

Jaarverslag 2011

Het Jaarverslag 2011 is een uitgave van het **Albert Schweitzer ziekenhuis**



**Albert
Schweitzer**
ziekenhuis



Jaardocument 2011 Albert Schweitzer ziekenhuis

Inhoudsopgave

	Voorwoord Raad van Bestuur	2
1.	Uitgangspunten 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	27
	Vereniging Medische Staf – Stafbestuur	
	Ondernemingsraad	
	Verpleegkundig Advies Raad	
	Cliëntenraad	
4.	Beleid, inspanningen en prestaties	
4.1	Meerjarenbeleid / Strategievorming algemeen	38
4.2	Algemeen beleid	41
4.3	Algemeen kwaliteitsbeleid	53
4.4	Kwaliteitsbeleid ten aanzien van Patiënten/ Cliënten	64
4.5	Kwaliteit ten aanzien van medewerkers/ personeelsbeleid	77
4.6	Samenleving en Milieu	88
4.7	Financieel Beleid	96
5.	Jaarrekening	104
	Bijlagen	139
	Leerhuis	140
	Prestatie-indicatoren	144
	Wetenschappelijke publicaties	145
	Personalia	146
	Commissies	153
	Afkortingen	162
	Colofon	164



Voorwoord Raad van Bestuur

Beste lezer,

In deze zware tijden - en dan doelen we vooral op de financiële omstandigheden - kan een ziekenhuis nog altijd veel zichtbaar resultaat en voldoening behalen! Het zijn dan ook niet weinig successen, waarvan wij verslag doen in dit boekwerk. Welkom in ons Jaardocument 2011.

Het Albert Schweitzer ziekenhuis werd in het verslagjaar ruimschoots geprezen en gedecoreerd.

Zo ontvingen we - na een flinke inspanning - de heraccreditatie voor vier jaar van het NIAZ (Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg). Naar onze patiënten toe noemen wij dit, in klare taal: een diploma voor kwaliteit en veiligheid. We waren er zelfs zó trots op, dat we gebak hebben uitgedeeld aan patiënten en bezoekers in de hal van al onze locaties.

Toen kwam de STZ op bezoek (Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen). Na grondige inspectie van onze kennis, kunde en processen, kregen wij - met vlag en wimpel nota bene - het volwaardig lidmaatschap toegekend van dit ambitieuze samenwerkingsverband, waar we al vijf jaar lang aan geassocieerd waren en de vruchten van plukten. De 'echte' STZ-status verleent ons een nog grotere aantrekkingskracht op talentvolle professionals.

Weekblad Elsevier publiceerde in oktober zijn jaarlijkse onderzoek 'De Beste Ziekenhuizen' en plaatste ons op een zeer eervolle, gedeelde eerste plaats. Nog directer gezegd: we mochten ons plotseling het beste ziekenhuis van Nederland noemen. Dit succes overschaduwde grotendeels de teleurstelling van de 54e plaats in de AD Top 100, al heeft zo'n positie dan weer het voordeel dat je bruikbare verbeterpunten krijgt aangereikt.

Toen we dachten dat het bijna niet mooier kon, kwam de kers op de taart: de Nationale Patiëntveiligheid Award, uitgereikt door het VMS Veiligheidsprogramma. Een prijs waarmee wij werden beloond voor het aantoonbaar fors terugdringen van sterfte op verpleegafdelingen. Dankzij een ingenieuze denkwijze, in combinatie met strenge protocollen, herkennen wij veel eerder dan vroeger de vitaal bedreigde patiënt en de patiënt die kans heeft op ernstige sepsis.

Die twee laatste zinnen maken meteen glashelder dat diploma's en titels geen doelen op zichzelf zijn. Ze staan symbool voor iets anders: kwaliteit, veiligheid, betrokkenheid, professionaliteit en samenwerking. Met als doel een tevreden klant. Uiteindelijk draait alles om de patiënt, die zijn of haar gezondheid en welzijn aan ons toevertrouwt. Dat vertrouwen moeten we koesteren en nooit willen beschamen. Dit besef is de laatste jaren sterk gegroeid in alle geledingen van onze organisatie en het kan nog altijd verder groeien.

Was er dan niets moeilijk in 2011? Zeker wel. Er moesten ingrijpende stappen worden gezet op weg naar een gezondere organisatie, naar een ziekenhuis dat de juiste dingen, op de juiste plek, op het juiste moment doet. Concreet betekent dit: het herschikken van onze activiteiten over de locaties, om ook op de lange termijn tegen redelijke kosten te blijven werken en te voldoen aan de almaar strengere eisen van overheid en verzekeraars. Het



bundelen en verhuizen van activiteiten ligt per definitie gevoelig in lokale samenlevingen en bij medewerkers. Toch hebben we draagvlak gevonden voor een verantwoorde basis, die we in 2012 verder gaan uitwerken.

Het jaar 2011 konden we afsluiten met een positief financieel resultaat. Het speelveld blijft de komende jaren zeer krap, misschien krappere dan ooit tevoren. Vooruitkijkend, is de uitdaging voor 2012 om deze situatie met evenveel creativiteit en energie het hoofd te bieden als waarmee we onze successen hebben behaald in het voorbije jaar. 'Met hoofd, hart en ziel', zoals ons motto luidt. En met altijd de patiënt als uitgangspunt, in de hoop dat steeds meer mensen met overtuiging zeggen: 'Als ik dan tóch naar het ziekenhuis moet, dan graag én met een gerust hart naar het Albert Schweitzer ziekenhuis'.

Dank voor uw aandacht!

Dordrecht, mei 2012

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 met de publieke middelen is gebeurd.

Het Jaardocument 2011 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 en de Ondernemingsraad.

Het Albert Schweitzer ziekenhuis heeft zich bij het opstellen van het jaardocument laten leiden door Bijlage 2 van de Regeling Verslaggeving WTZi, waarbij gebruik is gemaakt van de indeling van het voorbeeld Jaardocument 2011 zoals dit door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de sector is beschikbaar gesteld. Hiermee worden alle hoofdonderwerpen uit bijlage 2 behandeld. Voor zover in dit verslag subonderdelen of nadere detaillering uit bijlage 2 ontbreken, zijn deze voor het Albert Schweitzer ziekenhuis hetzij niet van toepassing, hetzij geen onderwerp van specifiek beleid. Betrouwbaarheid van informatie is afhankelijk van een goede bronregistratie en eenduidige definities.

Het Jaardocument is onder coördinatie van enkele medewerkers van de Stafafdelingen tot stand gekomen in de periode januari 2012 tot en met mei 2012. Na een inventarisatie van onderwerpen voor het Jaardocument, zijn inhoudelijk deskundigen in de organisatie 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 2011.

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: www.jaarverslag.asz.nl. Het Jaardocument en de jaarrekening staan tevens op de site www.jaarverslagenzorg.nl.



2. Profiel van de organisatie

2.1 Algemene identificatiegegevens

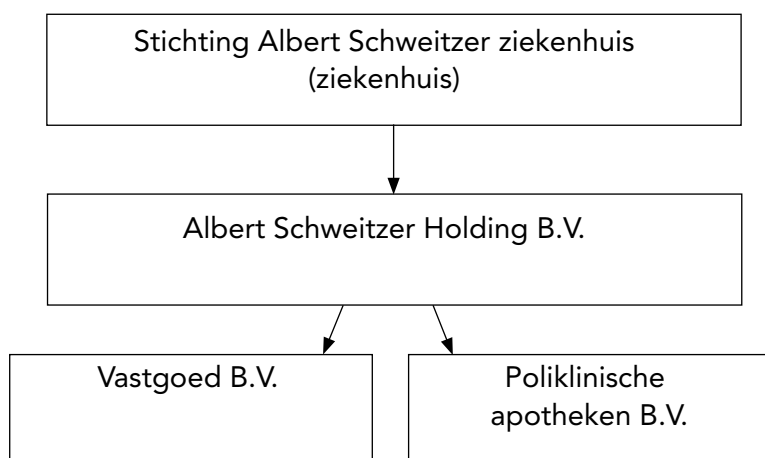
Naam verslagleggende rechtspersoon	Albert Schweitzer ziekenhuis
Adres	Albert Schweitzerplaats 25 (locatie Dordwijk)
Postcode	3300 AK
Plaats	Dordrecht
Telefoonnummer	078 654 11 11
Identificatienummer(s) Nza	101808
Nummer Kamer van Koophandel	23091362
E-mailadres	Communicatie@asz.nl
Internetpagina	www.asz.nl

2.2 Structuur van het concern

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

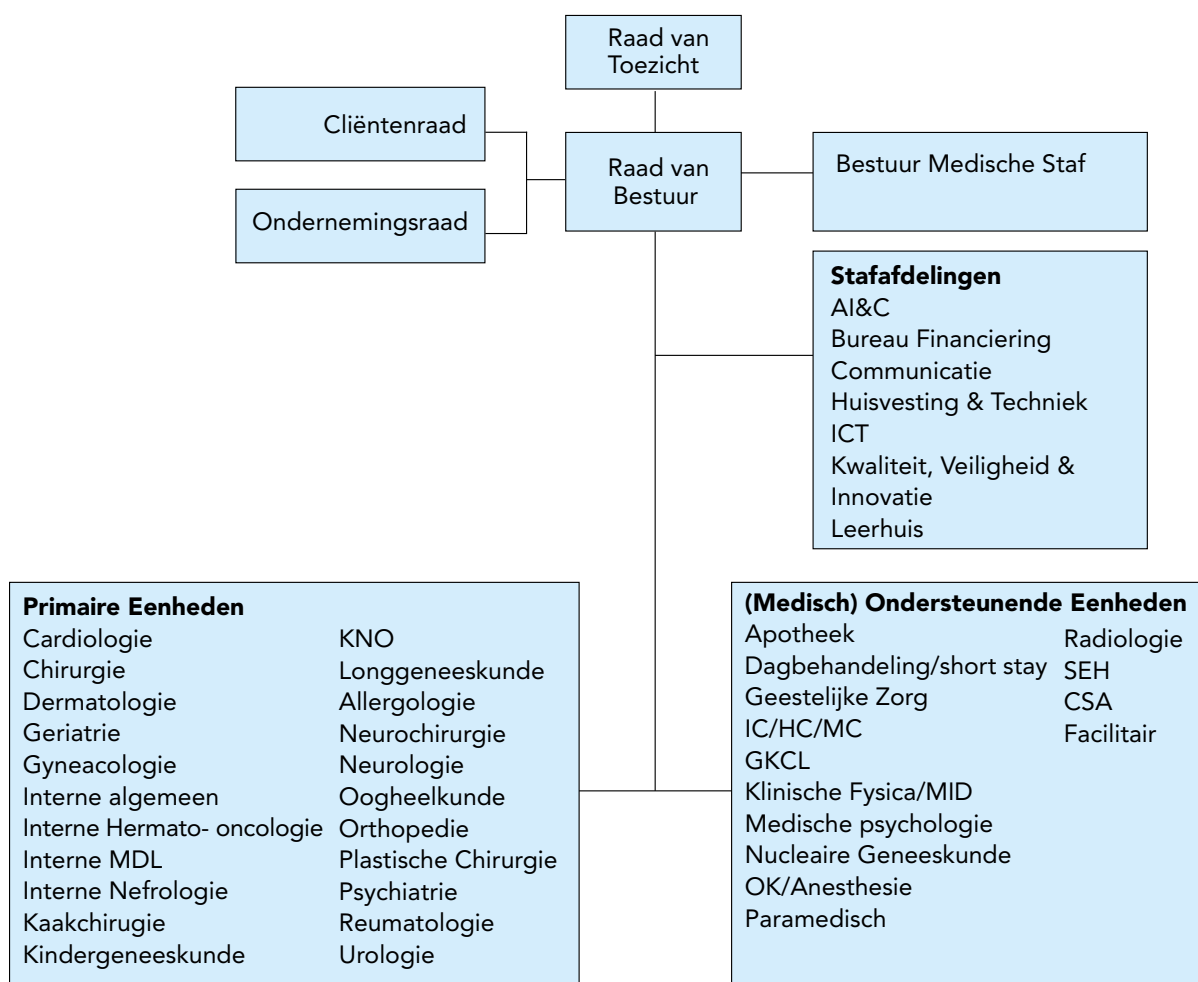
In 2006 is onder de Stichting een Holding opgericht (Albert Schweitzer Holding B.V.). Onder de Holding bevindt zich – eveneens sinds 2006 – de Albert Schweitzer Vastgoed B.V. Dit is de rechtspersoon waarbinnen het vastgoedbeheer van het Gezondheidspark Dordrecht plaatsvindt. In mei 2009 is de B.V. Poliklinische Apotheken, als rechtspersoon onder de Albert Schweitzer Holding B.V., opgericht.

Juridische structuur:



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, de Verpleegkundige Adviesraad 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 een samenwerkingsconvenant van kracht tussen de Raad van Bestuur en het Dagelijks Bestuur VMS. 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 in het Albert Schweitzer ziekenhuis extra aandacht voor opleiden. Het ziekenhuis is dan ook trots op dat het een 'teaching hospital' (opleidingsziekenhuis) is. Op 23 september 2011 heeft het Albert Schweitzer ziekenhuis officieel de status ontvangen van volwaardig lid van de Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen (STZ). 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. Begin juni 2011 is van NIAZ het bericht ontvangen dat het Albert Schweitzer ziekenhuis de vervolgaccreditering op basis van de Kwaliteitsnorm Zorginstelling 2.1 heeft behaald.

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 2010 laat het in 2011 een stijging zien van het aantal EPB's (2,5%), dagbehandelingen (1,0%), opnamen (2,3%) en verpleegdagen (1,8%).

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

	Realisatie 2010	Realisatie 2011	Groei t.o.v. Realisatie 2010
1 ^e Polibezoeken	200.747	205.782	5.035 (2,5%)
Dagopnamen	39.523	39.899	376 (1%)
Opnamen	31.681	32.419	738 (2,3%)
Verpleegdagen	172.287	175.341	3.054 (1,8%)
Gem. verpleegduur in dagen	5.44	5.41	- 0.03 (-0,6%)



Overige kerngegevens	Antwoordcategorie
Capaciteit	Aantal
Aantal beschikbare bedden/plaatsen voor klinische capaciteit en dag-/deeltijdbehandeling per einde verslagjaar	675
Waarvan hartbewaking-bedden	12
Waarvan IC met beademing-bedden	8
Waarvan IC zonder beademing-bedden	6
Waarvan PAAZ-bedden	24
Productie	Aantal
Aantal in verslagjaar geopende DBC's	286.095
Waarvan DBC-GGZ in PAAZ	2314
Waarvan medisch specialistische zorg, uitgesplitst in:	
Aantal in A-segment (tarieven Nza)	208.342
Aantal in B-segment (vrije prijzen)	77.753
Aantal in verslagjaar gesloten DBC's	285.096
Waarvan DBC-GGZ in PAAZ en PUK	2.100
Waarvan medisch-specialistische zorg, uitgesplitst in:	
Aantal in A-segment (tarieven Nza)	208.171
Aantal in B-segment (vrije prijzen)	76.925
Aantal in verslagjaar aan verzekeraar in rekening gebrachte overige en ondersteunende producten – O(VP)'s -, waaronder verrichtingen op verzoek van de eerste lijn	3.460.575
Aantal in verslagjaar aan verzekeraar in rekening gebracht overige trajecten en verrichtingen	1.339.710
Aantal in verslagjaar uitgevoerde operatieve verrichtingen in curatieve zorg excl. GGZ-DBC's in PAAZ en PUK (=som van zorgactiviteiten in DBC-zorgactiviteitentabel behorend tot zorgprofielklasse operatieve verrichtingen; ontleend aan ziekenhuisinformatiesysteem, niet uit DIS	402.564
Aantal klinische opnamen in verslagjaar	32.659
Waarvan opnamen PSY (PAAZ en PUK)	240
Aantal ontslagen klinische patiënten in verslagjaar	32.734
Aantal eerste polikliniekbezoeken in verslagjaar	206.485
Waarvan eerste poliklinische contacten PSY (PAAZ en PUK)	703
Alle overige polikliniekbezoeken in het verslagjaar	365.202
Waarvan overige poliklinische contacten in PAAZ en PUK	11.254
Aantal dagverplegingsdagen (normaal en zwaar) of deeltijdbehandelingen in verslagjaar	39.899
Waarvan psychiatrische deeltijdbehandelingen in PAAZ en PUK	3.591
Aantal klinische verpleegdagen in verslagjaar (inclusief verkeerde bed)	182.653
Waarvan klinische verpleegdagen in PAAZ en PUK	7.312
Waarvan verkeerde-bed-dagen	751



Personeel	Aantal
Aantal personeelsleden in loondienst exclusief medisch specialisten per einde verslagjaar	3.923
Aantal FTE personeelsleden in loondienst exclusief medisch specialisten per einde verslagjaar	2.578
Aantal medische specialisten (loondienst + inhuur + vrij beroep) per einde verslagjaar	243
Aantal FTE medische specialisten (loondienst + inhuur + vrij beroep) per einde verslagjaar	210
Bedrijfsopbrengsten	Bedrag in euro's
Totaal bedrijfsopbrengsten verslagjaar	€ 269.482.982
Waarvan wettelijk budget voor aanvaardbare kosten	€ 159.616.485
Waarvan overige bedrijfsopbrengsten	€ 109.866.497

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 in o.a. Stichting Drechtzorg. Wil het Albert Schweitzer ziekenhuis blijven groeien, dan is een goede samenwerking met de verschillende ketenpartners van groot belang. Hierbij staat keuzevrijheid van de patiënt centraal.

Huisartsen

In 2011 is het bestuurlijk overleg huisartsen Albert Schweitzer ziekenhuis tweemaal bijeen geweest. De samenstelling is in 2011 gewijzigd. Vanuit de huisartsen zijn nu zes huisartsen lid van het bestuurlijk overleg, waardoor de vertegenwoordiging vanuit de huisartsen beter is gewaarborgd. Dit zijn vooral de vertegenwoordigers vanuit de verschillende delen van ons adherentiegebied. Verder is een afvaardiging aanwezig van het LHV bestuur Zuidwest Nederland. In dit overleg wordt de strategische agenda behandeld. Ook het bestuur van de Vereniging Medische Staf participeert in dit overleg met huisartsen.

In 2011 zijn vanaf mei zeven nascholingsavonden georganiseerd door Bureau Huisartsencontacten in nauwe samenwerking met het Leerhuis met een gemiddelde waardering van een 8 en een aanwezigheid van ongeveer 60 huisartsen.

Verder hebben 14 vakgroepen hun specifieke verwijsaanbod opgenomen in ZorgDomein. Dit aanbod is samen met de huisartsen tot stand gekomen. Het gaat hierbij om het digitaal verwijzen van patiënten naar het ziekenhuis. Daarnaast worden verschillende coöperaties van huisartsen in het adherentiegebied ondersteund met de uitvoering van de behandeling van chronisch zieken.



De afdeling Communicatie ondersteunt de relatie met de huisartsen door een maandelijks digitale nieuwsbrief uit te brengen voor verwijzers. Enkele huisartsen uit de regio zijn in het najaar 2011 betrokken geweest bij de strategieontwikkeling en locatieprofilering van het ziekenhuis. Daarnaast is een eigen extranet op de website www.asz.nl.

Stichting Drechtzorg

In 2011 is eveneens een actieve bijdrage geleverd aan de Stichting Drechtzorg. Deze ketenorganisatie is een samenwerkingsverband van 29 zorgaanbieders in de regio. Stichting Drechtzorg is mede verantwoordelijk voor een aantal samenwerkingstrajecten, zoals de wondzorg, het netwerk palliatieve zorg, de dementieketen en de CVA-zorgketen. Samen met de andere ketenpartners heeft het Albert Schweitzer ziekenhuis de gegevens voor de landelijke benchmark van de CVA-zorgketen verzameld.

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

Samenwerkingspartner	
Huisartsen	Stichting PAL Dordrecht (diagnostiek)
Regionale Huisartsenpost Drechtsteden	Stichting Bloedbank
Eerstelijns zorgaanbieders in Ridderkerk	Stichting RLM
Eerstelijns zorgaanbieders in Strijen	Stichting Rijndam
GGD-Zuid Holland Zuid	Stichting Drechtzorg
Rivas Zorggroep	Erasmus MC Rotterdam (spreekuur klinische genetica/radiotherapie/interventiecardiologie/PCI)
Erasmus Medisch Centrum Rotterdam	Stichting Down Syndroom Team Drechtsteden
Vereniging Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen	Stichting Ircas
Integraal Kankerinstituut Rotterdam	Dienstapotheek Drechtsteden
Stichting De Grote Rivieren	Gemeenteziekenhuis Orastie, Roemenië
Academisch Ziekenhuis Moldavië	Diakonessenhuis Paramaribo
Thuiszorgorganisaties Aafje, Internos, Rivas-thuiszorg	Stichting Unie van Vrijwilligers
Stichting Parkhuis	GGD
Politie/Justitie	
Penitentiare Inrichting Dordtse Poorten	Gemeente Dordrecht
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	ROC DaVinci College Dordrecht
ROC Hoornbeeck College Rotterdam	Hogeschool Rotterdam
Christelijke Hogeschool Ede	Admiraal De Ruyter Ziekenhuis
Ikazia Ziekenhuis	



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 eerder 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 afstemming plaats tussen de Cliëntenraad van het ziekenhuis en Zorgbelang. In 2011 had de Raad van Bestuur van het Albert Schweitzer ziekenhuis viermaal een overlegvergadering met de Cliëntenraad, eenmaal vond 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 hiervoor het separate verslag van de Cliëntenraad in hoofdstuk 3.

In samenwerking met patiëntenverenigingen, organiseerde het Albert Schweitzer ziekenhuis in 2011 weer verschillende gezamenlijke voorlichtingsbijeenkomsten. In overleg wordt gekeken naar de behoefte van de patiëntenvereniging en hun achterban.

2.4.3 Dialoog toezichthouder

De prestatie-indicatoren van de basisset IGZ van het Albert Schweitzer ziekenhuis worden jaarlijks aan de Inspectie gerapporteerd en gepubliceerd op de website www.ziekenhuizen transparant.nl en www.asz.nl. Met de Inspectie voor de Gezondheidszorg is in 2011 intensief contact onderhouden. De Inspectie is in het jaargesprek en tussentijds op de hoogte gesteld van een aantal gebeurtenissen die zich binnen het ziekenhuis hebben 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 kapitaalverschaffer

Met de kapitaalverschaffers vindt periodiek overleg plaats. Tussentijds vinden bilaterale overleggen plaats. Jaarlijks komt hierbij de solvabiliteitsontwikkeling voor de langere termijn ter sprake op basis van een meerjarendoorkijk, 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. Hieronder worden 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 is 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). 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.

Gedragscode 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 en behandelaars. 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 en vastgesteld na een interne instemmings-/adviesprocedure. In 2011 is een publieksversie verschenen voor medewerkers en medisch specialisten en werd door middel van een symposium, georganiseerd door de Commissie Ethiek, aandacht besteed aan de inhoud van de code. 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 kennis en ervaring in de zorgorganisatie 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 overeenkomstig de governancecode 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 in 2011 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 in het verslagjaar reguliere afstemmingsoverleggen geweest 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 2011 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 2011 is te kenmerken als een dynamisch en succesvol jaar voor het Albert Schweitzer ziekenhuis. Het ziekenhuis heeft moeten inspelen op 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. De Raad van Toezicht bedankt alle medewerkers en medisch specialisten voor hun inspanningen en het behaalde resultaat in 2011.

3.1.3 Toezicht en informatievoorziening - informatieprotocol

In zes reguliere vergaderingen vervulde de Raad van Toezicht zijn toezichthoudende rol in 2011. 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. Ook in 2011 was onderdeel van de reguliere vergaderingen de schriftelijke voortgangsrapportage van de Raad van Bestuur aan de Raad van Toezicht over diverse onderwerpen en de vaste thema's: Kwaliteit, Organisatie, Financiën, Personeel, ICT en Publiciteit / imago.

3.1.4 Kwaliteit en veiligheid

De Raad van Toezicht heeft ook in 2011 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 leden, die als doel heeft het monitoren van aspecten van kwaliteit en veiligheid. De Kwaliteitscommissie kwam in 2011 tweemaal bijeen en voert periodiek gesprekken met de Raad van Bestuur. Bij de vergaderingen van de Kwaliteitscommissie zijn de manager en de medisch manager van de afdeling Kwaliteit, Veiligheid en Innovatie aanwezig. De Raad van Toezicht is in 2011 door de Raad van Bestuur op hoogte gesteld van het toezicht door de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de genomen c.q. de in gang gezette verbetermaatregelen in de organisatie. Het onderwerp kwaliteit en veiligheid is een vast agendapunt in de vergaderingen van de Raad van Toezicht.

3.1.5 Organisatieontwikkeling

In 2010 hebben interne veranderingen en heeft de ontwikkeling van de eenhedenstructuur plaatsgevonden. De doorontwikkeling naar Resultaat Verantwoordelijke Eenheden blijft een belangrijk thema. De evaluatie van de eenhedenstructuur werd in 2011 besproken met de Raad van Toezicht. De Raad van Toezicht volgt deze organisatieontwikkeling met veel belangstelling en is hierover door de Raad van Bestuur steeds uitvoerig geïnformeerd.

3.1.6 Strategie en locatieprofilering

De Raad van Toezicht is in 2011 door de Raad van Bestuur geïnformeerd over het traject en de voortgang om te komen tot strategische keuzen en invulling van de profielen van de ziekenhuislocaties.

3.1.7 Financiële positie ziekenhuis

Het financieel resultaat en de sturing hierop 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. In 2011 werd een plan van aanpak besproken voor het opzetten van een systeem voor integraal risicomanagement en werden afspraken gemaakt over het twee keer per jaar rapporteren aan de Raad van Toezicht met behulp van risico-analyses.



3.1.8 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, de ver-/nieuwbouw. Met de realisatie en de uitstraling van het Gezondheidspark wordt groei van omzet en adherentievergroting verwacht. De focus ligt nu op de midlife-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.

3.1.9 Continuïteit van toezicht en bestuur

In 2011 zijn geen wijzigingen in de samenstelling van de Raad van Toezicht geweest. Voorbereidingen zijn getroffen voor het invullen van de vacature per 1 januari 2012 vanwege het aftreden van de heer H. Kröber. De heer Kröber is - na twee zittingsperiode - niet meer herbenoembaar. Eind 2011 is daarom gestart met de werving en selectie van een opvolger. De werving en selectie vond plaats met behulp van een extern wervingsbureau. De Cliëntenraad van het Albert Schweitzer ziekenhuis heeft hier een bindende voordracht voor gedaan. Per 13 februari 2012 is mevrouw drs. M.M.J. Kamsma MBA/MBI benoemd tot lid van de Raad van Toezicht. In 2011 waren geen wijzigingen in de samenstelling van de Raad van Bestuur.

3.1.10 Reglement Raad van Toezicht

Sinds 2009 is een reglement aanwezig voor de Raad van Toezicht. Hierin zijn onderwerpen als werkwijze, samenstelling en verantwoordelijkheden vastgelegd. Het reglement is in 2011 geëvalueerd en opnieuw door de Raad van Toezicht vastgesteld.

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 ultimo 2011

De Raad van Toezicht bestaat momenteel uit zes leden. 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.



Naam	Aandachtsgebied	Hoofd- en nevenfuncties
Woudenberg, ir. G.J.	Lid / voorzitter Raad van Toezicht	Voorzitter Raad van Commissarissen Stadsherstel Historisch Rotterdam N.V. Voorzitter Raad van Commissarissen Synbra Holding B.V. Lid bestuur Raad van Toezicht Stichting Nederlandse Bouwregatta Lid bestuur Stichting TBI / Stichting TBI Fundatie Lid bestuur Delft Chamber Music Festival
Kröber, dr. H.R.Th.	Lid Raad van Toezicht, vice-voorzitter	Voorzitter Raad van Bestuur Stichting Pameijer tot 1 oktober 2011 Bestuur Stichting Mozaïk (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	Hoogleraar vaatchirurgie VUMC Amsterdam (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 Lid Raad van Commissarissen MerwedeLingeLijn Beheer B.V.
Reuling, mw. mr. S.R.	Lid Raad van Toezicht	Partner Reuling Schutte De Waard 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	7	02-02-2004	01-01-2012	Voordracht Cliëntenraad Lid auditcommissie Lid remuneratiecommissie Vice voorzitter RvT
Drs. M.J.H. Jetten RA	7	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	7	25-09-2006	01-01-2014	Lid kwaliteitscommissie
Mw. mr. S.R. Reuling	6	01-01-2010	01-01-2018	Voordracht Ondernemingsraad Lid remuneratie-commissie

Scholing - ontwikkeling leden Raad van Toezicht

Nieuwe leden van de Raad van Toezicht wordt een uitgebreid introductieprogramma in het ziekenhuis aangeboden. Dit introductieprogramma bestaat uit kennismakingsgesprekken en het bezoeken van ziekenhuisafdelingen op de diverse locaties.

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 erop 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 2011 kwamen onderwerpen aan bod als:

- Financiële positie / bedrijfsvoering / planning- & controlcyclus
- Kwaliteit en veiligheid
- Strategie & locatieprofilering
- Bouw en huisvesting
- Eenhedenstructuur / organisatieontwikkeling
- Integraal Risicomanagement



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 2011. De Raad van Toezicht onderstreept het belang van de goede contacten met deze stakeholders in het ziekenhuis en heeft deze gesprekken in 2011 als zeer waardevol en informatief ervaren.

Evaluatie functioneren Raad van Toezicht - Raad van Bestuur

Ook het eigen functioneren van de Raad van Toezicht heeft aandacht gehad in 2011. Op 19 oktober 2011 vond een evaluatie plaats van het functioneren van de Raad van Toezicht. Met de leden van de Raad van Bestuur hebben op 3 december 2011 functioneringsgesprekken plaatsgevonden. Van deze gesprekken wordt 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 2011.

Verslag van de Kwaliteitscommissie

Sinds 2009 heeft de Raad van Toezicht 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. J.A. Rauwerda (voorzitter) en de heer 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. In 2011 kwam de Kwaliteitscommissie tweemaal bijeen in aanwezigheid van een lid van de Raad van Bestuur en 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 in 2011 zitting hebben in de Auditcommissie zijn de heer M.J.H. Jetten (voorzitter) en de heer H.R.Th. Kröber (lid).

De Auditcommissie is in 2011 tweemaal bijeen geweest. Besproken werden:

- jaarrekening / Jaardocument ;
- managementletter 2010;
- kaderbrief / begroting 2012;
- risicomanagement;
- managementrapportages (bedrijfsvoering);
- financieel meerjareninvesteringsbeleid.

De Raad van Toezicht is in 2011 geïnformeerd en heeft gesproken over de productie en de exploitatie van het Albert Schweitzer ziekenhuis. Door de Auditcommissie is in de vergadering van 23 mei 2011 - in aanwezigheid van de accountant en Raad van Bestuur - de jaarrekening 2010 en het accountantsverslag 2010 gepresenteerd, waarna de jaarrekening 2010 is goedgekeurd. De Raad van Toezicht vergadering van 31 oktober 2011 stond in het teken van de kaderbrief 2012. Het plan van aanpak voor de begroting 2012 (fase 1) werd goedgekeurd in de vergadering van 6 december 2011.

Verslag van de Remuneratiecommissie

De Raad van Toezicht heeft een Remuneratiecommissie ingesteld, die bestaat uit de heer G.J. Woudenberg, de heer H.R.Th. Kröber en mevrouw S. Reuling. Sinds 2009 is 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 kwam in 2011 tweemaal bijeen. Er werden voortgangsgesprekken en functioneringsgesprekken (3 december 2011) gevoerd met de beide leden van de Raad van Bestuur en hierover werd teruggekoppeld aan de voltallige Raad van Toezicht. De Remuneratiecommissie heeft in het najaar 2011 voorbereidingen getroffen voor het invullen van de vacature van de heer H. Kröber per 1 januari 2012.

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.



3.1.11 Samenstelling Raad van Bestuur & Nevenfuncties

Het Albert Schweitzer ziekenhuis heeft een tweehoofdige Raad van Bestuur. De leden van de Raad van Bestuur worden benoemd door de Raad van Toezicht.

Naam	Aandachtsgebied	Relevante Nevenfuncties
P. Eringa	Voorzitter Raad van Bestuur (vanaf 1 februari 2010)	Bestuur Stichting PAL - voorzitter Bestuur RLM - voorzitter Raad van Toezicht Stichting Avelijn - voorzitter
Drs. J.M.M. Taks	Lid Raad van Bestuur (vanaf 1 november 2010)	Raad van Toezicht stichting VSBO te Dongen/Oosterhout - lid CZO – bestuurslid VSAPGZ – bestuurslid Stichting Drechtzorg - voorzitter

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.

Verslag Raad van Bestuur

Belangrijke ontwikkelingen die in 2011 voor besluitvorming in aanmerking kwamen, betroffen de oprichting en de installatie van de Verpleegkundige Adviesraad (VAR). De VAR van het ziekenhuis is een zelfstandig functionerend orgaan, dat gevraagd en ongevraagd, op projectbasis en continu de Raad van Bestuur adviseert ten aanzien van verpleegkundige zorginhoudelijke aangelegenheden met betrekking tot strategisch en/of afdelings-overstijgend beleid van het ziekenhuis.

Ook de doorontwikkeling van de eenhedenstructuur en de voorbereiding van de besluiten rondom de strategische keuzen op hoofdlijnen en de locatieprofilering hadden in 2011 de aandacht van het bestuur. Een selectie van het aantal besluiten die de Raad van Bestuur in 2011 nam, is hieronder weergegeven:



Financiën

- Begroting 2011/ investeringsbegroting 2011
- Jaarrekening en Jaardocument 2010
- Kaderbrief 2012

Organisatie

- Inrichtingsplannen eenheden / evaluatie en doorontwikkeling eenhedenstructuur
- Reorganisatie Informatisering & Automatisering
- Reorganisatieplan KV&I
- Van verpleegkundige visie naar V-EPD
- Opleidingsbeleid
- Arbeidsomstandighedenbeleid
- Actieplan verbeterpunten NIAZ
- Besluit van IC naar HC afdeling locatie Zwijndrecht

Kwaliteit en veiligheid

- Protocol Melden Incidenten Patiëntveiligheid
- Reglement Commissie Meldingen Patiëntveiligheid ASz
- Reglement Calamiteitencommissie ASz
- Klachtenreglement (herzien)
- Auditrapportage NEN7510 en maatregelen
- Gedragscode voor medewerkers en medisch specialisten

Overige protocollen / reglementen

- Commissiebeleid
- Procedure werving en selectie medisch specialisten
- Protocol "Omgaan met agressie, geweld en intimidatie door derden"
- Protocol "Omgaan met arbeidsongevallen en (bijna) incidenten medewerkers"
- Beleidsplan Wetenschapscommissie 2011 - 2015
- Regeling werkoverleg
- Klachtregeling individuele klachten medewerkers
- Reglement Verpleegkundige Adviesraad - profielen VAR-leden - Instelling VAR
- Reglement Commissie Zorgprotocollen

Reglement Raad van Bestuur

De Raad van Bestuur werkt volgens een reglement. 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 2011 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 Raad van Bestuur, 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 overleg met het management (bedrijfsleiders en hoofden stafafdelingen) en de Raad van Bestuur. Tevens vonden in 2011 drie managementconferenties plaats rondom een aantal thema's.

Raad van Bestuur - Stafbestuur

Afstemming met het bestuur van de Medische Staf vond ook in 2011 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. Zonodig vond vaker overleg plaats. In 2011 zijn aparte strategiebijeenkomsten gehouden. 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 een overlegvergadering tussen Raad van Bestuur en Ondernemingsraad. De Cliëntenraad en de Raad van Bestuur vergaderen viermaal per jaar. De Raad van Bestuur vergadert - volgens het reglement - tweemaal per jaar met de Verpleegkundige Adviesraad.



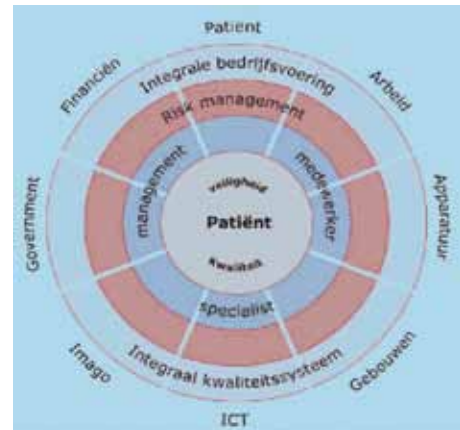
3.2 Bedrijfsvoering

3.2.1 Risicomanagement

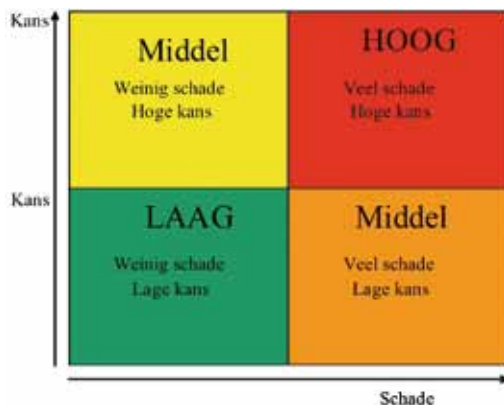
Eén van de doelstellingen uit het ziekenhuisbeleidsplan 2011-2013 is het opzetten van ziekenhuisbreed systeem voor risicomanagement. Het doel van risicomanagement is identificeren, analyseren en beheersen van risico's. Risico's kunnen aanwezig zijn op verschillende domeinen.

Op elk van de domeinen komen risico's voor die onderling verbonden zijn en die elkaar kunnen versterken. De domeinen voor het ziekenhuis zijn:

1. Patiënt
2. Financiën
3. Arbeid
4. Apparatuur (medisch)
5. Gebouwen
6. ICT
7. Imago
8. Governance



Het plan van aanpak om te komen tot een ziekenhuisbrede risico-analyse is besproken in de vergadering van de Raad van Toezicht. De eigenaren van de acht domeinen zijn hierna benoemd en door hen is een uitgebreide risico-analyse uitgevoerd. Ook zijn gevolgen, genomen maatregelen en aanbevelingen toegevoegd bij ieder risico. Op ieder domein zijn risico's geïnventariseerd en is beoordeeld tot welke categorie deze gerekend moeten worden. De onderstaande risicomatrix geeft aan hoe de risicoscore tot stand komt.



In 2012 vindt fine-tuning van de gekozen aanpak plaats en zal het periodiek inschatten van de risico's worden herhaald en wordt toegewerkt naar integrale ziekenhuisbrede monitoring van de risico's. In dat kader wordt een workshop risicomanagement georganiseerd. De workshop is bedoeld om op een meer interactieve manier stil te staan bij de risico's en verdere bewustzijn te creëren voor periodieke rapportage en monitoring van risico's.



3.2.2 Planning & control cyclus

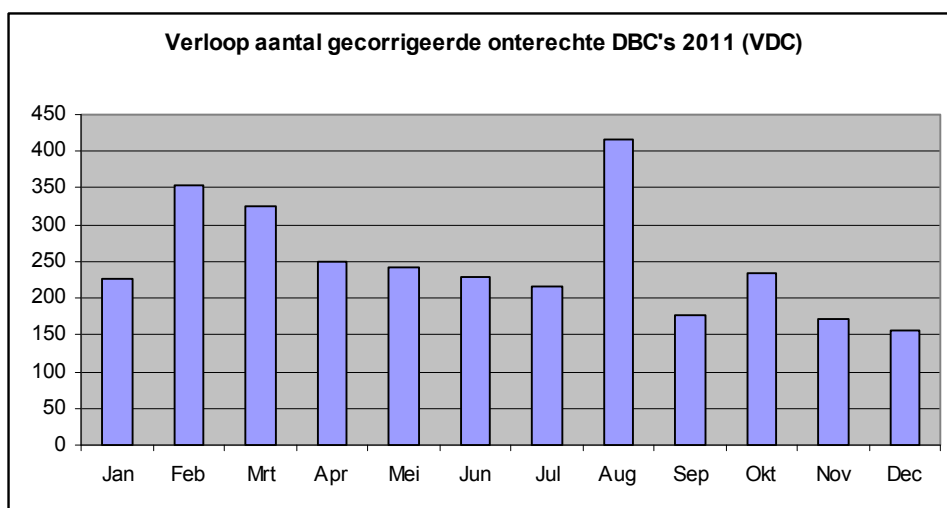
De integrale beleidscyclus is het instrument dat wordt gebruikt voor de vertaling van visie en strategische doelen van het Albert Schweitzer ziekenhuis. Op concernniveau wordt jaarlijks een kaderbrief opgesteld. Deze is afgeleid van het ziekenhuisbeleidsplan en van actuele ontwikkelingen en geeft de prioriteiten aan voor het komende jaar. De eenheden maken ieder een jaarplan waarin begrotingsvoorstellen zijn opgenomen. In gezamenlijk overleg met de Raad van Bestuur, de bedrijfsleiders en medisch managers 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, medische managers en afdelingshoofden toegankelijk. Op basis van deze gegevens voegt iedere bedrijfsleider voor zijn/haar eenheid zijn/haar verantwoordingsinformatie toe. Deze informatie wordt besproken tijdens de maandelijkse werkoverleggen met de Raad van Bestuur. Door de concerncontroller wordt maandelijks een concernrapportage opgesteld. Deze rapportage geeft een overzicht van de belangrijkste indicatoren en een toelichting bij opvallende afwijkingen. Tevens is een analyse en prognose van de resultaatsontwikkeling opgenomen. 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. Bij de viermaands gesprekken zijn een lid RvB, lid Stafbestuur en de controller aanwezig. Van de gesprekken wordt een verslag gemaakt en worden de actiepunten vastgelegd. Eind 2011 is een project gestart om de P&C-cyclus te herijken en opnieuw te beschrijven. Belangrijke verbeterpunten zijn om de kaderbrief eerder uit te brengen (uiterlijk in mei) en qua inhoud scherper de kaders te formuleren zodat de jaarlijkse begrotingsronde sneller kan worden afgerond omdat de prioriteiten vooraf bekend zijn.

3.2.3 Regeling AO/IC inzake DBC registratie en facturatie

Evenals voorgaande jaren is in 2011 de "Regeling Administratieve organisatie en interne controle inzake DBC-registratie en facturatie" van toepassing. De interne controlefunctie van het Albert Schweitzer ziekenhuis heeft gedurende 2011 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. In 2011 is de kwaliteit van de DBC-registratie duidelijk verbeterd ten opzichte van 2011. Zowel de indicatoren, de controles op onterechte DBC's als de statuscontroles 2011 (met name diagnoseregistratie) laten een positieve ontwikkeling zien.

Sinds medio 2010 voert afdeling AI&C geautomatiseerde controles uit met betrekking tot de DBC-registratie. Deze controles vinden plaats na sluiten van de DBC maar vóór facturatie met als doel onterechte DBC's te signaleren en te voorkomen dat deze aan de zorgverzekeraar c.q. patiënt worden gefactureerd. Deze DBC's zouden anders veelal in een later stadium alsnog door de verzekeraar worden afgewezen c.q. teruggevorderd. Tevens wordt op deze wijze voorkomen dat zij in de statuscontroles vallen en leiden tot fouten die de DBC-verantwoording aan de NZa in gevaar kunnen brengen. In 2011 zijn in totaal 3.280 DBC's vóór facturatie gecorrigeerd. Maandelijks worden de vakgroepen geïnformeerd over het aantal gecorrigeerde DBC's. Op ziekenhuisniveau is het verloop in 2011:





Met de komst van DOT veranderen diverse risico's:

- Onterechte DBC's: risico neemt af i.v.m. vaste afsluitmomenten
- Onjuiste diagnose: risico blijft gelijk, in SAP extra veld "diagnose definitief" toegevoegd
- Juistheid verrichtingenregistratie: risico neemt toe gezien toenemend belang

In het kader van deze veranderende risico's zijn diverse maatregelen getroffen. Zo is in de DOT-trainingen in het 4e kwartaal 2011 veel aandacht besteed aan het belang van een adequate verrichtingenregistratie en iedere vakgroep heeft een aantal acties op moeten pakken in het kader van het stempel "DOT-proof". Met de komst van DOT is de behandelas komen te vervallen en hiermee de validatie van DBC's. Om toch een vangnet te hebben om mogelijke onvolkomenheden in de verrichtingenregistratie te signaleren, is het zogenaamde verwacht zorgproduct ingevoerd. Tot slot wordt in het 1e kwartaal 2012 de DOT-monitor ingevoerd. Hiermee wordt de kwaliteit van de DBC- en verrichtingenregistratie in beeld gebracht en wordt de vakgroep verzocht signaleringen inzake mogelijke fouten af te handelen. Met de komst van veelal vaste afsluit- en vervolgmomenten vanaf 2012 neemt het risico op onterechte DBC's af. Ook de uitbreiding van de landelijke zogenaamde diagnosecombinatietabel (combinaties van diagnoses die tegelijkertijd niet toegestaan zijn) draagt hieraan bij.

De NZA heeft per 1 januari 2012 de AO/IC-regeling inzake DBC-registratie en facturatie voor de somatiek afgeschaft. Echter zowel ziekenhuizen als zorgverzekeraars blijven behoefte hebben aan eenduidige normen voor controle en verantwoording in de keten. Om die reden hebben de NVZ en ZN een convenant ondertekend, als opvolger van de regeling AO/IC. Het ziekenhuis zal derhalve ook over 2012 verantwoording moeten afleggen over de kwaliteit van de DBC-registratie, met vergelijkbare normen (fouttolerantie 3%).

Per 2012 is prestatiebekostiging ingevoerd. Het is landelijk nog onduidelijk wat de mogelijke impact is van de kwaliteit van de DBC-registratie op de jaarrekening, waarvoor een fouttolerantie van 1% geldt.

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. Er zijn zowel op de registratie van parameters als op de DBC-registratie steekproefcontroles uitgevoerd. De foutfractie is onder de toegestane norm gebleven.



3.3 MEDEZEGGENSCHAP

3.3.1 Verslag bestuur Vereniging Medische Staf

Het jaarverslag 2011 van de Vereniging Medische Staf Albert Schweitzer ziekenhuis kan natuurlijk niet anders beginnen dan met het vermelden van drie zeer belangrijke gebeurtenissen: het behalen van de NIAZ-accreditatie, het behalen van de Nationale Patiëntveiligheid Award en het verkrijgen van de definitieve STZ-status. Het Albert Schweitzer ziekenhuis beschikt over een zorgvuldig samengestelde goed gevulde productcatalogus. Wij zijn er trots op dat deze resultaten mede te danken zijn aan de enorme inzet van een groot aantal leden van de VMS.

2011 was het jaar waarin de discussie startte over de strategie van het Albert Schweitzer ziekenhuis in een snel veranderende omgeving. Een belangrijk, zo niet het belangrijkste, onderdeel van die strategie was het opnieuw kritisch beoordelen en wegen van de verschillende locaties, leidende tot nieuwe profielen. Verschillende werkgroepen, zwaar bemenst door medisch specialisten, legden de basis voor besluitvorming die in 2012 zal moeten plaatsvinden. Reeds in 2011 in gang gezette strategische activiteiten waren het tekenen van een samenwerkingsconvenant met Rivas Zorggroep en op bestuurlijk niveau gehouden oriënterende gesprekken over een vorm van samenwerking met het Ikazia ziekenhuis.

Ook op vakgroepniveau werd naar de ziekenhuisomgeving gekeken en zijn contacten gelegd die op termijn zouden moeten leiden tot vormen van samenwerking waar iedereen en vooral de patiënt beter van zou kunnen worden.

Opleiding en onderwijs zijn belangrijke pijlers van een STZ-ziekenhuis. Het Leerhuis is een voorbeeld voor de STZ-omgeving, de in 2011 gestarte nascholing voor huisartsen, "Albert Event" genoemd, is nu al een succes. De wetenschappelijke output kan echter nog niet de vergelijking met een groot aantal STZ-ziekenhuizen doorstaan.

Veel collega's participeren in vele commissies en/of zijn manager van een eenheid. Dat kost ook heel veel tijd die niet ten koste mag gaan van waar we in eerste instantie voor zijn, namelijk de primaire zorg en daaraan direct gekoppeld de hoeveelheid die we daarvan moeten leveren. De praktijk wijst in toenemende mate uit dat optimaal presteren op al die gebieden zonder concessies te doen langzamerhand wel heel erg moeilijk wordt.

De halverwege 2011 uitgevoerde evaluatie van het eenhedenmodel heeft geleid tot een doorontwikkeling die op termijn moet leiden tot een model van Resultaatverantwoordelijke Eenheden. Besloten is om een beperkt aantal eenheden als pilot voorwerk te laten doen.

Samenhang brengen en houden in de zorgprocessen is ook in 2011 een voortdurende taak geweest van de Commissie Vakgroepoverstijgende medische behandelprotocollen. Deelname van vele specialisten in de verschillende werkgroepen van deze commissie heeft geleid tot een aanzienlijke productie van nieuwe dan wel gereviseerde protocollen.

Kwaliteit en veiligheid zijn verplichte onderdelen van het ziekenhuis-denken en -handelen. De hoeveelheid SAVE-meldingen is stijgende maar moet ook nog meer gelijke tred houden met de mate van participatie van de medisch specialisten in dit proces. Ook in het afgelopen jaar moest de speciale onderzoekscommissie enkele malen rapporteren over meldingen met urgentieniveau 1 (overlijden) en urgentieniveau 2 (ernstig blijvend letsel).



De aanbevelingen en conclusies werden steeds uitgebreid binnen het Stafbestuur en met de Raad van Bestuur besproken. De ALV heeft ermee ingestemd dat het Stafbestuur periodiek wordt geïnformeerd over de klachten (op naam) die over de medisch specialisten bij de Klachtencommissie zijn binnengekomen. De bedoeling van dit alles is om conclusies te trekken en om trends waar te nemen die tot verbeteringen moeten leiden.

In 2011 is de discussie gestart over het hoofdbehandelaarschap met het doel het protocol hierover vast te stellen in 2012. Ook de medicatieoverdracht is een ingewikkeld project dat in 2011 is gestart.

Een in 2011 aangepast protocol “werving en selectie medisch specialisten” moet een nog betere selectie aan de voordeur garanderen. Eenmaal binnen moet de intercollegiale beoordeling van het functioneren door de Appraisal & Assessment methode ervoor zorgen dat kwaliteit in het begin ook kwaliteit blijft in de loop van de carrière van de medisch specialist. Het aantal appraisers in 2011 bedroeg 31, het aantal specialisten dat zich voor het A&A project had aangemeld was 201 en het aantal assessments was 131.

Waar velen op hadden gehoopt maar wat helaas nog niet is gelukt, is de implementatie van het medisch elektronisch ziekenhuisdossier. Een inmiddels afgeronde herinrichting van de afdeling ICT moet nieuwe kansen bieden.

De VMS wil in dit verslag uitdrukkelijk haar waardering en respect uitspreken voor de inspirerende en deskundige inbreng van het bestuur van de Coöperatie van Vrijgevestigde Specialisten bij het tot stand komen van een nieuwe honoreringssystematiek medisch specialisten in het ziekenhuis. Opnieuw is gebleken dat de loyaliteitsgedachte heeft geprevaleerd boven gedachten aan het eigen belang. Het bestuur van de CMS verdient voor deze prestatie onze uitdrukkelijke dank.

Een overzicht van de samenstelling van het stafbestuur is te vinden in de bijlage “Personalia”.

3.3.2 Verslag Ondernemingsraad 2011

Visie Ondernemingsraad 2010-2013

In 2011 heeft de OR zijn visie verder vorm gegeven. De commissies van de OR, ingesteld voor de aandachtsgebieden arbeidsomstandigheden, personeel & organisatie, financiën en PR & Communicatie, waren in 2011 op volle sterkte en hebben zich ingezet om de verschillende onderwerpen stevig op de agenda te krijgen.

Arbeidsomstandigheden

Goede arbeidsomstandigheden moeten gewaarborgd zijn. Dat klinkt vanzelfsprekend, en toch ziet de OR dat 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 arbocoördinator, veiligheidscoördinator en hoofd P&O. Signaleren, bewaken en aansporen zijn kernwoorden voor de commissie Arbo.

In 2011 hebben de volgende onderwerpen vooral aandacht gekregen: bedrijfshulpverlening (BHV), risico-inventarisatie en evaluatie en het nieuwe arbobeleid. Maar ook heeft de commissie Arbo van de OR in 2011 voor gezorgd dat de situatie rond het stikstofvat op locatie Zwijndrecht veiliger is geworden voor gebruikers. Ook is instemming verleend aan de procedure “Omgaan met arbeidsongevallen en bijna-incidenten medewerkers” en aan “Veilig en gezond werken in relatie tot zwangerschap”.



De commissie Arbo van de OR is verheugd dat eind 2011 het BHV-plan na veel overleg is goedgekeurd en vastgesteld. Een professionele BHV-organisatie is onmisbaar in een grote organisatie als het Albert Schweitzer ziekenhuis

Personeel en organisatie

Voor het personeelsbeleid vindt de OR vooral gelijkheid, rechtvaardigheid en open communicatie belangrijk. Dat waren dan ook de toetsstenen voor het sociaal beleid in 2011. In goed overleg met het hoofd P&O heeft de commissie personeel en organisatie van de OR in 2011 onder andere de volgende onderwerpen afgehandeld: regeling werkoverleg, arbeidsmarkttoeslag, resultaatgericht werken, exitprocedure en de klachtenregeling. De punten opleidingsbeleid en functiehuis lopen door naar 2012. De OR heeft in 2011 alle speerpunten op het gebied van personeelsbeleid zoals genoemd in zijn visie behandeld. Daarnaast heeft overleg met hoofd P&O meer vorm en inhoud gekregen.

Financiën

Met betrekking tot de financiën van het Albert Schweitzer ziekenhuis heeft de OR met name een toetsende en volgende rol. De OR is zich hierbij bewust van het voortdurend moeten afwegen van enerzijds personele en anderzijds organisatiebelangen. De commissie financiën van de OR heeft in 2011 regelmatig gesproken met het hoofd AI&C over onder andere de jaarrekening 2010, de maandrapportages en de begroting 2012. Er is een positief advies uitgebracht over de investeringsbegroting. In oktober woonde een delegatie van de financiële commissie de begrotingsconferentie bij. De financiële ontwikkelingen bij de Poliklinische Apotheek werden aandachtig gevolgd. De financiële commissie is verheugd dat het jaar 2011 volgens de doelstellingen in financieel opzicht positief kon worden afgesloten.

Communicatie

De communicatie van de OR met medewerkers is een apart aandachtsgebied, waarvoor door de OR ook een vaste commissie is ingesteld. Zichtbaarheid en aanspreekbaarheid zijn hierbij kernbegrippen. De OR heeft dit in 2011 vorm gegeven door het uitgeven van een nieuwsbrief, door aanwezig te zijn op werkoverleggen en introductiebijeenkomsten en door herziening van de intranetsite; de informatie hierop is actueler en makkelijker bereikbaar voor medewerkers. Ook is in 2011 een vast OR-spreekuur ingesteld, waardoor de OR hoopt laagdrempeliger te worden voor medewerkers.

Het benaderen van medewerkers bij advies- en instemmingsaanvragen is sinds 2011 een structureel onderdeel van de behandeling van een aanvraag. Betrokken medewerkers worden benaderd en worden door middel van een informatieblad op de hoogte gesteld van de werkwijze van de OR. Gezien het aantal reacties van medewerkers is deze werkwijze een succes te noemen. De OR kan nu meer dan ooit zijn beslissing over advies of instemming mede op de inbreng van de achterban baseren en daardoor hun belangen nog beter behartigen.

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

- inrichtingsplannen eenheden
- uitbesteding restaurant
- aansturing Sliedrecht in de eenhedenstructuur
- herinrichtingsplan eenheid Facilitair
- Radiotherapie
- investeringsbegroting 2011
- wijziging leidinggevende structuur Leerhuis
- instellen eenheid Anesthesiologie
- reglement en profielen VAR
- herinrichtingsplan ICT

Instemmingsaanvragen

- reglement kleding en schoeisel
- gedragscode
- wijzigingen ZC dienst receptie/call center
- procedure agressie en geweld
- reglement maaltijdbonnen
- werkoverleg
- reglement subsidie catering
- procedure omgaan met ongevallen en bijna incidenten
- attenties personeel
- arbobeleid
- klachtenregeling
- pilot arbeidsmarktkraptetoeslag
- richtlijnen veilig en gezond werken i.r.t. zwangerschap
- exitprocedure

3.3.3 VAR 2011

Verpleegkundige Adviesraad (VAR)

Begin 2011 zijn vanuit verschillende invalshoeken de wens en noodzaak uitgesproken opnieuw een VAR op te zetten. Enerzijds kwam dit advies van de Inspectie voor Gezondheidszorg (IGZ); anderzijds was het de wens van de nieuwe Raad van Bestuur (RvB) met de overtuiging dat een VAR een belangrijke bijdrage kan leveren in het Albert Schweitzer ziekenhuis. In maart 2011 heeft afdeling KV&I onder begeleiding van Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) een bijeenkomst georganiseerd waarin 24 enthousiaste verpleegkundigen samen met de RvB hebben afgesproken op korte termijn een goed lopende VAR in het Albert Schweitzer ziekenhuis te hebben. Sindsdien is een uiteindelijke groep van 11 verpleegkundigen samengesteld die de VAR-kerngroep vormt. De RvB besloot in zijn vergadering van 25 oktober 2011 tot het instellen van deze nieuwe VAR. De officiële installatie heeft plaatsgevonden op 1 december 2011.

Doelstelling

De VAR levert een bijdrage aan de kwaliteit van zorg en de ontwikkeling van de professionaliteit van de verpleegkundige beroepsgroep en van collega-vakgenoten, door het geven van (on)gevraagde adviezen aan de RvB. Hierbij richt de VAR zich op het adviseren op strategisch en tactisch niveau met input vanuit de werkvloer, evidence based/ wetenschappelijke bronnen en externe organisaties (o.a. IGZ, V&VN, VWS, Advisory Board). Daarnaast is de VAR alert op interne en externe ontwikkelingen m.b.t. het verpleegkundige



beroep met als doel acties uit te zetten om dit te professionaliseren, in samenhang met de strategische doelen en (beleid)ontwikkeling van het Albert Schweitzer ziekenhuis. De VAR behartigt niet de (individuele) belangen van de verpleegkundigen en collega vakgenoten, omdat binnen het Albert Schweitzer ziekenhuis dit het terrein van de Ondernemingsraad is. Wel worden de signalen vanuit de werkvloer en de "stem van de verpleegkundigen" gebruikt om adviezen te geven aan de RvB over de kwaliteit, de veiligheid en de continuïteit van zorg binnen het Albert Schweitzer ziekenhuis.

Positionering

Het jaar 2011 stond in het teken van de oprichting van de VAR en het bepalen van het werkkerrein van de VAR en diens positionering binnen het Albert Schweitzer ziekenhuis. De VAR is naast de OR, de Cliëntenraad en de VMS een adviesorgaan, direct verbonden aan de RvB.

Als fundamenteel uitgangspunt heeft de VAR gekozen voor de rol van Partner. De keuze voor de rol als Partner is gemaakt met behulp van het zogenaamde VARiantenmodel en wordt landelijk gebruikt om vast te stellen wat voor type VAR in de organisatie past. Deze rol is leidend voor de VAR in de adviesrelatie met de RvB; de VAR is de adviseur van de RvB. Tevens houdt deze rol in dat de VAR een eigen verantwoordelijkheid heeft en onafhankelijk van collega-vakgenoten adviezen geeft, waarbij deze wel worden benut voor de totstandkoming van een advies. De VAR legt dwarsverbanden, ook interdisciplinair, ten behoeve van de input voor adviestrajecten en participeert in de beleidscyclus van het Albert Schweitzer ziekenhuis. De VAR zal zich verder positioneren als zelfstandig functionerend orgaan, dat gevraagd en ongevraagd, op projectbasis en continu op basis van adviesprogramma's de RvB adviseert ten aanzien van verpleegkundige zorginhoudelijke aangelegenheden met betrekking tot strategisch en/of afdelingsoverstijgend beleid van het ziekenhuis.

Samenstelling VAR

De VAR bestaat volgens het reglement uit 9 à 14 verpleegkundigen. Bij de installatie bestond de VAR uit 11 verpleegkundigen. Daarnaast is er een VAR-platform, dat volgens het reglement bestaat uit minimaal 7 verpleegkundigen en collega vakgenoten uit verschillende eenheden. Eind 2011 waren 23 leden aangesloten bij dit platform. Een overzicht van alle VAR leden is te vinden in bijlage "Commissies".

Adviesteam, werkgroepen en samenstelling

Adviesteam: binnen de VAR wordt met adviesteam gewerkt, bestaande uit 2 à 4 VAR leden eventueel aangevuld met VAR-platformleden om een ingekomen adviesstuk te behandelen. Per adviesstuk wordt gekeken naar een geschikt team. Het advies vanuit het adviesteam wordt met de hele VAR besproken alvorens het naar de RvB wordt gestuurd. **Werkgroepen:** in 2011 zijn 3 interne werkgroepen opgericht binnen de VAR die het ontwikkelen en borgen van randvoorwaarden en communicatielijnen als doel hebben. Dit zijn de werkgroepen: (1) PR, Website en VAR-platform, (2) Interne werkwijze en (3) Regio VAR's.

Aantal vergaderingen in het verslagjaar

Vanaf juni 2011 is de VAR i.o. begonnen met reguliere tweewekelijkse vergaderingen.

Werkwijze en behaalde resultaten van de VAR

In 2011 heeft de VAR i.o. verschillende resultaten bereikt:



Oprichting en installatie VAR

Vanaf mei 2011 zijn concrete stappen gezet door de leden van de VAR i.o. onder begeleiding van een extern bureau en de afdeling KV&I om te komen tot de oprichting van een nieuwe VAR. In juli zijn de opgestelde reglementen en profielen en werkwijze/rol van de VAR naar RvB gestuurd ter goedkeuring. In augustus zijn door de VAR leden een voorzitter, vice-voorzitter en een ambtelijke secretaris gekozen om voorgedragen te worden aan de RvB en hebben de overige 8 leden hun betrokkenheid uitgesproken. In oktober 2011 heeft de RvB al het bovenstaande vastgesteld en het dagelijks bestuur benoemd. Intussen had de VAR i.o. afstemming gezocht met het Stafbestuur, de OR en de Cliëntenraad. Op 1 december 2011 is de VAR officieel geïnstalleerd. De VAR heeft op die dag het VAR Jaarplan 2012 aangeboden aan de RvB met het thema "Leren, Ontwikkelen en Positioneren".

Achterban en VAR-platform

De VAR heeft een VAR-platform opgericht met verpleegkundigen van verschillende specialisaties en locaties binnen het Albert Schweitzer ziekenhuis. In december 2011 heeft de VAR hiermee een eerste vergadering gehad om input te vragen over hun inzet bij de werkzaamheden en advisering van de VAR.

Op 27 juni 2011 heeft de VAR een eerste symposium georganiseerd met de titel "Het verpleegkundig beroep in de schijnwerpers". Daarnaast heeft de VAR een eigen website ingericht om verpleegkundigen te informeren over de activiteiten van de VAR en zijn artikelen verschenen in het personeelsblad Aspect over de VAR. Tevens heeft de VAR een presentatie in september gegeven aan de nieuwe leerlingverpleegkundigen van het Albert Schweitzer ziekenhuis en heeft een stagiaire twee maanden meegelopen met de VAR. In het najaar 2011 heeft de VAR in samenwerking met PGGM een pilot gehouden over de bevlogenheid van de verpleegkundigen. De respons van de verpleegkundigen binnen het Albert Schweitzer ziekenhuis was helaas te laag om de geplande activiteiten door te laten gaan.

Uitgebrachte adviezen

De core business van de VAR is het adviseren van de RvB. Nog tijdens de oprichtingsfase van de VAR zijn in 2011 twee gevraagde adviezen gegeven aan de RvB.

Adviesstuk	Advies VAR
Commissie Zorgprotocollen	Positief, met een aantal aandachtspunten
Van verpleegkundige visie naar V-EPD	Positief, mits aandacht is voor een aantal aandachtspunten

Verpleegkundige participatie

Vanaf augustus 2011 heeft de VAR i.o., in overleg met specifieke commissies, de verpleegkundige participatie in deze commissies geïnitieerd.

- Complicatiebespreking: voor het eerst in 5 jaar worden de verpleegkundigen uitgenodigd om deel te nemen aan de maandelijkse OCOO-bespreking (OCOO: Opleiding, Complicatie, Onderwijs en Onderzoek), wat voorheen alleen een specialisten en A(N)IOS aangelegenheid was.
- Wetenschapscommissie: drie verpleegkundige specialisten zijn toegevoegd aan deze commissie om onderzoek door en voor de verpleegkundige beroepsgroep te bevorderen in het Albert Schweitzer ziekenhuis



- Calamiteitencommissie: bij een onderzoek naar een fataal of zeer ernstig incident maken verpleegkundigen van het Albert Schweitzer ziekenhuis nu ook deel uit van deze onderzoekscommissie.

Beleidscyclus binnen het Albert Schweitzer ziekenhuis

Het Dagelijks Bestuur van de VAR participeert in de managementconferentie en werkgroepen die daaruit vloeien. Tevens was de voorzitter van de VAR aanwezig bij het jaargesprek met de IGZ en heeft over de verpleegkundige beroepsgroep en het werkveld input geleverd. De VAR heeft in december een Jaarplan 2012 inclusief een begroting en een opleidingsplan ingediend bij de RvB.

Externe netwerken

De VAR heeft een abonnement gekregen van de RvB bij de internationale Advisory Board Company. Drie VAR leden zijn in november 2011 hiervoor naar een congres in Londen geweest. Daarnaast heeft de VAR zich aangesloten bij het VAR regionetwerk van Zuid-Holland-Zuid en een bijeenkomst bijgewoond.

Budget / verantwoording bestede middelen

In 2011 gebruikte de VAR i.o. nog de kostenplaats van de RvB. Sinds 2012 heeft de VAR een eigen kostenplaats.

Vooruitblik komend jaar

Eind 2012 zal er een meerjarenplan zijn waarin de langeretermijnvisie en plannen van de VAR beschreven staan, aansluitend op de meerjarenplannen van het Albert Schweitzer ziekenhuis en passend bij de ontwikkelingen binnen de verpleegkundige beroepsgroep. Het eerste half jaar van 2012 zal gebruikt worden om te oriënteren en informatie te verzamelen. Tijdens de tweede helft van 2012 zullen de besluiten genomen worden en het plan ingevuld worden. Drie werkgroepen binnen de VAR zijn bezig met de volgende thema's:

- 1) Visie op professionaliseren, de functiedifferentiatie van de verpleegkundigen & collega vakgenoten en de kwaliteit van de verpleegkundige beroepsuitvoering (minder vrijblijvendheid).
- 2) Methoden en strategische concepten voor de verbetering van patiëntenzorg, het versterken van de verpleegkundige positie (empowerment) en bevlogenheid op de werkvloer.
- 3) Veiligheidsthema's en indicatoren terugkoppelen naar de verpleegkundige op de werkvloer voor bewustwording, zichtbaarheid en transparantie van de kwaliteit van de geleverde zorg.

3.3.4 Cliëntenraad

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

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



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

Speerpunten en ambities Cliëntenraad

Ook in 2011 heeft de Cliëntenraad zijn ambities op schrift gesteld en is een onderlinge taakverdeling gemaakt voor de leden van de Cliëntenraad. Eén van de afspraken is dat elk voorgenomen besluit van de Raad van Bestuur wordt voorzien van een Cliëntenparagraaf. Daarmee worden de gevolgen van voorgenomen besluiten voor de cliënt helder en het stelt de Cliëntenraad in staat om de belangen van de cliënten beter te behartigen. Ook bewustwording van de belangen van de 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 2011 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. Om op de hoogte te blijven en zich te laten informeren, nodigt de Cliëntenraad voor elke vergaderingen gasten uit van zowel buiten als in het ziekenhuis om over bepaalde thema's van gedachten te wisselen.

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

- A. Patiënttevredenheid en Bejegening
- B. Veiligheid en Kwaliteit
- C. Communicatie
- D. Organisatie

Door de speerpunthouders / leden van de Cliëntenraad is in 2011 wederom overleg gevoerd met vertegenwoordigers / inhoudsdeskundigen van het Albert Schweitzer ziekenhuis. Hieronder volgt een overzicht van de activiteiten per speerpunt.

A. Patiënttevredenheid en Bejegening

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 2011 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 2011 zijn bijdrage geleverd aan de voorbereiding van de audit Gastvrijheidszorg met Sterren. Leden van de Cliëntenraad waren aanwezig tijdens deze audit.
- In 2010 werd een voorstel gedaan voor het invoeren van een Gastvrijheidsprijs. Een prijs die de Cliëntenraad uitreikt voor het beste initiatief in de patiëntenzorg binnen het Albert Schweitzer ziekenhuis. In 2011 is de prijs voor het eerst uitgereikt. De prijs heeft veel media-aandacht gekregen. De Cliëntenraad heeft 98 inzendingen gekregen voor de Gastvrijheidsprijs 2011. Zowel afdelingen als patiënten hebben nominaties ingeleverd. De Cliëntenraad heeft vijf nominaties bekend gemaakt.



- Longarts dr. Cheung en assistent Nancy
- Afdeling Geriatrie V05
- Afdeling Diatime - Amstelwijck
- Afdelingen B3, F3 Dordwijk en dagbehandeling Oncologie Zwijndrecht
- Dagbehandeling Sliedrecht

Alle genomineerden werden door meerdere personen aangedragen met vaak uitgebreide toelichtingen. Veel genoemde woorden in de toelichting zijn: goede onderlinge samenwerking, vriendelijke sfeer, tijd nemen, je welkom weten, rekening houden met individuele wensen. De Cliëntenraad is was erg blij met het grote aantal inzendingen. Een jury heeft vervolgens de genomineerden beoordeeld en een winnaar gekozen. De jury bestond uit:

- burgemeester Antoin Scholten van Zwijndrecht
- meesterkok Ad Janssen van Hotel Bellevue in Dordrecht
- Elise Koekkoek van de koepelorganisatie van cliëntenraden LSR
- Anke Jeroense, lid van de Cliëntenraad Albert Schweitzer ziekenhuis
- Jules Wilhelmus, vice-voorzitter van de Cliëntenraad Albert Schweitzer ziekenhuis

De bekendmaking van de uiteindelijke winnaar, longarts dr. Cheung en zijn assistente, vond plaats op de nieuwjaarsreceptie van het ziekenhuis op 9 januari 2012. De winnaar ontving een aandenken en mocht een bedrag van € 5000 besteden binnen de eigen afdeling om patiëntvriendelijkheid nog verder vorm te geven. De Raad van Bestuur was erg ingenomen met dit initiatief. De Cliëntenraad is voornemens de prijs óók voor 2012 uit te gaan reiken.

Speerpunt Patiënttevredenheid

- In 2011 heeft de Cliëntenraad zich ingespannen om een parkeerregeling tot stand te brengen voor patiënten en/of bezoekers die voor langere tijd van de parkeervoorzieningen gebruik moeten maken. Dit heeft uiteindelijk geresulteerd in een regeling die in samenwerking met de Gemeente Dordrecht en het Albert Schweitzer ziekenhuis tot stand is gekomen.

B. Veiligheid en Kwaliteit

Speerpunt: Klachten

- Het jaarlijks gesprek Cliëntenraad - Klachtencommissie heeft ook dit jaar plaatsgevonden.

Speerpunt: Patiëntveiligheid

- Gesprek met leden van de Commissie Meldingen Patiëntveiligheid.
- In 2011 is een start gemaakt met het periodiek lopen van een veiligheidsronde door leden van de Raad van Bestuur, leden van het bestuur Vereniging Medische Staf en leden van de Cliëntenraad. Het doel van de veiligheidsrondes is het periodiek beoordelen van veiligheidsaspecten op afdelingen in het ziekenhuis. Hiermee willen de leden van het bestuur en de Cliëntenraad het belang van veiligheid en een periodieke beoordeling daarvan zichtbaar benadrukken. In 2011 zijn twee teams samengesteld. Elk bestaande uit een lid van de Raad van Bestuur, een lid van het bestuur VMS en een lid van de Cliëntenraad. Elk team wordt begeleid en ondersteund door een adviseur van de afdeling Kwaliteit, Veiligheid en Innovatie. Namens de Cliëntenraad hebben deelgenomen:
M. Henderson; V. de Waard; A. Dekker; A. de Goeij en R. Roodenburg. Van de veiligheidsrondes werden rapportages gemaakt waarin bevindingen en aanbevelingen zijn opgenomen. Hierover vond terugkoppeling naar de bezochte afdelingen plaats.



Data Team 1	Afdeling	Data Team 2	Afdeling
11-01-2011	Afdeling C3 DW	03-01-2011	ICU DW
26-04-2011	Afdeling C ZD	04-04-2011 *	Afdeling A2 DW
15-11-2011	Afdeling B1	12-09-2011	Afdeling D ZD
15-11-2011	Afdeling T1	14-11-2011	Afdeling D1 DW

Speerpunt: Kwaliteit

- De Cliëntenraad is betrokken geweest bij de NIAZ-heraccreditatie in 2011.

C. Communicatie

- Column Cliëntenraad in het personeelsblad ziekenhuismagazine Aspect en bijdrage aan de Patiëntenkrant
- Aanwezigheid open dagen en informatiebijeenkomsten in verband met dialoog met bezoekers en patiënten

D. Organisatie

Speerpunt Financiën

- Advies jaarrekening 2010 en begroting 2011
- Volgen van prestatie-indicatoren uit de managementrapportages

Samenstelling Cliëntenraad

De Cliëntenraad telt negen leden. De huidige samenstelling van de Cliëntenraad is te vinden in de bijlage "commissies".

Vertegenwoordiging

De Cliëntenraad is met twee permanente leden vertegenwoordigd in de Klachtencommissie van het Albert Schweitzer ziekenhuis. Op voordracht van de Cliëntenraad hebben de heer C.H.M. Derks en mevrouw A. Vriens zitting in de Klachtencommissie. In de loop van 2011 is de heer Derks opgevolgd door de heer C.E.G. Valk. 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 in 2011 de heer H. Kröber zitting in de Raad van Toezicht van het ziekenhuis. Vanaf februari 2012 is mevrouw drs. M.M.J. Kamsma benoemd tot lid van de Raad van Toezicht op voordracht van de Cliëntenraad.

Aantal vergaderingen Cliëntenraad 2011

In 2011 kwam de Cliëntenraad tien keer samen voor een interne vergadering. Het aantal overlegvergaderingen met de Raad van Bestuur en de Cliëntenraad bedroeg in 2011 vier. Op 31 oktober 2011 heeft het jaarlijkse overleg tussen de Cliëntenraad en de Raad van Toezicht plaatsgevonden en op 6 september 2011 met het Dagelijks Bestuur van de Vereniging Medische Staf.



Uitgebrachte adviezen 2011

Ook in 2011 heeft de Cliëntenraad een aantal adviezen uitgebracht. De uitgebrachte adviezen hadden betrekking op:

1. Jaarrekening - Jaardocument 2010
2. Ziekenhuisbrede gedragscode
3. Begroting 2011 fase II
4. Reglement maaltijdbonnen
5. Investeringsbegroting 2011
6. Notitie 'Naar gastvrije service in eten en drinken'
7. Procedure omgaan met agressie
8. Reglement en profielen Verpleegkundige Adviesraad
9. Instellen eenheid Anesthesiologie
10. Reorganisatieplan afdeling Kwaliteit, Veiligheid & Innovatie
11. Deelbesluit concentratie acute Verloskunde
12. Voordracht en advies 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. Een opsomming volgt hieronder:

- Met Zorgbelang is gesproken over de website www.deeljezorg.nl en over het thema "wat kunnen Zorgbelang en de Cliëntenraad voor elkaar betekenen?".
- De Cliëntenraad heeft tijdens een rondleiding door de nieuwbouw van locatie Dordwijk zicht gekregen op de nieuwe faciliteiten
- Met het hoofd van de Eenheid Facilitair Bedrijf is verschillende keren van gedachten gewisseld over de onderwerpen gastvrijheid, imago en bejegening. Ook kwamen onderwerpen als maaltijden en voorzieningen voor patiënten aan de orde.
- Met de afdeling Communicatie is gesproken over de thema's publiciteit en de presentatie van de Cliëntenraad aan haar achterban.
- Met de projectleider van de werkgroep "Rode en groene kaarten" is gesproken over de resultaten van de rode en groene kaarten en de follow-up die wordt gegeven aan de ontvangen suggesties.
- Met de casemanagers van het Palliatieve Netwerk is gesproken over de werkzaamheden en ervaringen van dit orgaan en de samenwerking met het Albert Schweitzer ziekenhuis.
- Met enkele managers van eenheden is gesproken over de aanpak van het thema Gastvrijheid en over de nieuwbouwplannen voor de locatie Zwijndrecht.
- Met een zorgverzekeraar is gesproken over de vraag hoe verzekerden invloed kunnen uitoefenen op de kwaliteit van zorg.
- Met het Dagelijks Bestuur van de VAR is gekeken waar en hoe de Cliëntenraad en de VAR samen kunnen optrekken.



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 topkwaliteit te leveren en cliëntgericht 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 2011 vonden drie managementconferenties plaats waarbij de Raad van Bestuur, het Dagelijks Bestuur VMS, bedrijfsleiders, medisch managers, hoofden stafafdelingen en een delegatie van de Ondernemingsraad en de Verpleegkundige Adviesraad aanwezig waren. Tijdens de managementconferenties is aan de orde geweest de ontwikkeling van de strategie en de locatieprofilering, het speerpuntenbeleid en het veiligheidsmanagementsysteem. Door de Raad van Bestuur is in overleg met het Stafbestuur een top drie aan prioriteiten vastgesteld. Deze liggen in het verlengde van het ziekenhuisbeleidsplan 'Bewust Beter' en het medisch beleidsplan 'Formare II'. Het betreft de volgende prioriteiten:

- De kwaliteit en ondersteuning van ICT-voorzieningen
- Verbetering imago / bejegening ziekenhuis
- Het uitwerking geven aan het plan van aanpak kwaliteit en veiligheid

In november 2010 is door de Raad van Bestuur en het Dagelijks Bestuur VMS gestart met gedachtewisseling over de locatieprofielen. Het proces om te komen tot een strategische visie op hoofdlijnen had in 2011 hoge prioriteit. Om een zorgvuldige en onderbouwde afweging te kunnen maken, zowel wat betreft de strategische richting als de locatieprofilering, hebben Raad van Bestuur en Dagelijks Bestuur VMS in 2011 opdracht gegeven tot het verrichten van een nader onderzoek op een aantal deelterreinen. In de 'zomerfase' (juni-augustus 2011) is nader onderzoek verricht, en zijn opties verkend en de contouren van de strategische richting en de locatieprofilering ontwikkeld. In de "najaarsfase" (september - december 2011) heeft, door verschillende werkgroepen, een nadere inventarisatie en analyse plaatsgevonden en hebben de strategische doelen en locatieprofilering concreet gestalte gekregen, mede in dialoog met interne en externe betrokkenen.

In 2011 is tijdens de managementconferentie aandacht besteed aan het te ontwikkelen speerpuntenbeleid van het ziekenhuis. Raad van Bestuur en Dagelijks Bestuur VMS hebben als vervolg hierop in 2011 een werkgroep ingesteld die een advies zal uitbrengen over de te ontwikkelen speerpunten, ervan uitgaande dat deze aan een aantal vooraf opgestelde voorwaarden en criteria voldoen.

Missie & Visie

Het Albert Schweitzer ziekenhuis levert op professionele en maatschappelijk verantwoorde wijze een breed palet 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 zijn 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 de 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, Inspectie, 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 Sliedrecht-Orastie. Hierin is geregeld dat gebruikte medische apparatuur wordt getransporteerd naar het ziekenhuis in Orastie, Roemenie. Orastie is een zuster gemeente van de gemeente Sliedrecht. De Commissie Buitenland coördineert dit.

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. In de jaarlijkse kaderbrief en begroting is en wordt steeds aangegeven aan welke speerpunten van het beleid in een jaar extra aandacht zal worden gegeven. Op de realisatie van de speerpunten gekozen voor 2011 wordt in het volgende hoofdstuk ingegaan.



4.2 Algemeen beleid

Vanuit de drie centrale thema's uit het meerjarenbeleidsplan zijn verschillende beleidsinitiatieven op de gekozen speerpunten uitgewerkt.

Thema meerjarenbeleid	Speerpunt	Doelstelling	Realisatie 2011	Zie
KLANT				
	Kwaliteit & veiligheid	Behalen NIAZ vervolgaccreditatie	NIAZ-accreditatie is behaald.	4.3
		Implementeren VMS	VMS is als onderdeel NIAZ- accreditatie geïmplementeerd	4.4.1
		Realisatie 10 veiligheidsthema's	4 thema's volledig gerealiseerd. Voor 2 thema's heeft ASz de patiëntveiligheids award ontvangen.	4.4.4
		Verkorting van ligduur m.b.v. TOC.	Gemiddelde ligduur is met 19% gedaald t.o.v. het peiljaar 2008.	4.3
		Behalen roze lintje Borstkankerzorg	Is behaald.	4.3
	Gastvrijheid	Tevreden patiënten	Systeem van rode en groene kaarten succesvol geïmplementeerd.	4.4
		Keurmerk Gastvrijheidszorg met Sterren	Alle locaties hebben drie sterren behaald.	4.4
		Gastvrijheidsprijs cliëntenraad	In 2011 is voor de eerste maal de gastvrijheidsprijs uitgereikt	4.2
MEDEWERKER	Lerende organisatie	Behalen volwaardig lidmaatschap STZ	Lidmaatschap STZ is gerealiseerd	4.5
	Arbeidsomstandig- heden	Uitvoering RI&E	Is volledig gerealiseerd	4.5
	Ziekteverzuim	Verminderen % ziekteverzuim	Doelstelling is niet behaald	4.5
	Beoordelings- en ontwikkeling- systematiek	Invoering Resultaat Gericht Werken	Is geïmplementeerd	4.5



Thema meerjarenbeleid	Speerpunt	Doelstelling	Realisatie 2011	Zie
	Management Development	Verzorgen opleiding voor bedrijfsleiders, medisch managers en afdelingshoofden.	Verskillende scholingsprogramma zijn gerealiseerd	4.5
	Betrokkenheid verpleegkundige beroepsgroep	(her)oprichting Verpleegkundige Adviesraad (zie § 3.3)	Een VAR in nieuwe samenstelling is opgericht	3.3
MAATSCHAPPIJ	Gezonde (financiële) bedrijfsvoering	Resultaat 2011 4 miljoen Solvabiliteit 2011 > 10%	Resultaat 4,5 miljoen Solvabiliteit 11,5%	4.7
	Transparantie & verantwoording	Resultaten Prestatie-indicatoren IGZ/ ZiZo	ASz heeft alle gevraagde prestatie-indicatoren tijdig aangeleverd en gepubliceerd. ASz is Elseviers "Beste ziekenhuis 2011".	4.3
		Voldoen aan eisen IGZ	Uit thematische onderzoeken van de IGZ blijkt dat voldaan wordt aan de eisen	4.3
	Milieubeleid	Zorgvuldig omgaan met energie en afval	Lichte stijging diverse soorten afval. Duidelijke daling verbruik gas en elektriciteit	4.6

Kwaliteit & Veiligheid

Belangrijke doelstellingen vanuit het kwaliteitsbeleid Albert Schweitzer ziekenhuis zijn in 2011 met het behalen van de NIAZ- vervolgaccreditatie, het implementeren van het veiligheidsmanagementsysteem, het winnen van de Patiëntveiligheid Award, het goede resultaat in Elsevier en het behalen van het roze lintje voor borstkankerzorg in 2011 gerealiseerd.

Daarnaast zijn diverse verbeterprojecten uitgevoerd die hebben bijgedragen aan een betere kwaliteit van zorg. In hoofdstuk 4.3 is dit verder uitgewerkt en worden voorbeelden van de projecten beschreven.



Klanttevredenheid

Het is voor het ziekenhuis erg belangrijk te weten hoe de klanten de zorg ervaren en waar verbetering mogelijk is. De klanttevredenheid is in 2011 op verschillende manieren gemeten. Het systeem waarbij de patiënten d.m.v. groene en rode kaarten aan kunnen geven hoe zij de zorg hebben ervaren, is in 2011 in de gehele organisatie toegepast. De opmerkingen en suggesties van de patiënten worden gebruikt voor verdere verbetering. Ook in 2011 zijn verschillende spiegelgesprekken gehouden die een bron van informatie opleveren voor verder verbetering. Vanaf 2012 zal de tevredenheid van de patiënten verder gemeten gaan worden m.b.v. de zogenaamde CQ-index.

Het aantal klachten bij de klachtenbemiddelaars is in 2011 verder afgenomen t.o.v. 2009 en 2010. De patiënten zijn ook tevreden over de afhandeling. Zie hoofdstuk 4.3.

Verkorten toegangstijden, doorlooptijden en herhaalfactor

Korte toegangstijden, snelle doorlooptijden en een geringere herhaalfactor dragen bij aan een hogere tevredenheid. De toegangstijden worden gepubliceerd op de website van het Albert Schweitzer ziekenhuis. Door middel van het project Zorgdomein is in 2011 meer inzicht verkregen in de toegangstijden per specialisme en zijn verbeteracties uitgevoerd om deze verder te verkorten.

De ingezette verschuiving van het aanbieden van zorg in een poliklinische setting of dagbehandeling, heeft zich in 2011 verder doorontwikkeld. In 2011 is verdere verkorting van de gemiddelde ligduur naar gemiddeld 5,41 dagen d.m.v. het project Theory of Constraints (TOC) gerealiseerd.

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 meerjarendoelstelling van TOC om de ligduur met 20% te verlagen is bijna bereikt (19%). Zie hoofdstuk 4 voor de resultaten.

Informatie over de doorlooptijden van processen is vanaf 2011 opgenomen in de Balanced Score Card. Deze periodieke informatie biedt de leidinggegenden de mogelijkheid om snel bij te sturen.

De gemiddelde herhaalfactor in het Albert Schweitzer ziekenhuis is in 2011 verder afgenomen. Zie verder hoofdstuk 4.4.3. voor de resultaten.

Gastvrijheid

In 2011 is op verschillende manieren aandacht gegeven aan gastvrijheid. Drie locaties van het ziekenhuis hebben in de "Sterrengids gastvrijheidszorg" 3 sterren gekregen.

De cliëntenraad heeft in 2011 voor het eerst een Gastvrijheidsprijs ingesteld die intern uitgereikt is.

In hoofdstuk 4.4.1 wordt meer informatie gegeven over gastvrijheid.

Transparantie en verantwoording

Met de gegevens van de prestatie-indicatoren IGZ en Zichtbare Zorg, waarover we nu beschikken is het steeds beter mogelijk om zichtbaar te maken hoe de kwaliteit van de geleverde zorg in het Albert Schweitzer ziekenhuis is. Deze indicatoren worden aangeleverd aan de IGZ en Zichtbare Zorg voor verantwoording en via publicatie op verschillende websites dragen ze bij tot meer transparantie. In 2011 werd het Albert Schweitzer ziekenhuis, mede op basis van deze gegevens, door Elsevier gekozen tot het beste ziekenhuis (op een gedeelde eerste plaats).



De resultaten zijn beoordeeld en besproken met de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Zie hoofdstuk 4.3,

Inspectie

Zoals in voorgaande jaren is in 2011 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.

Patiëntencommunicatie

De voorlichting aan patiënten kreeg ook in 2011 weer op uiteenlopende manieren gestalte. Behalve via de gebruikelijke patiëntenfolders, ruim 900 totaal, zijn ook in het verslagjaar weer verschillende voorlichtingsfilms gemaakt. Bijvoorbeeld voor KNO, Oncologie, het Slaapwaakcentrum en Predialyse.

Er is een begin gemaakt met het inzetten van sociale media en de website www.asz.nl is geheel vernieuwd zodat patiënten ook langs die weg de nodige informatie over onderzoeken en behandelingen kunnen vinden.

Er zijn verspreid over het jaar uiteenlopende voorlichtingsbijeenkomsten georganiseerd in samenwerking met patiëntenverenigingen, waarbij de artsen vaak een bijdrage leverden als spreker. Voor het testen van patiëntenfolders is meermalen een onafhankelijk testpanel van patiënten bijeengeweeest. Zij lazen verschillende folders mee en keken daarbij vooral naar begrijpelijkheid en eenvoudig taalgebruik. In 2011 is ook begonnen met een bewustwordingscampagne rond laaggeletterdheid. Onder meer door een scholing voor verpleegkundigen (de copa's) over de invloed van laaggeletterdheid op gezondheid. Dit project is in 2011 in gang gezet en wordt in 2012 afgerond.

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 Albert Schweitzer ziekenhuis heeft in 2011 officieel de status ontvangen van volwaardig lid van de Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen (STZ). Hiermee is een belangrijke doelstelling uit het meerjarenbeleid van het ziekenhuis gerealiseerd.

Financiën

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 gedaan wordt, welke middelen daarvoor ingezet worden en hoe de kwaliteit van zorg is op basis van zorginhoudelijke prestatie-indicatoren. In 2011 zijn deze punten binnen de P&C cyclus gemonitord.

Structuur

Mede vanuit de noodzaak om de financiële positie te verbeteren, is de 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 de positie in de 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 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.

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 momenteel 21 primaire eenheden, 12 medisch ondersteunende eenheden, 2 ondersteunende eenheden en 8 stafdiensten geformeerd, die allen over een eigen budget beschikken. De managementinformatie is aangepast. Medisch managers, bedrijfsleiders en de (deels) meewerkende afdelingshoofden zijn benoemd. In de zomer van 2011 heeft een kwalitatieve evaluatie van de eenhedenstructuur plaatsgevonden. De aanbevelingen uit de rapportage, die door de hiervoor ingestelde werkgroep is opgesteld, zijn door Raad van Bestuur overgenomen.

Huisvesting en energie

Het voorterrein op de locatie Dordwijk is als laatste onderdeel van de nieuwbouw in 2011 afgerond.

Begin 2011 zijn de laatste gebruikers in de nieuwe gebouwen getrokken. Dit waren zowel gebruikers van het ziekenhuis zoals de verpleegafdeling Geriatrie als externen zoals 2 verpleeghuizen en de uitbater van het restaurant.

In 2010 is reeds gestart met de midlife renovatie van de technische infrastructuur op Dordwijk en Zwijndrecht. Deze renovatie bestaat uit verschillende projecten zoals het



vervangen van centrale luchtbehandelingsinstallaties, centrale meet- en regelinstallaties, centrale verwarmingsinstallaties. Deze projecten liepen ook in 2011 door en zullen nog een aantal jaren doorlopen.

Doordat afdelingen zijn verhuisd van de oudbouw naar de nieuwbouw werd renovatie van deze gebouwen mogelijk. In 2011 zijn hierdoor de afdeling Radiologie, poli Geriatrie volgens het nieuwe beeldkwaliteitsplan opgeleverd. Er is gestart met de renovatie van het OK-complex op de locatie Dordwijk en met de nieuwbouw van een OK-complex op Zwijndrecht.

In 2011 is een start gemaakt om de gevolgen van een strategische heroriëntatie te vertalen naar de gevolgen voor huisvesting op alle locaties. Hierbij zijn vragen aan de orde gekomen welke faciliteiten moet je op welke locatie huisvesten en hoe lang zal Amstelwijck nog gebruikt worden.

Ook in 2011 is continu gekeken naar (technische) aanpassingen om het energieverbruik te beperken. Het energieverbruik (zowel gas als elektriciteit) is over het algemeen afgenomen. Het ziekenhuis is in 2011 t.o.v. 2010 efficiënter met energie omgegaan dat voornamelijk op gasverbruik een besparing heeft opgeleverd. Het inregelen van de warmte-koude-opslag in de grond op de locatie Dordwijk heeft nog wel een aantal maanden geduurd maar levert nu het juiste rendement op. De locatie Amstelwijck is in 2011 verder leeg komen te staan. Door actief beheer op de installaties is ernaar gestreefd geen onnodige energie te gebruiken op de afdelingen die (tijdelijk) niet in gebruik waren.

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 ook in 2011 diverse communicatiemiddelen ingezet door de afdeling Communicatie.

Voorbeelden hiervan zijn:

- de Patiëntenkrant (voor alle klinische patiënten, deze krant ligt klaar op het bed bij opname)
- viermaal in 2011 een ruime advertentie (van 4 pagina's) met divers ziekenhuisnieuws in de weekbladen in de regio
- de voortdurend geactualiseerde en in 2011 totaal nieuw vormgegeven en ingerichte website van het ziekenhuis www.asz.nl

Om als ziekenhuis in het potentiële 'groeigebied' Oost-IJsselmonde zichtbaar te zijn, liep ook in het jaar 2011 nog het sponsorcontract met voetbal-Topklasser BVV Barendrecht. Het Albert Schweitzer ziekenhuis profileert zich hier via shirt- en veldreclame nadrukkelijk met zijn locatie Zwijndrecht, die immers niet ver van Barendrecht gelegen is.

De afdeling Communicatie doet steeds meer ervaring op met de inzet van sociale media, om te communiceren met het publiek. Het ziekenhuis is met een eigen kanaal of account zichtbaar op Facebook, Twitter, Hyves en Youtube. Deze middelen lenen zich goed voor één-op-één-contacten met internetgebruikers, wanneer zij bijvoorbeeld een slechte ervaring via sociale media wereldkundig maken. De afdeling Communicatie speelt hiernaar en probeert alsnog te bemiddelen tussen de cliënt en de zorgverlener, regelmatig met succes.



Om het publiek geïnformeerd en betrokken te houden, onderhoudt de afdeling Communicatie zeer intensief contact met de lokale en regionale pers. In 2011 werden 66 persberichten proactief verstuurd. Een veelvoud van dat aantal werd aan persvragen in behandeling genomen en bijna altijd gehonoreerd. De contacten met media zijn veel meer dan enkele jaren geleden gestoeld op wederzijds vertrouwen.

ICT

Reorganisatie

2011 stond voor de afdeling ICT in het teken van de reorganisatie. Aanleiding hiertoe was een blijvende onvrede van mensen zowel binnen als buiten de afdeling ICT; onvrede met betrekking tot de dienstverlening van de afdeling, de performance van SAP, achterstallig onderhoud van de ICT infrastructuur en een grote afhankelijkheid van externe expertise met bijbehorende consequenties.

De organisatiestructuur werd aangepast, passend bij de aansturing en dienstverlening die van de ICT-afdeling gevraagd wordt.

Om invulling te geven aan het reorganisatieplan zijn functies geformaliseerd in teams conform het nieuwe organisatiemodel en zijn mensen geplaatst in hun bestaande of na sollicitatiegesprekken in een nieuwe functie. Voor hen waar geen passend werk meer voor was is een mobiliteitstraject gestart. Behalve zij die afgezien hebben van een mobiliteitstraject is voor iedereen een andere functie in het Albert Schweitzer ziekenhuis gevonden.

De kernpunten uit het reorganisatieplan zijn:

Project en programma management

De projectleiders zijn in de reorganisatie overgeheveld naar KV&I. Gezamenlijk met Informatiemanagement en de ICT projectmedewerkers wordt toegewerkt aan een eenduidige projectmethodiek, en -rapportage.

Architectuur

Dit dient te garanderen dat de ICT een toekomstvast en samenhangend geheel vormt waaraan nieuwe ontwikkelingen getoetst kunnen worden. Om een visie te vormen over de toekomstige architectuur, zijn verkennende sessies gestart met innovatieve leveranciers naar technische mogelijkheden, getoetst aan de ontwikkelingen die in de zorg en in het Albert Schweitzer ziekenhuis in het bijzonder op ons af zien komen.

Financiën

Alle componenten uit de ICT- infrastructuur zijn geïnventariseerd en in een meerjarenvervangingsinvesteringsplan opgenomen.

Projecten

Gelijktijdig met de opstart en realisatie van het reorganisatieplan liep er een majeur traject om heel SAP te upgraden van versie 6.0 naar 6.5. Gedurende dit traject is het overige projectenprogramma getemporiseerd om capaciteit beschikbaar te stellen aan de update en om wijzigingen op de SAP inrichtingen, volgend uit de projecten, te voorkomen. In november is het Albert Schweitzer ziekenhuis overgegaan naar deze nieuwste versie van SAP.

Minder voortvarend dan aanvankelijk gepland, is gewerkt aan het EPD project. Een herontwerp op het eerder gedeeltelijk geïmplementeerde EPD, is functioneel beschreven, maar is nog niet in realisatie genomen. De impact van het ontwikkelen van dit herontwerp op de upgrade lieten zich niet met elkaar verenigen.



Samenwerking SAP-ziekenhuizen

Het Albert Schweitzer ziekenhuis participeert in de VSAPGz, een vereniging van SAP-ziekenhuizen. In VSAPGz verband is het ontwikkelen van de DOT-financieringssysteem in de SAP-applicatie opgepakt. Een traject waarbij de ziekenhuizen gezamenlijk de functionaliteit specificeren en opdracht geven tot ontwikkeling door SAP. Hiermee wordt een grotere mate van standaardisatie bereikt, kennis gedeeld, en tevens een financieel efficiëntere wijze van ontwikkelen gerealiseerd. Ook is in gezamenlijke opdracht invulling gegeven aan het ontwikkelen van TOC functionaliteit in SAP. Het Albert Schweitzer ziekenhuis heeft hier een voortrekkersrol in gehad.

De VSAPGz heeft in haar strategie dagen in juni 2011 de ambitie uitgesproken tot een betere samenwerking te komen. Dit uit zich in het gezamenlijk initiëren van en opdracht geven tot het ontwikkelen van functionaliteit. Een belangrijk onderwerp in dit licht is het verkrijgen van meer duidelijkheid met betrekking tot de basisregistratie van het medisch dossier en het komen tot één template van deze basisregistratie. Door gezamenlijk vanuit eenzelfde standaard te werken op die onderdelen die voor ziekenhuizen ook standaard zijn, is het mogelijk door gedeelde kennis ook kwaliteitsverbetering en efficiëntie te behalen.

Projectencommissie en sturing op projecten

Begin 2011 is de projectencommissie opgericht. De aanleiding voor de oprichting van deze commissie was:

- de wens om strakker te sturen op projecten, zodat meer projecten op tijd en binnen budget gerealiseerd worden
- de noodzaak om de effectiviteit van projecten te vergroten
- de blijvende druk om efficiënter te gaan werken (kostenbesparing realiseren)
- de behoefte aan het creëren van overzicht en toetsing van projectdoelen aan strategische doelstellingen en jaarplannen

Het beschikbare budget was 3,3 miljoen. De kosten van de projecten die begin 2011 voorzien waren bedroegen in totaal 2,9 miljoen. Er is echter ook een aantal projecten gedurende 2011 opgestart die niet voorzien waren en die bij elkaar circa € 1.0 miljoen aan extra uitgaven met zich meebrachten. De grootste twee hiervan betroffen de vervanging van het HR systeem en de upgrade van SAP.

Werkwijze en behaalde resultaten van de commissie

In de onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de werkwijze, doelstellingen en bereikte resultaten van de projectencommissie.



Doelstelling	Activiteiten	Bereikte resultaten	Acties
Zorgdragen voor optimale benutting van de beschikbare projectgelden en prioritering van de ingediende projectvoorstellen	• Beoordelen projectvoorstellen en plannen van aanpak voor nieuwe projecten • Op basis hiervan advisering aan RvB mbt toekennen projectgelden nieuw op te starten projecten (o.a. rekening houdend met wettelijke verplichtingen) • Monitoren lopende projecten op gebied van voortgang en uitnutting budget. Voortgang op hoofdlijnen volgen met focus op het projectresultaat.	• Op een aantal onvoorziene zaken na is het beschikbare budget voor concernbrede projecten voor 2011 niet overschreden • Er is een flink aantal projecten afgerond • Er is meer overzicht over de lopende projecten en de doelen die met de projecten bereikt moeten worden	• De focus moet verder verbreden van financieel naar resultaten van een project: wat levert het op • De link naar de investeringscommissie moet beter ingericht worden • De rapportage over de voortgang van projecten moet verder verbeterd worden, o.a. dmv opnemen in de P&C cyclus en in de Balanced Score Card
Bewaken dat de keuze voor de uit te voeren projecten in lijn is met de strategie van het Albert Schweitzer ziekenhuis en dat dit ook tijdens de uitvoering van het project zo blijft	Advisering mbt meerjarenplan projecten, rekening houdend met de thema's waar het Albert Schweitzer ziekenhuis op focust	Er is een goede aanzet gemaakt voor de keuzes die aan het begin van het jaar worden gemaakt in prioritering van projecten, met een toetsing van de projectdoelen aan de strategische doelen en jaarplannen	Betere monitoring op projectresultaten tijdens de uitvoering van een project (wel rekening houdend met de rol van de stuurgroep van het betreffende project), zodat de effectiviteit van projecten verder vergroot kan worden
Zorgdragen voor maximale synergie tussen de verschillende projecten	Rekening mee houden bij advisering over de prioritering van projecten. Bewaken tijdens uitvoering van projecten.	Er is een goede aanzet gemaakt voor de keuzes die aan het begin van het jaar worden gemaakt in prioritering van projecten	Betere monitoring op projectresultaten tijdens de uitvoering van een project (wel rekening houdend met de rol van de stuurgroep van het betreffende project)



Projectresultaten

De volgende projecten zijn in 2011 afgerond. Ze staan geclusterd per thema. Het betreft concernbrede projecten en grotere projecten binnen een eenheid:

Project	Resultaten
EPD:	Astraia fase 1 en 2: het resultaat is dat het gynaecologisch expert-systeem Astraia op hoofdlijnen geïntegreerd geïmplementeerd is met SAP, Clinical Assistant en de medische modaliteiten (Echo). Dit draagt bij aan de efficiency en patiëntveiligheid.
	Patient DataManagement System 1e en 2e fase: het resultaat is dat een PDMS geïmplementeerd is op de IC Dordwijk en op de MC/HC Dordwijk. Hierdoor is de registratie en verslaglegging op de IC en MC/HC in hoge mate elektronisch, hetgeen aanzienlijk bijdraagt aan patiëntveiligheid en efficiëntie.
	Voor het verpleegkundig EPD is een vooronderzoek gedaan. Een implementatieplan is opgesteld.
	Partus verslaglegging en CTG bewaking: dit betreft de vervanging van de verloskunde-status en het systeem voor de CTG bewaking door nieuwe systemen. Begin 2012 is dit al in gebruik genomen, en zijn de systemen aan elkaar gekoppeld.
	Uitrol Clinical Assistant: dit betreft de uitrol van een systeem voor de opslag en ontsluiting van beelden en verslagen van medische onderzoeken.
	Uitrol ordercommunicatie: dit betreft het elektronisch aanvragen van medische onderzoeken in de polikliniek. In 2011 is al een deel van de vakgroepen hiermee gestart.
	Digitalisering Transmuraal Team: het resultaat is dat het Transmuraal Team volledig digitaal kan werken, waardoor de efficiency vergroot is.
Zorglogistiek:	Radiotherapie: het resultaat is dat alle patiënt-gerelateerde informatie digitaal wordt uitgewisseld tussen het radiotherapeutisch centrum van het EMC en het ASz.
	Theory Of Constraints in SAP: het resultaat is dat de applicatie die gebruikt wordt voor TOC (tbv ligduurverkortings) vervangen is door SAP functionaliteit.
	Zorgprocesmodel Oncologie: in 2011 is een model voor het vastleggen van het oncologisch proces gekozen, in fase 2 wordt dit bij 2 tumorgroepen geïmplementeerd.
	Zorgdomein: het resultaat is dat huisartsen patiënten op een makkelijke manier kunnen verwijzen naar het Albert Schweitzer ziekenhuis
Veiligheid en kwaliteit:	Patiëntidentificatie: het resultaat is dat patiëntveiligheid vergroot is door de inzet van polsbandjes met barcode.
	QDMS: het resultaat is de vervanging en optimalisatie van het kwaliteitsdocumentbeheer-systeem.



Bedrijfsvoering:	Digitaliseren personeelsdossiers: het resultaat is een scanoplossing om de personeelsdossiers te digitaliseren, waardoor efficiënter gewerkt kan worden.
	Vervanging HR-Systeem: dit betreft de vervanging van het personeelsinformatiesysteem. Per 1 januari is de salarisadministratie vervangen.
	DOT: Inrichting SAP, AO/IC en scholing van medewerkers ter voorbereiding op start DOT per 1-1-2012.
	SRM fase 3: dit betreft de verdere optimalisatie en toevoeging van nieuwe functionaliteiten aan het inkoopstelsel.
Infrastructuur:	Cloverleaf / EAI: het resultaat is dat de koppelingen tussen allerlei deelsystemen verbeterd zijn op het gebied van continuïteit, beschikbaarheid, controleerbaarheid en uitbreidbaarheid.
	OSDB migratie: het resultaat is dat het operating system en de database waarop SAP draaien geupgrade zijn naar nieuwe technologie, waardoor de continuïteit, beschikbaarheid en performance van SAP beter gewaarborgd zijn.
	Citrix Migratie: dit betreft de invoering van een nieuwe technologie voor het citrix platform.
	Upgrade SAP (EHP 4/5): dit betreft de upgrade naar de nieuwste versie van SAP.
Marketing en communicatie:	Vervanging Intranet: dit betreft de vervanging van het oude intranet. Dit project is inmiddels ook afgerond (begin februari).
Medicatie:	Programma Medicatie Overdracht, bestaande uit de projecten medicatieverificatie, poliklinische uitrol EVS en opvragen medicatiedossier via LSP.
	Cytostatica: de implementatie van een systeem voor het voorschrijven, bereiden en toedienen van cytostatica.

Er is een overzicht gemaakt met de planning van lopende en aankomende projecten voor de komende twee jaar, en een werkwijze vastgesteld om dit overzicht up-to-date te houden door middel van periodieke voortgangsrapportages die aangeleverd worden door de projecteigenaren. Doel van dit overzicht is het houden van overzicht en het geven van inzicht aan de organisatie.

De projectencommissie gaat in 2012 de volgende punten oppakken:

- Verder inregelen van projectbewaking, d.m.v. implementeren van periodieke voortgangsrapportages en invoering van 2 indicatoren in de Balanced Score Card
- Verder standaardiseren van de gehanteerde projectmethodiek in het Albert Schweitzer ziekenhuis
- Meer toewerken naar een meerjaren projectplanning, met een beter overzicht op de beschikbare capaciteiten (o.a. bij ICT), en beter inregelen van het financiële proces rondom projecten (link naar investeringscommissie, totaalbudgetten per project i.p.v. per jaar per project)
- Meer sturing gaan geven op de resultaten van projecten, o.a. door middel van structurele evaluaties aan het eind van het project, maar ook door sturing hierop tijdens het project



Samenwerken

Het ziekenhuis participeert in verschillende netwerken op regionaal (bijvoorbeeld Drechtzorg) en landelijk niveau (bijvoorbeeld de STZ en de 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. In 2011 heeft het Albert Schweitzer ziekenhuis een intentie-overeenkomst tot samenwerking gesloten met de Rivas Zorggroep - Beatrix ziekenhuis in Gorinchem. Eén van de elementen hierin is het nader uitwerking geven aan de plannen om te komen tot strategische samenwerking op het niveau van de verschillende vakgroepen. Om de samenwerking met huisartsen, thuiszorg en verpleeg- en verzorgingshuizen te verdiepen, is voor deze samenwerkingspartners sinds maart 2012 een huisartsencoördinator 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/DOT'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 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 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. Per 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, de Zuid-Hollandse eilanden en de Alblasserwaard kunnen voor bestraling terecht binnen deze dependance Radiotherapie van het Erasmus Medisch Centrum.



4.3 Algemeen kwaliteitsbeleid

Het Albert Schweitzer ziekenhuis werkt aantoonbaar en continu aan de verbetering en borging van de kwaliteit en willen bereiken dat elke patiënt de juiste medisch-specialistische zorg krijgt, op het juiste moment en op de manier zoals de patiënt dit wil. In 2011 zijn de resultaten van het kwaliteitsbeleid duidelijk zichtbaar geworden. We hebben verschillende successen kunnen vieren: het behalen van de NIAZ- vervolgaccreditatie, het behalen van het volwaardig lidmaatschap van de STZ, een gedeelde eerste plaats in het Elsevier-onderzoek "De beste ziekenhuizen", het behalen van het roze lintje Borstkankerzorg en het winnen van de Patiëntveiligheid Award. Ook op andere gebieden zijn in 2011 verbeteringen gerealiseerd. In dit hoofdstuk wordt verslag gedaan van uitgevoerde verbeterprojecten en resultaten. In hoofdstuk 4.4 wordt specifiek ingegaan op het kwaliteitsbeleid ten aanzien van patiënten/cliënten en ten aanzien van patiëntveiligheid.



Bewust Beter

verankeren, verbeteren, verantwoorden

"Iedereen ontvangt exact de zorg die hij of zij wil op het moment dat hij/zij die zorg wil of nodig heeft en op de manier die hij/zij wilt".

Kwaliteit = Klantgericht, Veilig, Efficiënt, Effectief, Tijdig, Gelijk

Doelen kwaliteitsbeleid :

Behalen NIAZ accreditatie, implementatie veiligheidssysteem, implementeren 10 thema's veiligheid, goede resultaten prestatie-indicatoren, verkorten ligduur, hoge tevredenheid klanten, lage sterftecijfers/HSMR.

Aantoonbare resultaten



Het VMS Veiligheidsprogramma feliciteert het Albert Schweitzer ziekenhuis met het winnen van de



Albert Schweitzer ziekenhuis erkend als volwaardig STZ-lid

Het Albert Schweitzer ziekenhuis heeft op 23 september 2011 officieel de status ontvangen van volwaardig lid van de Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen (STZ).

Kwaliteitsmanagementsysteem ziekenhuis.

Begin juni 2011 is van NIAZ het bericht ontvangen dat het Albert Schweitzer ziekenhuis de vervolgaccreditatie op basis van de Kwaliteitsnorm Zorginstelling 2.1 heeft behaald.

Daaraan vooraf gegaan is het werkbezoek van 10 NIAZ-auditoren in januari. Zij hebben in die week veel afdelingen bezocht en met veel leidinggevenden en medewerkers gesproken. Sterke punten naar het oordeel van de auditoren waren: toewijding, zorg,



betrokkenheid; zorgketen CVA, geïntegreerde behandelplannen, nieuw beleid, en verbetercultuur. Bij 18 van de 266 normeisen hebben de auditoren verbeterpunten aangegeven. Hiervoor heeft het Albert Schweitzer ziekenhuis een actieplan opgesteld. In april 2012 wordt getoetst in welke mate hieraan vervolg is gegeven. Naar het oordeel van NIAZ voldoet het Albert Schweitzer ziekenhuis daarmee aantoonbaar aan de in de Kwaliteitsnorm Zorginstellingen 2.1 beschreven voorwaarden:

- de cultuur is gericht op voortdurende verbetering en borging
- de besturing en organisatie van de (zorg)processen zijn zo ingericht dat zij redelijkerwijs en reproduceerbaar leiden tot verantwoorde zorg
- de veiligheid van patiënten, medewerkers, bezoekers en omgeving is naar behoren geborgd

Op 16 juni 2011 is, tijdens een feestelijke bijeenkomst, het accreditatiebewijs door de directeur van NIAZ, drs. Hélène Beard overhandigd aan Pier Eringa, voorzitter van de Raad van Bestuur.

Veiligheidsmanagementsysteem

Het veiligheidsmanagementsysteem (VMS) is een integraal onderdeel van de vervolgaccreditering NIAZ. De eisen voor het VMS uit de NTA-norm (NTA 8009:2007) zijn onderdeel van de NIAZ-kwaliteitsnorm 2.1. Beoordeling hiervan was onderdeel van de NIAZ-audit in januari 2011. Het Albert Schweitzer ziekenhuis wil in 2012 op enkele onderwerpen nog verdere verbetering realiseren. Zie verder hoofdstuk 4.4.

Overzicht keurmerken (decentrale kwaliteitssystemen / normen)

Het ziekenhuis beschikt over diverse keurmerken van onafhankelijke organisaties zoals patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars. Een keurmerk is een compact, visueel kwaliteitsoordeel over een product of dienst, afkomstig van een betrouwbare bron oftewel van een onafhankelijke deskundige instantie. De keurmerken zijn voor patiënten te vinden op de website van het Albert Schweitzer ziekenhuis



Soort kwaliteitssysteem / referentiekader	Ziekenhuisbreed of afdeling	Datum behaald
NIAZ-Kwaliteitsnorm Zorginstelling 1.0 NIAZ-Kwaliteitsnorm Zorginstelling 2.1	Instellingsbreed	15-6-2007 – 15-6-2011 1-06-2011 – 15-6-2015
CCKL-normering	Geïntegreerd Klinisch Chemisch Laboratorium	3e verlenging augustus 2011
HKZ	Dialyse	2e Hercertificering 1-11-2010 tot 31-10-2011.
GMP-z	Apotheek	November 2010 erkenning voor grootbereider
CCKL-normering	Apotheek, laboratorium	December 2010
NEN 7510	Norm voor informatiebeveiliging	Externe audit is uitgevoerd december 2010
Vaatkeurmerk van de hart & vaatgroep		2-10-2007. Verlenging december 2011
Keurmerk NVA	Pijnbehandelcentrum	Juni 2010 to heden
Smiley (Kind en Ziekenhuis)	Kindergeneeskunde	April 2008 tot heden
Roze lintje Borstkankerzorg (Borstkanker Vereniging Nederland)	Oncologie	Augustus 2011
Sterrengids Gastvrijheidszorg	Locaties Dordwijk, Zwijndrecht en Sliedrecht drie sterren	2011
Keurmerk NRR (Nederlandse Reanimatie Raad)	Leerhuis	23-09-2011
STZ-lidmaatschap	Leerhuis	23-09-2011

HKZ-certificering dialyse

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 dialyseafdeling haar kwaliteitssysteem verder kan verbeteren.

Heraccreditatie CCKL voor Geïntegreerd Klinisch Chemisch Laboratorium

Het Geïntegreerd Klinisch Chemisch Laboratorium (GKCL) heeft in augustus 2011 opnieuw het CCKL-kwaliteitskeurmerk behaald. Het CCKL-keurmerk is dé kwaliteitsnorm voor



laboratoria. Het GKCL is een samenwerkingsverband van de klinisch-chemische laboratoria van het Albert Schweitzer ziekenhuis en het Beatrixziekenhuis en de twee bijbehorende Trombosediensten. Het GKCL is gevestigd op de zes ziekenhuislocaties en daarnaast levert het service op een groot aantal prikposten verspreid over de regio. Per jaar worden meer dan 4,6 miljoen testen uitgevoerd. Met het behaalde keurmerk is de kwaliteit die het GKCL levert wederom aantoonbaar vastgesteld door onafhankelijke deskundigen. Het behalen van dit certificaat is een nieuwe kroon op het werk dat alle medewerkers doen om het kwaliteitssysteem te bouwen en voortdurend te verbeteren. Patiënt, aanvrager en zorgverzekeraar zijn daardoor blijvend verzekerd van kwaliteit.

Kwaliteitskeurmerk CCKL voor Ziekenhuisapothek

Het klinisch farmaceutisch en toxicologisch laboratorium van het Albert Schweitzer ziekenhuis is officieel 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. De apotheek van het Albert Schweitzer ziekenhuis heeft hiermee op het gebied van kwaliteitssystemen de derde mijlpaal bereikt: zoals bekend, werd eind november de status van grootbereider door de IGZ toegekend en in oktober 2006 de GMP-z status.

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 ziekenhuisapothek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg de erkenning "GMP voor grootbereiders" ontvangen.

Vernieuwd Vaatkeurmerk en spataderzorg

Het Albert Schweitzer ziekenhuis ontving in december 2011 het vernieuwde Vaatkeurmerk. Dit keurmerk richt zich op de kwaliteit van behandelingen van aandoeningen in de slagaders van benen, bekken, buik, aorta en hals. Het keurmerk wordt ieder jaar uitgereikt door de Hart & Vaatgroep aan ziekenhuizen die aan de kwaliteitscriteria voldoen. Het ziekenhuis heeft het keurmerk al sinds 2007, maar dit jaar zijn de criteria aangescherpt. De kwaliteitscriteria voor het Vaatkeurmerk en de spataderzorg staan op de website van de Hart & Vaatgroep. Deze heeft ook gegevens verzameld bij ziekenhuizen en behandelcentra over de kwaliteit van de zorg die zij leveren aan mensen met spataderen. Hieruit bleek dat het Albert Schweitzer ziekenhuis een gemiddeld rapportcijfer van 7,9 krijgt voor kwaliteit van de spataderzorg.

Albert Schweitzer ziekenhuis ontvangt "roze lintje" borstkankerzorg

De Borstkankervereniging Nederland heeft de oncologische zorg voor borstkankerpatiënten die behandeld worden in het Albert Schweitzer ziekenhuis gewaardeerd met een roze lintje in de 'monitor borstkankerzorg'. Dit betekent dat de zorg aan alle criteria van de Borstkankervereniging voldoet. De zorg die wordt geboden in het Albert Schweitzer ziekenhuis is de zorg die de Borstkankervereniging graag ziet.

Drie locaties in de "Sterrengids Gastvrijheidszorg"

De locaties Dordwijk, Zwijndrecht en Sliedrecht van het Albert Schweitzer ziekenhuis hebben elk afzonderlijk drie sterren behaald. In hoofdstuk 4.4.1 wordt hierop verder toelichting gegeven.



Albert Schweitzer ziekenhuis ontvangt HONcode voor website

Het Albert Schweitzer ziekenhuis is één van de eerste ziekenhuizen in Nederland waarvan de website (www.asz.nl) het HONcode-certificaat heeft ontvangen. Dit is een internationaal keurmerk voor websites van onder meer ziekenhuizen, zorginstellingen, artsorganisaties en patiëntenbelangenverenigingen. Bezoekers van www.asz.nl kunnen aan het (op de site getoonde) HON-logo zien dat zij een betrouwbare bron van medische informatie raadplegen. Het certificaat wordt verstrekt door The Health On The Net Foundation, een non-profit-organisatie met het hoofdkantoor in Genève. De stichting heeft als doel het wereldwijd promoten van de ontwikkeling en toepassing van nieuwe technologie op het gebied van zorg en geneeskunde en tevens het verhogen van de toegankelijkheid van gezondheidsinformatie voor patiënten en consumenten.

CZO-erkenning voor CCU-opleiding in het Albert Schweitzer ziekenhuis

CCU-verpleegkundigen die in het Albert Schweitzer ziekenhuis worden opgeleid, krijgen vanaf juni 2011 een landelijk, door het College Zorg Opleidingen (CZO) erkend diploma. De CCU-opleiding is een gezamenlijk project van de CCU-afdeling, het Leerhuis en het Albeda College. Het Albert Schweitzer ziekenhuis is een van de eerste ziekenhuizen in Nederland die de erkenning van deze opleiding in de wacht hebben gesleept. De erkenning geldt voor een periode van vijf jaar.

Intern auditsysteem

In 2011 zijn 43 interne audits, gericht op de beoordeling van de kwaliteitssystemen, uitgevoerd. Actieplannen naar aanleiding van de audits zijn opgesteld. In september is in een viertal intervisiesessies een bijscholing verzorgd voor de interne auditoren (35 deelnemers) van het Albert Schweitzer ziekenhuis. Zij zijn bijgeschoold op de Kwaliteitsnorm 2.2 van NIAZ. Ter aanvulling op de auditorenpool zijn 12 medewerkers door bureau Kerteza opgeleid tot interne auditor. Het auditorenbestand telde aan het eind van het jaar 61 auditoren. De adviseurs infectiepreventie hebben op verschillende afdelingen audits uitgevoerd, die specifiek gericht waren op hygiëne en infectiepreventie.

Visitaties in 2011

In 2011 zijn bij verschillende specialismen de volgende visitaties uitgevoerd.

Vakgroep	Type visitatie	Datum
Radiologie	Kwaliteitsvisitatie	13-01-2011
Radiologie	Opleidingsvisitatie	18-01-2011
MDL	Opleidingsvisitatie	18-02-2011
SEH	Opleidingsvisitatie	13-05-2011
Longgeneeskunde	Kwaliteitsvisitatie	20-05-2011
Dermatologie	Kwaliteitsvisitatie	30-06-2011
Reumatologie	Kwaliteitsvisitatie	15-09-2011
Plastische Chirurgie	Kwaliteitsvisitatie	30-09-2011
Gynaecologie	Kwaliteitsvisitatie	07-10-2011



De rapportages van deze uitgevoerde visitaties worden door de vakgroepen gebruikt voor het doorvoeren van verdere verbeteringen.

Verbeterprojecten

In 2011 zijn verschillende 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 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 hij/zij of 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. Deze verwijsmodule is inmiddels meer dan een jaar operationeel. Het aantal verwijzende huisartsen neemt verder toe, maar ook het aantal verwijzingen per huisarts stijgt. Inmiddels hebben 17 medische specialismen hun specifieke aanbod in ZorgDomein opgenomen. De resterende vakgroepen volgen in 2012. Al deze afspraken zijn gemaakt met de huisartsen en worden daardoor breed gedragen. Sinds 1 oktober 2011 is gestart met de voorbereidingen en ontwikkelen van de ordermodule voor het laboratorium in ZorgDomein, dit ook voor huisartsen. Na een periode van 3 maanden voorbereiding zal de huisarts begin 2012 ook digitaal zijn laboratoriumaanvragen bij het Albert Schweitzer ziekenhuis kunnen doen.

Het jaar 2011 in cijfers:

- 16.620 patiënten via ZorgDomein verwezen
- hebben 232 huisartsen en waarnemers via ZorgDomein verwezen
- is bij de helft van de specialismen in ZorgDomein de gemiddelde toegangstijd meer dan 20% gedaald

Plaatsing ICD's bij hartpatiënten succesvol

Het Albert Schweitzer ziekenhuis is in 2011 begonnen met het plaatsen van ICD's. Sinds december 2011 is het Albert Schweitzer ziekenhuis officieel een ICD-implanterend centrum. Dit wil zeggen dat patiënten met een levensbedreigende hartritmestoornis er terecht kunnen voor het plaatsen van een ICD, een soort pacemaker. ICD staat voor implanteerbare cardioverter-defibrillator. Een ICD wordt net als een pacemaker onder de huid geïmplant. Bij levensbedreigende hartritmestoornissen kan de ICD een elektrische schok afgeven zodat het hartritme normaliseert. Een van de criteria om op de witte lijst van de Nederlandse Vereniging Voor Cardiologie (NVVC) te komen, is dat een ziekenhuis minimaal 60 ICD's per jaar implanteert. Het Albert Schweitzer ziekenhuis implanteerde er in 2011 al 75. "De bezoekers waren lovend over de wijze waarop het Albert Schweitzer ziekenhuis omgaat met patiënten met een ICD en vonden het Albert Schweitzer ziekenhuis een voorbeeld voor vele andere centra." De verwachting is dat het aantal implantaties in het ziekenhuis de komende jaren verder zal stijgen.

Nieuw documentbeheersysteem DoculinQ in gebruik genomen

Om ervoor te zorgen dat documenten beter, sneller en op een gebruiksvriendelijke manier te vinden zijn, is het verouderde documentbeheersysteem vervangen. In dit systeem zijn ongeveer 6500 kwaliteitsdocumenten opgeslagen. De eenheden en afdelingen beschikken nu over getrainde documentbeheerders, die ervoor dat protocollen actueel zijn en gehouden worden.



De ziekenhuisbrede commissies “Vakgroepoverstijgende verpleegkundige en zorgprotocollen” en “Vakgroepoverstijgende medische behandelprotocollen” zorgen voor actuele en beheerde protocollen.

Nieuwe commissie Zorgprotocollen

Zorgprotocollen, waaronder protocollen over voorbehouden en risicovolle handelingen, beschrijven procedures en instructies die voornamelijk door verpleegkundigen, zorgondersteuners en soms artsen gebruikt worden. De nieuw samengestelde commissie Zorgprotocollen is gestart om, samen met deskundigen uit het ziekenhuis, de ontwikkeling en beheer van zorgprotocollen verder verbeteren. In samenwerking met de commissie Vakgroepoverstijgende medische behandelprotocollen worden multidisciplinaire protocollen ontwikkeld en beheerd. Voor alle bestaande protocollen is, in afstemming met de bedrijfsleiders, bepaald welke inhoudsdeskundigen de bestaande protocollen kunnen beoordelen en verbeteren. Als het protocol wordt gebruikt bij de trainingen voorbehouden- en risicovolle handelingen van het Leerhuis, zal het protocol en toetsmateriaal op elkaar worden afgestemd. De commissie beheert, met ondersteuning van de centraal documentbeheerder van KV&I, de ziekenhuisbrede zorgprotocollen.

Infuusprotocol geheel vernieuwd!

Alle ongeveer 1000 volumetrische- en spuitpompjes binnen het Albert Schweitzer ziekenhuis zijn vervangen door infuuspompen van de firma Fresenius. Dit houdt in dat vrijwel het hele Albert Schweitzer ziekenhuis op alle locaties overgegaan is op het gebruik van deze pompen en systemen. Hierdoor behoort het wisselen van systemen tot het verleden. De introductie van deze nieuwe pompen was aanleiding om de infuusprotocollen aan te passen. Het resultaat is dat één nieuw protocol is ontwikkeld: “infusietechniek-inbrengen, verzorgen, verwisselen en pompengebruik”. Met deze veranderingen wordt de medicatieveiligheid verder verbeterd.

Transmuraal Team online bij de patiënten thuis

Het Transmuraal Team (TMT) van het Albert Schweitzer ziekenhuis beschikt vanaf april 2011 over een laptop, waarmee zij bij de patiënten thuis verbinding kunnen maken met het ziekenhuisinformatiesysteem. Daarin hebben zij toegang tot een voor het team ontwikkeld patiëntendossier. Hierin kunnen ze ter plekke wijzigingen aanbrengen. Het papieren dossier dat bij de patiënten thuis lag, verdwijnt daarmee. Bij hen blijft alleen nog een map achter met enkele belangrijke patiënt- en contactgegevens die ook andere zorgverleners nodig zouden kunnen hebben. Deze nieuwe werkwijze zorgt voor meer tijdwinst en meer efficiency. De overdracht aan collega's verloopt bovendien gemakkelijker en de kans op vergissingen wordt nog kleiner.

Voorlichtings-dvd voor patiënten over chemotherapie

Patiënten van de dagbehandeling Oncologie, die een behandeling met chemotherapie ondergaan, krijgen vanaf september 2011 een dvd met informatie mee naar huis. Het doel van de film is dat patiënten zich thuis uitgebreid kunnen informeren en voorbereiden op de behandeling. De dvd is opgenomen op de afdeling waar de chemotherapie wordt gegeven, zodat patiënten een duidelijk beeld krijgen van wat ze kunnen verwachten. Tot die tijd werd deze informatie gegeven tijdens een inleidend gesprek met een oncologieverpleegkundige. Geconstateerd werd dat veel informatie uit dat gesprek niet goed overkwam, omdat patiënten zoveel dingen tegelijk te verwerken kregen. Daarom is de basisinformatie, die voor iedereen hetzelfde is, op de dvd gezet. Mensen kunnen thuis zo vaak naar kijken als ze willen. Familieleden of andere naasten kunnen meekijken. De dvd



laat zien hoe het op de dagbehandeling eraan toegaat. Informatie over de individuele wijze van behandeling, die van patiënt tot patiënt verschilt, wordt wel in een persoonlijk gesprek verteld.

Nieuwe polsbanden met BAR-code

Vanaf oktober is het voor alle klinische afdelingen en de afdelingen Spoedeisende Hulp van alle locaties mogelijk gemaakt om de polsbanden van de opgenomen patiënten uit te printen met een polsbandprinter. Er zijn drie formaten: volwassene, kind en baby. De cassettes zijn eenvoudig te wisselen, zodat voor elke patiënt een juist formaat polsband geprint kan worden. Een juiste en duidelijke leesbare polsband is belangrijk voor een juiste identificatie van de patiënten.

Polikliniek voor patiënten die lang op de IC hebben gelegen.

Patiënten die langere tijd (vijf dagen of meer) op de Intensive Care (IC) hebben gelegen, kunnen daaraan specifieke klachten overhouden. Deze zijn niet het gevolg van de ziekte of verwondingen waarmee de patiënt was opgenomen, maar van het lange liggen in een vaak ongemakkelijke positie, veelal buiten bewustzijn en met beademing. Voor deze doelgroep is het Albert Schweitzer ziekenhuis gestart met een 'post-IC-polikliniek'. Doel van de post-IC-poli is enerzijds het bieden van extra service aan de ex-patiënt en anderzijds meer efficiency in de zorg. Hiermee kan waarschijnlijk voorkomen worden dat mensen onnodige onderzoekstrajecten doorlopen, omdat de klacht snel herkend wordt en daardoor sneller bekend wordt welke behandeling het best passend is.

High care/Medium care van start met Patiënt Data Management Systeem

In november 2011 is de afdeling HC/MC succesvol van start gegaan met het PDMS, in navolging van de IC. Met behulp van PDMS (Patiënt Data Management Systeem) kan volledig elektronisch gewerkt worden op deze afdelingen. Alle apparaten en monitoren zijn gekoppeld zodat de informatie van deze apparaten niet meer handmatig hoeft te worden overgenomen. Ook alle medicatie en opdrachten van de artsen worden hier ingezet. Hierdoor is er te allen tijde een volledig en actueel overzicht van de (medische) gegevens van de patiënt beschikbaar. Dit draagt bij aan een verdere verbetering van de kwaliteit en veiligheid. Omdat de IC en de HC/MC nu gebruik maken van hetzelfde systeem, gaat de overdracht van patiënten tussen beide afdelingen en de daarbij behorende dossiervoering eenvoudig. Verslaglegging en overdrachten naar de afdelingen kunnen eenvoudig uit het systeem gehaald worden (met één druk op de knop) omdat alle informatie daar beschikbaar is.

Verantwoorden / Transparantie

De door het Albert Schweitzer ziekenhuis aangeleverde wettelijk verplichte prestatie-indicatoren IGZ, VMS en Zichtbare Zorg 2011 kunnen worden geraadpleegd op: www.ziekenhuizentransparant.nl en http://www.jaarverslag.asz.nl/Prestatie_indicatoren_2011. De resultaten van Zichtbare Zorg zijn niet direct inzichtelijk maar zijn opvraagbaar voor externe partijen die dit wensen. Tevens staan deze gegevens ter beschikking van de Zorgverzekeraars die deze gebruiken om kwaliteitsafspraken te maken.

Naast genoemde wettelijke verplichte indicatoren werkt het Albert Schweitzer ziekenhuis mee met een keur aan patiënten- en consumentenorganisaties in het stimuleren van kwaliteits- en keuze-informatie. Zij doet dit door specifiek gewenste informatie te leveren die op de betrokken websites voor ieder inzichtelijk is.



Enkele voorbeelden:

<http://www.nfk-patientenwijzer.nl/patientenwijzer/patientenwijzer-darmkanker/>

http://www.borstkanker.nl/monitor_borstkankerzorg

<http://www.kiesbeter.nl/algemeen>

<http://www.zorgkiezer.nl/>

<http://www.hartenvaatgroep.nl/behandeling/kies-uw-vaatzorg.html>

De samenwerking met de patiënten- en consumentenorganisaties heeft ook in 2011 geleid tot het uitreiken of hernieuwen van verschillende keurmerken van kwaliteitszorg zoals het roze lintje voor borstkankerzorg, het vaatkeurmerk en de smiley voor kindgerichte zorg.

Het Jaardocument wordt, behalve op 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 2011 volledig en op tijd kunnen aanleveren bij de inspectie.

Zichtbare zorg

Het project Zichtbare Zorg maakte in 2011 het laatste jaar door van de vierjarige geplande ontwikkelcyclus.

De vraag om informatie over de kwaliteit van de geleverde zorg door verschillende stakeholders blijft echter onverminderd noodzakelijk en het Albert Schweitzer ziekenhuis blijft hierin doorontwikkelen.

Een goede sturing en zicht op de geboden kwaliteit van zorg blijft onverminderd belangrijk. De resultaten van eerder genoemde externe prestatie-indicatoren worden, samen met interne prestatie-indicatoren en de sterftecijfers gebruikt om intern de kwaliteit van zorg te optimaliseren.

Goede score in Elsevieronderzoek 'De beste ziekenhuizen 2011'

Het Meander Medisch Centrum in Amersfoort, het Albert Schweitzer Ziekenhuis in Dordrecht en het St. Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein hebben in het Elsevieronderzoek van 2011 naar de beste ziekenhuizen van Nederland de hoogste score behaald. Het onderzoek naar de beste ziekenhuizen van Nederland wordt elk jaar uitgevoerd. Elsevier kijkt daarbij naar zaken als veiligheid voor de patiënt, kwaliteit van medische zorg, betrouwbaarheid als organisatie en begeleiding van de patiënt. De gegevens over de ziekenhuizen komen onder meer van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. In 2011 is voor het eerst meegeteld hoe vaak ziekenhuizen en artsen bepaalde operaties hebben uitgevoerd. Als vuistregel geldt immers dat artsen minder fouten maken als ze operaties vaak doen. Evenals in 2010 is het Elsevier-onderzoek uitgevoerd met ondersteuning van bureau SiRM. Voor het onderzoek zijn 183 prestatie-indicatoren gebruikt. Ook nieuw in 2011 was de score van alle ziekenhuizen voor drie behandelingen: staaroperatie, heup- en knie vervanging en borstkankeroperatie. Hierbij zijn, naast de oordelen op basis van openbare gegevens, ook de resultaten van enquêtes naar de ervaringen van patiënten opgenomen. De vragenlijsten zijn opgesteld door verzekeraars, en worden gebruikt bij de inkoop van zorg.



Goede scores Albert Schweitzer ziekenhuis in diverse testen van Consumentenbond

In de 'Gezondgids' van februari/maart 2011 heeft de Consumentenbond de kwaliteit van de herniazorg in Nederlandse ziekenhuizen beoordeeld. De conclusie is onder meer dat het Albert Schweitzer ziekenhuis behoort tot de 'voorlopers' op dit gebied. In de 'Gezondgids' van juni/juli 2011 stond het Albert Schweitzer ziekenhuis wederom in dit rijtje, toen de kwaliteit van de liesbreukoperaties werd onderzocht. In de editie december 2011/januari 2012 kreeg het Albert Schweitzer ziekenhuis het predikaat 'koploper', nu voor de zorg bij stressincontinentie.

AD Ziekenhuis Top 100

Het Albert Schweitzer ziekenhuis is in 2011 in de AD Top-100 geëindigd op een 54e plaats. Het jaar daarvoor stond het Albert Schweitzer ziekenhuis nog op plaats 37. Maatregelen ter verbetering zijn en worden genomen om beter te presteren op die onderdelen waar Albert Schweitzer ziekenhuis minder goed scoort.

Toezicht rijksinspecties ziekenhuizen

In het toezicht van de rijksinspecties wordt een onderscheid gemaakt tussen algemeen, gefaseerd en thematisch toezicht. Onder gefaseerd toezicht vallen de kwaliteit- en veiligheidsindicatoren ziekenhuizen en Indicatoren medicatieveiligheid. Thematisch onderzocht zijn in 2011 voortgang Toezicht Operatief Proces, voortgang patiëntveiligheid, voortgang implementatie veiligheidsmanagementsysteem, organisatie acute zorg, onderzoek IC niveau 2 en 3, onderzoek informatiebeveiliging in ziekenhuizen, onderzoek leefstijlbegeleiding hartrevalidatieprogramma, meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling, project SEH, inventarisatie implementatie advies stuurgroep zwangerschap en geboorte, biosecurity in ziekenhuizen, onderzoek aanschaf en introductie medische technologie. In bijgaand overzicht zijn de onderwerpen weergegeven waaraan het Albert Schweitzer ziekenhuis in 2011 extra aandacht heeft gegeven, naar aanleiding van een inspectiebezoek.

Onderwerp / thema	
Gezamenlijke inspectie uitgevoerd door de Arbeidsinspectie, de VROM inspectie, de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Inspectie Jeugdzorg. De inspectie vond plaats in locatie Zwijndrecht. Tijdens de inspectie was aandacht voor de onderwerpen Bedrijfshulpverlening, Agressie en Geweld, en brandveiligheid in zorginstellingen.	Januari 2011
Bezoek Arbeidsinspectie in het kader van de Arbeidstijdenwet.	Maart 2011
Inspectie Kernenergiewet: Inspectiebezoek van de Arbeidsinspectie in het kader van het project "Interventieradiologie en cardiologie".	Juli 2011
Jaargesprek met de Inspecteur voor de Gezondheidszorg: Het jaargesprek maakt onderdeel uit van het Risico Gestuurd Toezicht van de Inspectie. Het onderwerp kwaliteit en veiligheid van de zorg speelt bij alle in het jaargesprek besproken onderwerpen in het Albert Schweitzer ziekenhuis een rol. Onderwerpen die werden besproken zijn: ontwikkelingen in het ziekenhuis algemeen, governance aspecten, het veiligheidsmanagementsysteem (VMS), kwaliteit- en veiligheidsindicatoren verslagjaar 2010.	december 2011



Resultaten

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

Om te komen tot efficiëntere patiëntenprocessen past het Albert Schweitzer ziekenhuis vanaf 2010 de Theory of Constraints (ToC) toe. Dit is een theorie, die de knelpunten in het proces zoekt en alles inzet om dat knelpunt op te lossen. De gemiddelde ligduur in 2011 was 5,41 dagen. Daarbij moet men in acht nemen dat binnen het Albert Schweitzer ziekenhuis een steeds groter aantal patiënten in dagbehandeling worden behandeld. De doelstelling om met inzet van ToC een verkorting van de ligduur te bereiken met 20% van het gewogen gemiddelde 8,1 dagen is gerealiseerd.

	2008	2009	2010	2011
Gem. ligduur (dagen)	6,68	6,13	5,63	5,41
Verschil t.o.v. 2008		-0,55	-1,05	-1,27
Verschil % t.o.v. 2008		-8,2	-15,7	-19,0

De doelstelling (norm) voor de gemiddelde ligduur in 2011 werd op 5 dagen gesteld. Om dit doel te kunnen behalen zijn verbeteringen ingezet op drie thema's:

1. Vermindering van de logés;
2. Uitplaatsing naar verpleeghuis;
3. Optimaliseren van de interne processen.

Er zijn gesprekken gevoerd met de grote verpleeghuizen in de regio om te komen tot samenwerkingsafspraken. Deze verpleeghuizen dekken de gezondheidsregio Zuid Holland Zuid. Ze zijn gesitueerd in Dordrecht, Zwijndrecht, Hoeksche Waard en Sliedrecht. Belangrijke indicatoren zijn opgenomen in de Balanced Score Card, zodat sneller informatie beschikbaar is over de ligduur.

In het in oktober 2011 uitgegeven rapport *'Ligduurmonitor Nederlandse ziekenhuizen 2010; Patiënt kan steeds sneller naar huis, ligduur neemt af'* van Coppa Consultancy werd de gemiddelde ligduur van ziekenhuizen vergeleken. In het rapport wordt opgemerkt dat de gemiddelde ligduur een vertekend beeld kan geven, omdat alleen het aantal verpleegdagen in het ziekenhuis is meegenomen in de berekening. Behandelingen die voorheen bijvoorbeeld twee verpleegdagen duurden en nu in een dag worden gedaan, vallen dan niet meer onder het ziekenhuis maar onder de polikliniek. Hierdoor zal in ziekenhuizen die klinische behandelingen overhevelen naar een dagbehandeling de gemiddelde ligduur stijgen. Van de topklinische ziekenhuizen staat het Albert Schweitzer ziekenhuis op de tweede plaats wat betreft de verbetering van de gewogen gemiddelde ligduur.



4.4 Kwaliteitsbeleid ten aanzien van Patiënten/Cliënten

4.4.1 Kwaliteit van zorg: Gastvrijheid

Gastvrijheid is een van de speerpunten van het ziekenhuis. Om hieraan uitwerking te geven is een visie op de borging van gastvrijheid ontwikkeld en vastgesteld door de Raad van Bestuur. Per proces, afdeling en/of eenheid zal op basis van dit raamwerk uitwerking gegeven worden aan dit thema.

Drie locaties in de 'Sterrengids Gastvrijheidszorg'

In 2011 heeft het Albert Schweitzer ziekenhuis uitstekend gepresteerd in het beoordelingssysteem 'Gastvrijheidszorg met Sterren'. De locaties Dordwijk, Zwijndrecht en Sliedrecht zijn elk afzonderlijk beloond met drie van de vier te behalen sterren. Het sterrensysteem is een waardering voor de kwaliteit van de gastvrijheidszorg in ruim tweehonderd zorginstellingen in Nederland. Eten, drinken, ambiance en gastvrijheid worden getoetst aan wel 600 criteria. De gepresenteerde 'Sterrengids 2011' is een soort 'Michelingids voor de zorg'. Alle deelnemers zijn met hun profiel ook te vinden op www.zorgmetsterren.nl. Positieve punten over de locatie Dordwijk in Dordrecht zijn het eigen initiatief van de medewerkers, het grote aantal vrijwilligers en de aanwezigheid van kunst. Lovende woorden zijn er voor het Meals-on-Wheels-maaltijdenconcept en speciale verwenmenu's voor opgenomen patiënten. De inspecteurs van de Sterrengids zijn daarnaast zeer te spreken over de verbouwing van Dordwijk: „Veel aandacht voor kleur, materialen en sfeer“.

Zwijndrecht wordt geprezen als een „kleinschalig, vriendelijk aandoend ziekenhuis met ruime gratis parkeermogelijkheden“. Sterker nog: de auditeurs hadden bij binnenkomst niet direct het idee dat het om een ziekenhuis ging. „Gezellige drukte, warm welkom.“ Ook hier hulde voor de maaltijden en de coffeecorner. Kritiek is er op de bewegwijzering en op de vele aangeplakte instructies in het gebouw.

Sliedrecht mag bogen op zijn „ontspannen, welkome sfeer“. „Wachtkamers verzorgd met verse bloemen. Aandacht voor de individuele behoeften van de patiënt.“ Ook hier kritiek voor losse aangeplakte papieren en de buitenkant van het gebouw, die wordt getypeerd als 'onverzorgd'.

Gastvrijheidsonderzoek

In 2011 is een onderzoeksrapport opgesteld over de beleving van de patiënten m.b.t. eten, drinken en ambiance. Dit heeft verschillende punten opgeleverd voor de verbetering van de processen m.b.t. gastvrijheid. Deze worden nu verder uitgewerkt naar te nemen maatregelen. Het onderzoek is onder andere uitgevoerd in samenwerking met de Technische Universiteit Delft op de locatie Zwijndrecht. Er is onderzocht wat patiënten verwachten van de verpleegafdeling en hoe met beperkte middelen de omgeving voor de patiënt aangenamer gemaakt kan worden. Dit heeft geresulteerd in verschillende aanbevelingen. Eenzelfde onderzoek zal worden uitgevoerd in 2012 op de locaties Dordwijk en Zwijndrecht.

Bewegwijzering locatie Dordwijk

Naar aanleiding van klachten is in samenwerking met de afdeling Communicatie een nieuwe bewegwijzering voor locatie Dordwijk ontwikkeld. In de ontwikkel- en testfase zijn de Cliëntenraad, laaggeletterden en een brede delegatie uit de organisatie betrokken. Deze wordt in 2012 in gebruik genomen.



Nieuw restaurant in gebruik

Begin 2011 is het nieuwe restaurant in de locatie Dordwijk in gebruik genomen voor patiënten, bezoekers en medewerkers.

Gebruik van pendelservice voor transport patiënten/bezoekers

Onderzoek is gedaan naar het gebruik van een pendelservice voor het vervoer van patiënten en/of bezoekers van de parkeerplaats naar de hoofdingang van de locatie Dordwijk. Het gebruik hiervan was voor een beperkte tijd gepland vanwege de bouwactiviteiten. Uit onderzoek is gebleken dat deze service hoog gewaardeerd wordt en dat deze bij het niet continueren zeer gemist zou worden. Besloten is daarom om door te gaan met deze service.

Symposium 'bejegening' was een groot succes

In november 2011 is door de Commissie Ethiek een symposium "Hoe bejegen ik patiënten en collega's (en hoe niet...)" georganiseerd. De 200 aanwezigen hebben actief meegedaan. Dankzij acteurs van theatergezelschap MAER, werd een bij vlagen hilarische spiegel over omgangsvormen - jegens patiënten én collega's - voorgehouden aan de zaal. De voorzitter van de Raad van Bestuur heeft de nieuwe gedragscode van het Albert Schweitzer ziekenhuis toegelicht en het hoofd P&O heeft een presentatie verzorgd over het groene en rode kaartensysteem dat in het ziekenhuis wordt gebruikt.

Gastvrouw of -heer helpt de patiënt bij overbruggen van wachttijd op Spoedeisende Hulp

Een gastvrouw- of gastheer ontfermt zich sinds 1 juni over wachtende patiënten van de Spoedeisende Hulp, locatie Dordwijk. Na een proef van 6 maanden is de inzet van deze ervaren vrijwilligers een definitief onderdeel van de SEH geworden en uitgebreid naar de avonduren. De SEH is een afdeling waar patiënten soms gedurende langere tijd liggen te wachten, meestal op de uitkomst van bloed- of ander onderzoek. Hoewel verpleegkundigen hun best doen om de patiënten steeds zo goed mogelijk op de hoogte te houden, is het voor hen vaak niet mogelijk om continu aandacht te geven. De SEH verpleegkundigen beschouwen deze inzet daarom als een prettige en gewaardeerde ondersteuning. De vrijwilliger neemt nooit verpleegkundige taken op zich en vraagt altijd toestemming aan een beroepskracht alvorens eten of drinken aan te bieden.

Monitorgroepen

In 2011 is gestart met monitorgroepen. Een groep is samengesteld door de Cliëntenraad, één vanuit de groep vrijwilligers en één vanuit een dwarsdoorsnede van de organisatie. Deze monitorgroepen maken tweemaal per jaar een ronde over alle locaties en rapporteren het waargenomen gevoel van gastvrijheid en de verbeterpunten. Deze rapportages worden aangeboden aan het management om bij te dragen aan verbeteracties.

Patiëntervaringen

Metten van patiëntervaringen

In 2011 is aandacht besteed aan de keuze voor een nieuwe manier voor het ziekenhuisbrede meten van patiëntervaringen. Er is voor gekozen om de ervaringen van de patiënten vanaf 2012 ziekenhuis structureel te meten met behulp van de Consumer Quality Index (CQ-I). De verwachting is dat deze uitgebreide vragenlijsten afdelingen informatie gaan geven over wat goed gaat en wat beter kan. Het Albert Schweitzer ziekenhuis sluit aan bij een initiatief van de Santeonziekenhuizen in samenwerking met Stichting Miletus, een stichting die als doel heeft patiëntervaringen te verzamelen voor inkoop en



keuzeinformatie voor patiënten. Voor het continueren van de HKZ-certificering van de dialyseafdeling zijn in 2011 voor de CQ-I vragenlijsten over dialyse uitgezet onder de patiënten die in het ziekenhuis of onder begeleiding van het Albert Schweitzer ziekenhuis dialyseren.

Nazorg

Uit het ziekenhuisbrede patiënttevredenheidsonderzoek dat eind 2010 is afgerond kwam het onderwerp "kwaliteit van de nazorg" als aandachtspunt naar voren. Een werkgroep brengt advies uit over de manier waarop het Albert Schweitzer ziekenhuis de kwaliteit van de nazorg kan verbeteren. Het doel daarvan is dat de patiënt in de thuissituatie weet welke afspraken en leefregels er zijn en wie hij kan benaderen als de gezondheidstoestand veranderd.

Rode en groene kaarten

Op alle poliklinieken en klinische afdelingen kunnen patiënten een rode of groene kaart invullen, waarop zij kunnen aangeven of zij tevreden of ontevreden over de zorg zijn geweest. De aandachts- en kritiekpunten worden daarna op afdelingsniveau opgepakt. Na een experimentele periode van een half jaar, is in april 2011 besloten om de kaarten structureel in te zetten als feedbackinstrument en middel tot kwaliteitsverbetering. Bij de éénmalige centrale inventarisatie van de kaarten na het eerste half jaar, bleek dat 86 procent van de 3500 uitgedeelde kaarten een groene is. De complimenten op de groene kaarten hebben relatief vaak te maken met een goed gevoel en met menselijk contact, de rode met concrete zaken zoals de organisatie en planning van de zorg.

Spiegelgesprekken

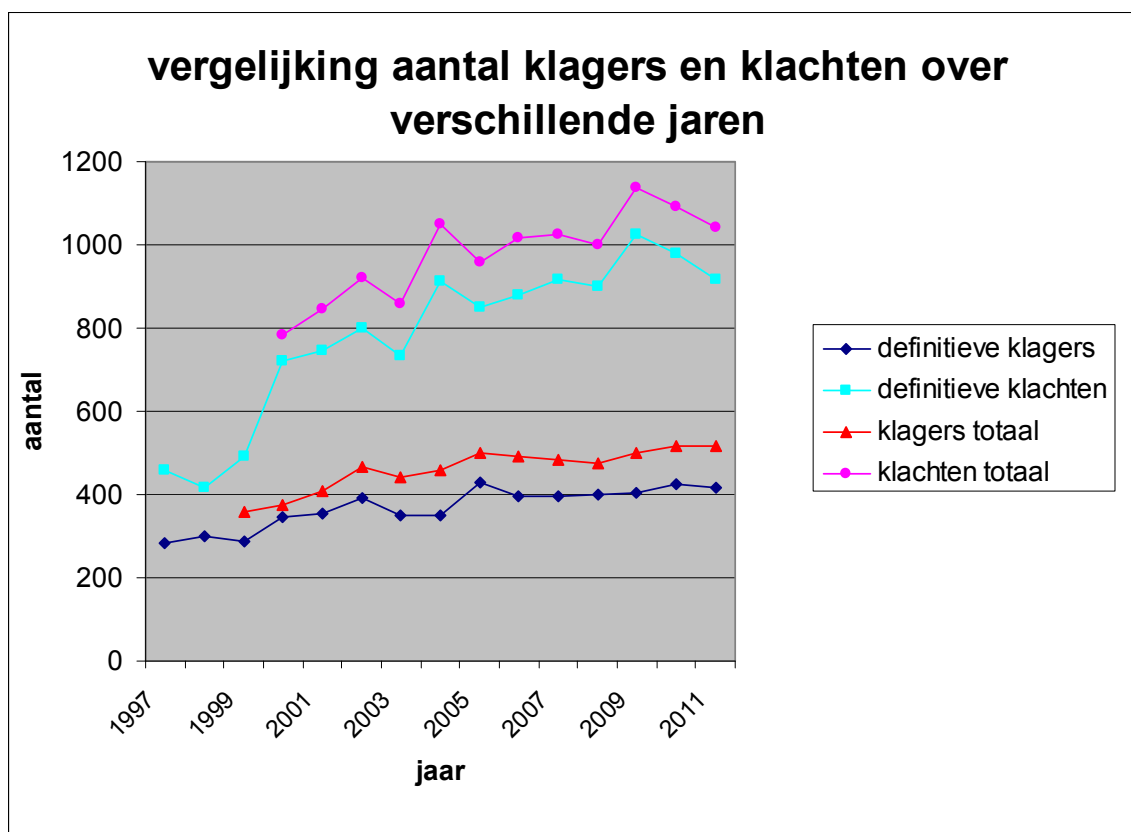
Voor de specialismen Orthopedie en Oncologie en de afdeling Geestelijke Verzorging zijn in 2011 spiegelgesprekken gevoerd met patiënten. Deze vonden plaats in bijzijn van artsen en medewerkers van de afdelingen en hadden als doel om meer inzicht te krijgen in de ervaring van patiënten tijdens een opname of behandeltraject. De aandachtspunten die uit deze gesprekken naar voren komen worden gebruikt om de zorg te verbeteren.

4.4.2 Klachten

Klachtenopvang- en bemiddeling

Een patiënt kan een klacht in eerste instantie bespreken en/of indienen bij een klachtenbemiddelaar. Door een goede opvang en bemiddeling wordt geprobeerd om een klacht naar tevredenheid van de klager af te handelen en zo een formele klacht te vermijden. Bij het lezen van de cijfers is het van belang te bedenken dat van bemiddelde klachten niet bekend is in hoeverre sprake is geweest van onjuist handelen. Alleen klachten die door de klachtencommissie zijn behandeld, zijn beoordeeld op gegrondheid. Vergelijkingen met andere ziekenhuizen zijn nog steeds niet goed te maken omdat geen uniformiteit in registratie bestaat. In grote lijn kan vergeleken worden indien productiecijfers bij de vergelijking betrokken worden. Door periodieke rapportage aan het management wordt geprobeerd zicht te geven op knelpunten.





In 2011 hebben 516 klagers contact gezocht met de klachtenbemiddelaars, hetzij mondeling hetzij schriftelijk. Daarvan zijn 101 klagers 'afgehaakt'. Dat wil zeggen dat zij na verloop van tijd niet meer van zich hebben laten horen. Een deel van deze klagers gaf aan het voldoende te hebben gevonden met de klachtenbemiddelaar te hebben gesproken. Een ander deel zegt bij navraag, na het intakegesprek met de klachtenbemiddelaar, zelf hun klacht naar tevredenheid te hebben besproken met aangeklaagden. Het percentage inhoudelijk tevreden klagers is ruim 97%. 99% van de klagers was tevreden over de procedurele afwikkeling.

Klachtenbehandeling door Klachtencommissie

In 2011 ontving de Klachtencommissie 36 klachtbrieven met daarin in totaal 156 klachtonderdelen. Een aantal brieven uit het verslagjaar is per 1 maart 2012 nog in behandeling bij de Klachtencommissie. In februari 2012 waren 33 klachtbrieven afgehandeld. Daarvan zijn 5 geheel gegrond verklaard en 3 klachtbrieven zijn ongegrond. De overige 25 klachtbrieven zijn ten dele gegrond verklaard. De 33 afgehandelde klachtbrieven vertegenwoordigen 145 van de 156 klachtonderdelen; van die 145 klachtonderdelen zijn er 75 gegrond verklaard, 68 klachtonderdelen werden ongegrond verklaard en 2 klachtonderdelen ten dele gegrond verklaard.



Overzicht klachtenbehandeling

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Aantal klagers	48	35	30	45	35	36
Aantal klachtonderdelen	146	146	139	165	155	156
Aantal klachtonderdelen beoordeeld door commissie	89	122	92	92	143	145
Aantal gegrond + deels gegrond	38	44	23	29	53	77
Aantal ongegrond + onderdelen ingetrokken + geen oordeel	48	72	69	55+8	90	68
Percentage gegrond	43%	36%	25%	31%	34%	53%

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. De samenstelling van de Klachtencommissie en de medische subcommissie in het verslagjaar 2011 staat in de bijlage van de Jaardocument vermeld.

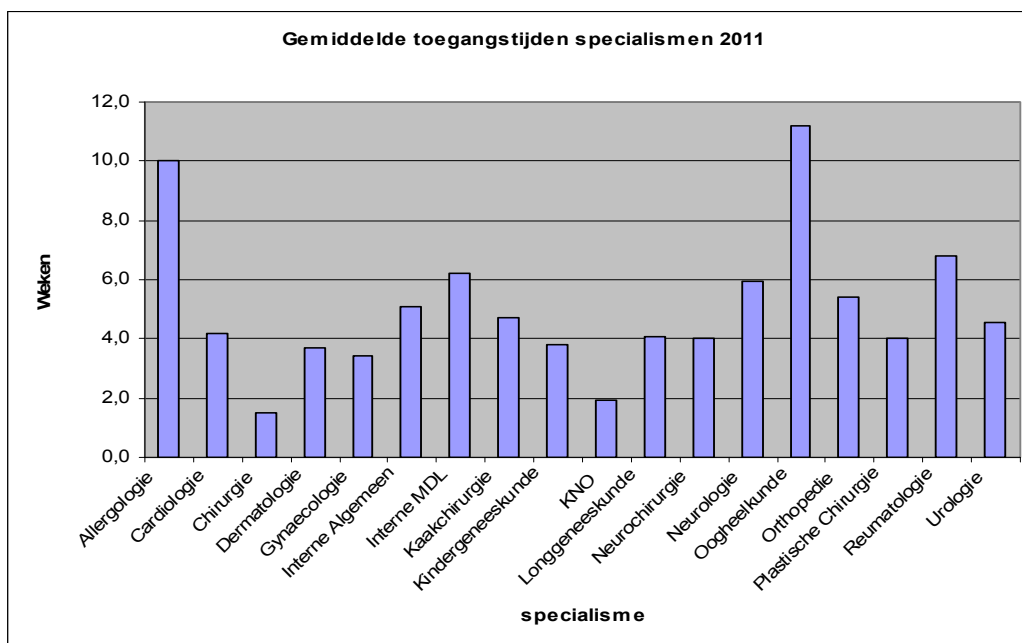
4.4.3 Toegankelijkheid

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 2011 niet erg verschillend ten opzichte van de toegangstijden in 2010. De volgende streefnormen zijn gesteld:

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

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





Bron: Gegevens in Balanced Score Card per maand. "Definitie gehanteerd conform de TREEK norm, data is conform internetsite Albert Schweitzer ziekenhuis, er wordt gemeten in aantal weken.

De toegangstijden voor de specialismen allergologie, MDL, neurologie en oogheelkunde blijven boven de streefnorm. Belangrijke oorzaak hiervan is het tekort aan specialisten. Aanvullende acties zijn ondernomen om de normen wel te gaan halen.

4.4.4 Kwaliteit van zorg: Patiëntveiligheid

Op basis van het Albert Schweitzer ziekenhuis veiligheidsprogramma (afgeleid van het landelijke veiligheidsprogramma) is in 2011 verder gewerkt aan de verbetering van de veiligheid voor de patiënten. 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 continu risico's signaleren, verbeteringen doorvoeren en beleid vastleggen, evalueren en aanpassen. Hiermee beheerst het ziekenhuis de risico's voor de patiënt en wordt (onbedoelde) schade aan de patiënt verminderd of voorkomen. Het VMS is in januari 2011 als onderdeel van de accreditatie beoordeeld door het NIAZ.

Commissie Meldingen Patiëntveiligheid

De Commissie Meldingen Patiëntveiligheid (CMP) is op ziekenhuisbreed niveau verantwoordelijk voor een goed verloop van het incidentmeldingssysteem. De CMP is een commissie die is ingesteld door de Raad van Bestuur. De afhandeling van fatale en zeer ernstige 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 incidentmeldingsteams 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.

De samenstelling van de Commissie Meldingen Patiëntveiligheid in het verslagjaar 2011 staat in de bijlage van het Jaardocument vermeld.

Veiligheidssysteem decentraal

Het veiligheidsmanagementsysteem is behalve op centraal niveau ook decentraal, op alle afdelingen ingericht in het SAVE (Systeem Afdelings VEiligheid). Dit is ingevoerd om (ernstige) incidenten te voorkomen, door juist de alledaagse kleine ongewenste zaken aan te pakken. Het bestaat uit vier onderdelen:

- het melden, analyseren en afhandelen van incidenten
- het maken van risicoanalyses voor de processen op de afdeling
- het lopen van veiligheidsronden
- het uitvoeren van verbeteracties op basis van de gevonden risico's.

Incidenten melden

Het laagdrempelig melden van (bijna) incidenten door de medewerkers is belangrijk om risico's op te sporen en verbetermaatregelen te nemen. Het decentraal melden van incidenten is al enige jaren geleden op alle afdelingen van het ziekenhuis ingevoerd. Voor het digitaal melden wordt door alle afdelingen vanaf 2011 de Incident Meldings Systeem (IMS) applicatie van The Patiënt Safety Company (TPSC) gebruikt. Het maken van analyses is hiermee eenvoudiger geworden, zodat beter zicht verkregen wordt in de te nemen maatregelen.

De meldingen worden geclassificeerd in de volgende, landelijk vastgestelde, vijf urgentiecategorieën: (5) bijna incident, (4) minder ernstig, (3) ernstig, (2) zeer ernstig en (1) fataal incident. De laatste categorie wordt ook wel aangeduid als calamiteit. Calamiteiten en zeer ernstige incidenten worden zo spoedig mogelijk gemeld aan de Raad van Bestuur en de voorzitter van de CMP. Indien nodig kan een (SIRE-) onderzoek gestart worden. Er zijn in 2011 vijf SIRE¹-onderzoeken uitgevoerd door de calamiteiten-onderzoekscommissie.

Trainingen

De decentrale incidentmeldingsteams zijn in 2011 getraind in het gebruik van het digitale meldsysteem. Daarna zijn trainingen gegeven over het analyseren van oorzaken en trends in de incidentmeldingen, ter voorbereiding op de periodieke rapportage van trends die in 2012 verplicht is gesteld. Er zijn in 2011 ruim 80 medewerkers van in totaal 39 afdelingen getraind in oorzaken- en trendanalyse. De trainingen lopen door in de eerste helft van 2012.

Overzicht incidentmeldingen 2011

In het eerst half jaar van 2011 hebben 15 afdelingen nog in Excel gemeld. Vanaf juni zijn alle afdelingen digitaal gaan melden. In 2011 is een duidelijke toename gezien van het aantal meldingen. Dit is een gunstige ontwikkeling, omdat hiermee meer inzicht verkregen wordt op mogelijke risico's.

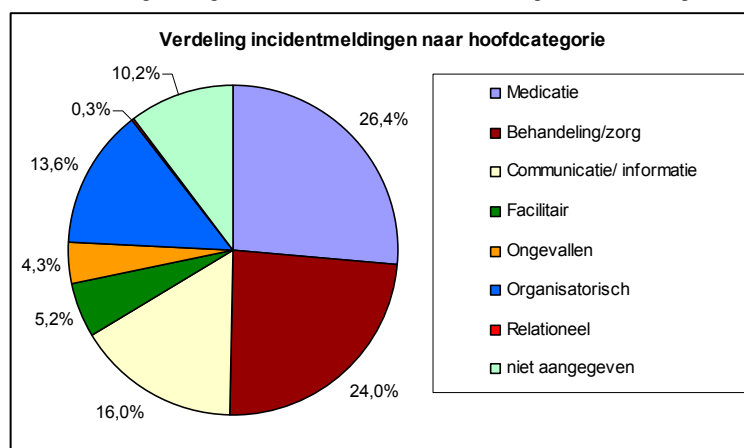
	2009	2010	2011
Aantal meldingen	2690	2727	3960

¹ SIRE staat voor: Systematisch Incident Reconstructie en Evaluatie

Het is een landelijk gebruikte methode om, na het optreden van een calamiteit, een systematisch onderzoek uit te voeren met als doel de basisoorzaken op te sporen en eventuele extra beheersmaatregelen te nemen. Te vergelijken met een onderzoek dat de landelijke veiligheidsraad in opdracht uitvoert na een calamiteit zoals bijvoorbeeld een treinongeluk of vliegtuigcrash.



Onderstaande grafiek geeft een overzicht van de verdeling van de meldingen naar hoofdcategorie.



Risicoanalyses

Met het uitvoeren van risicoanalyses wordt gepoogd om een zo goed mogelijke inschatting te maken van risico's die kunnen optreden in een proces. Als deze bekend zijn, dan is men beter in staat om preventieve maatregelen te nemen. In 2011 zijn er zeven risicoanalyses uitgevoerd op diverse zorgprocessen. Op de volgende onderwerpen zijn risicoanalyses gemaakt:

- zuurstofaansluitingen
- pijnmedicatiepompen
- het dialyse proces
- vervoer van patiënten naar onderzoeksafdelingen
- drie deelprocessen op de Intensive Care.

In alle gevallen zijn aanbevelingen gedaan voor verbetering.

4.4.4.2 Uitvoering 10 landelijke Veiligheidsthema's

De 10 veiligheidsthema's zijn: Postoperatieve wondinfecties, sepsis, vitaal bedreigde patiënt, medicatie-overdrachten, kwetsbare ouderen, acuut coronair syndroom, high risk medicatie, pijnbeleid, verwisseling en voorkomen van nierinsufficiëntie door contrastmiddelen. Voor alle thema's lopen in het Albert Schweitzer ziekenhuis projecten. Voor 4 van de 10 thema's geldt, dat de landelijke doelstellingen reeds behaald zijn. Voor de overige projecten geldt, dat hieraan in 2012 verder uitvoering gegeven wordt. De voortgang van de implementatie wordt gevolgd door de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Zoals afgesproken levert het ziekenhuis gegevens over de toezichtindicatoren hierover aan. Deze zijn ingevoerd op de website: www.ziekenhuizen transparant.nl

Patiëntveiligheid Award voor aanpak sepsis en vitaal bedreigde patiënt

De Nationale Patiëntveiligheid Award 2011 is een initiatief van de partners van het VMS Veiligheidsprogramma. In 2008 is het startsein gegeven voor dit programma met als doel de patiëntveiligheid in Nederlandse ziekenhuizen te verbeteren. Het Albert Schweitzer ziekenhuis heeft in 2011 met het project "Mortaliteit als motor voor kwaliteitsverbetering" deze prijs gewonnen. Met de projecten sepsis en spoedinterventiesysteem is een grote kwaliteitsverbetering gerealiseerd. Uit onderzoek van 50 patiëntendossiers en onderzoek van de sterftecijfers kwam naar voren dat op de thema's vitaal bedreigde patiënt én de ernstige sepsispatiënt verbetering te realiseren was. Omdat dit vaak ook kwetsbare ouderen zijn, werd ook deels dat VMS-thema gedekt.'

Sepsis

Een van de thema's was het terugdringen van sepsis. Het is belangrijk dat verpleegkundigen sepsis vroegtijdig herkennen. Ieder uur dat het langer duurt voordat een patiënt wegens ernstige sepsis antibiotica krijgt, stijgt de kans op overlijden met 7 procent. Het Albert Schweitzer ziekenhuis is daarom gestart met de surviving sepsis campaign. Een werkgroep van IC-, SEH-verpleegkundigen en -artsen, een communicatiemedewerker en een psycholoog hebben het plan hiervoor uitgewerkt. Door middel van een speciale checklist, die geïntegreerd werd in het Elektronisch Patiënten Dossier op de IC, is ervoor gezorgd dat er veel aandacht was voor dit onderwerp. Door de invoering en strikte hantering van deze checklist, in combinatie met het verplicht binnen een half uur starten met antibiotica- en vochttoediening, werd de sterfte aan sepsis ziekenhuisbreed in een jaar tijd teruggebracht van 27,1 (2010) naar 13,6 procent en op de IC zelfs naar 9,9 procent (peildatum augustus 2011). Landelijk ligt dit percentage gemiddeld twee tot soms wel drie keer zo hoog.

Reanimatie

Ook startte het Albert Schweitzer ziekenhuis met een Spoedinterventieteam. Iedere verpleegkundige is in het bezit van een kaartje met 7 alarmsignalen. Wanneer een patiënt voldoet aan één of meerdere van die criteria schakelt de verpleegkundige de hoofdbehandelaar of arts-assistent in om een behandelplan op te stellen. Indien de toestand van de patiënt niet verbetert, of de hoofdbehandelaar kan om bepaalde redenen geen plan opstellen, wordt het spoedinterventieteam (SIT) opgeroepen, dat bestaat uit een IC-arts en een IC-verpleegkundige. Zij brengen dan op de afdeling de vitaal bedreigde patiënt in kaart en stellen een behandelplan op. In 50% van de gevallen resulteert dat direct in een opname op één van de care-afdelingen. In de andere gevallen wordt beleid afgesproken en na een aantal uur geëvalueerd. Respectievelijk is het aantal reanimaties met 50% (locatie Dordwijk) en 75% (locatie Zwijndrecht) gedaald.

4.4.4.3 Mortaliteit & HSMR

De Nederlandse ziekenhuizen streven naar transparantie over de kwaliteit van geleverde zorg.

In 2010 hebben de ziekenhuizen de absolute sterftecijfers 2009 gepubliceerd, en dit jaar - zoals aangekondigd - ook de gestandaardiseerde van 2010. De gegevens zijn nog niet geschikt als keuze-informatie voor patiënten, maar als indicator voor de ziekenhuizen zelf.

Absolute sterftecijfers

De niet-gecorrigeerde (ruwe) mortaliteitscijfers van het Albert Schweitzer ziekenhuis over 2011, worden in 2012 aangeleverd bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg. De dalende trend bij een toegenomen aantal klinische opnames heeft zich voortgezet (zie onderstaande tabel). Deze absolute sterftecijfers zijn niet gecorrigeerd voor factoren die van invloed zijn op de sterftetekans. Deze cijfers geven dan ook geen informatie over de kwaliteit van een ziekenhuis.

Aantal overleden patiënten Albert Schweitzer ziekenhuis periode 2006-2011 (ruwe sterftecijfers)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Klinische Opnamen	28.275	28.908	28.290	29.752	31.781	32.659
Overledenen	726	765	739	716	647	649
% overledenen t.o.v. klinische opnamen	2,57%	2,65%	2,61%	2,41%	2,04%	1,99%

Bron: SAP rapportage RNPFC0C



Gestandaardiseerde sterftecijfer (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. 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.

Op 20 december 2011 is de HSMR per ziekenhuis voor het eerst openbaar gemaakt in Nederland; een kritiekpunt op de HSMR is dat de gegevens die worden gebruikt om het cijfer te berekenen nog niet goed (genoeg) worden vastgelegd door ziekenhuizen.

Voor het Albert Schweitzer ziekenhuis bedraagt de HSMR, zoals berekend door het CBS, 106. Landelijk gezien behoort het Albert Schweitzer ziekenhuis hiermee tot de overgrote middengroep van ziekenhuizen met een HSMR van rond de 100.

In het Albert Schweitzer ziekenhuis is in 2011 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

De concrete resultaten ten aanzien van het verbeteren van de HSMR in het kader van het "Move Your Dot" project hebben geleid tot het winnen van de Nationale Patiëntveiligheid Award 2011.

Specifiek is verder in 2011 aandacht besteed aan het integreren van de uitkomstindicator HSMR met verschillende zorgprocessen en met dossieranalyse. De verbeteringen die gerealiseerd worden door de uitvoering van de tien veiligheidsthema's dragen bij tot een verbetering van de HSMR.

Albert Schweitzer ziekenhuis bij beste tien initiatieven ZorgVeiligPrijs

In juni heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg voor de derde maal de ZorgVeiligPrijs uitgereikt. Deze prijs gaat naar het beste initiatief op het gebied van patiënt- en cliëntveiligheid in de zorg. Van de 96 initiatieven die de Inspectie dit jaar ontving, behoorde het Albert Schweitzer ziekenhuis tot de beste 10 met het initiatief: 'Weg met de look-alikes' om fouten en verwisselingen met betrekking tot geneesmiddelen te voorkomen.

4.4.5 Brandveiligheid in het Albert Schweitzer ziekenhuis

Bedrijfshulpverleningsorganisatie

Het Albert Schweitzer ziekenhuis heeft een professionele bedrijfshulpverleningsorganisatie (BHV). Deze reageert snel en deskundig op calamiteiten zoals brand en andere bedreigende situaties. De BHV is samengesteld uit medewerkers van diverse afdelingen die zoveel mogelijk op de werkplek aanwezig zijn. De organisatie bestaat uit het hoofd BHV, een aantal ploegleiders en BHV-ers op elke locatie van het ziekenhuis. Zij worden bij een



calamiteit via 112 opgeroepen. De BHV'ers zijn opgeleid om incidenten binnen het ziekenhuis effectief te bestrijden. Ook in 2011 zijn nieuwe BHV 'ers en ploegleiders aangesteld, waardoor de BHV-organisatie nog slagvaardiger kan optreden.

Beleidsplan BHV

In verband met de herinrichting van de BHV organisatie is een vernieuwd beleidsplan opgesteld. Begin 2012 is dit plan goedgekeurd door de Ondernemingsraad en de Raad van Bestuur. Dit plan wordt in 2012 gerealiseerd.

Instructies en oefeningen

De medewerkers van de BHV worden jaarlijks getraind om hun vaardigheden up-to-date te houden. Zij worden getraind in brandbestrijding of -beheersing, ontruiming van afdelingen en in het verlenen van eerste hulp bij ongelukken. Zowel onaangekondigd als aangekondigd worden oefeningen in de ziekenhuizen gehouden. De meest vergaande daarvan is de totale ontruiming.

In 2011 zijn in totaal 39 gecombineerde ontruimingsinstructies en oefeningen gehouden. Er zijn 7 oefeningen met de brandweer gehouden. Hierbij zijn ook kritische afdelingen, zoals SEH, OK, Dialyse, Radiologie, PAAZ en Neonatologie betrokken geweest. Bij een oefening op het GKCL op de locatie Zwijndrecht zijn gevaarlijke stoffen in de oefening betrokken.

Voor de SEH zijn twee thema-avonden brandveiligheid georganiseerd waarbij speciale aandacht is geschonken aan ontruiming/instructie en brandpreventie.

Naast de gecombineerde oefeningen zijn nog op 9 afdelingen alleen instructieontruiming gegeven.

De BHV heeft ook deelgenomen aan een aantal grootschalige oefeningen.

- oefening decontaminatie (besmetting met chemische stoffen) op de SEH
- grootschalige oefening op de locatie Dordwijk (deelname 7 afdelingen, BHV en crisisteam)

Calamiteitenplan

In 2011 is een start gemaakt met een integrale aanpak rond het thema calamiteiten. Dit is uitgewerkt in een integraal calamiteitenplan. Tevens is in 2011 gewerkt aan de implementatie van een nieuw personenoproepsysteem bij calamiteiten (intern en extern) waar de BHV ook een onderdeel van is. Dit systeem is per 1 januari 2012 operationeel.

Veiligheidsronden

In het ziekenhuis worden door afdelingen, veiligheidscoördinator, Cliëntenraad en Raad van Bestuur veiligheidsronden gehouden aan de hand van checklijsten. Controle op uitvoering van het beleid ten aanzien van brandveiligheid is onderdeel van de periodieke veiligheidsronden. Getoetst wordt of vluchtwegen goed zijn aangeduid, of deze belemmerd worden door obstakels en of de afdelingen de ontruimingsplannen regelmatig oefenen.

Introductie nieuwe medewerkers

Bij de introductiebijeenkomst van nieuwe medewerkers en van nieuwe arts(-assistenten) is brandveiligheid een onderdeel van het introductieprogramma Veiligheid.



4.4.6 ZIROP

Het Albert Schweitzer ziekenhuis kan geconfronteerd worden met een crisis of ramp. Het 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, 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. In 2011 is veel aandacht gegeven aan training en oefening van de crisisteams en sleutelafdelingen

De volgende oefeningen en opleidingen zijn in 2011 gevolgd:

- Instructie loggen en plotten secretariaat (6 deelnemers)
- Training crisisbesluitvorming (16 deelnemers)
- Vijf oefeningen met de crisisteams (60 deelnemers)
- Teamdag Raad van Bestuur/ Dagelijks Bestuur VMS (5 deelnemers)
- Oefening decontaminatie (besmetting met chemische stoffen) op de SEH (15 deelnemers)
- Grootschalige oefening op de locatie Dordwijk (deelname 7 afdelingen, BHV en crisisteam)
- Alarmeringsoefening (crisisteams, SEH/observatorium, OK, IC/CCU/MC)
- Hospital Major Incident Management and Support (HMIMMS) (8 personen)
- ISEE ketensim (locatie Dordwijk: SEH, OK en IC). ISEE = simulatietoepassing speciaal ontwikkeld voor het oefenen van de logistieke aspecten van rampenbestrijding in de hele hulpverleningsketen/ een digitaal trainings- en oefenprogramma met betrekking tot externe rampen

In 2011 is een start gemaakt met een integrale aanpak rond het thema calamiteiten. Dit is uitgewerkt in een integraal calamiteitenplan. Daarnaast zijn de 'eerste' stappen gezet op het thema zorgcontinuïteit en regionale afstemming (GHOR4ALL). In 2012 heeft dit zijn vervolg.

Tevens is in 2011 gewerkt aan de implementatie van een nieuw oproepsysteem voor personen bij calamiteiten (intern en extern). Deze is vanaf 1 januari 2012 in werking.

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 een programma gemaakt voor een projectplan Invoering Protocol Decontaminatie ZHZ. De procedure decontaminatie op de SEH is in september 2011 getoetst aan een oefening in de voorziening voor gedecontamineerde slachtoffers bij de SEH locatie Zwijndrecht. In het eerste kwartaal 2012 zal op de locatie Dordwijk eveneens een voorziening voor de opvang van besmette slachtoffers worden gerealiseerd. 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.

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.

In 2011 is gestart met de bouw van een uitbreiding waar nieuwe OK's komen. Ook deze OK's zullen de thema's zoals hierboven beschreven in hun uitstraling meekrijgen. Aan de buitenkant krijgt de uitbreiding een rode kleur die overeen komt met de andere uiteinden van het gebouwencomplex.

De nieuwe gebouwen van op de locatie Dordwijk hebben heldere, logische structuren waarin patiënten zich herkennen en die de ziekenhuislocatie een goed imago geven. Voor deze gebouwen 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 ruimteverdeling 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 in gebruik 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 in het gebouw niet gesproken over gangen maar over straten, stegen, passage 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

Personeelsbeleid Albert Schweitzer ziekenhuis

Betrouwbaar en ambitieus. Dat zijn de twee pijlers onder het personeelsbeleid van het Albert Schweitzer ziekenhuis. Betrouwbaar omdat we afspraken nakomen en medewerkers, juist in economisch mindere tijden, kunnen rekenen op een stabiele werkgever. En ambitieus omdat het Albert Schweitzer ziekenhuis voortdurend investeert in persoonlijke ontwikkeling van medewerkers. Doel is simpel: door goed opgeleide en gemotiveerde medewerkers wordt de patiëntenzorg nog beter en nog veiliger. In dit hoofdstuk worden de belangrijkste ontwikkelingen op het gebied van opleiding, personeelsontwikkeling en personeelsbeleid beschreven.

Management Development (MD) programma's

Na de start van de Eenhedenstructuur is in 2010, onder leiding van P&O en het Leerhuis, het management development programma gestart. Drie programmalijnen stonden hierin centraal. Er is een programma voor medisch managers, een programma voor bedrijfsleiders/managers stafdiensten en een programma voor afdelingshoofden. De programma's werden weliswaar apart uitgevoerd, maar er was nadrukkelijk oog voor samenhang en verbinding.

Medisch managers

Na een kort "technisch" programma, waarbij vooral is ingegaan op de structuur en financiering van ziekenhuizen, is in 2011 gestart met het programma "professioneel samenwerken". Tijdens dit programmaonderdeel, verzorgd door het bureau Excellior, is met name ingegaan op de, soms lastige, positie van medisch manager. Hoe inhoud te geven aan de rol van medisch manager terwijl geen sprake is van een hiërarchische relatie en duaal samenwerken zijn thema's die in het MD-programma voor medisch managers aan de orde zijn geweest.

Bedrijfsleiders/managers stafdiensten

De bedrijfsleiders en managers stafdiensten hebben deelgenomen aan een verkorte, op maat gemaakte, versie van het Master programma, "Verantwoord Ondernemen" van TiasNimbas Business School te Tilburg. Een intensief programma waarbij, naast het volgen van colleges periodiek papers moesten worden ingeleverd. Het programma is in september 2011 afgesloten. Voor de eindopdracht moesten de deelnemers in subgroepen een voor het ziekenhuis relevant strategisch thema uitwerken. De thema's hadden betrekking op:

- Gastvrije patiëntenzorg
- Kwaliteit en veiligheid
- (Nieuwe) organisatievormen voor zorgorganisaties
- Logistieke processen in de zorg maken het ziekenhuis efficiënter
- ICT-mogelijkheden voor het ziekenhuis

Naast conclusies en aanbevelingen werd iedere paper afgerond met een opdracht die vervolgens centraal stond in het MD-programma voor de afdelingshoofden. Op deze wijze is, door middel van strategische thema's, de verbinding tussen de MD-programma's tot stand gebracht.

Aan de hand van groepspresentaties over 5 ziekenhuisbrede, strategische onderwerpen en onder leiding van mr. Frank de Grave (momenteel voorzitter van de orde van Medisch Specialisten) werd tijdens de managementconferentie van september het MD-programma afgerond.



Afdelingshoofden

In het laatste kwartaal van 2010 is het MD-programma voor de afdelingshoofden gestart. De Transfergroep, onderdeel van de Hogeschool Rotterdam, verzorgt het programma. Het programma is, mede aan de hand van de intakegesprekken met alle deelnemers, vormgegeven. Zo was volop ruimte om het programma af te stemmen én op de specifieke situatie en wensen van het ziekenhuis én op de specifieke situatie en wensen van de deelnemers. Gezien de verschillende "startniveaus" van de deelnemers zijn de afdelingshoofden (ruim 100) ingedeeld in een basisgroep of een verdiepingsgroep. Gedurende geheel 2011 hebben colleges en intervisiebijeenkomsten plaatsgehad. Het programma voor de verdiepingsgroepen eindigt in maart 2012 en voor de basisgroepen in juni 2012. Periodiek hebben evaluaties plaatsgehad zodat, indien nodig, bijstellingen in het programma konden plaatsvinden.

Nieuw HRM systeem

In 2011 heeft een pakketselectie plaatsgevonden voor een nieuw HRM-systeem. Aanschaf van een nieuw systeem was noodzakelijk geworden aangezien de toenmalige leverancier het systeem niet meer ondersteunde. Op basis van de pakketselectie is gekozen voor AFAS. Het Albert Schweitzer ziekenhuis heeft bewust voor dit beproefde systeem gekozen zodat continuïteit en stabiliteit maximaal kunnen worden gegarandeerd. Vanaf medio 2011 is gestart met implementatie van het nieuwe HRM-systeem. Vanaf januari 2012 wordt de salarisverwerking met het nieuwe HRM-systeem uitgevoerd. Ter voorbereiding op de invoering van het nieuwe HRM-systeem zijn in 2011 reeds alle personeelsdossiers geschoond en gedigitaliseerd.

Resultaatgericht werken

In 2011 heeft de invoering van de nieuwe beoordelings- en ontwikkelingsmethodiek plaatsgehad. Deze methodiek heet Resultaatgericht werken (RGW) en bestaat uit drie gespreksmomenten. Het plangesprek waarbij afspraken over de te behalen resultaten worden gemaakt, het voortgangsgesprek in de loop van het jaar en het beoordelingsgesprek aan het einde van het jaar. Tijdens het beoordelingsgesprek wordt vastgesteld of en in hoeverre de afgesproken resultaten zijn behaald en hoe in algemene zin het functioneren kan worden beoordeeld.

Invoering heeft door middel van een zogenaamde topdown-benadering plaatsgehad waarbij in eerste instantie de Raad van Bestuur de plangesprekken met bedrijfsleiders en managers stafdiensten heeft gevoerd. Aansluitend hebben deze managers de gesprekken met afdelingshoofden gevoerd en vervolgens de afdelingshoofden met de medewerkers. Doelstelling was dat eind 2011 met 80% van de medewerkers het plangesprek heeft plaatsgehad. Deze doelstelling is gerealiseerd. In 2012 wordt de methodiek van resultaatgericht werken verder "verfijnd". Onder andere wordt dan onderzocht of er mogelijkheden zijn voor koppeling van beloning aan het beoordelingsresultaat.

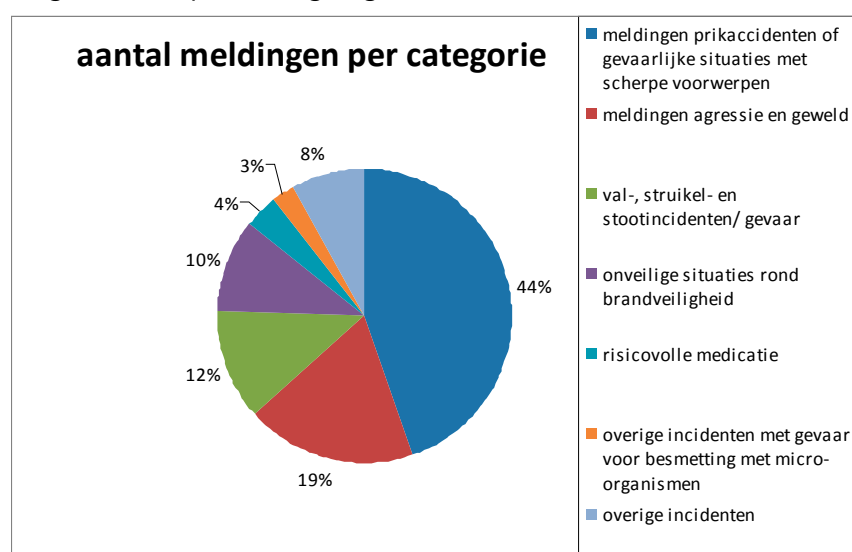
Arbeidsomstandigheden

Goede en veilige arbeidsomstandigheden zijn belangrijk. Daarop is het Albert Schweitzer ziekenhuis alert. Onder andere door periodieke risico inventarisaties en evaluaties (RI&E) waarbij risico's in kaart worden gebracht die samenhangen met het werken in het ziekenhuis. Iedere afdeling in het Albert Schweitzer ziekenhuis beschikt over een dergelijke actuele RI&E. In 2011 zijn totaal 226 (bijna) incidenten gemeld. Deze meldingen kunnen als volgt worden onderverdeeld:



Categorie melding	totaal
meldingen prikaccidenten of gevaarlijke situaties met scherpe voorwerpen	101
meldingen agressie en geweld	42
val-, struikel- en stootincidenten/ gevaar	28
onveilige situaties rond brandveiligheid	23
Incidenten met risicovolle medicatie	8
Incidenten met gevaar voor besmetting met micro-organismen (m.u.v. prikaccidenten)	6
overige incidenten	18
Totaal:	226

Uitgedrukt in percentages geeft dat het onderstaand beeld:



Eenhedenstructuur

In november 2009 is door de Raad van Bestuur, gehoord hebbende de adviezen van de Medische Staf, de Ondernemingsraad en de Cliëntenraad, een besluit genomen over invoering van de zogenaamde Eenhedenstructuur. Dit besluit was onderdeel van het voornemen om het ziekenhuis te organiseren volgens het model van Resultaat Verantwoordelijke Eenheden (RVE's). Uit eerdere signalen in 2009 was gebleken dat een totale invoering van RVE's als een te grote verandering werd beschouwd om in één keer in te voeren. Bovendien werd deze verandering als dermate complex en ingrijpend beschouwd dat, in combinatie met andere grootschalige activiteiten als beperking ligduur en gezonde bedrijfsvoering, twijfels bestonden over de haalbaarheid. Om deze redenen is door de besloten tot een gefaseerde invoering van RVE's waarbij de volgende twee fasen worden onderscheiden:

- Fase 1: Invoering nieuwe organisatiestructuur per 1 januari 2010;
- Fase 2: Verdere organisatieontwikkeling door invoering Resultaat Verantwoordelijke Eenheden per 1 januari 2011

Medio 2010 is besloten om fase 2 op een later, nog te bepalen, moment te starten.

Afgesproken werd dat eerst een evaluatie van fase 1 plaats zou vinden. Deze evaluatie heeft in het voorjaar van 2011 plaatsgehad. Door middel van interviews bij een groot aantal



organisatieleden zijn meningen en ideeën over de Eenhedenstructuur verzameld. Grosso modo was de conclusie dat de bestaande Eenhedenstructuur een goede keuze is geweest. Er zijn duidelijke, herkenbare Eenheden ontstaan en de herinrichting van de managementstructuur, waarbij is overgegaan tot meewerkende afdelingshoofden, werd algemeen als een zinvolle wijziging beschouwd. Op basis van de resultaten van deze evaluatie is besloten dat verdere organisatieontwikkeling, richting RVE model, kan volgen waarbij een aantal Eenheden als pilot zullen fungeren.

FTE benchmark

In 2011 heeft het Albert Schweitzer ziekenhuis deelgenomen aan een zogenaamde FTE benchmark. Volgens een bepaalde methodiek, ondersteund door het bureau TragPi, heeft het Albert Schweitzer ziekenhuis zich voor wat betreft het aantal arbeidsplaatsen gespiegeld aan een groot aantal andere ziekenhuizen. Deze benchmark vindt op anonieme wijze plaats waarbij door TragPi productie en bezetting van de ziekenhuizen tot vergelijkbare rekeneenheden worden herleid. Uit deze benchmark bleek dat het Albert Schweitzer ziekenhuis gemiddeld meer arbeidsplaatsen inzet dan andere ziekenhuizen. Een zorgelijke ontwikkeling aangezien loonkosten een belangrijk onderdeel zijn van de totale uitgaven van het ziekenhuis. Reden om over te gaan tot verbeterplannen op Eenheid niveau om het aantal arbeidsplaatsen meer in overeenstemming met de vergelijkbare ziekenhuizen te brengen.

Formatie en bezetting

In 2011 bedroeg de gemiddelde bezetting 2.627 fte. Dit is net onder de begrote formatie van 2.632.

Instroom en uitstroom personeel

In 2011 werd een instroom van nieuwe medewerkers gemeten van 10,3% tegenover een uitstroombestand van 8,9%. 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

Het verzuim binnen het Albert Schweitzer ziekenhuis is in 2011 toegenomen, zo blijkt uit onderstaande tabel. Een hoog verzuim is lastig. In de eerste plaats voor de medewerker die verzuimt. In de meeste gevallen heeft deze medewerker klachten die tot verzuim leiden. Dat is onplezierig en soms pijnlijk. Verzuim is ook lastig voor collega's en leidinggevenden. Werk moet worden opgevangen door collega's, er moet vervanging worden geregeld of afspraken met patiënten moeten zelfs worden afgezegd. Ook de werkgever heeft last van verzuim. Naast de bezettingsproblematiek is het een forse kostenpost omdat de salariskosten van de afwezige medewerker moeten worden doorbetaald en omdat vervanging ook extra kosten met zich mee brengt. Het Albert Schweitzer ziekenhuis wil daarom investeren in duurzame vermindering van het verzuim en geeft daaraan de komende jaren hoge prioriteit. Eind 2011 is besloten tot de start van een intensief programma, gericht op het voorkomen en verminderen van verzuim. De resultaten van dit programma moeten in 2012 zichtbaar worden.

Verzuim	2009	2010	2011
Totaal ASz	5,0	5,2	5,3



Arbeidsmarkt

Hoewel bij een aantal specialistische functies sprake is van moeilijk vervulbare vacatures, heeft het Albert Schweitzer ziekenhuis in 2011 slechts in beperkte mate last gehad van de druk op de arbeidsmarkt. Eind 2011 stonden totaal 30 vacatures open, waarvan 10 moeilijk vervulbare.

Vacatures	Totaal aantal vacatures per 31 december van het verslagjaar	Aantal moeilijk vervulbare vacatures per 31 december van het verslagjaar
Totaal personeel	30	10
Personeel met patiëntgebonden Functies	15	3

Leerhuis

Alle opleidings-, onderwijs- en wetenschappelijk onderzoeksgelateerde activiteiten binnen het Albert Schweitzer ziekenhuis worden gecoördineerd en georganiseerd vanuit het Leerhuis. Het ziekenhuis verzorgt 18 opleidingen tot medisch specialist. Tevens werken wekelijks veel coassistenten vanuit het Erasmus MC en het AMC in het Albert Schweitzer ziekenhuis. Daarnaast verzorgt het Albert Schweitzer ziekenhuis diverse medische vervolgoopleidingen en opleidingen voor ondersteunende functies, paramedische functies en functies op verpleegkundig gebied. Het verdere aanbod vanuit het Leerhuis betreft bij- en nascholingen voor alle medewerkers op allerlei gebied, vaardigheidsonderwijs in de geavanceerde skillslabs, reanimatieonderwijs, een moderne, grotendeels digitale bibliotheek en ondersteuning bij het verrichten van wetenschappelijk onderzoek.

Vereniging Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen (STZ)

Het Albert Schweitzer ziekenhuis heeft op 23 september 2011 officieel de status ontvangen van volwaardig lid van de STZ. De STZ is een samenwerkingsverband van 28 ziekenhuizen in Nederland die zich positioneren tussen de academische en de algemene ziekenhuizen in. Het Albert Schweitzer ziekenhuis was bijna vijf jaar lang geassocieerd lid van de STZ en slaagde dus in juni 2011 voor het echte 'examen'. De STZ-status heeft een enorme aantrekkingskracht op talentvolle professionals, zowel artsen als verpleegkundigen. Met het behalen van de STZ-status heeft het Albert Schweitzer ziekenhuis bewezen te voldoen aan de criteria voor de beoordeling van een derdelijfn functie en kwaliteit van zorg (zie Toelatings- en hervisitatiecriteria STZ-lidmaatschap). Het Albert Schweitzer ziekenhuis is het tweede ziekenhuis in Nederland dat is toegetreden zonder één noemenswaardig verbeterpunt van de visitatiecommissie.

Medisch Specialistische OpleidingsCommissie (MSOC)

In 2011 hebben de volgende opleidingsvisitaties plaats gevonden:

Vakgroep	Datum visitatie	Erkenning tot
Radiologie	18-01-2011	7-5-2016
MDL	18-02-2011	25-06-2016
SEH	13-05-2011	16-09-2013



Tevens zijn in 2011 verdere voorbereidingen getroffen voor het binnenhalen van de opleidingen KNO en Kindergeneeskunde en zijn gesprekken gevoerd met de vakgroepen Medische Microbiologie, Orthopedie en Longgeneeskunde over de mogelijkheden tot het binnenhalen van de opleiding. De KNO-opleiding is binnen het OOR ZWN vergeven aan een ander opleidingsziekenhuis

Arts-assistenten in opleiding

In 2011 zijn in totaal 90 AOIS en 7 tropenartsen in opleiding. Tevens zijn er 3 VAIO's en 21 HAIO's geplaatst. In *bijlage 1* is per vakgroep het aantal AOIS, HAIO's en VAIO's weergegeven.

Coassistenten

In 2011 werden 377 coassistenten geplaatst, verdeeld over verschillende specialismen. Affiliaties zijn er met zowel het Erasmus MC als het AMC, specifiek voor de gynaecologie. In *bijlage 2* een overzicht van het aantal coassistenten per specialisme.

Cursusaanbod medisch specialisten en arts assistenten

Voor de doelgroep medisch specialisten en A(N)IOS worden diverse scholingen georganiseerd. Buiten de multidisciplinaire complicatiebespreking (het OCOO) die iedere maand wordt georganiseerd door en voor alle vakgroepen, zijn onderstaande scholingen in 2011 aangeboden:

- *Teach the Teacher*
- Pilot Teach the Teacher vervolg (leiderschap)
- Intervisie bijeenkomsten voor opleiders
- Communicatie rond donatie (CRD training)
- *Kindercare* 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, HAIO's, VAIO's en coassistenten die minimaal 3 maanden blijven. Deze twee introductiedagen zijn door de Raad van Bestuur verplicht gesteld. In september 2011 is gestart met de pilot voor het SEH-inwerkprogramma als uitbreiding op het bestaande introductieprogramma. Dit inwerkprogramma is bedoeld voor alle artsen en arts-assistenten die in de toekomst werkzaam zijn op de SEH om zodoende te zorgen dat elke arts en arts-assistent dezelfde basiskennis en -vaardigheden bezit. Het programma is verplicht gesteld door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). September 2011 was de pilot maand. Na evaluatie en bijstelling in november is het programma daarna definitief geïntegreerd in het introductieprogramma van de medici. Het SEH inwerkprogramma wordt om de maand aangeboden. In de bijlagen "Overzicht Commissies" is de samenstelling van de MSOC weergegeven. Voor de overige activiteiten van de MSOC wordt verwezen naar hun jaarverslag.

Domein Beroepsopleidingen

In totaal zijn in 2011 39 MBO leerling-verpleegkundigen met de opleiding gestart. Hiervan zijn 18 zogenaamde maatwerk leerlingen in april 2011 gestart. Opvallend is dat zij allen nog in opleiding zijn; het lijkt er sterk op dat het nieuwe aannamebeleid zijn vruchten afwerpt.



Daarnaast zijn 15 HBO studenten aangenomen. Hiervan volgen 4 studenten het Maatwerktraject.

In 2011 hebben 20 HBO studenten hun diploma behaald; hiervan zijn 5 studenten gelijk geplaatst op de IC. Daarnaast zijn 15 MBO leerlingen gediplomeerd. Er zijn 8 leerlingen gestopt met de opleiding zonder dat zij hun diploma hadden gehaald.

Het ziekteverzuim van leerling-verpleegkundigen daalt opvallend doordat er de afgelopen jaren veel aandacht voor is en ook bespreekbaar wordt gemaakt met de leerlingen zelf. Het zal een aandachtspunt blijven maar de verwachting is dat deze lijn verder doorgezet zal worden.

Evenals bij de medische opleidingen is ook bij de beroepsopleidingen veel geïnvesteerd in het meten en waarborgen van het leerklimaat van leerling-verpleegkundigen. Aan de hand van de resultaten die voortkomen uit de enquêtes vinden verbeteracties plaats.

Naast de initiële basisopleidingen, verzorgen we ook de (verpleegkundige) vervolgoopleidingen. In *bijlage 3* is het overzicht van de CZO erkende opleidingen in het Albert Schweitzer ziekenhuis weergegeven.

Stagebureau

In 2011 werden 397 stagiaires geplaatst van verschillende opleidingen op diverse afdelingen. In *bijlage 4* is het overzicht van de geplaatste stagiaires per opleiding weergegeven.

Domein Bedrijfsopleidingen

In 2011 zijn in totaal 452 interne bij- en nascholingen georganiseerd. Het aantal georganiseerde symposia in 2011 is 20. Daarnaast is zesmaal een Albert Event georganiseerd, speciaal voor alle huisartsen in de regio. De opkomst vanuit de huisartsen is goed (gemiddeld zo'n 50). De volledige bij- en nascholingskalender 2011 is op te vragen bij het Leerhuis (leerhuis@asz.nl).

BedrijfsopleidingenCommissie (BOC)

De BOC coördineert en integreert alle leeractiviteiten die door de eenheden worden gevraagd. Dit doen zij door het opleidingskader 2011 vast te stellen. Daarnaast bewaken zij dat de opleidingen en leeractiviteiten professioneel verantwoord worden aangepakt door structurele evaluatie van de scholing op inhoud, product en organisatie. De voortgang hiervan bewaken zij door structurele overlegmomenten met het (dagelijks) bestuur BOC en een intensieve samenwerking met P&O en Leerhuis/ MSOC.

In de bijlagen "Overzicht Commissies" is de samenstelling van de BOC weergegeven. Voor de overige activiteiten van de BOC wordt verwezen naar hun jaarverslag.

Domein Vaardigheidsonderwijs

Vanuit het Leerhuis is in 2011 een toename in het aanbod van centraal vaardigheidsonderwijs geïnitieerd. In de geavanceerde skillslabs kunnen verpleegkundigen en artsen voorbehouden en risicovolle handelingen toetsen, door geautoriseerde toetsers zoals bijvoorbeeld het inbrengen van een maagsonde. Zie hiervoor *bijlage 5*.

Decentraal toetsen van handelingen op afdelingen wordt ook door het Leerhuis ondersteund en verloopt wisselend. Getracht wordt om de afdelingen die goed gaan, voorbeeld te laten zijn voor de afdelingen die achterblijven.

Verder zijn in 2011 trainingen vermarkt aan externen. Het aanbod is verkocht aan derden zoals een detacheringbureau voor verpleegkundigen en ook de PBLS-training voor verloskundigen. Voor deze training is accreditatie verschaft door KNOV.



Leerdomein

In 2011 is een start gemaakt met inschrijven via **Leerdomein**, het Leer Management Systeem (LMS) van het Albert Schweitzer ziekenhuis. Hiervoor zijn in de voorbereiding met succes koppelingen gerealiseerd tussen het Personeels/ salarissysteem en Leerdomein. Op 1 april is de applicatie *Catalogus and Classroom* live gegaan. Alle medewerkers van het Albert Schweitzer ziekenhuis met een personeelsnummer en een @asz.nl account hebben vanaf die tijd toegang tot hun leerdomein waarin ze klassikale cursussen kunnen boeken, digitale modules kunnen volgen (*e-learning*) en een portfolio bij kunnen houden (opleidingsbalans). Voor een overzicht van de beschikbare modules zie *bijlage 5*.

Eind 2011 is een start gemaakt met de ontwikkeling van nieuwe rapportages voor de Balanced Score Card en een aantal leerplannen. De nieuwe leerplannen stellen deelnemers in staat om in chronologische volgorde, theorie en toetsing en/of praktijk en toetsing, af te leggen. De resultaten worden automatisch in de opleidingsbalans bijgeschreven. In heel 2011 zijn ruim 7000 individuele aanmeldingen gedaan via de cursusplanner van Leerdomein door allerlei medewerkers van het Albert Schweitzer ziekenhuis. Eind 2011 zijn 469 digitale modules gestart. Dit aantal zal in 2012 verder oplopen.

Reanimatie onderwijs

Op 23 september 2011 is het Leerhuis gevisiteerd door de Nederlandse Reanimatie Raad (NRR) en is de officiële erkenning als aanbieder van reanimatieonderwijs afgegeven voor een periode van 3 jaar. Er zijn 2 nieuwe BLS/AED-fantomen aangeschaft omdat de grootste toename bij de BLS/AED- trainingen plaats vindt. De ALS, PBLS en APLS blijven qua aantallen constant.

In 2011 is flink getraind. Er is een toename van 25% geregistreerd ten opzichte van 2010, terwijl de *no shows* met 16% toenamen. De capaciteit is in 2011 met 15,6% verhoogd.

Aanbod reanimatieonderwijs	2138 plaatsen
Afgenomen	1388 plaatsen (= 64,9%)
No show	237 plaatsen (= 11,1%)
Ongebruikt	750 plaatsen (= 35,1%)

In *bijlage 6* zijn de cijfers per reanimatietraining weergegeven.

Simulatieonderwijs

Eind 2011 is een start gemaakt met Simulatieonderwijs. Twee ALS-trainers zijn opgeleid tot EUSIM-trainer in het EUSIM-trainingscentrum te Bilthoven. In december 2011 is skillslab 1 ingericht tot volwaardig lab met video feedback en kan het Leerlandschap als *debriefingroom* gebruikt worden.

Wetenschapscommissie

In 2011 heeft de Wetenschapscommissie haar dienstverlening verder geprofessionaliseerd. Door het beleidsplan 2011-2015 "Zorg voor Wetenschap" heeft de Wetenschapscommissie haar visie op wetenschap geformuleerd en de lijnen naar de toekomst uitgezet. Door middel van een plan van aanpak wordt concreet vorm gegeven aan de doelstellingen die in het beleidsplan zijn geformuleerd. Een van de belangrijkste doelstellingen hierbij is dat de verpleegkundige doelgroep vanaf 2012 meer bij wetenschap(sbeleid) in het Albert Schweitzer ziekenhuis betrokken gaat worden. Daarnaast heeft de wetenschapscommissie de ambitie om onderzoekslijnen te ontwikkelen. Uit een inventarisatie naar lopend onderzoek in het Albert Schweitzer ziekenhuis blijkt dat momenteel de top vijf van



wetenschappelijk onderzoek in het Albert Schweitzer ziekenhuis gevormd wordt door: 1) oncologische studies; 2) evaluatie van diagnostische technieken en beeldvorming; 3) cardiale en vasculaire studies; 4) studies rondom veiligheid; 5) methodologie en evaluatie van therapeutische interventies.

Verder is in 2011 de afvaardiging van vakgroepen met onderzoeksactiviteiten in de Wetenschapscommissie uitgebreid naar achttien. Overige leden zijn: manager en onderwijskundig adviseur van het Leerhuis, medisch informatie specialist van de bibliotheek en een vertegenwoordiger vanuit de Arts-Assistenten Vereniging (AAV). De Wetenschapscommissie heeft in 2011 vijf maal vergadert en kende als jaarlijkse hoogtepunt de 7e Wetenschapsdag van het Albert Schweitzer ziekenhuis.

In de bijlagen "Overzicht Commissies" is de samenstelling van de Wetenschapscommissie weergegeven.

Stipendium

Als topklinisch opleidingsziekenhuis wil het Albert Schweitzer ziekenhuis (medisch) wetenschappelijk onderzoek van eigen bodem stimuleren en ondersteunen door middel van het Stipendium. Het Stipendium biedt onderzoekers de mogelijkheid zich (fulltime) bezig te houden met research activiteiten (voor een periode van maximaal drie maanden). Voor de financiële ondersteuning van in Albert Schweitzer ziekenhuis geïnitieerd, eigen onderzoek is in 2011 tweemaal een Stipendiumronde gehouden.

Het Stipendium is in 2011 toegekend aan de volgende studies/onderzoekers:

Specialisme	Aanvrager	Titel onderzoek
1e ronde 2011		
Klinische fysica	J. Bosman	Reducing radiation dose of personnel during x-ray procedures using a real- time dose monitor
Cardiologie	A.J.J. IJsselmuiden	Potential damage to early endothelial progenitor cell(EPC) mobilization after percutaneous coronary intervention because of amplified cytosolic and mitochondrial production of reactive oxygen species(ROS) in white bloodcells(WBC) and platelets.
SEH	E. Oskam	Pre-hospitale sepsis behandeling
Apotheek	M. de Vos	Dipyridamol opbouw in de secundaire preventie van beroerte (DOSE studie)
2e ronde 2011		
Heelkunde	M.F. Sier	Intracutaneously versus transcutaneously sutured ileostomy: A randomized multicenter trial (ISI trial)
Cardiologie	C. Liesting	HERBAS
Kindergeneeskunde/ Kinderfysiotherapie	M. Hesp- Abbenhuis	Positionering van de pré-en dysmature baby in een mal: een veilige en comfortabele methode als afstemming op de Richtlijn Preventie Wiegendood (RIVM /JGZ Juni 2009)



Wetenschappelijke onderzoeken

In het Albert Schweitzer ziekenhuis is een lokale Medisch Ethische Toetsingscommissie (METC) aanwezig. De METC beoordeelt de bij haar ingediende wetenschappelijke onderzoeken op lokale uitvoerbaarheid in het ziekenhuis en brengt hierover advies uit aan de Raad van Bestuur. De commissie behandelde in 2011 55 (in 2010: 60) wetenschappelijke onderzoeken. Van de 55 onderzoeken waren er 11 die door specialisten/medewerkers van het Albert Schweitzer ziekenhuis zelf zijn geïnitieerd. Alle ingediende onderzoeken werden positief beoordeeld waar het gaat om de lokale uitvoerbaarheid.

Cursussen wetenschappelijk onderzoek

De volgende cursussen werden in 2011 gegeven op het gebied van wetenschappelijk onderzoek: *PubMed*, Poster maken en *Medical Writing in English*.

Wetenschappelijk tijdschrift Albert Schweitzer ziekenhuis

In 2011 verscheen onder hoofdredactie van drs. A. van der Velden en dr. N. Swarte tweemaal het Wetenschappelijk tijdschrift Albert Schweitzer ziekenhuis (WASz). Door middel van het tijdschrift worden medewerkers en verwijzers periodiek op de hoogte gehouden van allerlei wetenschappelijke activiteiten van het Albert Schweitzer ziekenhuis. De eerste uitgave is verschenen in april 2011 met een oplage van 750 exemplaren. De tweede uitgave van het WASz in november 2011 is tot stand gekomen door een nieuw opgezette samenwerking met Landes Uitgevers. De oplage is daarbij ook verhoogd naar 1000 exemplaren omdat het WASz onder een bredere groep van externe verwijzers verspreid wordt.

Wetenschapsdag 2011

Op 23 juni 2011 werd de "7e jaarlijkse Wetenschapsdag Albert Schweitzer ziekenhuis" gehouden. Ditmaal in het Auditorium op de locatie Dordwijk. In zijn inleiding belichtte dr. M. Kock, voorzitter van de Wetenschapscommissie, dat in 2010 wederom meer publicaties waren dan in voorgaande jaren. In zeven korte presentaties werd verteld over onderzoek dat verricht is. Na elke presentatie volgde een levendige discussie met de zaal.

Voor de pauze volgden ook nog twee rondes van posterpresentaties. Vele vakgroepen hadden een of enkele geaccepteerde inzendingen. De afwisseling in onderwerp was ook hierbij groot.

Na de pauze heeft de externe spreker, prof. dr. P.P.G. Boersma, een boeiende presentatie gehouden over de "Valstrikken en valkuilen in klinisch wetenschappelijk onderzoek". Tot slot heeft dr. R. Kiewiet een presentatie gehouden over haar promotieonderzoek met betrekking tot medisch en chirurgisch gebruik van de darm voor de behandeling van obesitas. Prijzen voor de beste publicatie 2010 was voor I. Jansen (wegens omstandigheden kort gepresenteerd en in ontvangst genomen door drs. T. Hendriks) voor onderzoek naar de toepassing van FDG-PET bij patiënten met Retroperitoneale fibrose. De prijs voor de beste voordracht ging naar J. Brugts over het voorspellende vermogen van zogenaamde biomarkers bij patiënten met boezemfibrilleren.

Tot slot de beste poster, die van S. Akin, over de pathologie en behandeling van ARDS veroorzaakt door een longontsteking als gevolg van een griepinfectie.



Wetenschappelijk spreekuur

Ook in 2011 werd door prof. dr. A.J.M. Cleophas het Wetenschappelijk spreekuur gehouden. In totaal hebben 114 mensen vanuit verschillende disciplines hiervan gebruik gemaakt (zie bijlage 7). Belangrijk om te concluderen is dat de lichte daling in het spreekuurbezoek die in 2010 geobserveerd werd in 2011 niet doorzet. Het patroon van bezoekers is grotendeels ongewijzigd, maar de Gynaecologie doet momenteel meer wetenschappelijk onderzoek dan in het verleden. Ook de Intensive Care is het laatste twee jaar veel actiever dan ervoor.

Veel onderzoekers blijven de wetenschapscoördinator rechtstreeks bellen of e-mailen met vragen en dit proces loopt vanaf maandagochtend tot vrijdagavond. De vragen die de wetenschapcoördinator voorgelegd krijgt, betreffen veelal ingewikkelde statistische kwesties die de onderzoeker zelf niet meer kan oplossen. De laatste twee maanden van 2011 heeft de wetenschapscoördinator zijn patiëntenzorgfunctie beëindigd, maar hij is wel op continue basis beschikbaar gebleven voor medewerkers via e-mail en telefonisch. In 2011 is ook begonnen met het zoeken naar geschikte opvolging.

In *bijlage 7* is een overzicht weergegeven van de disciplines die gebruik maakten van het wetenschappelijk spreekuur. In *bijlage 8* is een overzicht weergegeven van de promovendi van het Albert Schweitzer ziekenhuis

NVMO

De Nederlandse Vereniging voor Medisch Onderwijs NVMO heeft op 17 en 18 november 2011 een congres gehouden in Egmond aan Zee. Het Albert Schweitzer ziekenhuis Leerhuis was daar met een aantal vertegenwoordigers ruim vertegenwoordigd en zij hebben met presentaties en posters een belangrijke bijdrage geleverd.

Bibliotheek

De bibliotheek is een onmisbare plek geworden waar veelvuldig wordt gewerkt en gestudeerd.

De uitleencijfers van boeken en ook het aantal aanvragen van literatuur is omhoog gegaan. Hiervoor is ook een aanvraagformulier beschikbaar gesteld waardoor een aanvraag sneller kan worden afgedaan. Dit jaar is de Nieuwsbrief verschenen waarin allerlei nieuwtjes en weetjes onder de aandacht worden gebracht voor een zo breed mogelijk publiek.

De week van de Verpleegkunde is georganiseerd waarbij alle afdelingen en poli's voorzien zijn van informatie, nieuwe leerling-verpleegkundigen een introductie hebben gekregen, de nieuw aangeschafte boeken van de verpleegkundige collectie zijn tentoongesteld en een nieuwe handleiding voor verpleegkundigen is geïntroduceerd. De geaccrediteerde training "Evidence based zoeken" gehouden door een externe informatiespecialist heeft plaatsgevonden, zoals ook de trainingen PubMed. Op de kinderafdeling vindt maandelijks een bespreking van een PICO plaats met medewerking vanuit de bibliotheek. De taken van de bibliotheekcommissie zijn overgenomen door een vertegenwoordiger van de bibliotheek in het MSOC en een vertegenwoordiger van de verpleegkundigen.



4.6 Samenleving en milieu

Albert Schweitzer ziekenhuis maatschappelijk betrokken

Op verschillende manieren onderhoudt het Albert Schweitzer ziekenhuis een innige relatie met de samenleving. Uiteraard door samenwerking en nauwe contacten binnen de zorgsector in de regio, maar ook op andere manieren die minder of zelfs niets met de ziekenhuiszorg te maken hebben. Hierna enkele uiteenlopende voorbeelden van deze betrokkenheid bij de maatschappij in 2011.

Festiviteiten ingebruikname Ziekenhuiszone

De ingebruikname van de nieuwbouw op de locatie Dordwijk (de 'ziekenhuiszone' van het Gezondheidspark) is aan de inwoners van de Drechtsteden niet ongemerkt voorbijgegaan. Het feestelijke activiteitenprogramma in mei 2011 duurde een week.

- De week omvatte een grootse open dag in de nieuwe gebouwen, waar tal van zorgafdelingen en partners van het ziekenhuis zich presenteerden. Zo'n zesduizend mensen maakten gebruik van de kans om achter de schermen te kijken en de nieuwbouw te verkennen.
- Samen met Erfgoedcentrum DiEP werd een unieke historische wandeling ontwikkeld langs zeventien voormalige gast- en ziekenhuizen uit voorbije eeuwen in de Dordtse binnenstad. De begeleide wandelingen trokken zoveel inschrijvingen, dat een herhaling moest komen.
- In de feestweek werd het gelegenheidsboek 'Elke Dag Beter' gepresenteerd. Hierin wordt de geschiedenis van de ziekenhuizen in Dordrecht beschreven, onder meer aan de hand van getuigenissen van (oud-)medewerkers, specialisten en andere betrokkenen, verrijkt met prachtige foto's. De belangstelling voor het boek onder particulieren en in het eigen huis was groot.
- Stichting Toendra voerde tweemaal een theaterstuk op dat de geschiedenis van het ziekenhuis behandelde. In dezelfde week werd de eerste polikliniek in de nieuwe interieurstijl feestelijk in gebruik genomen: het Huis van Gijn (Radiologie). De week werd afgesloten met de officiële opening van de gebouwen door de Commissaris der Koningin.

'De stad terug naar het ziekenhuis'

Zoals hierboven al kort aangehaald, markeerde 2011 de start van de herinrichting van de locatie Dordwijk. Dit gebeurt aan de hand van Dordtse thema's, gebouwen en iconen. Dordrecht wordt zichtbaar en 'voelbaar' gemaakt om prettiger verblijfsruimtes te creëren, maar vooral om 'de stad naar het ziekenhuis te brengen', nadat het ziekenhuis decennia geleden de stad heeft verlaten. Dit concept is ontstaan uit een hechte samenwerking tussen het ziekenhuis, architect Rob Kanbier (KuiperCompagnons) en Erfgoedcentrum DiEP. Bij de opening van de tweede polikliniek in Dordtse sferen, schonk het ziekenhuis een financiële bijdrage aan de totstandkoming van de biografie van de Dordtse schrijver/dichter Cees Buddingh', die tevens het 'thema' vormt van deze afdeling (Geriatricie).

Aandacht voor laaggeletterdheid

In 2011 heeft het Albert Schweitzer ziekenhuis de strijd aangebonden met de problemen die kunnen ontstaan door laaggeletterdheid. Patiënten die niet goed kunnen lezen en schrijven (1,5 miljoen Nederlanders in totaal) kunnen problemen ondervinden. Zij kunnen bijvoorbeeld instructies niet goed opvolgen en belangrijke formulieren niet invullen. Door voorlichting worden zorgverleners hiervan bewust gemaakt. Laaggeletterden werden als adviseurs ingeschakeld bij het ontwikkelen van de nieuwe bewegwijzering voor het heringerichte Dordwijk.



Samenwerking met patiëntenverenigingen

Het ziekenhuis werkt aan goede relaties met patiëntenverenigingen, zowel in de regio als landelijk. Zij krijgen de gelegenheid om activiteiten in het ziekenhuis aan te bieden aan hun achterban en geïnteresseerden, zoals informatieavonden en lezingen. Regelmatig verlenen specialisten en medewerkers van het Albert Schweitzer ziekenhuis hieraan inhoudelijk medewerking. Deze bijeenkomsten trokken ook in 2011 in totaal weer enkele duizenden patiënten. De grootste patiëntendag was de Oncologiedag 'Kanker, meer dan een diagnose'. Zo'n 200 (voormalig) patiënten en naasten kregen op deze dag een uitgebreid aanbod aan voorlichting en lotgenotencontact aangeboden. Ook een informatieavond van de Hoofdpijnvereniging met een lezing door neuroloog P.A.Th. Carbaat trok maar liefst 200 belangstellenden.

Week voor chronisch zieken

Tijdens de jaarlijkse, landelijke Week voor de Chronisch Zieken houdt het ziekenhuis sinds een aantal jaren een voorlichtingsmarkt voor deze doelgroep. Diverse patiëntenverenigingen en specialismen hebben zich ook in 2011 weer gepresenteerd tijdens deze markt op de locatie Zwijndrecht. Zij hebben patiënten geïnformeerd over het brede scala van de chronische ziekten en de bijbehorende onderzoeken en behandelmethoden. Er kwamen enkele honderden bezoekers op af.

Seniorenvervoer

Ook in 2011 heeft het Albert Schweitzer ziekenhuis weer financieel kunnen bijdragen aan de Stichting Seniorenvervoer. Deze organiseert al jaren het vervoer voor minder mobiele, oudere inwoners van Zwijndrecht en omstreken. Door vrijwilligers worden senioren met busjes naar het ziekenhuis of andere gezondheidsinstellingen gebracht en opgehaald.

Over de grens

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

In 2011 werd de samenwerking met het gemeenteziekenhuis in Orastie (Roemenië) geïntensiveerd. Niet alleen werd in dat jaar weer overvloedig meubilair en apparatuur naar Roemenië verzonden, ook liep een Spoedeisende Hulp-arts uit Orastie stage op de locatie Dordwijk om hier vooral kennis te maken met de systematiek van triage. Ook aan ziekenhuizen in Moldavië en Suriname wordt bruikbaar materiaal geschonken dat in het Albert Schweitzer ziekenhuis niet meer nodig is.

Kunst en concert

De Kunstcommissie van het Albert Schweitzer ziekenhuis heeft ook in 2011 verschillende kunstenaars uit de regio gelegenheid gegeven om te exposeren op één van de locaties van het ziekenhuis. Ook werd in 2011 de jaarlijkse traditie voortgezet van een kerstconcert op de locatie Dordwijk, gegeven door het Dordts Philharmonisch Orkest. Patiënten in hun bed, bezoek en medewerkers genoten wederom van deze speciale gelegenheid.

Stichting Vrienden

Al vele jaren ondersteunt de Stichting Vrienden van het Albert Schweitzer ziekenhuis de zorg aan patiënten, door aan het ziekenhuis middelen te schenken die het verblijf van patiënten kunnen veraangename. In 2011 werden verschillende afdelingen en projecten



weer geholpen met een gift. Ditmaal werden bijvoorbeeld alle verpleegkamers waar ouderen opgenomen kunnen zijn, voorzien van een moderne klok met een duidelijke dag- en datumnotatie: 250 stuks in totaal. Uit onderzoek blijkt dat mensen die licht verward of gedesoriënteerd zijn, prettige houvast ontlenen aan een goed besef van dag en tijd.

Verkerkloop

Een welkome schenking vanuit de Zwijndrechtse samenleving ontving het ziekenhuis via het jaarlijkse Zwijndrechtse hardloopevenement de Verkerkloop. Uit de inschrijf- en sponsorgelden werden nieuwe televisies en dvd-spelers betaald voor de kinderkamers en -dagbehandeling op de locatie Zwijndrecht. Bestuursvoorzitter Pier Eringa werd hierdoor zo enthousiast, dat hij zich inschreef als deelnemer aan de loop. In reactie hierop, liet de organisatie hem als 'prominent' het startschot lossen voor de 5 en 10 kilometer, met veel publiciteit tot gevolg.

Maatschappelijk debat en bewustwording

Het Albert Schweitzer ziekenhuis slaagt er steeds vaker in om zijn kennis en kunde in te zetten voor meer maatschappelijke bewustwording en debat over grote vraagstukken, zoals het vroegtijdig signaleren van kindermishandeling. In 2011 werden op alle afdelingen waar kinderen kunnen worden behandeld, posters van het project Kinder*Care opgehangen in de wachtkamers. Ouders worden er hiermee op gewezen dat het ziekenhuis bij vermoedens van mishandeling of verwaarlozing een melding kan en zal doen bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling.

Via de lokale media werd zichtbaar gemaakt dat de verloskundigen in het Albert Schweitzer ziekenhuis specifieke kennis in huis hebben om vrouwelijke genitale verminking (besnijdenis) te herkennen en deze mede te bestrijden, door middel van voorlichting aan de vrouwen die het betreft en hun families.

Het ziekenhuis organiseerde in 2011 een drukbezocht symposium voor zorgverleners uit de regio over de beladen combinatie van euthanasie en dementie. De bezoekers waren zeer tevreden met de kennis die zij hier opdeden, om hun eigen patiënten beter te kunnen informeren of doorverwijzen.

Filmrol

Het ziekenhuis raakte in 2011 nauw betrokken bij de productie van een unieke Nederlandse bioscoopfilm, 'Achtste-groepers huilen niet'. Deze verfilming van een kinderboek van Jacques Vriens gaat over een meisje dat leukemie krijgt en over het medeleven dat zij hierbij krijgt vanuit haar klas. Gedurende vier dagen werden ziekenhuisscènes voor deze film opgenomen op de locatie Dordwijk. Hiervoor werd zelfs een tijdelijk voetbalveld aangelegd in de patio. Medewerkers en bezoekers reageerden met groot enthousiasme en boden zich aan als figurant. Het Albert Schweitzer ziekenhuis werd zodoende zichtbaar, onder zijn eigen naam, in 110 bioscopen. Het ziekenhuis vond het belangrijk om zo'n mooie productie, die de kwetsbare positie van kankerpatiënten in de maatschappij ondersteunt, mede mogelijk te maken.



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. Het 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:

- Coördinatorenoverleg Albert Schweitzer ziekenhuis (Arbo, Milieu, Veiligheid)
- Milieu Platform Zorg (MPZ)

Milieuzorgsysteem

Het Albert Schweitzer ziekenhuis is NIAZ-geaccrediteerd, 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 relevante informatie voor alle 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 2011 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 de locatie Dordwijk. Om op zorgvuldige wijze tot een oplossing te komen is in 2011 een volledige geluidsrapportage van de locatie gemaakt. Aan de hand van deze rapportage worden verdere maatregelen genomen om te komen tot een duurzame oplossing.

Inspecties en controles

Op de locaties Dordwijk, Sliedrecht en Amstelveen zijn door de Omgevingsdienst ZHZ in 2011 algemene inspecties uitgevoerd. De inspectie op Dordwijk was vooral gericht op de oplevering van de nieuwbouw. Verschillende verbeterpunten zijn aangegeven, die in samenwerking met de Omgevingsdienst ZHZ worden aangepakt.



Milieuprestaties

Afval

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

Tabel: Afval in kg per locatie en afvalstroom

Afval in kg.	2010	2011				verschil
	Totaal	DW/SLD	AW	ZWD	Totaal	
Klein Gevaarlijk afval	6.887	4.859	2.000		6.859	-0,4%
Bedrijfsafval	879.900	639.280	115.260	145.380	899.920	2,2%
Karton	17.910	16.160			16.160	-10,8%
Papier	61.280	63.990	31.690	12.740	108.420	43,5%
Specifiek ziekenhuisafval	44.122	30.938	2.076	9.652	42.666	-3,4%
Bouw- en sloopafval	2.400		4.480	1.980	6.460	62,8%
Swill	37.800	37.080			37.080	-1,9%
Totaal	1.050.299	792.307	155.506	169.752	1.117.565	6,0%

Tabel: Ziekenhuisafval afgezet tegen het aantal patiëntgewogen eenheden

2010		2011	
Aantal patient gewogen eenheden (pge) 838.978		862.476	
		kg/pge	kg/pge
Totaal afvalproductie in kg	1.050.299		1.117.565
-----	-----	1,25	-----
Patiëntgewogen eenheden	838.978		862.476
Specifiek ziekenhuisafval in kg	44.122		42.666
-----	-----	0,053	-----
Patiëntgewogen eenheden	838.978		862.476

Toelichting

In 2011 is een redelijk stabiel beeld over de afvalstromen zichtbaar. Enkele uitschieters worden hier nader toegelicht.

Papier

Bij de verhuizingen van de kantoorfuncties van Amstelveen naar Dordrecht is relatief veel papier eenmalig opgeruimd en vernietigd. Ook blijkt in de registratie een overlap te zitten met het voorgaande jaar. De cijfers van 2010 gingen over een periode van 9 maanden en die van 2011 daardoor over 15 maanden. In 2012 zal dit gecorrigeerd worden.

Bouw- en sloop afval

De afvoer van een container voor bouw- en sloop afval gebeurt een enkele keer per jaar. Hierdoor kunnen relatief grote verschillen ontstaan.



Energie

In 2011 hebben veel verhuizingen plaats gevonden. Veel functies zijn van de locatie Amstelveen overgebracht naar Dordrecht. Tijdens de verhuisperiode moest de energievoorziening van zowel oude als nieuwe ruimten volledig op orde blijven. Dit heeft geleid tot een minder efficiënte benutting van energie. Enkele opvallende zaken zijn over 2011 op te merken.

- Het Gasverbruik op alle locaties is afgenomen mede door circa 16% minder graaddagen²
- In 2011 was een groter deel van de nieuwbouw in gebruik, dat is met name te herkennen in het elektriciteitsverbruik. Dat is verbruik van de gebruikers zelf maar ook van de warmte- koude-opslaginstallatie en de koeling
- De toename van het verbruik op de locatie DW is vooral elektriciteit
- In 2011 is de locatie AW nog maar ten dele in gebruik. Dat geeft wel een afname maar die is niet zo groot als verwacht. De centrale installaties zijn relatief oud en vragen toch nog veel energie die onafhankelijk is van het aantal gebruikers
- Een daling van energieverbruik (gas+elektra) van circa 8% is verklaarbaar als gevolg van het in gebruik nemen van de nieuwe gebouwen
- Er wordt permanent intensief gemeten om energieverbruik beter te kunnen analyseren. Ook in 2011 zijn naar aanleiding van deze meetresultaten verdere energiebesparingsmaatregelen genomen. Per kwartaal wordt aan de hand van energierapportages bepaald welke maatregelen genomen kunnen worden
- In de nieuwbouw is in 2010 een Warmte- koudeopslag systeem (WKO) in de bodem in bedrijf genomen. Door de verbeterde monitoring kan het functioneren van het WKO-systeem goed gevolgd worden om de inzet van duurzame energie zo groot mogelijk te maken. De prestaties van de WKO lijken te verbeteren waardoor de inzet van koelmachines minder is geworden
- Voor de locatie Zwijndrecht is een Energie Besparingsplan (EBP) opgesteld. Hierin worden alle mogelijke energiebesparende maatregelen geanalyseerd. De diverse genomen maatregelen hebben geleid tot een daling van het energieverbruik
- Door de inzet van Warmte Kracht Koppelingen (WKK) op de locaties AW en ZD is een uitstoot van bijna 1500 ton CO² vermeden

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.

² Een graaddag is een rekeneenheid om de (variërende) temperatuur op een eenvoudige manier mee te kunnen nemen in berekeningen, met name in berekeningen over energieverbruik.



Tabellen: Overzicht verbruik gas en elektriciteit

Tabel: Energieoverzicht op basis van inkoop

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

2010					2011					
	gas	elektra	totaal			gas	elektra	totaal		verschil
DW	1.550.080	12.721.342				1.362.512	13.715.055			
	49.060	45.797	94.857	GJ		43.124	49.374	92.498	GJ	-2,6%
(incl. nwbouw)		(incl. nwbouw)			(incl. nwbouw)		(incl. nwbouw)			
AW	1.509.002	2.991.336				1.287.797	2.140.936			
	47.760	10.769	58.529	GJ		40.759	7.707	48.466	GJ	-20,8%
ZD	814.364	2.348.366				779.732	2.439.890			
	25.775	8.454	34.229	GJ		24.679	8.784	33.462	GJ	-2,3%
SD	145.332	941.330				119.170	903.259			
	4.600	3.389	7.989	GJ		3.772	3.252	7.023	GJ	-13,7%
Totaal	4.018.778	19.002.374				3.549.211	19.199.140			
	127.194	68.409	195.603	GJ		112.333	69.117	181.449	GJ	-7,8%

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

2010					2011					
	gas	elektra	totaal			gas	elektra	totaal		verschil
DW	1.550.080	12.721.342				1.362.512	13.715.055			
	49.060	114.492	163.552	GJ		43.124	123.435	166.559	GJ	1,8%
AW	1.509.002	2.991.336				1.287.797	2.140.936			
	47.760	26.922	74.682	GJ		40.759	19.268	60.027	GJ	-24,4%
ZD	814.364	2.348.366				779.732	2.439.890			
	25.775	21.135	46.910	GJ		24.679	21.959	46.638	GJ	-0,6%
SD	145.332	941.330				119.170	903.259			
	4.600	8.472	13.072	GJ		3.772	8.129	11.901	GJ	-9,8%
Totaal	4.018.778	19.002.374				3.549.211	19.199.140			
	127.194	171.021	298.216	GJ		112.333	172.792	285.125	GJ	-4,6%



Tabel: Energie in euro's

2011							
	gas	elektra	totaal	gas	elektra	totaal	verschil
DW	669.408	1.070.751	1.740.159	527.652	1.207.572	1.735.224	-0,3%
AW	603.939	286.122	890.061	476.332	221.705	698.037	-21,6%
ZD	322.993	245.073	568.066	279.157	266.462	545.619	-4,0%
SD	82.432	91.382	173.814	62.605	93.700	156.305	-10,1%
Totaal	1.678.772	1.693.328	3.372.100	1.345.746	1.789.439	3.135.185	-7,0%

Tabel: Energiekosten afgezet tegen het aantal patiëntgewogen eenheden

2010		2011	
Aantal patient gewogen eenheden (pge)		838.978	
		862.476	
Euro/pge		Euro/pge	
Energiekosten	3.372.100	3.135.185	
-----		-----	
Patiëntgewogen eenheden	838.978	862.476	
	4,02		3,64



4.7 Financieel beleid

4.7.1 Algemeen

Het financiële beleid van het Albert Schweitzer ziekenhuis is gericht op het realiseren van een positief resultaat om een solvabiliteit op te bouwen die bij de aard en risico's van de organisatie past. In het huidige ziekenhuisbeleidsplan 2009-2013 zijn daarvoor de volgende financiële doelen opgenomen:

- ultimo 2011 minimaal een solvabiliteit (eigen vermogen/totale opbrengsten) van 10%;
- vanaf 2012 jaarlijks de solvabiliteit met 1% verhogen tot een niveau van 15% in 2016;

Halverwege de beleidsperiode kan worden geconstateerd dat het Albert Schweitzer ziekenhuis ten opzichte van het beleidsplan goed op koers ligt met de groei van de solvabiliteit. Door een positief exploitatieresultaat in de jaren 2009 tot en met 2011 is de solvabiliteit gegroeid van 7,5% in 2008 tot 11,5% in 2011.

Als reactie op toegenomen risico's wordt sturing en verantwoording op financiële parameters naar de financiers steeds belangrijker. Dit betekent voor het Albert Schweitzer ziekenhuis dat het rendement in de jaren 2012 tot en met 2014 verder omhoog moet en dat de doelstelling in het meerjarenplan aangescherpt wordt. De nieuwe doelstelling is om twee jaar eerder, uiterlijk in 2014, de norm van 15% solvabiliteit te realiseren. Dit is een ambitieuze doelstelling, aangezien de resultaatontwikkeling van de Nederlandse ziekenhuizen door een systeemwijziging zeer onvoorspelbaar is geworden en zorgverzekeraars gedwongen worden om selectiever en prijsbewuster zorg in te kopen. Voor het Albert Schweitzer ziekenhuis betekent dit dat resultaatverbetering moet komen uit een efficiëntere bedrijfsvoering en dat er ook rekening mee gehouden moet worden dat een deel van de groei voor eigen rekening zal komen.

Invoering prestatiebekostiging / DBC's op weg naar transparantie (DOT)

De huidige product- en afrekenstructuur in de vorm van DBC's wordt in 2012 vervangen door DOT-zorgproducten met uitbreiding van het B-segment tot 70%. Het DOT-implementatieproject kende de volgende doelen om op Albert Schweitzer ziekenhuisniveau op 1 januari 2012 DOT-proof te zijn:

- een betrouwbare basisregistratie (juist, volledig, tijdig en actueel) die de juiste DOT-zorgproducten genereert
- eindgebruikers zijn in staat om met de DOT-systematiek te werken
- de systemen van het Albert Schweitzer ziekenhuis zijn ingericht om met DOT te kunnen werken en voldoen aan de wettelijke eisen terwijl het huidige DBC-systeem tenminste nog een jaar tegelijkertijd doordraait
- het Albert Schweitzer ziekenhuis beschikt over managementinformatie over de DOT-productie, waaronder de financiële effecten van DOT

De eerste drie doelstellingen zijn behaald in 2011. Een indicatie dat de bronregistratie op orde is, was de DEA-analyse die een lagere uitval dan het landelijke gemiddelde liet zien. Ruim 700 medewerkers zijn opgeleid tussen oktober en december en geïnstrueerd om te werken met de nieuwe DOT-functionaliteit. Het Albert Schweitzer ziekenhuis heeft geïnvesteerd in de ontwikkeling van enkele tools zoals de DOT-monitor, de DOT-grouper-uitvalanalyse en specifieke dashboards. Er stond grote druk op de planning om alle functionaliteiten tijdig op te leveren. Enerzijds het gevolg van laat bekende landelijke wijzigingen, anderzijds van beperkte capaciteit bij de ICT-leverancier. Uiteindelijk is de registratiefunctie tijdig opgeleverd en wordt de declaratiefunctie in het eerste kwartaal van 2012 opgeleverd. De managementinformatie over DOT is in concept gereed en zal in de loop van 2012 steeds completer gepresenteerd worden in de balanced scorecards van de eenheden.



Het project DOT heeft veel inspanning gevraagd van alle betrokken medewerkers. Het geeft veel vertrouwen dat de overgang naar DOT per 1 januari 2012 geruisloos is verlopen. Het voorliggende jaar zal opnieuw veel aandacht vragen. Belangrijkste aandachtspunten zijn het verwerken van de uitval van de landelijke grouper, tijdige facturatie, juiste kostprijzen en tijdige overeenkomsten inzake verkoopprijzen voor DOT-zorgproducten.

4.7.2 Toelichting op het resultaat

Het jaar 2011 is afgesloten met een resultaat van € 4,5 miljoen hetgeen € 0,5 miljoen hoger is dan het begrote resultaat. Het begrotingsproces voor 2011 verliep in twee stappen omdat ziekenhuizen geconfronteerd werden met een hoge opgelegde landelijke korting. In fase 1, die liep tot 1 december 2010, werd een begroting gerealiseerd conform de uitgangspunten van de kaderbrief waarbij rekening was gehouden met een korting van € 5 miljoen. In fase 2 met een looptijd tot 1 februari 2011, moest dekking gevonden worden voor € 3 miljoen extra ombuigingen. Een begroting met een plus van € 4 miljoen kon gepresenteerd worden door enerzijds een fors ombuigingsprogramma vanuit alle eenheden en anderzijds door voor de verwachte meeropbrengsten vanuit de groei van de patiëntenzorg zeer spaarzaam de budgetten aan te passen. Genormaliseerd bedroeg het jaarresultaat in 2011, evenals in 2010, circa € 4 miljoen. In het geconsolideerde resultaat van het ziekenhuis is een gezamenlijk resultaat van de Vastgoed BV en de Poliklinische Apotheken BV van € 0,2 miljoen begrepen.

De totale inkomsten van het ziekenhuis stegen met € 0,5 miljoen (0,2%) van € 269 miljoen tot € 269,5 miljoen. Exclusief de eenmalige vergoeding in 2010 voor versnelde afschrijving vanuit specifieke NZA-regelgeving (IVA) bedroeg de stijging € 11 miljoen (4,2%).

Tabel: Overzicht mutaties Winst- en verliesrekening

X € 1 miljoen	2011	2010	Mutatie
Wettelijk budget	159,6	167,7	-8,1
Opleidingsfondsen	10,5	9,0	+1,5
B-segment	71,7	68,8	+2,9
Niet gebudgetteerde zorgprestaties	5,9	5,3	+0,6
Overige bedrijfsopbrengsten	21,7	18,2	+3,5
Totale bedrijfsopbrengsten	269,4	269,0	+0,5
Salarissen	111,5	109,0	+2,5
Sociale lasten en overige personeelskosten	28,5	26,9	+1,6
Personeel niet in loondienst	8,3	8,8	-0,5
Overige bedrijfskosten	84,8	77,6	+7,2
Afschrijvingen	23,1	33,6	-10,5
Financiële lasten en lasten (interest)	8,8	6,0	+2,8
Totale bedrijfslasten	265,0	262,0	+3,0
Bedrijfsresultaat	4,5	7,0	-2,5



4.7.2.1 Wettelijk budget

De omzetontwikkeling in het wettelijk budget (A-segment) laat zich als volgt verklaren:

- Saldo Productieafspraken	€ 6,1 miljoen
- Kortingen overheid / Schoning FZO	€ - 7,7 miljoen
- Indexering loon- en materiële kosten	€ 3,4 miljoen
- Mutatie erkenning en toelating	€ 0,6 miljoen
- Nacalculeerbare kapitaalslasten	€ - 9,9 miljoen
- Overige mutaties	€ 0,2 miljoen
- Mutatie correcties voorgaande jaren	€ -0,8 miljoen

Totaal mutaties wettelijk budget € 8,1 miljoen

De meeropbrengsten als gevolg van de patiëntengroei in het A-segment bedroegen € 6,1 miljoen. De landelijke compensatie voor gestegen materiële kosten (inflatievergoeding) en CAO-effecten (OVA) bedroeg in totaal € 3,4 miljoen. De daling van € 9,9 miljoen in de vergoeding van de kapitaalslasten komt tot stand door het wegvallen van de eenmalige vergoeding van € 10,5 miljoen in 2010 voor bijzondere plankosten (IVA) en door stijging van de kapitaalslasten met € 0,6 miljoen door realisatie van nieuw- of verbouw.

4.7.2.2 Opleidingsfondsen

De inkomsten vanuit het Opleidingsfonds stegen in 2011 met € 0,5 miljoen als gevolg van een geringe stijging in het aantal arts-assistenten in opleiding (AIO) en de gebruikelijke jaarlijkse indexering van de vergoeding per AIO. Tevens is voor € 0,7 miljoen aan inkomsten verantwoord vanuit het nieuwe Fonds Ziekenhuis Opleidingen als gevolg van diplomering van gespecialiseerde verpleegkundigen.

4.7.2.3 Ontwikkeling inkomsten B-segment

De inkomsten in het B-segment stegen met € 2,9 miljoen naar € 71,7 miljoen (4,9%). Deze stijging werd veroorzaakt door een lichte productiestijging en een aanpassing in de prijzen voor DBC's met een ingangsdatum vanaf 2011 als gevolg van indexering (2,5%).

4.7.2.4 Niet gebudgetteerde zorgprestaties en 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 en overige inkomsten. Per saldo bedraagt de stijging € 3,5 miljoen. Deze kan opgesplitst worden in een stijging van € 4,5 miljoen in omzet bij de deelnemingen en een daling van € 1 miljoen bij de stichting als gevolg van minder doorbelasting van personeelskosten, lagere inkomsten honoraria van artsen in loondienst en minder opbrengsten vanuit het eigen restaurant als gevolg van uitbesteding van deze dienst aan een externe partij.

4.7.3 Toelichting op de kosten

De exploitatiekosten zijn in 2011 gestegen met € 3 miljoen (1,1%). Dit is opgebouwd uit € 3,6 miljoen hogere personeelskosten, € 9,9 miljoen lagere afschrijvingslasten, € 7,2 miljoen hogere overige bedrijfskosten en € 2,8 miljoen hogere financieringslasten. In de afschrijvingskosten 2010 was een eenmalige versnelde afschrijving van € 10,5 miljoen opgenomen.



4.7.3.1 Personeelskosten

De totale personeelskosten zijn toegenomen met € 3,6 miljoen, dat is een stijging met 2,5% ten opzichte van 2010. De kosten van het personeel in loondienst stegen met € 4,1 miljoen (+ 3,0 %) ten opzichte van 2010. De kosten van het personeel niet in loondienst daalden met € 0,5 miljoen (-6%). De daling wordt voor het grootste gedeelte veroorzaakt door minder inhuur van uitzendkrachten en minder inzet van interim-management. De totale kostenstijging laat zich als volgt verklaren:

- 3% door een groei in het aantal medewerkers. De gemiddelde formatie nam in 2011 toe van 2552 fte naar 2628 fte
- - 2,6 % door mutaties voorziening en reserveringen
- + 0,4 % i.v.m. stijging sociale lasten
- + 0,3 % betreft de stijging van het percentage eindejaarsuitkering
- + 1,1 % stijging door CAO-verhoging van 1% per 1 juli 2010 en 1% per 1 juli 2011 en 0,25% in oktober
- + 0,5 % betreft reguliere anciënniteiteffecten binnen het loongebouw
- + 0,3 % stijging van de pensioenlasten

4.7.3.2 Toelichting overige bedrijfskosten

De bedrijfskosten stegen per saldo met € 7,2 miljoen (9,3%). De vergelijking met 2010 wordt vertekend doordat in 2010 de kosten door een eenmalig effect werden gedrukt (€ 2,6 miljoen). De patiënt- en bewonersgebonden kosten stegen met € 2,1 miljoen (+ 4,1%), (medicijnen) € 0,4 miljoen, pacemakers (€ 1,2 miljoen) en pathologische- en bacteriologische onderzoeken (€ 0,3 miljoen). De kosten van onderhoud en energie stegen met € 1,8 miljoen en hebben vooral betrekking op een dotatie aan de onderhoudsvoorziening in de Vastgoed BV.

4.7.4 Toelichting Balansposten (geconsolideerd)

4.7.4.1 Vaste Activa

Het totaal aan vaste activa nam in 2011 toe met € 3 miljoen tot € 264,1 miljoen. In 2011 is in gebouwen en inventarissen per saldo € 28 miljoen geïnvesteerd. Hiervan heeft € 10 miljoen betrekking op investeringen in de renovatiebouw (o.a. OK's op Dordwijk en Zwijndrecht) en overige terrein- en gebouwgebonden investeringen. De financiering hiervan verliep vanuit de stichting. Vanuit de Vastgoed BV is in totaal € 8 miljoen geïnvesteerd met betrekking tot het laatste deel van de realisatie van het Gezondheidspark op de locatie Dordwijk. Vanuit de stichting is in medische inventarissen en computerapparatuur in totaal € 9,6 miljoen geïnvesteerd. Opvallende investeringen waren de vervanging van een MRI-scanner op de locatie Dordwijk en de aanschaf van een nieuwe Data-storage infrastructuur.

4.7.4.2 Voorraden en onderhanden werk DBC's, Debiteuren

De waarde van de voorraad is met € 0,9 miljoen toegenomen. De stijging trad vooral op bij het OK-complex (€ 0,2 miljoen) en de ziekenhuisapothek (€ 0,8 miljoen) doordat eind 2011 een grote hoeveelheid dure medicijnen (TNF-alfaremmers) is besteld en geleverd, omdat in 2012 de verantwoordelijkheid voor levering aan patiënten bij het ziekenhuis wordt neergelegd. De onderhanden werk positie van DBC's steeg in 2011 met € 6 miljoen. De post "vorderingen en overlopende activa" laat in 2011 een daling zien. Dit wordt veroorzaakt door een lager debiteurensaldo (€ 6 miljoen) en een lagere post "nog te factureren" (€ 3,7 miljoen). De post financieringstekort is met € 7,6 miljoen gedaald. De hoge vordering in 2010 wordt voor het belangrijkste deel veroorzaakt door de verwerking van de IVA-regeling.



4.7.4.3 Passiva

Door het positieve resultaat van € 4,5 miljoen steeg het eigen vermogen van € 26,5 miljoen tot € 31 miljoen. Het niveau van de voorzieningen steeg per saldo met € 4,4 miljoen. Met de invoering van prestatiefinanciering valt de financiële dekking weg voor immateriële vaste activa en heeft het Albert Schweitzer ziekenhuis in twee stappen (2010 en 2011) een voorziening getroffen voor een geactiveerd boekverlies van een voormalige locatie voor in totaal € 2,1 miljoen. Daarnaast is binnen de Vastgoed BV, gebaseerd op in de branche gehanteerde normen voor onderhoud, een voorziening voor groot onderhoud getroffen voor in totaal € 2,2 miljoen. Voor € 0,7 miljoen betreft dit een correctie over 2010.

Ondanks een verbetering van het werkkapitaal daalde de kasstroom uit bedrijfsvoering met € 12,8 miljoen. In 2011 werd de opgebouwde integratieheffing vanwege de nieuwbouw op de locatie Dordwijk met de Belastingdienst afgerekend. Dit zorgde voor een negatieve kasstroom van ruim € 17 miljoen. In totaal bedroeg de financieringsbehoefte € 14 miljoen die kort werd gefinancierd gezien de gunstige bancaire voorwaarden hiervoor.

Ontwikkeling ratio's	2011	2010
Resultaatsratio (resultaat boekjaar/totale bedrijfsopbrengsten)	1,7%	2,6%
Liquiditeit (vlottende activa/kort vreemd vermogen)	0,53%	0,61%
Weerstandvermogen (eigen vermogen/totale bedrijfsopbrengsten)	11,5%	9,9%
Solvabiliteit (eigen vermogen/totaal vermogen)	9,6	7,9

4.7.5 Verwachting en begroting 2012

De onderstaande thema's staan centraal in de plannen voor 2012:

Samen werken aan de toekomst

- Samen werken aan een heldere, inspirerende en gemeenschappelijke strategie voor het ziekenhuis
- Samen werken tussen de eenheden om innovaties in patiëntenzorg te ontwikkelen en om slimmer en efficiënter de bedrijfsvoering te organiseren
- Samen werken met partners om onze topklinische functies te borgen en verder uit te bouwen
- Samen werken met onze partners in de regio om schaalgrootte te realiseren, met het doel kwaliteit te verhogen en kosten te verlagen
- Samen werken met partners in de regio om de keten van patiëntenzorg beter op elkaar te laten aansluiten
- Samen werken met huisartsen om hen aan ons ziekenhuis te binden waardoor het Albert Schweitzer ziekenhuis het vanzelfsprekende ziekenhuis is om naar te verwijzen



Beperkte groei

De minister heeft een overeenkomst gesloten met alle landelijke partijen om de omzetgroei te beperken. De kosten van de ziekenhuiszorg mogen, exclusief een prijscompensatie, met maximaal 2,58% toenemen ten opzichte van 2010. Het Albert Schweitzer ziekenhuis moet deze macronorm als uitgangspunt beschouwen. Doordat het Albert Schweitzer ziekenhuis in 2010 en 2011 een grote groei kende voor nieuwe cardiologische verrichtingen (PCI's en ICD's) voorziet het Albert Schweitzer ziekenhuis moeilijke onderhandelingen met de zorgverzekeraars. Mocht na onderhandelingen met de zorgverzekeraars blijken dat een beperkter kader beschikbaar is, dan zal bezinning nodig zijn voor de verdere financiering van de verwachte patiëntengroei. Separaat wordt vanuit het ziekenhuis overleg gevoerd met de Coöperatie van Medisch Specialisten over de wijze waarop binnen het Albert Schweitzer ziekenhuis de landelijke honorariumssystematiek wordt vormgegeven.

Ziekteverzuim

In vergelijking met andere STZ-ziekenhuizen is het verzuim in het Albert Schweitzer ziekenhuis hoger. Daarom staat ook in 2012 het onderwerp verzuim hoog op de agenda. Voor het hele ziekenhuis is het doel om over 2012 een gemiddeld verzuimpercentage van 4% te bereiken.

STZ-lidmaatschap

De afgelopen jaren is er op het gebied van opleiding, onderwijs en onderzoek veel tot stand gekomen in het Albert Schweitzer ziekenhuis. Met het verkrijgen van de volwaardige STZ-status in juni 2011 is aangetoond dat het Albert Schweitzer ziekenhuis daadwerkelijk een topklinisch opleidingsziekenhuis is.

De komende jaren worden de STZ-visitatiecriteriën aangescherpt. Reden om ook als Albert Schweitzer ziekenhuis hier verder mee te gaan. De modernisering van de medische vervolgoopleidingen is in volle gang. Met name in de verpleegkundige en paramedische beroepen alsook in het verder ontwikkelen en implementeren van simulatieonderwijs gaan de komende periode ontwikkelingen plaatsvinden. Daarnaast is de verdere professionalisering van het wetenschappelijke klimaat van belang.

Verwacht resultaat 2012

Er zijn veel onzekerheden die een betrouwbare schatting van het verwachte resultaat over 2012 bemoeilijken. De grootste verandering voor de medisch-specialistische zorg is de overgang van budgetbekostiging naar volledige prestatiebekostiging. Daarnaast verandert de wijze waarop ziekenhuizen hun kosten declareren bij zorgverzekeraars door de overgang naar de zogenaamde DOT-systematiek.

De bekostiging van ziekenhuizen wordt onderverdeeld in:

- Het vrije segment (B-segment): hierbinnen zullen zorgverzekeraars en zorgaanbieders vrij onderhandelen over prijs, volume en kwaliteit. Dit segment wordt uitgebreid van 30% naar 70 à 75% van de totale bekostiging doordat veel meer behandelingen onder dit segment vallen.
- Het gereguleerde segment (A-segment): hierbinnen wordt vrij onderhandeld maar zijn tarieven gemaximeerd. Dit gaat om zorg die nog niet of niet helemaal voldoet aan de voorwaarden voor vrij onderhandelen. Het gaat bijvoorbeeld om dure geneesmiddelen en intensive care.



Transitieeffect in de jaren 2012-2013

De jaren 2012-2013 kennen een zogenaamd transitieeffect. De financiële risico's die de ziekenhuizen lopen als gevolg van de overgang naar de nieuwe systematiek zullen hiermee goeddeels worden ondervangen, doordat gewerkt gaat worden met een transitie-model. In dit transitie-model wordt per ziekenhuis een "schaduwbudget" vastgesteld op basis van de "oude" budgetbekostiging. Het verschil tussen de omzet via de prestatiebekostiging en het schaduwbudget wordt grotendeels gecompenseerd (in 2012 voor 95%, in 2013 voor 70%). Het huidige B-segment blijft buiten het schaduwbudget.

Dit betekent dat voor de bepaling van de productiegerelateerde inkomsten in 2012 twee onderdelen van belang zijn:

1. De uiteindelijke hoogte van het schaduwbudget.
2. De uiteindelijke omzet die gerekend wordt tot de categorie B-segment (oud).

Financiering en DOT

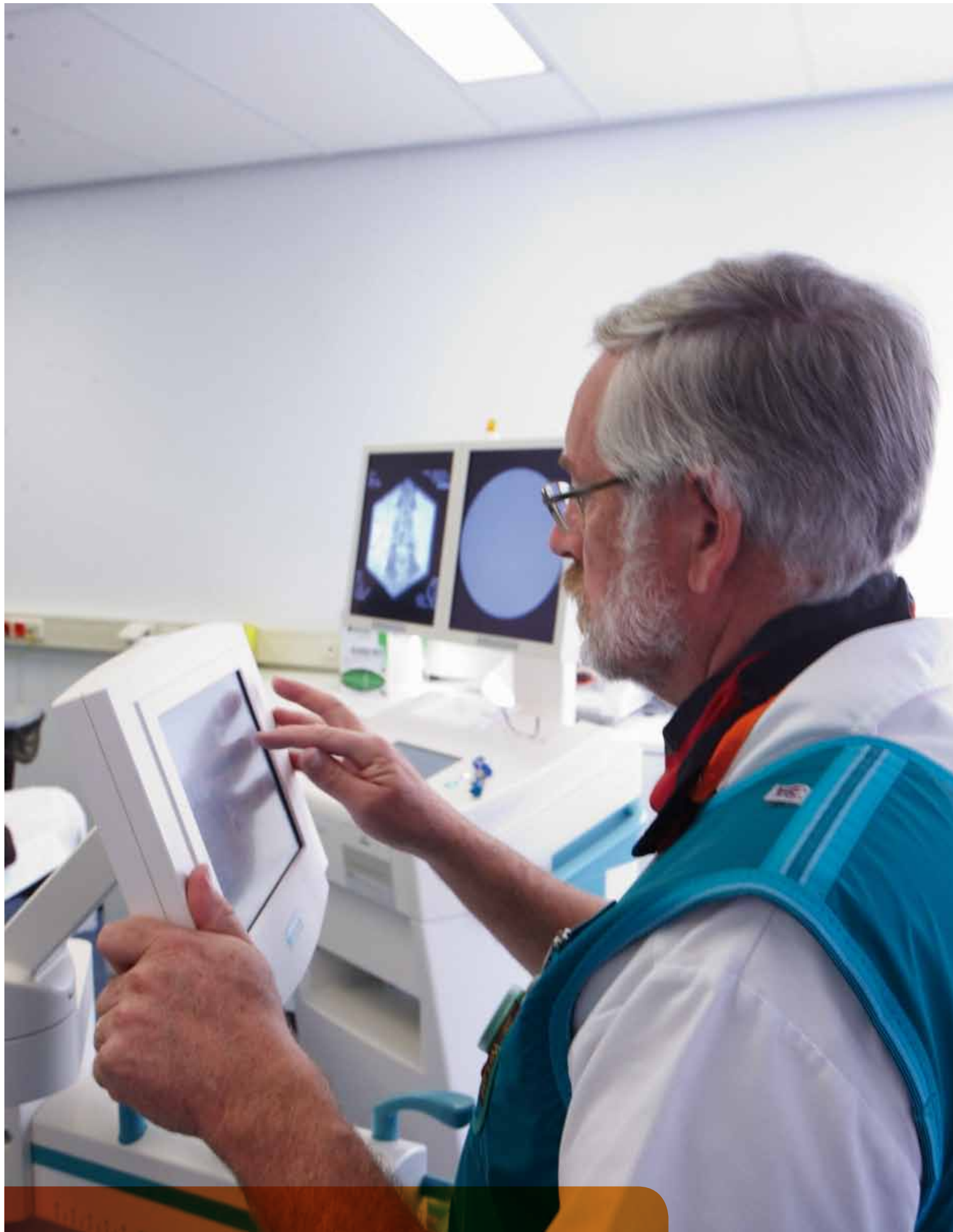
Op het moment van vaststelling van de jaarrekening zijn de onderhandelingen met de zorgverzekeraars over de overeenkomsten voor 2012 deels nog gaande. De lopende onderhandelingen hebben onder andere tot gevolg dat Albert Schweitzer ziekenhuis tot op heden nog geen DBC-DOT-prestaties heeft gefactureerd, hetgeen een nadelige invloed heeft op de liquiditeitspositie. Gegeven de huidige kredietfaciliteiten en de mondelinge afspraken met de bank verwacht het Albert Schweitzer ziekenhuis dat indien facturering nog uitblijft, het allereerst de verzekeraars zal verzoeken een voorschot te verlenen (deels reeds toegezegd) en in tweede instantie een beroep zal doen op aanvullende tijdelijke kredietfaciliteiten. Het risico op discontinuïteit als gevolg van liquiditeitstekorten is hiermee voldoende afgedekt.

Overall prognose

Bij het bepalen van het verwachte resultaat in 2012 gaat het Albert Schweitzer ziekenhuis uit van een beperkte vergoeding van de meeropbrengsten als gevolg van patiëntengroei en toenemende onzekerheid over de inkomsten als gevolg van de nieuwe DOT-systematiek. Het beleid van het Albert Schweitzer ziekenhuis blijft gericht op een financieel gezonde bedrijfsvoering met een gezonde ambitie van een verdere versterking van het weerstandsvermogen met € 4,5 miljoen in 2012. Als gevolg hiervan zijn efficiencymaatregelen afgekondigd. Door een strakke sturing op de (personeels)kosten, verbeteringen in logistiek, doorontwikkeling van benchmarkinformatie, een adequaat managementinformatiesysteem, verdere inkoopkortingen en een algehele korting voor alle eenheden wordt vastgehouden aan een resultaat dat vergelijkbaar is met 2011 en dat ook noodzakelijk is om de beoogde groei in solvabiliteit te realiseren.







5. Jaarrekening

Stichting Albert Schweitzer ziekenhuis 2011

**Albert
Schweitzer**
ziekenhuis



INHOUDSOPGAVE

Pagina

5.1	Jaarrekening 2011	104
5.1.1	Geconsolideerde balans per 31 december 2011	106
5.1.2	Geconsolideerde resultatenrekening over 2011	107
5.1.3	Geconsolideerd kasstroomoverzicht over 2011	108
5.1.4	Grondslagen van waardering en resultaatbepaling	109
5.1.5	Toelichting op de geconsolideerde balans per 31 december 2011	112
5.1.6	Mutatieoverzicht materiële vaste activa	119
5.1.7	Specificatie ultimo boekjaar onderhanden projecten en gereed gekomen projecten	123
5.1.8	Overzicht langlopende schulden ultimo 2011	124
5.1.9	Toelichting op de geconsolideerde resultatenrekening over 2011	125
5.1.10	Balans per 31 december 2011	130
5.1.11	Resultatenrekening over 2011	131
5.1.12	Toelichting op de balans per 31 december 2011	132
5.2	Overige gegevens	134
5.2.1	Vaststelling en goedkeuring jaarrekening	134
5.2.2	Resultaatbestemming	134
5.2.3	Gebeurtenissen na balansdatum	134
5.2.4	Ondertekening door bestuurders en toezichthouders	134
5.2.5	Accountantsverklaring	134



5.1 GECONSOLIDEERDE JAARREKENING

5.1.1 GECONSOLIDEERDE BALANS PER 31 DECEMBER 2011

(na resultaatbestemming)

	Ref.	31-dec-11 €	31-dec-10 €
ACTIVA			
Vaste activa			
Materiële vaste activa	1	261.236.085	258.195.119
Financiële vaste activa	2	2.871.038	2.908.009
Totaal vaste activa		264.107.123	261.103.128
Vlottende activa			
Vorraden	3	6.925.971	6.051.211
Onderhanden werk uit hoofde van DBC's	4	2.957.127	0
Vorderingen en overlopende activa	5	48.377.996	59.889.548
Vorderingen uit hoofde van financieringstekort	6	1.461.541	8.685.862
Liquide middelen	7	44.234	63.119
Totaal vlottende activa		59.766.869	74.689.740
Totaal activa		323.873.992	335.792.869
PASSIVA			
Eigen vermogen			
Collectief gefinancierd gebonden vermogen	8	22.305.625	18.043.186
Niet collectief gefinancierd vrij vermogen		8.673.999	8.467.012
Totaal eigen vermogen		30.979.624	26.510.198
Voorzieningen	9	9.671.116	5.067.337
Langlopende schulden	10	171.075.000	182.175.000
Kortlopende schulden			
Onderhanden werk uit hoofde van DBC's	4	6.999.066	10.191.581
Schulden uit hoofde van financieringsoverschot	6	0	0
Kortlopende schulden en overlopende passiva	11	105.149.186	111.848.752
Totaal Passiva		323.873.992	335.792.869



5.1.2 GECONSOLIDEERDE RESULTATENREKENING OVER 2011

	Ref.	2011 €	2010 €
BEDRIJFSOPBRENGSTEN:			
Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten en/of subsidie	13	159.616.485	167.680.905
Opleidingsfonds 1e tranche	14	10.500.460	8.960.002
DBC opbrengsten B-segment	15	71.683.418	68.781.069
Niet gebudgetteerde zorgprestaties	16	5.929.079	5.295.414
Overige bedrijfsopbrengsten	17	21.753.540	18.249.409
Som der bedrijfsopbrengsten		269.482.982	268.966.799
BEDRIJFSLASTEN:			
Personeelskosten	18	148.304.677	144.716.125
Afschrijvingen op vaste activa	19	23.063.348	33.592.544
Overige bedrijfskosten	20	84.809.461	77.596.494
Som der bedrijfslasten		256.177.485	255.905.163
BEDRIJFSRESULTAAT		13.305.497	13.061.636
Financiële baten en lasten	21	-8.836.071	-6.025.394
RESULTAAT UIT GEWONE BEDRIJFSVOERING		4.469.426	7.036.242
RESULTAATBESTEMMING			
<i>Het resultaat is als volgt verdeeld:</i>		2011 €	2010 €
Toevoeging/(onttrekking):			
Reserve aanvaardbare kosten (collectief gebonden vermogen)		4.262.439	1.040.747
Reserve aanvaardbare kosten (niet-collectief gebonden vermogen)		206.987	5.995.495
Bestemmingsreserve afschrijving inventarissen		0	0
		4.469.426	7.036.242



5.1.3 GECONSOLIDEERD KASSTROOMOVERZICHT

	Ref.	2011		2010	
		€	€	€	€
Kasstroom uit operationele activiteiten					
Bedrijfsresultaat			4.469.426		7.036.242
Aanpassingen voor :					
- afschrijvingen	5.1.6	22.935.192		33.445.422	
- mutaties voorzieningen	10	4.603.779		950.478	
			27.538.971		34.395.900
Veranderingen in vlottende middelen:					
- voorraden	3	-874.760		-696.331	
- onderhanden werk DBC's	4	-6.149.642		-2.067.477	
- vorderingen	5	11.511.552		-11.096.823	
- vorderingen/schulden uit hoofde van financieringstekort respectievelijk -overschot	6	7.224.321		-9.089.979	
- kortlopende schulden (excl.schulden aan kredietinstellingen)	12	-20.909.026		17.112.253	
			-9.197.554		-5.838.358
Kasstroom uit bedrijfsoperaties			22.810.843		35.593.784
Totaal kasstroom uit operationele activiteiten			22.810.843		35.593.784
Kasstroom uit investeringsactiviteiten					
Investerings materiële vaste activa	5.1.6	-27.762.620		-242.784.266	
Desinvesteringen materiële vaste activa	5.1.6	1.786.459		180.836.659	
Mutatie leningen u/g	2	36.971		1.806.671	
Totaal kasstroom uit investeringsactiviteiten			-25.939.190		-60.140.936
Kasstroom uit financieringsactiviteiten					
Nieuw opgenomen leningen		0		95.000.000	
Aflossing langlopende schulden	11	-11.100.000		-13.500.000	
Totaal kasstroom uit financieringsactiviteiten			-11.100.000		81.500.000
afronding			2		-1
Mutatie geldmiddelen			<u>-14.228.345</u>		<u>56.952.848</u>
liquide middelen per 1 januari		63.119		45.547	
schulden aan bankiers per 1 januari		-34.463.550		-91.398.826	
			-34.400.431		-91.353.279
Liquide middelen per 31 december		44.234		63.119	
schulden aan bankiers per 31 december		-48.673.010		-34.463.550	
			-48.628.776		-34.400.431
			<u>-14.228.345</u>		<u>56.952.848</u>



5.1.4 GRONDSLAGEN VAN WAARDERING EN RESULTAATBEPALING

5.1.4.1 ALGEMENE TOELICHTING

Algemeen:

De geconsolideerde jaarrekening is opgesteld in overeenstemming met de wettelijke bepalingen van WTZI en Titel 9 Boek 2 BW en de stellige uitspraken van de Richtlijnen voor de jaarverslaggeving, die uitgegeven zijn door de Raad voor de Jaarverslaggeving.

Activa en verplichtingen worden in het algemeen gewaardeerd tegen de verkrijgings- of vervaardigings-prijs of de actuele waarde. Indien geen specifieke waarderingsgrondslag is vermeld vindt waardering plaats tegen de verkrijgingsprijs. In de balans, de winst-en-verliesrekening en het kasstroomoverzicht zijn referenties opgenomen. Met deze referenties wordt verwezen naar de toelichting.

Vergelijking met voorgaand jaar

De gehanteerde grondslagen van waardering en van resultaatbepaling zijn ongewijzigd ten opzichte van het voorgaande jaar.

Continuïteitsveronderstelling

De jaarrekening is opgesteld uitgaande van de continuïteitsveronderstelling.

Liquiditeit

Op het moment van vaststelling van de jaarrekening zijn de onderhandelingen met de zorgverzekeraars over de overeenkomsten voor 2012 deels nog gaande. De lopende onderhandelingen hebben onder andere tot gevolg dat het Albert Schweitzer ziekenhuis tot op heden nog geen DBC DOT prestaties heeft gefactureerd, hetgeen een nadelige invloed heeft op de liquiditeitspositie. Gegeven de huidige kredietfaciliteiten en de mondelinge afspraken met de bank verwacht het Albert Schweitzer ziekenhuis dat indien facturering nog uitblijft, zij allereerst de verzekeraars zal verzoeken een voorschot te verlenen (deels reeds toegezegd) en in tweede instantie een beroep zal doen op aanvullende tijdelijke kredietfaciliteiten. Het risico op discontinuïteit als gevolg van liquiditeitstekorten is hiermee naar de mening van het Albert Schweitzer ziekenhuis voldoende afgedekt.

Kasstroomoverzicht

Het kasstroomoverzicht is opgesteld volgens de indirecte methode.

Consolidatie

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

Als verbonden partij worden aangemerkt alle rechtspersonen waarover overheersende zeggenschap, gezamenlijke zeggenschap of invloed van betekenis kan worden uitgeoefend

Intercompany-transacties, intercompany-winsten en onderlinge vorderingen en schulden tussen groepsmaatschappijen en andere in de consolidatie opgenomen rechtspersonen worden geëlimineerd, voor zover de resultaten niet door transacties met derden buiten de groep zijn gerealiseerd

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 (100%)

Schattingen

Om de grondslagen en regels voor het opstellen van de jaarrekening te kunnen toepassen, is het nodig dat de raad van bestuur van het Albert Schweitzer ziekenhuis schattingen maakt die essentieel kunnen zijn voor de in de jaarrekening opgenomen bedragen. Indien het voor het geven van het in art. 2:362 lid 1 BW vereiste inzicht noodzakelijk is, is de aard van deze oordelen en schattingen inclusief de bijbehorende veronderstellingen opgenomen bij de toelichting op de betreffende jaarrekeningposten.

5.1.4 GRONDSLAGEN VAN WAARDERING EN RESULTAATBEPALING

5.1.4.2 GRONDSLAGEN VAN WAARDERING VAN ACTIVA EN PASSIVA:

Algemeen

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

Materiële vaste activa

De materiële vaste activa worden gewaardeerd tegen verkrijgings- of vervaardigingsprijs onder aftrek van jaarlijkse afschrijvingen. VTZI-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.

De afschrijvingstermijnen van materiële vaste activa zijn gebaseerd op de verwachte gebruiksduur van het vast actief. Een actualisatie van de inschattingen per vaste activa zal in 2012 worden ingevoerd.

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.

Binnen de Vastgoed BV is er een voorziening voor groot onderhoud, welke vanuit de huurprijzen wordt gevormd.

Financiële vaste activa

Deelnemingen worden gewaardeerd tegen netto vermogenswaarde.

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

Vorraden

De voorraden zijn gewaardeerd tegen aanschaffingsprijs op basis van de FIFO-methode of de voortschrijdende gemiddelde prijs, 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

Vorderingen worden bij eerste verwerking gewaardeerd tegen de reële waarde van de tegenprestatie. Handelsvorderingen

worden na eerste verwerking gewaardeerd tegen de geamortiseerde kostprijs.

Voorzieningen wegens oninbaarheid worden in mindering gebracht op de boekwaarde van de vordering.

Liquide middelen

Liquide middelen bestaan uit kas-, banktegoeden met een looptijd korter dan twaalf maanden. Rekening-courantschulden bij banken zijn opgenomen onder schulden aan kredietinstellingen onder kortlopende schulden. Liquide middelen worden gewaardeerd tegen nominale waarden.

Voorzieningen

Voorzieningen worden gevormd voor in rechte afdwingbare of feitelijke verplichtingen die op de balansdatum bestaan, waarbij het waarschijnlijk is dat een uitstroom van middelen noodzakelijk is en waarvan de omvang op betrouwbare wijze is te schatten.

De voorzieningen worden gewaardeerd tegen de beste schatting van de bedragen die noodzakelijk zijn om de verplichtingen per balansdatum af te wikkelen. De voorzieningen worden gewaardeerd tegen de nominale waarde van de uitgaven die naar verwachting noodzakelijk zijn om de verplichtingen af te wikkelen, tenzij anders vermeld.

Jubileumvoorziening

De voorziening voor jubileumuitkeringen aan het personeel is opgenomen tegen de contante waarde.

De rekenrente bedraagt 3,84%. Tevens is rekening gehouden met de blijfkans per leeftijdscategorie (gemiddeld 84% voor 2011)

Voorziening persoonlijk levensfase budget

De voorziening PLB is opgenomen tegen contante waarde. Er is rekening gehouden met een jaarlijkse loonstijging van 1,9% en een rekenrente van 3,84%. Tevens is rekening gehouden met de blijfkans per leeftijdscategorie (gemiddeld 84% voor 2011)

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".

5.1.4 GRONDSLAGEN VAN WAARDERING EN RESULTAATBEPALING

5.1.4.3 GRONDSLAGEN VAN RESULTAATBEPALING

Algemeen

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.

Personeelsbeloningen

Lonen, salarissen en sociale lasten worden op grond van de arbeidsvoorwaarden verwerkt in de winst-en-verliesrekening voor zover ze verschuldigd zijn aan werknemers.

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.

Het Albert Schweitzer ziekenhuis heeft alle pensioenregelingen verwerkt volgens de verplichtingenbenadering. De over het verslagjaar verschuldigde premie wordt als last verantwoord.

Financiële baten en lasten

Rentebaten en rentelasten worden tijdsevenredig verwerkt, rekening houdend met de effectieve rentevoet van de betreffende activa en passiva.

5.1.5 TOELICHTING OP DE GECONSOLIDEERDE BALANS

ACTIVA

1. Materiële vaste activa

De specificatie is als volgt :

	31-dec-11	31-dec-10
	€	€
Bedrijfsgebouwen en terreinen	142.577.971	154.002.945
Machines en installaties	59.942.357	41.197.272
Andere vaste bedrijfsmiddelen, technische en administratieve uitrusting	41.319.901	39.658.178
Materiële vaste bedrijfsactiva in uitvoering en vooruitbetalingen op materiële vaste activa	1.761.693	3.015.362
Niet aan het bedrijfsproces dienstbare materiële activa	15.634.162	20.321.362
Totaal materiële vaste activa	261.236.085	258.195.119

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

	2011	2009
	€	€
Boekwaarde per 1 januari	258.195.116	229.692.934
Bij: investeringen	27.762.620	242.784.266
Af: afschrijvingen	22.935.192	33.445.422
Af: terugname geheel afgeschreven activa	532.791	53.756
Af: desinvesteringen	1.253.668	180.782.903
Boekwaarde per 31 december	261.236.085	258.195.119

Toelichting:

Bedrijfswaarde

Vaste activa met een lange levensduur worden beoordeeld op bijzondere waardeverminderingen wanneer wijzigingen of omstandigheden zich voordoen die doen vermoeden dat de boekwaarde van een actief niet terugverdiend zal worden. De terugverdienmogelijkheid van activa die in gebruik zijn, wordt bepaald door de boekwaarde van een actief te vergelijken met de geschatte contante waarde van toekomstige nettokasstroom die het actief naar verwachting zal genereren. Bijzondere waardeverminderingen verantwoord voor het verschil tussen de boekwaarde en de realiseerbare waarde. Het Albert Schweitzer ziekenhuis heeft de contante waarde van de toekomstige kasstromen benaderd op totaal ziekenhuisniveau en dit vergeleken met de boekwaarde van dit vastgoed en de over met de bedrijfsvoering samenhangende activa per 31 december 2011. Het saldo is positief, derhalve zijn geen aanpassingen gedaan aan de waardering van het vastgoed.

Afschrijvingen en gebruiksduur

Materiële vaste activa worden vanaf het moment van ingebruikneming afgeschreven over de verwachte toekomstige gebruiksduur van het actief. Over grond wordt niet afgeschreven.

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 geherrubriceerd hetgeen de hoge bedragen voor (des) investeringen verklaart.

In de onderhanden projecten is een bedrag van € 854.812 vanuit AS Holding meegenomen.

In de gebouwen is voor een bedrag van 107.651.233 vanuit de Holding meegenomen.

Binnen de inventarissen is voor een bedrag van 756.179 vanuit de Holding meegenomen.



5.1.5 TOELICHTING OP DE GECONSOLIDEERDE BALANS

ACTIVA

2. Financiële vaste activa

De specificatie is als volgt :

	31-dec-11	31-dec-10
	€	€
Vordering inzake vergoeding boekverlies Zwijndrecht en emissiekosten	2.274.759	2.402.915
Storting in het weerstandsvermogen van MediFire en Medi Risk	492.278	367.760
Geldlening gezondheidscentrum de Volgerlanden	0	33.334
Geldlening STZ	24.001	24.001
Geldlening Sodexho	80.000	80.000
Totaal financiële vaste activa	2.871.038	2.908.009

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

	Saldo per 1-jan-2011	Dotatie	Aflossing/ afschrijving	Saldo per 31-dec-2011
Vordering inzake vergoeding boekverlies Zwijndrecht en emissiekosten	2.402.915	0	128.156	2.274.759
Storting in het weerstandsvermogen van MediFire en Medi Risk	367.760	124.518	0	492.278
Geldlening gezondheidscentrum de Volgerlanden	33.334		33.334	0
Geldlening STZ	24.001	0	0	24.001
Geldlening Sodexho	80.000	0	0	80.000
	2.908.010	124.518	161.490	2.871.038

Kortlopend deel financiële vaste activa (< 1 jr.)

2.274.759

Toelichting:

De vordering inzake vergoeding boekverlies Zwijndrecht en emissiekosten betreft voormalige boekverliezen (ivm bouw Jacobusziekenhuis Zwijndrecht) en emissiekosten. Tot en met 2012 is er zekerheid dat de afschrijvingslasten worden vergoed. Rekening houdend met het stoppen van de vergoeding vanaf 2013 is er een voorziening opgenomen voor de resterende boekwaarde.

3. Voorraden

De specificatie is als volgt :

	31-dec-11	31-dec-10
	€	€
Voorraad goederen	6.981.686	6.106.926
Af: voorziening incourant	-55.715	-55.715
Totaal voorraden	6.925.971	6.051.211

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 362.872 vanuit de Holding BV meegenomen

4. Onderhanden werk uit hoofde van DBC's

De specificatie is als volgt :

	31-dec-11	31-dec-10
	€	€
Onderhanden werk DBC's A-segment	23.702.758	18.267.221
Onderhanden werk DBC's B-segment	11.121.917	10.407.812
Af: ontvangen voorschotten	38.866.614	38.866.614
Totaal onderhanden werk	-4.041.939	-10.191.581

De specificatie per onderhanden werk is als volgt weer te geven;

	Gerealiseerde projectkosten en toegerekende winst	Af: verwerkte verliezen	Af: ontvangen voorschotten	Saldo per 31-12-2011
Overzicht DBC's per zorgverzekeraar				
Achmea/Avero	5.800.534	0	4.962.614	837.920
CZ	8.851.864	0	12.000.000	-3.148.136
Menzis	1.554.281	0	0	1.554.281
Multizorg	1.573.525	0	1.175.000	398.525
UVIT	16.878.070	0	20.729.000	-3.850.930
Overig	166.402	0	0	166.402
Totaal (onderhanden werk)	34.824.675	0	38.866.614	-4.041.939



5.1.5 TOELICHTING OP DE GECONSOLIDEERDE BALANS

ACTIVA

5. Vorderingen en overlopende activa

De specificatie is als volgt:

	31-dec-11 €	31-dec-10 €
Vorderingen op debiteuren	23.797.849	29.705.798
Nog te factureren omzet DBC's	19.001.832	22.797.178
Overige vorderingen:		
Rekening courant specialisten	676.025	2.198.310
samenwerkingsverbanden	77	1.029
Nog te ontvangen bedragen:		
nog te ontvangen posten	3.281.043	2.444.931
Overige overlopende activa:	1.621.170	2.742.302
Totaal vorderingen en overlopende activa	48.377.996	59.889.548

Toelichting:

De voorziening die in aftrek op de vorderingen is gebracht bedraagt € 882.698

In de vorderingen en overlopende activa is een bedrag van 200.528 vanuit de Holding BV meegenomen

Alle vorderingen hebben een resterende looptijd korter dan een jaar. De reële waarde van de vorderingen benadert de boekwaarde

ervan, gegeven het kortlopende karakter ervan en het feit dat waar nodig voorzieningen voor oninbaarheid zijn gevormd.

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

Ziekenhuis	t/m 2008 €	2009 €	2010 €	2011 €	totaal €
Saldo per 1 januari	-316.759	422.157	12.070.325	0	12.175.723
Financieringsverschil boekjaar	0	0	0	-2.615.380	-2.615.380
Correcties voorgaande jaren	0	0	-404.792	0	-404.792
Betalingen/ontvangsten	317.562	-240.410	-6.640.873	0	-6.563.721
Sub-totaal mutatie boekjaar	317.562	-240.410	-7.045.665	-2.615.380	-9.583.893
Saldo per 31 december	803	181.747	5.024.660	-2.615.380	2.591.830

Stadium van vaststelling (per erkenning): c c c a

PAAZ	2008 €	2009 €	2010 €	2011 €	totaal €
Saldo per 1 januari	2.778.165	2.845.436	-9.014.761	0	-3.391.160
Financieringsverschil boekjaar	0	0	0	-1410342	-1.410.342
Correcties voorgaande jaren	0	0	0	0	0
Betalingen/ontvangsten	0	2.881.626	789.587	0	3.671.213
Sub-totaal mutatie boekjaar	0	2.881.626	789.587	-1.410.342	2.260.871
Saldo per 31 december	2.778.165	5.727.062	-8.225.174	-1.410.342	-1.130.289

Stadium van vaststelling (per erkenning): c c c

a= interne berekening

b= overeenstemming met zorgverzekeraars

c= definitieve vaststelling NZa

Specificatie financieringsverschil in het boekjaar

	2011 €	2010 €
Wettelijk budget aanvaardbare kosten	160.021.277	167.680.905
Vergoedingen ter dekking van het wettelijk budget:		
Opbrengsten DBC A-segment inclusief toeslagen	141.249.752	132.373.946
Honoraria-opbrengsten voor specialisten in loondienst	533.460	873.749
Overige opbrengsten	18.482.775	19.176.283
Opbrengst PAAZ AWBZ	4.006.092	11.783.328
Nog te factureren overige opbrengsten	184.087	2.271.092
Nog te factureren DBC A-segment	-5.342.954	-3.362.230
Mutatie onderhanden werk DBC A-segment	4.933.787	1.121.161
Totaal financieringsverschil	-4.025.722	3.443.576

Medisch specialisten

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

	2011	2010
Saldo per 1 januari	98.701-	98.701-
Mutatie:		
verrekend met specialisten	98.701	-
verrekend via DBC's	-	-
Saldo per 31 december	0	98.701-



5.1.5 TOELICHTING OP DE GECONSOLIDEERDE BALANS

7. Liquide middelen

De specificatie is als volgt :

	31-dec-11	31-dec-10
	€	€
BNG	0	25.108
Kassen	30.251	38.011
Kruisposten	13.983	0
Totaal liquide middelen	44.234	63.119

Toelichting:

De liquide middelen staan ter vrije beschikking van de stichting

In de liquide middelen is een bedrag van 2.838 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-11	31-dec-10
	€	€
Collectief gefinancierd gebonden vermogen	22.305.625	18.043.186
Niet collectief gefinancierd vrij vermogen	8.673.999	8.467.012
Totaal eigen vermogen	30.979.624	26.510.198

Collectief gefinancierd gebonden vermogen

Het verloop is als volgt weer te geven:

	Saldo per 1-jan-2011	Resultaat- bestemming	Overige mutaties	Saldo per 31-dec-2011
	€	€	€	€
Reserve aanvaardbare kosten:				
Reserve aanvaardbare kosten	18.043.186	4.262.439	0	22.305.625
Totaal collectief gefinancierd gebonden vermogen	18.043.186	4.262.439	0	22.305.625

Niet collectief gefinancierd vrij vermogen

Het verloop is als volgt weer te geven:

	Saldo per 1-jan-2011	Resultaat- bestemming	Overige mutaties	Saldo per 31-dec-2011
	€	€	€	€
Algemene reserves:				
Kapitaal (niet collectief gebonden)	8.467.012	206.987	0	8.673.999
Totaal niet-collectief gefinancierd vrij vermogen	8.467.012	206.987	0	8.673.999

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

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

9. Voorzieningen

Het verloop is als volgt weer te geven:

	Saldo per 1-jan-2011	Dotatie	Onttrekking	Effect oprenten	Saldo per 31-dec-2011
	€	€	€	€	€
Voorziening wachtgeld en Loga	971.136	30.103	312.951	0	688.288
Voorziening arbeidsongeschiktheid	1.209.524	1.171.590	1.015.923	0	1.365.191
Voorziening jubilea	1.623.930	151.417	150.295	69.185	1.694.237
Voorziening PLB	790.020	234.577	0	35.551	1.060.148
Voorziening boekverlies houttuinen	0	2.146.604	0	0	2.146.604
Voorziening groot onderhoud	472.728	2.243.920	0	0	2.716.648
Totaal voorzieningen	5.067.337	5.978.212	1.479.169	104.736	9.671.116

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

	31-dec-2011
Kortlopend deel van de voorzieningen (< 1 jr.)	1.430.993
Langlopend deel van de voorzieningen (> 1 jr.)	8.240.123

Toelichting per categorie voorziening:

Voorziening wachtgeld en Loga

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

Voorziening arbeidsongeschiktheid

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

Voorziening 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

Voorziening boekverlies houttuinen

Voorziening is genomen voor post die is opgenomen onder de financiële vaste activa. In 2012 wordt nog eenmalig een vergoeding ontvangen voor de afschrijvingslasten. Het restant van de boekwaarde is eind 2011 volledig voorzien.

Voorziening groot onderhoud

AS Holding BV: Voor het groot onderhoud van het ziekenhuiszone, dat zal plaatsvinden in jaar 10 en 20, is voor alle huurders een bedrag voorzien.



5.1.5 TOELICHTING OP DE GECONSOLIDEERDE BALANS

PASSIVA

10. Langlopende schulden

<i>De specificatie is als volgt :</i>	31-dec-11	31-dec-10
	€	€
Schulden aan kredietinstellingen	171.075.000	182.175.000
Totaal langlopende schulden	<u>171.075.000</u>	<u>182.175.000</u>
<i>Het verloop is als volgt weer te geven:</i>	2011	2010
	€	€
Stand per 1 januari	193.275.000	107.975.000
Bij: nieuwe leningen	0	95.000.000
Af: aflossingen	11.100.000	9.700.000
Stand per 31 december	<u>182.175.000</u>	<u>193.275.000</u>
Af: aflossingsverplichting komend boekjaar	11.100.000	11.100.000
Stand langlopende schulden per 31 december	<u>171.075.000</u>	<u>182.175.000</u>
<i>Toelichting in welke mate (het totaal van) de voorzieningen als langlopend moet worden beschouwd:</i>		
Kortlopend deel van de langlopende schulden (< 1 jr.), aflossingsverplichtingen	11.100.000	11.100.000
Langlopend deel van de langlopende schulden (> 1 jr.) (balanspost)	171.075.000	182.175.000
Hiervan langlopend (> 5 jaar)	128.075.000	137.775.000

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

Toelichting:

Zekerheidsstelling Stichting Albert Schweitzer ziekenhuis

Aan ABN AMRO 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 ABN AMRO 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 ABN AMRO Bank (ABN) 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, tgv ABN 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 85 mln. vanuit de Holding BV meegenomen

11. Kortlopende schulden en overlopende passiva

<i>De specificatie is als volgt :</i>	31-dec-11	31-dec-10
	€	€
Schulden aan bankiers	48.673.010	34.463.550
Crediteuren	13.116.039	14.432.959
Aflossingsverplichtingen langlopende leningen	11.100.000	11.100.000
Belastingen en sociale premies	7.364.830	20.939.758
Schulden terzake pensioenen	1.749.430	1.625.943
Vakantiegeld/vakantiedagen	10.662.624	9.918.924
Overige schulden:		
Samenwerkingsverbanden	1.568.158	2.114.175
Reservering terugbetaling zorgverzekeraars	1.019.185	1.715.157
Nog te betalen kosten:		
Interest	1.372.664	538.922
Overige kortlopende schulden	<u>8.523.246</u>	<u>14.999.362</u>
Totaal kortlopende schulden en overlopende passiva	<u>105.149.186</u>	<u>111.848.752</u>

Toelichting:

In de kortlopende schulden is een bedrag van € 18.309.458 begrepen aan schulden van de AS Holding.

De kortlopende schulden hebben alle een resterende looptijd van korter dan een jaar. De reële waarde van de kortlopende schulden benadert de boekwaarde vanwege het kortlopende karakter ervan.



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 2011 verplichtingen uit hoofde van opdrachten zijn aangegaan voor ca € 3,1 mln.
Tevens zijn bestellingen voor inventarissen geplaatst voor een bedrag van ca € 5 mln.
Vanuit operationele activiteiten zijn verplichtingen uit hoofde van bestellingen aangegaan voor ca € 2,4 mln.

Verloopoverzicht investeringsruimte trekkingsrechten

Het verloop is als volgt weer te geven:

	2011	2010
	€	€
Nog niet bestede investeringsruimte per 1 januari	17.207.045	23.380.545
Bij : indexering niet-bestede investeringsruimte	320.051	395.131
Bij : investeringsruimte verslagjaar	6.925.047	6.789.406
Af: investeringen verslagjaar	10.029.791	13.358.037
Beschikbare investeringsruimte 31 december	14.422.352	17.207.045

Gemelde lopende investeringsprojecten leggen het volgende beslag op de beschikbare investeringsruimte 906.882

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	1.747.923	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. Rivas Zorggroep	01-01-11	10+5 jaar	323.125	A
St. Verpleeghuis Het Parkhuis	04-01-11	40+5 jaar	605.063	L
Mevrouw Bloem (winkel)	15-3-2011	5+5 jaar	16.250	A
St. Rivas Zorggroep (winkel)	01-09-11	10 jaar	33.843	A
Ako (winkel)	01-10-11	5+5 jaar	30.500	A



5.1.6 GECONSOLIDEERD MUTATIEOVERZICHT MATERIELE VASTE ACTIVA

5.1.6.1 WTZI - vergunningsplichtige materiële vaste activa

	Grond	Terreinen voorzieningen	Gebouwen	stichtings- kosten	verbouwin- gen	installaties	Onderhanden Projecten	Sub-totaal vergunning
	€	€	€	€	€	€	€	€
Stand per 1 januari 2011								
- aanschafwaarde	12.894.940	2.590.394	57.536.948	22.587.053	29.037.144	16.148.665	0	140.795.144
- cumulatieve afschrijvingen	0	637.290	29.887.193	19.705.017	14.357.474	6.557.220	0	71.144.194
Boekwaarde per 1 januari 2011	12.894.940	1.953.104	27.649.755	2.882.036	14.679.670	9.591.445	0	69.650.950
Mutaties in het boekjaar								
- corr aanschafwaarde voorg.jaren	0	0	0	0	0	0	0	0
- corr afschrijvingen voorg.jaren	0	128.607	1.155.228	419.776	1.405.643	787.101	0	3.896.355
- investeringen	0	0	0	0	0	0	0	0
- afschrijvingen	0	0	0	0	0	0	0	0
- terugname geheel afgeschreven activa	0	0	469.667	5.795.738	918.595	421.361	0	7.605.361
.aanschafwaarde	0	0	469.667	5.262.947	918.595	421.361	0	7.072.570
.cumulatieve afschrijvingen	0	0	0	0	0	0	0	0
- desinvesteringen	0	0	0	0	0	0	0	0
aanschafwaarde	0	0	0	0	0	0	0	0
cumulatieve afschrijvingen	0	0	0	0	0	0	0	0
per saldo	0	0	0	0	0	0	0	0
Mutaties in boekwaarde (per saldo)	0	-128.607	-1.155.228	-952.567	-1.405.643	-787.101	0	-4.429.146
Stand per 31 december 2011								
- aanschafwaarde	12.894.940	2.590.394	57.067.281	16.791.315	28.118.549	15.727.304	0	133.189.783
- cumulatieve afschrijvingen	0	765.897	30.572.754	14.861.846	14.844.522	6.922.960	0	67.967.979
Boekwaarde per 31 december 2011	12.894.940	1.824.497	26.494.527	1.929.469	13.274.027	8.804.344	0	65.221.804
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	Sub-totaal instandhou- dings activa
	€	€	€	€	€	€	€	€
Stand per 1 januari 2011								
- aanschafwaarde	46.415.730	2.055.261	48.470.991	13.888.840	0	13.888.841	62.359.831	
- cumulatieve afschrijvingen	13.536.377	0	13.536.377	9.982.306	0	9.982.306	23.518.683	
Boekwaarde per 1 januari 2011	32.879.353	2.055.261	34.934.614	3.906.534	0	3.906.535	38.841.148	
Mutaties in het boekjaar								
-corr aanschafwaarde voorg.jaren							0	0
-corr afschrijvingen voorg.jaren							0	0
- investeringen	10.029.791	0	10.029.791	0	0	0	10.029.791	
- afschrijvingen	2.822.276	0	2.822.276	941.129	0	941.129	3.763.405	
- terugname geheel afgeschreven activa								
.aanschafwaarde	0	0	0	4.477.549	0	4.477.549	4.477.549	
.cumulatieve afschrijvingen	0	0	0	4.477.549	0	4.477.549	4.477.549	
- desinvesteringen								
aanschafwaarde	0	1.148.379	1.148.379	0	0	0	1.148.379	
cumulatieve afschrijvingen	0	0	0	0	0	0	0	
per saldo	0	1.148.379	1.148.379	0	0	0	1.148.379	
Mutaties in boekwaarde (per saldo)	7.207.515	-1.148.379	6.059.136	-941.129	0	-941.129	5.118.007	
Stand per 31 december 2011								
- aanschafwaarde	56.445.521	906.882	57.352.403	9.411.291	0	9.411.292	66.763.694	
- cumulatieve afschrijvingen	16.358.653	0	16.358.653	6.445.886	0	6.445.886	22.804.539	
Boekwaarde per 31 december 2011	40.086.868	906.882	40.993.750	2.965.405	0	2.965.406	43.959.155	
Afschrijvingspercentage	5,0%	0,0%		10,0%	0,0%			



5.1.6 GECONSOLIDEERD MUTATIEOVERZICHT MATERIELE VASTE ACTIVA

5.1.6.3 WMG gefinancierde materiële vaste activa

	Inventaris	Concembrede projecten	Automati- sering	Sub-totaal WMG
	€	€	€	€
Stand per 1 januari 2011				
-aanschafwaarde	62.420.671	2.326.543	8.709.088	73.456.302
- cumulatieve afschrijvingen	30.257.327	1.175.957	5.261.136	36.694.421
Boekwaarde per 1 januari 2011	32.163.344	1.150.586	3.447.952	36.761.881
Mutaties in het boekjaar				
-corr aanschafwaarde voorg.jaren				0
-corr afschrijvingen voorg.jaren				0
- investeringen	6.618.824	0	3.045.258	9.664.082
- afschrijvingen	7.334.893	287.646	1.995.282	9.617.821
- <i>terugnane geheel afgeschreven activa</i>				
.aanschafwaarde	3.337.745	0	1.852.842	5.190.587
.cumulatieve afschrijvingen	3.337.745	0	1.852.842	5.190.587
Mutaties in boekwaarde (per saldo)	-716.069	-287.646	1.049.976	46.261
Stand per 31 december 2011				
-aanschafwaarde	65.701.750	2.326.543	9.901.504	77.929.797
- cumulatieve afschrijvingen	34.254.475	1.463.603	5.403.576	41.121.655
Boekwaarde per 31 december 2011	31.447.275	862.940	4.497.928	36.808.142
Afschrijvingspercentage	10,0%	10-20%	20,0%	10-20%



5.1.6 GECONSOLIDEERD MUTATIEOVERZICHT MATERIELE VASTE ACTIVA

5.1.6.4 Niet WTZi/WMG gefinancierde materiële vaste activa

Grond	Gebouwen	Ver- bouwingen	Installaties/ inventarissen	stichtings- kosten	Onderhanden Projecten	niet WTZi/ WMG	Totaal materiële vaste activa
€	€	€	€	€	€	€	€
Stand per 1 januari 2011							
- aanschafwaarde	2.822.894	55.886.262	39.529.981	18.040.581	960.101	123.804.383	400.415.660
- cumulatieve afschrijvingen	0	2.409.444	5.027.860	601.356	0	10.863.247	142.220.544
Boekwaarde per 1 januari 2011	2.822.894	53.456.818	34.502.121	17.439.325	960.101	112.941.136	258.195.116
Mutaties in het boekjaar							
- corr aanschafwaarde voorg.jaren	2.924.678	-19.311.976	21.496.190	-5.108.892		0	0
- corr afschrijvingen voorg.jaren						0	0
- investeringen	25.904	1.999.508	4.050.729	1.658.019	0	8.068.747	27.762.620
- afschrijvingen	0	479.329	4.399.270	283.759	0	5.657.611	22.935.192
- terugname geheel afgeschreven activa		0					
aanschafwaarde	0	0	1.209.436	0	0	1.264.122	18.537.619
cumulatieve afschrijvingen	0	0	1.209.436	0	0	1.264.122	18.004.828
- des/investeringen							
aanschafwaarde	0	0	0	0	105.289	105.289	1.253.668
cumulatieve afschrijvingen	0	0	0	0	0	0	0
per saldo	0	0	0	0	105.289	105.289	1.253.668
Mutaties in boekwaarde (per saldo)	2.950.582	1.520.179	21.147.649	-3.734.632	-105.289	2.305.847	3.040.969
Stand per 31 december 2011							
- aanschafwaarde	5.773.476	38.553.794	63.867.464	14.589.808	854.812	130.503.719	408.386.993
- cumulatieve afschrijvingen	0	2.888.773	8.217.694	885.115	0	15.256.736	147.150.908
Boekwaarde per 31 december 2011	5.773.476	35.665.021	55.649.770	13.704.693	854.812	115.246.983	261.236.085
Afschrijvingspercentage	0,0%	3,0%	5-33%	5-10%	10,0%		



5.1.7.1 SPECIFICATIE ULTIMO BOEKJAAR ONDERHANDEN PROJECTEN (GECONSOLIDEERD)

Projectgegevens											
Num- mer	Brief-nummer	Datum	Omschrijving	WTZI-type	Investeringen				Goedkeuringen		
					stand 1-1-2011	mutaties in 2011	gereed in 2011	onder- handen	Nominaal bedrag	Index	Aangepaste goedkeuring
					€	€	€	€	€	€	€
1			trekkingsrechten	melding	2.055.261	8.881.411	10.029.791	906.881			0
2			AS holding BV		854.812			854.812			
3			AS holding BV		105.289	5.150.320	5.255.609	0			
Totaal					3.015.362	14.031.731	15.285.400	1.761.693	0	0	0

5.1.7.2 SPECIFICATIE IN HET BOEKJAAR GEREED GEKOMEN PROJECTEN (GECONSOLIDEERD)

Projectgegevens					Investeringen			Toekomstige lasten			
Num- mer	Brief-nummer	Datum	Omschrijving	WTZI-type	Activa-post	WTZI €	WMG €	Overige €	Totaal €	Afschrij- ving WTZI €	Rentekosten €
			Trekkingsrechten AS Holding BV	nvt		10.029.791		5.255.609		501.490	
Totaal						10.029.791	0	5.255.609	0	501.490	0



BIJLAGEN

5.1.8 Overzicht langlopende schulden ultimo 2011

Leninggever	Datum	Hoofdsom	Totale looptijd	Werkelijke-rente	Restschuld 31 december 2010	Nieuwe leningen in 2011	Aflossing in 2011	Restschuld 31 december 2011	Rest-schuld over 5 jaar	Resteren-de looptijd in jaren eind 2011	Aflossing 2012
		€		%	€	€	€	€	€		€
ING Bank N.V.	20-12	18.000.000	20	4,43%	9.900.000	0	900.000	9.000.000	4.500.000	11	900.000
Fortis Bank N.V.	20-12	18.000.000	20	4,43%	9.900.000	0	900.000	9.000.000	4.500.000	11	900.000
ING Bank N.V.	15-10	25.000.000	20	3,55%	18.437.500	0	1.250.000	17.187.500	10.937.500	15	1.250.000
Fortis Bank N.V.	15-10	25.000.000	20	3,55%	18.437.500	0	1.250.000	17.187.500	10.937.500	15	1.250.000
ING Bank N.V.	30/12	10.000.000	20	3,83%	7.000.000	0	500.000	6.500.000	4.000.000	14	500.000
Fortis Bank N.V.	30/12	10.000.000	20	3,83%	7.000.000	0	500.000	6.500.000	4.000.000	14	500.000
ING Bank N.V.		20.000.000	20	3,70%	15.000.000	0	1.000.000	14.000.000	9.000.000	15	1.000.000
Fortis Bank N.V.		20.000.000	20	3,70%	15.000.000	0	1.000.000	14.000.000	9.000.000	15	1.000.000
ABN / AMRO	1-mrt-10	40.000.000	25	4,42%	38.800.000	0	1.600.000	37.200.000	29.600.000	23	1.600.000
Bank Nederlandse gemeenten	1-mrt-10	40.000.000	25	4,44%	38.800.000	0	1.600.000	37.200.000	29.600.000	23	1.600.000
Bank Nederlandse gemeenten	31-dec-10	15.000.000	25	4,42%	15.000.000	0	600.000	14.400.000	12.000.000	24	600.000
Totaal					193.275.000	0	11.100.000	182.175.000	128.075.000		11.100.000



5.1.9 TOELICHTING OP DE GECONSOLIDEERDE RESULTATENREKENING

13. Wettelijk budget aanvaardbare kosten	2011		2010	
	€	€	€	€
Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten voorgaand jaar		167.292.893		146.643.668
Productieafspraken verslagjaar		6.102.232		4.797.934
Opschoning DBC-B segment		-3.197		-511.154
Overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling	2.688.136		1.449.706	
Prijsindexatie materiële kosten	957.623		-99.350	
Overige indexering	-500.943		-95.084	
Groei normatieve kapitaalslasten	213.870		247.144	
		3.358.686		1.502.416
Uitbreiding erkenning en toelating:				
- loonkosten	618.835		483.944	
- materiële kosten	21.484		17.281	
		640.319		501.225
Beleidsmaatregelen overheid:				
- efficiëncykorting	-7.726.403		-1.231.134	
- zorgvernieuwing/lokale component	0		104.550	
		-7.726.403		-1.126.584
Nacalculeerbare kapitaalslasten:				
- rente	189.548		-1.130.816	
- afschrijvingen	-9.942.000		16.822.119	
- overige	-125.446		-340.311	
		-9.877.898		15.350.992
Overige mutaties:				
- samenwerkingsverbanden	-201.384		144.176	
- scholingsmiddelen en specifieke opleidingskosten	-512		-2.004	
- vergoeding dure geneesmiddelen	436.541		-7.776	
- overig, per saldo	0		0	
		234.645		134.396
Sub-totaal wettelijk budget boekjaar		160.021.277		167.292.893
Correcties voorgaande jaren		-404.792		388.012
Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten jaar t		<u>159.616.485</u>		<u>167.680.905</u>
14. Opleidingsfonds				
ontvangen voorschot	9.755.304		9.260.741	
- nacalculatie op basis werkelijke fte's	745.156		-464.507	
correcties voorgaande jaren	0		163.768	
		<u>10.500.460</u>		<u>8.960.002</u>

Toelichting:

Toegekende subsidies 2011:
Opleidingsfonds 1e en 2e tranche
FZO

9.230.088
1.270.372



5.1.9 TOELICHTING OP DE GECONSOLIDEERDE RESULTATENREKENING

BATEN

15. DBC opbrengsten B-segment

De specificatie is als volgt :

	2011	2010
	€	€
Omzet B-segment ziekenhuisdeel	70.381.203	67.110.329
Omzet B-segment honorarium specialisten in loondienst	588.110	645.647
	70.969.313	67.755.976
Mutatie onderhanden werk B-segment	714.105	1.025.093
Totaal	71.683.418	68.781.069

Toelichting

Hierin zijn geen honoraria van vrijgevestigde specialisten verwerkt.

16. Toelichting niet-gebudgetteerde zorgprestaties

De specificatie is als volgt :

	2011	2010
	€	€
Zorgprestaties tussen instellingen	1.816.524	1.864.500
Overige zorgprestaties	4.112.555	3.430.914
Totaal	5.929.079	5.295.414

Toelichting

Hierin zijn geen honoraria van vrijgevestigde specialisten verwerkt.

17. Toelichting overige bedrijfsopbrengsten

De specificatie is als volgt :

	2011	2010
	€	€
Overige dienstverlening	345.752	767.405
Overige opbrengsten	15.325.547	11.111.394
Doorberekende personeelskosten	6.082.241	6.370.610
Totaal	21.753.540	18.249.409

Toelichting:

In de overige bedrijfsopbrengsten is een bedrag begrepen van 8.905.834 vanuit de Holding BV.



5.1.9 TOELICHTING OP DE GECONSOLIDEERDE RESULTATENREKENING

LASTEN

18. Personeelskosten

De specificatie is als volgt :

	2011	2010
	€	€
Lonen en salarissen	111.513.756	108.974.069
Sociale lasten	14.622.723	14.019.379
Pensioenpremie	9.623.931	8.880.699
Andere personeelskosten:	4.247.587	4.028.205
Sub-totaal	140.007.997	135.902.352
Personeel niet in loondienst	8.296.680	8.813.773
Totaal personeelskosten	148.304.677	144.716.125

Specificatie gemiddeld aantal personeelsleden (in FTE's) :

Gemiddelde bezetting op basis van arbeidscontracten	2.419	2.349
Extra gerealiseerde bezetting op basis van over- en meeruren	40	41
Oproepkracht en en Flexpool	73	72
Gemiddelde bezetting exclusief leerlingen	2.532	2.462
Leerlingen	96	90

Gemiddeld aantal personeelsleden op basis van full-time eenheden

2.628	2.552
-------	-------

Toelichting

In de personeelskosten is een bedrag begrepen van € 905.392 vanuit de AS Holding

19. Afschrijvingen immateriële en materiële vaste activa

De specificatie is als volgt :

	2011	2010
	€	€
Nacalculeerbare afschrijvingen:		
- materiële vaste activa	4.025.090	14.261.969
Overige afschrijvingen:		
- materiële vaste activa	19.038.258	19.353.723
Sub-totaal afschrijvingen	23.063.348	33.615.692
Doorberekende afschrijvingskosten	0	-23.148
Totaal afschrijvingen	23.063.348	33.592.544

Aansluiting afschrijvingen resultatenrekening - verloopoverzichten materiële vaste activa

	2011
	€
Afschrijving WTZi - vergunningsplichtige vaste activa	3.896.355
Afschrijving WTZi - vergunningsplichtige vaste activa, gerubriceerd onder de financiële vaste activa	0
Afschrijving WTZi - meldingsplichtige vaste activa	3.763.405
Afschrijving WMG gefinancierde vaste activa	9.617.821
Afschrijving niet WTZi/WMG gefinancierde vaste activa	5.657.611
Totaal afschrijvingen volgens verloopoverzichten	22.935.192
Totaal afschrijvingen resultatenrekening (exclusief dotatie/vrijval egalisatierekening afschrijving)	23.063.348

Toelichting

In de afschrijvingskosten is een bedrag begrepen van € 4.442.415 vanuit de AS Holding.



5.1.9 TOELICHTING OP DE GECONSOLIDEERDE RESULTATENREKENING

LASTEN

20. Overige bedrijfskosten

De specificatie is als volgt :

	2011	2010
	€	€
Voedingsmiddelen en hotelmatige kosten	8.521.929	8.495.890
Algemene kosten	14.900.864	13.738.050
Patiënt- en bewonersgebonden kosten	52.962.513	50.895.911
Onderhoud en energiekosten:		
-Onderhoud	4.872.517	3.092.847
-Energie gas	1.337.831	1.553.181
-Energie stroom	1.814.099	1.584.710
-Energie transport en overig	252.822	234.360
Subtotaal	8.277.269	6.465.098
Huur en leasing	905.792	894.112
Dotaties en vrijval voorzieningen	-7.309	476.159
Overige kosten	-751.598	-3.368.726
Totaal bedrijfskosten	84.809.461	77.596.494

Toelichting

In de bedrijfskosten is bedrag begrepen van € 6.024.774 vanuit de AS Holding.

21. Financiële baten en lasten

De specificatie is als volgt :

	2011	2010
	€	€
Rentelasten langlopende leningen	7.824.581	7.302.591
Rentelasten kortlopende leningen	1.218.476	-1.062.580
Resultaat deelnemingen	-206.987	-214.617
Totaal financiële baten en lasten	8.836.071	6.025.394

Toelichting

In de financiële baten en lasten is een bedrag begrepen van € 4.469.448 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 2011 is als volgt:

Naam	2011 P. Eringa	2011 J.M.M. Taks
1 Vanaf welke datum is de persoon als bestuurder	1-feb-10	1-nov-10
2 Maakt de persoon op dit moment nog steeds deel uit	Ja	Ja
3 Tot welke datum was de persoon als bestuurder	nvt	nvt
4 Is de persoon in het verslagjaar voorzitter van het	Ja	Nee
5 Zo ja: hoeveel maanden is de persoon voorzitter	12	0
6 Wat is de aard van de (arbeids)overeenkomst?	Onbepaalde tijd	Onbepaalde tijd
7 Welke salarisregeling is toegepast?	Basis NVZD	Basis NVZD
8 Wat is de deeltijdfactor? (percentage)	100%	100%
9 Bruto-inkomen, incl. vakantiegeld, eindejaarsuitkering,	228.510	192.964
a. Waarvan: verkoop verlofuren	0	0
b. Waarvan: nabetalingen voorgaande jaren	0	0
10 Bruto-onkostenvergoeding	0	0
11 Werkgeversbij drage sociale lasten	7.337	7.576
12 Werkgeversbij drage pensioen, VUT, FPU	25.908	21.678
13 Ontslagvergoeding	0	0
14 Bonussen	0	0
15 Totaal inkomen (9 t/m 14, excl. 9a en b)	261.755	222.218
16 Cataloguswaarde auto van de zaak	55.279	60.716
17 Eigen bijdrage auto van de zaak	0	0

De bezoldiging van de leden van de Raad van Toezicht van de zorginstelling over het jaar 2011 is als volgt:

naam	functie	2011	
		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	9.750	9.000
S. Reuling	lid	9.750	9.000
C. Sas	lid	9.750	9.000
Totaal		63.000	58.500

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	2011	2010
1	Voormalig lid College van Bestuur	01-01/31-12	223.993	207.198
2	Voorzitter Raad van Bestuur	01-01/31-12	264.486	200.249
3	Lid Raad van Bestuur	01-01/31-12	224.927	nvt

toelichting:

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

24. Honoraria accountant

De honoraria van de accountant over 2011 zijn als volgt:

	2011	2010
1 Controle van de jaarrekening	109.540	97.580
2 Overige controlewerkzaamheden (w.o. Regeling AO/IC en Nacalculatie)	72.114	45.654
3 Fiscale advisering	24.498	10.169
4 Niet controle-diensten	-3.861	78.553
Totaal honoraria accountant	202.291	231.956



5.1.10 ENKELVOUDIGE BALANS PER 31 DECEMBER 2011
(na resultaatbestemming)

	<u>Ref.</u>	<u>31-dec-11</u>	<u>31-dec-10</u>
		€	€
ACTIVA			
Vaste activa			
Materiële vaste activa	1	152.499.229	150.515.300
Financiële vaste activa	2	2.345.670	2.175.654
Totaal vaste activa		154.844.899	152.690.954
Vlottende activa			
Voorraden	3	6.563.099	5.793.325
Onderhanden werk uit hoofde van DBC's	4	2.957.127	0
Vorderingen en overlopende activa	5	51.978.443	70.455.822
Vorderingen uit hoofde van financieringstekort		1.461.540	8.685.861
Liquide middelen	7	41.396	25.523
Totaal vlottende activa		63.001.605	84.960.531
Totaal activa		<u>217.846.504</u>	<u>237.651.485</u>
	<u>Ref.</u>	<u>31-dec-11</u>	<u>31-dec-10</u>
		€	€
PASSIVA			
Eigen vermogen	8		
Collectief gefinancierd gebonden vermogen		22.305.625	18.043.186
Niet collectief gefinancierd vrij vermogen		8.673.999	8.467.012
Totaal eigen vermogen		30.979.624	26.510.198
Voorzieningen	9	6.953.086	4.594.348
Langlopende schulden	10	86.075.000	93.375.000
Kortlopende schulden			
Onderhanden werk uit hoofde van DBC's	4	6.999.066	10.191.581
Schulden uit hoofde van financieringsoverschot	6	0	0
Kortlopende schulden en overlopende passiva	11	86.839.728	102.980.358
Totaal Passiva		<u>217.846.504</u>	<u>237.651.485</u>



5.1.11 ENKELVOUDIGE RESULTATENREKENING OVER 2011

	Ref.	2011 €	2010 €
BEDRIJFSOPBRENGSTEN:			
Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten en/of subsidie	13	159.616.485	167.680.905
Opleidingsfonds	14	10.500.460	8.960.002
DBC opbrengsten B-segment	15	71.683.418	68.781.069
Niet gebudgetteerde zorgprestaties	16	3.007.989	2.911.672
Overige bedrijfsopbrengsten	17	15.771.796	16.289.772
Som der bedrijfsopbrengsten		260.580.148	264.623.420
BEDRIJFSLASTEN:			
Personeelskosten	18	147.399.285	144.260.901
Afschrijvingen op vaste activa	19	18.620.933	28.446.626
Overige bedrijfskosten	20	85.723.882	81.511.860
Som der bedrijfslasten		251.744.099	254.219.387
BEDRIJFSRESULTAAT		8.836.049	10.404.033
Financiële baten en lasten	21	-4.573.610	-3.582.408
RESULTAAT UIT GEWONE BEDRIJFSVOERING		4.262.439	6.821.625
Resultaat deelnemingen	22	206.987	214.617
RESULTAAT BOEKJAAR		4.469.426	7.036.242
RESULTAATBESTEMMING			
<i>Het resultaat is als volgt verdeeld:</i>		2011 €	2010 €
Toevoeging/(onttrekking):			
Reserve aanvaardbare kosten (collectief gebonden vermogen)		4.262.439	1.040.747
Reserve aanvaardbare kosten (niet-collectief gebonden vermogen)		206.987	5.995.495
Bestemmingsreserve afschrijving inventarissen		0	0
		4.469.426	7.036.242



5.1.12 TOELICHTING OP DE ENKELVOUDIGE BALANS

ACTIVA

2. Financiële vaste activa

De specificatie is als volgt :

	31-dec-11	31-dec-10
	€	€
Overige financiële vaste activa	2.345.670	2.175.654
Totaal financiële vaste activa	<u>2.345.670</u>	<u>2.175.654</u>

Het verloop van de deelnemingen is als volgt :

	2011	2010
Boekwaarde per 1 januari	0	0
Resultaat deelneming boekjaar	206.987	214.617
Afwaardering vordering deelneming Holding	-206.987	-214.617
Boekwaarde per 31 december 2010	<u>0</u>	<u>0</u>

Toelichting:

Per 31 december 2011 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 2011.



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

22. Resultaat deelnemingen

Albert Schweitzer Holding BV

2011	2010
206.987	214.617
<u>206.987</u>	<u>214.617</u>

Resultaat deelnemingen boekjaar

206.987	214.617
---------	---------

Resultaat deelneming volgens resultaatrekening

<u>206.987</u>	<u>214.617</u>
----------------	----------------

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

5.2 OVERIGE GEGEVENS

5.2.1 Vaststelling en goedkeuring jaarrekening

De raad van bestuur van St. Albert Schweitzer ziekenhuis heeft de jaarrekening 2011 vastgesteld in de vergadering van 26 april 2012.

De raad van toezicht van de St. Albert Schweitzer ziekenhuis heeft de jaarrekening 2011 goedgekeurd in de vergadering van 21 mei 2012.

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

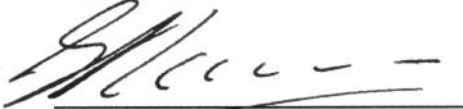
5.2.5 Ondertekening door bestuurders en toezichthouders



P. Eringa
Voorzitter Raad van Bestuur



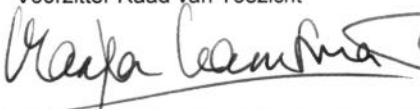
drs. J.M.M. Taks
Lid Raad van Bestuur



Ir. G.J. Woudenberg
Voorzitter Raad van Toezicht



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



Drs. M.M.J. Kamsma MBA/MBI
Lid Raad van Toezicht



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



mr. S.R. 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 dit verslag opgenomen jaarrekening 2011 van Stichting Albert Schweitzer ziekenhuis gecontroleerd. Deze jaarrekening bestaat uit de enkelvoudige en geconsolideerde balans per 31 december 2011 en de enkelvoudige en geconsolideerde resultatenrekening over 2011 met 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 instelling 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 zij 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 en het Controleprotocol Jaarverantwoording zorginstellingen 2011. 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 entiteit. 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 instelling gemaakte schattingen, alsmede een evaluatie van het algehele beeld van de jaarrekening.

PricewaterhouseCoopers Accountants N.V., Prinses Margrietplantsoen 46, 2595 BR Den Haag, Postbus 30715,
2500 GS Den Haag
T: 088 792 00 70, F: 088 792 95 20, www.pwc.nl

'PwC' is het merk waaronder PricewaterhouseCoopers Accountants N.V. (KvK 34180285), PricewaterhouseCoopers Belastingadviseurs N.V. (KvK 34180284), 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





Wij zijn van mening dat de door ons verkregen controle-informatie voldoende en geschikt is om een onderbouwing voor ons oordeel te bieden.

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 2011 en van het resultaat over 2011 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 dit kunnen beoordelen, verenigbaar is met de jaarrekening en is opgesteld onder toepassing van de in de Regeling verslaggeving WTZi opgenomen bijlage 'Voorschriften voor de inrichting van het Jaarverslag van Zorginstellingen'.

Den Haag, 24 mei 2012

PricewaterhouseCoopers Accountants N.V.

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

drs. A. Hakbijl RA





Bijlagen

Bijlagen

Leerhuis	140
Prestatie-indicatoren	144
Wetenschappelijke publicaties	145
Overzicht Personalia	146
Overzicht Commissies	153
Overzicht afkortingen	162
Colofon	164



Bijlage Leerhuis

Bijlage 1: Overzicht geplaatste AIOS, HAIO's en VAIO's per specialisme

AIOS		HAIO's	
Anesthesie	3	Geriatric	2
Cardiologie	3	Gynaecologie	3
Chirurgie	11	Kinder	3
Interne Geneeskunde	21	Psychiatric	6
MDL	3	SEH	7
Neurologie	2	VAIO's	
Gynaecologie	4	Geriatric	3
SEH	10		
Psychiatric	3		
Radiologie	14		
Klinische Fysica	3		
Klinische Chemie	4		
Ziekenhuis Apotheek	4		
Psychologie	5		
Tropen	7		
TOTAAL	97		

Bijlage 2: Overzicht aantal coassistenten per specialisme

Anesthesie	1
Cardiologie	3
Dermatologie	38
Gynaecologie	51
Heelkunde	57
Interne Geneeskunde	69
Kindergeneeskunde	54
KNO	36
Neurologie	36
Oogheelkunde	13
Radiologie	2
SEH	15
TOTAAL	377



Bijlage 3: CZO erkende opleidingen in het Albert Schweitzer ziekenhuis

- Anesthesie medewerker
- Operatieassistent
- Cardiac care verpleegkundige
- Dialyseverpleegkundige
- Intensive care verpleegkundige
- Kinderverpleegkundige
- Obstetrie verpleegkundige
- Oncologieverpleegkundige
- Spoedeisende hulp verpleegkundige
- Gipsverbandmeester

Bijlage 4: Aantal geplaatste stagiaires per opleiding

Apothekersassistente	1
Bedrijfseconomie	1
Bekkenfysiotherapie	1
BMG	1
Communicatie	1
Creatieve therapie	1
Diëtist	3
Doktersassistente	27
Electronica	2
Facilitair medewerker	3
Farmakunde	3
Fysiotherapie	4
Geestelijk verzorger	1
Geneeskunde	1
HBO-v	54
ICU	2
KCL	8
Leraar Gez. Zorg en welzijn	1
Logistiek	3

Master Docent	1
Master Onderw.Ontwerp en Adv	4
MBO-v	97
Medische hulpverlening	1
Medische opleiding	1
Medische psychologie	2
Medische Techniek	2
Milieu Toezicht	1
Obstetrie & Gynaecologie	2
Optometrie	1
P&A	1
Re-integratie	1
Snuffelstages	144
SPH	1
Therapeutisch laborant	1
Verloskunde	12
VMBO	3
Zorgstage geneeskunde	5



Bijlage 5: Overzicht beschikbare digitale modules (vanaf juni 2011)

Voorbehouden Risicovolle Handelingen en Acute zorg:

- Reanimate Advanced Life Support (ALS) *
- Reanimatie Basic Life Support (BLS)*
- Inbrengen perifere infuuscanule*
- Intratracheaal zuigen*
- Intraveneuze toediening medicatie
- Verzorging patiënt met tracheacanule
- Blaascatheter mannen*
- Blaascatheter vrouwen*
- ECG maken en lezen

* in combinatie met klassikale component

Patiëntveiligheid

- Rekenen in de zorg
- Veilig werken met cytostatica
- Klinisch redeneren
- Hygiënisch werken
- Lichamelijke belasting
- Patiëntveiligheid Awareness
- PRISMA Analyse Model

Bijlage 6: Cijfers reanimatietraining per training

BLS:	1056 mensen getraind
AED:	136 mensen getraind
ALS:	376 mensen getraind
APLS:	160 mensen getraind
PBLS:	390 mensen getraind
TOTAAL:	2138 mensen getraind



Bijlage 7: Disciplines welke gebruik maakten van het wetenschappelijk spreekuur

Interne	27
Chirurgie	1
Apotheek	7
Maag-darm-leverziekten	6
Isotopenafdeling	5
Cardiologie	9
Anesthesie	1
Pediatrie	1
Klinische Fysica	1
Radiologie	5
Klinische Chemie	1
Gynaecologie	17
Leerhuis	9
Fysiotherapie	6
Intensive care	10
Dermatologie	1
Verpleegkundigen	6
Apotheek	7
Microbiologie	1
Totaal	114

Bijlage 8: Overzicht promovendi

Mario Richard Korte

Encapsulating peritoneal schlerosis in the Netherlands : A study on incidence, risk factors and clinical consequences.

ISBN 978-94-6169-048-7

Maria Jolande Ten Holter

Het woord is aan de zuster: een narratieve analyse van de bijdrage van verpleegkundigen aan de zorg.

ISBN 978-90-5972-483-9

Ewout Frans Willem Courrech Staal

Improvement of the multimodality treatment of oesophageal cancer.

ISBN 978-90-9025890-4

Dennis André Wicherts

New strategies for advanced colorectal liver metastases : no more a fatality = Nieuwe strategieën voor uitgebreide colorectale levermetastasen : geen infauste prognose meer.

ISBN 978-90-393-5479-7

Amerik Cornelis de Mol

Veno-arterial extracorporeal membrane oxygenation in relation to the brain.

ISBN 978-90-6720-515-3



Prestatie-indicatoren 2011

Voor het Jaardocument 2011 is besloten om de prestatie-indicatoren alleen digitaal te plaatsen op de site www.jaarverslag.asz.nl.



Wetenschappelijke publicaties

Het Albert Schweitzer ziekenhuis verzamelt alle wetenschappelijke publicaties van 2011 in een boek. De publicatielijst van 2011 is indrukwekkend en bevat wetenschappelijke publicaties in nationale en internationale bladen. Het boek komt uit tijdens de wetenschapsdag in juni 2012.



Personalia

Raad van Bestuur

P. Eringa
Drs. J.M.M. Taks

Bestuur Vereniging Medische Staf

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

Bestuur Coöperatie Vrijgevestigde Specialisten

De heer dr. W. van Gelder, voorzitter, arts klinische chemie
De heer dr. M.D. Levin, secretaris/vice-voorzitter, internist/hematoloog
De heer P.H.M. van der Valk, penningmeester, radioloog
De heer H. Kerkhoff, neuroloog
De heer M. Frank, anesthesioloog/intensivist
De heer C.B. IJsselstein, plastisch chirurg
De heer dr. J.H.N. Schram, gynaecoloog
De heer R.P. Tutein Nolthenius, chirurg
De heer P.J.M. Heesters, hoofd bureau Financiering
Mevrouw dr. M.J. Ten Holter, manager bureau VMS/CMS

Stafafdelingen

F. Wietses-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
Drs. A.D. Klaren, manager Leerhuis en KV&I
Drs. I. van Soest, manager afdeling I&A
Drs. P.J.M. Heesters, Bureau Financiering
Mr. J. de Jong, secretaris Raad van Bestuur



Leden Vereniging Medische Staf

Anesthesiologie

mw. N.B. Ates-Mobach (CdC)
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 Nordennen
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

Dermatologie

I.H. Boersma
R.P.M. Ceulen
dr S.K. Dekker
M.A. Kockaert
dr R. Laeijendecker
J.J.A.J. van der Velden



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

Geestelijke verzorging

ds K. Beuckens
ds H.C. van den Ende
ds mw M. Ottens

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 dr. S. Stekelenburg-de Vos
mw N.B. Swarte-Houbolt
A.A.M. Toolenaar
mw A.S.M. Vinkesteyn

Interne Geneeskunde

J.J. Arends
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.T. de Jong
F.H.W. Kauw
Mw dr. R.M. Kiewiet-Kemper
J.J.E.M. Kitzen
dr. M.R. Korte
R.J.M. van Leendert
dr M.D. Levin
J.A.A. Meijer
dr B.M. van Ouwerkerk
H.H. Ponssen
Mw dr M.W.C.J. Schoofs
dr P.J.H. Smak Gregoor
L.F. te Velde
dr A.C.M. van Vliet

Geriatric

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

Kaakchirurgie

N.G. Seckel



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
dr. 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 S.D.M. Theuns-Valks
mw A.W. Vriesman
mw K.M. Welborn
mw dr E.D. Wulffele-de Kleijn

Klinische Chemie

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

Klinische Fysica

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

Keel-, Neus- en Oorheelkunde

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

Longziekten

Ö. Balak
dr D. Cheung
mw N. Gerritsen
B.E.A. Hol
E.R.E. van Thiel
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. M.D.C. Damen
Mw E. Driessen
A. Huisman



Neurochirurgie

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

Neurologie

P.A.Th. Carbaat
L.I. Hertzberger
dr H. Kerkhoff
dr R.P. Kleyweg
mw V.M.H. Nanninga-Van den Neste
mw M.A. van Rijn (CdC)
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

Plastische chirurgie

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

Psychiatrie

mw M.Th. Derksen
A. Lemstra
mw M.L. Luteijn
N.W. Pesman
S. Strietman

Radiologie

mw dr J. Bakker
dr. R.H.C. Bisschops
B.P.M. ter Braak
mw E.M.J. Brouwers-Kuyper
mw I.M. Bruijnzeel-Koster
dr. O. Elgersma
T.R. Hendriks
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
B. van Schaeybroeck
I. Tchetverikov

Revalidatie

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



Oogheelkunde

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

Orthopedie

P. de Bruin
mw M. van der Grinten
Hylkema
dr A.J. van Koeveringe
dr E.W. Mandl
dr W.J.C.M. Marijnissen
W.R.J. Pepels

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
A.G.R. Visman

Kindergeneeskunde

M.Y. Oosterhof

Kinder- en jeugdpsychologie

C.C.H. van Ree
G.A.N.M. Wösten

Klinische genetica

J.M. Collée-Gommers
Dr. J.A. Maat-Kievit
Mw. Y. van Bever

Klinische fysica

Dr. G.C. van Rhoon

Radiotherapie

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

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

Revalidatie

M.L. Rich

Psychiatrie

G. Faber
M.C.E. van Rooijen



Commissies

Clëntenraad

Naam	Functie binnen Clëntenraad	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 tot 15-05-2011
D. Bosma-Honderd	
S.D. Boomsma	
W.B. Bot	
H.M.A. Damen	
J.E.N.M. Geerts-Platenburg	
J.W.M. Gijzen	
J.G.C. Hartkoren-de Jong	v.a. 01-09-11
M.A.J. Hendriks-van Putten	
C.J. Hoogerwaard-Korll	secretaris
A. Jacobs-Heerlijn	
E. Kerpel	
H.G.B. Koetsier	
A.L. Korporaal-van der Waal van Dijk	
M.H.J. Langendoen	
P.A.A. de Paauw	
D.F. Vroegh-Struiksma	tot 01-12-11
P. van Wingerden	



Diabetes commissie

Naam	Functie binnen Diabetes commissie
Dr.B.M. van Ouwerkerk, internist	voorzitter
Mevr.J.M Kamperman, diabetesverpleegkundige	
Mevr.L. Kort, bedrijfsleider alg interne/hematologie	
Mevr.dr. R.M. Kiewiet, internist	
Mevr. 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	
Mevr. S. van der Burgt, diabetesverpleegkundige	
Mevr. S. van Beek, diabetesverpleegkundige	
Mevr. T. van Opdorp, diabetesverpleegkundige	
Mevr. I .Wolst, diabetesverpleegkundige	
Mevr. V. Blok, diabetesverpleegkundige	
Mevr. T.H. Berghuis, dietist	
Mevr. D. in 't Veld, dietist	
Dhr. R. Harmsen, podotherapeut	
Dr. A. Lemstra, psychiater	
Dhr. R. Boshoven, psch. verpleegkundige	
Mevr. M. den Breeijen, kinderarts	
Dhr. T.H. Sas, kinderarts	
Dhr. B. Broeders, fysiotherapeut	
Mevr. H.M.K. van Eck, secretaresse Diabetescentrum	

Commissie Ethiek

Naam	Functie binnen commissie Ethiek
B.M. van Ouwerkerk, internist	voorzitter tot 22-06-2011
M. van As, afdelingshoofd	commissie lid
L. de Jong, seh verpleegkundige	commissie lid tot 23-03-2011
L. Verdaas-van Dorp, verpleegkundige PAAZ	commissie lid tot 23-11-2011
A. Breure, afdelingshoofd D3	commissie lid
J. de Jong, ziekenhuis juriste	commissie lid
M. de Waal, neuroloog	commissie lid tot 24-08-2011
F. van den Elsen, persvoorlichter	commissie lid
A.C. de Mol, kinderarts-neonatoloog	commissie lid
H.C. van den Ende, geestelijk verzorger	commissie lid
M. van Loon, arts ass. gynaecologie	commissie lid tot 26-01-2011
M. Groenewegen, fysiotherapeute	commissie lid
E. Groot, geriater	commissie lid tot 26-01-2011
M. Crop, arst-assistent interne geneeskunde	Commissie lid
R.M. Kiewiet, internist	Voorzitter
M. Tasma, arts-assistent gyneacologie	Commissie lid
M. van Veen, bedrijfsleider kindergeneeskunde	Commissie lid
E. Kremer - de Waardt, secretaresse en auditplanner KV&I	Ambtelijk secretaris



Commissie infectiepreventie

Naam	Functie binnen Commissie Infectiepreventie
Mw. W.P.C.M. Booijs-Malschaert, adviseur infectiepreventie / hoofd afdeling Infectiepreventie	commissielid
Mw. dr. H.M.E. Frénay, arts-microbioloog RLM	commissielid
S. Hendriks, intensivist	Waarnemer bij afwezigheid dr. Ponssen
J.M.G. Keijman, arts-microbioloog RLM	commissielid
D. Kraus, divisie manager	commissielid
E.W. Mandl, orthopedisch chirurg	Secretaris (m.i.v. februari 2011)
Dr. B. Maraha, arts-microbioloog RLM	commissielid
Dr. W.J.C.M. Marijnissen, orthopedisch chirurg	Secretaris (tot februari 2011)
Mw. J.C. van Noort, adviseur infectiepreventie	commissielid
Mw. C. van Pelt, adviseur infectiepreventie	commissielid
C. Peters, afdelingshoofd Hotelservice	commissielid
Dr. H.H. Ponssen, intensivist	commissielid
Mw. W.J. Steenbergen, afdelingshoofd OK	commissielid
T.A.G. Tijssen, ziekenhuisapotheker	voorzitter
Mw. E.D. Wulffele-de Kleijn, kinderarts	commissielid

Klachtencommissie

Leden	Plaatsvervangende leden
J.M. van der Klooster, rechter 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 SEH en Observatorium	M.J. Meilof, bedrijfsleider
C.E.G. Valk, huisarts, op voordracht Cliëntenraad	
A. Vriens, consultant, op voordracht Cliëntenraad	
P.M.C. Groeneboer, bedrijfsleider	

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
P.R. Schütte, chirurg	voorzitter
R.H.P. Smit, ziekenhuisapotheker	
A.W.M.M. Koopman-van Gemert, anesthesioloog	
E. van der Linden, arbocoördinator	
O. Elgersma, radioloog	
B.P.M. ter Braak, radioloog	opvolger O. Elgersma
E. Oskam, SEH arts	
T. Nanlohijs, SEH arts	vaste vervanger E. Oskam
E. Groeneboer, bedrijfsleider	
K.L. So, medisch manager KV&I	
C. de Deugd – de Korver	secretariaat

Orgaandonatie commissie

Naam	Functie binnen Orgaandonatie Commissie
L.I Hertzberger, neuroloog	Voorzitter tot maart 2011
A.R. Bovens-van den Hemel	donatiefunctionaris
T.M.J.K. Boere	donatiefunctionaris
T. Bok	afdelingshoofd SEH
A. Wijnja	bedrijfsleider ICU/SEH
J. Diks	arts-assistent chirurgie
C. den Uil	arts-assistent interne geneeskunde
H. Ponssen, intensivist	Interim voorzitter vanaf maart tot december 2011
A. Leeuwesteijn-Baas	IC-verpleegkundige
H. Hagenaars	Transplantatiecoördinator EMC
J. Arends	Voorzitter donatiecommissie vanaf december 2011
O. van Haren	Afdelingshoofd ICU DW

Oncologiecommissie

Dagelijks bestuur

Naam	Functie binnen oncologiecommissie DB
J.J.E.M Kitzen, internist-oncoloog	voorzitter
A.C.G. van Hooren, beleidsadviseur	secretaris
G. van Ingen, patholoog	lid
L. Hofman, gynaecoloog	Lid
Mw. L. Kort, bedrijfsleider Interne	Lid
Mw. C.A. van Iersel, beleidsmedewerker oncologie	lid



Secretariaat Oncologiecommissie

Naam	Functie
N. Scheurwater	medisch secretaresse oncologie
J.A. Ooms-de Groot	medisch secretaresse oncologie
M.C. Havelaar	medisch secretaresse oncologie (per 1-9-2011)

Overige leden oncologiecommissie

J.A. Aukes	anesthesioloog
P.B. Berendes,	arts klinische chemie
H.W.A. Berenschot	internist - hematoloog
G. Blaak	afdelingshoofd dagbehandeling oncologie
A. ter Braak	radioloog
mw. E. Driessen	klinisch psycholoog
Mw. A.S. den Besten-van Herk	Mammacare verpleegkundige
J.A.B. van der Hoeven	chirurgie chef de clinique heelkunde
Mw. R.H.P. Smit	

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
J.W.Mens	radiotherapeut Erasmus MC
Mw. M.J.J. Olofsen-van Acht	radiotherapeut Erasmus MC
R. Raaijmakers	uroloog
F.P. Stook	plastisch chirurg
E.F.J. Meulen	geriater
E. Armbrust	diëtist
D. Zemel	neuroloog

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. J. Isabel, stafmedewerker Leerhuis	Secretariaat



Leden MSOC

Naam

Dr. R. Beukers, MDL-arts, opleider MDL,
Mw. A. Bischoff, KNO-arts, affiliatiecoördinator Erasmus MC
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
Dr. T. R. Hendriksz, radioloog, opleider radiologie, voorzitter
Drs. A. Huisman, klinisch psycholoog, voorzitter bibliotheekcommissie
Mw. I. Juliana, secretaresse, stafmedewerker Leerhuis
Dr H. Kerkhoff, neuroloog, opleider Neurologie
Mw. Drs. A.D. Klaren, sectaris MSOC, manager Leerhuis
Dr M. Kock, radioloog, voorzitter wetenschapscommissie
Dr. M.J.M. Kofflard, cardioloog, opleider cardiologie
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, medisch manager Leerhuis
Dr W. Lesterhuis, MDL- arts, opleider MDL
Dr. R.J. Oostenbroek coördinator medische vervolgoopleidingen
Dr. P.W. Plaisier, chirurg, opleider chirurgie
Mw. Drs. J.M.M. v.d. Ridder, onderwijskundige Leerhuis
Dr T.C.J. Sas, kinderarts, beoogd opleider
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
Mw C. van Waardhuizen, Msc, Beleidsadviseur MSOC
Dr P.J. Westenend, patholoog, opleider Pathologie

Vanuit de Arts-Assistenten Vereniging:

L. Klieverik, internist i.o.
M. Willeboer, SEH arts i.o.
J. Erkelens, apotheker i.o.
R. Castel, klinische chemicus i.o.



VAR bestuur (kerngroep)

Naam	Functie
Netty de Graaf	Nurse practitioner longziekten, DW
Anne Geert van Driel	Kwaliteitsmedewerker/ veiligheidsfunctionaris cardiologie
Elma Roubos	IC verpleegkundige, afdeling E, Zwijndrecht
Wilianne den Hartog	Verpleegkundige afdeling A2
Jolanda vd Aardwegh	SEH verpleegkundige, DW
Annemieke Gottschalk	Afdelingshoofd cardiologie D1, DW
Sandra van der Burgt	Diabetesverpleegkundige, DW
Wanda Schouten	Afdelingshoofd B/B1 kindergeneeskunde, DW
Jeanette vd Wijngaard- Verschuren	Afdeling geriatrie, DW
Sandra van Soest-Hollaar	Scopieafdeling, Sliedrecht
Raymond van Impe	Verpleegkundige PAAZ, AW

VAR-platform

Naam	Functie
Anneke Devilee	Dagbehandeling, AW
Petra de Pauw	Verpleegkundige D2, DW / voordracht via OR
Jacqueline Neerings	Verkoever DW
Patty Blankestijn	Liaisonverpleegkundige transferbureau DW
Emmy van Mulwijk	Research verpleegkundige
Trudy Dam- Nainggolan	Afdeling D1
Dick van Rijnberk	CCU verpleegkundige
Maike v/d Heuvel	Verpleegkundige B3
Gerard Los	Oncologie verpleegkundige
Janny Bronk	ICU verpleegkundige
Joke van Zanten	Afdeling D1
Caroline Speksnijder	VKK DW
Sylvia Sprangers	Verpleegkundig specialist oncologie/hematologie
José Nuiten-Heurincx	Verpleegkundige PAAZ
Wouter Meuleman,	Functioneel beheerder SAP (verpleegkundige)
Tjeerd Visser	PAAZ
Nelleke Plaisier	Informatiemanager I&A & verpleegkundige
Cobie van Beuzekom	Verpleegkundig specialist oncologische pijn
Andrea Kershaw	Verpleegkundige afdeling F, ZW
Hayet Aissati	Verpleegkundige, afdeling F, Zwijndrecht
Gerard Geytenbeek	Gespecialiseerd verpleegkundige neurologie
Louise van de Geest	Afdelingshoofd poli chirurgie ZW
Sjanie Sterrenburg Blokland	Poli chirurgie (als vervangster voor Sandra)
Annemarie Ham - Verdick	Verpleegkundige poli dermatologie Sliedrecht
R. van Boshoven	Verpleegkundig specialist psychiatrie

Tijdelijke ondersteuning

Cheryl Figaroa	Adviseur KV&I
----------------	---------------



*Samenstelling BOC
Dagelijks Bestuur*

Naam	Functie
Margo Meilof	Voorzitter, bedrijfsleider Gynaecologie en urologie
Agnes Klaren	Lid, manager Leerhuis
Jan Jaap Ensing	Lid, manager P&O
Inge Wünsch	Secretaris, opleidingsadvies Leerhuis
Petra Jongeneel	Secretaresse, secretariael medewerker bureau Bij- en nascholingen

Leden

Naam	Functie
dr. H. Kerkhoff	Lid (vanuit MSOC), neuroloog
Gert Jan van Heiningen	Lid, bedrijfsleider OK/anaesthesiologie/pijnbehandelcentrum/ patiëntenlogistiek
Michaela Snijders	Vice-voorzitter tot 1-12-2011, manager apotheek, bedrijfsleider CSA
Elly Groeneboer	Vice-voorzitter vanaf 01-12-2011, bedrijfsleider dagbehandeling en short-stay
Tea Crezée	Lid, Bedrijfsleider neurologie, neurochirurgie, ouderengeneeskunde, transmuraal team en liaison, transferbureau
Jorge Heijnen	Lid, Senior opleidingsadviseur Leerhuis, vaardigheidsonderwijs

*Samenstelling Wetenschapscommissie
Dagelijks Bestuur*

Naam	Functie
dr. M.C.J.M. Kock	Voorzitter, radioloog
dr. M.D. Levin	Vice-voorzitter, internist hematoloog
Mw. C.N. Waardhuizen, MSc	Beleidsadviseur
Mw. E. Haksteen	Secretariaat, stafmedewerker Leerhuis



Overige leden Wetenschapscommissie

Naam	Functie
dr. Ir. B. van den Berg	Klinisch fysicus
Mw. A. Bischoff	KNO-arts, affiliatiecoördinator Erasmus MC
dr. E.F.H.van Bommel	internist nefroloog
drs.R.P.M. Keulen	Dermatoloog
Prof. dr. A.J.M. Cleophas	Internist
drs. L..P.L.H. Cuijpers	Klinisch psycholoog
dr. M.A. Fouraux,	Klinisch chemicus
Mw. dr. I. Frenay	Medisch microbioloog
Mw. R. van Hof	Medisch informatiespecialist
Mw. drs. A.D. Klaren	Manager Leerhuis
Mw. drs. A. vd Velden	Arts assistent spoedeisende geneeskunde
drs. S. Hendriks	Intensivist anesthesioloog
dr. P.W. Plaisier	Chirurg, opleider chirurgie
Mw. drs. J.M.M. vd Ridder	Onderwijskundige Leerhuis
dr. T.C.J. Sas	Kinderarts
dr. A.C. de Mol	Kinderarts neonatoloog
drs. E.M. de Vogel	ziekenhuisapotheker
dr. P.J.Westenend	Patholoog
dr. L.J.P.M. Woerkens	Cardioloog
dr. D. Zemel	Neuroloog
dr. D. Cheung	Longarts
drs. S. Rombout- de Weerd	Gynaecoloog
dr. N.B. Swarte	Gynaecoloog



Afkortingen

AED	Automatische Externe Defibrillator
AI&C	Administratie Informatie en Control
AIO	Arts-assistent in Opleiding
AMV	Arbo Milieu Veiligheid
ANIOS	Arts niet in opleiding tot specialist
APLS	Advanced Paediatric Life Support
ASz.	Albert Schweitzer ziekenhuis
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BBL	Beroeps Begeleidende Leerweg
BLS	Basic Life Support
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
EUSIM	Europese Simulatie Instructeurs cursus
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
KNOV	Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
KV&I	Kwaliteit Veiligheid en Innovatie
MSOC	Medisch Specialisten Opleidingscommissie
NIAZ	Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg
Nza	Nederlandse Zorgautoriteit
OORZWN	Opleidings- en Onderwijsregio Zuidwest-Nederland
OR	Ondernemingsraad
PAAZ	Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis
PAL	Pathologisch Anatomisch Lab
PBLS	Pediatric Basic Life Support
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 2011 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

Jolanda de Jong

Agnes Klaren

Marius Taks

Frank van den Elsen

Druk

Quantes

juni 2012

