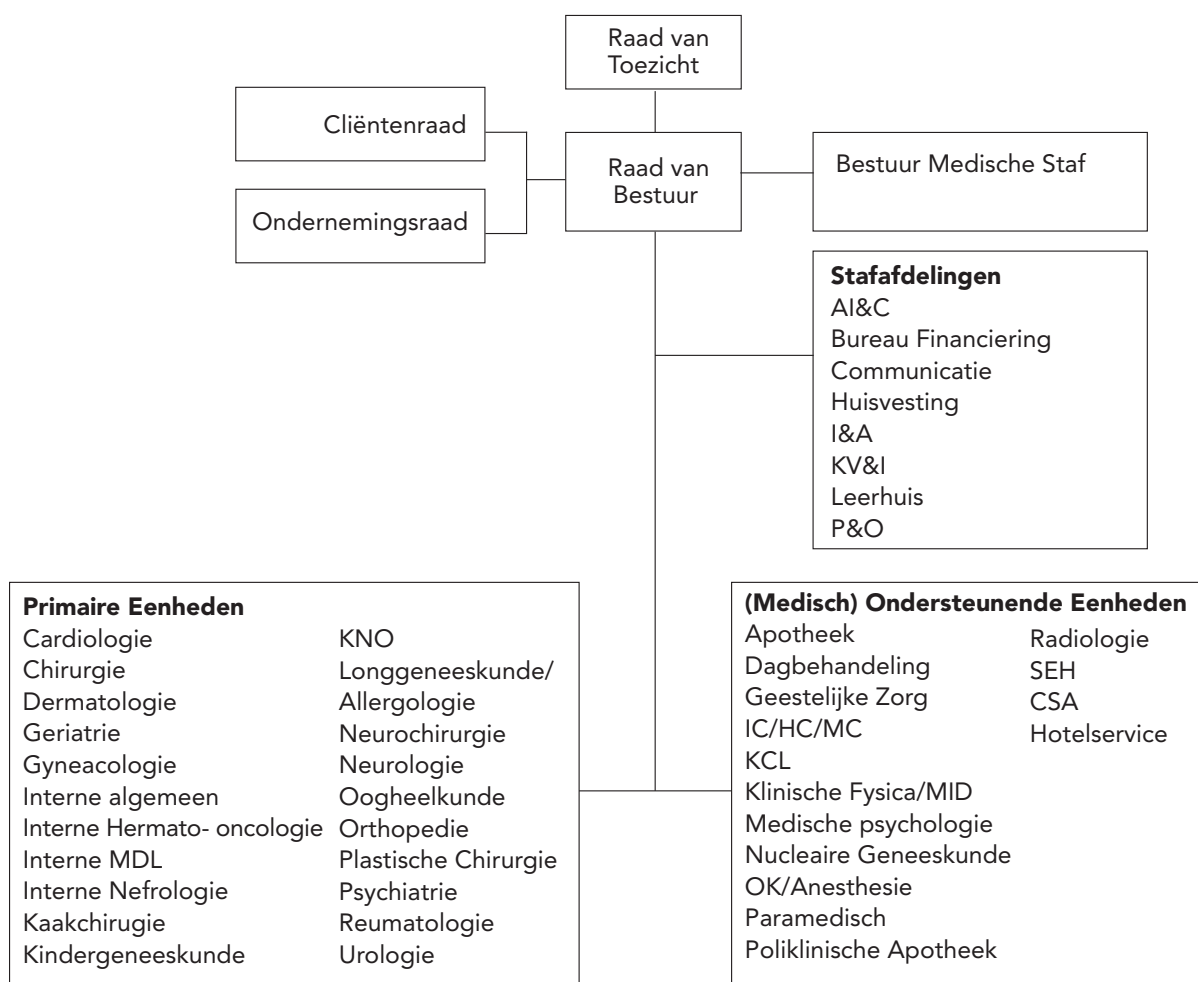


Per 1 januari 2010 is afscheid genomen van de divisiestructuur en is overgegaan naar de Eenhedenstructuur.



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 van de Raad van Toezicht of leden van de Raad van Bestuur. Sinds april 2009 is er een samenwerkingsconvenant van kracht tussen de Raad van Bestuur en het Dagelijks Bestuur van het Stafbestuur. In dit convenant is vastgelegd dat de Raad van Bestuur - samen met het Dagelijks Bestuur VMS – overleggen over de strategische doelen voor het ziekenhuis.

2.2.1 Organogram



2.3 Kerngegevens

2.3.1 Kernactiviteiten en nadere typering

Het Albert Schweitzer ziekenhuis is één van de grotere algemene ziekenhuizen in Nederland en heeft een breed scala aan medisch specialismen (28) in huis. Klinische zorg van topniveau én (basis)zorg 'om de hoek'. Deze combinatie maakt van het Albert Schweitzer ziekenhuis een uniek ziekenhuis. Psychiatrische zorg wordt aangeboden vanuit de erkenning PAAZ.

Het zorgaanbod van het Albert Schweitzer ziekenhuis 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 gezondheidscentrum "Gezondheidszorg Onder Eén Dak" (GOED).

Voortdurend verbeteren betekent ook: blijven leren. Daarom is er in het Albert Schweitzer ziekenhuis extra aandacht voor opleidingen. Het ziekenhuis is er dan ook trots op dat het een 'teaching hospital' (opleidingsziekenhuis) is. In 2007 werd het geassocieerd lidmaatschap van de vereniging "Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen" (STZ) aan het Albert Schweitzer ziekenhuis toegekend. Deze vereniging bestaat uit 27 grote ziekenhuizen in Nederland die hooggespecialiseerde medische zorg bieden.

Het verzorgingsgebied beslaat rond de 600.000 personen. De directe adherentie bedraagt circa 300.000 personen.

2.3.2 Cliënten, capaciteit, productie, personeel en opbrengsten

In onderstaande tabel is zichtbaar gemaakt, hoe de productieontwikkeling is in FB-parameters voor het A- en B-segment gezamenlijk. Ten opzichte van het jaar 2009 laat het in 2010 een stijging zien van het aantal EPB's (1.0%), dagbehandelingen (6.0%) en opnamen (6.5%). Daarentegen daalde het aantal verpleegdagen hetgeen zichtbaar wordt in een daling van de gemiddelde ligduur van 5.9 tot 5.4 dagen (-8.1%).

Tabel: Ontwikkeling Primaire productie (A+B-segment) in aantallen: Realisatie 2010 versus 2009 (exclusief PAAZ).

	Realisatie 2009	Realisatie 2010	Groei t.o.v. Realisatie 2010
1 ^e Polibezoeken	198.755	200.747	1.992 (1.0%)
Dagopnamen	37.280	39.523	2.243 (6.0%)
Opnamen	29.752	31.681	1.462 (6.5%)
Verpleegdagen	176.189	172.287	-3.902 (-2.2%)
Gem. verpleegduur in dagen	5.92	5.44	(-8.1%)



Overige kerngegevens	Antwoordcategorie
Capaciteit	Aantal
Aantal beschikbare bedden/plaatsen voor klinische capaciteit en dag/deeltijdbehandeling per einde verslagjaar	667
Waarvan PAAZ-bedden	24
Productie	Aantal
Aantal in verslagjaar geopende DBC's	280.376
Waarvan DBC-GGZ in PAAZ	2314
Waarvan medisch specialistische zorg, uitgesplitst in:	-----
Aantal in A-segment (tarieven Nza)	202.293
Aantal in B-segment (vrije prijzen)	75.769
Aantal in verslagjaar gesloten DBC's	271.781
Waarvan DBC-GGZ in PAAZ en PUK	2.100
Waarvan medisch-specialistische zorg, uitgesplitst in:	-----
Aantal in A-segment (tarieven Nza)	196.282
Aantal in B-segment (vrije prijzen)	73.399
Aantal in verslagjaar aan verzekeraar in rekening gebrachte overige en ondersteunende producten – O(V)P's –, waaronder verrichtingen op verzoek van de 1 ^e lijn	3.022.171
Aantal in verslagjaar aan verzekeraar in rekening gebrachte overige trajecten en verrichtingen	1.229.362
Aantal in verslagjaar uitgevoerde operatieve verrichtingen in curatieve zorg	380.555
Aantal klinische opnamen exclusief interne overnamen in verslagjaar	31.958
Waarvan opnamen in PAAZ en PUK	233
Aantal ontslagen patiënten in verslagjaar	31.914
Aantal eerste polikliniekbezoeken in verslagjaar	201.501
Waarvan eerste poliklinische contacten in PAAZ en PUK	754
Aantal overige polikliniekbezoeken in verslagjaar	377.543
Waarvan overige poliklinische contacten in PAAZ en PUK	11.800
Aantal dagverplegingsdagen (normaal en zwaar) of deeltijdbehandelingen in verslagjaar	43.480
Waarvan psychiatrische deeltijdbehandelingen in PAAZ en PUK	3.955
Aantal klinische verpleegdagen in verslagjaar (inclusief verkeerde bed)	179.573
Waarvan klinische verpleegdagen in PAAZ en PUK	7.286
Waarvan verkeerde-bed-dagen	903



Personeel	Aantal
Aantal personeelsleden in loondienst exclusief medisch specialisten per einde verslagjaar	3394
Aantal FTE personeelsleden in loondienst exclusief medisch specialisten per einde verslagjaar	2434
Aantal medische specialisten (loondienst + inhuur + vrij beroep) per einde verslagjaar	228
Aantal FTE medische specialisten (loondienst + inhuur + vrij beroep) per einde verslagjaar	198
Bedrijfsopbrengsten	Bedrag in euro's
Totaal bedrijfsopbrengsten verslagjaar	€ 268.966.799
Waarvan wettelijk budget voor aanvaardbare kosten	€ 167.680.905
Waarvan overige bedrijfsopbrengsten	€ 101.285.894

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

Huisartsen

In 2010 is het bestuurlijk overleg "huisartsen Albert Schweitzer ziekenhuis" driemaal bijeen geweest. Besloten is om de structuur van dit overleg te wijzigen naar een meer strategisch overleg. Het ziekenhuis heeft ook in 2010 nauwe contacten onderhouden met het "Kringbestuur huisartsen Zuidwest Nederland" over de strategische agenda. Ook het bestuur VMS participeert in overleggen met huisartsen.

In oktober 2010 zijn alle huisartsen in het verzorgingsgebied begonnen met de uitrol van "Zorgdomein" (het digitaal verwijzen van patiënten naar het ziekenhuis).

Gezondheidscentrum "Gezondheidszorg Onder Eén Dak" in Ridderkerk, houdt in de buitenpoliklinieken gelijktijdig met huisartsen en andere eerstelijns disciplines spreekuur. 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. In het Albert Schweitzer ziekenhuis is een relatiebeheerder huisartsen en V&V sector aanwezig.

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 2010 heeft er een verwijzerstevredenheidsonderzoek plaatsgevonden onder huisartsen met als doelstelling hoe de Afdeling Communicatie de relatie met de huisarts kan ondersteunen. De onderzoeksresultaten zijn besproken met de huisartsen. Op de naar voren gekomen verbeterpunten uit het tevredenheidsonderzoek, zijn inmiddels acties ondernomen.



Stichting Drechtzorg

In 2010 is er eveneens 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 Drehtsteden
vereniging Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen	Stichting Ircas
Integraal Kankercentrum Rotterdam	Dienstapotheek Drehtsteden
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
Veiligheidsregio Zuid-Holland Zuid	Christelijke Hogeschool Ede
ROC Hoornbeeck College Rotterdam	ROC Da Vinci College Dordrecht
Hogeschool Rotterdam	
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

Het enquêterecht (WTZi) is statutair toegekend aan Zorgbelang Zuid-Holland West. In het belang van een zorgvuldige procesgang is destijds 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 2010 had de Raad van Bestuur van het Albert Schweitzer ziekenhuis viermaal een overlegvergadering met de Cliëntenraad, eenmaal vond er een overleg plaats tussen Cliëntenraad en Raad van Toezicht. Gedurende het verslagjaar overlegt de Cliëntenraad met de portefeuillehouders van het Albert Schweitzer ziekenhuis of laat zich informeren over specifieke onderwerpen en thema's. (Zie het separate verslag van de Cliëntenraad in hoofdstuk 3).

In samenwerking met patiëntenverenigingen, organiseerde het Albert Schweitzer ziekenhuis in 2010 weer verschillende gezamenlijke voorlichtingsbijeenkomsten. In totaal hebben zo'n 1700 bezoekers 27 activiteiten bezocht. In overleg wordt gekeken naar de behoefte van de patiëntenvereniging en hun achterban. Daarnaast hebben vele patiëntenorganisaties gebruik gemaakt van de mogelijkheid zich te presenteren op de markt voor Chronisch Zieken, die het ziekenhuis dit jaar op locatie Dordwijk heeft georganiseerd. Deze informatiemarkt trok in 2010 300 bezoekers.

2.4.3 Dialoog toezichthouder

De prestatie-indicatoren van de basisset 2010 IGZ van het Albert Schweitzer ziekenhuis worden jaarlijks aan de Inspectie gerapporteerd en gepubliceerd op de website www.ziekenhuizentransparant.nl en www.asz.nl. Met de Inspectie voor de Gezondheidszorg is in 2010 intensief contact onderhouden. De Inspectie is in het jaargesprek en tussentijds op de hoogte gesteld van een aantal gebeurtenissen die 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 de bezoeken die de Inspectie aan het Albert Schweitzer ziekenhuis heeft gebracht in het kader van algemeen, gefaseerd of thematisch toezicht.

2.4.4 Dialoog zorgverzekeraars

De Raad van Bestuur van het Albert Schweitzer ziekenhuis heeft tweemaal per jaar overleg met de zorgverzekeraars. Daarnaast vinden maandelijks afstemmingsoverleggen plaats over financieel-technische onderwerpen en zorgbeleid. In deze overleggen participeren vertegenwoordigers van de Coöperatie Vrijgevestigde Medisch Specialisten en de 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 meerjaren doorkijk, waarin het bouwproces van het Albert Schweitzer ziekenhuis is verwerkt. Voor de jaarontwikkeling worden liquiditeitsprognoses overlegd. Onderwerp van gesprek zijn:

- 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 Normen van goed bestuur

Het Albert Schweitzer ziekenhuis past de principes toe uit de Zorgbrede Governancecode 2010. Het ziekenhuis heeft een uitgebreide checklist Governancecode waarin in detail wordt ingegaan op de wijze waarop het ziekenhuis met de beginselen van de Governancecode omgaat en hoe deze zijn geborgd. Hieronder zijn enkele onderwerpen toegelicht.

Enquêterecht

In het kader van de WTZi-eisen, is sinds 2007 het statutair enquêterecht toegekend aan de Stichting Zorgbelang Zuid-Holland. Zij zijn bevoegd tot het indienen van een schriftelijk verzoek bij de Ondernemingskamer van het Gerechtshof te Amsterdam voor het instellen van een onderzoek naar het beleid en de gang van zaken van de Stichting.

Klokkenluidersregeling

In de Zorgbrede Governancecode 2010 is opgenomen dat het ziekenhuis invulling moet geven aan het melden van misstanden in de organisatie. Het Albert Schweitzer ziekenhuis beschikt over een regeling Melding Misstanden (Klokkenluidersregeling). De regeling is vastgesteld in de vergadering van de Raad van Bestuur van 12 mei 2010, gehoord hebbende de instemming van de Ondernemingsraad en het positieve advies van het Stafbestuur. In deze regeling staat vermeld hoe in het Albert Schweitzer ziekenhuis wordt omgegaan met vermoedens van misstanden. Het is de bedoeling van deze regeling om medewerkers de mogelijkheid te bieden misstanden of vermoedens daarvan te melden en adequate opvolging te geven aan de gedane meldingszaken alsmede het management in staat te stellen op een vroeg tijdstip geïnformeerd te worden over misstanden.

Deze regeling is gepubliceerd in het documentbeheersysteem van het ziekenhuis.

Gedragscodex medewerkers en medisch specialisten

De kwaliteit van zorg binnen het Albert Schweitzer ziekenhuis hangt voor een belangrijk deel af van het gedrag en de houding van medewerkers. Daarom is het belangrijk een aantal gemeenschappelijke afspraken te maken en deze vast te leggen in een gedragscode. In het kader van bejegening en gastvrijheid is op initiatief van de Raad van Bestuur in 2010 een ziekenhuisbrede gedragscode opgesteld. De gedragscode bestaat uit gedragsregels. De gedragsregels beschrijven gedragingen die als goed, gewenst of nastrevenswaardig ervaren worden (positieve normen), maar ook gedragingen die als negatief, ongewenst ervaren worden (negatieve normen). De gedragscode is niet vrijblijvend. Het ziekenhuis verwacht dat alle medewerkers handelen in de geest van de gedragscode.

Reglementen Raad van Bestuur – Reglement Raad van Toezicht

Er zijn reglementen aanwezig van de Raad van Bestuur en van de Raad van Toezicht. Ook de subcommissies van de Raad van Toezicht, de Kwaliteitscommissie, de Auditcommissie en de Remuneratiecommissie werken volgens een reglement waarin taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden zijn opgenomen.

Samenstelling Raad van Toezicht

De deskundigheidsgebieden van de leden van de Raad van Toezicht variëren van een lid met zorgorganisatie relevante kennis en ervaring in de zorg tot leden met een financiële, juridische, politieke en HRM-achtergrond.



Beperking commissariaten leden Raad van Toezicht

Het aantal commissariaten van de leden van de Raad van Toezicht van het Albert Schweitzer ziekenhuis is beperkt.

Convenant Raad van Bestuur – Stafbestuur

In samenhang met de in de Zorgbrede Governancecode opgenomen aanbevelingen voor goed bestuur, goed toezicht en adequate verantwoording en de statuten van respectievelijk de Stichting Albert Schweitzer ziekenhuis en de Vereniging Medische Staf Albert Schweitzer ziekenhuis is een samenwerkingsconvenant opgesteld tussen het Stafbestuur en de Raad van Bestuur. Doel van dit convenant is het vastleggen van afspraken over de wijze waarop het Stafbestuur en de Raad van Bestuur informatie uitwisselen, overleg voeren en tot besluitvorming komen over het bestuur van het ziekenhuis.

Maatschappelijke verantwoordelijkheid

Het Albert Schweitzer ziekenhuis realiseert als zorgonderneming met een bijzondere maatschappelijke verantwoordelijkheid, verantwoorde en resultaatgerichte zorg. Doelmatige en transparante bedrijfsvoering komt tot uitdrukking in de wijze waarop de 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, met als missie: 'Zorg met hoofd, hart en ziel'. Om wens en aanbod goed op elkaar af te stemmen, zijn wederom in de organisatie in 2010 diverse patiënt- en verwijzerstevredenheidsonderzoeken 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.

Invloed en betrokkenheid van belanghebbenden bij het beleid van de zorgorganisatie

Het Albert Schweitzer 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.

3.1.2 Verslag van de Raad van Toezicht

Het verslag van de Raad van Toezicht over het jaar 2010 geeft inzicht in de wijze waarop de Raad van Toezicht uitvoering heeft gegeven aan zijn toezichthoudende taak in het ziekenhuis.

De Raad van Toezicht houdt toezicht op de uitvoering van het algemeen beleid door de Raad van Bestuur en de algemene gang van zaken in de Stichting en de met haar verbonden ziekenhuizen. Bij de vervulling van zijn taak richt de Raad van Toezicht zich naar de doelstelling en het belang van de Stichting en de met haar verbonden ziekenhuizen.



Het jaar 2010 is te kenmerken als een dynamisch jaar voor het Albert Schweitzer ziekenhuis. Het ziekenhuis heeft in moeten spelen en flexibel moeten omgaan met landelijke en politieke ontwikkelingen die van invloed zijn op de gezondheidszorg in het algemeen en het Albert Schweitzer ziekenhuis in het bijzonder.

3.1.3 Toezicht en informatievoorziening - informatieprotocol

In zes reguliere vergaderingen vervulde de Raad van Toezicht zijn toezichthoudende rol in 2010. De Raad van Toezicht is geïnformeerd en betrokken bij de ontwikkelingen in de ziekenhuisorganisatie. Veel onderwerpen zijn daarbij de revue gepasseerd. In 2010 is een informatieprotocol opgesteld, waarin is opgenomen over welke onderwerpen en met welke frequentie de Raad van Bestuur de leden van de Raad van Toezicht informeert.

3.1.4 Kwaliteit en veiligheid

De Raad van Toezicht heeft ook in 2010 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. Een subcommissie van de Raad van Toezicht, bestaande uit twee Raad van Toezicht leden, die als doel heeft het monitoren van aspecten van kwaliteit en veiligheid. De commissie is in 2010 voor het eerst bijeengeweesd en voert periodiek gesprekken met de Raad van Bestuur. De Raad van Toezicht is geïnformeerd over de voorbereidingen voor de NIAZ-heraccreditatie in 2011 en heeft in dit kader kennisgenomen van het zelfevaluatie-rapport van het Albert Schweitzer ziekenhuis. De Raad van Toezicht is in 2010 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 in de organisatie.

3.1.5 Organisatieontwikkeling / resultaat verantwoordelijke eenheden

Het jaar 2010 is het jaar van interne veranderingen en doorontwikkeling van de eenhedenstructuur. Veranderingen in de organisatiestructuur hebben vorm gekregen of werden voorbereid. Het management van de eenheden en de afdelingshoofden werd benoemd. De ontwikkeling naar Resultaat Verantwoordelijke Eenheden blijft een belangrijk thema en maakt onderdeel uit van de evaluatie van de eenhedenstructuur, te houden in het voorjaar 2011. De Raad van Toezicht heeft de organisatieontwikkeling met veel belangstelling gevolgd en is hierover door de Raad van Bestuur steeds uitvoerig geïnformeerd.

3.1.6 Financiële positie ziekenhuis

Het financieel resultaat is een terugkerend agendapunt in de vergaderingen van de Raad van Toezicht. Met behulp van periodieke managementrapportages, die worden opgesteld conform de planning- en controlcyclus van het ziekenhuis, werd inzicht verkregen in de financiële positie van het ziekenhuis. Een belangrijk aandachtspunt hierbij is risicomanagement.

3.1.7 Huisvesting en bouw

Andere belangrijke onderwerpen waar de Raad van Toezicht in aanwezigheid van Raad van Bestuur over heeft gesproken, waren de voortgang van de huisvesting, alsmede de nieuwbouw op het gezondheidspark, locatie Dordwijk. Met de realisatie en de uitstraling van het gezondheidspark wordt groei van omzet en adherentie-vergroting verwacht. De focus ligt nu op de geplande renovatie van de bestaande ziekenhuisgebouwen op de locaties Dordwijk, Zwijndrecht en Sliedrecht. Ook hierover is en wordt de Raad van Toezicht – als het gaat om te maken keuzen en bijbehorende kosten en investeringen – geïnformeerd.



3.1.8 Continuïteit van toezicht en bestuur

Per 1 januari 2010 zijn als lid van de Raad van Toezicht benoemd mevrouw mr. S. Reuling, op voordracht van de Ondernemingsraad, en de heer drs. M.J.H. Jetten RA. Op 9 februari 2010 werd de heer C. Sas herbenoemd als lid van de Raad van Toezicht voor een periode van vier jaar. Op 3 mei 2010 werd de heer prof. dr. J.A. Rauwerda benoemd als lid van de Raad van Toezicht. Door de benoeming van een lid met een medische achtergrond is de samenstelling van de Raad van Toezicht van het Albert Schweitzer ziekenhuis in lijn met de Zorgbrede Governancecode.

In 2010 heeft de werving en selectie van het tweede lid van de Raad van Bestuur plaatsgevonden. Met de komst van de heer drs. J.M.M. Taks per 1 november 2010 is de Raad van Bestuur weer op sterkte gekomen.

3.1.9 Reglement Raad van Toezicht

Sinds 2009 is er een reglement aanwezig voor de Raad van Toezicht. In het reglement voor de Raad van Toezicht zijn onderwerpen als werkwijze, samenstelling en verantwoordelijkheden vastgelegd.

Profiel, bezoldiging, benoeming, samenstelling

Profiel Raad van Toezicht

Er zijn profielen voor de Raad van Toezicht vastgelegd als collectief en voor de afzonderlijke leden. Het gaat hierbij om de profielen van de voorzitter, het lid met een medische achtergrond, het lid met een juridische c.q. HRM-achtergrond en het lid met een financiële achtergrond. De huidige samenstelling van de Raad van Toezicht voldoet aan hetgeen is opgenomen in de profielen en eisen van de Zorgbrede Governancecode. Op de website van het ziekenhuis wordt informatie gegeven over samenstelling en werkwijze van de leden van de Raad van Toezicht en de drie subcommissies van de Raad. Ook de reglementen zijn hier te raadplegen.

Bezoldiging

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.

Benoeming - samenstelling Raad van Toezicht Albert Schweitzer ziekenhuis 2010

De Raad van Toezicht bestaat momenteel uit zes leden. De werving en selectie van deze nieuwe leden vond plaats met behulp van een extern wervingsbureau en op basis van vooraf vastgestelde profielen. De benoeming van de nieuwe leden vond plaats in de Raad van Toezicht vergaderingen. Borging van onafhankelijkheid van de leden van de Raad van Toezicht is vastgelegd in de statuten van de Stichting, in het reglement van de Raad van Toezicht en in de profielen van de individuele leden van de Raad van Toezicht. Voorafgaande aan de benoeming van nieuwe leden van de Raad van Toezicht vinden adviesgesprekken plaats met Ondernemingsraad, Stafbestuur en Cliëntenraad.



Naam	Aandachtsgebied	Nevenfuncties
Woudenberg, ir. G.J.	Lid / voorzitter Raad van Toezicht	- Voorzitter Raad van Bestuur TBI Holding BV tot 1 juni 2010 - Lid Raad van Toezicht GGZ Delfland tot 1 november 2010
Krüber, dr. H.R.Th.	Lid Raad van Toezicht, vice-voorzitter	- Voorzitter Raad van Bestuur Stichting Pameijer - Bestuur Stichting Mozaik (voorzitter) - Bestuurslid Paul Cremers Stichting - Bestuurslid PCR (Psychiatrisch Casus Register) - Bestuurslid Rehabilitatie '92 - Bestuur O3 onderzoekscentrum (voorzitter) - Bestuurslid Soft Tulip - Bestuur Coalitie voor Inclusie (voorzitter) - Bestuur Stichting Presentie (voorzitter)
Jetten, drs. M.J.H. RA	Lid Raad van Toezicht	- CFO Galapagos N.V.
Rauwerda, Prof. dr. J.A.	Lid Raad van Toezicht	- (Externe) Auditor NIAZ accreditatie - Bestuurslid Stichting Symp. Diabetic Foot
Sas, drs. C.	Lid Raad van Toezicht	- Zelfstandig adviseur geassocieerd met Gerrichhauzen en Partners - Lid Raad van Toezicht Swinhovegroep te Zwijndrecht
Reuling, mr. S.	Lid Raad van Toezicht	- Lid Raad van Toezicht Artis - Lid Raad van Toezicht Museum 't Rembrandthuis



Overzicht presenties vergaderingen, benoemingsperiode en portefeuilleverdeling

	aantal vergaderingen	eerste benoeming	einde zittingstermijn (na eventuele herbenoeming)	aandachtspunten
Ir. G.J. Woudenberg	7	06-04-2009	01-01-2017	- voorzitter RvT - Voorzitter remuneratiecommissie
Dr. H.R.Th. Kröber	8	02-02-2004	01-01-2012	- Voordracht Cliëntenraad - Lid auditcommissie - Lid remuneratiecommissie - Vice voorzitter RvT
Drs. M.J.H. Jetten RA	8	01-01-2010	01-01-2018	- Voorzitter auditcommissie
Prof. dr. J.A. Rauwerda	6	03-05-2010	03-05-2018	- Voorzitter kwaliteitscommissie
Drs. C. Sas	8	25-09-2006	01-01-2014	- Lid kwaliteitscommissie
Mw. mr. S. Reuling	8	01-01-2010	01-01-2018	- Voordracht Ondernemingsraad - Lid remuneratie-commissie

Scholing – ontwikkeling leden Raad van Toezicht

Om zijn toezichthoudende taak goed te kunnen vervullen, heeft op 9 september 2010 een themabijeenkomst plaatsgevonden voor leden van de Raad van Toezicht met als onderwerp 'Governance in de zorg'. Tijdens deze bijeenkomst – werd onder leiding van externe deskundigen – gesproken over intern en extern toezicht in de zorg in relatie tot de taken en het functioneren van de Raad van Toezicht.

De nieuwe leden van de Raad van Toezicht hebben een uitgebreid introductieprogramma in het ziekenhuis doorlopen. Dit introductieprogramma bestond uit kennismakingsgesprekken en het bezoeken van ziekenhuisafdelingen.

Taken Raad van Toezicht

De Raad van Toezicht houdt toezicht op de uitvoering van het algemeen beleid door de Raad van Bestuur en de algemene gang van zaken in de Stichting en de met haar verbonden ziekenhuizen. Daarnaast vervult de Raad van Toezicht de werkgeversrol voor de Raad van Bestuur.

De Raad van Toezicht ziet er op, toe dat de uitvoering van het ziekenhuisbeleid strookt met en wordt uitgevoerd overeenkomstig de vastgestelde beleidsplannen en beleidsuitgangspunten, de wettelijke bepalingen en de statuten. De Raad van Toezicht staat de Raad van Bestuur – met in achtneming van de eigen positie van de Raad van Bestuur – zonodig met raadgeving terzijde.



De Raad van Toezicht vergaderde zes keer in aanwezigheid van de Raad van Bestuur. Eenmaal vergaderde de Raad van Toezicht zonder de Raad van Bestuur. In de reguliere vergaderingen van de Raad van Toezicht in 2010 kwamen onderwerpen aan bod als:

- Kwaliteit en veiligheid
- Eenhedenstructuur / organisatieontwikkeling
- Bouw en huisvesting
- Financiële positie / bedrijfsvoering / planning- & controlcyclus
- Patiënttevredenheid
- Medewerkerstevredenheid

In 2010 werd in de vergaderingen van de Raad van Toezicht goedkeuring verleend aan de besluiten van de Raad van Bestuur:

Overlegstructuur medezeggenschap

De Raad van Toezicht vergadert tevens, in aanwezigheid van de Raad van Bestuur:

- tweemaal per jaar met de Ondernemingsraad
- eenmaal per jaar met de Cliëntenraad
- tweemaal per jaar met het bestuur van de Vereniging Medische Staf Albert Schweitzer ziekenhuis.

Deze overlegstructuur is ook toegepast in 2010. De Raad van Toezicht onderstreept het belang van de goede contacten met deze stakeholders in het ziekenhuis en heeft deze gesprekken in 2010 als zeer waardevol ervaren.

Evaluatie functioneren Raad van Toezicht – Raad van Bestuur

Ook het eigen functioneren van de Raad van Toezicht heeft aandacht gehad in 2010.

Op 22 november van dat jaar vond een evaluatie plaats van het functioneren van de Raad van Toezicht. Met de voorzitter van de Raad van Bestuur heeft een functioneringsgesprek plaatsgevonden in december 2010. Van dit gesprek is een verslag opgesteld.

Commissies Raad van Toezicht

De Raad van Toezicht heeft een onderlinge verdeling van aandachtsgebieden afgesproken. De aandachtsgebieden zijn bepaald door de achtergrond, discipline en deskundigheid van de leden van de Raad van Toezicht. Een eventuele verdeling laat echter de verantwoordelijkheid voor het integrale toezicht door de Raad van Toezicht en de verantwoordelijkheid van de Raad van Bestuur op het aandachtsgebied onverlet. Er is een drietal commissies ingesteld binnen de Raad van Toezicht. Hieronder volgt verslag van hun werkzaamheden in 2010.

Verslag van de 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. In de kwaliteitscommissie hebben zitting de heer prof. dr. J.A. Rauwerda (voorzitter) en de heer drs. C. Sas (lid). Deze commissie overlegt regelmatig met het lid van de Raad van Bestuur dat kwaliteit en veiligheid in zijn portefeuille heeft en koppelt de bevindingen terug aan de Raad van Toezicht. Op 24 augustus 2010 vond de eerste bijeenkomst van de Kwaliteitscommissie plaats in aanwezigheid van het management van de afdeling Kwaliteit, Veiligheid en Innovatie.



Verslag van de Auditcommissie

Door de Raad van Toezicht is een Auditcommissie ingesteld. Deze commissie werkt volgens een reglement waarin de werkwijze, samenstelling, verantwoordelijkheden zijn vastgelegd. 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 Albert Schweitzer 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 drs. M.J.H. Jetten (voorzitter) en de heer dr. H.R.Th. Kröber (lid).

De Auditcommissie is in 2010 tweemaal bijeen geweest. Besproken werden:

- jaarrekening / jaardocument ;
- managementletter 2009;
- kaderbrief / begroting 2011;
- het treasury-statuuut;
- risicomanagement;
- managementrapportages (bedrijfsvoering);
- financieel meerjarenbeleid.

De Raad van Toezicht is in 2010 geïnformeerd en heeft gesproken over de productie en de exploitatie van het Albert Schweitzer ziekenhuis. Door de Auditcommissie is in de vergadering van 12 mei 2010 – in aanwezigheid van de accountant en Raad van Bestuur - de jaarrekening 2009 en het accountantsverslag 2009 gepresenteerd, waarna de jaarrekening 2009 is goedgekeurd. De Raad van Toezicht vergadering van 25 oktober 2010 stond in het teken van de kaderbrief 2011 en externe financiële ontwikkelingen in de ziekenhuiszorg. De begroting 2011 (fase 1) is goedgekeurd in de vergadering van 7 december 2010.

Verslag van de Remuneratiecommissie

De Raad van Toezicht heeft een Remuneratiecommissie ingesteld, die bestaat uit de heer G.J. Woudenberg, de heer dr. H.R.Th. Kröber en mevrouw mr. S. Reuling. Sinds 2009 is er een reglement aanwezig voor de Remuneratiecommissie waarin de werkwijze, samenstelling, verantwoordelijkheden zijn vastgelegd. De Remuneratiecommissie behartigt het toezicht van de Raad van Toezicht op deelaspecten als:

- functioneren van de Raad van Bestuur;
- arbeidsovereenkomsten leden Raad van Bestuur;
- salariëring leden Raad van Bestuur;
- voorbereiding invulling vacatures Raad van Toezicht.

De Remuneratiecommissie is in het voorjaar van 2010 gestart met de voorbereidingen voor de werving van een tweede lid Raad van Bestuur. Hierover heeft terugkoppeling plaatsgevonden in diverse vergaderingen van de Raad van Toezicht. Het werving- en selectietraject heeft geresulteerd in de benoeming van de heer drs. J.M.M. Taks, per 1 november 2010 lid van de Raad van Bestuur.



Verslag van de Raad van Bestuur

In de statuten van de Stichting Albert Schweitzer ziekenhuis is opgenomen, dat het bestuur belast is met het besturen van de stichting en met de algehele leiding van de organisatie. Ook is de bevoegdheid tot het vertegenwoordigen van de stichting vastgelegd in de statuten. De leden van de Raad van Bestuur worden benoemd door de Raad van Toezicht.

Samenstelling

Op 1 maart 2010 werd afscheid genomen van interim bestuurder drs. L.L. Schoots, die sinds april 2008 als voorzitter Raad van Bestuur a.i. werkzaam was in het ziekenhuis.

Op 1 februari 2010 werd de heer P. Eringa benoemd tot voorzitter van de Raad van Bestuur. De heer drs. J.M.M. Taks werd op 1 november 2010 benoemd tot lid van de Raad van Bestuur. Vanaf deze datum is er een tweehoofdige Raad van Bestuur in het Albert Schweitzer ziekenhuis.

Portefeuilleverdeling

Er is een portefeuilleverdeling aanwezig voor de twee leden van de Raad van Bestuur. Deze verdeling is gecommuniceerd in het Albert Schweitzer ziekenhuis. Het aandachtsgebied van de voorzitter van de Raad van Bestuur heeft onder andere betrekking op de bedrijfsvoering, financiën, huisvesting/gezondheidspark, en de eenheden waarin specialismen zijn vertegenwoordigd met een meer beschouwend karakter. Het andere lid van de Raad van Bestuur heeft Kwaliteit en veiligheid, ICT, Zorgverzekeraars en Opleidingen in de portefeuille en is het aanspreekpunt voor de eenheden waarin de snijdende specialismen werkzaam zijn en de specialismen die acute zorg leveren.

Nevenfuncties

Bij het aanvaarden van nevenfuncties wordt getoetst of deze niet in strijd zijn met de belangen van de Stichting, zoals vastgelegd in de statuten en het reglement van de Raad van Bestuur. De leden van de Raad van Bestuur betrachten openheid over hun eventuele nevenfuncties voor zover deze van belang en mogelijk van invloed zijn op het functioneren als lid van de Raad van Bestuur. Leden van de Raad van Bestuur aanvaarden geen nevenfuncties dan na voorafgaande toestemming van de Raad van Toezicht.

Bezoldiging

De bezoldiging van de leden van de Raad van Bestuur in dienstverband is gebaseerd op de beloningscode voor bestuurders in de zorg.



3.1.10 Samenstelling Raad van Bestuur & Nevenfuncties

Naam	Aandachtsgebied	Relevante Nevenfuncties
Drs. L.L. Schoots	Voorzitter Raad van Bestuur a.i. (vanaf 14 april 2008 tot 1 maart 2010)	- 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
P. Eringa	Voorzitter Raad van Bestuur (vanaf 1 februari 2010)	- Bestuur Stichting PAL, voorzitter - Bestuur RLM, voorzitter
Drs. J.M.M. Taks	Lid Raad van Bestuur (vanaf 1 november 2010)	- Lid Raad van Toezicht stichting VSBO te Dongen/Oosterhout

Belangrijke ontwikkelingen die in 2010 voor besluitvorming in aanmerking kwamen, betroffen de benoeming van het management (bedrijfsleiders en afdelingshoofden) als gevolg van de wijziging van de organisatiestructuur, waarbij het divisiemodel werd verlaten voor het Eenhedenmodel. Ook de huisvesting en de verhuizing van de afdelingen van de locatie Amstelwijck naar het gezondheidspark locatie Dordwijk, had de aandacht van het bestuur. Een aantal besluiten die de Raad van Bestuur in 2010 nam, zijn hieronder weergegeven:

- Ziekenhuisbeleidsplan "Bewust beter" 2010-2013;
- Invoering eenhedenstructuur per 1 januari 2010 (incl. overlegstructuur en P&C-cyclus);
- Benoeming bedrijfsleiders eenheden en afdelingshoofden;
- Benoeming medisch managers eenheden;
- Herziening beloningsbeleid leidinggevenden;
- Parkeerbeleid Gezondheidspark, locatie Dordwijk;
- Begroting 2011;
- Jaardocument en jaarrekening 2009;
- Investeringsaanvragen 2010, nieuwbouw Dordwijk;
- Inrichtingsplan AI&C;
- Inrichtingsplan bureau Financiering;
- Inrichtingsplan GKCL;
- Inrichtingsplan afdeling Huisvesting en Techniek;
- Organisatiestructuur Inkoop;
- Regeling Melding Misstanden (Klokkenluidersregeling);
- Gedragscode medewerkers en medisch specialisten;
- Informatiebeveiligingsbeleid;
- Samenwerkingsovereenkomst hospice "De Cirkel" Zwijndrecht;
- Werktijdenregeling arts-assistenten;
- Uitrol Elektronisch Patiënten Dossier;
- Resultaat Gericht Werken – introductie nieuwe beoordelingssystematiek;



- Convenant Raad van Bestuur – Ondernemingsraad;
- NIAZ zelfevaluatie rapport;
- Verantwoordelijkheden afdeling Klinische Fysica – Medische Techniek;
- Tijdelijke voorziening verloskamers Zwijndrecht;
- Logistiek van het patiëntproces.

Reglement Raad van Bestuur

De Raad van Bestuur werkt volgens een reglement. In 2009 stelde de Raad van Bestuur met instemming van de Raad van Toezicht een reglement Raad van Bestuur vast, na een adviestraject bij de Ondernemingsraad, het Stafbestuur en de Cliëntenraad. Het reglement Raad van Bestuur regelt de wijze van vergaderen, het besluitvormingsproces en benoemt de verantwoordelijkheden en bevoegdheden. Tevens is hierin geregeld hoe om te gaan met waarneming, vacatures en belangenverstrengeling.

Overlegstructuur

Raad van Bestuur

In het Albert Schweitzer ziekenhuis is – met de vaststelling van het eenhedenmodel - een overlegstructuur aanwezig. De Raad van Bestuur vergadert wekelijks onder voorzitterschap van de voorzitter Raad van Bestuur. De besluitenlijsten van de Raad van Bestuur werden ook in 2010 ter informatie aan het management gezonden en op het intranet van het ziekenhuis gepubliceerd. Op deze manier konden ook medewerkers kennis nemen van de besluiten van de RvB, hetgeen de transparantie bevordert.

Informatieprotocol Raad van Bestuur – Raad van Toezicht

In 2010 is een informatieprotocol opgesteld, waarin is opgenomen over welke onderwerpen en met welke frequentie de Raad van Bestuur de leden van de Raad van Toezicht informeert. Bij het protocol is een matrix gevoegd, waarop per onderwerp de frequentie van informeren wordt aangegeven. Aan dit informatieprotocol wordt mede uitwerking gegeven tijdens de mondelinge toelichting door Raad van Bestuur tijdens vergaderingen van de Raad van Toezicht door het schriftelijke verslag van de Raad van Bestuur over de ontwikkelingen in de organisatie. Dit verslag wordt zes keer per jaar gemaakt en met de vergaderstukken meegezonden.

Overleg Raad van Bestuur – Bedrijfsleiders – Stafhoofden

Eenmaal per vier weken is er overleg met het management (bedrijfsleiders en hoofden stafafdelingen) en de Raad van Bestuur.

Raad van Bestuur - Stafbestuur

Afstemming met het bestuur van de Medische Staf vindt op reguliere wijze plaats, eenmaal per week met het Dagelijks Bestuur van het Stafbestuur en eenmaal per twee weken met het voltallig Stafbestuur. Gespreksonderwerpen hebben betrekking op strategische en operationele vraagstukken op het gebied van kwaliteit en veiligheid en besturingsvraagstukken. In 2010 vond eenmaal per week overleg plaats tussen Raad van Bestuur en Dagelijks Bestuur Medische Staf. Zonodig vond vaker overleg plaats. In 2010 is gestart met het houden van aparte bijeenkomsten over de te voeren strategie van het ziekenhuis. Met de Coöperatie van Vrijgevestigd Medisch Specialisten is overleg over financiële onderwerpen. Leden van de Raad van Bestuur wonen maandelijks de Algemene Ledenvergadering van de Vereniging Medische Staf bij.



Raad van Bestuur – medezeggenschapsorganen

Eenmaal per zes weken is er een overlegvergadering tussen Raad van Bestuur en Ondernemingsraad. De Cliëntenraad en de Raad van Bestuur vergaderen viermaal per jaar.

3.2 Bedrijfsvoering

3.2.1 Risicomanagement

Het Albert Schweitzer ziekenhuis besteedt aandacht aan de ontwikkeling en handhaving van interne risicobeheersings- en controlesystemen en streeft ernaar 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 de eenheden. De Raad van Bestuur draagt uiteraard wel de verantwoordelijkheid voor de opzet, uitvoering en effectiviteit van 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 waarbij acties worden afgesproken om de risico's te minimaliseren.

Politiek gezien was 2010 een jaar waarin er een nieuwe regering aantrad. Met belangstelling is gekeken naar de ideeën over verdere invoering van marktwerking in de gezondheidszorg. Het uitstellen van de invoering van DOT, verlegde enkele financiële risico's naar een later moment. Voor het Albert Schweitzer ziekenhuis is de uitwerking van de kapitaalslastenregeling op het moment van prestatiefinanciering zeer relevant. Door de recente oplevering van de gebouwen in het gezondheidspark en met een aanzienlijk bouwprogramma voor de boeg, heeft het Albert Schweitzer ziekenhuis op dit dossier een financiële uitdaging. Als reactie hierop is een financieel meerjarenmodel ontwikkeld, dat helpt de omvang van de risico's bij meerdere scenario's door te rekenen. Hierdoor worden nieuwe investeringen in gebouwen extra zorgvuldig afgewogen en doorgerekend. In dit kader wordt ook extra aandacht besteed aan de toekomstige bestemming van de locatie Amstelveen.

Hieronder volgt een weergave van de belangrijkste risico's waaraan aandacht is besteed in het kader van risicomanagement.

- Beheersing van het ziekteverzuim.
- Een krappere wordende arbeidsmarkt voor gespecialiseerde zorgfuncties met daarbij oplopende kosten voor het inhuren van personeel.
- De verdere implementatie en uitrol van het in eigen beheer ontwikkelde elektronisch patiëntendossier.

3.2.2 Planning & control cyclus omgebouwd naar het eenhedenmodel

De integrale beleidscyclus is het instrument dat wordt gebruikt voor de vertaling van visie en strategische doelen van het Albert Schweitzer ziekenhuis. Op concernniveau wordt jaarlijks een kaderbrief opgesteld. Deze is afgeleid van het ziekenhuisbeleidsplan en van actuele ontwikkelingen en geeft de prioriteiten aan voor het komende jaar. De eenheden maken ieder een jaarplan waarin begrotingsvoorstellen zijn opgenomen. In gezamenlijk overleg met de Raad van Bestuur en de bedrijfsleiders worden de jaarplannen bijgesteld en vastgesteld. De voortgang van de jaarplannen blijkt uit de maandelijkse balanced scorecard met een overzicht van de indicatoren voor iedere eenheid en voor het totale concern. Deze digitale informatiebron is voor alle bedrijfsleiders en afdelingshoofden toegankelijk. Op basis van deze gegevens voegt iedere bedrijfsleider voor zijn eenheid zijn verantwoordingsinformatie toe. Deze informatie wordt besproken tijdens de maandelijkse werkoverleggen met de



Raad van Bestuur. Aan de hand van de toelichtingen wordt er elke twee maanden een concernrapportage opgesteld. De tweemaandsrapportage geeft een overzicht van de belangrijkste indicatoren en een toelichting bij opvallende afwijkingen. In de viermaands gesprekken leggen de bedrijfsleider en de medisch manager van de eenheid verantwoording af aan de hand van de scorecard van hun eenheid en door een schriftelijke toelichting op een van tevoren opgesteld sjabloon met aandachtspunten voor verantwoording.

3.2.3 Regeling AO/IC inzake DBC registratie en facturatie

Evenals voorgaande jaren is in 2010 de "Regeling Administratieve organisatie en interne controle inzake DBC registratie en facturatie" van toepassing. De interne controlefunctie van het Albert Schweitzer ziekenhuis heeft gedurende 2010 gestructureerd onderzoek gedaan naar de adequate opzet, bestaan en werking van de AO/IC. De bij de statuscontroles geconstateerde foutfractie is onder de toegestane foutfractie gebleven.

Tevens zijn naast de statuscontroles de uitgebreide audits per vakgroep gecontinueerd en heeft er maandelijkse terugkoppeling van diverse cijfers aan het management plaatsgevonden. Daarnaast zijn er in 2010 nieuwe maatregelen getroffen om de kwaliteit van de registratie en facturatie binnen het Albert Schweitzer ziekenhuis verder te optimaliseren:

- project gestart op de DBC- en verrichtingenregistratie met behulp van controlesoftware;
- geautomatiseerde controles ingevoerd na validatie maar vóór facturatie ter voorkoming van onterechte DBC's. Tevens malusbeleid gebaseerd op de resultaten van deze controles;
- landelijke tabel geïmplementeerd, waardoor het registreren van parallelle DBC's die niet toegestaan zijn niet meer mogelijk is.

3.2.4 GGZ

Voor het budget van de GGZ gelden nog altijd de bestaande AWBZ-normen op basis waarvan aan het einde van het jaar nacalculatie plaatsvindt. Over de parameters wordt afzonderlijk verantwoording afgelegd aan zorgverzekeraars en de NZa, gecontroleerd 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 nieuwe functionaliteit met betrekking tot de facturatie, is medio 2010 in gebruik genomen. Vanaf dit moment zijn de jaren 2008, 2009 en 2010 gefactureerd en zijn de wettelijk verplichte statuscontroles opgestart. De foutfractie is onder de toegestane norm gebleven.

3.3 Medezeggenschap

3.3.1 Verslag bestuur Vereniging Medische Staf

Op 31 december 2010 telde de VMS 225 gewone en 27 buitengewone leden. In de loop van 2010 namen 15 leden afscheid van de medische staf en traden er 24 nieuwe leden toe. In 2010 vergaderde de Algemene Leden Vergadering tienmaal, waarvan er één vergadering specifiek geheel in het thema van Kwaliteit & Veiligheid stond. Op al deze vergaderingen was van iedere maatschap tenminste één lid aanwezig.

In de loop van 2010 kreeg het Albert Schweitzer ziekenhuis na bestuurlijk roerige tijden en een twee jaar durend interregnum van de heer Schoots, weer een tweekoppige Raad van Bestuur. De relatie tussen de VMS en de nieuwe Raad van Bestuur is op basis van het reeds bestaande bestuurlijke convenant tussen beide bestuursorganen ongewijzigd gecontinueerd. Op deze manier worden de belangen van het Albert Schweitzer ziekenhuis in het algemeen en van de medische staf in het bijzonder, het best behartigd. In 2010 vond tweemaal formeel bestuurlijk overleg met de bijna geheel vernieuwde Raad van Toezicht plaats. Het werd door



partijen als zeer nuttig ervaren, dat het Stafbestuur de Raad van Toezicht kon informeren over de huidige en de te verwachten toekomstige status van de medisch specialist in het ziekenhuis, alsmede de daaraan gekoppelde mogelijke gewijzigde verhouding met de Raad van Bestuur. Ook werd de Raad van Toezicht uitgebreid bijgepraat over de omvangrijke inspanningen van de medische staf in het kader van het kwaliteits- en veiligheidsbeleid.

Op basis van in 2009 genomen besluiten, startte in 2010 de implementatie van het Eenheden model als mogelijke voorloper van de Resultaat Verantwoordelijke Eenheden.

Er werden door de Raad van Bestuur en het Stafbestuur 37 medisch managers benoemd. Ook bij de selectie van de bedrijfsleiders speelde het dagelijks bestuur van het Stafbestuur een rol. Om de horizontale en verticale relaties en informatievoorziening te borgen, vonden er tweemaal brede managementconferenties plaats.

Een belangrijk moment was de evaluatie van het EPD. Na een kritische beschouwing waarbij externe hulp werd ingeroepen, moest worden geconcludeerd dat de oorspronkelijke opzet niet waar gemaakt kon worden. Dit leidde tot een essentiële verandering van de strategie waarvan de resultaten in de loop van 2011 verwacht kunnen worden. De medische staf was betrokken bij het initiëren en implementeren van belangrijke projecten zoals het TOC en Zorgdomein.

Ook in 2010 heeft de medische staf een substantiële bijdrage geleverd aan het positieve resultaat van het ziekenhuis. Maar tenminste zo belangrijk als een financieel resultaat zijn de prestaties op het gebied van veiligheid en kwaliteit.

In 2010 werd gestart met de voorbereidingen in het kader van de in 2011 uit te voeren NIAZ accreditatie en STZ visitatie.

Het A&A project kreeg een tweede start met 25 nieuwe aanmeldingen voor de appraisorfunctie en 50 nieuwe aanmeldingen om "getoetst" te worden. De ALV had eerder al vastgesteld dat deelname een morele verplichting is welke t.z.t. ook statutair vastgelegd zal worden.

De commissie vakgroepoverstijgende medische en multidisciplinaire behandelprotocollen, voorheen een stafcommissie, is in 2010 een ziekenhuiscommissie geworden en levert een gestage stroom herziene dan wel gecontroleerde protocollen af.

De staf is vanuit het Leerhuis uitgebreid geïnformeerd over het competentiegericht opleiden, waarbij de leden ook gemotiveerd werden deel te nemen aan cursussen zoals "Teach the Teacher". De resultaten behaald in 2010 zijn zeker een basis voor 2011 en daarna.

3.3.2 Verslag Ondernemingsraad

Visie OR 2010-2013

In april 2010 heeft de OR verkiezingen georganiseerd. Met een volledige bezetting van 17 leden, waarvan 6 nieuwe leden, heeft de OR na de verkiezingen zijn visie voor de komende zittingsperiode van drie jaar opgesteld. De visie is gebaseerd op vier aandachtspunten, die ook in grote lijnen de werkgebieden van de vaste commissie van de OR zijn.

Arbeidsomstandigheden

Goede arbeidsomstandigheden moeten gewaarborgd zijn. Dat klinkt vanzelfsprekend. Toch ziet de OR dat er zaken niet goed geregeld zijn of blijven liggen. De commissie Arbo van de OR heeft daarom het afgelopen jaar zeer regelmatig overleg gevoerd met betrokkenen in de organisatie, zoals de arbocoördinator, de veiligheidscoördinator en het hoofd P&O. Signaleren, bewaken en aansporen zijn de kernwoorden voor de commissie Arbo.



In 2010 hebben de volgende onderwerpen vooral aandacht gekregen: bedrijfshulpverlening (BHV), ontruimingsplannen en -oefeningen, preventiemedewerkers, risico-inventarisatie en evaluatie. Maar ook onderwerpen als het rookbeleid, gevaarlijke stoffen, legionella en het binnenklimaat kwamen aan de orde.

De commissie Arbo van de OR stelt vast, dat het Albert Schweitzer ziekenhuis met veel punten op de goede weg is. Echter, met name op het gebied van BHV en ontruimingsplannen kan er nog veel verbeterd worden. De OR is blij met het regelmatige overleg en zal zijn rol als aanjager van het arbobeleid in het Albert Schweitzer ziekenhuis ook in 2011 enthousiast blijven uitvoeren.

Personeel en Organisatie

Met betrekking tot het personeelsbeleid vindt de OR vooral gelijkheid, rechtvaardigheid en open communicatie belangrijk. Dat waren dan ook de toetsstenen voor het sociaal beleid in 2010. In goed overleg met het hoofd P&O, heeft de commissie personeel en organisatie van de OR in 2010 onder andere de volgende onderwerpen behandeld: arbeidsmarkttoeslag, opleidingsbeleid, resultaatgericht werken, klachtencommissie, functiehuis en voortgang ziekenhuis in beweging (invoering eenhedenstructuur). De OR heeft daarmee alle speerpunten op het gebied van personeelsbeleid zoals genoemd, in zijn visie behandeld. Aangezien nog geen van de genoemde onderwerpen helemaal zijn afgehandeld, blijven zij ook voor 2011 op de agenda van de OR.

Financiën

De OR heeft een toetsende rol op het gebied van de financiën van het Albert Schweitzer ziekenhuis. De OR is zich hierbij bewust van het feit, dat het voortdurend een afweging moet maken tussen de belangen van het personeel enerzijds en de belangen van de organisatie anderzijds. De commissie Financiën van de OR heeft onder andere de volgende onderwerpen op de agenda gehad in 2010: maandrapportages, jaarrekening 2009 en de begroting 2011.

Communicatie

Communicatie tussen de OR en de medewerkers is een apart aandachtsgebied. Voor dit doel heeft de OR een vaste commissie ingesteld. Zichtbaarheid en aanspreekbaarheid zijn hierbij de kernbegrippen. De OR heeft dit in 2010 vormgegeven door het opstellen van een communicatieplan en - meer praktisch- het uitgeven van een nieuwsbrief, aanwezigheid bij werkoverleggen en door middel van introductiebijeenkomsten. Ook is in 2010 voor het eerst de OR-jaarkrant uitgegeven; de populaire versie van het OR-jaarverslag. Deze is verspreid onder alle medewerkers. De OR ontving in 2010 ruim 200 e-mails van medewerkers over de meest uiteenlopende onderwerpen; een teken voor de OR dat hij wat betreft zichtbaarheid en aanspreekbaarheid op de goede weg is.

Strategische koers/keuzes van het Albert Schweitzer ziekenhuis

Naast zijn eigen aandachtspunten heeft de OR natuurlijk te maken met overige onderwerpen die ziekenhuisbreed spelen. De OR heeft bij deze onderwerpen advies- of instemmingsrecht:

Adviesaanvragen

- inrichtingsplan AI&C
- inrichtingsplan bureau Financiering
- inrichtingsplan en herziening organisatiestructuur Inkoop
- ziekenhuisbeleidsplan
- CSA



- herbenoeming en benoeming leden Raad van Toezicht
- inrichtingsplan GKCL
- samenwerking met hospice de Cirkel
- logistiek van het patiëntenproces
- benoeming nieuw lid Raad van Bestuur
- bevoegdheden eenhedenstructuur
- intentieverklaring samenwerking Beatrix ziekenhuis en Albert Schweitzer ziekenhuis inzake GKCL
- inrichtingsplan huisvesting en techniek

Instemmingsaanvragen

- regeling salarisinschaling BBL maatwerk en 2e opleiding in de zorg
- regeling screening personeel
- informatiebeveiligingsbeleid
- regeling melding misstanden
- arbeidsuren anios en aios
- regeling invoeren borgsom
- werktijdenwijziging Radiologie
- diensten call center
- arbeidsmarkttoeslag
- herziening beloningsbeleid leidinggevenden
- inzet nurse practitioner en physician assistant
- resultaat gericht werken
- reglement dienstkleding en schoeisel

3.3.3 Verslag 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 van 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.

Speerpunten en ambities Cliëntenraad

In het najaar 2009 heeft de Cliëntenraad zijn ambities voor 2010 op schrift gesteld en er is een onderlinge taakverdeling gemaakt voor de leden van de Cliëntenraad. Een van de ambities is, dat elk voorgenomen besluit van de Raad van Bestuur voorzien moet zijn van



een cliëntenparagraaf. Daarmee worden de gevolgen van voorgenomen besluiten voor de cliënt helder en het stelt de cliëntenraad in staat de belangen van de cliënten beter te behartigen. Ook bewustwording van de belangen van cliënten en monitoring van de effecten voor patiënten van de nieuwe organisatiestructuur in eenheden, zijn ambities van de Cliëntenraad. Het volgen van de uitkomsten van de patiënttevredenheidsonderzoeken en bevordering van gastvrijheid, blijven ook in 2010 een cruciaal punt van aandacht voor de cliëntenraad. Ook betekenisvolle en inhoudelijke communicatie met de diverse gremia in het ziekenhuis, is essentieel voor het goed functioneren van de Cliëntenraad. In 2010 werd een voorstel gedaan voor het invoeren van een Cliëntenprijs. Een prijs die de Cliëntenraad uitreikt voor het beste initiatief in de patiëntenzorg binnen het Albert Schweitzer ziekenhuis. In 2010 is hier geen uitwerking aangegeven, maar naar verwachting zal de eerste keer dat de prijs wordt uitgereikt door de Cliëntenraad plaatsvinden in 2011.

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

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

Door de speerpunthouders / leden van de Cliëntenraad is in 2010 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 2009 en begroting 2010.
- Volgen van prestatie-indicatoren uit de managementrapportages.

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.
- Ook in 2010 hebben enkele leden van de Cliëntenraad zitting genomen in het smaakpanel van het ziekenhuis. Tijdens deze bijeenkomsten werden diverse nieuwe maaltijden voor patiënten beoordeeld.
- De Cliëntenraad heeft ook in 2010 zijn bijdrage geleverd aan de voorbereiding van de audit "Gastvrijheid met Sterren". Leden van de Cliëntenraad waren aanwezig tijdens de audit.

Speerpunt: Klachten

- Het jaarlijkse gesprek tussen de Cliëntenraad, klachtenbemiddelaars en de klachtencommissie heeft ook dit jaar weer plaats gevonden.

Speerpunt: Patiëntveiligheid

- Een presentatie van het beleid KV&I heeft plaats gevonden tijdens het overleg met de Raad van Bestuur.

Speerpunt: Kwaliteit

- De Cliëntenraad is betrokken geweest bij de voortgang en de voorbereiding van de Niaz-heraccreditering in 2011.



C. Communicatie

- Column Cliëntenraad in het ziekenhuismagazine Aspect en bijdrage aan de Patiëntenkrant.
- Tijdens de Open Dag ziekenhuizen en de Open Dag Oncologie heeft de Cliëntenraad zich gepresenteerd aan de achterban en door contact te leggen en door te vragen om reacties van bezoekers is gepeild welke zaken van belang zijn voor de achterban van het Albert Schweitzer ziekenhuis.

Samenstelling Cliëntenraad

De Cliëntenraad telt negen leden. In 2010 hebben enkele wijzigingen in de samenstelling plaatsgevonden. De huidige samenstelling van de Cliëntenraad staat vermeld in de bijlagen van dit jaardocument.

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.

Aantal vergaderingen Cliëntenraad 2010

In 2010 kwam de Cliëntenraad tien keer samen voor een interne vergadering. Het aantal overlegvergaderingen met de Raad van Bestuur en de Cliëntenraad bedroeg in 2010 vier. Op 25 oktober 2010 heeft het jaarlijks overleg tussen de Cliëntenraad en de Raad van Toezicht plaatsgevonden. Ook heeft de Cliëntenraad gesproken met een delegatie van het Stafbestuur.

Uitgebrachte adviezen 2010

In 2010 heeft de Cliëntenraad een aantal adviezen uitgebracht. De uitgebrachte adviezen hadden betrekking op:

1. jaarrekening - jaardocument 2009
2. herbenoeming lid Raad van Toezicht
3. inrichtingsplan afdeling GKCL
4. beleid logistiek van het patiëntenproces
5. zelfevaluatie rapport Niaz (ten behoeve van heraccreditatie 2011)
6. benoeming lid Raad van Bestuur
7. positionering locatie Sliedrecht in eenhedenstructuur
8. reglement klachtenbemiddeling en klachtenbehandeling
9. reglement Commissie Meldingen Patiëntveiligheid
10. reglement Calamiteitencommissie
11. procedure Incidenten Melden
12. herinrichtingsplan eenheid Facilitair Bedrijf
13. begroting 2011
14. benoeming lid Raad van Toezicht



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. Dit gebeurde veelal in de maandelijkse vergaderingen van de Cliëntenraad.

- Met Zorgbelang is van gedachten gewisseld over preventieve/curatieve zorg met uitleg over het doel van de website deeljezorg.nl en ketenzorg.
- Toelichting op het informatiebeveiligingsbeleid ontvangen door de manager I&A.
- Met de klachtenbemiddelaars is over de aard van de bemiddelde klachten en de tendensen die daarin zijn opgevallen.
- Een delegatie van de Klachtencommissie heeft toelichting gegeven op het klachtenbeleid en zijn de mogelijkheden van het verlagen van de drempel voor het indienen van klachten besproken.
- De Cliëntenraad heeft tijdens een rondleiding door de Spoedeisende Hulp van het Albert Schweitzer ziekenhuis de procedures rondom spoedopnames beoordeeld.
- Enkele gesprekken met de relatiebeheerder huisartsen en V&V sector over de introductie van Zorgdomein en procedures rondom transfer van patiënten na ziekenhuisopname en verdere verzorging.
- De voorzitter van de Commissie Ethiek van het ziekenhuis heeft toelichting gegeven over de aanpak van ethische vragen rondom de patiënt.
- Met de euthanasieconsulent is gesproken over de procedures rondom euthanasie naar aanleiding van het jaarverslag Euthanasie.
- Met de manager logistiek en pijnbehandeling is gesproken over de procedures rondom patiëntenlogistiek, waarbij met name de organisatie rond de nazorg na ontslag aan de orde kwam.

3.3.4 Verslag Commissie Ethiek

Inleiding

De commissie richt zich kritisch op het juiste en goede handelen en zoekt naar objectieve maatstaven om het handelen te toetsen. De commissie geeft gevraagd en ongevraagd adviezen aan de ziekenhuisorganisatie en aan individuele zorgverleners over ethische dilemma's, keuzes bij de zorg voor de patiënt en de onderlinge samenwerking.

Visie

De Commissie Ethiek ziet het als haar taak de zorgverleners en het management bewust te maken van de ethische implicaties van het professioneel handelen in brede zin, concrete richtlijnen en kaders voor ethisch beleid te ontwikkelen, te toetsen en te adviseren ten aanzien van het praktisch handelen met betrekking tot specifieke casuïstiek. Grondwaarden zoals eerbied voor het leven, veiligheid, rechtvaardigheid, kwaliteit van leven, privacy en autonomie zijn de ethische waarden die de commissie hoog in het vaandel draagt.

Beleidsplan Commissie Ethiek

Er is een beleidsplan 2011-2013 geschreven. Het beleidsplan staat gepubliceerd op het intranet van het ziekenhuis.



Moreel beraad

Op 4 november 2010 is er een studiemiddag over moreel beraad gehouden voor de leden van de Commissie Ethiek en op 13 december 2010 is over dit onderwerp een symposium georganiseerd voor alle medewerkers van het Albert Schweitzer ziekenhuis. Aan de hand van een casus werd – onder begeleiding van een externe gespreksleider – een toelichting gegeven over het werken met moreel beraad. In 2010 vonden er op zeven afdelingen moreel beraad plaats. Leden van de commissie begeleiden deze gesprekken.

Vooruitblik

De commissie wil de komende jaren bejegening (van patiënten en collega's) onder de aandacht brengen en waar nodig adviezen ter verbetering geven. Daarbij kan de nieuwe gedragscode voor medewerkers van het ziekenhuis als leidraad dienen.



4. BELEID, INSPANNINGEN EN PRESTATIES

4.1 Meerjarenbeleid / Strategievorming algemeen

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 de missie, visie en kernwaarden komt tot uitdrukking waar het ziekenhuis voor staat. Het ziekenhuisbeleidsplan 2010-2013 'Bewust Beter' is 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.

In 2010 vonden drie managementconferenties plaats waarbij de Raad van Bestuur, het Dagelijks Bestuur VMS, bedrijfsleiders, medisch managers, hoofden stafafdelingen en een delegatie van de Ondernemingsraad aanwezig waren. Tijdens de eerste managementconferentie in april 2010 is de top 5 prioriteiten voor het Albert Schweitzer ziekenhuis benoemd:

- De kwaliteit en ondersteuning van ICT-voorzieningen;
- Het uitwerking geven aan het veiligheidsmanagementsysteem / SAVE-teams;
- De verbetering van het imago van het ziekenhuis / bejegening;
- Samenwerking tussen de eenheden;
- Medewerkerstevredenheid.

Voor genoemde prioriteiten zijn plannen van aanpak geschreven. De voortgang van deze top 5 prioriteiten is een terugkerend agendapunt op de managementconferenties.

In 2010 heeft de eerste strategiebijeenkomst tussen Raad van Bestuur – Dagelijks Bestuur VMS plaatsgevonden. Onderwerpen als locatieprofilering, kwaliteit en marktverkenning kwamen hier aan de orde. In 2011 wordt hieraan een vervolg gegeven. Het ziekenhuis staat voor belangrijke keuzen – al dan niet geïnitieerd op basis van wetgeving of kwaliteitseisen zoals beschreven door de Inspectie voor de Volksgezondheid.

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 de cliënt en de zorgverlener centraal bij de zorgverlening. Kort samengevat is 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).

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.

Hoofdthema's en randvoorwaarden

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

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.

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.

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 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 vier tropenartsen. Het Albert Schweitzer ziekenhuis heeft in 2010 een overeenkomst getekend met de Stichting Twin-Cities. Hierin is geregeld dat gebruikte medische apparatuur wordt getransporteerd naar het ziekenhuis in Orăştie, Roemenië. Orăştie is een zuster gemeente van de gemeente Sliedrecht. De Commissie Buitenland coördineert dit en heeft onlangs een bezoek gebracht aan Roemenië.

Door de inzet van ongeveer 600 maatschappelijk betrokken vrijwilligers kan het ziekenhuis ook in de komende jaren extra service en diensten aan de patiënt verlenen.

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 wordt hier in de organisatie op gestuurd.

4.2 ALGEMEEN BELEID

In de beleidscyclus 2010 was het thema: 'Kracht door eenheden', waarbij de focus lag op de strategische doorontwikkeling. Vanuit de vier centrale thema's uit het meerjarenbeleidsplan zijn verschillende beleidsinitiatieven uitgewerkt.

Patiëntveiligheid

In 2010 is, op basis van het veiligheidsprogramma, veel aandacht besteed aan de invoering van een veiligheidsmanagementsysteem en de uitvoering van 10 landelijke thema's. In de viermaands gesprekken van de Raad van Bestuur en van het Stafbestuur met de 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. Ook is een protocol 'Melden incidenten' opgesteld waarin de verantwoordelijkheden en bevoegdheden in het eenhedenmodel zijn beschreven bij het melden van incidenten in de patiëntenzorg met urgentieniveau 1 t/m 5. Meer informatie over patiëntveiligheid wordt gegeven in hoofdstuk 4.3.

Inspectie

Zoals in voorgaande jaren is in 2010 uitvoering gegeven aan verbeteracties die voortkomen uit de eisen die de Inspectie voor de Gezondheidszorg aan de ziekenhuizen stelt. Zie hoofdstuk 4.3. voor een overzicht van inspectieonderwerpen.



Klantgerichtheid

Het is voor het ziekenhuis erg belangrijk te weten hoe onze klanten onze zorg ervaren en waar er verbetering mogelijk is. In 2010 is de ingeslagen weg voortgezet gastvrijheid in het ziekenhuis te verbeteren. Door middel van structurele patiënttevredenheidsmetingen en het meetbaar maken van de resultaten, wordt de ontwikkeling naar een gastvrij en patiënt-/cliëntvriendelijk ziekenhuis gevolgd. In 2010 zijn drie patiënttevredenheidsmetingen uitgevoerd. Begin 2010 is de norm voor de NPS op ziekenhuisniveau en op vakgroepniveau bepaald. Dit naar aanleiding van de resultaten van de twee in 2009 gehouden patiënttevredenheidsmetingen. Op basis van de gegevens uit de vier metingen zijn op eenheidenniveau verbeteracties uitgezet. Zie hoofdstuk 4.4.1 voor de resultaten.

Reductie van toegangs- en doorlooptijden en vermindering van de herhaalfactor draagt bij tot de cliënttevredenheid. In 2010 is hier aandacht voor geweest. De toegangstijden worden gepubliceerd op de website van het Albert Schweitzer ziekenhuis. De gemiddelde herhaalfactor in het Albert Schweitzer ziekenhuis is sinds 2006 afgenomen. Zie verder hoofdstuk 4.4.3. voor de resultaten.

Patiëntencommunicatie

Op professionele wijze is ook in 2010 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. Professionals worden op verzoek geadviseerd bij het invulling geven aan 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 2010 om deze doelstellingen te behalen:

- Patiëntenfolders (88 nieuwe folders);
- Patiënten informatiedossiers (PID's) (2 nieuw, 5 herzien);
- Voorlichtings-dvd (3 gerealiseerd);
- 700 voorlichtingsvragen via mail of telefoon behandeld;
- Daarnaast is continu gewerkt aan actuele en toegankelijke patiënteninformatie op de website www.asz.nl;
- Samenwerking met patiëntenverenigingen en de organisatie van voorlichtingsbijeenkomsten.

Nieuw in 2010 was het testpanel, waarin telkens in wisselende samenstelling een kleine groep patiënten voorlichtingsmateriaal beoordeelt en suggesties ter verbetering geeft. Op de verpleegafdelingen is een zogenaamd copa-netwerk actief. Dit zijn verpleegkundigen die patiëntenvoorlichting als extra aandachtsgebied hebben.

In 2010 is mede door een van onze adviseurs een landelijke scholingsdag voor copa's georganiseerd. Deze dag bood de kans om praktijkervaringen en nieuwe ideeën over copa-schap en copa-netwerken te delen met elkaar en er werden praktische en leerzame parallelsessies georganiseerd. Thema's die aan de orde kwamen waren ondermeer: een verrassende klinische les om collega's te motiveren, patiëntgericht communiceren en copa's en patiëntveiligheid. Onze adviseur patiëntencommunicatie verzorgde tijdens deze dag 2x de workshop 'Interculturele communicatie'. In totaal hebben 32 copa's uit ons ziekenhuis deze landelijke copa-dag bijgewoond.



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 Albert Schweitzer ziekenhuis het eerste accreditatiebewijs ontvangen. Zowel op instelling- als afdelingsniveau zijn in 2010 voorbereidingen getroffen voor de heraccreditatie in 2011 en is het zelfevaluatieplan ingediend. Verderop in hoofdstuk 4 wordt meer informatie hierover gegeven.

Ondernemerschap

Om zich te kunnen onderscheiden in de dynamische markt waarin het zich bevindt, heeft het Albert Schweitzer ziekenhuis in 2010 een start gemaakt met het opzetten van een Eenhedenstructuur. Hiermee wil het ziekenhuis onder andere bereiken, dat er flexibel op de markt ingespeeld wordt. Het Albert Schweitzer 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 een aantal vergelijkbare ziekenhuizen. Tevens participeert het Albert Schweitzer ziekenhuis in verschillende netwerken en is het een regionale samenwerking aangegaan met andere zorgaanbieders (zie ook hoofdstuk 2).

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.

Het Leerhuis voldoet aan de door STZ gestelde criteria. Verlenging van geassocieerd STZ-lidmaatschap is verleend tot uiterlijk december 2011. Binnen deze termijn dient het Albert Schweitzer ziekenhuis het volledige lidmaatschap te verwerven en de verwachting is dat deze in 2011 wordt verworven. 2010 stond in het teken van de voorbereidingen van de STZ-visite in juni 2011.

Gezonde bedrijfsvoering

De veranderingen in de externe omgeving maken een flexibele en accurate bedrijfsvoering noodzakelijk. Voor het Albert Schweitzer ziekenhuis 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 Albert Schweitzer ziekenhuis 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 Albert Schweitzer ziekenhuis 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 2010 zijn deze punten binnen de P&C cyclus gemonitord.

Ligduurverkorting

De ingezette verschuiving van het aanbieden van zorg in een poliklinische setting of dagbehandeling, heeft zich in 2010 doorontwikkeld. Het ziekenhuis heeft gezocht naar een werkwijze om de doorlooptijd op klinische afdelingen te verbeteren. Na een uitgebreid verkennend onderzoek, is het ziekenhuis in 2009 gestart met het implementeren van TOC (Theory of Constraints). Het doel van TOC is het verbeteren van logistieke processen. Het belangrijkste uitgangspunt is, dat het zorgproces een ketting is met schakels die van elkaar afhankelijk zijn. Door het vinden van de zwakste schakel, oftewel de reden van vertraging en deze op te lossen, kan voortaan vertraging voorkomen worden. De kracht van TOC is dat artsen, verpleegkundigen en zorgondersteuners gezamenlijk verantwoordelijk gemaakt worden voor het zo goed mogelijk begeleiden van het gehele zorgproces van de individuele patiënt. Iedere vertraging of belemmering wordt benoemd en aangepakt. De doelstelling van TOC is om de ligduur met 20% te verlagen door de vertragende factoren aan te pakken. De implementatie is voorspoedig verlopen en de resultaten zijn positief. In februari 2010 zijn de resultaten van de eerste 100 dagen gepresenteerd. De gemiddelde ligduur op alle verpleegafdelingen is gedaald. Zie hoofdstuk 4 voor de resultaten.

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 Albert Schweitzer 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. De doelen van fase 1 waren de omzetting van de divisiestructuur naar Eenhedenstructuur per 1 januari 2010, het invullen van de bijbehorende managementposities en het vormgeven aan een overlegstructuur. Per 1 januari 2010 heeft de herschikking naar Eenheden plaatsgevonden en is het divisiemodel verlaten. De ontwerpcriteria uit het plan van aanpak zijn gevolgd. Er zijn 21 primaire eenheden, 12 medisch ondersteunende eenheden, 2 ondersteunende eenheden en 8 stafdiensten geformeerd. Tevens heeft herschikking van de budgetten naar de eenheden plaatsgevonden. De managementinformatie is aangepast. Medisch managers, bedrijfsleiders en de (deels) meewerkende afdelingshoofden zijn benoemd. In december 2010 heeft een kwantitatieve evaluatie plaatsgevonden. Een kwalitatieve evaluatie van fase 1 staat gepland voor medio 2011.



Huisvesting en energie

De nieuwbouw op de locatie Dordwijk is in 2010 afgerond, op het voorterrein na. Dit zal in 2011 als laatste worden opgeleverd. Met de oplevering van de gebouwen is er ruimte gecreëerd om een aantal Amstelveen-functies samen te brengen met functies uit Dordwijk en die onder te brengen in deze nieuwbouw.

In de zomer van 2010 is de nieuwe Spoedeisende Hulp in gebruik genomen en de nieuwe poliklinieken Chirurgie, Orthopedie, Interne geneeskunde, Reumatologie en Gynaecologie. Aansluitend zijn de kantoorfuncties uit Amstelveen overgekomen naar de nieuwbouw. In 2011 zal de laatste afdeling (verpleegafdeling Geriatrie) verhuizen naar de nieuwbouw.

In 2010 is gestart met de midlife renovatie van de technische infrastructuur op Dordwijk en Zwijndrecht. Tevens is gestart met renovatie van de oudbouw locatie Dordwijk, waarbij het 'Korte Termijn Huisvestingsplan' zoals in 2009 is vastgesteld als uitgangspunt dient. De afdeling Radiologie is de eerste afdeling die volgens dit plan is aangepakt.

Continu is er gekeken naar (technische) aanpassingen om het energieverbruik te beperken dat voornamelijk op watergebruik een besparing heeft opgeleverd. In 2010 is het nieuwe centrale ketelhuis voor de nieuwbouw in gebruik genomen, hierbij wordt gebruik gemaakt van warmte-koude opslag in de grond, hetgeen energetisch gunstig is.

Daarnaast zijn de volgende externe partijen verhuisd naar de nieuwe gebouwen op Dordwijk. In maart 2010 zijn de radiotherapie bunkers voor het Erasmus MC opgeleverd. De eerste patiënten zijn hier in oktober 2010 behandeld. Ook heeft het Davinci College in maart haar gebouw ter beschikking gekregen. De lessen aan de studenten zijn begonnen in september 2010. De huisartsenpost is gelijk met de Spoedeisende Hulp gestart in haar nieuwe onderkomen en in december hebben de verpleeghuizen Rivas en Parkhuis de beschikking gekregen over hun gebouw. Hier zullen zij begin maart 2011 hun patiënten ontvangen. Sodexo, de nieuwe exploitant van het restaurant heeft haar afdeling in het "hotel" gebouw in november 2010 opgeleverd gekregen. Sodexo heeft hier vervolgens zelf de inrichting van verzorgd.

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 er diverse communicatiemiddelen ingezet.

Voorbeelden hiervan zijn: de Patiëntenkrant (2 maal verschenen voor alle klinische patiënten), de polikrant voor Radiologie en Kindergeneeskunde, het publieksmagazine 'Mijn ziekenhuis' (huis aan huis verspreid in het gehele adherentiegebied), de Gezondheidspagina's (achtmaal in 2010 in de huis-aan-huis-kranten in het gehele adherentiegebied) en talloze perscontacten met de lokale, regionale en landelijke media.

Nieuw in 2010 was de keus voetbalvereniging BVV te Barendrecht voor de periode van 2 jaar voor een gering bedrag te sponsoren om zo te bouwen aan naamsbekendheid in de regio Barendrecht, dicht bij de locatie Zwijndrecht. Deze keuze heeft tot veel media-aandacht geleid. Juist in de media in de regio Barendrecht is meer over het Albert Schweitzer ziekenhuis verschenen.



ICT

Het jaar van de verhuizing en heroriëntatie

Begin 2010 is het EPD bij de eerste 2 pilotvakgroepen (KNO en MDL) in gebruik genomen. 2010 had als doelstelling om dit generieke EPD verder uit te rollen onder de andere vakgroepen doorlopend tot 2011. De implementatie en uitrol van het EPD is echter weerbarstiger gebleken.. Het EPD bleek niet bruikbaar genoeg in de praktijk en performance was onvoldoende, Medio 2010 is in gezamenlijk overleg besloten tot een heroriëntatie van de EPD organisatie en –functionaliteit waarmee een verdere uitrol werd stopgezet. Verder stond 2010 in het teken van een herbezinning en -ontwerp op het QDMS project . Ook hier bleek dat de eerder voorgestelde functionaliteit en organisatie t.b.v. een documentbeheerssysteem niet goed aansloot bij de behoeftes. Een nieuwe aanpak heeft inmiddels in 2011 een succesvolle implementatie tot gevolg gehad.

Als belangrijkste leerpunt kan worden opgeschreven dat bij ‘ziekenhuisbrede’ innovaties het ‘leren en ervaren’ een belangrijk onderdeel is van het project zelf. Dit geldt voor zowel de vragende, leverende als besturende partijen. Het opdelen van projecten in kleine innovatie stapjes waarin meer ruimte wordt genomen voor learning by doing en het accepteren van tegenslag is een belangrijk leerpunt

In 2010 is ook een aantal projecten succesvol van start gegaan, geïmplementeerd en afgerond. Zo is een projectvoorstel voor het intranet opgesteld dat in 2011 kan worden uitgevoerd. Besloten is om in 2010 wel door te gaan met de gemeenschappelijke ontwikkeling van de DOT functionaliteit in het landelijke verband van SAP ziekenhuizen.

Als belangrijke mijlpaal voor 2010 kan het project ‘dependance Radiotherapie’ worden genoemd. Met de opening van de dependance in november van dat jaar, is ook het IHE XDS-platform geïmplementeerd waarmee patiëntgegevens (beelden en documenten/ verslagen) tussen het Erasmus Medisch Centrum en het Albert Schweitzer ziekenhuis elektronisch beschikbaar worden gesteld en/of worden uitgewisseld. Dit platform vormt de basis van een regionale elektronische samenwerking met zorgaanbieders in de Rijnmondregio en is gebaseerd op de landelijke ontwikkelingen van het EPD en internationale standaarden. Hiermee wordt een aanzienlijke kwaliteitswinst en kostenbesparing bereikt voor zowel de patiënt als de zorgaanbieder. Men verwacht dat er zich in 2011 meer zorgaanbieders (SFG/Maasstad) gaan aansluiten en dat de stichting Drechtzorg zich ook aansluit.

In 2010 is een behoorlijke voortgang geboekt met betrekking tot informatiebeveiliging en veilige ICT- toepassingen in de zorg ter voorbereiding op de verplichte NEN 7510 audit in 2011. In oktober van het jaar is de afdeling I&A verhuisd van locatie Amstelwijck naar de nieuwe kantoorflat op de locatie Dordwijk.

De organisatie van de I&A-afdeling stond in 2010 voor een reorganisatie. Door diverse oorzaken en uit blijvende onvrede over de prestatie van de ICT-afdeling is het reorganisatieplan dat in 2009 is vastgesteld halverwege 2010 afgebroken en heeft plaats gemaakt voor een nieuwe reorganisatieopzet.



Gerealiseerd 2010: (op hoofdlijn)

Project	Doelstelling
NEN7510 / NIAZ / diverse audits	Veilige toepassing ICT in de zorg
Implementatie Elektronisch patiënten dossier (EPD)	Doel was verdere uitrol bij 10 vakgroepen. EPD bleek echter niet bruikbaar genoeg in de praktijk en performance was onvoldoende, dus pas op de plaats en eerst zorgen voor goede performance en herontwerp van het EPD
Doculing	Herontwerp document beheer kwaliteitsdocumenten uitrol 2011
Radiotherapie	Transmurale gegevens en beeldenuitwisseling tussen Albert Schweitzer ziekenhuis en EMC Daniel den Hoed ten behoeve van de komst van de dependance Radiotherapie en de ondersteuning van het oncologische proces
SEH Triage	Triage van SEH patiënten
Portal Slaap waak centrum	Webportaal waar patiënten een digitale intake kunnen doen en kunnen communiceren met de OSAS-verpleegkundigen
EAI/Cloverleaf	Nieuwe integratie oplossing voor de informatieuitwisseling tussen applicaties
SRM fase 2	Doorontwikkeling van het inkoop- en winkelwagentjes systeem
Harmony fase 2	Doorontwikkeling roostermethodiek
Astraia	Implementatie van Astraia bij gynaecologievakgroep
PDMS	voorbereidingen tbv oplevering in 2011 (reeds opgeleverd)
Transmuraal team	voorbereidingen tbv oplevering in 2011 (reeds opgeleverd)
Zorgdomein fase 1	Opgeleverd
Verhuizingen & Infrastructuur	
ICT in nieuwbouw voor de Huisartsenpost en de SEH opgeleverd	
Oplevering nieuwe Computerruimte locatie Dordwijk	
Installatie Netwerk in nieuwbouw te Dordwijk	
Verhuizing Flat AW naar nwbouw DW	
Vervanging decentrale apparatuur door professionele multi-functionals.	
OSDB migratie	
Schipholborden SEH	



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 huisartsen, thuiszorg en verpleeg- en verzorgingshuizen te verdiepen, is voor deze samenwerkingspartners een relatiemanager in het ziekenhuis aanwezig.

In de relaties tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders wordt steeds meer toegewerkt naar strategische partnerships voor de lange termijn. Zorgverzekeraars kopen gericht zorg in bij preferred providers voor bepaalde behandelingen/DBC's. Het Albert Schweitzer ziekenhuis 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 er 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.

Het Erasmus Medisch Centrum opende in november 2010 een nieuw radiotherapiecentrum. Het bestralingscentrum in Dordrecht is een uitbreiding van het Erasmus MC-Daniel den Hoed. In 2012 zijn in Dordrecht vier bunkers in bedrijf, die samen 160 mensen per dag kunnen bestralen. De dependance is geïntegreerd in de nieuwbouw van het Albert Schweitzer ziekenhuis, locatie Dordwijk. Patiënten uit het gehele verzorgingsgebied van het Albert Schweitzer ziekenhuis, maar ook bijvoorbeeld uit Brabant en de Zuid-Hollandse eilanden kunnen voor bestraling voortaan terecht binnen deze dependance Radiotherapie van het Erasmus Medisch Centrum.

4.3 Algemeen kwaliteitsbeleid

Het kwaliteitsbeleid is onderdeel van het meerjaren ziekenhuisbeleidsplan en het medisch beleidsplan. Het beleid is erop gericht om continu verbetering te realiseren op verschillende dimensies van kwaliteit. Veiligheid, effectiviteit, klantgerichtheid, logistiek, transparantie & verantwoording waren in 2010 belangrijke speerpunten. Het jaar 2010 heeft daarnaast vooral in het teken gestaan van de voorbereiding op vervolgaccreditering van het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ), de verdere implementatie van het veiligheidsprogramma en verkorting van de ligduur. De resultaten van de toenemende hoeveelheid prestatie-indicatoren worden benut om verbetering te realiseren. Verschillende projecten zijn in 2010 uitgevoerd ter verbetering en vernieuwing van de (zorg)processen. 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.

Kwaliteitsmanagementsysteem ziekenhuis

Het Albert Schweitzer ziekenhuis heeft in 2007 van het NIAZ de instellingsbrede accreditatie ontvangen. In het voorjaar 2010 is de aanvraag ingediend voor de instellingsbrede (vervolg) accreditatie op basis van de Kwaliteitsnorm Zorginstelling 2.1. De rest van het jaar heeft in het teken gestaan van de voorbereiding op deze accreditatie. Zowel op instellingsniveau als op afdelingsniveau zijn zelfevaluaties uitgevoerd en zijn op basis daarvan verbeteracties genomen. Het zelfevaluatierapport is begin augustus aangeboden aan het NIAZ. Na het voortgangsbesluit is door het NIAZ in november aangegeven welke processen tijdens het



in januari 2011 te houden werkbezoek nader bekeken gaan worden. Aanvullende documentatie ter voorbereiding daarop is aangeboden. Via informatiebijeenkomsten en andere communicatiemiddelen is extra aandacht besteed aan de NIAZ -audit. Het Albert Schweitzer ziekenhuis verwacht het besluit van het NIAZ met betrekking tot de vervolgaccreditatie in juni 2011.

Veiligheidsmanagementsysteem

Het veiligheidsmanagementsysteem (VMS) is een integraal onderdeel van de vervolgaccreditatie NIAZ. De eisen voor het VMS uit de NTA-norm (NTA 8009:2007) zijn onderdeel van de NIAZ-kwaliteitsnorm 2.1. Beoordeling hiervan is onderdeel van de NIAZ audit in januari 2011. (zie hoofdstuk 4.4)

Decentrale kwaliteitssystemen / normen

Naast het instellingsbrede kwaliteitssysteem zijn op eenheid / afdelingsniveau de volgende kwaliteitssystemen ingericht of in ontwikkeling. Voor bepaald onderdelen heeft het ziekenhuis een keurmerk verkregen.

Soort kwaliteitssysteem / referentiekader	Ziekenhuisbreed of afdeling	Datum
NIAZ Kwaliteitsnorm Zorginstelling 1.0 NIAZ Kwaliteitsnorm Zorginstelling 2.1	Instellingsbreed	15 juni 2007 - 15 juni 2011 Audit NIAZ in januari 2011. Besluit juni 2011
CCKL-normering	Geïntegreerd Klinisch Chemisch Laboratorium	2 ^e verlenging 23-05-2007
HKZ	Dialyse	2 ^e Hercertificering 1 november 2010 tot 31 oktober 2013
GMP-z	Apotheek	September 2006 November 2010 erkenning voor grootbereider
CCKL-normering	Apotheek, laboratorium	December 2010
NEN 7510	Norm voor informatiebeveiliging	Externe audit is uitgevoerd december 2010
Vaatkeurmerk van Vereniging van Vaatpatiënten		2-10-2007. Opnieuw verkregen in 2009
Keurmerk NVA	Pijnbehandelcentrum	Juni 2010
Smiley (Kind en Ziekenhuis)	Kindergeneeskunde	2008



HKZ certificering dialyse

Op 5 en 6 oktober 2010 is de dialyse-afdeling beoordeeld door afgevaardigden van Lloyd's Register Nederland, V&VN en de NfN om het bestaande HKZ (harmonisering kwaliteitsbeoordeling in de gezondheidszorg) certificaat vernieuwd te krijgen. HKZ is een kwaliteitsinstituut, dat kwaliteitsnormen opstelt voor een groot aantal branches in Zorg en Welzijn. Dat doen zij samen met een groot aantal deskundigen vanuit zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties en zorgaanbieders die hun input leveren. Om het HKZ Keurmerk te verkrijgen, moet het kwaliteitsmanagementsysteem voldoen aan de HKZ-normen. Deze normen hebben de internationaal erkende ISO 9001:2008-normen als basis en omvatten daarnaast branchespecifieke eisen. De HKZ-normen hebben betrekking op zowel de kwaliteit van het zorgproces als op de organisatorische kwaliteit. Ze stellen eisen aan het primaire proces: intake/indicatie, de uitvoering van de diensten en evaluatie/nazorg. Daarnaast moeten ook de ondersteunende processen, zoals personeelsbeleid, diensten door derden, etc. aan specifieke eisen voldoen. Deze externe beoordeling heeft een aantal verbeterpunten opgeleverd, waarmee de dialyse afdeling haar kwaliteitssysteem verder kan verbeteren.

CCKL – Klinisch Chemisch Laboratorium

In 2007 heeft het Geïntegreerd Klinisch Chemisch Laboratorium (RIVAS zorggroep en Albert Schweitzer ziekenhuis) een tweede verlenging ontvangen op de certificering door CCKL (registratienummer R022). In november en december 2010 is het kwaliteitssysteem van het GKCL opnieuw beoordeeld. Het resultaat hiervan wordt in 2011 verwacht.

CCKL - Apotheek

Het klinisch farmaceutisch en toxicologisch laboratorium van het Albert Schweitzer ziekenhuis is vanaf december 2010 CCKL-geaccrediteerd. De CCKL-accreditatie is een totaalkeurmerk voor de kwaliteit van medische laboratoria in Nederland. Het is een erkenning van de vele inspanningen op het gebied van kwaliteitszorg.

GMP-z - Apotheek

De bereidingen in de apotheek moeten voldoen aan de strenge kwaliteitseisen van de Good Manufacturing Practice norm (GMP-z). De apotheek is in september 2006 positief beoordeeld door de Inspectie Volksgezondheid voor Geneesmiddelen. In november 2010 heeft de ziekenhuisapotheek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg de erkenning "GMP voor grootbereiders" ontvangen.

NEN 7510

In het Albert Schweitzer ziekenhuis wordt aan informatiebeveiliging als onderdeel van het bieden van passende zorg veel waarde gehecht. Het informatiebeveiligingsbeleid laat hierover geen twijfel bestaan. De invoering en borging van de NEN7510-norm voor de Informatiebeveiliging was de afgelopen jaren een belangrijk aandachtspunt. Veel maatregelen zijn in dat kader genomen. In december 2010 is via een externe audit getoetst in welke mate voldaan wordt aan de norm. De beveiliging van het Albert Schweitzer ziekenhuis komt hierin positief naar voren. Begin 2011 zal het Albert Schweitzer ziekenhuis geheel aan de norm voldoen. Het auditrapport is conform de afspraak aangeboden aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Keurmerk NVA (juni 2010)

Het Pijnbehandelcentrum (locatie Sliedrecht) heeft de C-categorie in de classificatie van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA) behaald, het 'keurmerk' voor de kwaliteit en organisatie van een pijnbehandelcentrum. De C-categorie is de hoogst



haalbare. In Nederland behoren slechts twaalf pijnbehandelcentra tot dit niveau. Er zijn drie niveaus: A, B en C. Het beoordelingssysteem van de NVA is gebaseerd op de internationale richtlijnen van de International Association for the Study of Pain. Om tot de C-categorie te behoren, moet een pijnbehandelcentrum onder meer op een multidisciplinaire manier georganiseerd zijn. Naast diagnostiek en behandeling, moet ook worden gewerkt aan onderzoek, onderwijs en opleiding. Vijf dagen per week moet een anesthesioloog beschikbaar zijn voor consulten, acute problemen en behandelingen. Het behandelcentrum moet eveneens minimaal 750 patiënten per jaar diagnostiseren en behandelen.

Smiley voor kinderafdeling

De vereniging Kind en Ziekenhuis heeft in april 2008 een Smiley toegekend aan de Kinderafdeling van het Albert Schweitzer ziekenhuis. Dit is een keurmerk voor kwaliteit, die de patiëntenvereniging uitreikt als een kinderafdeling zich bij hun 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.

Locatie Dordwijk 'gepromoveerd' tot Traumacentrum level 2

Het Albert Schweitzer ziekenhuis, locatie Dordwijk is voor de komende twee jaar officieel erkend als 'Traumacentrum level 2'. Deze status zegt iets over de deskundigheid, paraatheid en organisatie van de Spoedeisende Hulp (SEH) en over de samenwerking van de SEH met andere afdelingen die betrokken zijn bij de zorg aan zwaargewonde patiënten. De status is toegekend door Traumacentrum Zuid West Nederland, dat de traumazorg in dit deel van het land coördineert. De 'promotie' van level 3 naar 2 brengt met zich mee, dat ambulances patiënten met zwaardere of complexere verwondingen naar het Albert Schweitzer ziekenhuis kunnen brengen. Daarbij gaat het om mensen bij wie op basis van een ongeval ernstig letsel wordt verwacht, zoals na een ongeval met hoge snelheid of grote schade, of na een val van grotere hoogte. Ook een patiënt met lage bloeddruk (teken van een bloeding), snelle ademhaling of sufheid moet naar level 2.

Slaap Waak centrum

In januari heeft het dagelijks bestuur van de landelijke ApneuVereniging een officieel bezoek gebracht aan het Slaap Waak Centrum van het Albert Schweitzer ziekenhuis. De vereniging vond het erg waardevol om het Slaap Waak Centrum te bezoeken omdat dit een van de grootste is in Nederland. Zij hebben na een introductie en rondleiding alle disciplines: longartsen, neuroloog, kno-arts, OSAS-verpleegkundige, medisch psycholoog, slaaplaboranten en balieassistenten bezocht. De reactie van de ApneuVereniging was erg lovend. Men gaf complimenten voor onder andere het multidisciplinaire karakter, de inzet van de medisch psycholoog, groepsvoorlichting, gastvrouw, wachtkamer, snelle diagnostiek, etcetera.

Intern auditsysteem

In 2010 zijn, afgeleid van het interne auditprogramma Albert Schweitzer ziekenhuis, 38 interne audits uitgevoerd. Deze audits waren gericht op de beoordeling van (deel)kwaliteitssystemen op afdelingsniveau. Actieplannen naar aanleiding van de audits zijn opgesteld. In maart is in een aantal sessies en in samenwerking met Kerteza bijvoorbeeld een bijscholing verzorgd voor de interne auditoren (36 personen) van het Albert Schweitzer ziekenhuis. Zij zijn bijgeschoold op de Kwaliteitsnorm 2.1 van NIAZ en de vernieuwde auditprocedure. Vanaf mei 2010 is deze methodiek toegepast. Ter aanvulling op de auditorenpool zijn 25 medewerkers door bureau Kerteza bijvoorbeeld opgeleid tot interne auditor. Ook hebben de hygiënisten op verschillende afdelingen audits uitgevoerd, die specifiek gericht waren op hygiëne en infectiepreventie.



Visitaties in 2010

In 2010 zijn de volgende visitaties bij verschillende specialismen uitgevoerd.

Vakgroep	Type visitatie	Datum
Cardiologie	Opleidingsvisitatie	03-02-2010
Revalidatie	Kwaliteitsvisitatie	14-04-2010
Neurologie	Opleidingsvisitatie en Kwaliteitsvisitatie	20-05-2010
RLM	Kwaliteitsvisitatie	26-05-2010
Pathologie	Opleidingsvisitatie	14-06-2010
Allergologie	Kwaliteitsvisitatie	23-06-2010
Psychiatrie	Opleidingsvisitatie	11-10-2010
Anesthesiologie	Opleidingsvisitatie	26-10-2010

Rapport visitatie Oncologische Zorg ASz

De Visitatiecommissie van het Integraal kankercentrum Rotterdam heeft 6 november 2009 de oncologische zorg in het Albert Schweitzer ziekenhuis beoordeeld. In maart 2010 is het definitieve rapport van de visitatie commissie IKR ontvangen. Ten opzicht van de vorige visitatie lag de nadruk op het gebruik van spiegelinformatie bij het tot stand komen van beleid. De kwaliteit van de dossiervorming is beoordeeld en de geactualiseerde Kwaliteitsnorm Organisatie Oncologische Zorg getoetst. De Visitatiecommissie sprak waardering uit voor de bereikte resultaten binnen de oncologische zorg en hetgeen hierover is vastgelegd. De Visitatiecommissie concludeerde dat de oncologische zorg van het Albert Schweitzer ziekenhuis zich op een hoog peil bevindt.

Oncologiecommissie wint prestigieuze Dick van Bakkum Prijs

Tijdens het 6e Dick van Bakkum symposium in Rotterdam is door de naamgever, Dick van Bakkum (voormalig directeur IKR, hoogleraar radiobiologie en grondlegger van de borstkankerscreening in de regio) een prijs uitgereikt aan het Albert Schweitzer ziekenhuis voor "het beste afgeronde innovatieve project in de oncologische zorg dat als voorbeeld kan dienen voor de regio". Het Albert Schweitzer ziekenhuis heeft met het project 'Oncologiebespreking in het Albert Schweitzer ziekenhuis: van stand-alone systeem naar geïntegreerd onderdeel van het ziekenhuisinformatiesysteem,' deze prijs ontvangen.

Verbeterprojecten

In 2010 zijn projecten uitgevoerd die gericht waren op de verbetering van de kwaliteit. Een aantal van deze verbeterprojecten wordt hierna beschreven.

Project ZorgDomein

ZorgDomein is een internetapplicatie waarmee de huisarts met een druk op de knop een patiënt snel en gemakkelijk kan doorverwijzen naar de juiste specialist. Binnen de applicatie kan de huisarts in een oogopslag zien welke zorg een poli aanbiedt en hoe lang de gemiddelde wachttijden zijn. Ook ziet de huisarts of er voor bepaalde afspraken nog speciale voorbereidingen nodig zijn, zoals een foto of specifieke bloeduitslagen. Op deze manier wordt ervoor gezorgd dat de patiënt goed voorbereid op het juiste spreekuur komt. Sinds 1 oktober 2010, na een periode van 3 maanden voorbereiding, is het digitale



verwijsprogramma voor huisartsen gestart. Huisartsen in het adherentiegebied van het Albert Schweitzer ziekenhuis kunnen de verwijsbrieven digitaal sturen naar het ziekenhuis. In september 2010 zijn ongeveer 180 huisartsen geschoold in het digitaal verwijzen. Ook alle polikliniekmedewerkers hebben een scholing gehad om te werken met de digitale verwijsbrieven. Vanaf 4 oktober t/m 31 december 2010 zijn 2465 patiënten digitaal verwezen naar het ziekenhuis.

IC behaalt goede resultaten bij behandeling (ernstige) sepsis

Dankzij snelle herkenning en striktere procedures zijn van 2010 minder patiënten op de Intensive Care overleden aan (ernstige) sepsis. Sinds december 2009 doet het Albert Schweitzer ziekenhuis mee aan de internationale 'Surviving Sepsis Campaign' en de resultaten hiervan zijn ook op de IC merkbaar. Vergeleken met de nationale cijfers scoort de IC op bijna alle punten beter. Enkele cijfers op een rij:

- Van de 270 patiënten van 18 jaar en ouder opgenomen op de IC werden 199 patiënten (73.7%) bij opname op de IC de diagnose sepsis gesteld.
- Bij 22 (50.0%) van de opgenomen ernstige sepsis patiënten werden zowel de resuscitatiebundel als de managementbundel volledig toegepast.
- Van de 44 opgenomen ernstige sepsis patiënten zijn 10 patiënten (22.7%) gedurende de ziekenhuisopname overleden. Nationaal was de gemiddelde ziekenhuismortaliteit 31.7%.

Veel aandacht voor Postoperatieve pijnstilling

Ruim 75% van de patiënten in Nederland heeft pijn na een operatie, waarbij een pijnscore van 4 of hoger geldt op een schaal van 1 tot 10. In het Albert Schweitzer ziekenhuis stond dit onderwerp de afgelopen jaren hoog op de agenda en de resultaten mogen er zijn. Het Albert Schweitzer ziekenhuis beschikt over een 24-uurs pijnservice. Daarnaast is er een gesystematiseerde pijnscore registratie in het ziekenhuisinformatiesysteem tot drie dagen na OK. De dagbehandelingspatiënten worden systematisch nagebeld, één dag na OK. Patiënten krijgen ook steeds vaker disposable pompjes met medicijnen ter pijnbestrijding mee naar huis. Op locatie Amstelveen wordt volgens een nieuwe werkwijze gewerkt: op de poli Anesthesiologie wordt de postoperatieve pijnbestrijdingsmedicatie voor dagbehandelingspatiënten voorgeschreven; de patiënt krijgt deze vervolgens op de dag van opname mee naar huis.

Er wordt veel aandacht besteed aan scholing voor (nieuwe) verpleegkundigen en AOIS snijdende specialismen. Nieuwe inzichten worden overgebracht en er wordt benadrukt hoe belangrijk het is om de noodzakelijke opiaten voor te schrijven dan wel toe te dienen. Ter ondersteuning daarvan zijn er nu in het elektronisch voorschrijfsysteem (EVS) vier standaard schema's postoperatieve pijnbestrijding beschikbaar.

Het Pijnbehandelcentrum op locatie Sliedrecht heeft de C-categorie in de classificatie van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA), het 'keurmerk' voor de kwaliteit en organisatie van een pijnbehandelcentrum. De C-categorie is de hoogst haalbare.

Vroeg signaleren van kindermishandeling

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft het Albert Schweitzer ziekenhuis januari schriftelijk gecompimenteerd met zijn inspanningen op het gebied van het 'vroegsignaleren' van kindermishandeling. Ziekenhuispersoneel krijgt structureel scholing in het herkennen van signalen bij kinderen die kunnen wijzen op mishandeling, misbruik of verwaarlozing. Ook wordt medewerkers geleerd om dit met ouders te bespreken en om eventuele vervolgactie te ondernemen bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK). Deze stap wordt inmiddels soms enkele keren per maand gezet, wanneer artsen of verpleegkundigen de situatie niet vertrouwen en zij geen plausibele verklaring krijgen voor bijvoorbeeld breuken



of blauwe plekken. De signalen van kindermishandeling hoeven niet altijd ernstig te zijn. Ook wanneer een kind relatief vaak met kleinere verwondingen op de Spoedeisende Hulp verschijnt, wordt dit binnen de nieuwe werkwijze opgemerkt. Personeel kan dan doorvragen naar de omstandigheden. Niet alleen slaan is mishandelen, ook het ontbreken van een traphekje in huis kan worden aangemerkt als mishandeling of verwaarlozing. " Er is getraind om vermoedens bespreekbaar te maken bij ouders." Een AMK-arts en een maatschappelijk werkster van het AMK zijn bovendien gedetacheerd in het Albert Schweitzer ziekenhuis. Zo is er specifieke kennis in huis gehaald en zijn er 'kortere lijnen' met de instanties die gespecialiseerd zijn in kindermishandeling. Een ziekenhuis kan wel signaleren, maar geen vervolgtraject op touw zetten zoals Jeugdzorg dat kan. Het vroegsignaleren gebeurt op alle ziekenhuisafdelingen waar kinderen komen. Hierbij wordt onder meer gebruik gemaakt van het zogeheten Sputovamo-formulier: Een checklist waarvan de naam is afgeleid van de eerste letters van een aantal controlepunten die worden nagelopen (Soort Letsel, Plaats van het Letsel, Uiterlijk van het Letsel, etcetera). Bij een bepaalde score is er sprake van een 'alarm'. Het systeem van vroegsignaleren is binnen het Albert Schweitzer ziekenhuis de afgelopen drie jaar op poten gezet door een stuurgroep van onder meer Kindergeneeskunde, Spoedeisende Hulp, Chirurgie en Gynaecologie. De IGZ eist van alle ziekenhuizen dat zij actie ondernemen op het gebied van vroegsignaleren. Periodiek vinden controles door de IGZ plaats.

Extra aandacht voor verkeerd gebruik van fixatiematerialen

Fixatiematerialen, ofwel vrijheidsbeperkende interventies, worden niet altijd op de juiste manier gebruikt. Het gaat dan met name om de onrustband en polsband. Als deze banden niet goed worden aangebracht, komt de veiligheid van de patiënt in het geding. Vrijheidsbeperking vindt meestal plaats bij delirante patiënten. Al bij opname van de patiënt moet men bedacht zijn op een hoog risico voor een delier. Is dat het geval, dan moet volgens protocol actie worden ondernomen. Wanneer een delier vroegtijdig wordt onderkend, kunnen gerichte medische en verpleegkundige interventies ten aanzien van de oorzaak worden ingezet. Daarnaast wordt de participatie van de familie van de patiënt vaak over het hoofd gezien. Een patiënt kan soms rustiger worden door de komst van zijn naasten. Ook de benadering en omgeving zijn van belang en medicatie is veelal een belangrijke ondersteuning. Het is kortom belangrijk dat gericht gekeken wordt of fixatie wel de juiste oplossing is voor een onrustige patiënt. Binnen het Albert Schweitzer ziekenhuis is een proactief beleid gevoerd ten aanzien van vrijheidsbeperkende interventies. De protocollen vrijheidsbeperking zijn herzien.

Zorgverleners trainen op moeilijke situaties in verloskamer

De Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) heeft haar goedkeuring uitgesproken over de "Training Obstetrische Spoedinterventie (TOSI)" van het Albert Schweitzer ziekenhuis. Deze training is bedoeld voor de in totaal ca. 100 zorgverleners die in het ziekenhuis regelmatig bij bevallingen betrokken zijn. In kleine groepjes spelen zij in de verloskamers op de locaties Dordwijk en Zwijndrecht bevallingen na, waarbij zich ernstige complicaties voordoen. Op deze manier krijgen zij ervaring met dit soort situaties, die in werkelijkheid maar weinig voorkomen. Verpleegkundigen die de training met succes volbrengen, ontvangen een door het ziekenhuis afgegeven certificaat. Het streven is dat iedereen die zorg verleent in de verloskamers van het Albert Schweitzer ziekenhuis minimaal tweemaal per jaar aan een TOSI deelneemt. Het gaat dan om 74 verloskundig verpleegkundigen, 13 gynaecologen, 5 klinisch verloskundigen en 9 arts-assistenten.



Trainen op de SimNewBorn in het skillslab

In oktober 2010 is de nieuwe geavanceerde reanimatiepop 'SimNewB' in gebruik genomen door trainers van de Pediatric Basic Life Support (PBLS) binnen het Albert Schweitzer ziekenhuis. Zij verzorgen de trainingen voor de opvang en reanimatie van pasgeboren baby's. Met deze pop kan een belangrijke stap voorwaarts worden gemaakt in het geven van scenariotrainingen en teamtrainingen. Met deze nieuwe pop is het mogelijk om cursisten te laten ervaren hoe een pasgeborene reageert op de handelingen. Alle vitale functies zijn aan te sturen via een laptop en de SimNewB kan o.a. bewegen en diverse adem- en hartgeluiden produceren. Met behulp van de software kunnen uitgebreide scenario's worden voorbereid en achteraf via de 'debrief' functie worden nabesproken met de cursisten. In oktober is de eerste training gegeven. De SimNewB gaat vervolgens ingezet worden tijdens de reguliere trainingen die de PBLS-trainers maandelijks verzorgen.

Andere manier schoonmaak verpleegafdelingen

Vanaf eind mei worden verpleegafdelingen die worden gereinigd door de afdeling Assist en Interieurverzorging via een nieuwe wijze schoongemaakt, namelijk met de Microvezelmethode. Deze investering is gedaan om de kwaliteit van de schoonmaak te verhogen en de fysieke belasting voor de medewerkers te verminderen. Omdat deze methodiek van schoonmaken geheel anders is dan de oude methode, zijn alle ruim 230 medewerkers die met Microvezel gaan werken getraind door de partner / leverancier Ecolab.

Verantwoorden / Transparantie

In de bijlage Prestatie-indicatoren wordt inzicht gegeven in de resultaten op de IGZ/NVZ-indicatoren. Deze worden gepubliceerd op de website: www.ziekenhuizentransparant.nl. Ook op andere websites zoals www.kiesbeter.nl, www.independer.nl, www.zorgkiezer.nl zijn actuele gegevens van het ziekenhuis in vergelijking met andere ziekenhuizen te vinden. Het jaardocument wordt, behalve op de eigen Albert Schweitzer ziekenhuiswebsite (www.jaarverslag.asz.nl), ook gepubliceerd op de website: www.jaarverslagenzorg.nl. Hier kan men ook de jaarrekening van het Albert Schweitzer ziekenhuis raadplegen. Het ziekenhuis krijgt en geeft ook meer inzicht over het eigen functioneren via de periodiek 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 2010 volledig en op tijd kunnen aanleveren bij 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 wordt daarom voor het ziekenhuis steeds belangrijker. 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 Praktijkindex is een vergelijking met andere ziekenhuizen mogelijk op een viertal ziekenhuisbrede indicatoren (zie hoofdstuk patiëntveiligheid / HSMR).

Albert Schweitzer ziekenhuis stijgt flink in de AD Ziekenhuis Top 100

In de 'Ziekenhuis Top 100' van 2010 in het AD is het Albert Schweitzer ziekenhuis afgelopen jaar geëindigd op de 37e plaats. In 2009 was dit nog plaats 69.



Goede score in Elsevieronderzoek 'De beste ziekenhuizen 2010'

In het jaarlijkse onderzoek van Elsevier heeft het Albert Schweitzer ziekenhuis in 2010 een bovengemiddelde score behaald. Het Albert Schweitzer ziekenhuis scoorde op sommige punten zelfs als beste van het land (veiligheid 1e en transparantie 3e). Elsevier heeft verschillende aspecten gemeten. Het Albert Schweitzer ziekenhuis scoort maximaal op medische zorg, veiligheid en effectiviteit. Op de onderdelen dienstverlening, wachttijden en patiëntgerichtheid was de score 75%. Op patiënttevredenheid scoort het Albert Schweitzer ziekenhuis onder het gemiddelde. Elsevier brengt jaarlijks een onderzoek uit, dit jaar voor het eerst volgens een nieuwe onderzoeksmethode. De methode die eerst gebruikt werd was niet valide en de resultaten werden in twijfel getrokken. Nu gebruikt Elsevier de prestatie-indicatoren die ziekenhuizen van het ministerie verplicht openbaar moeten maken.

Overzicht inspectiebezoeken aan Albert Schweitzer ziekenhuis in 2010

In de eisen die de 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 Medische apparatuur en Indicatoren medicatieveiligheid. Thematisch onderzocht zijn in 2010 voortgang Toezicht Operatief Proces, voortgang patiëntveiligheid, voortgang implementatie veiligheidsmanagementsysteem, organisatie acute zorg, beleid en actieplan Minimaal Invasieve Chirurgie, onderzoek IC niveau 2 en 3, onderzoek informatiebeveiliging in ziekenhuizen, project hartrevalidatie - preventie in de zorg, signalering kindermishandeling, maaltijdbereiding (gecombineerd onderzoek Voedsel en Waren Autoriteit en IGZ) en recall procedures medische hulpmiddelen in het ziekenhuis. In bijgaand overzicht zijn de onderwerpen weergegeven waaraan het Albert Schweitzer ziekenhuis in 2010 extra aandacht heeft gegeven, naar aanleiding van een inspectiebezoek.

Onderwerp / thema	
Jaargesprek kwaliteitsindicatoren Het onderwerp kwaliteit en veiligheid van de zorg speelt bij alle in het jaargesprek besproken onderwerpen in het Albert Schweitzer ziekenhuis een rol. Conclusie van de IGZ in haar rapport van het jaargesprek: Het Albert Schweitzer ziekenhuis streeft naar een actieve kwaliteitsverbetering van de patiëntenzorg en een organisatie waarin risicobeheer integraal onderdeel is van het handelen van de medewerkers. Het traject om een cultuur te ontwikkelen waarin kwaliteitsdenken en patiëntveiligheid bij alle medewerkers een vanzelfsprekend onderdeel uitmaakt van het werkproces, is complex. Het Albert Schweitzer ziekenhuis heeft een periode van bestuurlijke onrust af kunnen sluiten en met herwonnen elan enkele negatieve effecten daarvan weten aan te pakken en om te buigen in gewenste resultaten. IGZ heeft hiervan, onder andere uit de resultaten bij enkele thematische toezichtprojecten en afronding van interventietoezicht, concrete verbeteringen kunnen vaststellen. Hiervoor is ook door de medische staf extra inspanning geleverd. De inbreng vanuit de verpleegkundige discipline is minder duidelijk voor IGZ en verdient extra aandacht en aanmoediging van het bestuur. IGZ zal het Albert Schweitzer ziekenhuis op de aspecten hoofdbehandelaarschap, supervisie, dossiervoering, compliance en samenwerking kritisch blijven volgen.	Februari 2010



Onderwerp / thema	
Vergunningaanvraag ICD's Het inspectiebezoek stond in het teken van de vergunningaanvraag om Inwendige Cardiale fibrillatoren procedures te mogen uitvoeren (ICD implantaties) in het Albert Schweitzer ziekenhuis. In oktober 2010 werd een brief ontvangen van het ministerie van VWS met het besluit, dat voor onbepaalde tijd een vergunning wordt verleend voor het plaatsen van ICD's bij volwassenen en het verrichten van follow-up bij patiënten met een ICD.	Februari 2010
Evaluatie Nieuwe Influenza A (griep pandemie) Evaluatieonderzoek van IGZ en de Inspectie Openbare Orde en Veiligheid (Ministerie van Binnenlandse Zaken) naar de rol van de GHOR in de voorbereiding op en ten tijde van de griep pandemie, Nieuwe Influenza A H1N1.	Juni 2010
Gesprek van de voorzitter Raad van Bestuur en de voorzitter van het bestuur van de Vereniging Medische Staf met twee Inspecteurs voor de Gezondheidszorg, waarin de stand van zaken van een aantal onderwerpen werd besproken.	Oktober 2010
Thematisch toezichtbezoek Intensive Care niveau 2 en 3. In het kader van het landelijk inspectieonderzoek naar IC-afdelingen van niveau 2 en 3 bracht IGZ een tweedaags bezoek en een onverwacht avondbezoek (zie onderstaand) aan het Albert Schweitzer ziekenhuis De bevindingen van IGZ over de IC locatie Dordwijk zijn zeer lovend. Deze IC kan als voorbeeld dienen voor andere ziekenhuizen. Over de IC Zwijndrecht heeft de IGZ een aantal zorgpunten geuit, die voor een deel al konden worden opgelost, maar voor een deel meer tijd vergen.	November 2010
IGZ bezoek ten behoeve van GMP (= Good Manufacturing Practice) certificering De ziekenhuisapotheek heeft van de IGZ de erkenning GMP voor grootbereiders ontvangen. Dit is de hoogst haalbare certificering voor de bereidingsactiviteiten van ziekenhuisapotheken. De apotheek kan hierdoor nu en in de toekomst geneesmiddelen blijven produceren, zowel voor gebruik in ons ziekenhuis als voor andere ziekenhuizen. De IGZ hanteert voor deze certificering dezelfde strenge normen als voor de farmaceutische industrie. De apotheek heeft op 15 december 2010 tevens de CCKL certificering behaald (certificering voor klinische laboratoria in de zorg).	November 2010
Onverwacht toezichtbezoek aan SEH DW. Het bezoek heeft plaatsgevonden in het kader van het Thematisch Toezicht SEH De bevindingen van IGZ over de SEH locatie Dordwijk zijn positief. Er zijn een paar kleine punten van aandacht, waaraan wordt gewerkt.	November 2010
Onverwacht avondbezoek aan de Intensive Care van locatie Dordwijk (in vervolg op het tweedaags bezoek eerder in november 2010) Het onverwachte bezoek is goed verlopen. De bevindingen van de IGZ waren positief.	December 2010



Resultaten

In hoofdstuk 4 worden de resultaten gegeven van de prestatie-indicatoren van de IGZ/NVZ. Hieronder worden resultaten gepresenteerd van enkele interne prestatie-indicatoren, gebaseerd op de maandelijkse rapportages op ziekenhuisniveau.

Percentage doorligwonden

De decubitus-verpleegkundigen van het Albert Schweitzer ziekenhuis zijn al in 2006 begonnen met het geautomatiseerd registreren van decubitus. De registratie is gebaseerd op de Europese normering en landelijke richtlijnen. Het percentage decubitus (graad 2-4) per maand in 2010 was net zoals in 2009 gemiddeld 1,5 procent. De norm was gesteld op 2,0%.

Bij de jaarlijkse puntmeting is het gemeten% decubitus (graad 2-4) voor de locatie Dordwijk 3,3% en voor de locatie Zwijndrecht 0%. Dit is ruim onder het streefgetal van maximaal 5%. Dit percentage kan afwijken van de maandelijkse registratie vanwege de mogelijk sterk afwijkende populatie. Het Albert Schweitzer ziekenhuis doet al sinds 1987 mee aan de jaarlijkse landelijke meting die wordt georganiseerd door de Universiteit van Maastricht. In 1987 had nog 19 procent van onze patiënten een decubitus groter dan graad 1.

Herhaalfactor

Een geringe herhaalfactor (aantal controlepatiënten ten opzichte van 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 is sinds 2006 afgenomen (zie onderstaande tabel).

Specialisme	Herhaalfactor		
	2010	2009	2008
Allergologie	2,92	3,88	3,82
Anesthesie	2,27	2,20	1,89
Cardiologie	1,57	1,59	1,56
Chirurgie	1,79	1,78	1,72
Dermatologie	2,26	2,52	2,63
Geriatric	0,97	0,85	1,11
Gynaecologie	2,88	2,83	2,97
Interne geneeskunde	2,03	1,96	
Kaakchirurgie	0,83	0,80	0,84
Kindergeneeskunde	2,11	1,98	1,78
KNO-heelkunde	1,68	1,73	1,77
Longziekten	2,15	1,90	1,84
MDL	1,58	1,63	1,62
Neurochirurgie	1,09	1,23	1,58
Neurologie	1,00	1,04	1,10
Oogheelkunde	0,70	0,81	0,77
Orthopedie	1,81	1,73	1,52



Specialisme	Herhaalfactor		
	2010	2009	2008
Plastische chirurgie	2,24	2,28	2,50
Psychiatrie	15,65	18,00	15,97
Reumatologie	2,50	2,62	2,57
Urologie	2,27	2,32	2,25
Totaal ASz	1,87	1,90	1,87

Verkorting ligduur Albert Schweitzer ziekenhuis (ToC - Theory of Constraints)

In november 2009 is gestart met de implementatie van ToC in het Albert Schweitzer ziekenhuis. De aanleiding tot het implementeren van ToC in het Albert Schweitzer ziekenhuis was de herstructurering van de interne organisatie. Het Albert Schweitzer ziekenhuis wilde zich herpositioneren ten opzichte van de markt door een op kwaliteit en efficiency gebaseerde organisatie te zijn.

Resultaat 2010

De gemiddelde ligduur voor alle verpleegafdelingen inclusief psychiatrie is gedaald:

Jaar	Gemiddelde ligduur
2010	5,63 dagen
2009	6,13 dagen
2008	6,68 dagen

De voornaamste redenen van vertraging in het patiëntenproces voor 2010 waren:

1. Geen plaats in verpleeghuis/ revalidatiecentrum;
2. Geen plaats op de juiste verpleegafdeling (Logés);
3. Stagnering in het interne proces.

4.4 KWALITEITSBELEID TEN AANZIEN VAN PATIËNTEN / CLIËNTEN

4.4.1 Kwaliteit van zorg: Gastvrijheid

Drie locaties in de 'Sterrengids Gastvrijheidszorg'

Het Albert Schweitzer ziekenhuis gooit hoge ogen in het beoordelingssysteem 'Gastvrijheidszorg met Sterren'. Hierbij wordt de kwaliteit beoordeeld van het eten en drinken, de ambiance en de gastvrijheid in 196 onderzochte zorginstellingen (45 ziekenhuizen en 151 verpleeg- en verzorgingshuizen). Naast het oordeel van inspecteurs die de huizen bezoeken, wordt ook de mening van cliënten zelf meegewogen. Voor de prestaties van de deelnemers worden 0 tot 4 sterren toegekend. De locaties Dordwijk, Zwijndrecht en Sliedrecht van het Albert Schweitzer ziekenhuis hebben elk afzonderlijk drie sterren behaald.

Tevredenheidsonderzoek patiënten

In 2010 hebben ruim 1500 patiënten meegewerkt aan het onderzoek. Het gemiddelde rapportcijfer bedroeg 8 (tevreden tot zeer tevreden) In het laatste kwartaal van 2010 is een verschuiving zichtbaar naar meer zeer tevreden patiënten op bijna alle gemeten items. 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 is ook gevraagd naar de aanbevelingsintentie, dit is de mate waarin de patiënt het Albert Schweitzer ziekenhuis zal aanbevelen bij familie of vrienden. 30% 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 Albert Schweitzer ziekenhuis-klant te willen zijn. Deze patiënten zullen mogelijk kiezen voor een ander ziekenhuis en zijn (ten minste) kritisch over hun ervaringen in het Albert Schweitzer ziekenhuis naar andere potentiële patiënten. Het aandeel promotors verminderd met het aandeel detractors vormt de Net Promotor Score. In Nederland streven ziekenhuizen naar een NPS-score met een waarde tussen de 20-25%. Gemiddeld scoort het Albert Schweitzer ziekenhuis in 2010 een NPS van 18,3%. De NPS voor het Albert Schweitzer ziekenhuis is in de laatste meting 20,9%. Daarmee voldoet het Albert Schweitzer ziekenhuis aan de doelstelling waarnaar landelijk wordt gestreefd.

Rode en groene kaarten-actie

Na goede bevindingen met het systeem van rode en groene kaarten op de afdelingen radiologie en nucleaire geneeskunde zijn alle patiëntgerelateerde afdelingen vanaf oktober 2010 gestart met het vragen van feedback van patiënten door middel van rode en groene kaarten. Patiënten kunnen op de kaart kort aangeven of en waarover men tevreden of ontevreden was. Men kan ook suggesties ter verbetering invullen op de kaart. Op deze manier kunnen afdelingen hun zorg- en dienstverlening nog beter op de wensen van patiënten afstemmen. De resultaten van oktober tot december 2010 waren:

Groene kaarten	Rode kaarten
1328	198
87%	13%

Online communicatie tussen patiënt en Albert Schweitzer ziekenhuis.

Patiënten van het SlaapWaakCentrum in het Albert Schweitzer ziekenhuis hebben vanaf juni als eerste van alle patiënten van dit ziekenhuis de mogelijkheid om online te communiceren met medewerkers van de gespecialiseerde 'slaappolikliniek'. Via een gebruikersnaam en wachtwoord krijgt de patiënt toegang tot de website www.slaapwaakcentrum.asz.nl. Dit biedt de mogelijkheid om een intakeformulier digitaal in te vullen en te verzenden. Ook kunnen patiënten op een veilige manier hun vragen, opmerkingen en ervaringen per e-mail voorleggen aan verpleegkundigen, artsen of polimedewerk(st)ers. Het is voor het eerst dat Albert Schweitzer ziekenhuis patiënten de mogelijkheid biedt online met het ziekenhuis te communiceren. Deze manier van contact biedt tal van mogelijkheden voor de toekomst, ook voor andere medische disciplines. Het SlaapWaakCentrum is gevestigd op de locatie Zwijndrecht van het Albert Schweitzer ziekenhuis en heeft een functie voor de gehele regio. Het is een polikliniek die gespecialiseerd is in slaapproblemen, van apneu tot snurken en van slapeloosheid tot slaapwandelen. Bijzonder aan de werkwijze van het SlaapWaakCentrum is de intensieve samenwerking tussen de specialismen Longziekten, KNO, Neurologie en Psychologie. Patiënten weten dankzij deze integrale aanpak doorgaans na twee dagen (slaap-)onderzoek al waar zij aan toe zijn en welk behandeltraject kan worden uitgestippeld.

Succesvolle voorlichtingsdag over kanker

In maart is door het Albert Schweitzer ziekenhuis een eerste voorlichtingsdag over kanker georganiseerd. Zo'n 35 stichtingen, clubs en verenigingen waren vertegenwoordigd op "Kanker, meer dan een diagnose". Met een aantal van 200 workshopdeelnemers was deze



dag erg goed bezocht en succesvol.

4.4.2 Klachten

Klachtenbehandeling door Klachtencommissie.

In 2010 ontving de klachtencommissie 35 klachtbrieven met daarin in totaal 155 klachtonderdelen. Een aantal brieven uit het verslagjaar is per 1 maart 2011 nog in behandeling bij de klachtencommissie. In 2010 zijn 30 klachtbrieven afgehandeld. Daarvan zijn er 9 geheel gegrond verklaard en 10 klachtbrieven zijn ongegrond. Van de overige 11 klachtbrieven zijn er 10 op onderdelen gegrond / ongegrond verklaard en is er 1 klachtbrief (met 5 klachtonderdelen) ingetrokken.

De 30 afgehandelde klachtbrieven vertegenwoordigen 143 van de 160 klachtonderdelen; van die 143 klachtonderdelen zijn er 53 gegrond verklaard, 81 klachtonderdelen werden ongegrond verklaard en 5 klachtonderdelen werden ingetrokken en van 4 klachtonderdelen is geen oordeel geweest.

Overzicht klachtenbehandeling

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Aantal klagers	40	48	35	30	45	35
Aantal klachtonderdelen	146	146	146	139	165	155
Aantal klachtonderdelen beoordeeld door commissie	121	89	122	92	92	143
Aantal gegrond + deels gegrond	48	38	44	23	29	53
Aantal ongegrond + onderdelen ingetrokken + geen oordeel	70	48	72	69	55+8	90
Percentage gegrond	40%	43%	36%	25%	31%	34%

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 zijn door 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. In sommige gevallen bleek dat de voorlichting tekort schoot, waarna op advies van de commissie patiëntenfolders zijn aangepast. De commissie heeft de Raad van Bestuur gevraagd verbeteracties in te zetten.

De samenstelling van de klachtencommissie en de medische subcommissie in het verslagjaar 2010 staat in de bijlage van de jaardocument vermeld.

4.4.3 Toegankelijkheid

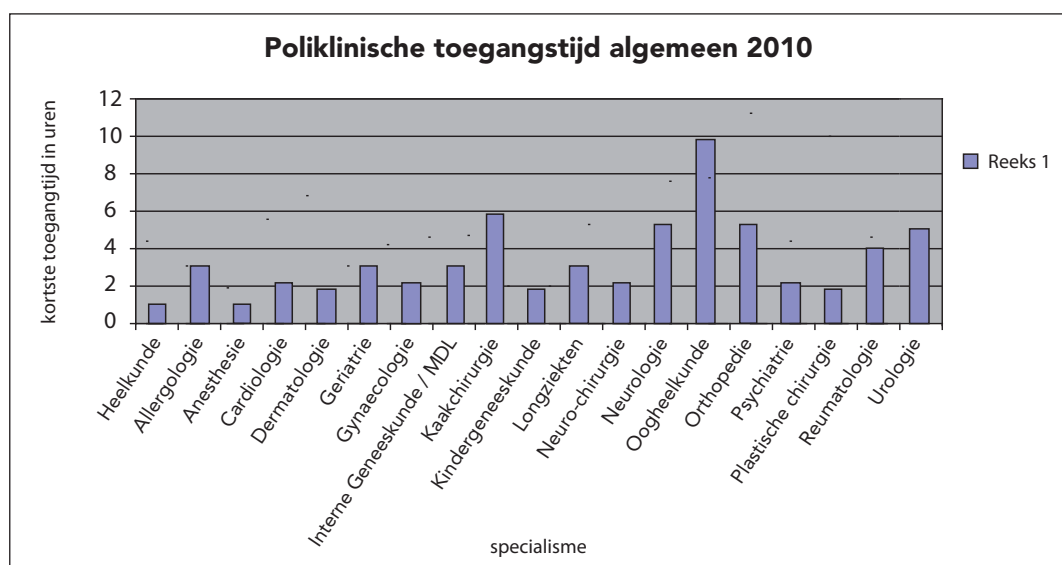
De toegangstijden en wachttijden per specialisme worden maandelijks gepresenteerd op de website van het ziekenhuis en op verschillende websites met keuze-informatie. De gemiddelde toegangstijden



tot de polikliniek voor de verschillende specialismen zijn in 2010 niet erg verschillend ten opzichte van de toegangstijden in 2009. 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

In onderstaande grafiek zijn de **gemiddelde** toegangstijden (in weken) voor de poliklinieken weergegeven voor verschillende specialismen.



4.4.4 Kwaliteit van zorg: Patiëntveiligheid

Op basis van het veiligheidsprogramma is in 2010 verder aandacht gegeven aan de verbetering van de veiligheid voor de patiënten. Dit programma is afgeleid van het landelijke veiligheidsprogramma (zie www.vmszorg.nl). Gewerkt is aan de verdere invoering van het veiligheidsmanagementsysteem, de 10 landelijke thema's en veel aandacht is gegeven aan training en scholing van de medewerkers. Ook de maatregelen die genomen zijn naar aanleiding van de diverse inspectiebezoeken hebben bijgedragen aan de veiligheid.

4.4.4.1 Veiligheidsmanagementsysteem

Het Veiligheidsmanagementsysteem (VMS) vormt het systeem waarmee ziekenhuizen continue risico's signaleren, verbeteringen doorvoeren en beleid vastleggen, evalueren en aanpassen. Het is daarmee de verankering van patiëntveiligheid in de praktijk. Het ziekenhuis kan met het VMS risico's voor de patiënt beheersen en (onbedoelde) schade aan de patiënt verminderen. Maatregelen zijn genomen om het veiligheidsmanagementsysteem, als onderdeel van het kwaliteitssysteem, verder in te voeren. Dit systeem wordt in januari 2011 als onderdeel van de accreditatie beoordeeld door het NIAZ.

4.4.4.2 Uitvoering 10 landelijke Veiligheidsthema's

De 10 veiligheidsthema's zijn: Postoperatieve wondinfecties, sepsis, vitaal bedreigde patiënt, medicatie-overdrachten, kwetsbare ouderen, Acut coronair syndroom, High risk medicatie, pijnbeleid, verwisseling en voorkomen van nierinsufficiëntie door contrastmiddelen. Zie voor een beschrijving van de achtergronden van deze thema's de website www.vmszorg.nl. Voor alle thema's zijn in het Albert Schweitzer ziekenhuis projecten gestart. Voor 4 van de 10 thema's geldt, dat de landelijke doelstellingen reeds behaald zijn. Voor de overige projecten



geldt, dat hieraan in 2011 verder gewerkt wordt. De voortgang van de implementatie wordt gevolgd door de Inspectie voor de Gezondheidszorg Zoals afgesproken levert het Albert Schweitzer ziekenhuis gegevens over de toezichtindicatoren hierover aan. Deze zijn ingevoerd op de website: www.ziekenhuizen transparant.nl

4.4.4.3 Commissie Meldingen Patiëntveiligheid

SAVE staat voor Systeem Afdelings Veiligheid. SAVE is het systeem waarmee medewerkers zelf kunnen werken aan de veiligheid op hun afdeling. SAVE is 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;
- veiligheidsronden;
- het uitvoeren van verbeteracties op basis van de gevonden risico's.

Het decentraal incidentmelden en –afhandelen is op alle afdelingen ingevoerd. Het aantal meldingen neemt toe in vergelijking met die van voorgaande jaren. Dit is een gewenst effect van het veiligheidsmanagementsysteem.

Commissie Meldingen Patiëntveiligheid

De Commissie Meldingen Patiëntveiligheid (CMP) is op ziekenhuisbreed niveau verantwoordelijk voor een goed verloop van het incident meldingssysteem. De CMP is een commissie die is ingesteld door de Raad van Bestuur. De afhandeling van meldingen is gedelegeerd aan de commissie. Binnen de commissie zijn twee aandachtsgebieden te onderscheiden: enerzijds de behandeling van meldingen en anderzijds het maken van rapportages en analyses en het onderscheiden van trends. De commissie heeft tot doel de decentrale SAVE-teams te ondersteunen. Zij bewaakt het regelmatig opsturen van de maandrapportages. Bij het melden van incidenten gaat het niet om de schuldvraag, maar om kwaliteitsverbetering van zorg door middel van opsporing van trends en registratie en analyse van incidenten. Incidenten met hoge urgentie (1, 2 en 3 Grecom) worden digitaal gemeld in GRECOM of schriftelijk gemeld bij de CMP via de daarvoor bestemde formulieren. Calamiteiten en zeer ernstige incidenten worden zo spoedig mogelijk mondeling gemeld aan de voorzitter of bij het secretariaat van de CMP.

Classificatie van incidenten meldingen

Op dit moment worden, vanwege de omschakeling van papieren meldingen naar digitaal melden, twee ernstclassificaties naast elkaar gehanteerd. In Grecom IMS (digitaal meldsysteem) wordt gebruikt gemaakt van de classificaties 1 t/m 5. De meldingen worden onderverdeeld in de categorieën: bijna incident, minder ernstig, ernstig, zeer ernstig en fataal incident. Bij de papieren meldingen wordt gebruikt gemaakt van de classificaties 1 t/m 4. Meldingen met urgentie 1 en 2 (Excel) en met urgentie 1, 2 en 3 (Grecom) worden gemeld en in behandeling genomen door de CMP. Wanneer het een melding urgentie 3, 4 of 5 betreft en afdelingsoverstijgend is of indien het een type incident is dat veel voorkomt, kan deze ook gemeld worden bij de CMP. Alle meldingen vanaf ernstig worden bekeken door de CMP. Indien nodig kan er een (SIRE-)onderzoek gestart worden

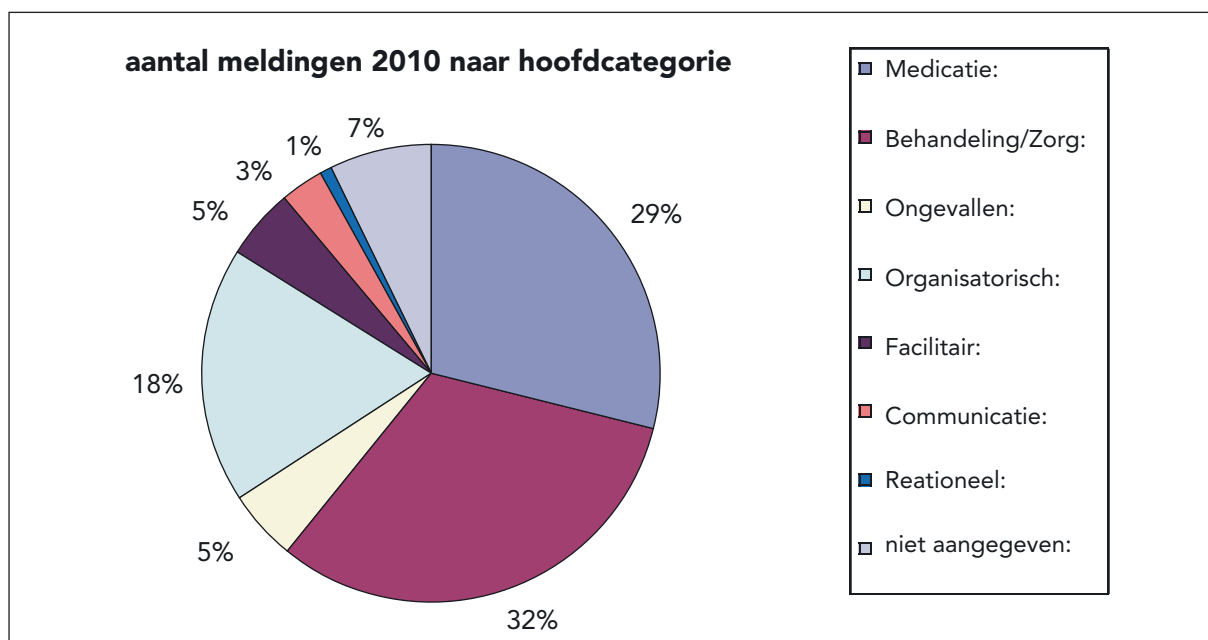
Save - jaaroverzicht incident meldingen 2010: (grecom en Excel samen)

In 2010 hebben 38 afdelingen meldingsoverzichten in Excel naar de CMP gestuurd. Er zijn in Excel 1331 meldingen geregistreerd. De meldingsbereidheid was in de eerste maanden van 2010 hoog. In de zomermaanden daalde het aantal meldingen. Na de zomer was er in tegenstelling tot vorig jaar weer een lichte stijging te zien. Het is wel zo dat in 2010 weer



een paar afdelingen zijn gaan melden in het digitale meldsysteem Grecom IMS. In 2010 zijn 2742 meldingen geregistreerd. Onderstaande tabel geeft een overzicht van het aantal meldingen per hoofdcategorie.

Hoofdcategorie	aantal 2009	aantal 2010
('papieren' en digitaal systeem samen)		
Behandelaspecten	634	866
Medicatie	969	779
Communicatie	120	93
Ongevallen	209	141
Relationele aspecten	20	16
Facilitaire aspecten	178	141
Organisatorische aspecten	396	485
niet aangegeven	164	186
Eindtotaal	2690	2727



Naar aanleiding van de meldingen zijn diverse aanbevelingen aan de Raad van Bestuur gedaan met betrekking tot scholing en verbetering van de onderlinge communicatie. Het blijkt ook dat op sommige afdelingen de medicatie niet of niet juist wordt ingevoerd in EVS. Er zijn in 2010 in opdracht van de CMP enkele SIRE onderzoeken uitgevoerd door de calamiteiten-onderzoekscommissie.

De samenstelling van de Commissie Meldingen Patiëntveiligheid in het verslagjaar 2010 staat in de bijlage van de jaardocument vermeld.

4.4.4.4 Mortaliteit & HSMR

De niet-gecorrigeerde (ruwe) mortaliteitscijfers van het Albert Schweitzer ziekenhuis over 2009, zijn in 2010 aangeleverd bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg. De dalende trend bij een toegenomen aantal klinische opnames heeft zich voortgezet (zie onderstaande tabel).

Aantal overleden patiënten Albert Schweitzer ziekenhuis periode 2006-2010 (ruwe sterftecijfers)

	2006	2007	2008	2009	2010
Klinische Opnamen	28.518	29.182	28.557	29.962	31.914
Overledenen	736	765	747	742	763
% overledenen t.o.v. klinische opnamen	2,6%	2,6%	2,6%	2,5%	2,4%

Bron: SAP rapportage RNPFC0C

Hospital Standardized Mortality Rate

Het Albert Schweitzer ziekenhuis maakt voor analyse en het opsporen van verbetering ook gebruik van de Hospital Standardized Mortality Rate (HSMR). De 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 HSMR kan de ontwikkeling van de ziekenhuissterfte op landelijk niveau gemonitord worden. Kennis van de eigen positie van de HSMR, maar vooral verandering in de tijd en het verschil tussen de diagnosegroepen, geeft een signaal om nader onderzoek te doen naar de reden en om verbeteracties te starten. In het Albert Schweitzer ziekenhuis is in 2010 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. Specifiek is er in 2010 aandacht besteed aan verbetering van de medische codering in het algemeen, als basis voor de LMR-gegevens. Daarnaast is er een top 10 benoemd van diagnosegroepen met de hoogste SMR, waarbij een drietal interventies gedaan gaan worden: optimaliseren van de codering, grondige dossieranalyse per diagnosegroep en het benoemen, aanpakken en monitoren van "carebundels". De verbeteringen die gerealiseerd worden door de uitvoering van de tien veiligheidsthema's dragen bij tot een verbetering van de SMR en HSMR.

4.4.5 Brandveiligheid in het Albert Schweitzer ziekenhuis

Calamiteitenplan, ontruimingsplannen en ontruimingsoefeningen

In 2010 zijn verschillende maatregelen getroffen om de brandveiligheid verder te verhogen. Het interne calamiteitenplan is geactualiseerd en er is een vernieuwd beleidsplan voor de Bedrijfs Hulp Verlening gerealiseerd. Op basis van deze plannen is de BHV-organisatie ingericht. Gerealiseerd is ook dat afdelingen beschikken over een actueel ontruimingsplan. In samenwerking met de brandweer is zesmaal een BHV-oefening uitgevoerd op alle



locaties van het ziekenhuis. Daarnaast zijn er oefeningen gehouden op een aantal kritische afdelingen, zoals de dialyse en de SEH. In totaal zijn er 41 BHV oefeningen gehouden waarbij werd samengewerkt met de betreffende (verpleeg) afdelingen, poli's en de bedrijfshulpverlening. Naast de oefeningen zijn er op 23 afdelingen ontruimingsinstructies gegeven en ontruimingsplannen besproken. Voor de IC/CCU zijn er twee thema-avonden brandveiligheid georganiseerd, waarbij speciale aandacht is geschonken aan ontruimingen en ontruimingsinstructie. Met de ingebruikname van het (nieuwe) kantoorgebouw op locatie Dordwijk is gerealiseerd dat alle afdelingen in dit gebouw een ontruimingsplan hebben. In het ziekenhuis worden veiligheidsronden gehouden waar brandveiligheid een onderdeel van is. Daarnaast wordt er bij de introductie van nieuwe medewerkers aandacht besteed aan brandveiligheid. De instructiekaart 'Hoe te handelen bij brand' is vervangen door een nieuwe poster. Medewerking is verleend aan een onderzoek van de arbeidsinspectie. De brandveiligheid op locatie Zwijndrecht was onderdeel van het onderzoek.

Grote rampoefening in Zwijndrecht prima verlopen (november 2010)

Op de locatie Zwijndrecht van het Albert Schweitzer ziekenhuis is in november op een woensdagavond een grote calamiteitenoefening gehouden, waarbij ruim honderd personen betrokken waren. De deelnemers waren circa 25 collega's van de Spoedeisende Hulp (SEH), diverse poliklinieken (dermatologie, diëtetiek, diabetescentrum) en de receptie; circa 25 bedrijfshulpverleners (BHV'ers); en ongeveer 30 brandweerlieden van de Brandweer Zwijndrechtse Waard. Zij kregen tegenspel van bijna 30 lotus-slachtoffers. Het betrof een reguliere oefening, om met name de communicatie tussen afdelingen te trainen.

Herkeuring brandmeldinstallatie

In augustus heeft een herkeuring van de brandmeldinstallatie op locatie Dordwijk plaatsgevonden. De brandmeldcentrale wordt jaarlijks geïnspecteerd door een accreditatiebedrijf in opdracht van de afdeling Civiele Techniek. In april werd de brandmeldcentrale na een inspectie afgekeurd. Na genomen maatregelen is de brandmeldinstallatie in augustus goedgekeurd en is deze weer voor een jaar gecertificeerd.

4.4.6 ZIROP

Het Albert Schweitzer ziekenhuis kan geconfronteerd worden met een crisis of ramp. Het Albert Schweitzer ziekenhuis treft de nodige maatregelen ter voorbereiding van opvang van (grote aantallen) slachtoffers vanuit regio Zuid-Holland Zuid en de aangrenzende regio's. Hierbij wordt tevens gekeken naar de (mate van) afstemming met andere geneeskundige ketenpartners, zoals de Meldkamer Ambulancezorg (MKA), ambulancehulpverlening en andere ziekenhuizen. Ook wordt gekeken naar de afstemming met de andere, bij de rampbestrijding betrokken, kolommen zoals de gemeenten, de politie en de brandweer. Het Albert Schweitzerziekenhuis beschikt over een ziekenhuisrampenopvangplan (ZiROP). Het ZiROP geldt voor alle locaties. Bij een groot incident of een ramp zullen de slachtoffers worden opgevangen op de locaties met een Spoedeisende Hulp. Het ZiROP is geborgd in het documentbeheerssysteem. Dit ZiROP, het traumaprofiel en het opschalingsprofiel zijn in 2010 geëvalueerd en bijgesteld op grond van ervaringen uit trainingen en oefeningen, interne en externe ontwikkelingen, ketenoverleg en regionaal overleg acute zorgketen.

In 2010 is veel aandacht gegeven aan het onderwerp 'Ziekenhuis Rampen Opvang Plan'. In 2010 is de coördinatiestructuur voor interne en externe calamiteiten aangepast i.v.m. de invoering van de eenhedenstructuur en de aanstelling van de bedrijfsleiders.



Er is een regionaal meerjaren opleidingsplan en een daarvan afgeleid opleidingsjaarplan voor het Albert Schweitzer ziekenhuis. De volgende oefeningen en opleidingen zijn in 2010 gevolgd:

- CBRN-scholing (10 personen);
- HMIMMS (8 personen);
- ETS (locatie Dordwijk en Zwijndrecht: SEH, OK, IC en commandoteam);
- Oefening buitenspoor (SEH Dordwijk).

2010 is een roerig jaar door onder andere reorganisatie van het management en de in gebruikname van de nieuwbouw van de SEH. Hierdoor heeft een aantal geplande activiteiten helaas niet plaats kunnen vinden, zoals een Training Crisisbesluitvorming en een oefening Crisisteam. Deze activiteiten zijn doorgeschoven naar 2011.

Ook de oefening ISEE-Ketensim is doorgeschoven naar 2011 omdat het systeem in 2010 nog niet operationeel was voor de regio Zuid-Holland Zuid. In 2010 zijn voorbereidingen getroffen voor een verdere uitrol in 2011. Ook is er in 2010 aandacht om de OTO-cyclus te professionaliseren en verder te borgen in het kwaliteitssysteem.

Omgaan met besmette slachtoffers (CBRN)

Gezien de regionale risicokaart is de noodzaak onderkend het Albert Schweitzer ziekenhuis voor te bereiden op de opvang van slachtoffers die besmet zijn met gevaarlijke stoffen.

Regionaal is dit opgepakt vanuit het project Spoorzone. Hier vanuit is een aanzet gegeven tot een multidisciplinaire aanpak van het protocol Kleinschalige Decontaminatie. Onder regie van de brandweer en in samenwerking met de GHOR, politie en ambulancedienst is er een programma gemaakt voor een projectplan Invoering Protocol Decontaminatie ZHZ. Vanaf 1 december gaat het protocol Kleinschalige Decontaminatie in de regio ZHZ in werking. Naar aanleiding van dit projectplan zijn verschillende acties uitgevoerd:

- Ca. 60 SEH medewerkers zijn opgeleid 'omgang met besmette slachtoffers' in 2009;
- oefening Buitenspoor (deelnemers calamiteitencoördinator(en), SEH (vpk en artsen), BHV en beveiliging (Maart 2010).

Vanuit de oefening Buitenspoor is een evaluatierapport gemaakt, wat aanleiding gaf tot aanpassing van de procedures. Deze procedures zijn eind 2010 zover voorbereid dat deze de eerste helft van 2011 kunnen worden geïntroduceerd. De procedures zijn afgestemd met de externe partijen.

In december is de voorziening voor gedecontamineerde slachtoffers bij de SEH locatie Zwijndrecht gerealiseerd. Na het testen van deze voorziening zal een soortgelijke voorziening op de locatie Dordwijk worden gerealiseerd. Voor deze aanpassing heeft het GHOR vanuit het project Spoorzone 15.000 euro ter beschikking gesteld. Ook de benodigde persoonlijke beschermingsmiddelen zullen vanuit het dit project worden bekostigd.

Op het gebied van omgaan met besmette slachtoffers mag het Albert Schweitzer ziekenhuis zich tot één van de voorlopers in Nederland rekenen.

4.4.7 Kwaliteit van gebouwen

De nieuwe gebouwen die in 2010 in gebruik zijn genomen voldoen aan de laatste vigerende wet- en regelgeving. De gebouwen hebben heldere, logische structuren waar patiënten zich herkennen en die de ziekenhuislocatie een goed imago geven. Voor het gebouw in Zwijndrecht is de directe groene omgeving een belangrijk item, hetgeen is terug te vinden in het interieurontwerp. Het gebouw straalt eenheid uit, zonder dat de eigen identiteit van een afdeling verloren gaat.



Bij het kwaliteit van het beeld komen termen voor als:

- Inspiratie uit de natuur;
- Healing environment;
- Sfeervol, warm en tijdloos interieur.

Voor de gebouwen in Dordwijk geldt, dat de oudbouw een oriëntatie naar binnen heeft terwijl de nieuwbouw er een heeft die naar buiten is gekeerd. De verbinding met buiten en binnen wordt versterkt door bekende Dordtse elementen terug te laten komen in het ziekenhuis. De oorspronkelijke structuur zal overzichtelijker gemaakt worden door betere ruimte verdeling en het creëren van doorzichten. Hiërarchie wordt gemaakt door maatvoering en uitstraling van de verschillende gangen. Het bestaande gebouw moet versterkt worden en aansluiten op de nieuwbouw die nu gerealiseerd is. Ook hier geldt, dat eenheid belangrijk is zonder dat de eigen identiteit van een afdeling verloren gaat. Streven is om het niet één gebouw te laten zijn, maar een samenstelling van verschillende gebouwen zoals ook een stad is opgebouwd. In analogie met de stad, wordt er in het gebouw niet gesproken over gangen maar over straten, stegen en een laan.

Bij het kwaliteit van het beeld gelden de volgende termen:

- Creëer openheid;
- Inspiratie uit de stad;
- Ziekenhuis weer onderdeel van de stad, breng de stad naar binnen;
- aanhaken bij bestaande kleuren en decoraties vanuit het Gezondheidspark en nieuwbouw;
- Sfeervol, warm en tijdloos interieur.

4.5 kwaliteit ten aanzien van medewerkers / personeelsbeleid

“Zorg met hoofd, hart en ziel”. Het motto van het Albert Schweitzer ziekenhuis is even veelbelovend als helder. Een ambitieus HRM-beleid is nodig om die doelstelling vorm en inhoud te geven. Met als uitgangspunt: goed opgeleide, betrokken en gezonde medewerkers zorgen – direct of indirect – voor goede patiëntenzorg. Het lijkt een getreden pad, maar investeren in medewerkers loont. Persoonlijke ontwikkeling, patiëntgerichtheid, efficiency en bedrijfsprestaties verbeteren hierdoor. Ook zijn er voordelen voor de samenleving: door minder uitval, verloop of beroep op sociale voorzieningen. Dit alles geldt over de volle breedte: van medisch specialist tot schoonmaker, van verpleegkundige tot technicus. Het begint met contracten nakomen. Met aandacht voor het individu. Met ruimte voor eigen initiatief. Met fouten onder ogen zien en verbeteren. En natuurlijk is afspraak afspraak. Alleen zo gedijt professionele passie en krijgt toegewijde beroepsuitoefening een stevig fundament. Het Albert Schweitzer ziekenhuis onderscheidt zich door de patiënt centraal te stellen en daar het personeelsbeleid aan te koppelen. Juist in een tijd waarin patiënten in toenemende mate kunnen kiezen voor ziekenhuis of behandelaar is dat van belang. In dit hoofdstuk worden de belangrijkste ontwikkelingen op het gebied van opleiding, personeelsontwikkeling en personeelsbeleid beschreven.

Leerhuis

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 vervolgoopleidingen, co-assistentenopleiding, (medisch) ondersteunende functies, 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. In 2010 heeft het Leerhuis



zijn intrede genomen in de nieuwbouw op locatie Dordwijk. Het Leerhuis heeft daardoor de beschikking gekregen over een moderne bibliotheek, een studielandschap, een tweetal skillslabs, een auditorium met 200 plaatsen, een tweetal collegezalen met circa 80 plaatsen en diverse leslokalen.

Vereniging Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen (STZ)

In 2010 hebben verdere voorbereidingen plaatsgevonden om in 2011 als volwaardig lid toe te treden tot de STZ. Het Albert Schweitzer ziekenhuis heeft de ambitie om uit te groeien tot een Opleidingsziekenhuis met daarin alle facetten van opleiding, onderwijs en onderzoek zo breed mogelijk vertegenwoordigd.

Medisch Specialistische OpleidingsCommissie (MSOC)

In 2010 hebben de volgende opleidingsvisitaties plaats gevonden:

Vakgroep	Datum visitatie	Erkenning tot
Cardiologie	03-02-2010	16-05-2015
Neurologie	20-05-2010	08-09-2015
Pathologie	14-06-2010	03-10-2015
Psychiatrie	11-10-2010	06-02-2016
Anesthesie	26-10-2010	05-03-2016

Tevens hebben in 2010 verdere voorbereidingen plaatsgevonden voor het binnen halen van de opleiding KNO, Kindergeneeskunde en Medische Microbiologie.

In september 2010 is gestart met een nieuwe opleiding in samenwerking met de TU Eindhoven, namelijk de opleiding tot Klinisch Informaticus. Deze Klinisch Informaticus i.o. wordt begeleid door de afdeling Klinische Fysica in samenwerking met de afdeling ICT. Voor nadere informatie over de activiteiten van de MSOC wordt verwezen naar het jaarverslag van de MSOC 2010.

In de bijlagen Leerhuis/pagina 119 het overzicht aantal AIOS per opleiding 2010

Cursusaanbod medisch specialisten, Arts-assistenten in opleiding (AIOS) en arts-assistenten niet in opleiding (ANIOS)

Voor de doelgroep medisch specialisten en A(N)IOS worden diverse scholingen georganiseerd. Buiten de multidisciplinaire complicatiebespreking die iedere maand wordt georganiseerd door diverse vakgroepen, zijn onderstaande scholingen in 2010 aangeboden:

- Teach the Teacher;
- Feedback;
- Communicatie rond donatie;
- Kinderzorg voor Medisch specialisten;
- Workshops wetenschappelijk onderzoek;
- Leergang medisch-wetenschappelijk schrijven in het Engels;
- PubMed;
- Cursus SPSS;
- Cursus poster maken.



Tevens verzorgt het Leerhuis iedere maand het introductieprogramma voor nieuwe medisch specialisten, A(N)IOS, huisartsen in opleiding (HAIO), verpleeghuisartsen in opleiding (VAIO) en oudste co-assistenten. Deze twee introductiedagen zijn door de Raad van Bestuur verplicht gesteld.

Naast de verplichte introductiedagen voor medici is er in 2010 een nieuwe opzet voor introductiedag voor alle overige medewerkers van het Albert Schweitzer ziekenhuis ontwikkeld.

Bij- en nascholingen

Naast opleidingen en cursussen voor medici heeft het Leerhuis ook een scala aan opleidingen, bij- en nascholingen, symposia en congressen georganiseerd voor alle niet-medici.

Voorbeelden van deze bij- en nascholingen zijn:

- Crisisinterventie in de oncologie;
- Cardiologische bijscholingen;
- Diverse NEN trainingen;
- Intervisie bijeenkomsten
- Reanimatietrainingen (BLS/AED/ALS/APLS/PBLS).

De volledige bij- en nascholingskalender 2010 is op te vragen bij het Leerhuis (leerhuis@asz.nl).

Interne coaching

Het Leerhuis en de afdeling P&O hebben het beleid Interne Coaching voor de organisatie ontwikkeld en geïmplementeerd. Vanuit het Leerhuis wordt de coachpool beheerd. Hieraan nemen vijf medewerkers deel van het Albert Schweitzer ziekenhuis als interne coach.

De Interne Coach kan worden ingezet bij verschillende werk vragen en coachingsvraagstukken van medewerkers en afdelingshoofden. Eind december 2010 werd de start feestelijk ingeluid en vanaf 1 januari 2011 kunnen afdelingshoofden en overige medewerkers nu officieel op vraag gecoacht worden door coaches uit de interne coachpool van het Albert Schweitzer ziekenhuis.

Management Development Programma's

Drie programmalijnen staan centraal in het MD programma van het Albert Schweitzer ziekenhuis. Er is een programma voor medisch managers, een programma voor bedrijfsleiders/managers stafdiensten en een programma voor afdelingshoofden. De programma's worden weliswaar apart uitgevoerd, maar er is nadrukkelijk oog voor samenhang en verbinding.

Medisch managers

In 2010 zijn verschillende opleidingsbijeenkomsten voor de medisch managers georganiseerd door de Academie voor medisch specialisten. Tijdens deze bijeenkomsten is vooral ingegaan op de structuur en financiering van ziekenhuizen.

De bedoeling is om het MD programma voor de medisch managers in 2011 te vervolgen met thema's als "professioneel samenwerken" en "leidinggeven zonder hiërarchie". Gesprekken met verschillende opleidingsinstituten zijn hierover gaande.

Bedrijfsleiders/ managers stafdiensten

Op 15 september 2010 is het MD programma voor bedrijfsleiders/managers stafdiensten gestart. De eerste module stond in het teken van Strategie en Marketing. De module van december was gewijd aan Ondernemerschap. In februari volgde het onderwerp Financiën en ICT en in maart Kwaliteit en Veiligheid. TiasNimbas Business School te Tilburg verzorgt het programma. Een intensief programma; naast het volgen van colleges, wordt van de deelnemers een aanzienlijke hoeveelheid thuisstudie verwacht. Over iedere module moet daarnaast een paper worden geschreven waarin de toepassing van de theorie tot uitdrukking komt.



Afdelingshoofden

Na een uitvoerig selectietraject is besloten om de Transfergroep (onderdeel van de Hogeschool Rotterdam) de uitvoering van het MD programma voor afdelingshoofden te laten verzorgen. De Transfergroep is de "spin in het web" van dit MD programma. Behalve het verzorgen van de lessen, zorgt de Transfergroep voor de planning en de uitnodiging van de deelnemers. Met een gezamenlijke, interactieve kick-off bijeenkomst op 20 september 2010 is het MD programma officieel gestart. Gedurende de maanden december 2010 en januari van dit jaar hebben met bijna 100 afdelingshoofden intakegesprekken plaatsgevonden. Onder andere op basis van deze intakegesprekken is vastgesteld wie aan de basisgroep deelneemt en wie aan de verdiepingsgroep. Inmiddels zijn de bijeenkomsten in volle gang. Daarnaast hebben verschillende afdelingshoofden reeds deelgenomen aan intervisiebijeenkomsten. Intervisie en coaching hebben in dit MD programma een belangrijke plaats om van en met elkaar te leren en bepaalde situaties op het werk bespreekbaar te maken.

Leerlingverpleegkundigen

In september 2010 zijn in totaal 38 leerlingen gestart. Voor deze leerlingverpleegkundigen is een gezamenlijke introductiedag georganiseerd. Er zijn 16 leerlingen aangenomen die hun opleiding bij het Da Vinci college volgen en 11 leerlingen van het Hoornbeek college. Dit zijn twee ROC's (MBO) waar intensieve samenwerking mee is. Er zijn 11 HBO studenten gestart. Hiervan studeren er 6 bij de Hogeschool Rotterdam en 5 bij de Christelijke Hogeschool Ede. Daarnaast hebben voorbereidingen plaatsgevonden voor een nieuw te starten opleiding maatwerk op MBO niveau in samenwerking met het Da Vinci college. Hiervan is de start in april 2011.

Leerwerkplaats

Er zijn vijf leerwerkplaatsen in het Albert Schweitzer ziekenhuis. Per 1 september 2010 zijn naast de drie al bestaande leerunits ook leerunits op afdeling D en afdeling D3 gestart. Betrokkenen zijn over het algemeen zeer enthousiast.

CZO

In 2010 kreeg het Albert Schweitzer ziekenhuis een CZO-erkenning voor de volgende opleidingen: dialyse, IC/ CCU, obstetrie en SEH. Tevens is alles in het werk gesteld om de erkenningsaanvraag voor de opleidingen anesthesiemedewerker, operatieassistent en kinderverpleegkundige goed aan te leveren bij CZO. Ook daarvoor zijn begin 2011 de erkenningen toegekend.

Er is veel onrust ontstaan over een groep operatieassistenten en anesthesiemedewerkers die mogelijk geen CZO-erkend diploma konden krijgen. Uiteindelijk is een bevredigende oplossing bereikt.

In de bijlagen Leerhuis/pagina 120 het overzicht van de CZO erkende opleidingen van het Albert Schweitzer ziekenhuis

Stagebureau

In 2010 werden 370 stagiaires geplaatst van verschillende opleidingen op diverse afdelingen.

In de bijlagen Leerhuis/pagina 120 het overzicht van de geplaatste stagiaires per opleiding

Co-assistenten

In 2010 werden 325 co-assistenten geplaatst, verdeeld over verschillende specialismen.

In de bijlagen Leerhuis/pagina 122 een overzicht van het aantal co-assistenten per specialisme



Arts-assistent in opleiding

In 2010 zijn in het Albert Schweiter ziekenhuis 99 AIOS geweest en 8 tropenartsen in opleiding. Tevens zijn in 2010 19 HAIO's en 3 VAIO's geplaatst bij verschillende specialismen.

Reanimatieonderwijs

In totaal zijn in 2010 getraind:

- AED (Automatisch Externe Defibrillator) 91 getraind / 151 plaatsen;
- ALS (Advanced Life Support) 244 getraind / 344 plaatsen;
- BLS (Basic Life Support) 530 getraind / 1020 plaatsen;
- PBLS (Pediatric Basic Life Support) 151 getraind / 174 plaatsen;
- APLS (Advanced Pediatric Life Support) 92 getraind / 160 plaatsen.

Vaardigheidsonderwijs

In 2010 heeft het Leerhuis tweemaal een vaardigheidsonderwijsdag gehouden. Gedurende deze dagen waren verpleegkundigen in de gelegenheid voorbehouden handelingen te trainen en te toetsen. Dit gebeurde met fantomen en onder leiding van speciaal daarvoor opgeleide trainers (verpleegkundigen Albert Schweitzer ziekenhuis).

Decentraal vaardigheidsonderwijs

Op verschillende verpleegafdelingen is men bezig met het aftoetsen van voorbehouden handelingen. Deze toets wordt door verpleegkundigen van de eigen afdeling afgenomen, nadat zij hiervoor geautoriseerd zijn en een training didactische vaardigheden hebben gevolgd.

E-learning

Het Leerhuis is in 2010 gestart met de ontwikkeling van een elektronische leeromgeving. Samen met The Competence Group uit IJsselstein heeft het Leerhuis de realisatie van het Leerdomein Albert Schweitzer ziekenhuis vorm gegeven. Op 12 augustus 2010 was de 'aftrap' en doet Digitaal onderwijs zijn intrede in het Albert Schweitzer ziekenhuis. In de pilot hebben de afdeling B3, D1 en C3 een start gemaakt met drie modules:

- Rekenen in de Zorg;
- Maagsonde inbrengen
- Infuus inbrengen.

Wetenschapscommissie

In 2010 werd het voorzitterschap van de Wetenschapscommissie overgedragen van prof. dr. Cleophas naar dr. M. Kock. Het reglement is aangepast en er is een dagelijks bestuur geïnstalleerd met een voorzitter en een secretaris, die sinds mei 2010 ondersteund worden door een beleidsadviseur. Vijftien vakgroepen met onderzoeksactiviteiten hebben een afvaardiging in de Wetenschapscommissie. Overige leden zijn: een manager en een onderwijskundig adviseur van het Leerhuis, een medisch informatiespecialist van de bibliotheek en een vertegenwoordiger van de AIOS. De Wetenschapscommissie vergadert 4 maal per jaar en kent als hoogtepunt de jaarlijkse Wetenschapsdag van het Albert Schweitzer ziekenhuis.



Stipendium

In de tweede helft van 2010 heeft de Wetenschapscommissie voor het eerst een inschrijving voor een stipendium geopend. Met de gelden uit een nieuw onderzoeksfonds kan de Wetenschapscommissie haar onderzoekers financieel ondersteunen. Het stipendium biedt onderzoekers de mogelijkheid zich fulltime bezig te houden met research-activiteiten voor een periode van maximaal vier maanden. Gedurende deze periode beoordeelt de Wetenschapscommissie de voortgang van het onderzoek. Het stipendium is in 2010 toegekend aan de volgende studies/ onderzoekers:

Studie	Onderzoeker	Supervisor
Intracutaneously versus transcutaneously sutured ileostomy: A randomized multicenter trial (ISI trial)	drs. M.F. Sier, AIOS chirurgie	dr. R.J. Oostenbroek
HERBAS	drs. C. Liesting, AIOS Interne Geneeskunde/ Cardiologie	dr. M-D. Levin dr. M.J.M. Kofflard

WASz

In 2010 verscheen onder hoofdredactie van drs. A. van der Velden en dr. N. Swarte tweemaal het WASz (Wetenschappelijk tijdschrift Albert Schweitzer ziekenhuis) met een oplage van 500 exemplaren. Hiermee worden medewerkers en verwijzers van het Albert Schweitzer ziekenhuis periodiek op de hoogte gehouden van allerlei wetenschappelijke activiteiten van het Albert Schweitzer ziekenhuis.

Cursussen

De volgende cursussen werden gegeven op het gebied van wetenschappelijk onderzoek:

Cursussen	Totaal aantal deelnemers 2010
Zelf opzetten Wetenschappelijk onderzoek	19
Workshop SPSS	47
PubMed	24
Poster maken	5
Medical Writing in English	13

De laatste 3 cursussen werden in 2010 voor het eerst gegeven.



Wetenschapsdag 2010

Op donderdag 7 oktober 2010 werd de '6e jaarlijkse Wetenschapsdag Albert Schweitzer ziekenhuis ' gehouden. Ditmaal in het Da Vinci college op het Leerpark. Er werden negen presentaties gegeven over resultaten van lokaal Albert Schweitzer ziekenhuis-onderzoek, en 2 gepromoveerden presenteerden de resultaten van hun proefschrift. Daarnaast werden 25 studies gepresenteerd middels een poster. Gastdocent was dr. N.H.M. Renders, arts-microbioloog uit het Jeroen Bosch Ziekenhuis, die een presentatie over Q-koorts verzorgde. De Wetenschapsdag werd bezocht door zo'n 100 belangstellenden. Op de wetenschapsdag werden de volgende prijzen uitgereikt:

Prijs	Onderzoeker	Supervisor
Publicatieprijs: beste publicatie 2009	E. Korten	Distensibility of Forearm Veins in Haemodialysis Patients on Duplex Ultrasound Testing Using Three Provocation Methods.
Prijs 'Beste mondelinge presentatie 2010'	Dr. J. Riedl	Digital Morphology: a proven concept in the modern laboratory
Prijs 'Beste posterpresentatie 2010'	E. Zock	Prehospital barriers in acute stroke care in the region of Dordrecht, The Netherlands

Wetenschappelijk spreekuur

Ook in 2010 werd door Prof. dr. Cleophas het Wetenschappelijk Spreekuur gehouden. In totaal hebben daar 99 mensen vanuit verschillende disciplines gebruik van gemaakt.

Medische bibliotheek

Na verhuizing van de bibliotheek in augustus 2010 naar de nieuwbouw op locatie Dordwijk, is de bibliotheek nu centraal gehuisvest. De bibliotheek beschikt over 12 werkplekken, een leestafel en 10 stilteplekken.

De bibliotheek heeft haar dienstverlening dit jaar verder geprofessionaliseerd. Door een nieuwe versie van 'Mijn Digitale Bibliotheek,' is het nu mogelijk meer visueel te tonen en sneller op actuele zaken in te spelen. De boekcollectie is dit jaar in samenwerking met de vertegenwoordigers van de specialismen geactualiseerd. Ook is er een grote collectie e-books aan de collectie toegevoegd. De uitlening van boeken is dit jaar toegenomen, de aanvraag van artikelen bij andere bibliotheken is daarentegen afgenomen. Dit is verklaarbaar vanwege het grote e-journals STZ-pakket dat aan de collectie is toegevoegd.

Er zijn afgelopen jaar vijf opfriscursussen PubMed gegeven. Verder hebben alle nieuwe medici en -sinds eind van het jaar- ook het overige personeel op de introductiedagen kennisgenomen van de mogelijkheden van de bibliotheek. De bibliotheek heeft deelgenomen aan de introductie voor nieuwe leerlingverpleegkundige op een bijeenkomst van de Wetenschapscommissie en was met een boekenstand op de Wetenschapsdag aanwezig. Er zijn demonstraties gehouden op diverse afdelingen. Ook is de mogelijkheid van ondersteuning bij literatuuronderzoek onder de aandacht gebracht.

Resultaatgericht werken (beoordelings- en ontwikkelingsystematiek)

In 2008 en 2009 heeft binnen een aantal eenheden een succesvolle pilot plaatsgevonden voor een nieuwe beoordelings- en ontwikkelingsystematiek: resultaatgericht werken (RGW). In 2010 is besloten tot algehele invoering van de methodiek binnen het Albert Schweitzer



ziekenhuis. Tevens is besloten dat de binnen de organisatie gehanteerde verschillende beoordelings- en ontwikkelingsmethoden zullen worden vervangen door één uniforme werkwijze. Invoering van de nieuwe methodiek vindt vanaf 2011 plaats.

Nieuw Human Resource systeem Loga

Op 1 januari 2010 is het nieuwe HR-systeem succesvol live gegaan. De in fase 2 geplande implementaties van HR -modules zijn minder succesvol verlopen. De leverancier kon veel gemaakte afspraken niet nakomen en werd medio 2010 overgenomen, waardoor er grote onduidelijkheid ontstond over de continuïteit. Het Albert Schweitzer ziekenhuis heeft vervolgens succesvol aangestuurd op een beëindiging van het contract per 31-12-2011. Dit betekent dat in 2011 wederom een pakketselectie en implementatie van een nieuw HR-systeem zal plaatsvinden.

Professioneel roosteren (Harmony)

In 2010 is de doelstelling behaald om alle medewerkers in het roostersysteem Harmony onder te brengen. Daarnaast is er veel aandacht besteed aan een aantal efficiëncyslagen, zoals de verdere uitrol van de internet portal WebAccess voor alle medewerkers en de ontwikkeling van managementinformatie vanuit Harmony.

Arbeidsomstandigheden

- Verzuimbeleid

Het verzuim over geheel 2010 bedroeg 5,2% (exclusief zwangerschap- en bevallingsverlof). Dit betekent een lichte stijging ten opzichte van 2009. In dat jaar was het verzuimpercentage 5,0%. In 2011 zal verzuimbeleid een belangrijk speerpunt zijn, met als doel het realiseren van een verzuimpercentage van maximaal 4%.

- Risico Inventarisatie en Evaluatie (RI&E)

In 2009 is door Risico Inventarisatie en Evaluatie, gestart met het in kaart brengen van de risico's die samenhangen met het werken in een ziekenhuis. In 2010 heeft het vervolg plaatsgehad. Eind 2010 beschikten alle afdelingen in het Albert Schweitzer ziekenhuis over een actuele RI&E. Iedere RI&E leidt tot een plan van aanpak en tot acties die worden opgenomen in de jaarplanning.

Ziekenhuis in beweging

Na besluitvorming over de nieuwe organisatiestructuur van het Albert Schweitzer ziekenhuis, heeft in 2010 de benoemingsprocedure voor bedrijfsleiders en afdelingshoofden plaatsgevonden. Voor de functie van bedrijfsleider waren er 16 vacatures en voor de functie van afdelingshoofd waren er 92 vacatures. Ruim 85% van deze vacatures is door interne kandidaten ingevuld. Hiervoor is een uitvoerige benoemingsprocedure gevolgd, waarbij onder andere 143 sollicitatiegesprekken en bijna 100 assessments hebben plaatsgevonden. Eind 2010 waren nagenoeg alle vacatures ingevuld.

Aansluitend aan de benoemingsprocedure is het opleidingsprogramma (MD programma) voor bedrijfsleiders, managers stafdiensten en afdelingshoofden gestart. Voor de bedrijfsleiders en managers stafdiensten wordt dit programma verzorgd door Tias/Nimbas (onderdeel van de Universiteit Tilburg) en voor de afdelingshoofden door de Transfergroep (onderdeel van de Hogeschool Rotterdam). De ontwikkeling en organisatie van de verschillende MD-programma's vindt plaats in nauwe samenwerking met het Leerhuis en de stafdienst P&O.



Formatie en bezetting

In onderstaand overzicht wordt voor 2010 de gemiddelde personele bezetting afgezet tegen de begrote formatie. De bezetting is opgesplitst in vaste en flexibele bezetting. Het Albert Schweitzer ziekenhuis had in 2010 een gemiddelde bezetting van 2.547 fte. Dit is weliswaar 27 fte boven de begrote formatie, maar dat is vrijwel gelijk aan het totaal aantal fte waarvoor vanuit UWV een vergoeding is ontvangen wegens zwangerschapsverlof (28 fte).

In 2009 bedroeg de bezetting 2.520 fte. De gemiddelde totale bezetting in 2010 is daarmee met 1,1% gestegen ten opzichte van 2009.

	Vaste Bezetting	Flexibele inzet	Totale bezetting	Begrote formatie	Vershil
ASz Totaal	2.434	113	2547	2520	-27

Instroom en uitstroom personeel

In 2010 werd een instroom van nieuwe medewerkers gemeten van 10,8% tegenover een uitstroompercentage van 8,4%. Dit resulteert in een toename van het aantal medewerkers in dienstverband. Daar staat tegenover, dat de inzet van flexibele arbeid (personeel niet in loondienst) is afgenomen.

Verzuim

Uit onderstaande tabel blijkt, dat het verzuim in 2010 ten opzichte van 2010 is gestegen. Dat is een zorgelijke ontwikkeling, vooral omdat de ambitie van het Albert Schweitzer ziekenhuis gericht is op een aanzienlijk lager verzuimpercentage (4%). Uit analyse van de verzuimcijfers blijkt, dat deze stijging vooral wordt veroorzaakt door langdurig verzuim. Opvallend is het lage verzuim bij arts-assistenten.

Verzuim	2009	2010
Totaal ASz	5,0	5,2

Arbeidsmarkt

Hoewel er bij een aantal specialistische functies sprake is van moeilijk vervulbare vacatures, heeft het Albert Schweitzer ziekenhuis in 2010 slechts in beperkte mate last gehad van de druk op de arbeidsmarkt. Eind 2009 stonden er totaal 33 vacatures (voor 1 of meerdere medewerkers) open. Voor meer dan de helft betreffen dit verpleegkundige en artsen functies.

Vacatures	Totaal aantal vacatures per 31 december van het verslagjaar	Aantal moeilijk vervulbare vacatures per 31 december van het verslagjaar
Totaal personeel	33	2
Personeel met patiëntgebonden Functies	19	2



Interne communicatie

Om de corporate communicatie met medewerkers en specialisten vorm te geven, zijn in 2010 diverse middelen ingezet:

- het personeelsmagazine Aspect is 5 keer verschenen, waarvan 1 met een speciale uitgave over de nieuwe organisatievorm van (resultaatverantwoordelijke) eenheden;
- intranet is een dagelijks platform waar informatie op wordt geplaatst en waar beperkt ook interactie mogelijk is (maandelijkse stelling). In 2010 zijn voorbereidingen getroffen voor het project 'Nieuw intranet', zodat in voorjaar 2011 kan worden gestart. Hiermee worden onder andere de mogelijkheden vergroot van interactie en dialoog. De Jaarkrant is verschenen en tevens een Veiligheidskrant in het kader van het project Patiëntveiligheid;
- diverse uitgaven over de verhuizingen en verbouwingen.

4.6 SAMENLEVING EN MILIEU

Albert Schweitzer ziekenhuis maatschappelijk betrokken

Op verschillende manieren onderhoudt het Albert Schweitzer ziekenhuis haar relatie met de maatschappij. 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.

Open dag Zwijndrecht

In het kader van de landelijke open dag in ziekenhuizen, is er op locatie Zwijndrecht een open dag gehouden in maart 2010. Deze dag was met zo'n 4000 bezoekers een groot succes.

Patiëntenverenigingen

Het ziekenhuis werkt aan goede relaties met patiëntenverenigingen, zowel uit de regio als 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.

Bijzondere voorlichtingsdag was de Oncologiedag in maart. Zo'n 200 (voormalig) patiënten en relaties hebben op deze dag een uitgebreid aanbod aan voorlichting en lotgenotencontact aangeboden gekregen.

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. Zij hebben patiënten geïnformeerd over het brede spectrum van de chronische ziekten. Er zijn 300 bezoekers geweest.

Seniorenvervoer

Ook dit jaar heeft het Albert Schweitzer ziekenhuis weer financieel kunnen bijdragen aan de Stichting Seniorenvervoer. Deze stichting organiseert al jaren het vervoer voor oudere inwoners van Zwijndrecht en omstreken. Dankzij vrijwilligers worden senioren met een kleine bus naar het ziekenhuis of andere gezondheidsinstellingen gebracht en opgehaald.



Over de grens

Het Albert Schweitzer ziekenhuis toont zijn maatschappelijke verantwoordelijkheid eveneens doordat het al vele jaren ziekenhuizen in het buitenland ondersteunt. Gecoördineerd door de Commissie Buitenland worden verzoeken om kleinschalige ondersteuning van lokale ziekenhuizen uit verschillende landen in behandeling genomen en waar mogelijk gehonoreerd.

In 2010 is een overeenkomst gesloten met het gemeenteziekenhuis in Orastie (Roemenië), om steun te verlenen door kennisoverdracht en materiaal ter beschikking te stellen in aansluiting bij de stedenband van de gemeente Sliedrecht. Verder is met ziekenhuizen in Moldavië, Marokko en Suriname een relatie ontstaan met als doel materiaal ter beschikking te stellen dat in het Albert Schweitzer ziekenhuis niet meer nodig is.

Het Albert Schweitzer ziekenhuis heeft in de afgelopen jaren samen met Cordaid een intensieve samenwerking gehad met een ziekenhuis in Malawi. Deze is beëindigd, maar inmiddels wordt daar de shelterhome gebouwd waar het Albert Schweitzer ziekenhuis de middelen voor heeft ingezameld.

Het ziekenhuis leidt daarnaast jaarlijks voor eigen rekening 6 tropenartsen op.

Kunst en concert

De kunstcommissie van het Albert Schweitzer ziekenhuis heeft ook in 2010 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.

Jaarlijks treedt het Dordts Philharmonisch orkest op met Kerst in de centrale hal van de locatie Dordwijk. Patiënten, bezoek en medewerkers genieten van deze speciale gelegenheid.

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 2010 zijn verschillende afdelingen en projecten geholpen met een gift. Zo heeft de Stichting Vrienden geld beschikbaar gesteld om de kinderkamer op de nieuwe Spoedeisende Hulp van locatie Dordwijk te voorzien van een wandschildering en CD-speler. De Spoedeisende Hulp van locatie Zwijndrecht heeft nieuw kinderspeelgoed gekregen. Daarnaast zijn twee kamers voor terminale patiënten zo ingericht, dat familie op een comfortabele manier bij de patiënt kan verblijven.

MILIEUBELEID EN ORGANISATIE

Milieubeleid

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

Overlegorganen

Er is deelgenomen aan de volgende reguliere overlegorganen:

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



Milieuzorgsysteem

De NIAZ – heraccreditatie heeft plaatsgevonden, daaronder valt ook 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 alle relevant informatie voor de medewerkers beschikbaar.

VERGUNNINGEN

Overzicht vergunningen

Het Albert Schweitzer ziekenhuis heeft op milieugebied diverse vergunningen. De belangrijkste zijn: Wet Milieubeheer, Wet Verontreiniging Oppervlaktewater (WVO) en de Kernenergiewet. In 2010 zijn vergunningen aangevraagd en verleend in het kader van de bouwactiviteiten, energieopslag in de bodem en uitbreiding van de noodstroomvoorziening voor het Gezondheidspark bij de locatie Dordwijk.

Rapportages voor vergunningen Wet Milieubeheer

Eind 2010 is een klacht ontvangen over een eventuele overschrijding van geluidsnormen op locatie Dordwijk. Om op zorgvuldige wijze tot een oplossing te komen, wordt een volledige geluidsrapportage van de locatie gemaakt. Aan de hand van deze rapportage zal gezocht worden naar een duurzame oplossing.

Inspecties en controles

Op locatie Sliedrecht is door de omgevingsdienst Zuid Holland Zuid in 2010 een algemene inspectie uitgevoerd. Enkele opmerkingen zijn gemaakt over de afscherming van de zuurstofopslag en herkeuring van de dieselolieopslag. De onvolkomenheden zijn afdoende opgelost en geaccordeerd door de omgevingsdienst.

Op locatie Dordwijk is door de omgevingsdienst Zuid Holland Zuid in 2010 een opleveringsinspectie uitgevoerd. De inspectie was gericht op de oplevering van de noodstroomvoorziening. Alle voorgeschreven maatregelen in de vergunning waren in orde.

Op locaties Amstelveen en Zwijndrecht heeft de omgevingsdienst Zuid Holland Zuid in 2010 geen inspectie uitgevoerd.



MILIEUPRESTATIES

Afval

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

Tabel Afval in kg per locatie en afvalstroom

Afval 2010 in kg.	DW/SLD	AW	ZWD	Totaal	2010	verschil	%
Klein Gevaarlijk afval	2.600	4.287		6.887	7.300	-413	-5,7%
Bedrijfsafval	572.500	154.000	153.400	879.900	877.060	2.840	0,3%
Karton	17.910			17.910	42.912	-25.002	-58,3%
Papier	29.980	25.700	5.600	61.280	67.358	-6.078	-9,0%
Specifiek ziekenhuisafval	32.622	2.000	9.500	44.122	37.361	6.761	18,1%
Bouw- en sloopafval		2.400		2.400	3.620	-1.220	-33,7%
Swill	37.800			37.800	49.400	-11.600	-23,5%
Totaal	693.412	188.387	168.500	1.050.299	1.085.011	-34.712	-3,2%

ziekenhuisafvalproductie afgezet tegen het aantal patiëntgewogen eenheden					
Aantal patiënt gewogen eenheden (pge) 2010 :	838.978		2009		7.300
Totaal afvalproductie in kg	1.050.299				
-----	-----	1,25	kg/pge	1,35	kg/pge
Patiëntgewogen eenheden	838.978				
Specifiek ziekenhuisafval in kg	44.122				
-----	-----	0,053	kg/pge	0,046	kg/pge
Patiëntgewogen eenheden	838.978				

Toelichting

Op locatie Amstelwijk zijn de interne verbouwingen afgerond. Hierdoor is er een verdere afname zichtbaar van de hoeveelheid bouw- en sloopafval.

Specifiek ziekenhuisafval werd de voorgaande jaren op basis van een verdeelsleutel verdeeld over het Albert Schweitzer ziekenhuis, Sanquin en het RLM. Met ingang van 2010 wordt dit op basis van werkelijke hoeveelheden gedaan. Hieruit blijkt een andere verdeling te ontstaan. Door deze scheiding kan beter gestuurd worden op reductie van specifiek ziekenhuisafval.

Karton wordt op locatie Dordwijk verzameld in een aparte perscontainer. In de registratie van papier en karton zijn in 2009 afwijkingen ontdekt. Hierdoor wordt de vergelijking sterk beïnvloed.



Bij de verhuizingen van de kantoorfuncties van Amstelveen naar Dordrecht, is relatief veel papier opgeruimd en vernietigd. Ondanks dat is er toch een lichte daling zichtbaar. Dit heeft waarschijnlijk te maken met de verdergaande digitalisering en het gebruik van centrale printers die dubbelzijdig printen beter ondersteunen.

TL-buizen en spaarlampen worden apart ingezameld en afgevoerd als klein gevaarlijk afval.

De verdere 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.

Energie

De plannen voor het realiseren van warmterachtinstallaties op Biobrandstof zijn niet tot uitvoering genomen. Om toch verder te gaan met het in gang zetten van energiebesparende maatregelen, is onderzoek naar warmte- en koudeopslag in de bodem uitgevoerd. Hiervoor zijn inmiddels ook de benodigde vergunningen verkregen. Voor locatie Zwijndrecht is een Energie Bedrijfs Plan (EBP) opgesteld.

Hieronder de energie besparende maatregelen die in 2009 zijn ingezet.

- 2010 was een koud jaar, volgens meteorologische gegevens was 2010 ca 14% kouder dan 2009 en zelfs 43% kouder dan het langjarig gemiddelde. Daarom is een toename van het gasverbruik maar ook van het elektriciteitsverbruik (pompen en ventilatie) logisch te verklaren.
- Een toename van energieverbruik (gas+elektra) van ca 8% is dus acceptabel als gevolg van het koude jaar.
- In het energieoverzicht is het energieverbruik dat gemeten is in de nieuwe gebouwen afgetrokken van de inkoopmeting van locatie Dordrecht. De verbruikcijfers zijn dus voor de bestaande gebouwen en daarom vergelijkbaar met 2009. Nog ongeveer 2% energie die het gevolg is van de nieuwbouwactiviteiten.
- Gebleken is dat het in 2010 nog niet mogelijk was alle energie die gebruikt werd voor de nieuwbouw of het gevolg was van de nieuwbouwactiviteiten, volledig te verantwoorden.
- Omdat de commoditykosten voor gas en elektra in 2010 veel lager waren dan in 2009, zijn de kosten flink lager uitgekomen terwijl er meer energie verbruikt is.
- Er wordt permanent intensief gemeten om energie verbruik beter te kunnen analyseren. Ook in 2010 zijn, naar aanleiding van deze meetresultaten, verdere energiebesparingsmaatregelen genomen.
- In de nieuwbouw is in 2010 een Warmte-, koudeopslagsysteem (WKO) in de bodem, in bedrijf genomen. In 2010 leverde dit systeem 62% van de warmte en 91% van de koude voor het nieuwbouwgedeelte. Door uitgebreide monitoringsmogelijkheden kan het functioneren van het WKO systeem goed bewaakt worden om de inzet van duurzame energie zo groot mogelijk te maken.
- Voor locatie Zwijndrecht is een EBP opgesteld. Hierin worden alle mogelijke energiebesparende mogelijkheden geanalyseerd. De diverse uitbreidingen en het intensiever gebruik hebben desondanks geleid tot een stijging van het energieverbruik.
- De toename van het overall energieverbruik op locatie Sliedrecht moet gezocht worden in de hogere bezettingsgraad en de verlengde openingstijden.



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

Tabellen Overzicht verbruik gas en elektriciteit

Energieoverzicht op basis van inkoop

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

	2009				2010			
	gas	elektra	totaal		gas	elektra	totaal	verschil
DW	1.175.917 37.218	9.073.503 32.665	69.882 GJ		1.364.370 43.182	9.411.353 33.881	77.063 GJ	9,3%
					(ex. nieuwbouw)	(ex. nieuwbouw)		
AW	1.459.887 46.205	2.716.844 9.781	55.986 GJ		1.509.002 47.760	2.991.336 10.769	58.529 GJ	4,3%
ZD	705.563 22.331	2.428.572 8.743	31.074 GJ		814.364 25.775	2.348.366 8.454	34.229 GJ	9,2%
SD	128.605 4.070	848.098 3.053	7.124 GJ		145.332 4.600	941.330 3.389	7.989 GJ	10,8%
Totaal	3.469.972 109.825	15.067.017 54.241	164.066 GJ		3.833.068 121.317	15.692.385 56.493	177.809 GJ	7,7%

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

	2009				2010			
	gas	elektra	totaal		gas	elektra	totaal	verschil
DW	1.175.917 37.218	9.073.503 81.662	118.879 GJ		1.364.370 43.182	9.411.353 84.702	127.884 GJ	7,0%
AW	1.459.887 46.205	2.716.844 24.452	70.657 GJ		1.509.002 47.760	2.991.336 26.922	74.682 GJ	5,4%
ZD	705.563 22.331	2.428.572 21.857	44.188 GJ		814.364 25.775	2.348.366 21.135	46.910 GJ	5,8%
SD	128.605 4.070	848.098 7.633	11.703 GJ		145.332 4.600	941.330 8.472	13.072 GJ	10,5%
Totaal	3.469.972 109.825	15.067.017 135.603	245.428 GJ		3.833.068 121.317	15.692.385 141.231	262.548 GJ	6,5%



	2009			2010				Nieuwbouw
	gas	elektra	totaal	gas	elektra	totaal	verschil	doorbelasting
DW	588.806	1.038.354	1.627.160	669.408	1.070.751	1.565.288	-3,8%	174.871
				(incl. nieuwbouw)	(incl. nieuwbouw)	(ex. nieuwbouw)		
AW	715.918	369.027	1.084.945	603.939	286.122	890.061	-18,0%	
ZD	351.205	345.351	696.556	322.993	245.073	568.066	-18,4%	
SD	87.008	112.828	199.836	82.432	91.382	173.814	-13,0%	
Totaal	1.742.937	1.865.560	3.608.497	1.678.772	1.693.328	3.372.100	-6,6%	

energiekosten afgezet tegen het aantal patiëntgewogen eenheden

Aantal patiënt gewogen eenheden (pge) 2010 838.978 2009

Energiekosten	3.372.100		
Patiëntgewogen eenheden	838.978	4,02 Euro/pge	4,48 Euro/pge

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 specifieke ziekenhuisafval.

Dit vervoer vindt onder andere plaats vanaf de vele priklocaties in de regio, tussen de locaties van het ziekenhuis en naar andere laboratoria. Om te kunnen voldoen aan de wettelijk eisen, schakelt het Albert Schweitzer ziekenhuis een externe ADR-veiligheidsadviseur in. In 2010 heeft geen inspectie plaatsgevonden.

4.7 FINANCIËEL BELEID

De doelstellingen van het Albert Schweitzer ziekenhuis dienen binnen het beschikbare financiële kader te worden gerealiseerd. De nadruk op financieel resultaat en doelmatigheid stond centraal in de financiële doelstellingen voor 2010. Deze doelstelling was afgeleid vanuit de financiële langetermijndoelstellingen waarbij groei van het weerstandsvermogen centraal staat. Het Albert Schweitzer ziekenhuis heeft voor zichzelf de doelstelling geformuleerd het weerstandsvermogen te versterken. Minimaal 10% in 2011 en jaarlijks met stappen van 1% tot een niveau van 15% in 2016. Afgeleid hiervan werd een financieel resultaat begroot van € 4.0 miljoen voor de jaren 2010 en 2011.

De financiële doelstellingen voor 2010 waren:

- Resultaat van minimaal € 4.0 miljoen. Stijging weerstandsvermogen tot 9.4%;
- Voorbereiding op introductie DBC's op weg naar transparantie (DOT) en prestatiebekostiging;
- Verbeteren van het rendement van de bedrijfsvoering, o.a. door meer gebruik te maken van de benchmarktool TRAGPI;



- Invoering van digitale balanced scorecards waardoor verbeterde sturing mogelijk is door het management van de nieuw gevormde eenheden. Meer sturen op het verband tussen opbrengsten en kosten per eenheid;
- Een neutraal resultaat van de nieuw gevormde BV's, de Poliklinische apotheken BV en de Vastgoed BV.

Realisatie Doelstellingen 2010:

- Het resultaat 2010 is met € 7.0 miljoen fors boven de doelstelling voor 2010 uitgekomen. Uiteindelijk kon vanuit de reguliere bedrijfsvoering een resultaat van € 4.0 miljoen worden gerealiseerd. Het ingezette beleid om te sturen op onnodige verblijfsdagen in het ziekenhuis, vertaalde zich ook in een stijging van het aantal (dag)opnamen. Hierdoor werden de productieafspraken ruimschoots gehaald. Vanuit de afdeling Inkoop werd een forse bijdrage geleverd door besparing op inkoop van materialen. Door een meevallende dekking van de bouwkosten van het gezondheidspark locatie Dordwijk, konden enkele eenmalige meevallers worden ingeboekt waardoor het financiële resultaat ten opzichte van het begrote resultaat fors hoger uitkwam. Het eigen vermogen stijgt hierdoor van € 19,5 naar € 26,5 miljoen. Dit vertaalt zich in een weerstandsvermogen van 9.9%, waardoor de doelstelling voor 2011 ruim binnen bereik ligt.
- In het voorjaar van 2010 bleek dat DOT niet per 1-1-2011 ingevoerd zou worden. Desondanks is het Albert Schweitzer ziekenhuis samen met de collega SAP-ziekenhuizen doorgegaan zich voor te bereiden op een verwachte latere introductie die nu gepland staat voor 1-1-2012. Inmiddels zijn de eerste nieuwe SAP-releases beschikbaar waarmee de DOT-registratie kan worden uitgevoerd en getest. Het Albert Schweitzer ziekenhuis heeft zich eind 2010 aangesloten bij het NVZ-initiatief om gezamenlijk met circa vijftig andere ziekenhuizen de administratieve uitgangspunten inzake DOT te testen en op een later moment de financiële consequenties door te rekenen. In de plannen voor 2011 staat het verbeteren van de basisregistratie van verrichtingen/zorgactiviteiten en het aanpassen van de administratieve systemen centraal.
- In 2010 is voor het eerst actief gebruik gemaakt van de benchmarkgegevens van TRAGPI. Dit programma biedt de mogelijkheid profielgegevens en kostprijzen van DBC's te benchmarken. Met een vijftal vakgroepen zijn pilots uitgevoerd die nieuwe inzichten opleverden. Mede doordat het nieuwe management van de eenheden pas medio 2010 benoemd was, liep de verdere uitrol vertraging op. In de tweede helft van 2010 zijn de benchmarkgegevens over 2009 geactualiseerd, waarmee nieuwe spiegelrondes worden voorbereid voor begin 2011. Daarbij wordt zowel gekeken naar DBC's als naar FTE's.
- De introductie van digitale scorecards voor de nieuw gevormde eenheden is succesvol verlopen. Vanaf april was het mogelijk per eenheid een relevante range aan indicatoren (financieel, klant, processen, medewerkers) te raadplegen. Hierdoor zijn de prestaties per eenheid meer zichtbaar geworden en worden deze ook gebruikt in de verantwoordingsgesprekken tussen RvB / Stafbestuur en het management van de eenheden. 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.
- Het gezamenlijke resultaat van de twee BV's, bedroeg € 0.3 miljoen positief. Hoewel de omzet van de poliklinische apotheken na de start in 2009 fors is gestegen, zijn er nog wel aanloop-verliezen.



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

Tabel: overzicht kengetallen Albert Schweitzer ziekenhuis

Financiële kengetallen Albert Schweitzer ziekenhuis									
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
Resultaat (in mln. €)	0,5	2,6	0,2	0,8	3,5	- 1,5	2,8	7,0	
Totale opbrengsten (in mln. €)	182	194	197	207	216	223	236,85	268,9	*
Stijging totale opbrengsten	1,7 %	6,5 %	1,5 %	5,0 %	4,7 %	3,1 %	6,2 %	13,5 %	*
Omzet B-segment (x € miljoen)			10,3	16,0	17,7	42,7	62,8	68,7	
Personeelskosten in % opbrengsten	58,9 %	57,8 %	59,3 %	58,4 %	56,9 %	58,5 %	56,3 %	53,8 %	
Omzet per FTE (x € 1000)	73,1	77,3	75,9	79,2	84,2	87,2	94,0	105,4	
Totale personeelskosten per FTE	43,0	44,7	45,1	46,4	47,9	51,0	52,9	56,7	
Gem. aantal FTE	2.488	2.511	2.591	2.607	2.566	2.558	2.520	2.552	
Eigen vermogen (in mln. €)	10,9	13,5	12,3	13,1	18,2	16,6	19,5	26,5	
Voorzieningenniveau (in mln. €)	3,2	3,6	4,1	4,3	4,1	5,3	4,1	5,1	
Weerstandsniveau (Ev+VZ)/ Opbrengsten	7,8 %	8,8 %	8,3 %	8,4 %	10,3 %	9,8 %	10,0 %	11,8 %	
Weerstandsniveau Waarborgfonds	6,2 %	7,0 %	6,3 %	6,4 %	8,4 %	7,5 %	8,2 %	9,9 %	
* Dit is inclusief een eenmalige compensatie van € 10.5 miljoen in de nacalculatie voor kapitaalslasten									

4.7.1 De totale bedrijfsopbrengsten

De totale inkomsten van het ziekenhuis stegen met € 32.1 miljoen (13,5%) van € 236,9 tot € 268,9 miljoen. De totale omzet in 2010 is opgebouwd uit de volgende onderdelen:

Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten (A-segment)	€ 167.6 miljoen (+ 22.1 miljoen)
Opleidingsfonds	€ 9.0 miljoen (+ 0.4 miljoen)
Opbrengst B-segment	€ 68.8 miljoen (+ 5.9 miljoen)
Niet gebudgetteerde zorgprestaties	€ 5.3 miljoen (+ 1.4 miljoen)
Overige bedrijfsopbrengsten	€ 18.2 miljoen (+ 2.3 miljoen)
Totale bedrijfsopbrengsten 2010	€ 268.9 miljoen (+ 32.1 miljoen)

4.7.2.1 Wettelijk budget

De relatief forse stijging van het wettelijk budget voor aanvaardbare kosten (A-segment) wordt grotendeels verklaard door de hogere vergoeding voor nacalculeerbare kapitaalslasten. Enerzijds heeft dit te maken met de oplevering van de onderdelen in het gezondheidspark locatie Dordwijk. Het Albert Schweitzer ziekenhuis heeft hiervoor van het voormalige bouwcollege een WTZI-vergunning ontvangen, waardoor de extra kapitaalslasten voor vergoeding in aanmerking komen. Daarnaast kwamen de zogenaamde plankosten van de opgeleverde nieuwbouw in 2010 op basis van specifieke NZA-regelgeving, in aanmerking voor eenmalige versnelde afschrijving. Voor dit laatste onderdeel is eenmalig in de nacalculatie € 10,5 miljoen opgevoerd. De volgende mutaties verklaren het totaal van de stijging van € 23.8 miljoen.



- Saldo Productieafspraken + uitrekening budgetparameters B-segment	€ 4.8 miljoen
- Opschoning B-segment / Overloop 2009	€ - 0.5 miljoen
- Indexering loon- en materiële kosten	€ 1.5 miljoen
- Mutatie erkenning en toelating	€ 0.5 miljoen
- Nacalculeerbare kapitaalslasten	€ 15.3 miljoen
- Korting Prestatiecontract	€ - 1.2 miljoen
- Uitbreiding Zorgvernieuwing	€ 0.1 miljoen
- Overige mutaties	€ 0.1 miljoen
- Mutatie correcties voorgaande jaren	€ 1.5 miljoen
Totaal mutaties wettelijk budget	€ 22.1 miljoen

4.7.2.2 Opleidingsfonds

De inkomsten vanuit het Opleidingsfonds stegen in 2010 met € 0.4 miljoen als gevolg van een geringe stijging in het aantal Arts-assisten in opleiding (AIO) en de gebruikelijke jaarlijkse indexering van de vergoeding per AIO.

4.7.2.3 Ontwikkeling inkomsten B-segment

De inkomsten in het B-segment stegen met € 5.9 miljoen naar € 68.8 miljoen (8.5%). Deze stijging werd veroorzaakt door een lichte productiestijging, een geringe aanpassing in de prijzen en een uitbreiding van het B-segment vanwege het voor het eerst meetellen van de overloopdbc's uit 2009.

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.

4.7.3 De kostenontwikkeling

De exploitatiekosten zijn in 2010 gestegen met € 27.2 miljoen (11.9%). Dit is opgebouwd uit € 11 miljoen gestegen personeelskosten, € 14,7 miljoen hogere afschrijvingslasten en € 1.5 miljoen hogere overige bedrijfskosten.

Bedrijfslasten	2010 €	2009 €	toename €	%
Personeelskosten	144.716.125	133.702.289	11.013.836	8.24 %
Afschrijvingen op vaste activa	33.592.544	18.825.335	14.767.209	78.44 %
Overige bedrijfskosten	77.381.877	75.836.607	1.545.270	2.03 %
Som der bedrijfslasten	255.690.546	228.364.231	27.326.315	11.97 %



4.7.3.1 Personeelskosten

De totale personeelskosten zijn toegenomen met € 11 miljoen, dat is een stijging met 8.2% ten opzichte van 2009:

Personeelskosten	2010	2009	toename	
	€	€	€	%
Lonen en Salarissen	108.974.069	101.512.650	7.461.419	7.4 %
Sociale lasten	14.019.379	13.230.049	789.330	6.0 %
Pensioenpremies	8.880.699	8.167.710	712.989	8.8 %
Andere personeelskosten	4.028.205	3.848.464	179.741	4.7 %
Sub-totaal	135.902.352	126.758.873	9.143.479	7.2 %
Personeel niet in loondienst	8.813.773	6.943.417	1.870.356	35.1 %
Totaal personeelskosten	144.716.125	133.702.289	11.013.836	8.2 %

De kosten van het personeel in loondienst stegen met € 9.1 miljoen (+ 7.2% ten opzichte van 2009). Deze mutatie is als volgt opgebouwd:

- 1.3% i.v.m. een volume-effect: de gemiddelde formatie nam in 2010 toe van 2.520 fte naar 2.552 fte;
- + 2.1% door mutaties voorziening en reserveringen. Hierop heeft het grootste deel betrekking op de PLB-uren
- + 0.6% i.v.m. stijging sociale lasten.
- + 0.7% betreft de stijging van het percentage eindejaarsuitkering.
- + 1% stijging door CAO-verhoging van 1% per 1 juli 2009 en 1% per 1 juli 2010.
- + 0.9% betreft reguliere anciënniteitseffecten binnen het loongebouw.
- + 0.6% stijging van de pensioenlasten door een andere verhouding werkgever/ werknemerslasten per 01-07-2009.

De kosten van het personeel niet in loondienst stegen met € 1.9 miljoen (+ 35%).

De stijging wordt voor het grootste gedeelte veroorzaakt door extra inhuur van ICT-personeel en van gespecialiseerd personeel (m.n. verpleegkundigen OK/Anesthesie/Care) en interim-management.

4.7.3.2 Toelichting afschrijvingen op vaste activa.

De afschrijvingslasten stegen met € 14.7 miljoen (+ 78% ten opzichte van 2009). De belangrijkste toename van de afschrijvingslasten werd veroorzaakt door de zogenaamde plankosten van de opgeleverde nieuwbouw in 2010. Op basis van specifieke NZA-regelgeving kwam € 10.5 miljoen in aanmerking voor eenmalige versnelde afschrijving. Dit onderdeel is eenmalig in de nacalculatie opgevoerd. De opgeleverde nieuwbouw leidde ook in 2010 voor het eerst tot afschrijvingslasten in de geconsolideerde jaarrekening vanuit de Vastgoed BV.



4.7.3.3 Toelichting overige bedrijfskosten

Overige bedrijfskosten	2010	2009	toename	
	€	€	€	%
Voedingsmiddelen en hotelmatige kosten	8.495.890	8.705.667	- 209.777	- 2.4 %
Algemene kosten	13.738.050	13.834.623	- 96.573	- 0.7 %
Patiënt- en bewonersgebonden kosten	50.895.911	46.496.823	4.399.088	9.5 %
Onderhoud en energiekosten	6.465.098	5.604.684	860.414	15.4 %
Huur en leasing	894.112	903.756	- 9.644	- 1 %
Donaties en vrijval voorzieningen	476.159	467,764	8.395	1.8 %
Overige kosten	- 3.583.343	- 176.711	- 3.406.632	
Totaal bedrijfskosten	77.381.877	75.836.607	1.545.270	2.00 %

De bedrijfskosten stegen per saldo € 1.5 miljoen, ofwel met 2%. Deze stijging valt lager uit doordat er bijzondere baten gerealiseerd werden vanuit de afwikkeling van de nieuwbouw op locatie Dordwijk.

De belangrijkste stijging in 2010 deed zich voor in de patiënt- en bewonersgebonden kosten: + € 4,4 miljoen (+ 7.2%). Daarbij zijn voor € 1.8 miljoen aan nieuwe geconsolideerde kosten meegenomen vanuit de Politheek BV. Opvallende kostenstijgingen als gevolg van productiegroei en prijsstijgingen zijn de onderzoekskosten PAL (€ 0.4 miljoen), bloedproducten (€ 0.2 miljoen), laboratoriummiddelen (€ 0.3 miljoen) en knie- en heupprothesen (€ 0.1 miljoen).

De kosten van onderhoud en energie stijgen door de reservering voor de aanleg van terreinen op locatie Dordwijk (€ 0.25 miljoen), het herstellen van gebreken medische ruimte naar aanleiding van het NEN3140 – rapport (€ 0.1 miljoen) en een voorziening voor groot onderhoud in de Vastgoed BV (€ 0.5 miljoen).

4.7.4 Toelichting Balansposten (geconsolideerd)

4.7.4.1 Vaste Activa

Het totaal aan vaste activa nam in 2010 toe met € 26.7 miljoen tot € 261.1 miljoen als gevolg van realisatie van de nieuwbouw op locatie Dordwijk. In het voorjaar van 2008 is gestart met de bouw van het gezondheidspark waarvoor de totale bouwsom € 112 miljoen bedroeg. Circa 80% hiervan is bestemd voor WTZi-onderdelen waarvan het grootste deel voor het Albert Schweitzer ziekenhuis. Voor de niet Albert Schweitzer ziekenhuis -onderdelen zijn er vanuit de Vastgoed BV langjarige huurcontracten afgesloten.

4.7.4.2 Voorraden en onderhanden werk DBC's, Debiteuren

In de waardering van de voorraden is een bedrag van de Politheek BV meegenomen voor € 0.3 miljoen die in 2009 is gestart met haar activiteiten. De stijging is toe te schrijven aan de voorraadvorming van dure stents als gevolg van het dotteren (€ 0.2 miljoen), voorraadmutatie OK (€ 0.2 miljoen) en de ziekenhuisapothek (€ 0.1 miljoen). Het saldo van onderhanden werk DBC's en ontvangen voorschotten van zorgverzekeraars steeg in 2010 met € 2.1 miljoen. De balanspost 'Vorderingen' steeg van 48.8 miljoen naar 59.9 miljoen. Deze stijging wordt veroorzaakt door een hoger debiteurensaldo en een hoger saldo van nog te factureren DBC's/verrichtingen, vanwege een aanhoudend verschil van inzicht met



één van de grotere zorgverzekeraars over de prijzen van 2010. In 2011 is alsnog een overeenkomst gesloten.

4.7.4.3 Financiering

Per saldo steeg het niveau van de langlopende leningen met € 81.5 miljoen. De stijging wordt veroorzaakt door het aantrekken van leningen door de Vastgoed BV (€ 95 miljoen). Mede hierdoor daalde de kortlopende schulden met 39.8 miljoen (Bouw was gefinancierd met kortlopend krediet).

4.7.5 Verwachting en begroting 2011

Het begrotingsproces voor 2011 stond in het teken van de opgelegde bezuinigingen als gevolg van landelijke overschrijding van de budgettaire kaders. Afgaande op de eerste berichten, bedroeg de korting voor het Albert Schweitzer ziekenhuis € 12.5 miljoen (ruim 5% van de totale ziekenhuisinkomsten). Dit bedrag is inclusief een eerder afgesproken korting van € 2.5 miljoen als gevolg van een prestatiecontract tussen VWS en de NVZ. Uiteindelijk is deze korting uitgekomen op € 7.8 miljoen. Verder moest het Albert Schweitzer ziekenhuis rekening houden met een ongunstige schoning in het budget vanwege de vorming van het Fonds Ziekenhuisopleidingen (FZO). Hierdoor moet in totaal voor € 9.0 miljoen rekening worden gehouden met bezuinigingen. Uiteindelijk is het gelukt om eind januari 2011 een begroting te presenteren die sluit met een vergelijkbaar begroot resultaat in 2010, namelijk € 4.0 miljoen. Alle eenheden moesten een bijdrage leveren door een korting op hun budgetten. Uit deze begroting spreekt ook de ambitie om in 2011 groei te realiseren tegen een zeer beheerste kostenstijging. Groei komt o.a. voor rekening van de vakgroep Cardiologie door de groei van nieuw uit te voeren verrichtingen (PCI's en ICD's).

Daarnaast zijn alle aanvragen voor budgetuitbreiding vanuit de eenheden scherp geprioriteerd. Alleen de kosten randvoorwaardelijk voor productiegroei of kosten met een onvermijdelijk karakter (bijvoorbeeld als gevolg van eisen medische inspectie of om te voldoen aan regelgeving) zijn gehonoreerd.

Een ingestelde taskforce heeft € 1.75 miljoen aan ombuigingen gerealiseerd.

Een inkoopresultaat van € 1.0 miljoen levert daaraan de grootste bijdrage.

Met deze begroting is het mogelijk gebleken te voorkomen dat bruto gesneden wordt in de geboden patiëntenzorg en het medewerkersbestand. In 2011 staan qua beleid de volgende speerpunten centraal:

- de NIAZ-accreditatie;
- STZ-lidmaatschap;
- het doorontwikkelen van het EPD;
- het realiseren van de verwachte patiëntengroei;
- realisatie van het begroot resultaat van € 4.0 miljoen.;
- realisatie concernbrede projecten. Een budget van € 1.7 miljoen is beschikbaar voor diverse projecten. Voor het vervolgen van EPD-programma is € 0.5 miljoen gereserveerd;
- noodzakelijke voorbereidingen op DOT en prestatiebekostiging.





5. Jaarrekening

Stichting Albert Schweitzer ziekenhuis 2010

**Albert
Schweitzer**
ziekenhuis



INHOUDSOPGAVE

Pagina

5.1	Jaarrekening 2010	84
5.1.1	Geconsolideerde balans per 31 december 2010	86
5.1.2	Geconsolideerde resultatenrekening over 2010	87
5.1.3	Geconsolideerd kasstroomoverzicht over 2010	88
5.1.4	Grondslagen van waardering en resultaatbepaling	89
5.1.5	Toelichting op de geconsolideerde balans per 31 december 2010	91
5.1.6	Mutatieoverzicht materiële vaste activa	100
5.1.7	Specificatie ultimo boekjaar onderhanden projecten en gereed gekomen projecten	104
5.1.8	Overzicht langlopende schulden ultimo 2010	105
5.1.9	Toelichting op de geconsolideerde resultatenrekening over 2010	106
5.1.10	Balans per 31 december 2010	110
5.1.11	Resultatenrekening over 2010	111
5.1.12	Toelichting op de balans per 31 december 2010	112
5.2	Overige gegevens	114
5.2.1	Vaststelling en goedkeuring jaarrekening	114
5.2.2	Resultaatbestemming	114
5.2.3	Gebeurtenissen na balansdatum	114
5.2.4	Ondertekening door bestuurders en toezichthouders	114
5.2.5	Accountantsverklaring	114

5.1 GECONSOLIDEERDE JAARREKENING

5.1.1 GECONSOLIDEERDE BALANS PER 31 DECEMBER 2010 (na resultaatbestemming)

	Ref.	31-dec-10 €	31-dec-09 €
ACTIVA			
Vaste activa			
Materiële vaste activa	1	258.195.119	229.692.934
Financiële vaste activa	2	2.908.009	4.714.681
Totaal vaste activa		261.103.128	234.407.614
Viottende activa			
Vorraden	3	6.051.211	5.354.880
Onderhanden werk uit hoofde van DBC's	4	-10.191.581	-12.259.058
Vorderingen en overlopende activa	5	59.889.548	48.792.725
Vorderingen uit hoofde van financieringstekort	6	8.685.862	0
Liquide middelen	7	63.119	45.547
Totaal viottende activa		64.498.159	41.934.093
Totaal activa		325.601.288	276.341.708
PASSIVA			
Eigen vermogen			
Collectief gefinancierd gebonden vermogen	8	18.043.186	17.002.440
Niet collectief gefinancierd vrij vermogen		8.467.012	2.471.517
Totaal eigen vermogen		26.510.198	19.473.957
Voorzieningen	9	5.067.337	4.116.859
Langlopende schulden	10	182.175.000	100.675.001
Kortlopende schulden			
Schulden uit hoofde van financieringsoverschot	6	0	404.117
Kortlopende schulden en overlopende passiva	11	111.848.752	151.671.775
Totaal Passiva		325.601.288	276.341.708

5.1.2 GECONSOLIDEERDE RESULTATENREKENING OVER 2010

	Ref.	2010 €	200
BEDRIJFSOPBRENGSTEN:			
Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten en/of subsidie	13	167.680.905	145.568.70
Opleidingsfonds 1e tranche	14	8.960.002	8.602.75
DBC opbrengsten B-segment	15	68.781.069	62.838.40
Niet gebudgetteerde zorgprestaties	16	5.295.414	3.895.28
Overige bedrijfsopbrengsten	17	18.249.409	15.953.34
Som der bedrijfsopbrengsten		268.966.799	236.858.48
BEDRIJFSLASTEN:			
Personeelskosten	18	144.716.125	133.702.28
Afschrijvingen op vaste activa	19	33.592.544	18.825.33
Overige bedrijfskosten	20	77.381.877	75.836.60
Som der bedrijfslasten		255.690.546	228.364.23
BEDRIJFSRESULTAAT		13.276.253	8.494.25
Financiële baten en lasten	21	-6.240.011	-5.683.68
RESULTAAT UIT GEWONE BEDRIJFSVOERING		7.036.242	2.810.56
RESULTAATBESTEMMING			
<i>Het resultaat is als volgt verdeeld:</i>		2010 €	200
Toevoeging/(onttrekking):			
Reserve aanvaardbare kosten (collectief gebonden vermogen)		1.040.747	3.449.20
Reserve aanvaardbare kosten (niet-collectief gebonden vermogen)		5.995.495	-615.26
Bestemmingsreserve afschrijving inventarissen		0	-23.37
		7.036.242	2.810.56



5.1.3 GECONSOLIDEERD KASSTROOMOVERZICHT

	Ref.	2010		2009	
		€	€	€	€
Kasstroom uit operationele activiteiten					
Bedrijfsresultaat			7.036.242		2.810.567
Aanpassingen voor :					
- afschrijvingen	5.1.6	33.445.422		18.715.648	
- mutaties voorzieningen	10	950.478		-1.173.270	
			34.395.900		17.542.378
Veranderingen in vlottende middelen:					
- voorraden	3	-696.331		-920.179	
- onderhanden werk DBC's	4	-2.067.477		3.240.297	
- vorderingen	5	-11.096.823		8.987.811	
- vorderingen/schulden uit hoofde van financieringstekort respectievelijk -overschot	6	-9.089.979		6.067.339	
- kortlopende schulden (excl. schulden aan kredietinstellingen)	12	17.112.253		6.664.577	
			-5.838.358		24.039.845
Kasstroom uit bedrijfsoperaties			35.593.784		44.392.790
Totaal kasstroom uit operationele activiteiten			35.593.784		44.392.790
Kasstroom uit investeringsactiviteiten					
Investerings materiële vaste activa	5.1.6	-242.784.266		-54.828.193	
Desinvesteringen materiële vaste activa	5.1.6	180.836.659		1.441.336	
Mutatie leningen u/g	2	1.806.671		-521.610	
Totaal kasstroom uit investeringsactiviteiten			-60.140.936		-53.908.467
Kasstroom uit financieringsactiviteiten					
Nieuw opgenomen leningen		95.000.000		0	
Aflossing langlopende schulden	11	-13.500.000		-7.300.000	
Totaal kasstroom uit financieringsactiviteiten			81.500.000		-7.300.000
afrondding			-1		0
Mutatie geldmiddelen			56.952.848		-16.815.677
liquide middelen per 1 januari		45.547		4.542.465	
schulden aan bankiers per 1 januari		-91.398.826		-79.080.067	
			-91.353.279		-74.537.602
Liquide middelen per 31 december		63.119		45.547	
schulden aan bankiers per 31 december		-34.463.550		-91.398.826	
			-34.400.431		-91.353.279
			56.952.848		-16.815.677



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-systeem 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 kapitaallasten, overgangsregime en aanpassing Regeling verslaggeving WTZI en Richtlijn 655 Zorginstellingen

Sinds 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. Naar aanleiding van de wijziging van de bekostigingssystematiek is niet langer toegestaan om de afschrijvingstermijn te baseren op de bekostigingssystematiek. Ingevolge de vooralsnog beperkte transitie in de bekostiging, waarin ziekenhuizen steeds meer worden afgerekend op basis van integrale tarieven (enkel B-segment), en de samenhang van afschrijvingstermijnen hiermee heeft Het Albert Schweitzer Ziekenhuis de verwachte gebruiksduur nog niet aangepast. Voor de verwerking en waardering van vaste activa gelden nu de algemene verslaggevingsregels van Titel 9 Boek 2 BW en de Richtlijnen voor de jaarverslaggeving. 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 is in juli 2010 uitgewerkt in beleidsregels van de NZa. De feitelijke werking en effecten zijn echter afhankelijk van de wijze van invoering van prestatiebekostiging en de kapitaallasten hierbinnen. Er is nog geen duidelijkheid over de hoogte, definitieve invoeringsdatum en wijze van integrale prestatiebekostiging en DOT-systeem. Vooralsnog loopt voor het A-segment de bekostiging van kapitaallasten door op basis van nacalculatie. Mogelijk is vanaf 2012 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.

Voorraden

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 4,39%. 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-10	31-dec-09
	€	€
Bedrijfsgebouwen en terreinen	154.002.945	91.244.820
Machines en installaties	41.197.272	10.908.811
Andere vaste bedrijfsmiddelen, technische en administratieve uitrusting	39.658.178	37.235.204
Materiële vaste bedrijfsactiva in uitvoering en vooruitbetalingen op materiële vaste activa	3.015.362	79.161.270
Niet aan het bedrijfsproces dienstbare materiële activa	20.321.362	11.142.830
Totaal materiële vaste activa	258.195.119	229.692.934

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

	2010	2009
	€	€
Boekwaarde per 1 januari	229.692.934	195.021.725
Bij: investeringen	242.784.266	54.828.193
Af: afschrijvingen	33.445.422	18.715.648
Af: terugname geheel afgeschreven activa	53.756	0
Af: desinvesteringen	180.782.903	1.441.336
Boekwaarde per 31 december	258.195.119	229.692.934

Toelichting:

Algemeen

Het vervallen van het stelsel van bekostiging waarbij een integrale vergoeding voor de werkelijke afschrijvingskosten van vaste activa was opgenomen, kan ook gevolgen hebben voor de waardering van de materiële vaste activa. Het vervallen van het stelsel van bekostiging kan ook 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 2010. De overgangsregeling en de versnelde afschrijvingsregeling voor immateriële vaste activa zouden (afhankelijk van de impact en uitwerking van prestatiebekostiging door de NZa) voor diverse problemen van oudbouw en recente nieuwbouw in ieder geval een gedeeltelijke en tijdelijke oplossing moeten kunnen bieden. Daarnaast heeft de NZa de bevoegdheid van eigen beleidsregels af te wijken ten einde maatwerk oplossingen te kunnen bieden voor additionele problematiek.

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 2011 wordt verwacht, alsmede van de uitwerking hiervan door de NZa en DBC-Onderhoud. De bedrijfswaardeberekeningen geven aan dat bandbreedte van uitkomsten zeer groot kan zijn.

De ingeschatte bedrijfswaarde is minimaal gelijk aan de boekwaarde eind 2010. 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.

Een eventuele afwijking van de verwachtingen kan mogelijk een substantiële impact hebben op de de vermogenspositie van het Albert Schweitzer ziekenhuis in de toekomst, zowel voor het beeld van resultaat en vermogen in onderhavige jaarrekening als in toekomstige jaren. Een dergelijke afwijking zal, voor zover aan de orde, worden verwerkt in het jaar dat deze voldoende betrouwbaar kan worden bepaald.

Afschrijvingen en gebruiksduur

De tot en met 2010 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 de mutatieoverzichten onder 5.1.6, en 5.1.7.. Na oplevering zijn de onderhanden projecten gehemubriceerd hetgeen de hoge bedragen voor (des) investeringen verklaart.

In de onderhanden projecten is een bedrag van € 960.101 vanuit AS Holding meegenomen.
In de gebouwen is voor een bedrag van 108.320.055 vanuit de Holding meegenomen.
Binnen de inventarissen is voor een bedrag van 860.582 vanuit de Holding meegenomen.

5.1.5 TOELICHTING OP DE GECONSOLIDEERDE BALANS

ACTIVA

2. Financiële vaste activa

De specificatie is als volgt :

	31-dec-10	31-dec-09
	€	€
Vordering inzake vergoeding boekverlies Zwijndrecht en emissiekosten	2.402.915	2.573.185
Vordering inzake oude plankosten	0	1.709.428
Storting in het weerstandsvermogen van MediFire en Medi Risk	367.760	239.050
Geldlening gezondheidscentrum de Volgerlanden	33.334	66.667
Geldlening STZ	24.001	24.001
Geldlening Amstelhuis	0	22.349
Geldlening Sodexho	80.000	80.000
Totaal financiële vaste activa	2.908.009	4.714.681

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

	2010	2009
	€	€
Boekwaarde per 1 januari	4.714.681	4.193.070
Bij: mutatie inzake oude plankosten	-1.709.428	681.132
Bij: verstrekte lening	128.710	22.351
Af: ontvangen aflossing leningen	-55.683	-49.037
Af: ontvangen afschrijving WIZ - vergunningsplichtige vaste activa	-170.270	-132.835
Boekwaarde per 31 december	2.908.009	4.714.681

Toelichting:

De vordering inzake vergoeding boekverlies Zwijndrecht en emissiekosten betreft voormalige boekverliezen (i/m bouw Jacobusziekenhuis Zwijndrecht) en emissiekosten. Tot en met 2011 is er zekerheid dat de afschrijvingslasten worden vergoed. Vanuit het uitgangspunt dat in 2010 of latere jaren nog specifieke vergoedingen worden ontvangen, zijn in de jaarrekening 2010 deze posten onder de financiële vaste activa genoteerd, als nog te ontvangen specifieke bekostiging in de jaren 2010 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.

3. Voorraden

De specificatie is als volgt :

	31-dec-10	31-dec-09
	€	€
Voorraad goederen	6.106.926	5.410.595
Af: voorziening incourant	-55.715	-55.715
Totaal voorraden	6.051.211	5.354.880

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 257.886 vanuit de Holding BV meegenomen

4. Onderhanden werk uit hoofde van DBC's

De specificatie is als volgt :

	31-dec-10	31-dec-09
	€	€
Onderhanden werk DBC's A-segment	18.287.221	17.146.060
Onderhanden werk DBC's B-segment	10.407.812	9.382.718
Af: ontvangen voorschotten	38.866.614	38.787.836
Totaal onderhanden werk	-10.191.581	-12.259.058

5.1.5 TOELICHTING OP DE GECONSOLIDEERDE BALANS

ACTIVA

5. Vorderingen en overlopende activa

De specificatie is als volgt:

	31-dec-10	31-dec-09
	€	€
Vorderingen op debiteuren	29.705.798	24.981.041
Nog te factureren omzet DBC's	22.797.178	17.629.238
Overige vorderingen:		
Rekening courant specialisten	2.198.310	1.712.410
samenwerkingsverbanden	1.029	2.238.031
Nog te ontvangen bedragen:		
nog te ontvangen posten	2.444.531	1.119.506
Overige overlopende activa:	2.742.302	1.112.497
Totaal vorderingen en overlopende activa	59.889.548	48.792.725

Toelichting:

De voorziening die in aftrek op de vorderingen is gebracht bedraagt € 1.335.306

In de vorderingen en overlopende activa is een bedrag van 1.584.324 vanuit de Holding BV meegenomen

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

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

Ziekenhuis	1/1-2007	2008	2009	2010	totaal
	€	€	€	€	€
Saldo per 1 januari	-6.284.103	320.941	76.947	0	-5.886.215
Financieringsverschil boekjaar				12.070.325	12.070.325
Correcties voorgaande jaren	0	0	345.210	0	345.210
Betalen/ontvangen	155.475	5.490.928	0	0	5.646.403
Sub-totaal mutatie boekjaar	155.475	5.490.928	345.210	12.070.325	18.061.938
Saldo per 31 december	-6.128.628	5.811.869	422.157	12.070.325	12.175.723
Stadium van vaststelling (per erkenning):	c	c	c	a	
PAAZ		2008	2009	2010	totaal
		€	€	€	€
Saldo per 1 januari		2.787.492	2.793.307	0	5.580.799
Financieringsverschil boekjaar				-9.014.761	-9.014.761
Correcties voorgaande jaren		-9.327	52.129	0	42.802
Betalen/ontvangen		0	0	0	0
Sub-totaal mutatie boekjaar		-9.327	52.129	-9.014.761	-8.971.959
Saldo per 31 december		2.778.165	2.845.436	-9.014.761	-3.391.160
Stadium van vaststelling (per erkenning):		c	a	a	

a= interne berekening

b= overeenstemming met zorgverzekeraars

c= definitieve vaststelling NZa

Specificatie financieringsverschil in het boekjaar

	2010	2009
	€	€
Wettelijk budget aanvaardbare kosten	157.680.905	146.643.668
Vergoedingen ter dekking van het wettelijk budget		
Opbrengsten DBC A-segment inclusief toeslagen	132.373.946	118.386.259
Honoraria-opbrengsten voor specialisten in loondienst	873.749	1.478.947
Overige opbrengsten	19.176.293	15.771.444
Opbrengst PAAZ AWBZ	11.783.328	146.808
Nog te factureren overige opbrengsten	2.271.092	567.435
Nog te factureren DBC A-segment	-3.302.230	11.303.185
Mutatie onderhanden werk DBC A-segment	1.121.161	-3.733.856
Totaal financieringsverschil	3.443.576	2.720.446

Medisch specialisten

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

	2010	2009
	€	€
Saldo per 1 januari	98.701-	4.859.248-
Mutatie:		
verrekend met specialisten	-	4.760.547
verrekend via DBC's	-	-
Saldo per 31 december	98.701-	98.701-



5.1.5 TOELICHTING OP DE GECONSOLIDEERDE BALANS

7. Liquide middelen

De specificatie is als volgt :

	31-dec-10	31-dec-09
	€	€
BNG	25.108	0
Kassen	38.611	36.313
Kruisposten	0	9.233
Totaal liquide middelen	<u>63.719</u>	<u>45.547</u>

Toelichting:

De liquide middelen staan ter vrije beschikking van de stichting

In de liquide middelen is een bedrag van 12.458 vanuit de Holding BV meegenomen

5.1.5 TOELICHTING OP DE GECONSOLIDEERDE BALANS

ACTIVA

5. Vorderingen en overlopende activa

De specificatie is als volgt:

	31-dec-10	31-dec-09
	€	€
Vorderingen op debiteuren:		
Nog te factureren omzet DBC's	26.705.796	24.981.041
Overige vorderingen:		
Rekening courant specialisten	2.198.310	1.712.410
samenwerkingsverbanden	1.029	2.238.031
Nog te ontvangen bedragen:		
nog te ontvangen posten	2.444.931	1.119.506
Overige overlopende activa:	2.742.302	1.112.497
Totaal vorderingen en overlopende activa	56.889.548	48.792.725

Toelichting:

De voorziening die in aftrek op de vorderingen is gebracht bedraagt € 1.335.306

In de vorderingen en overlopende activa is een bedrag van 1.584.324 vanuit de Holding BV meegenomen

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

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

Ziekenhuis	t/m 2007	2008	2009	2010	totaal
	€	€	€	€	€
Saldo per 1 januari	-6.284.103	320.641	76.947	0	-5.886.215
Financieringsverschil boekjaar				12.070.325	12.070.325
Correcties voorgaande jaren	0	0	345.210	0	345.210
Betalingen/ontvangsten	155.475	5.490.928	0		5.646.403
Sub-totaal mutatie boekjaar	155.475	5.490.928	345.210	12.070.325	18.061.938
Saldo per 31 december	-6.128.628	5.811.669	422.157	12.070.325	12.175.723
Stadium van vaststelling (per erkenning):	c	c	c	a	
PAAZ		2008	2009	2010	totaal
		€	€	€	€
Saldo per 1 januari		2.787.492	2.793.307	0	5.580.799
Financieringsverschil boekjaar				-9.014.761	-9.014.761
Correcties voorgaande jaren		-9.327	52.129	0	42.802
Betalingen/ontvangsten		0	0		0
Sub-totaal mutatie boekjaar		-9.327	52.129	-9.014.761	-8.971.959
Saldo per 31 december		2.778.165	2.845.436	-9.014.761	-3.391.160
Stadium van vaststelling (per erkenning):		c	a	a	

a= interne berekening

b= overeenstemming met zorgverzekeraars

c= definitieve vaststelling NZa

Specificatie financieringsverschil in het boekjaar

	2010	2009
	€	€
Vettelijk budget aanvaardbare kosten	167.680.905	146.643.668
Vergoedingen ter dekking van het vettelijk budget		
Opbrengsten DBC A-segment inclusief toeslagen	132.373.946	118.366.259
Honoraria opbrengsten voor specialisten in loondienst	873.749	1.476.047
Overige opbrengsten	10.176.283	15.771.444
Opbrengst PAAZ AWRBZ	11.783.328	140.808
Nog te factureren overige opbrengsten	2.271.092	567.435
Nog te factureren DBC A-segment	-3.382.230	11.303.185
Mutatie onderhanden werk DBC A-segment	1.121.161	-3.733.856
Totaal financieringsverschil	3.443.576	2.720.446

Medisch specialisten

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

	2010	2009
Saldo per 1 januari	98.701-	4.859.248-
Mutatie:		
verrekend met specialisten	-	4.790.547
verrekend via DBC's	-	-
Saldo per 31 december	98.701-	98.701-



5.1.5 TOELICHTING OP DE GECONSOLIDEERDE BALANS

7. Liquide middelen

De specificatie is als volgt:

	31-dec-10	31-dec-09
	€	€
BNG	25.108	0
Kassen	38.011	36.313
Kruisposten	0	9.233
Totaal liquide middelen	63.119	45.547

Toelichting:

De liquide middelen staan ter vrije beschikking van de stichting

In de liquide middelen is een bedrag van 12.455 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-10	31-dec-09
	€	€
Collectief gefinancierd gebonden vermogen	18.043.186	17.002.440
Niet collectief gefinancierd vrij vermogen	8.467.012	2.471.517
Totaal eigen vermogen	26.510.198	19.473.957

Collectief gefinancierd gebonden vermogen

Het verloop is als volgt weer te geven:

	Saldo per 1-jan-2010	Resultaat- bestemming	Overige mutaties	Saldo per 31-dec-2010
	€	€	€	€
Reserve aanvaardbare kosten:				
Reserve aanvaardbare kosten	17.002.440	1.040.747	0	18.043.186
Totaal collectief gefinancierd gebonden vermogen	17.002.440	1.040.747	0	18.043.186

Niet collectief gefinancierd vrij vermogen

Het verloop is als volgt weer te geven:

	Saldo per 1-jan-2010	Resultaat- bestemming	Overige mutaties	Saldo per 31-dec-2010
	€	€	€	€
Algemene reserves:				
Kapitaal (niet collectief gebonden)	2.471.517	5.995.495	0	8.467.012
Totaal niet-collectief gefinancierd vrij vermogen	2.471.517	5.995.495	0	8.467.012

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.

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 aankoopkosten voor het te realiseren onroerend goed in het gezondheidspark te Dordrecht en resultaat deelneming op de Folltheek BV.

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

9. Voorzieningen

Het verloop is als volgt weer te geven:

	Saldo per 1-jan-2010	Dotatie	Onttrekking	Saldo per 31-dec-2010
	€	€	€	€
Voorziening wachtgeld en Loga	193.957	889.140	111.961	971.136
Voorziening arbeidsongeschiktheid	915.597	1.183.564	889.637	1.209.524
Voorziening jubilea	1.498.842	266.728	141.640	1.623.930
Voorziening PLB	0	790.020	0	790.020
Voorziening bouwrisico	1.508.464	0	1.508.464	0
Voorziening groot onderhoud	0	472.728	0	472.728
Totaal voorzieningen	4.116.859	3.602.180	2.651.702	5.067.337

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

	31-dec-2010
	€
Kortlopend deel van de voorzieningen (< 1 jr.)	1.604.169
Langlopend deel van de voorzieningen (> 1 jr.)	3.463.168

Toelichting per categorie voorziening:

Voorziening wachtgeld en Loga

Het voormalige Merveziekenhuis 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 PLB

Het betreft een voorziening voor medewerkers, ouder dan 45 maar jonger dan 50, die 10 jaar of langer in dienst zijn binnen de gezondheidszorg. Voorzien de PLB-uren die zij ontvangen op hun 55e. De reguliere opbouw van PLB is opgenomen onder de kortlopende schulden.



5.1.5 TOELICHTING OP DE GECONSOLIDEERDE BALANS

PASSIVA

10. Langlopende schulden

De specificatie is als volgt:

	31-dec-10	31-dec-09
	€	€
Schulden aan kredietinstellingen	182.175.000	100.675.001
Totaal langlopende schulden	182.175.000	100.675.001

Het verloop is als volgt weer te geven:

	2010	2009
	€	€
Stand per 1 januari	107.975.000	119.423.812
Bij: nieuwe leningen	95.000.000	0
Af: aflossingen	9.700.000	11.448.811
Stand per 31 december	193.275.000	107.975.001
Af: aflossingsverplichting komend boekjaar	11.100.000	7.300.000
Stand langlopende schulden per 31 december	182.175.000	100.675.001

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

Kortlopend deel van de langlopende schulden (< 1 jr.), aflossingsverplichtingen	11.100.000	7.300.000
Langlopend deel van de langlopende schulden (> 1 jr.) (balanspost)	182.175.000	100.675.001
Hervan langlopend (> 5 jaar)	137.775.000	71.475.000

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 Stichting Albert Schweitzer ziekenhuis

Aan Fortis Bank en ING Bank is het recht van eerste hypotheek verstrekt betreffende de onroerende goederen van de locaties Amstelwijk 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 Amstelwijk 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

Zekerheidsstelling AS Holding BV

- Aan Fortis Bank(FBN) en Bank Nederlandse gemeenten(BNG) conveniërende bankhypotheek, 1e rang, groot € 150.000.00 op de grond en de registergoederen die AS Vastgoed BV zal verwerven, ten gunste van FBN en BNG gezamenlijk
- Verpanding rechten uit huurcontracten
- Een conveniërende garantie van Albert Schweitzer ziekenhuis i.v.m. leegstand

Toelichting:

In de langlopende schulden is een bedrag van 88,8 mln. vanuit de Holding BV meegenomen

11. Kortlopende schulden en overlopende passiva

De specificatie is als volgt:

	31-dec-10	31-dec-09
	€	€
Schulden aan bankiers	34.453.550	91.396.826
Crediteuren	14.432.559	12.182.508
Aflossingsverplichtingen langlopende leningen	11.100.000	7.300.000
Belastingen en sociale premies	20.939.758	16.391.224
Schulden terzake pensioenen	1.625.543	1.547.096
Vakantiegeld/vakantiedagen	9.918.924	8.086.029
Overige schulden:		
- Samenwerkingsverbanden	2.114.175	1.166.298
- Reservering terugbetaling zorgverzekeraars	1.715.157	2.470.000
Nog te betalen kosten:		
- Interest	538.922	615.473
Overige kortlopende schulden	14.999.362	10.511.320
Totaal kortlopende schulden en overlopende passiva	111.848.762	151.671.775

Toelichting:

In de kortlopende schulden is een bedrag van € 34.258.207 begrepen aan schulden van de AS Holding.

5.1.5 TOELICHTING OP DE GECONSOLIDEERDE BALANS

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 2010 verplichtingen uit hoofde van opdrachten zijn aangegaan voor ca € 6,1 mln. Hierin is voor 1,6 mln aan verplichtingen vanuit de Holding BV opgenomen.

Tevens zijn bestellingen voor inventarissen geplaatst voor een bedrag van ca € 4.800.000.

Vanuit operationele activiteiten zijn verplichtingen uit hoofde van bestellingen aangegaan voor ca € 3.300.000.

Verloopoverzicht investeringsruimte trekkingsrechten

Het verloop is als volgt weer te geven:

	2010	2009
	€	€
Nog niet bestede investeringsruimte per 1 januari	23.380.545	16.276.405
Bij : indexering niet-bestede investeringsruimte	365.131	418.304
Bij : investeringsruimte verslagjaar	6.789.406	6.685.836
Af: investeringen verslagjaar	13.358.037	0
Beschikbare investeringsruimte 31 december	17.207.045	23.380.545
Gemelde lopende investeringsprojecten leggen het volgende beslag op de beschikbare investeringsruimte		2.055.261

Vastgoed BV:

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, pp1/1/10)	Vorm Lineair / Annuitair
GGD Regio Zuid Holland Zuid	18-12-09	20+5 jaar	317.540	A
St. Albert Schweitzer ziekenhuis (incl. meerwerk)	01-01-10	20+4*5 jaar	5.872.393	L
St. Albert Schweitzer ziekenhuis - kantoren	01-01-10	20+4*5 jaar	1.414.187	L
St. ROC Da Vinci College	01-03-10	40 jaar	661.297	A
Erasmus Universitair Medisch Centrum	01-03-10	20+20 jaar	1.747.523	L
Coöp. Reg. Huisartsenpost Drechtsteden U.A.	19-04-10	20+3*5 jaar	107.217	A
Sodexo B.V.	01-01-11	10+5 jaar	310.837	A
St. Verpleeghuis Het Parkhuis	04-01-11	40+5 jaar	605.063	L
St. Rivas Zorggroep	04-01-11	10+5 jaar	323.125	A
Mevrouw Bloem (winkel)	15-3-2011	5 jaar	p.m.	A

5.1.6 GECONSOLIDEERD MUTATIEOVERZICHT MATERIELE VASTE ACTIVA

5.1.6.1 WTZI - vergunningsplichtige materiële vaste activa

	Grond	Terreinen voorzieningen	Gebouwen	stichtings- kosten	verbouw- n- gen	installaties	Onderhanden Projecten	Sub-totaal vergunning
	€	€	€	€	€	€	€	€
Stand per 1 januari 2010								
- aanschafwaarde	11.750.593	4.427.061	57.536.949	20.851.345	30.073.708	40.925.519	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 1 januari 2010	<u>11.750.593</u>	<u>2.081.711</u>	<u>28.823.915</u>	<u>11.142.830</u>	<u>16.132.701</u>	<u>10.399.174</u>	<u>56.386.796</u>	<u>136.717.720</u>
Mutaties in het boekjaar								
- corr aanschafwaarde voorg jaren			-1	20	1.450	0		20
- investeringen	1.144.347	0	0	1.735.688	0	0	0	1.481
- afschrijvingen	0	128.607	1.174.161	9.996.480	1.451.571	807.729	0	2.880.035
- terugname geheel afgeschreven activa								13.558.548
- aanschafwaarde	0	1.836.667	0	0	1.636.594	24.776.853	0	28.250.084
- cumulatieve afschrijvingen	0	1.836.667	0	0	1.636.594	24.776.853	0	28.250.084
- desinvesteringen								
- aanschafwaarde	0	0	0	0	0	0	56.386.796	56.386.796
- cumulatieve afschrijvingen	0	0	0	0	0	0	0	0
- per saldo	0	0	0	0	0	0	56.386.796	56.386.796
Mutaties in boekwaarde (per saldo)	<u>1.144.347</u>	<u>-128.607</u>	<u>-1.174.160</u>	<u>-8.250.794</u>	<u>-1.450.111</u>	<u>-807.729</u>	<u>-56.386.796</u>	<u>-67.066.770</u>
Stand per 31 december 2010								
- aanschafwaarde	12.894.940	2.590.394	57.536.949	22.587.053	29.037.144	16.148.065	0	140.755.144
- cumulatieve afschrijvingen	0	637.290	29.887.193	19.705.017	14.357.474	6.557.220	0	71.144.194
Boekwaarde per 31 december 2010	<u>12.894.940</u>	<u>1.953.104</u>	<u>27.649.755</u>	<u>2.882.036</u>	<u>14.679.670</u>	<u>9.591.445</u>	<u>0</u>	<u>69.650.950</u>
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

	Trekkings rechten	Onderhanden Projecten	Sub-totaal	Instand- houdingen	Onderhanden Projecten	Sub-totaal	Sub-totaal instandhou- dings activa
	€	€	€	€	€	€	€
Stand per 1 januari 2010							
- aanschafwaarde	33.057.693	4.621.783	37.679.476	15.807.786	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 1 januari 2010	22.532.700	4.621.783	27.154.483	5.295.417	1.468.139	6.763.557	33.918.039
Mutaties in het boekjaar							
- corr aanschafwaarde voorg. jaren			0	1		1	1
- corr afschrijvingen voorg. jaren	-1		-1			0	-1
- investeringen	13.358.037	10.791.514	24.149.551	0	0	0	24.149.551
- afschrijvingen	3.011.385	0	3.011.385	1.388.884	0	1.388.884	4.400.269
- terugnname geheel afgeschreven activa							
- aanschafwaarde	0	0	0	1.918.949	0	1.918.949	1.918.949
- cumulatieve afschrijvingen	0	0	0	1.918.949	0	1.918.949	1.918.949
- desinvesteringen							
- aanschafwaarde	0	13.358.036	13.358.036	0	1.468.139	1.468.139	14.826.175
- cumulatieve afschrijvingen	0	0	0	0	0	0	0
- per saldo	0	13.358.036	13.358.036	0	1.468.139	1.468.139	14.826.175
Mutaties in boekwaarde (per saldo)	10.346.653	-2.566.522	7.780.130	-1.388.883	-1.468.139	-2.857.023	4.923.107
Stand per 31 december 2010							
- aanschafwaarde	46.415.730	2.055.261	48.470.991	13.898.840	0	13.898.841	62.369.831
- cumulatieve afschrijvingen	13.536.377	0	13.536.377	9.982.306	0	9.982.306	23.518.683
Boekwaarde per 31 december 2010	32.879.353	2.055.261	34.934.614	3.906.534	0	3.906.535	38.841.148
Afschrijvingspercentage	5,0%	0,0%		10,0%	0,0%		

5.1.6.3 WMG gefinancierde materiële vaste activa

	Inventaris	Concurren- brede projekten	Automati- sering	Sub-totaal WMG
	€	€	€	€
Stand per 1 januari 2010				
- 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 1 januari 2010	29.076.533	1.438.233	3.520.350	34.035.116
Mutaties in het boekjaar				
- corr aanschafwaarde voorg jaren	831		-2	829
- corr afschrijvingen voorg jaren	-1	1	-3	-3
- investeringen	10.361.564	0	1.684.402	12.045.966
- afschrijvingen	7.275.565	287.646	1.756.799	9.320.030
- terugname geheel afgeschreven activa				
- aanschafwaarde	1.223.828	3.111.339	966.364	5.301.531
- cumulatieve afschrijvingen	1.223.828	3.111.339	966.364	5.301.531
Mutaties in boekwaarde (per saldo)	3.086.810	-287.646	-72.398	2.726.765
Stand per 31 december 2010				
- aanschafwaarde	62.420.671	2.326.543	8.706.088	73.456.302
- cumulatieve afschrijvingen	30.257.327	1.175.957	5.261.134	36.694.421
Boekwaarde per 31 december 2010	32.163.344	1.150.586	3.447.954	36.761.881
Afschrijvingspercentage	10,0%	10-20%	20,0%	10-20%



5.1.6 GECONSOLIDEERD MUTATIEOVERZICHT MATERIELE VASTE ACTIVA

5.1.6.4 Niet WTZ/MMG gefinancierde materiële vaste activa

Grond	€	Gebouwen	Ver- bouwingen	Installaties/ inventarissen	stichtings- kosten	Onderhanden Projecten	niet WTZ/ MMG	Totaal materiele vaste activa
	€	€	€	€	€	€	€	€
Stand per 1 januari 2010								
- aanschafwaarde	0	946.405	6.773.299	5.505.816	0	16.684.551	20.910.071	374.128.482
- cumulatieve afschrijvingen	0	550.304	2.541.611	1.796.098	0	0	4.888.013	144.435.548
Boekwaarde per 1 januari 2010	0	396.101	4.231.688	3.709.718	0	16.684.551	25.022.058	229.692.934
Mutaties in het boekjaar								
-corr aanschafwaarde voorg jaren								
-corr afschrijvingen voorg jaren								
- investeringen	2.822.894	54.919.857	55.643	-628	18.040.681	93.845.482	203.708.715	857
- afschrijvingen	0	1.859.140	473.689	3.232.390	601.356	0	6.166.575	858
- terugname geheel afgeschreven activa								
aanschafwaarde	0	0	244.478	0	0	0	244.478	242.784.267
cumulatieve afschrijvingen	0	0	190.722	0	0	0	190.722	33.445.422
- desinvesteringen								
aanschafwaarde	0	0	0	0	0	109.569.932	109.569.932	180.782.903
cumulatieve afschrijvingen	0	0	0	0	0	0	0	0
per saldo	0	0	0	0	0	109.569.932	109.569.932	180.782.903
Mutaties in boekwaarde (per saldo)	2.822.894	53.050.717	-471.811	30.792.403	17.439.325	-15.724.450	88.025.964	28.502.185
Stand per 31 december 2010								
- aanschafwaarde	2.822.894	55.896.262	6.584.464	39.529.681	18.040.681	960.101	123.804.383	400.415.661
- cumulatieve afschrijvingen	0	2.409.444	2.824.587	5.027.860	601.356	0	10.863.247	142.220.545
Boekwaarde per 31 december 2010	2.822.894	53.486.818	3.759.877	34.502.121	17.439.325	960.101	112.941.136	258.195.116
Afschrijvingspercentage	0.0%	3.0%	5.33%	5-10%	10.0%			



5.1.7.1 SPECIFICATIE ULTIMO BOEKJAAR ONDERHANDEN PROJECTEN (GECONSOLIDEERD)

Projectgegevens				Investerings				Goedkeuringen			
Num-mer	Brief-nummer	Datum	Omschrijving	WTZI-type	stand 1-1-2010 €	mutaties in 2010 €	geroofd in 2010 €	onder- handen €	Nominaal bedrag €	Index	Aangepaste goedkeuring €
1			start-plankosten zorgpark	verg.plichting	369.550	-369.550		0			0
2			start-plankosten RGC	verg.plichting	272.458	-236.850	35.598	0			0
3			melding	melding	1.466.139	-1.466.139		0			0
4			trekkingsrechten	melding	4.621.783	10.791.514	13.358.036	2.055.261			0
5			overige projecten	mit	3.497.143	-3.497.143		0			0
6			AS Holding BV	mit	13.226.533	96.343.399	109.569.932	0			0
7			AS Holding BV	verg.plichting	56.346.796	-56.346.796		0			0
8			vergunningplichting zonder vergunning		1.028.295		1.028.295	0			
9			start-plankosten parkeergarage Sliedrecht	verg.plichting		408.673	408.673	0			
9			AS holding BV			854.812		854.812			
9			AS holding BV			105.289		105.289			
Totaal					60.870.697	46.545.199	124.400.535	3.015.362	0	0	0

5.1.7.2 SPECIFICATIE IN HET BOEKJAAR GEREED GEKOMEN PROJECTEN (GECONSOLIDEERD)

Projectgegevens					Investerings			Toekomstige lasten			
Num- mer	Brief-nummer	Datum	Omschrijving	WTZi-type	Activa-post	WTZi €	WMG €	Overige €	Totaal €	Afschrij- ving WTZi €	Rentekosten €
			start-plankosten zorgpark Trekkingsrechten AS Holding BV	verg.plichting nvt	oude plankosten	13 358 036		109 569 932		667 902	
Totaal							13 358 036	0	109 569 932	0	667 902



BIJLAGEN

5.1.8 Overzicht langlopende schulden ultimo 2010

Leninggever	Datum	Hoofdsom	Totale loop-tijd	Werkelijke-rente	Restschuld 31 december 2009	Nieuwe leningen in 2010	Aflossing in 2010	Restschuld 31 december 2010	Rest-schuld over 5 jaar	Resteren-de looptijd in jaren eind 2010	Aflossing 2011
		€		%	€	€	€	€	€		€
ING Bank N.V.	20-12	18.000.000	20	4,43%	10.800.000	0	900.000	9.900.000	5.400.000	12	900.000
Fortis Bank N.V.	20-12	18.000.000	20	4,43%	10.800.000	0	900.000	9.900.000	5.400.000	12	900.000
ING Bank N.V.	15-10	25.000.000	20	3,55%	19.687.500	0	1.250.000	18.437.500	12.187.500	16	1.250.000
Fortis Bank N.V.	15-10	25.000.000	20	3,55%	19.687.500	0	1.250.000	18.437.500	12.187.500	16	1.250.000
ING Bank N.V.	30/12	10.000.000	20	3,83%	7.500.000	0	500.000	7.000.000	4.500.000	15	500.000
Fortis Bank N.V.	30/12	10.000.000	20	3,83%	7.500.000	0	500.000	7.000.000	4.500.000	15	500.000
ING Bank N.V.		20.000.000	20	3,70%	16.000.000	0	1.000.000	15.000.000	10.000.000	16	1.000.000
Fortis Bank N.V.		20.000.000	20	3,70%	16.000.000	0	1.000.000	15.000.000	10.000.000	16	1.000.000
ABN / AMRO	1-mrt-10	40.000.000	25	4,42%	0	40.000.000	1.200.000	38.800.000	30.800.000	24	1.600.000
Bank Nederlandse gemeenten	1-mrt-10	40.000.000	25	4,44%	0	40.000.000	1.200.000	38.800.000	30.800.000	24	1.600.000
Bank Nederlandse gemeenten	31-dec-10	15.000.000	25	4,42%	0	15.000.000	0	15.000.000	12.000.000	25	600.000
Totaal					107.975.000	95.000.000	9.700.000	193.275.000	137.775.000		11.100.000



5.1.9 TOELICHTING OP DE GECONSOLIDEERDE RESULTATENREKENING

BATEN

15. DBC opbrengsten B-segment

De specificatie is als volgt :

	2010	2009
	€	€
Omzet B-segment ziekenhuisdeel	67.110.329	59.103.709
Omzet B-segment honorarium specialisten in loondienst	645.647	645.140
	67.755.976	59.748.850
Mutatie onderhanden werk B-segment	1.025.093	3.089.557
Totaal	68.781.069	62.838.406

16. Toelichting niet-gebudgetteerde zorgprestaties

De specificatie is als volgt :

	2010	2009
	€	€
Zorgprestaties tussen instellingen	1.864.500	2.301.804
Overige zorgprestaties	3.430.914	1.593.478
Totaal	5.295.414	3.895.282

17. Toelichting overige bedrijfsopbrengsten

De specificatie is als volgt :

	2010	2009
	€	€
Overige dienstverlening	767.405	849.139
Overige opbrengsten	11.111.394	8.443.249
Doorberekende personeelskosten	6.370.610	6.660.952
Totaal	18.249.409	15.953.340

Toelichting:

In de overige bedrijfsopbrengsten is een bedrag begrepen van 2.022.202 vanuit de Holding BV.

5.1.9 TOELICHTING OP DE GECONSOLIDEERDE RESULTATENREKENING

LASTEN

18. Personeelskosten

De specificatie is als volgt :

	2010	2009
	€	€
Lonen en salarissen	108.974.069	101.512.850
Sociale lasten	14.019.379	13.230.049
Pensioenpremie	8.880.699	8.167.710
Andere personeelskosten:	4.028.205	3.848.464
Sub-totaal	135.902.352	126.758.873
Personeel niet in loondienst	8.813.773	6.943.417
Totaal personeelskosten	144.716.125	133.702.289
Specificatie gemiddeld aantal personeelsleden (in FTE's) :		
Gemiddelde bezetting op basis van arbeidscontracten	2.349	2.303
Extra gerealiseerde bezetting op basis van over- en meeruren	41	39
Oproepkrachten en Flexpool	72	95
Gemiddelde bezetting exclusief leerlingen	2.462	2.437
Leerlingen	90	83
Gemiddeld aantal personeelsleden op basis van full-time eenheden	2.552	2.520

Toelichting

In de personeelskosten is een bedrag begrepen van € 455.224 vanuit de AS Holding

19. Afschrijvingen immateriële en materiële vaste activa

De specificatie is als volgt :

	2010	2009
	€	€
Nacalculeerbare afschrijvingen:		
- materiële vaste activa	14.261.969	5.464.660
Overige afschrijvingen:		
- materiële vaste activa	19.353.723	13.367.344
Sub-totaal afschrijvingen	33.615.692	18.832.004
Dotatie/vrijval egalisatierekening afschrijvingen instandhouding	0	16.479
Doorberekende afschrijvingskosten	-23.148	-23.148
Totaal afschrijvingen	33.592.544	18.825.335

Aansluiting afschrijvingen resultatenrekening - verloopoverzichten materiële vaste activa

	2010
	€
Afschrijving WTZi - vergunningsplichtige vaste activa	13.558.548
Afschrijving WTZi - vergunningsplichtige vaste activa, gerubriceerd onder de financiële vaste activa	170.270
Afschrijving WTZi - meldingsplichtige vaste activa	4.400.269
Afschrijving WMG gefinancierde vaste activa	9.320.030
Afschrijving niet WTZi/WMG gefinancierde vaste activa	6.166.575
Totaal afschrijvingen volgens verloopoverzichten	33.615.692
Totaal afschrijvingen resultatenrekening (exclusief dotatie/vrijval egalisatierekening afschrijving)	33.615.692

Toelichting

In de afschrijvingskosten is een bedrag begrepen van € 5.145.917 vanuit de AS Holding.

5.1.9 TOELICHTING OP DE GECONSOLIDEERDE RESULTATENREKENING

LASTEN

20. Overige bedrijfskosten

De specificatie is als volgt :

	2010	2009
	€	€
Voedingsmiddelen en hotelmatige kosten	8.495.890	8.705.667
Algemene kosten	13.738.050	13.834.623
Patiënt- en bewonersgebonden kosten	50.895.911	46.496.823
Onderhoud en energiekosten	6.465.098	5.604.684
Huur en leasing	894.112	903.756
Dotaties en vrijval voorzieningen	476.159	457.764
Overige kosten	-3.583.343	-176.711
Totaal bedrijfskosten	<u>77.381.877</u>	<u>75.836.607</u>

Toelichting

In de bedrijfskosten is bedrag begrepen van € 3.154.590 vanuit de AS Holding.

21. Financiële baten en lasten

De specificatie is als volgt :

	2010	2009
	€	€
Rentelasten langlopende leningen	7.302.591	4.651.747
Rentelasten kortlopende leningen	-1.062.580	1.031.938
Totaal financiële baten en lasten	<u>6.240.011</u>	<u>5.683.686</u>

Toelichting

In de financiële baten en lasten is een bedrag begrepen van € 2.657.603 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 2010 is als volgt:

Naam	2010 P. Eringa	2010 J.M.M. Taks	2010 L. Schoots
1 Vanaf welke datum is de persoon als bestuurder	1-feb-10	1-nov-10	1-1-2010
2 Maakt de persoon op dit moment nog steeds deel uit	Ja	Ja	Nee
3 Tot welke datum was de persoon als bestuurder	nvt	nvt	28-feb-10
4 Is de persoon in het verslagjaar voorzitter van het	Ja	Nee	Ja
5 Zo ja: hoeveel maanden is de persoon voorzitter	11	0	1
6 Wat is de aard van de (arbeids)overeenkomst?	Onbepaalde tijd	Onbepaalde tijd	Extern ingehuurd
7 Welke salarisregeling is toegepast?	Basis NVZD	Basis NVZD	Anders
8 Wat is de deeltijdfactor? (percentage)	100%	100%	nvt
9 Bruto-inkomen, incl. vakantiegeld, eindejaarsuitkering,	206.250	31.667	nvt
a. Waarvan: verkoop verlofuren	0	0	nvt
b. Waarvan: nabetalingen voorgaande jaren	0	0	nvt
10 Bruto-onkostenvergoeding	0	0	67.773
11 Werkgeversbijdrage sociale lasten	6.736	1.261	nvt
12 Werkgeversbijdrage pensioen, VUT, FPU	23.186	3.527	nvt
13 Ontslagvergoeding	0	0	nvt
14 Bonussen	0	0	nvt
15 Totaal inkomen (9 t/m 14, excl. 9a en b)	236.172	36.455	nvt
16 Cataloguswaarde auto van de zaak	65.279	61.551	nvt
17 Eigen bijdrage auto van de zaak	0	0	nvt

De bezoldiging van de leden van de Raad van Toezicht van de zorginstelling over het jaar 2010 is als volgt:

naam	functie	2010 bezoldiging €	belastbaar loon €
G.J. Woudenberg	voorzitter	14.250	13.500
M.J.H. Jetten	lid	9.750	9.000
H.R. Th. Kröber	lid	9.750	9.000
J.A. Rauwerda	lid	7.313	6.750
S. Reulings	lid	9.750	9.000
C. Sas	lid	9.750	9.000
Totaal		60.563	56.250

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	2010	2009
1	Voormalig lid College van Bestuur	01-01/31-12	207.198	215.943
2	Voorzitter Raad van Bestuur	01-02/31-12	200.249	0

toelichting:

- 1) Conform beëindigingsovereenkomst
- 2) Honoreringen zijn marktconform voor de sector.

24. Honoraria accountant

De honoraria van de accountant over 2010 zijn als volgt:

	2010	2009
1 Controle van de jaarrekening	97.580	86.870
2 Overige controlewerkzaamheden (w.o. Regeling AO/C en Nacalculatie)	45.654	62.338
3 Fiscale advisering	10.169	1.012
4 Niet controle-diensten	78.553	128.704
Totaal honoraria accountant	231.956	278.923



5.1.10 ENKELVOUDIGE BALANS PER 31 DECEMBER 2010
(na resultaatbestemming)

	<u>Ref.</u>	<u>31-dec-10</u>	<u>31-dec-09</u>
		€	€
ACTIVA			
Vaste activa			
Materiële vaste activa	1	150.515.300	157.854.666
Financiële vaste activa	2	2.175.654	4.714.680
Totaal vaste activa		<u>152.690.954</u>	<u>162.569.346</u>
Vlottende activa			
Voorraden	3	5.793.325	5.070.475
Onderhanden werk uit hoofde van DBC's	4	-10.191.581	-12.259.058
Vorderingen en overlopende activa	5	70.455.822	49.112.388
Vorderingen uit hoofde van financieringstekort		8.685.861	0
Liquide middelen	7	25.523	39.343
Totaal vlottende activa		<u>74.768.950</u>	<u>41.963.147</u>
Totaal activa		<u><u>227.459.904</u></u>	<u><u>204.532.493</u></u>
	<u>Ref.</u>	<u>31-dec-10</u>	<u>31-dec-09</u>
		€	€
PASSIVA			
Eigen vermogen	8		
Collectief gefinancierd gebonden vermogen		18.043.186	17.002.440
Niet collectief gefinancierd vrij vermogen		8.467.012	2.471.517
Totaal eigen vermogen		<u>26.510.198</u>	<u>19.473.957</u>
Voorzieningen	9	4.594.348	4.116.749
Langlopende schulden	10	93.375.000	100.675.000
Kortlopende schulden			
Schulden uit hoofde van financieringsoverschot	6	0	687.581
Kortlopende schulden en overlopende passiva	11	102.980.358	79.579.207
Totaal Passiva		<u><u>227.459.904</u></u>	<u><u>204.532.493</u></u>

5.1.11 ENKELVOUDIGE RESULTATENREKENING OVER 2010

	Ref.	2010 €	2009 €
BEDRIJFSOPBRENGSTEN:			
Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten en/of subsidie	13	167.680.905	145.568.704
Opleidingsfonds	14	8.960.002	8.602.752
DBC opbrengsten B-segment	15	68.781.069	62.838.406
Niet gebudgetteerde zorgprestaties	16	2.911.672	3.301.804
Overige bedrijfsopbrengsten	17	16.289.772	15.889.951
Som der bedrijfsopbrengsten		264.623.420	236.201.617
BEDRIJFSLASTEN:			
Personeelskosten	18	144.260.901	133.249.956
Afschrijvingen op vaste activa	19	28.446.626	18.729.856
Overige bedrijfskosten	20	81.511.860	75.152.604
Som der bedrijfslasten		254.219.387	227.132.416
BEDRIJFSRESULTAAT		10.404.033	9.069.200
Financiële baten en lasten	21	-3.582.408	-5.643.373
RESULTAAT UIT GEWONE BEDRIJFSVOERING		6.821.625	3.425.828
Resultaat deelnemingen	22	214.617	-615.261
RESULTAAT BOEKJAAR		7.036.242	2.810.567
RESULTAATBESTEMMING			
<i>Het resultaat is als volgt verdeeld:</i>		2010 €	2009 €
Toevoeging/(onttrekking):			
Reserve aanvaardbare kosten (collectief gebonden vermogen)		1.040.747	3.449.201
Reserve aanvaardbare kosten (niet-collectief gebonden vermogen)		5.995.495	-615.261
Bestemminsreserve afschrijving inventarissen		0	-23.373



5.1.12 TOELICHTING OP DE ENKELVOUDIGE BALANS

ACTIVA

2. Financiële vaste activa

De specificatie is als volgt :

	31-dec-10	31-dec-09
	€	€
Overige financiële vaste activa	2.175.654	4.714.680
Totaal financiële vaste activa	<u>2.175.654</u>	<u>4.714.680</u>

Het verloop van de deelnemingen is als volgt :

	2010	2009
Boekwaarde per 1 januari	0	0
Resultaat deelneming boekjaar	214.617	-615.261
Afwaardering vordering deelneming Holding	-214.617	615.261
Boekwaarde per 31 december 2010	<u>0</u>	<u>0</u>

Toelichting:

Per 31 december 2010 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 2010.

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

22. Resultaat deelnemingen	2010	2009
Albert Schweitzer Holding BV	354.360	-615.261
	<u>354.360</u>	<u>-615.261</u>
Resultaat deelnemingen boekjaar	354.360	615.261-
Resultaat deelneming volgens resultaatrekening	<u>354.360</u>	<u>615.261-</u>

Voor de verdere toelichting op de resultatenrekening wordt verwezen naar de toelichting op de geconsolideerde resultatenrekening 2010.

5.2.1 Vaststelling en goedkeuring jaarrekening

De raad van bestuur van St. Albert Schweitzer ziekenhuis heeft de jaarrekening 2010 vastgesteld in de vergadering van 19 mei 2011.

De raad van toezicht van de St. Albert Schweitzer ziekenhuis heeft de jaarrekening 2010 goedgekeurd in de vergadering van 23 mei 2011.

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



drs. J.M.M. Taks
Lid Raad van Bestuur



Ir.G.J. Woudenberg
Voorzitter Raad van Toezicht



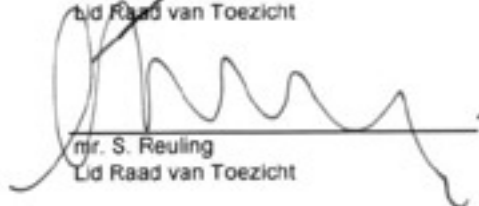
drs. M.H. Jetten
Lid Raad van Toezicht



dr. H.R. Th. Kröber
Lid Raad van Toezicht



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



mr. S. Reuling
Lid Raad van Toezicht



drs. C. Sas
Lid Raad van Toezicht

5.2.6 Accountantsverklaring

De accountantsverklaring is opgenomen op de volgende pagina.



Controleverklaring van de onafhankelijke accountant

Aan de Raad van Toezicht en de Raad van Bestuur van Stichting Albert Schweitzer Ziekenhuis,
Dordrecht

Verklaring betreffende de jaarrekening

Wij hebben de in deze jaarverslaggeving in hoofdstuk 5 opgenomen jaarrekening 2010 van Stichting Albert Schweitzer Ziekenhuis te Dordrecht gecontroleerd. Deze jaarrekening bestaat uit de geconsolideerde en enkelvoudige balans per 31 december 2010 en de geconsolideerde en enkelvoudige resultatenrekening over 2010 en de toelichting, waarin zijn opgenomen een overzicht van de gehanteerde grondslagen voor financiële verslaggeving en andere toelichtingen.

Verantwoordelijkheid van de Raad van Bestuur

De Raad van 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. De Raad van Bestuur is tevens verantwoordelijk voor een zodanige interne beheersing als de Raad van Bestuur noodzakelijk acht om het opmaken van de jaarrekening mogelijk te maken zonder afwijkingen van materieel belang als gevolg van fraude of fouten.

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, waaronder de Nederlandse controlestandaarden. Dit vereist dat wij voldoen aan de voor ons geldende ethische voorschriften en dat wij onze controle zodanig plannen en uitvoeren 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 geselecteerde werkzaamheden zijn afhankelijk van de door de accountant toegepaste oordeelsvorming, met inbegrip van het inschatten van de risico's dat de jaarrekening een afwijking van materieel belang bevat als gevolg van fraude of fouten.

Bij het maken van deze risico-inschattingen neemt de accountant de interne beheersing in aanmerking die relevant is voor het opmaken van de jaarrekening en voor het getrouwe beeld daarvan, gericht op het opzetten van controlewerkzaamheden die passend zijn in de omstandigheden. Deze risico-inschattingen hebben echter niet tot doel een oordeel tot uitdrukking te brengen over de effectiviteit van de interne beheersing van de stichting. Een controle omvat tevens het evalueren van de geschiktheid van de gebruikte grondslagen voor financiële verslaggeving en van de redelijkheid van de door de Raad van Bestuur van de stichting gemaakte schattingen, 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 om een onderbouwing voor ons oordeel te bieden.

*PricewaterhouseCoopers Accountants N.V., Prinses Margrietplantsoen 46, 2595 BR Den Haag, Postbus 30715,
2500 GS Den Haag, T: +31 (0)88 792 00 62, F: +31 (0)88 792 94 44, www.pwc.nl*

*PwC is het merk waaronder PricewaterhouseCoopers Accountants N.V. (KvK 34180285), PricewaterhouseCoopers Belastingadviseurs N.V. (KvK 34180294), PricewaterhouseCoopers Advisory N.V. (KvK 34180287), PricewaterhouseCoopers Compliance Services B.V. (KvK 51414406), PricewaterhouseCoopers B.V. (KvK 34180289) en andere vennootschappen handelen en diensten verlenen. Op deze diensten zijn algemene voorwaarden van toepassing, waarin onder meer aansprakelijkheidsvoorwaarden zijn opgenomen. Op leveringen aan deze vennootschappen zijn algemene inkoopvoorwaarden van toepassing. Op www.pwc.nl treft u meer informatie over deze vennootschappen, waaronder deze algemene (inkoop)voorwaarden die ook zijn gedeponseed bij de Kamer van Koophandel te Amsterdam.





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 2010 en van het resultaat over 2010 in overeenstemming met de Regeling verslaggeving WTZi.

Verklaring betreffende overige bij of krachtens de wet gestelde eisen

Verder vermelden wij dat het jaarverslag, voor zover wij dat kunnen beoordelen, verenigbaar is met de jaarrekening.

Den Haag, 23 mei 2011

PricewaterhouseCoopers Accountants N.V.

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'A. Hakbijl', written over a horizontal line.

drs. A. Hakbijl RA





Bijlagen



Bijlagen

INHOUDSOPGAVE	pagina
Leerhuis	120
Prestatie-indicatoren	124
Wetenschappelijke publicaties	144
Overzicht Personalia	145
Overzicht Commissies	150
Overzicht afkortingen	157



Overzicht aantal AIOS per opleiding 2010

	Opleiding	Poortspecialisme ja/nee	Aantal AIOS 2010
01.	Anesthesie *	Ja	4
02.	Apotheek	Nee	3
03.	Cardiologie	Ja	4
04.	Gynaecologie	Ja	5
05.	Heelkunde	Ja	9
06.	Interne geneeskunde	Ja	22
07.	Klinische chemie	Nee	4
08.	Klinische fysica	Nee	1
09.	Neurologie	Ja	3
10.	MDL	Ja	1
11.	Pathologie	Nee	1
12.	Psychologie (PIOG en GIOS)	Ja	5
13.	Psychiatrie	Ja	3
14.	Radiologie **	Nee	18
15.	SEH	Ja	8
16.	Tropenopleiding (Gynaecologie en Heelkunde)	Ja	8
17.	Huisartsgeneeskunde (Stage SEH 6 maanden. Tevens stages dermatologie, ouderengeneeskunde, gynaecologie, interne geneeskunde, kindergeneeskunde en psychiatrie)	Ja ½	19
18.	Verpleeghuisartsgeneeskunde (Stage ouderengeneeskunde)	Nee	3
	TOTAAL	11½ poortspecialismen, 18 opleidingen	99 (exclusief HAIO/VAIO)

* Tevens Fellowship Pijn

** Tevens Fellowship Interventie Radiologie en Fellowship Abdomen



Overzicht van de CZO erkende opleidingen van het Albert Schweitzer ziekenhuis

01.	Anesthesie medewerker
02.	Operatieassistent
03.	Cardiac Care verpleegkundige
04.	Dialyseverpleegkundige
05.	Intensive care verpleegkundige
06.	Kinderverpleegkundige
07.	Obstetrie verpleegkundige
08.	Oncologieverpleegkundige
09.	Spoedeisende hulp verpleegkundige
10.	Gipsverbandmeester

Overzicht plaatsing stagiaires per opleiding

Ambulanceverpleegkundige DVc	3
Apothekersassistente	6
Basisechografie	1
Bedrijfseconomie	1
Bekkenfysiotherapie	2
Bio-AF	2
Business Man. Class	1
Communicatie	1
Creatieve therapie	1
Diabetesverpl. Post HBO	1
Dietist	3
Doktersassistente	20
Electronica	1
Engineering en Applied Science	1
Facilitair medewerker	2
Farmakunde	4
Geestelijk verzorger	1
Geneeskunde	1
Gezondheidszorgtechnologie	1
HBO Biologisch/ medisch Labond.	2
HBO-pedagogiek	1
HBO-v	57
Helpende Zorg en Welzijn	1



HRM	1
Huidtherapie	1
iBMG	2
Logistiek teamleider	1
Logopedie	1
Managementassistent Media & Design	1
MBO secretarieel	2
MBO-v	109
MBRT	2
Med. Instrumentatietechnicus	1
Medische Techniek	1
Middenkaderfunctionaris	1
NHTV	3
Nucleaire geneeskunde	2
Onderwijskundige	1
Optometrie	3
Orthoptie	1
P&A	1
Secretaresse	1
Snuffelstages	99
SPH	1
Technische natuurkunde	1
Verloskunde	12
VMBO	2
VSO	1
Zorg Ethiek en Beleid	1
Zorgstage geneeskunde	4



Overzicht aantal co-assistenten per specialisme

Dermatologie	39
Gynaecologie	42
Heelkunde	51
Interne Geneeskunde	52
Kindergeneeskunde	51
KNO	31
Neurologie	32
Oogheelkunde	12
Radiologie	2
SEH	13
Totaal	325



Prestatie-indicatoren IGz 2010				2010	2009	2008	Norm
Postoperatieve pijn							
Registratie							
Beschikt u over een registratiesysteem	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
T1: Aantal klinische operatie patiënten waarbij een gestandaardiseerde pijnmeting op de verkoever is uitgevoerd en geregistreerd	10197	10116	10116	10116	10116	7611	
N1: Aantal klinische operatie patiënten (verblijfsperiodes) op de verkoever	10222	10116	10116	10116	10116	7611	
Percentage patiënten met geregistreerde pijnscore verkoever	99,8%			100,0%	100,0%	100,0%	
T2: Aantal klinische operatiepatiënten waarbij een gestandaardiseerde pijnmeting op de verpleegafdeling is uitgevoerd	10197	13083	13083	13083	13083	10157	
N2: Totaal aantal klinische operatiepatiënten op de verpleegafdelingen	10222	13083	13083	13083	13083	10157	
Percentage patiënten met geregistreerde pijnscore klin.afdeling	99,8%			100,0%	100,0%	100,0%	
Score							
T: Totaal aantal patiënten met op enig moment een pijnscore > 7 in de eerste 72 uur postoperatief	116	31	31	31	31	13	
N: Totaal aantal patiënten bij wie systematisch een pijnscore is gemeten in de eerste 72 uur postoperatief	10197	13083	13083	13083	13083	10157	
Percentage patiënten met een pijnscore > 7	1,14%			0,24%	0,13%	< 25 %	
Heupfractuur							
ASA klasse 1-2							
T: Aantal patiënten van 65 jaar en ouder met een heupfractuur die binnen één kalenderdag na presentatie geopereerd zijn	193	182	182	182	182	132	
N: Totaal aantal patiënten van 65 jaar en ouder, gepresenteerd met een heupfractuur incl conservatief behandeld.	208	232	232	232	232	187	
Percentage < 1 kalenderdag geopereerd ASA 1-2	92,8%			78,4%	70,6%	> 81.3 - < 98.9	



Prestatie-indicatoren IGz 2010		2010	2009	2008	Norm
ASA klasse 1-2					
	T: Aantal patiënten van 65 jaar en ouder met een heupfractuur die binnen één kalenderdag na presentatie geopereerd zijn	193	182	132	> 56.2 - < 95.2
	N: Totaal aantal patiënten van 65 jaar en ouder, gepresenteerd met een heupfractuur incl conservatief behandeld.	208	232	187	
	Percentage < 1 kalenderdag geopereerd ASA 1-2	92,8%	78,4%	70,6%	
	Heroperaties				
	T1: Aantal heroperaties na interne fixatie collum femoris fractuur	1			
	N1: Aantal mediale collumfracturen met interne fixatie	38			
	Percentage 1 heroperaties interne fixatie collum femoris	2,63%			
	T2: Aantal heroperaties na endoprothese collum femoralis	0			
	N2: Aantal mediale collumfracturen met endoprothese	154			
	Percentage 2 Heroperaties endoprothese collum femoris	0,00%			
	T3:Aantal heroperaties na interne fixatie pertrochantere fractuur	2			
	N3: Aantal pertrochanetere fracturen met interne fixatie	159			
Percentage 3 interne fixatie pertrochantere fractuur	1,26%				
Cataract					
Registratie operatieve data					
	Er is een complicatieregistratie conform afspraken met de NOG voor cataractextracties	Ja	Ja	ja	
	Is er een voor cataractextracties een dataregistratie voor pre operatieve data	Ja	Ja	ja	
	Registratie systeem	CPO	CPO	CPO	
	Is er een voor cataractextracties een dataregistratie voor post operatieve data	Ja	Ja	ja	
	Registratie systeem	CPO	CPO	CPO	



Prestatie-indicatoren IGz 2010		2010	2009	2008	Norm
<i>Wachttijd tussen 1e en 2e operatie</i>					
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	620	661	308		
N: Totaal aantal patiënten met een cataractoperatie aan het tweede oog in het verslagjaar	959	978	1211		
Percentage patiënten met 2e ok ≥ 28 dgn na 1e ok	64,7%	67,6%	25,4%		$> 80 - < 100$
Verpleegkundige zorg					
Is de decubitusprevalentie v.h verslagjaar bekend?	ja	Ja	Ja		
T: Aantal patiënten met decubitus graad 2-4, aanwezig in het ziekenhuis op een vast tijdstip in het verslagjaar	9	7	16		
N: Aantal op decubitus onderzochte(klinisch) patiënten in het ziekenhuis op het genoemde tijdstip.	295	407	368		
Totaal aantal opgenomen patiënten op datzelfde moment	295	407	372		
Puntprevalentie	1,5%	1,7%	4,3%		$> 1.1 - < 6.8$
Welk protocol wordt gehanteerd?	LPZ protocol	LPZ protocol	LPZ protocol		
Is de decubitus incidentie bij patiënten met een totale heupvervanging in het verslagjaar bekend?	Ja	Ja			
Beschikt u over een registratiesysteem voor decubitus incidentie bij totale heupvervanging?	Ja	Ja			
Heeft u een steekproef genomen?	Nee	Nee			
T: Aantal nieuwe gevallen van decubitus graad 2-4 bij patiënten opgenomen voor een totale heupvervanging	0	0	2		
N: Totaal voor een totale heupvervanging opgenomen patiënten?	361	408	372		
Incidentie	0,00%	0,00%	0,54%		< 2.6



Prestatie-indicatoren IGz 2010				2010	2009	2008	Norm
Ondervoeding							
Registratie ondervoeding							
Worden volwassenen gescreend op ondervoeding in de kliniek	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	
Welke screeningsinstrument wordt voor de screening bij volwassen gebruikt	SNAQ	SNAQ	SNAQ	SNAQ	SNAQ	SNAQ	
Beschikt u over een registratiesysteem	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	ja	
Is er een steekproef gedaan?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	JA	
zo ja, populatiebeschrijving	alle klinische opnamen patiënten > 18 jaar opgenomen 2/11 tot 31/12 op gedefinieerde klinische afdelingen	alle klinische opnamen patiënten > 18 jaar opgenomen 2/11 tot 31/12 op gedefinieerde klinische afdelingen	alle klinische opnamen patiënten > 18 jaar opgenomen 2/11 tot 31/12 op gedefinieerde klinische afdelingen	alle klinische opnamen patiënten > 18 jaar opgenomen 2/11 tot 31/12 op gedefinieerde klinische afdelingen	alle klinische opnamen patiënten > 18 jaar opgenomen 2/11 tot 31/12 op gedefinieerde klinische afdelingen	alle klinische opnamen patiënten > 18 jaar opgenomen 2/11 tot 31/12 op gedefinieerde klinische afdelingen	
Steekproefgrootte	2955	5088	356	5088	356	356	
A. aantal opgenomen volwassen patiënten in 2010	18645	15561	14126	15561	14126	14126	
B. Aantal volwassen patiënten bij opname gescreend op ondervoeding	18645	15561	14126	15561	14126	14126	
C.aantal patiënten dat is geclassificeerd als matig ondervoed	932	649	155	649	155	155	
D. Aantal mensen dat is geclassificeerd als ernstig ondervoed	3543	1043	1698	1043	1698	1698	
Percentage 1 (B/A): percentage volwassen patiënten gescreend op ondervoeding	100,0%	100,0%	100%	100,0%	100%	100%	
Percentage volwassen patiënten dat geclassificeerd is als matig ondervoed	5,0%	4,2%	1,10%	4,2%	1,10%	1,10%	
Percentage volwassen patiënten dat geclassificeerd is als ernstig ondervoed	19,0%	6,7%	12%	6,7%	12%	12%	
Worden kinderen gescreend op ondervoeding in de kliniek	Ja						> 9 - < 27%



Prestatie-indicatoren IGz 2010					2008	2009	2010	Norm
Behandeling ondervoeding	Beschikt u over een registratiesysteem	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	
	Is er een steekproef gedaan?	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	
	zo ja, populatiebeschrijving	nvt	alle kinderen <18 jaar opgenomen voor een klinische opname >2	alle kinderen <18 jaar opgenomen voor een klinische opname >2	alle kinderen <18 jaar opgenomen voor een klinische opname >2	alle kinderen <18 jaar opgenomen voor een klinische opname >2	alle kinderen <18 jaar opgenomen voor een klinische opname >2	
	steekproefgrootte	nvt	nvt	nvt	196	196	196	
	A. aantal opgenomen kinderen in 2008	1069	719	719	1305	1305	1305	
	B. Aantal kinderen bij opname gescreend op ondervoeding	967	719	719	904	904	904	
	C.aantal kinderen dat is geclassificeerd als ondervoed	55	33	33	55	55	55	
	Percentage 1 (B/A): percentage kinderen gescreend op ondervoeding	90,5%	100,0%	100,0%	69,3%	69,3%	69,3%	
	Percentage 2 (C/B): percentage kinderen dat geclassificeerd is als ondervoed	5,1%	4,6%	4,6%	4,2%	4,2%	4,2%	
								> 0 - < 20
Behandeling ondervoeding								
	Aantal ernstig ondervoede volwassen patiënten met een adequate eiwit inname op de vierde opnamedag, aantal op dag vijf opgenomen ernstig ondervoede volwassen patiënten	9	4	4	6	6	6	
	19-01-2010	2/2 = 100%	1/1 = 100 %	1/1 = 100 %	1/1 = 100%	1/1 = 100%	1/1 = 100%	
	16-04-2010	3/3 = 100%	1/1 = 100 %	1/1 = 100 %	0/0 = 100 %	0/0 = 100 %	0/0 = 100 %	
	15-07-2010	2/2 = 100%	1/1 = 100 %	1/1 = 100 %	1/1 = 100%	1/1 = 100%	1/1 = 100%	
	14-10-2010	2/2 = 100%	1/1 = 100 %	1/1 = 100 %	3/4 = 75%	3/4 = 75%	3/4 = 75%	
	A.Het aantal ondervoede kinderen met een adequate eiwitinname op de vierde opnamedag	1	1	1	2	2	2	
	B.Het aantal ondervoede kinderen met adequate energie inname op de vierde opnamedag	1	1	1	2	2	2	
	C. Aantal op dag 5 opgenomen ondervoede kinderen	1	1	1	2	2	2	



Prestatie-indicatoren IGz 2010		2010	2009	2008	Norm
	15-02-2010	0	100 % - 100 %	1/1 = 100% ; 1/1 = 100%	
	17-05-2010	1/1=100%	100 % - 100 %	0/0; 0/0	
	15-08-2010	0	100 % - 100 %	0/0; 0/0	
	17-11-2010	0	100 % - 100 %	1/1 = 100%; 1/1 = 100%	
Delirium					
Delirium beleid					
	Ziekenhuisbreed is een multidisciplinair protocol voor delirium aanwezig	Ja			
	Specifiek multidisciplinair protocol ICU voor delirium aanwezig	Ja			
	Gespecialiseerd personeel is aanwezig & 24 uur beschikbaar	Ja			
Risico op delirium					
	T: Aantal afdelingen waar > 80% patiënten >70 jr een risicoscore bij opname is vastgelegd	20			
	N: Aantal afdelingen waar op enig moment patiënten > 70 zijn opgenomen of pre-op gescreend	20			
	Percentage afdelingen > 80% gescreende patiënten	100%			
	Tabel risico delirium	structurele screening 2010	aantal gescreende pat met verhoogd risico 2010	opnames 70+ 2010	
	Polikliniek anesthesiologie	Ja	2270	3319	
	SEH	Ja	2367	5861	
	longziekten	Ja	628	1051	
	cardiologie	Ja	234	2577	
	hartbewaking	Ja	348	709	
	intensive care	Ja	38	182	
	chirurgie	Ja	1392	2173	
	orthopedie	Ja	888	1243	



Prestatie-indicatoren IGz 2010		2010	2009	2008	Norm
KNO	Ja	13	65		
Oogheelkunde	Ja	0	3242		
Dagbehandeling	Ja	587	9950		
Inwendige geneeskunde	Ja	1664	3307		
Psychiatrie	Ja	15	23		
Neurologie	Ja	667	828		
Gynaecologie	Ja	138	198		
Urologie	Ja	339	595		
Plastische chirurgie	Ja	8	205		
Kaak chirurgie	Ja		1		
Neurochirurgie	Ja	74	87		
Geriatric	Ja	1028	1028		
Totaal		12698	36644		
Delirium beleid					
T: Aantal patiënten dat met DOSS tenminste 1x geobserveerd is op delirium ongeacht uitkomst	36644				
N: Aantal patiënten bij wie op basis risicoscore sprake is van verhoogd risico aangevuld met patiënten waarbij delier op andere wijze is vastgesteld	12698				
Percentage patiënten verhoogd risico	35%				
Intensive Care					
Level-indeling van de IC	3	3	3		
Bij visitatie bevestigd?	Ja, 2008	ja, in 2008	ja, in 2005		
totaal aantal intensivisten	5,6	5,6	5,5		
bereikt deze formatie een 7x 24 uren beschikbaarheid voor de IC	Ja	Ja	ja		
Kwaliteitsvisiting gepland?	Ja, 2013				



Prestatie-indicatoren IGz 2010			2010	2009	2008	Norm
Beademingsuren						
Niet postoperatief						
	< 72 uur	aantal patiënten/aantal beademingsuren	1485/50= 29,7	7596/211=36,00	10128/222=45,62	
	72-120 uur	aantal patiënten/aantal beademingsuren	2932/40=73,30	7425/91=81,59	4944/52=95,07	
	> 120 uur	aantal patiënten/aantal beademingsuren	16989/71=239,28	23320/88=265	25848/84=307,71	
	Gemiddeld aantal beademingsuren niet postoperatief		114,09	127,53	152,53	< 147
Postoperatief						
	< 72 uur	aantal patiënten/aantal beademingsuren	3240/122=26,55	5076/141=36,00	138/3744=27,13	
	72-120 uur	aantal patiënten/aantal beademingsuren	3120/39=80,00	4977/61=81,59	19/1764=92,84	
	> 120 uur	aantal patiënten/aantal beademingsuren	10092/40=252,30	15312/58=264	40/11040=276,00	
	Gemiddeld aantal beademingsuren niet postoperatief		119,61	127,53	152,53	< 147
Kinderen < 16 jr						
	< 72 uur	aantal patiënten/aantal beademingsuren	18/1=18,00	0	0	
	72-120 uur	aantal patiënten/aantal beademingsuren		0	0	
	> 120 uur	aantal patiënten/aantal beademingsuren		0	0	
	Gemiddeld aantal beademingsuren kinderen < 16 jr		18	0,00	0	
	data aangeleverd aan database voor stichting NICE		Ja	Ja	ja	
	data voor NIVC kwaliteitsindicatoren		Ja	Nee	nee	
	data voor de MDS		Ja			
Oncologie						
MDO overleg mamma- en rectumcarcinoom						
	Mammacarcinoom vòòr start behandeling		Ja			
	Mammacarcinoom postoperatief		Ja			
	Rectumcarcinoom vòòr start behandeling		Ja			
	Rectumcarcinoom postoperatief		Ja			



Prestatie-indicatoren IGz 2010				2010	2009	2008	Norm
Mamma carcinoom							
Heeft de maatschap heelkunde een differentiatiebeleid voor mammacarcinoom				Ja	Ja	Ja	
T: Aantal chirurgen binnen de maatschap die één of meer chirurgische behandelingen aan mammacarcinoom patiënten verrichtte				6	7	6	
N: Aantal chirurgen in de maatschap				18	16	16	
Percentage differentiatie				33,3%	43,8%	37,5%	< 50
Aantal patiënten bij wie een mammacarcinoom chirurgisch is behandeld in het verslagjaar				233	268	nvt	
Irradicaliteit bij borstsparende ingreep							
T 1: Aantal patiënten bij wie kankerweefsel is achtergebleven na eerste lokale excisie van maligne mammatumor				11	18	28	
T 2: Aantal patiënten bij wie niet bekend is of kankerweefsel is achtergebleven na eerste lokale excisie van maligne mammatumor				0	0	0	
N: Totaal aantal patiënten met een eerste borstsparende operatie voor een maligne mammatumor				122	131	132	
Percentage irradicaal				9,00%	13,7%	21,2%	< 30 *nabon
Percentage irradicaal onbekend				0%	0,0%	0,0%	
Is de verslaglegging van het préoperatieve mamma MDO beschikbaar in ZIS of EPD?				Ja	Ja		
Is de verslaglegging van het postoperatieve mamma MDO beschikbaar in ZIS of EPD?				Ja	Ja		
Pancreas carcinoom							
Aantal patiënten waarbij Whipple of PPPD is uitgevoerd				19			



Prestatie-indicatoren IGz 2010					2008	2009	2010	2011	Norm
Coloncarcinoom									
	T: Aantal heroperaties < 30 dgn na een colorectale operatie		15		15				
	N: Totaal aantal eerste colorectale heroperaties		123		159				
	Percentage ongeplande heroperaties		12,2%		9,4%				
	T: Aantal chirurgische resecties v.e. colorectaal carcinoom waarvan gegevens zijn aangeleverd aan de DSCA		123		159				
	N: Totaal aantal chirurgische resecties v.e. colorectaal carcinoom		123		159				
	Percentage aangeleverd		100,0%		100,0%				
Blaascarcinoom									
	Is tenminste 1 patient ingebracht in landelijke database invasief blaascarcinoom		Ja						
Medicatieveiligheid									
	Aantal cystostatica bereidingen		9533		10808				11.199
	Aantal volledig ingevulde cystostatica formulieren		1135		1181				62
	Percentage volledige ingevulde formulieren		100%		100%				100%
	Heeft u een steekproef genomen		Nee		Nee				Ja
	Geeft een apotheker cytostaticabereidingen vrij voordat de cystostatica de apotheek verlaten		Ja		Ja				Ja
	Positionering prostaatca		Erasmus MC		Erasmus MC				
Hart en vaten									
AAA									
	Aantal patiënten waarbij een AAA operaties (ongeacht type of urgentie) is uitgevoerd		109		115				97
Sterfte na eerste administratief consult cardiologie									
	T: Totaal aantal patiënten van ≥ 70 jr. dat zich in 2009 bij de cardioloog heeft gepresenteerd voor een EAC en in 2009 zijn overleden		562		382				nvt
	N: Totaal aantal patiënten van ≥ 70 jr dat zich in 2009 bij de cardioloog heeft gepresenteerd voor een EAC		5685		4029				4029



Prestatie-indicatoren IGz 2010				2008	Norm
Percentage patiënten > 70 jr overleden in het jaar na eerste administratief consult (EAC) op de polikliniek cardiologie				9,9%	9,5%
<i>Stefte tijdens ziekenhuisopname na acuut myocard infarct</i>					
T: Totaal aantal patiënten < 65 jr overleden aan AMI tijdens ziekenhuisopname				3	6
N: Totaal aantal patiënten < 65 jr opgenomen voor AMI				203	185
Percentage patiënten < 65 jr overleden tijdens ziekenhuis opname voor AMI				1,5%	1,4%
T: Totaal aantal patiënten ≥ 65 jr overleden aan AMI tijdens ziekenhuisopname				9	25
N: Totaal aantal patiënten ≥ 65 jr opgenomen voor AMI				231	274
Percentage patiënten ≥ 65 jr overleden AMI overleden tijdens ziekenhuis opname voor AMI				3,9%	4,9%
PCI					
Aantal PCI's 2010				836	
Aantal cardiologen dat minimaal 1 PCI heeft uitgevoerd				4	
Aantal patiënten overleden tijdens ziekenhuisopname na PCI				10	
Percentage patiënten overleden tijdens ziekenhuisopname na PCI				1,20%	
Pacemaker implantatie					
Ta conventionele pacemakers				295	
Tb biventriculaire pacemakers				29	
Tc biventriculaire pacemakers met ICD functie				0	
Totaal aantal primaire pacemakerimplantaties				324	
Aantal interventies < 90 dgn na pacemaker implanatie of gerelateerde procedure				8	
Percentage interventies < 90 dgn na pacemaker implanatie of gerelateerde procedure				2,47%	



Prestatie-indicatoren IGz 2010					2008	2009	2010	Norm
CVA								
Thrombolyse								
A. Aantal patiënten met een herseninfarct dat binnen 1 uur na binnenkomst in het ziekenhuis behandeld met een trombolyse	62	53	30					
B. Aantal patiënten met herseninfarct later dan 1 uur, maar < 2uur na binnenkomst behandeld met trombolyse	13	12	55					
C. Alle patiënten met een herseninfarct behandeld met trombolyse	75	65	85					
Percentage 1 patiënten thrombolyse < 1 uur	82,67%	81,54%	35,29%					> 30.9 - < 97.4
Percentage 2 patiënten thrombolyse > 1 - < 2 uur	17,33%	18,46%	64,71%					
Percentage 3 (patiënten thrombolyse > 2 uur	0%	0%	0%					
Infectieziekten								
Ziekenhuisinfecties								
Surveilleert het ziekenhuis ziekenhuisinfecties	Ja	Ja	ja					
Incidentie surveillance via PREZIES, minimaal 1 x per jaar in één van de modules	Ja	Ja						
Postoperatieve wond infecties								
incidentiëmeting via Prezies	Ja	Ja	Ja					
hoeveel patiënten zijn geïncludeerd in de incidentiëmeting	1322	1517	1312					
hoeveel patiënten komen in aanmerking	1322	onbekend	1312					
Prevalentiëmeting via Prezies	Nee	nee	nee					
zijn n.a.v. de surveillance interventies gepleegd	Ja	ja	ja					
Hadden interventies het gewenste resultaat	Ja	ja	ja					
Lijnsepsis								
incidentiëmeting via Prezies	Ja	nee	ja					
hoeveel patiënten zijn geïncludeerd in de incidentiëmeting	215	nee	140					
hoeveel patiënten komen in aanmerking	215	nee	140					



Prestatie-indicatoren IGz 2010		2010	2009	2008	Norm
	Prevalentiemeting via Prezies	Nee	nee		
	zijn n.a.v. de surveillance interventies gepleegd	Ja	nee	ja	
	Hadden interventies het gewenste resultaat	Ja	nvt	ja	
Beademing gerelateerd pneumonieën					
	Incidentie of prevalentie via Prezies	Nee	nee	nee	
Blaaskatheter gerelateerde infecties					
	Incidentie of prevalentie via Prezies	Nee	Nee	nee	
Toelichting VAP: Eigen registratie middels complicatieregistratie Mediscor Toelichting bij Blaascath: Wijze van infectiepreventie zonder specifieke surveillance: het ziekenhuis heeft een beleid voor het voorkomen van infecties. Dit beleid staat beschreven in de ziekenhuisbrede protocollen van de afdeling Infectiepreventie. Het beleid wordt periodiek getoetst middels een audit. Het ziekenhuis heeft een regeling voor signalering, registratie en rapportage van ziekenhuisinfecties. De adviseurs infectiepreventie en leden van de commissie Infectiepreventie bewaken door middel van analyse van gegevens het infectiepreventiebeleid					
Community acquired pneumonia					
	Heeft u steekproef genomen	Ja			
	Populatiegrootte: N=	169			
	Selectiecriteria: Aselecte steekproef bij patiënten opgenomen via SEH met diagnose CAP > 18 jaar				
	T: Aantal patiënten met CAP die op SEH of < 4 uur na opname antibiotica toegediend hebben gekregen	453			
	N: Totaal aantal patiënten met CAP in 2010	453			
	Percentage patiënten met antibiotica toediening < 4 uur	100%			
Maag Darm Lever					
Endoscopie					
	Zijn er faciliteiten en een dienstensysteem teneinde 24 uur per dag interventie-endoscopie te kunnen verrichten	Ja			
	T: Aantal patiënten bij wie < 24 uur na opname voor acute bloeding proximale tractus dig. endoscopie plaatsvond	72			
	N: Aantal patiënten opgenomen wegens acute bloeding proximale tractus digestivus	81			
	Percentage endoscopien < 24 uur na opname voor acute bloeding	88,89%			



Prestatie-indicatoren IGz 2010		2010	2009	2008	Norm
Kwetsbare groepen					
Kindermishandeling					
	Is een gespecialiseerd Team kindermishandeling aanwezig	Ja			
	Team kindermishandeling komt minimaal 4 x p/j bijeen voor casuïstiekbespreking	Ja			
	Naast ziekenhuismedewerkers heeft vertrouwensarts AMK zitting inzake kindermishandeling	Ja			
	T: Aantal aangemelde kinderen met vermoeden kindermishandeling	126			
	N: Aantal 1e bezoeken aan poli- of klinische afdeling van kinderen < 18 jr	24872			
	Percentage vermoeden kindermishandeling bekend bij team kindermishandeling	0,51%			
Algemeen kwaliteitsbeleid					
Evaluatie functioneren medisch specialisten					
	Is het systeem van jaargesprekken tussen afdelingshoofd en individuele medisch specialist ingevoerd in het ziekenhuis?	Nee, zie IFMS	Nee, zie 21.2		
	In welke maand van welk jaar is het 1e gesprek volgens dit systeem gehouden?	Nee, zie IFMS	nvt		
	Is IFMS in volle omvang ingevoerd?	Ja	Ja		
	In welke maand van welk jaar is het 1e gesprek volgens dit systeem gehouden?	< 24 maanden geleden	2006		
	T: Het aantal medisch specialisten dat in de 24 maanden voorafgaand aan 31/12/09 aan minimaal 1 gesprek hebben deelgenomen	63	24		
	N: Het aantal medisch specialisten dat in de 24 maanden voorafgaand aan 31/12/09 werkzaamheden verricht heeft in de instelling	251	240		
	Percentage	25,10%	10,00%		



Prestatie-indicatoren IGz 2010				2010	2009	2008	Norm
	Heeft het ziekenhuis een regeling ingevoerd voor een mogelijk disfunctionerend medisch specialist?	Ja	Ja				
	Wordt deze regeling gebruikt, elke keer dat disfunctioneren van een medisch specilaist wordt vermoed?	Ja	Ja				
Complicatieregistratie							
Algemene chirurgie							
	Aanwezig in het ziekenhuis als zelfstandig functie	Ja	Ja	ja			
	Registratiesysteem	LHCR		Systeem gebaseerd op LHCR uit HAGA zh	idem als 2007		
	Gebruikt u de registratie voor bespreking in uw team	Ja, maandelijks	Ja, maandelijks	Ja, maandelijks	ja, maandelijks		
Anesthesiologie							
	Aanwezig in het ziekenhuis als zelfstandig functie	ja	ja	ja			
	Registratiesysteem	LCR NVA	LCR NVA	LCR NVA	LCR NVA		
	Gebruikt u de registratie voor bespreking in uw team	ja, maandelijks	ja, maandelijks	ja, maandelijks	ja, maandelijks		
Cardiologie							
	Aanwezig in het ziekenhuis als zelfstandig functie	Ja	Ja	Ja			
	Registratiesysteem	LCR NWVC	LCR NWVC	LCR NWVC	enige systeem gebaseerd op NIV		
	Gebruikt u de registratie voor bespreking in uw team	Ja, wekelijks	Ja, wekelijks	Ja, wekelijks	ja, wekelijks		
Dermatologie							
	Aanwezig in het ziekenhuis als zelfstandig functie	Ja	Ja	Ja			
	Registratiesysteem	ja, standaard van de NVDV	ja, standaard van de NVDV	ja, standaard van de NVDV	ja, standaard van de NVDV		
	Gebruikt u de registratie voor bespreking in uw team	ja, Ad hoc	ja, Ad hoc	ja, Ad hoc	ja, Ad hoc		
Dialyse							
	Aanwezig in het ziekenhuis als zelfstandig functie	ja					
	Registratiesysteem	Diamant/Renine					
	Gebruikt u de registratie voor bespreking in uw team	ja, maandelijks					



Prestatie-indicatoren IGz 2010		2010	2009	2008	Norm
Geriatricie					
	Aanwezig in het ziekenhuis als zelfstandig functie	Ja	Ja	ja	
	Registratiesysteem	LCR NVKG	LCR NIV	nee	
	gebruikt u de registratie voor bespreking in uw team	Ja, Ad hoc	Ja, Ad hoc	nee	
Gynaecologie					
	Aanwezig in het ziekenhuis als zelfstandig functie	Ja	Ja	ja	
	Registratiesysteem	ja,LCR fertiliteit; gynaecologie-registratie NVOG	ja,LCR fertiliteit; gynaecologie-registratie NVOG	ja,LCR fertiliteit; gynaecologie-registratie NVOG	
	Gebruikt u de registratie voor bespreking in uw team	ja, maandelijks	ja, maandelijks	ja, maandelijks	
Interne geneeskunde					
	Aanwezig in het ziekenhuis als zelfstandig functie	ja	ja	ja	
	Registratiesysteem	LCR/NIV	LCR/NIV	LCR/NIV	
	Gebruikt u de registratie voor bespreking in uw team	ja, maandelijks	ja, maandelijks	ja, maandelijks	
Intensive Care					
	Aanwezig in het ziekenhuis als zelfstandig functie	ja	ja	ja	
	Registratiesysteem	NICE	NICE	NICE	
	Gebruikt u de registratie voor bespreking in uw team	ja, maandelijks	ja, maandelijks	ja, maandelijks	
Interventie cardiologie					
	Aanwezig in het ziekenhuis als zelfstandig functie	ja			
	Registratiesysteem	LCR NWVC			
	Gebruikt u de registratie voor bespreking in uw team	Ja, wekelijks			
Kaakchirurgie					
	Aanwezig in het ziekenhuis als zelfstandig functie	ja	nee	ja	
	Registratiesysteem	eigen systeem	nvt	eigen systeem	
	Gebruikt u de registratie voor bespreking in uw team	ja, ad hoc	nvt	ja, ad hoc	
Keel neus en oorheelkunde					
	Aanwezig in het ziekenhuis als zelfstandig functie	ja	ja	ja	
	Registratiesysteem	CR NV-KVO	CR NV-KVO	CR, NV-KVO	
	Gebruikt u de registratie voor bespreking in uw team	ja, ad hoc	ja, ad hoc	ja, ad hoc	



Prestatie-indicatoren IGz 2010		2010	2009	2008	Norm
<i>Kindergeneeskunde</i>					
	Aanwezig in het ziekenhuis als zelfstandig functie	ja	ja	ja	ja
	Registratiesysteem	LCR NVK	LCR NVK	LCR NVK	LCR NVK
	Gebruikt u de registratie voor bespreking in uw team	ja, wekelijks	ja, wekelijks	ja, wekelijks	ja, wekelijks
<i>Klinische chemie</i>					
	Aanwezig in het ziekenhuis als zelfstandig functie	ja	ja	ja	ja
	Registratiesysteem	conform CCKL	conform CCKL	conform CCKL	conform CCKL
	Gebruikt u de registratie voor bespreking in uw team	ja, maandelijks	ja, maandelijks	ja, maandelijks	ja, maandelijks
<i>Klinische oncologie</i>					
	Aanwezig in het ziekenhuis als zelfstandig functie	ja	ja	ja	ja
	Registratiesysteem	LCR/NIV	conform CCKL	conform CCKL	conform CCKL
	Gebruikt u de registratie voor bespreking in uw team	ja, maandelijks	ja, maandelijks	ja, maandelijks	ja, maandelijks
<i>Klinische pathologie</i>					
	Aanwezig in het ziekenhuis als zelfstandig functie	ja	ja	ja	ja
	Registratiesysteem	conform CCKL	conform CCKL	conform CCKL	conform CCKL
	Gebruikt u de registratie voor bespreking in uw team	ja, maandelijks	ja, maandelijks	ja, maandelijks	ja, maandelijks
<i>Longziekten</i>					
	Aanwezig in het ziekenhuis als zelfstandig functie	ja	ja	ja	ja
	Registratiesysteem	LCR Longziekten	LCR Longziekten	eigen systeem, aangepaste versie gebaseerd op NIV registratie	eigen systeem, aangepaste versie gebaseerd op NIV registratie
	Gebruikt u de registratie voor bespreking in uw team	ja, wekelijks	ja, wekelijks	ja, wekelijks	ja, wekelijks
<i>Maag darm en leverziekten</i>					
	Aanwezig in het ziekenhuis als zelfstandig functie	ja	ja	ja	ja
	Registratiesysteem	LCR MDL	LCR MDL	eigen systeem, aangepaste versie gebaseerd op NIV registratie	eigen systeem, aangepaste versie gebaseerd op NIV registratie
	Gebruikt u de registratie voor bespreking in uw team	ja, wekelijks	ja, wekelijks	ja, wekelijks	ja, wekelijks



Prestatie-indicatoren IGz 2010		2010	2009	2008	Norm
<i>Medische microbiologie</i>					
	Aanwezig in het ziekenhuis als zelfstandig functie	ja	ja	ja	
	Registratiesysteem	conform CCKL	conform CCKL	conform CCKL	
	Gebruikt u de registratie voor bespreking in uw team	ja, maandelijks	ja, maandelijks	ja, maandelijks	
<i>Neonatologie</i>					
	Aanwezig in het ziekenhuis als zelfstandig functie	ja	ja	ja	
	Registratiesysteem	LCR NVK	LCR NVK	LCR NVK	
	Gebruikt u de registratie voor bespreking in uw team	ja, wekelijks	ja, wekelijks	ja, wekelijks	
<i>Neurochirurgie</i>					
	Aanwezig in het ziekenhuis als zelfstandig functie	ja	ja	ja	
	Registratiesysteem	eigen versie gebaseerd op LCR NVvN	eigen versie gebaseerd op LCR NVvN	eigen versie	
	Gebruikt u de registratie voor bespreking in uw team	ja, ad hoc	ja, ad hoc	ja, ad hoc	
<i>Neurologie</i>					
	Aanwezig in het ziekenhuis als zelfstandig functie	ja	ja	ja	
	Registratiesysteem	LCR NVN	LCR NVN	eigen versie	
	Gebruikt u de registratie voor bespreking in uw team	ja, ad hoc	ja, ad hoc	ja, ad hoc	
<i>Nucleaire geneeskunde</i>					
	Aanwezig in het ziekenhuis als zelfstandig functie	ja	ja	ja	
	Registratiesysteem	eigen versie SAVE meldingen	eigen versie SAVE meldingen	eigen versie	
	Gebruikt u de registratie voor bespreking in uw team	ja, maandelijks	ja, maandelijks	ja, maandelijks	
<i>Oogheelkunde</i>					
	Aanwezig in het ziekenhuis als zelfstandig functie	ja	ja	ja	
	Registratiesysteem	LCR CPO	LCR CPO	LCR NOG/CPO	
	Gebruikt u de registratie voor bespreking in uw team	ja, maandelijks	ja, maandelijks	ja, maandelijks	
<i>Orthopedie</i>					
	Aanwezig in het ziekenhuis als zelfstandig functie	ja	ja	ja	
	Registratiesysteem	OrVeCos	OrVeCos	OrVeCos	
	Gebruikt u de registratie voor bespreking in uw team	ja, ad hoc	ja, ad hoc	ja, ad hoc	



Prestatie-indicatoren IGz 2010		2010	2009	2008	Norm
<i>Plastische chirurgie</i>					
	Aanwezig in het ziekenhuis als zelfstandig functie	ja	ja	ja	
	Registratiesysteem	NVPC	NVPC	NVPC	
	Gebruikt u de registratie voor bespreking in uw team	ja, ad hoc	ja, ad hoc	ja, ad hoc	
<i>Psychiatrie</i>					
	Aanwezig in het ziekenhuis als zelfstandig functie	ja	ja	ja	
	Registratiesysteem	nee	nee	nee	
	Gebruikt u de registratie voor bespreking in uw team	ja, ad hoc	ja, ad hoc	ja, ad hoc	
<i>Radiodiagnostiek</i>					
	Aanwezig in het ziekenhuis als zelfstandig functie	ja	ja	ja	
	Registratiesysteem	landelijk	landelijk	landelijk	
	Gebruikt u de registratie voor bespreking in uw team	ja, maandelijks	ja, maandelijks	ja, maandelijks	
<i>Radiotherapie</i>					
	Aanwezig in het ziekenhuis als zelfstandig functie	ja	ja	ja	
	Registratiesysteem	EORTC-RTOG	EORTC-RTOG	In het ASz wordt een dependance voor de radio-therapie van het Erasmus Medisch Centrum gebouwd. Deze zal in 2010 geopend worden. Nu wordt er 2 dd per week een spreekuur radio-therapie gehouden door de radio-therapeuten van het EMC.	
	Gebruikt u de registratie voor bespreking in uw team	Ja, maandelijks	Ja, maandelijks	Ja	



Prestatie-indicatoren IGz 2010		2010	2009	2008	Norm
Reumatologie					
	Aanwezig in het ziekenhuis als zelfstandig functie	ja	ja	ja	
	Registratiesysteem	CR NIV	CR NIV	CR NIV	
	Gebruikt u de registratie voor bespreking in uw team	ja, ad hoc	ja, ad hoc	ja, ad hoc	
Revalidatie					
	Aanwezig in het ziekenhuis als zelfstandig functie	ja	ja	ja	
	Registratiesysteem	LKCR VRA	LKCR VRA	LKCR VRA	
	Gebruikt u de registratie voor bespreking in uw team	ja, maandelijks	ja, maandelijks	ja, maandelijks	
Urologie					
	Aanwezig in het ziekenhuis als zelfstandig functie	ja	ja	ja	
	Registratiesysteem	LCR NVU	LCR NVU	LCR NVU	
	Gebruikt u de registratie voor bespreking in uw team	ja, maandelijks	ja, maandelijks	ja, maandelijks	
Vaatchirurgie					
	Aanwezig in het ziekenhuis als zelfstandig functie	ja	ja	ja	
	Registratiesysteem	LHCR afgeleide systeem	LHCR afgeleide systeem	LHCR afgeleide systeem	
	Gebruikt u de registratie voor bespreking in uw team	ja, maandelijks	ja, maandelijks	ja, maandelijks	
Verloskunde					
	Aanwezig in het ziekenhuis als zelfstandig functie	ja	ja	ja	
	Registratiesysteem	VOKS-i	VOKS-i	VOKS	
	Gebruikt u de registratie voor bespreking in uw team	ja, maandelijks	ja, maandelijks	ja, maandelijks	
Apotheek					
	Aanwezig in het ziekenhuis als zelfstandig functie	ja	ja	ja	
	Registratiesysteem	eigen systeem / SAVE meldingen VMS medicatie-veiligheid	eigen systeem / SAVE meldingen VMS medicatie-veiligheid	eigen systeem en MIP meldingen en doen mee aan een pilot voor registratie foutmeldingen bij medicatie	
	Gebruikt u de registratie voor bespreking in uw team	ja, maandelijks	ja, maandelijks	ja, maandelijks	



Wetenschappelijke publicaties

Het Albert Schweitzer ziekenhuis verzamelt alle wetenschappelijke publicaties van 2010 in een boek. De publicatielijst van 2010 is indrukwekkend en bevat wetenschappelijke publicaties in nationale en internationale bladen. Het boek komt uit tijdens de wetenschapsdag in juni 2011.



Raad van Bestuur

Drs. L.L. Schoots (tot 1 maart 2010)
P. Eringa (v.a. 1 februari 2010)
Drs. J.M.M. Taks (v.a. 1 november 2010)

Bestuur Vereniging Medische Staf

R.J.M. van Leendert, voorzitter/penningmeester, internist
Mw. dr. G.S. Kooi, vice-voorzitter, gynaecoloog
P.A.Th. Carbaat, secretaris, neuroloog
H.J.R. Buijs, revalidatie-arts
Dr. W.L.E.M. Hesp, chirurg
B. Hylkema, orthopedisch chirurg
L.P.J.M. van Woerkens, cardioloog
Mw. R.H.P. Smit, ziekenhuisapotheker
K.L. So, anesthesioloog/intensivist
P.J.A. Ophof, radioloog
Mw. dr. M.J. Ten Holter, manager bureau VMS/CMS

Bestuur Coöperatie Vrijgevestigde Specialisten

Dr. W. van Gelder, voorzitter, arts klinische chemie (lid sinds 21 juni 2010, voorzitter per 25 oktober 2010)
Dr. M.D. Levin, secretaris, internist/hematoloog
P.H.M. van der Valk, penningmeester, radioloog
M. Frank, anesthesioloog/intensivist (lid sinds 25 oktober 2010)
C.B. IJsselstein, plastisch chirurg (lid sinds 25 oktober 2010)
Dr. J.H.N. Schram, gynaecoloog
R.P. Tutein Nolthenius, chirurg
H. Kerkhoff, neuroloog
P.J.M. Heesters, hoofd bureau Financiering
Mw. dr. M.J. Ten Holter, manager bureau VMS/CMS

M. Bijl afgetreden als voorzitter coöperatiebestuur 30 september 2010.

Stafafdelingen

D. Kraus, manager a.i. afdeling KV&I
Mw. F. Wietes-Smit, manager afdeling communicatie
Drs. P.C. Bos, manager Administratie Informatie & Control
Drs. J.J. Ensing, manager Personeel & Organisatie
Ir. J. Meijer, manager Huisvesting & Techniek
Mw. drs. A.D. Klaren, manager Leerhuis
R. Davids, manager a.i. afdeling I&A
Drs. P.J.M. Heesters, Bureau Financiering
Mw. mr. J. de Jong, secretaris Raad van Bestuur



Leden vereniging medische staf

Anesthesiologie

J.A. Aukes
J. van Barneveld
G.H. Beljaars
Mw. dr. L.T.M. Breimer
X. Falières
M. Frank
E.J.J.A.A. van Gorp
I. Gültuna
S. Hendriks
T. Inan
Mw. dr. A.W.M.M. Koopman-van Gemert
Mw. B. Kop
J. van Norden
Mw. V. Pepermans
Mw. B. Postema-van der Heijde
J.J. Schermer
Mw. A.M.J. Schyns-van den Berg
J. Sekulovic
K.L. So
G.A. Stamkot

Allergologie

Mw. dr. C. de Graaf-in 't Veld
Mw. dr. M. Borsboom-van Zonneveld

Cardiologie

M. Bijl
Dr. E.J. van den Bos
Dr. P.N.W.M. Breuls
A. Dirkali
Ph.W. Fels
A.H. Herweijer
Dr. A.J.J. IJsselmuiden
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

Chirurgie

Dr. J.A.M. Avontuur
W.F. Blom
J.M.H.F. Coenen
Dr. W.L.E.M. Hesp
M.T.C. 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
R.P. Tutein Nolthenius
Dr. P.A. Vegt
G.R. de Zeeuw

Dermatologie

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

Interne Geneeskunde

Mw. H.W.A. Berenschot
Dr. E.F.H. van Bommel
J. van den Bosch
Dr. A.J.M. Cleophas
D.R. Halkema
Dr. G.M.Th. de Jong
F.H.W. Kauw
Mw. dr. 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 Ouwkerk
H.H. Ponssen
Dr. P.J.H. Smak Gregoor
L.F. te Velde
Dr. A.C.M. van Vliet



Geestelijke verzorging

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

Geriatric

E.R. Groot
Mw. M.C. Meinardi
E.F.J. Meulen
Mw. M.E. Müller-Lauwaars

Gynaecologie/Verloskunde

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

Kaakchirurgie

N.G. Seckel

Keel-, Neus- en Oorheelkunde

Mw. dr A.M.L.C. Bischoff
Dr. J.F.C. van der Drift
M.O.W. Friebel
H.J.M.M. Keulen
Mw. W. Lok
M.F.M.A. van der Spek
H.F. Zaadnoordijk

Kindergeneeskunde

Mw. J.A. den Boer
Mw. M.H. Dekker-Maas
Mw. M.E. Doornbos
V.R. Drexhage
O.M. Graafland
Mw. M. de Jong
Mw. M.P. Koorevaar-den Breejen
A.C. de Mol
Mw. Y.M. Roosen
Dr. T.C.J. Sas
Mw. E.A. Smit-Kleinlugtenbeld

Mw. dr. G.M.S.J. Stoelhorst
Mw. A.W. Vriesman
Mw. K.M. Welborn
Mw. dr E.D. Wulffele-de Kleijn
Mw. Z. Yüksel

Klinische Chemie

Dr. P.B. Berendes
Dr. M.A. Fouraux
Dr. W. van Gelder
Dr. F.M. Verheijen
Dr. H.J. Vermeer
Dr.. J. Prins

Klinische Fysica

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

Longziekten

Dr. D. Cheung
Mw. N. Gerritsen
B.E.A. Hol
R. van Uffelen
J.P.L. Vincenten

MDL

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

Medische Microbiologie

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

Medische Psychologie

L.P.L.H. Cuijpers
Mw. E. Driessen
A. Huisman

Neurochirurgie

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



Neurologie

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

Orthopedie

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

Plastische chirurgie

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

Psychiatrie

Mw. M.Th. Derksen
A. Lemstra
Mw. M.L. Luteijn
N.W. Pesman
Mw. P.J.M. Schoof
S. Strietman

Radiologie

Mw. dr. J. Bakker
Dr. R.H.C. Bisschops
B.P.M. ter Braak
Mw. E.M.J. Brouwers-Kuyper
Dr. O. Elgersma
T.R. Hendriksz
H.F. Herfkens
J.P. de Jonge
Dr. 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

M.H. de Jager
Mw. B. van Schaeybroeck
I. Tchetverikov

Revalidatie

H.J.R. Buys
L.L. Lim

SEH-artsen

Mw. B. Dautzenberg
Mw. dr. C.M. Houser
T.B. Nanlohi
E. Oskam
W.R. van Straalen
P.J. Stuart
Mw. P.J.G. Tjon Kon Sang

Urologie

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

Ziekenhuisfarmacie

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



Buitengewone leden Medische Staf Albert Schweitzer ziekenhuis

Cardiologie

K. Külekci

Kinder- en jeugdpsychologie

C.C.H. van Ree

G.A.N.M. Wösten

Kindergeneeskunde

M.Y. Oosterhof

Klinische fysica

Dr. G.C. van Rhoon

Klinische genetica

J.M. Collée

Dr. J.A. Maat-Kievit

Pathologie

R.J. Heinhuis

G. van Ingen

J.L.M. Krijnen

M.C. Kuizinga

A.C.F. Makkus

Dr. C.M. Mooy

L.A. Noorduyt

T.M. Teune

P.J. Westenend

Poliklinische apotheker

N.E.G. van Bommel

P.C.G. Hupperetz

Psychiatrie

G. Faber

M.C.E. van Rooijen

Radiotherapie

Mw. I.M.N. de Pree

J.W.M. Mens

Mw. M.J.J. Olofsen-van Acht

Prof. dr. P.C. Levendag

Revalidatie

M.L. Rich



Commissies

Cliëntenraad

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

Ondernemingsraad

Naam	Functie binnen OR
H.M.T. Bos	voorzitter
D. Bosma-Honderd	
S.D. Boomsma	
W. Bot	
H.M.A. Damen	
J. Geerts-Platenburg	
J.W.M. Gijzen	
M.A.J. Hendriks-van Putten	
C.J. Hoogerwaard-Korll	secretaris
A. Jacobs-Heerlijn	
L. Kerpel	
B. Koetsier	
A. Korporaal	
M. Langendoen	
P. de Paauw	
D.F. Vroegh	
P. van Wingerden	



Diabetescommissie

Naam	Functie binnen Diabetescommissie
Dr. B.M. van Ouwerkerk, internist	voorzitter
Mw. J.M Kamperman, diabetesverpleegkundige	
Mw. L. Kort, bedrijfsleider alg interne/hematologie	
Mw. dr. R.M. Kiewiet, internist	
Mw. dr. M.W.J.C.Schoofs, internist	
Dhr. R.J.M. van Leendert, internist	
Dhr. F. Verheijen, klinisch chemicus	
Dhr.H. ten Voorde, hoofd bestuursondersteuning	
Dhr. J. Lamers, diabetesverpleegkundige	
Mw. S. van der Burgt, diabetesverpleegkundige	
Mw. S. van Beek, diabetesverpleegkundige	
Mw. T. van Opdorp, diabetesverpleegkundige	
Mw. I .Wolst, diabetesverpleegkundige	
Mw. M.M. van Grunsven, diabetesverpleegkundige	
Mw. T.H. Berghuis, dietist	
Mw. D. in 't Veld, dietist	
Dhr. R. Harmsen, podotherapeut	
Dr. A. Lemstra, psychiater	
Dhr. R. Boshoven, psch. verpleegkundige	
Mw. M. den Breeijen, kinderarts	
Dhr. T.H. Sas, kinderarts	
Dhr. B. Broeders, fysiotherapeut	
Mw. H.M.K. van Eck, secretaresse Diabetescentrum	

Commissie Ethiek

Naam	Functie binnen commissie Ethiek
B.M. van Ouwerkerk, internist	voorzitter
M. van As, afdelingshoofd	commissie lid
L. de Jong, seh verpleegkundige	commissie lid
L. Verdaas-van Dorp, verpleegkundige PAAZ	commissie lid
A. Breure, afdeling D3	commissie lid
J. de Jong, ziekenhuis juriste	commissie lid
M. de Waal, neuroloog	commissie lid
F. van den Elsen, persvoorlichter	commissie lid
A.C. de Mol, kinderarts-neonatalog	commissie lid
H.C. van den Ende, geestelijk verzorger	commissie lid
M. van Loon, 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	
Dr. H.M.E. Frénay, arts microbioloog RLM	commissielid
J.M.G. Keijman, arts microbioloog RLM	commissielid
D. Kraus, divisiemanager	commissielid
E.W. Mandl, orthopedisch chirurg	toehoorder
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. Steenbergen, teamleider anesthesie	commissielid (m.i.v. 1-10-2009)
T.A.G. Tijssen, ziekenhuisapotheker	voorzitter
E.D. Wulffele-de Kleijn, kinderarts	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
A.P. Bok, afdelingshoofd	M.J. Meilof, bedrijfsleider
A.D. Klaassen	J.H. Wijnja, bedrijfsleider
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 tot 1 augustus 2010
A. v. Houwelingen	
D.R. Halkema	
O. Elgersma, radioloog	
E. van der Linden, arbocoördinator	
A. Klaasen, operationeel manager (tot 1 oktober 2010)	waarnemend vice-voorzitter voor H.G. Dieleman
A.W.M.M. Koopman-van Gemert, anesthesioloog	
R.H.P. Smit, ziekenhuisapotheker	
E. Oskam (per september 2010)	voorzitter
P.R. Schütte	
N. van Wijngaarden, IC-verpleegkundige	secretariaat
C. de Deugd – de Korver	

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, afdelingshoofd ICU	
A. Wijnja, bedrijfsleider ICU	
J. Diks, arts-assistent chirurgie	
C. den Uil, arts-assistent interne geneeskunde	
H. Ponssen, intensivist	
A. Leeuwesteyn-Baas, IC-verpleegkundige	
H. Hagenaars, transplantatiecoördinator	

Oncologiecommissie Dagelijks bestuur

Naam	Functie binnen oncologiecommissie
P.W. Plaisier, chirurg,	voorzitter
J.J.E.M. Kitzen, internist-oncoloog	vice-voorzitter
A.C.G. van Hooren, beleidsadviseur	secretaris
G. van Ingen, patholoog	lid
L. Hofman, gynaecoloog	lid
Mw. C.A. van Iersel, beleidsmedewerker oncologie	lid

Secretariaat Oncologiecommissie

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



Naam	Functie binnen oncologiecommissie
------	-----------------------------------

Overige leden oncologiecommissie

J.A. Aukes, anesthesioloog
P.B. Berendes, arts klinische chemie
H.W.A. Berenschot, internist - hematoloog
D. van Amelsfoort - Gerritsen, coördinerend oncologieverpleegkundige interne
W.F. Blom, chirurg
A. ter Braak, radioloog
Mw. E. Driessen, klinisch psycholoog
Mw. A.S. den Besten - van Herk, mammacare verpleegkundige
Mw. R.H.P. Smit
Mw. L. Kort

Ad-hoc leden oncologiecommissie

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
Mw. M. Meinardi, geriater internist, per 1-2-2010
J.W.Mens, radiotherapeut Erasmus MC
Mw. M.J.J. Olofsen-van Acht, radiotherapeut Erasmus MC
R. Raaijmakers, uroloog, per 1-2-2010
W.M. Stomps, uroloog
F.P. Stook, plastisch chirurg
E.F.J. Meulen, geriater
A. Wils (diëtist)
D. Zemel, neuroloog

Voedingscommissie

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

L. te Velde, intensivist
M.E. van As, operationeel manager
W.L.E.M. Hesp, chirurg
A.W.M.M. Koopman-van Gemert, anesthesist/intensivist
Mw. S. Kortekaas, diëtist
L.M.M. Wolters, MDL-arts
Mw. A. Wils, diëtist



Samenstelling Medisch Specialisten Opleidingscommissie (MSOC)

Dagelijks Bestuur

Naam	Functie binnen MSOC
Dr. T.R. Hendriksz, radioloog, opleider Radiologie	Voorzitter
Mw. drs. A.D. Klaren, manager Leerhuis	Secretaris
Dr. M.J.M. Kofflard, cardioloog, opleider Cardiologie	Lid Dagelijks Bestuur
Dr. R.J. Oostenbroek, chirurg, opleider Chirurgie	Lid Dagelijks Bestuur
Mw. Drs. J.M.M. van de Ridder, onderwijskundige Leerhuis	Lid Dagelijks Bestuur
Mw. I. Juliana, stafmedewerker Leerhuis	Secretariaat

Leden MSOC

Naam
Dr. ir. J. Bosman, klinisch fysicus, opleider Klinische Fysica
Dr. D. Cheung, long-arts, beoogd opleider
Dr. S.K. Dekker, dermatoloog, beoogd opleider
Mw. dr M.T. Derksen, psychiater, opleider Psychiatrie
Mw. drs. H.G. Dieleman, ziekenhuisapotheker, opleider Ziekenhuisfarmacie
Mw. drs. E. Driessen, klinisch psycholoog/ psychotherapeut, opleider Klinische en GZ-psychologie
Mw. dr I. Frenay, medisch microbioloog, beoogd opleider
Drs. A. Huisman, klinisch psycholoog, voorzitter bibliotheekcommissie
Dr. H. Kerkhoff, neuroloog, opleider Neurologie
Dr. M. Kock, radioloog, voorzitter wetenschapscommissie
Dr. A.J. van Koeveringe, orthopeed, beoogd opleider
Mw. dr G.S. Kooi, gynaecoloog, opleider Gynaecologie
Mw. dr A.W.M.M. Koopman-van Gemert, anesthesioloog-intensivist, opleider Anesthesiologie
Dr. W. Lesterhuis, MDL- arts, opleider MDL
Dr. P.J. Westenend, patholoog, opleider Pathologie
Dr. T.C.J. Sas, kinderarts, beoogd opleider
Mw. A. Bischoff, KNO-arts, affiliatiecoördinator Erasmus MC
Dr. M. van der Spek, KNO-arts, beoogd opleider
Drs. J.M.M. Taks, lid Raad van Bestuur
Dr. P.A. Vegt, chirurg, opleider SEH
Dr. F.M. Verheijen, klinisch chemicus, opleider Klinische Chemie

Vanuit de Arts-Assistenten Vereniging:

M. Beex-Oosterhuis, ziekenhuisapotheker i.o.
 Dr. J. Riedl, klinische chemicus i.o.



Leden Wetenschapscommissie

Naam	Functie binnen de commissie	Functie
M. Kock	Voorzitter	Radioloog
M-D. Levin	Penningmeester	Internist-hematoloog
C. van Waardhuizen	Beleidsadviseur	Beleidsadviseur
E.Y. de Kruyf-Haksteen	Secretariaat	Secretaresse
A. Bisschoff	Leden	KNO-arts
E.F.H. van Bommel		Internist-nefroloog
R.P.M. Ceulen		Dermatoloog
A.J.M. Cleophas		Internist
R. van Hof		Medisch informatiespecialist
A.D. Klaren		manager Leerhuis
L.F.G. Krist		Anesthesioloog
P.W. Plaisier		Chirurg
J.M.M. van de Ridder		Onderwijskundig adviseur, Leerhuis
S. Rombout-de Weerd		Gynaecoloog
N. Swarte		Gynaecoloog
C.J. Sas/A.C.de Mol		Kinderarts
A. van der Velden		Arts-assistent SEH
P.J. Westenend		Patholoog
L.J.P.M. van Woerkens		Cardioloog
D. Zemel		Neuroloog
B. van den Berg		Klinische fysica
C. Houser		SEH
L. Cuijpers		Klinisch psycholoog
E. de Vogel		Apotheek
M. Fouraux		Klinische chemie



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
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
COPA	Contactpersonen Patiëntenvoorlichting
CR	Cliëntenraad
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 Voorschrijf Systeem
FB	Functiegerichtte budgettering
FTE	Fulltime Equivalent
FZO	Fonds Ziekenhuisopleidingen
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	Price Waterhouse 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
STZ	Stichting Samenwerkende Topklinische Ziekenhuizen
TOC	Theory of Constraints
TOSI	Training Obstetrische Spoedinterventie
VMS	Vereniging Medische Staf
WMCZ	Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen
WTZi	Wet Toelating Zorginstellingen





Colofon

Het jaardocument 2010 is een uitgave van het Albert Schweitzer ziekenhuis

E-mail: communicatie@asz.nl

Telefoon: 078-6541418

www.jaarverslag.asz.nl

Coördinatie

Pieter Bos

Eindredactie

Pieter Bos

Joan Voll

Redactie

Pieter Bos

Deni Kraus

Jolanda de Jong

Agnes Klaren

Marius Taks

Fennegien Wietjes

Druk

Artoos Communicatiegroep Nederland B.V.

juni 2011

