



st. jans **gasthuis** weert

Jaarverantwoording zorginstellingen 2010

Weert, mei 2011



st. jans **gasthuis** weert

Vogelsbleek 5
6001 BE Weert
Postbus 29
6000 AA Weert

Algemeen telefoonnummer 0495 - 57 21 00
Website: www.sjgweert.nl

Inhoudsopgave

| | | |
|------------|---|-----------|
| | | pg |
| | Directieverslag | 5 |
| 1 | Uitgangspunten van de verslaggeving | 7 |
| 2 | Profiel van de organisatie | 8 |
| 2.1 | Algemene identificatiegegevens | 8 |
| 2.2 | Structuur van de onderneming | 8 |
| 2.2.1 | Besturingsmodel | 9 |
| 2.2.2 | Vereniging Medische Staf | 9 |
| 2.2.3 | Appraisal & Assessment | 13 |
| 2.2.4 | Medical Audit bijeenkomsten | 13 |
| 2.2.5 | Management kader | 13 |
| 2.2.6 | Medezeggenschap | 14 |
| 2.3 | Kerngegevens | 15 |
| 2.3.1 | Kernactiviteiten en nadere typering | 15 |
| 2.3.2 | Cliënten, capaciteit, productie, personeel en opbrengsten | 15 |
| 2.3.3 | Werkgebieden | 16 |
| 2.4 | Belanghebbenden | 16 |
| 2.4.1 | Huisartsen | 16 |
| 2.4.2 | Regionaal Centrum Geestelijke Gezondheidszorg (RC GGz) | 16 |
| 2.4.3 | Rijksinspecties | 16 |
| 2.4.4 | Gemeentelijke en provinciale overheid | 16 |
| 2.4.5 | Private aanbieders | 17 |
| 2.4.6 | Zorgverzekeraars | 18 |
| 2.5 | Commissie Ethisch Beraad | 18 |
| 2.6 | Beleidscommissie Oncologie 2010 | 18 |
| 3 | Bestuur, toezicht en bedrijfsvoering | 20 |
| 3.1 | Normen voor goed bestuur | 20 |
| 3.2 | Directie | 20 |
| 3.3 | Toezichthouders (Raad van Toezicht) | 23 |
| 3.3.1 | Samenstelling | 23 |
| 3.3.2 | Beloning Raad van Toezicht | 24 |
| 3.3.3 | Werkwijze | 24 |
| 3.3.4 | Inhoud vergaderingen | 24 |
| 3.3.5 | Toezicht op strategie en prestaties | 26 |
| 3.3.6 | Toezicht op het interne beheersings- en controlesysteem | 26 |
| 3.3.7 | Besluiten ter goedkeuring aan de Raad van Toezicht | 26 |
| 3.3.8 | Werving en selectie directeur zorg | 26 |
| 3.3.9 | Agendacommissie | 26 |
| 3.3.10 | Remuneratiecommissie | 27 |
| 3.3.11 | Remuneratieverslag | 27 |
| 3.3.12 | Auditcommissie | 27 |
| 3.3.13 | Commissie Kwaliteit | 27 |
| 3.3.14 | Evaluatie functioneren Raad van Toezicht | 28 |
| 3.3.15 | Informatiebronnen Raad van Toezicht | 28 |

| | | |
|-------------|--|-----------|
| 3.4 | Risico's in bedrijfsvoering en zorg | 29 |
| 3.5 | Cliëntenraad | 29 |
| 3.5.1 | Ondersteuning Cliëntenraad | 30 |
| 3.5.2 | Speerpunten Cliëntenraad 2010 | 30 |
| 4 | Beleid, inspanningen en prestaties | 32 |
| 4.1 | Meerjarenbeleid | 32 |
| 4.2 | Algemeen kwaliteitsbeleid ten aanzien van patiënten | 35 |
| 4.2.1 | NIAZ kwaliteitskeurmerk | 35 |
| 4.2.2 | Kwaliteitscertificaten, -labels of accreditaties | 36 |
| 4.2.3 | Kwaliteit van gebouwen | 36 |
| 4.3 | Veiligheid | 36 |
| 4.3.1 | Incidenten en calamiteiten | 36 |
| 4.3.2 | VeiligheidsManagementSysteem (VMS) | 37 |
| 4.3.3 | Week van de patiëntveiligheid | 38 |
| 4.3.4 | NEN 7510 | 38 |
| 4.3.5 | Bedrijfshulpverlening | 38 |
| 4.3.6 | Brandveiligheid | 39 |
| 4.3.7 | Veilige Zorg | 39 |
| 4.4 | Klanttevredenheidsonderzoek | 39 |
| 4.5 | Prestatie-indicatoren | 39 |
| 4.6 | Klachten | 40 |
| 4.6.1 | De klacht bespreken met de klachtenfunctionaris / afd. Patiëntenvoorlichting | 40 |
| 4.6.2 | De klacht indienen bij de Klachtencommissie | 41 |
| 4.7 | Toegankelijkheid | 43 |
| 4.8 | Kwaliteit ten aanzien van medewerkers | 44 |
| 4.8.1 | Personneelsbeleid en kwaliteit van werk | 44 |
| 4.8.2 | Verzuim | 45 |
| 4.8.3 | Arbo | 46 |
| 4.8.4 | Opleidingen en stages | 47 |
| 4.9 | Communicatie | 48 |
| 4.10 | Patiëntenvoorlichting | 48 |
| 4.11 | Samenleving | 49 |
| 5. | Financieel beleid | 50 |

Directieverslag

Mission Statement

Het SJG Weert profileert zich als algemeen ziekenhuis, in samenwerking met andere zorgpartijen. Het ziekenhuis is primair gericht op het huidige verzorgingsgebied en biedt daarbij continuïteit van zorg.

Besluitvorming en beleidskeuzes worden geprioriteerd in volgorde van belang voor:

1. De klant
2. Het ziekenhuis
3. De specialisten en medewerkers
4. De overige stakeholders

Strategische speerpunten vormen regionale samenwerking en onderscheidend vermogen.

Het verslagjaar 2010 heeft in het teken gestaan van de uitvoering en actualisatie van het Ondernemingsplan 2008 - 2012. Het SJG Weert kiest voor een zelfstandige positie in samenwerking met andere zorgpartijen. Om deze positie te kunnen blijven waarmaken is gekozen voor een viertal centrale thema's voor de komende periode tot 2015.

Deze thema's zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Het zijn:

1. Creëren van onderscheidend vermogen

Door uit te munten in kwaliteit en serviceverlening kan het SJG Weert zich onderscheiden en daarmee het perspectief van continuïteit vergroten. Onderscheidend vermogen heeft vele dimensies. Sommige daarvan zijn voor de cliënten direct zichtbaar en merkbaar, andere spelen zich achter de schermen af maar zijn daarmee niet minder belangrijk. Dat kan variëren van toegangstijden, bejegening, een patiëntvriendelijke omgeving en up-to-date medische zorg tot toezicht op de kwaliteit, het optimaliseren van zorgprocessen en een zorgvuldig investeringsbeleid. Enkele concrete voorbeelden uit het verslagjaar:

- De geboden borstkankerzorg was voor Achmea aanleiding voor plaatsing op de lijst van preferente aanbieders, daarnaast werd dit product gewaardeerd met het roze lintje;
- De prikpoli werd gerenoveerd en uitgebreid;
- Het voedingsconcept werd herzien en daarmee kwalitatief verbeterd. Inspanningen ter verbetering van de zorglogistiek werden vervolgd;
- Er werd geïnvesteerd in diagnostiek en instrumentarium;
- Het parkeerdek werd vernieuwd.

2. Maken van keuzes

Onder het motto "We doen iets goed, of we doen het niet!" wordt binnen het SJG Weert continu kritisch gekeken naar het portfolio. Daarom werd in 2010 de commissie Hoog Risico / Hoog Complexe (HRHC) Zorg ingesteld, die in 2011 zal adviseren over de grenzen van de zorg door het SJG Weert geboden.

3. Aangaan van samenwerkingsverbanden

In 2010 zijn op tal van terreinen de samenwerkingsverbanden met andere ziekenhuizen / vakgroepen verder uitgebouwd en verstevigd. Vordering is gemaakt op het terrein van de chirurgie, de neurochirurgie, longgeneeskunde, de apotheek, plastische chirurgie en de trombosedienst. De vakgroep longgeneeskunde kon weer op volle sterkte worden gebracht. Vanaf januari werd het bestaande productportfolio uitgebreid met kaakchirurgie. In eerste aanzet werd dit product aangeboden gedurende drie dagen, vanaf de zomer uitgebreid tot vier dagen per week

4. Verdere ontwikkeling ondernemend vermogen

Vervolgen van de reeds ingeslagen weg van ondernemerschap in combinatie met verdere kwaliteitsverbetering ten behoeve van onze klanten en een gezonde bedrijfsvoering. Inbegrepen in de ontwikkeling van ondernemend vermogen is de mogelijkheid van publiek-private samenwerking wanneer 'het systeem' hiertoe aantrekkelijke mogelijkheden biedt voor de betrokken partijen.

Een en ander heeft bijgedragen in het leveren van groei in zowel kwalitatieve als kwantitatieve dienstverlening.

De belangrijkste productieparameters vertoonden in de vergelijking 2009 - 2010 de volgende mutaties, respectievelijk absolute omvang:

| Parameter | mutatie in % | absoluut |
|---------------------------|--------------|----------|
| Eerste polikliniek bezoek | 4,1% | 65.435 |
| Herhalingsconsult | 6,5% | 109.557 |
| Dagbehandelingen | 6,4% | 11.158 |
| Opnames | 4,2% | 10.354 |
| Verpleegdagen | 1,2% | 52.202 |
| Verpleegdagen – gemiddeld | - 3,9% | 5,12 |

Organisatorisch werd met de benoeming van een directeur zorg de structuur versterkt. De eerder aangekondigde rationalisatie in de overhead werd beheerst gerealiseerd; in de polikliniek, de medische ondersteuning, het behandelcentrum en de kliniek werd het personeelsbestand verder uitgebreid. Per saldo nam de personeelsformatie toe. Door zowel een convenant met, als inbreng vanuit de medische staf in het bestuurlijk overleg werd de samenwerking ziekenhuis - medische staf nader verankerd. De ziekenhuisapotheek werd in een samenwerkingsverband gebracht met de ziekenhuisapotheek van het Catharina Ziekenhuis Eindhoven.

De som der bedrijfsopbrengsten kende een gematigde groei met 3,9% tot € 67,3 mln.

De som der bedrijfslasten, inbegrepen rente baten en lasten, steeg met 1,8% tot € 65,5 mln.

Per saldo bedroeg het resultaat boekjaar € 1,8 mln. De kasstroom uit operationele activiteiten nam toe met 9% tot € 10,7 mln. De netto schuldpositie nam af met € 2,5 mln. De solvabiliteit ultimo jaar bedraagt 21,2%. Voor uitgebreide toelichting wordt verwezen naar de Jaarrekening 2010.

Het jaar 2010 was een uitstekend jaar!

De directie,
Hans de Jong en Bart Bemelmans

1 Uitgangspunten van de verslaggeving

Openheid is één van de kernwaarden van het SJG Weert; openheid over het gevoerde beleid, over bereikte resultaten en over onze doelstellingen voor de toekomst.

Met het Jaardocument Zorg legt het SJG Weert verantwoording af aan alle belanghebbende partijen over zowel de voorgenomen plannen als de bereikte resultaten in het kalenderjaar 2010.

Hiervoor wordt het daartoe voorgeschreven sjabloon van het Jaardocument Zorg gebruikt. Door de heldere structuur wordt de informatie van het SJG Weert zowel in de tijd als met andere ziekenhuizen beter vergelijkbaar.

Wij doen verslag van belangrijke aandachtsgebieden zoals:

- het profiel van de organisatie
- bestuur, toezicht en bedrijfsvoering
- beleid, inspanningen en prestaties
- jaarrekening

Dit verslag is een belangrijk onderdeel van de planning- en controlcyclus van het ziekenhuis. In deze cyclus worden jaarlijks in samenspraak met de directie door de vakgroepen en verschillende capaciteitsonderdelen van het ziekenhuis beleidsplannen vastgesteld. Periodiek wordt over de voortgang van deze beleidsplannen overleg gevoerd met de directie. Jaarlijks worden de beleidsplannen geëvalueerd in afzonderlijke jaarverslagen en gezamenlijk vormen zij een belangrijke basis voor dit ziekenhuisbrede jaarverslag.

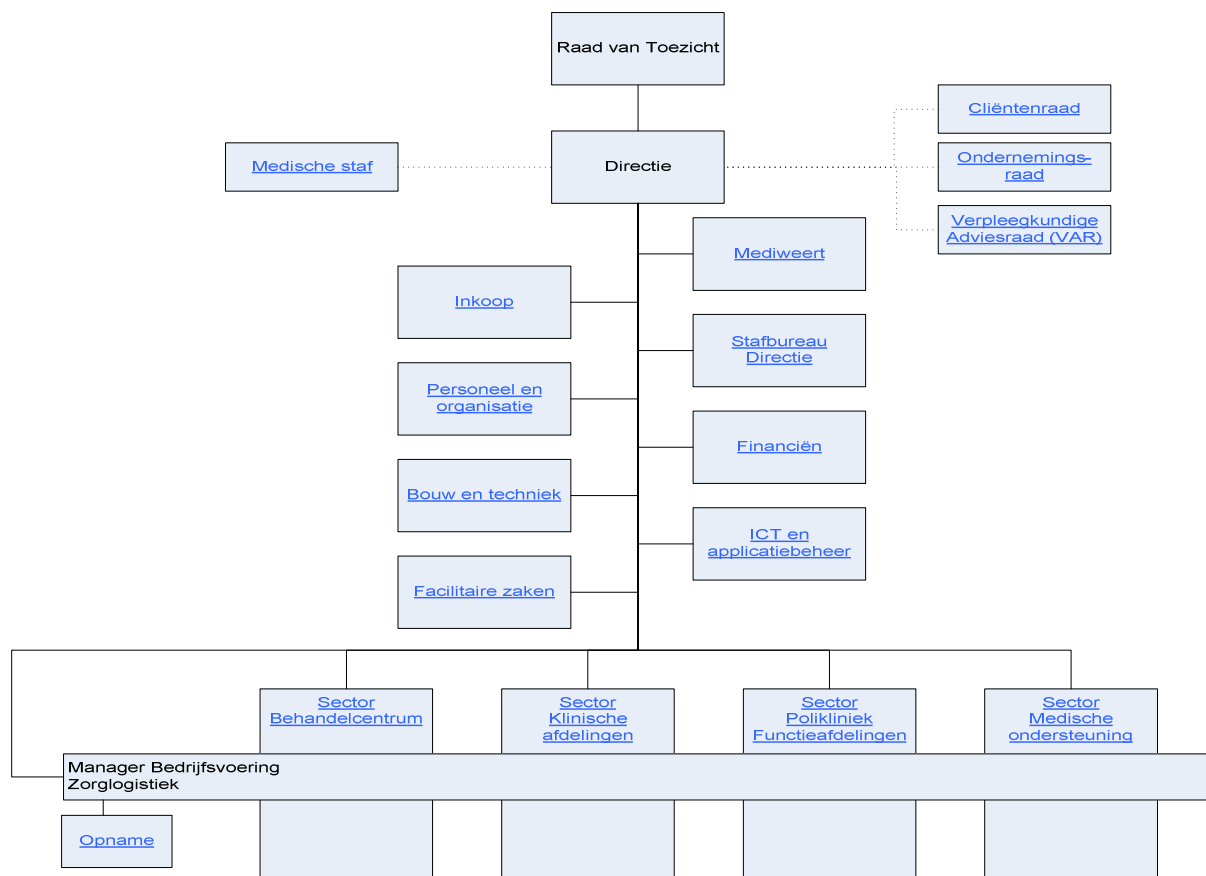
2 Profiel van de organisatie

2.1 Algemene identificatiegegevens

| | |
|---|------------------|
| Naam verslagleggende rechtspersoon | SJG Weert |
| Adres | Vogelsbleek 5 |
| Postcode | 6001 BE |
| Plaats | Weert |
| Telefoonnummer | 0495 – 57 21 00 |
| Identificatienummer Kamer van Koophandel | 41068375 |
| E-mailadres | info@sjgweert.nl |
| Internetpagina | www.sjgweert.nl |

2.2 Structuur van de onderneming

Het SJG Weert is een algemeen ziekenhuis (exclusief PAAZ) met een erkenning van 272 bedden waar ultimo het verslagjaar 2010, 85 medisch specialisten en 992 personen in dienst van het ziekenhuis direct danwel indirect hebben bijgedragen aan de zorgverlening. De juridische structuur van het ziekenhuis is een stichting. Schematisch zag de organisatie er in 2010 als volgt uit:



2.2.1 Besturingsmodel

De markt van de ziekenhuiszorg is dynamisch en ontwikkelt zich snel. Een toenemend belang wordt gehecht aan kwaliteit van zorg en service in de klantbejegening. Zorgverzekeraars nemen nadrukkelijker de regie in hun inkooprol. De wetenschappelijke verenigingen en Inspectie voor Gezondheidszorg ontwikkelen steeds explicietere volume- en kwaliteitsnormen en de overheid blijft balanceren op het grensvlak van haar publieke verantwoordelijkheid die wordt uitgevoerd in het private domein. Dit alles maakt dat een ziekenhuisorganisatie wendbaar moet zijn. Wendbaar maar vooral in staat om de juiste strategische keuzes te maken waar de markt (lees: de patiënten, zorgverzekeraars en samenwerkingspartners) om vraagt. Naast een kwalitatief en kwantitatief goede bezetting van professionals van diverse pluimage, vergt dit tevens een goed functionerend besturingsmodel. Het SJG Weert kent een tweehoofdige directie. Met ingang van 1 januari 2010 heeft de Raad van Toezicht Hans de Jong benoemd als algemeen directeur. In aanvulling daarop is in juli 2010 Bart Bemelmans toegetreden als directeur zorg. De directie is eindverantwoordelijk voor het te voeren beleid en de totale gang van zaken binnen het ziekenhuis. De directie legt hierover verantwoording af aan de Raad van Toezicht.

Belangrijk aandachtspunt van de directie in 2010 lag bij het financieel solide maken van de organisatie en de ontwikkeling van een zodanige bestuur- en managementstructuur en grotere beleidsbetrokkenheid van medische specialisten waardoor aan de huidige en toekomstige patiëntenwensen kan worden voldaan. Het uiteindelijke doel daarbij is geweest verbetering van kwaliteit, service en rendement ten behoeve van versterking van de eigen positie gericht op continuïteit van zorg.

Vanaf medio 2010 is de betrokkenheid van de medische staf bij de beleidsvoorbereiding verbeterd door het invoeren van een extra, regulier afstemmingsoverleg tussen de directie en een lid van het stafbestuur. Dit in aanvulling op het wekelijks overleg dat plaatsvindt tussen stafbestuur en directie waar beleid en uitvoering van medische en organisatorische aangelegenheden worden besproken. Daarnaast is de directie maandelijks aanwezig bij de vergaderingen van de Vereniging Medische Staf.

Voorts heeft de directie regulier overleg met het 'vertegenwoordigend overleg', te weten de Ondernemingsraad, Cliëntenraad en Verpleegkundige Adviesraad. Om het beeld te completeren moet daarnaast vermeld worden dat de directie regulier overleg heeft met de Raad van Toezicht. Daarover meer in hoofdstuk 3.

Planning- en controlcyclus

In het kader van de planning- en controlcyclus is een duidelijke procedure opgesteld. In mei van ieder jaar wordt de Kaderbrief uitgebracht door de directie en stafbestuur. Hierin worden de belangrijkste beleidsdoelstellingen in zowel kwantitatief als kwalitatief opzicht voor het komende jaar toegelicht. De jaarplannen van alle bedrijfsonderdelen dienen hierop geënt te worden. De voortgang wordt tweemaal per jaar met de betreffende vakgroep, manager bedrijfsvoering en Raad van Bestuur besproken in de zogenaamde voor- en najaarsoverleggen.

2.2.2 Vereniging Medische Staf

Het bestuur van de Vereniging Medische Staf bestond per 1 januari 2010 uit de volgende personen:

- Dhr. de Wet, KNO arts (voorzitter);
- Dhr. Gemmeke, apotheker (vice-voorzitter): tot 1 september 2010;
- Dhr. Geerlings, cardioloog (penningmeester);
- Mw. van Helvoirt, kinderarts;
- Dhr. Verkeyn, chirurg.

Het bestuur hanteert een portefeuillevordering waarbij onder meer de volgende aandachtsgebieden bij afzonderlijke bestuursleden zijn ondergebracht: kwaliteit en patiëntveiligheid, Medical Audit, HRM, Appraisal & Assessment, huisartsen, financiën en FiCoS (Financiële Commissie) gerelateerde zaken, ICT, EPD, opleidingen, exitgesprekken, (dis)functioneren/klachten, logistiek, interne organisatie en representatie. Daarnaast is de heer Geerlings als vertegenwoordiger vanuit het stafbestuur, participant in het wekelijks Bestuurlijk Overleg met de directie. Het stafbestuur vergadert wekelijks en in diezelfde frequentie vindt tevens overleg plaats met de directie.

In het verslagjaar 2010 zijn over de volgende zaken besluiten genomen:

- De notitie outcome-indicatoren veiligheid en kwaliteit;
- Positionering stafbestuur en profielschets medisch directeur;
- De notitie werving & selectie medisch specialisten;
- Het protocol nierinsufficiëntie bij gebruik van intraveneus contrastmiddel;
- Honorarium component IC producten / overige verrekeningen;
- Benoeming van drie medisch specialisten tot lid van de onderzoekbegeleidingscommissie;
- Handreiking van de KNMG "Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg" van januari 2010;
- In het kader van het traject Appraisal & Assessment, het leveren van één assessor per vakgroep met commitment om tijd vrij te maken voor een assessment en om tijdig formulieren in te vullen;
- Convenant directie - stafbestuur is door het stafbestuur goedgekeurd. Hierin zijn gezamenlijke uitgangspunten beschreven, gebaseerd op het Ondernemingsplan en daarvan afgeleide gezamenlijke doelstellingen betreffende de volgende thema's 1) bestuur, beleid en organisatie, 2) kwaliteit primair proces, 3) service en bereikbaarheid en 4) productie;
- Opheffing knelpuntenfonds.
- Benoeming van diverse stafleden.

Naast de besluiten die genomen zijn, is aandacht besteed aan de volgende onderwerpen:

- HSMR (Hospital Standardised Mortality Ratio), Patiëntveiligheid en VMS-traject, Appraisal & Assessment, Medical Audit, medische protocollen NIAZ, dossieronderzoek, medicatiebeleid, EPD, Ondernemingsplan 2008-2012, stemprocedure in algemene ledenvergadering, protocol behandelrestricties en protocol palliatieve sedatie, samenwerking apotheek CZE-SJG, evaluatie IC, SIT team en samenwerking chirurgen LZR-SJG.

In 2010 werden verder elf algemene ledenvergaderingen danwel kernstafvergaderingen gehouden.

De vrijgevestigde medisch specialisten zijn verenigd in maatschappen. Een aantal specialisten is in dienst van het ziekenhuis. Enkele specialisaties (oncologie, radiotherapie) zijn in het ziekenhuis vertegenwoordigd via consulentchap of gedetacheerd / uitbesteed (apotheek, klinische chemie, neurochirurgie, revalidatiegeneeskunde).

Op 31 december 2010 waren in de Vereniging Medische Staf de volgende specialismen en gelijkgeschakelde professionals vertegenwoordigd:

| | | | |
|---------------------|--|------------------------|--|
| Anesthesie | Dhr. E.H.J.M. Hanssen Dhr. P.J. Kansen Mw. M.K. Küntzel Dhr. D.F.P.M. Peek Dhr. K. Piotrowski Dhr. J.M. Swalve | Medische microbiologie | Mw. B.J. van Dijke Mw. D.E.A. Potters |
| Cardiologie | Dhr. dr. B. Cost Dhr. P.R. Geerlings Dhr. H.C. Klomps Dhr. A.M.J. Lucassen | Kindergeneeskunde | Mw. M.J.C.E. Van Helvoirt-Jansen Mw. L.S. Kapteijns – van Kordelaar Mw. E.M. Kerkvliet Dhr. C. F. Oud |
| Chirurgie | Dhr. dr. J.A. van Essen Mw. T. Lettinga – van Poll Dhr. F.J.G. Vanhimbeeck Dhr. J.M.A. Verkeyn Dhr. H.C.M. Verkooyen | Klinische chemie | Dhr. W. van Helden Dhr. T. Rammeloo |
| Dermatologie | Mw. C.A.C.B. Thissen Dhr. A.C.P. Ramselaar | Klinische geriatrie | Dhr. J. Hoogmoed |
| Gynaecologie | Mw. G.G. Donner Dhr. I.M.A. van Dooren Mw. W. Jager Dhr. W.E. Nolting | Klinische psychologie | Mw. S.L.J. van Elst Mw. A.T. Krasuska Mw. E. Rijsewijk |
| Intensive Care | Dhr. J.C. Paling Dhr. N.E.R. Wilbers Dhr. E.H.J.M. Hanssen | KNO | Dhr. G.J.P. Kamps Dhr. P.F. de Wet |
| Interne Geneeskunde | Mw. N. ter Braak-Heitink (wn) Dhr. R.P.M. Dahlmans Dhr. P.J. den Haan Dhr. P.S.G.J. Hupperets Mw. L. Mannaerts Dhr. V. Marapin Mw. N.A.J.B. Peters Mw. F.V. van Venrooij (wn) | Longgeneeskunde | Dhr. J.J.A.M. van den Bergh Mw. L. J.van Eijsden Dhr. M.E. Eland |
| Kaakchirurgie | Dhr. B.P.G. Gulix Dhr. dr. E.J.M. Hannen Dhr. dr. J. Pijpe Dhr. P.J. Zecha | Neurologie | Mw. M. Greyling Dhr. H. Lövenich Dhr. R. Medaer |

| | | | |
|-------------------------|---|---------------------|--|
| Neurochirurgie | Dhr. prof. dr. J.J. van Overbeeke | Spoedeisende hulp | Mw. O.J. Akse Mw. P.V. Kaleske Dhr. D.J.R. Keereweer |
| Oogheelkunde | Mw. K.U. Eerola Dhr. T.C.G. Feenstra Dhr. A. Gonçalves Dhr. A.H. Veltman | Reumatologie | Mw. E.L.J. Heuft-Dorenbosch Dhr. P.J.C. Jacobs |
| Orthopedische chirurgie | Dhr. M. Braakman Dhr. J.M.D. Kooter Dhr. F.T.G. Rahusen Dhr. dr. A.J.J. Schlösser Dhr. A. Supit | Revalidatie | Mw. A.G.A. van Druenen Mw. C.P. Pijlman |
| Pathologie | Dhr. dr. W.S. Kwee Dhr. J.D. Rupa Dhr. A.P. Willig | Radiologie | Dhr. F.B. Curiel Dhr. J.P.M. Dohmen Dhr. dr. B.W.J. Van Iseghem Mw. I.M.R.W. Van Mieghem Dhr. dr. G.B.C. Vasbinder Dhr. P.M.L. Veekmans |
| Pastorale zorg | Dhr. F.G.P.L. Janssen Mw. L. de Jong - Janssen | Urologie | Dhr. E.L.H.M. Dassen (waarnemer) Dhr. J.W. Langeveld Dhr. R. Van de Looverbosch |
| Plastische chirurgie | Dhr. W. Bato Dhr. H.L. de Boer | Ziekenhuis-farmacie | Mw. N.A. Botta Dhr. P.A.G. de Klaver |

De Vereniging Medische Staf is in 2010 uitgebreid met de volgende leden:

- Dhr. J.J.A.M. van den Bergh, longarts;
- Mw. N. ter Braak-Heitink, internist (waarnemer);
- Dhr. E.L.H.M. Dassen, uroloog (waarnemer);
- Mw. A.G.A. van Druenen, revalidatie arts;
- Mw. L.J. van Eijsden, longarts;
- Dhr. M.E. Eland, longarts;
- Dhr. B.P.G. Gulix, kaakchirurg;
- Dhr. dr. E.J.M. Hannen, kaakchirurg;
- Dhr. W. van Helden, klinisch chemicus;
- Dhr. P.S.G.J. Hupperets, internist (waarnemer);
- Dhr. P.A.G. de Klaver, ziekenhuisapotheker;
- Dhr. J.M.D. Kooter, orthopedisch chirurg;
- Dhr. D.F.P.M. Peek, intensivist;
- Dhr. dr. J. Pijpe, kaakchirurg;
- Dhr. T. Rammeloo, klinisch chemicus;
- Mw. F.V. van Venrooij, internist (waarnemer);
- Dhr. N.E.R. Wilbers, intensivist;
- Dhr. P.J. Zecha, kaakchirurg.

De volgende leden hebben tijdens het verslagjaar het ziekenhuis en de Vereniging Medische Staf verlaten:

- Dhr. dr. J.G.S. Breed, internist;
- Dhr. dr. H.F.H.G. Defesche, neurochirurg;
- Dhr. E.H.K.M. Gemmeke, ziekenhuisapotheker;
- Dhr. M. Hofmann, intensivist;
- Mw. S. Kos, klinisch chemicus;
- Mw. B. Levelink, kinderarts;
- Dhr. K. Mansour, longarts;
- Mw. M.C.A. Ravyts, intensivist;
- Dhr. dr. A.J.J. Schlösser, orthopedisch chirurg;
- Dhr. dr. G.P.M. ten Velde, longarts (waarnemer);
- Dhr. N. Cox, longarts (waarnemer);
- Mw. A.W.M. Verheggen, geriater;
- Dhr. dr. R.A.J. Warringa, internist.

2.2.3 Appraisal & Assessment

Binnen de medische staf van het SJG Weert werken de medisch specialisten zelf aan het verbeteren van hun functioneren door middel van het systeem van Appraisal & Assessment. Destijds heeft het Maasland ziekenhuis in Sittard dit model in Nederland geïntroduceerd. Na rondvraag in het ziekenhuis geven de specialisten feedback aan elkaar en wordt gekeken naar het totale takenpakket van een specialist. Het doel is te komen tot een persoonlijk ontwikkelingsplan, om stilstand te voorkomen en disfunctioneren vroegtijdig te signaleren en op te lossen. In de Vereniging Medische Staf is ingestemd met het voorstel per vakgroep één assessor aan te leveren met commitment om tijd vrij te maken voor een assessment en om formulieren tijdig in te vullen. In 2011 wordt een in-company training voor de assessoren gehouden.

2.2.4 Medical Audit bijeenkomsten

In 2010 zijn er drie Medical Audit bijeenkomsten geweest. Het is de bedoeling dat in 2011 vijf Medical Audit bijeenkomsten worden gehouden waarbij onder meer geput wordt uit casuïstiek van de calamiteitencommissie. Een deelname van 60% van specialisten is bij reglement verplicht gesteld.

2.2.5 Management kader

Per 31 december 2010 bestond het management kader van het ziekenhuis uit de volgende personen:

- Dhr. H. de Jong, algemeen directeur;
- Dhr. L.H.B. Bemelmans, directeur zorg;
- Dhr. G.P.H.M. Philipsen, manager medisch ondersteunende vakken / directeur MediWeert;
- Mw. F.J.M. van de Laar, manager bedrijfsvoering poliklinieken en functieafdelingen;
- Dhr. T.P.W.M. Goertz, manager bedrijfsvoering behandelcentrum;
- Dhr. H.M.C. Bloebaum, manager bedrijfsvoering zorglogistiek & kliniek;
- Dhr. C.J.M. Lambregts, hoofd personeel & organisatie;
- Mw. W.T.P.F. van der Werf, directiesecretaris.

2.2.6 Medezeggenschap

Medewerkers

De Ondernemingsraad is de stem van en voor medewerkers en wil vanuit deze invalshoek een bijdrage leveren aan een gezonde, goed functionerende organisatie met een prettige werkomgeving. De Ondernemingsraad behartigt de collectieve belangen van de medewerkers van het SJG Weert. De Ondernemingsraad van het SJG Weert bestaat uit tien leden en wordt ondersteund door een ambtelijk secretaris. De samenstelling van de OR op 31 december 2010 was als volgt:

| Naam | Afdeling |
|---------------------------------------|---------------------------------|
| 1. Mw. M. Caris-Saes | Dagcentrum |
| 2. Mw. C. Wilms-Janssen | 2-Noord |
| 3. Dhr. L. Kirkels | Logistiek |
| 4. Dhr. J. Lempens | Longgeneeskunde |
| 5. Mw. S. van Loos | Hartfalenpoli |
| 6. Mw. Y. van Campen | Vrouw-Moeder-Kind centrum |
| 7. Dhr. J. Meuleners, vice-voorzitter | Operatiecentrum |
| 8. Mw. J. Mies-Snelders, secretaris | Klachtencommissie Patiëntenzorg |
| 9. Dhr. L. Nijnsens, voorzitter | Special Care |
| 10. Dhr. R. Zegveld | Techniek |

De belangrijkste onderwerpen die de OR in 2010 heeft behandeld betroffen:

- invulling van de topstructuur – tweehoofdige directie;
- reorganisatie bij de ondersteunende diensten;
- organisatie-aanpassing medewerkers Service en Zorg;
- verlenging arbodienstverlening Achmea Vitale;
- invoeren klokkenluidersregeling SJG Weert;
- meerkeuzesysteem arbeidsvoorwaarden;
- samenwerking tussen apotheken SJG-CZE;
- de outsourcing van de trombosedienst;
- diverse instemmingsverzoeken betreffende het wijzigen van diensttijden.

Cliënten

De Cliëntenraad van het SJG Weert behartigt de belangen van alle stakeholders met als prioriteit de collectieve belangen van de cliënten en hun verwanten en geeft daarmee vorm aan de medezeggenschap van (potentiële) gebruikers van de voorzieningen van het SJG Weert. De Cliëntenraad van het SJG Weert bestaat uit zeven leden en wordt ondersteund door een ambtelijk secretaris. De samenstelling van de Cliëntenraad op 31 december 2010 was als volgt:

| Naam | Aandachtsgebied |
|--|---|
| Dhr. G.J.J.M. Joosten, voorzitter | contacten management / algemene zaken / administratieve, juridische en financiële aspecten |
| Dhr. E.J.C.M. Gieben, vice-voorzitter | contacten management / algemene zaken / administratieve, juridische en financiële aspecten / (ver)bouwzaken en verhuizingen |
| Mw. E.A.M. Gubbels-Stappers | (lokale) bonden van ouderen |
| Mw. M.P.C. Kursten | public relations en voorlichting |
| Mw. H.N. van Duijvenboode Varkevisser - de Taranto | werkgroepen |
| Dhr. A.J.M. Huijben | Digitale Klankbordgroep (DKG) |
| Mw. H.E. Reuter-Stege | kinderen en jongeren tot 18 jaar |

Zie voor een uitgebreide beschrijving van de Cliëntenraad paragraaf 3.5.

Verpleegkundigen

De Verpleegkundige Adviesraad is gericht op de ontwikkeling van de verpleegkundige professie. De samenstelling van deze VAR was op 31 december 2010 als volgt:

| Naam | Afdeling |
|-------------------------------------|---------------------------|
| 1 Mw. M. Zaäboul, voorzitter | Vrouw-Moeder-Kind centrum |
| 2 Dhr. G. Verstegen, penningmeester | Neurologie |
| 3 Mw. A. Breedveld | Interne Geneeskunde |
| 4 Mw. M. Janssen (secretaris) | Chirurgie |
| 5 Mw. M Venner | Special Care |
| 6 Mw. K. Touil | Dagcentrum |
| 7 Mw. M. Geenen | Interne Geneeskunde |

VAR leden krijgen vier uur per maand gefaciliteerd door de organisatie voor hun werkzaamheden. De belangrijkste activiteiten van de VAR in 2010 waren gericht op:

- Oriëntatie op aansluiting bij het Kwaliteitsregister van VenVN (Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland);
- Dag van de Verpleging (12 mei 2010) met een lezing door externe jurist over voorbehouden handelingen en de wet BIG;
- Visie over de invoering van flexibele werktijden (waarborgen kwantitatief en kwalitatief voldoende beschikbaarheid personeel, afdelingsspecifiek, meer wisselend personeel vanuit patiëntperspectief, taakverpleging);
- Nieuwe verpleegkundige visie die is goedgekeurd door de directie.

2.3 Kerngegevens

2.3.1 Kernactiviteiten en nadere typering

In onderstaand overzicht staan beschreven de kerngegevens van het SJG Weert. Uitgebreide financiële gegevens staan vermeld in de Jaarrekening 2010.

2.3.2 Cliënten, capaciteit, productie, personeel en opbrengsten

| Parameter | 2009 | 2010 |
|---------------------|---------|---------|
| Omzet (x € 1.000) | 64.765 | 67.309 |
| Resultaat | 437 | 1.808 |
| Opnames | 9.940 | 10.354 |
| Verpleegdagen | 51.567 | 52.202 |
| Dagbehandeling | 10.484 | 11.158 |
| Eerste polibezoeken | 62.845 | 65.435 |
| Herhalingsbezoeken | 102.912 | 109.557 |

2.3.3 Werkgebieden

Het SJG Weert is een middelgroot algemeen ziekenhuis voor het westelijk deel van Midden-Limburg en het zuidoosten van Noord-Brabant. Het biedt medisch specialistische zorg aan de inwoners van met name haar primaire verzorgingsgebied: Weert, Nederweert, Leudal en Cranendonck. De klinische adherentie (inclusief dagverpleging) voor 2009 bedraagt 77.139, de poliklinische adherentie bedraagt 82.341. De adherentiecijfers 2010, aangeleverd door Prismant, zijn op het moment van de totstandkoming van dit verslag nog niet bekend.

2.4 Belanghebbenden

2.4.1 Huisartsen

Inzake huisartsenzorg en ziekenhuiszorg vindt regulier overleg plaats tussen huisartsen en ziekenhuis. Het zogenaamde huisartsen-ziekenhuisoverleg heeft in 2010 vijfmaal plaatsgevonden. Daarnaast worden klinische avonden gehouden. Tijdens deze avonden zijn de volgende onderwerpen aan bod gekomen:

- Parkinson;
- Palliatieve sedatie;
- Multidisciplinaire zorg bij kinderen;
- Laserbehandeling van de prostaat;
- Klinische genetica.

Voor deze avonden worden uitgenodigd: specialisten van het SJG Weert, huisartsen uit de regio, apothekers uit de regio en consultatiebureau-artsen.

2.4.2 Regionaal Centrum Geestelijke Gezondheidszorg (RC GGz)

Het Regionaal Centrum GGz Weert is een samenwerkingsverband van het SJG Weert, Riagg Zuid en GGZ Noord en Midden Limburg. De organisatie is qua rechtsvorm een maatschap, waarbinnen de partijen onder gemeenschappelijke naam en verantwoordelijkheid een centrum voor geestelijke gezondheidszorg in de regio Weert in stand houden. Het bestuur van de maatschap wordt gevormd door de bestuurders van de drie deelnemende organisaties. De drie maten zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor de exploitatie van het RC GGz Weert, dat één geïntegreerd stelsel van basisvoorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg biedt.

2.4.3 Rijksinspecties

Met de Inspectie voor Gezondheidszorg is regulier contact. In november 2010 heeft het jaargesprek over de prestatie-indicatoren en het VMS programma alsmede andere lopende zaken plaatsgevonden. Daarnaast is in het kader van landelijke toezichtprogramma's van de Inspectie voor Gezondheidszorg contact geweest onder meer ten aanzien van patiëntveiligheid in de avond-, nacht- en weekenduren, het operatieve proces, NEN 7510, brandveiligheid, evaluatie functioneren GHOR tijdens de griep epidemie, SEH en de IC. Vanuit andere rijksinspecties heeft toetsing plaatsgevonden in het kader van arbeidsomstandigheden facilitaire dienstverlening (Arbeidsinspectie) en onderzoek naar maaltijdbereiding (Voedsel- en Warenautoriteit).

2.4.4 Gemeentelijke en provinciale overheid

In 2010 werd tevens contact onderhouden met bestuurders van gemeentelijke en provinciale overheden. In een open sfeer werd toelichting gegeven op zowel de actuele gang van zaken, als de beleidslijnen op langere termijn. Op uitnodiging van de Provincie Limburg werd samen met alle Limburgse ziekenhuizen bijgedragen aan de opstelling van het visie document 'Een gezamenlijke toekomst voor ziekenhuiszorg in Limburg'.

2.4.5 Private aanbieders

Stichting Zelfstandig Behandelcentrum Weert, verkorte naam Mediweert, heeft een erkenning / toelating ontvangen van het Ministerie van VWS als Instelling voor Medisch Specialistische Zorg op 17 oktober 2007. Organisatorisch is Mediweert een stichting die opereert onder de stichting St. Jans Gasthuis. Mediweert heeft een eigen bedrijfsvoering en organisatie. De activiteiten worden ontwikkeld en uitgevoerd in nauwe samenspraak met betrokken medisch specialisten. Het personeel, de ruimtes, de voorzieningen en de apparatuur worden waar mogelijk ingehuurd van het SJG Weert. De directie van het SJG Weert bestuurt tevens de stichting Mediweert, via een bestuursreglement gedelegeerd aan de directie van Mediweert. De Raad van Toezicht van het SJG Weert ziet toe op Mediweert. Een en ander is beschreven in de statuten en in het bestuursreglement.

De missie is de grondgedachte van de organisatie. De missie geeft aan waarvoor Mediweert staat, welke betekenisvolle bijdrage wordt geleverd zowel binnen als buiten de regio en waarin het zich wil onderscheiden.

Mediweert is een gezondheidszorg onderneming die producten en diensten aanbiedt die een bijdrage leveren aan gezond zijn, gezond worden en gezond blijven.

Mediweert stelt zich als doel door een optimale kwaliteit, meer rendement en een groeiend marktaandeel, de continuïteit naar de toekomst te waarborgen voor Mediweert en in het verlengde hiervan voor het St. Jans Gasthuis. De missie is gebaseerd op een aantal kernwaarden die de drijfveren vormen voor de organisatie om in haar missie te slagen. De kernwaarden zijn:

- De klant centraal stellen;
- Maximale kwaliteit leveren;
- Dichtbij de klant;
- Betrouwbaar en respectvol handelen;
- Gericht op gezondheid en een gezonde organisatie;
- Plezier en een 'warme' sfeer bieden.

Het jaar 2010 was het derde volledige jaar dat Mediweert operationeel was. Mediweert is een nieuw Zelfstandig Behandel Centrum dat in opbouw is. De volgende producten werden in 2010 aangeboden:

- lactatiekunde;
- macula degeneratie (met Lucentis);
- prenatale screening;
- sportgeneeskunde;
- St. Jan Hartevriend (nazorg voor (ex-)hartrevalidatiepatiënten);
- bedrijfsfysiotherapie.

In 2010 hebben er 2.535 cliëntcontacten plaatsgevonden. Voor Mediweert was 2010 het derde boekjaar. De omzet vertoont een stijging van 21% ten opzichte van 2009.

In 2010 is de focus met name gelegd op vier pijlers; 1) het Sport Medisch Adviescentrum, 2) het Bedrijfs Medisch Adviescentrum, 3) producten in het kader van Moeder & Kind en 4) de Lucentis-oogbehandeling. De doelstellingen voor 2010 te weten het realiseren van productiegroei, beperking van de overhead en focussen op bepaalde producten zijn behaald.

Het Sport Medisch Adviescentrum (SMA Mediweert) is in januari 2010 gecertificeerd en officieel erkend door de Stichting Certificering Actoren in de Sportgezondheidszorg (SCAS). Vanaf mei 2010 heeft SMA Mediweert de status "supply-sponsor" van Topsport Limburg verkregen, waarmee het Sport Medisch Adviescentrum erkend is als professionele hulpverlener voor (Top-)sporters. Dit heeft geleid tot een intensieve samenwerking met de professionele wielerploeg Vacansoleil PCT, de betaald voetbalorganisatie FC Eindhoven, de atletiekvereniging AV Weert en met BSW te Weert en Basketbal Promotie Limburg (BPL).

2.4.6 Zorgverzekeraars

Met CZ (marktleider), Uvit, Achmea, MultiZorg, Menzis en alle hieronder ressorterende merken zijn contracten afgesloten. In het A-segment werden (collectief) zowel prijs- als volumeafspraken gemaakt. In het B-segment werden met elke zorgverzekeraar afzonderlijk prijsafspraken gemaakt; de volume-component kende in alle gevallen een open einde.

Met CZ en Achmea werden daarnaast separaat gesprekken gevoerd inzake kwaliteit van zorg. Achmea benoemde het SJG Weert tot voorkeursaanbieder voor de borstkankerzorg.

2.5 Commissie Ethisch Beraad

De commissie Ethisch Beraad van het SJG Weert heeft in 2010 verder gewerkt aan de hernieuwing van belangrijke ethische protocollen die onderdeel uitmaken van de 'End-of-Life care' binnen het ziekenhuis. Dit betrof met name het protocol Palliatieve Sedatie en het protocol Niet-Reanimeren. Daarnaast zijn ook patiëntenfolders ontwikkeld rondom deze protocollen. De commissie Ethisch Beraad is in 2010 tweemaal samengekomen om inhoud, ethische aspecten en implementatie van de nieuwe protocollen te bespreken. De beide protocollen en bijbehorende patiëntenfolders zijn na enkele opmerkingen door de Vereniging Medische Staf goedgekeurd.

Voorts heeft de commissie in 2010 een aanzet gemaakt met het ontwikkelen van een vernieuwd protocol Euthanasie. De bedoeling is dit protocol in 2011 te kunnen afronden.

De commissie werd tweemaal verzocht tot instemming met een voorgenomen wetenschappelijk onderzoek binnen het ziekenhuis. Na toetsing van gangbare criteria werd formeel toestemming gegeven voor deze onderzoeken.

2.6 Beleidscommissie Oncologie 2010

Op gebied van de oncologische zorg zijn ook in 2010 diverse activiteiten verricht. Het gaat daarbij om activiteiten zowel op beleidsmatig als zorginhoudelijk gebied:

- Vertaling van de activiteiten van de maatregelen van de IGZ zoals beschreven in het rapport 'Zorgketen voor kankerpatiënten moet verbeteren' uit 2009. Deze zijn onder meer gericht op het bestaan van heldere afspraken over de rolverdeling van hoofdbehandelaar, regisseur, contactpersoon en casemanager. Voorts is een belangrijk aandachtspunt uit het genoemde rapport dat het ziekenhuis beschikt over een systeem van vroegsignalering m.b.t. behoefte aan professionele psychosociale zorg voor patiënten met kanker. In dit verband zijn vanaf 2010 signaleringslijsten gefaseerd ingevoerd, geëvalueerd en waar nodig gebruikt bij aanpassing van de werkwijze op andere werkplekken c.q. ten behoeve van andere patiëntengroepen;
- Verdere invoering van verbetermaatregelen van de visitatie vanuit het Integraal Kankercentrum Limburg uit 2009;
- Beschikbaarheid van een overzicht van externe rapportages, voorschriften, prestatie-indicatoren en adviezen/richtlijnen (dwingend dan wel facultatief) waarmee bij de opzet en het verlenen van professionele oncologische zorg rekening moet worden gehouden. Dit betreft zowel items op gebied van inhoud van professioneel handelen als op gebied van organisatie van zorg;
- Ook in 2010 heeft de nurse practitioner oncologie de rol gehad van verpleegkundig consulent oncologie. Deze rol is mede ingegeven vanuit het IKL en is bedoeld om de kwaliteit van de verpleegkundig oncologische zorg binnen het St. Jans Gasthuis te optimaliseren;
- De mammacare-verpleegkundigen en de verpleegkundigen colonicare hebben ook dit jaar deelgenomen aan regionale samenwerkings- en overlegverbanden die als doel hebben de patiëntenzorg op genoemde terreinen te optimaliseren;

- De werkgroep Oncologieverpleegkundigen (WOV) is in 2010 niet meer bij elkaar gekomen. De bestaande formule van een gezamenlijke aanpak van specifieke problemen bleek niet langer te werken. Gekozen is voor de aanpak van "problemen op locatie". Een van de activiteiten die hieruit is voortgevloeid is de opzet van een interne scholing op gebied van chemotherapie voor de recent gediplomeerde verpleegkundigen en overige belangstellenden van de derde etage waar deze verpleging plaatsvindt;
- Op verzoek van meerdere afdelingen heeft in 2010 diverse malen een praktische scholing plaatsgevonden op gebied van verpleegkundige handelingen met de port-a-cath. Hoewel deze activiteiten niet uitsluitend verbonden zijn met oncologische zorg wordt het grootste deel van de patiënten met een port-a-cath in dit ziekenhuis behandeld in verband met een maligniteit. Een belangrijke doelstelling van deze scholing is de verspreiding van de deskundigheid op dit gebied over de verschillende afdelingen zodat de kwaliteit van zorg in deze verbeterd kan worden;
- De werkgroep psychosociale zorg is in totaal zes maal bij elkaar gekomen. Een van de belangrijkste onderwerpen vormt -evenals vorig jaar- het invulling geven aan de vroegsignalering psychosociale zorg.

3 Bestuur, toezicht en bedrijfsvoering

3.1 Normen voor goed bestuur

Het SJG Weert past volledig de Zorgbrede Governancecode toe. De verantwoording over het beleid vindt plaats via het Jaardocument Zorg (Jaarrekening, Maatschappelijk Verslag en DiGiMV). Daarnaast treedt het SJG Weert over strategische onderwerpen in overleg met diverse interne en externe belanghebbenden. Dit is gebeurd met betrekking tot alle relevante onderwerpen in het Ondernemingsplan en andere relevante onderwerpen.

Onder externe belanghebbenden worden hierbij verstaan: huisartsen, verloskundigen, apothekers en andere eerstelijnszorg, instellingen in de derdelijnszorg, het Regionaal Centrum Geestelijke Gezondheidszorg Weert (RC GGz), patiëntenorganisaties, de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), zorgverzekeraars en gemeenten.

Met aanpalende zorgaanbieders, zorgverzekeraars en overige belanghebbenden vindt regelmatig overleg plaats over de verbetering van de kwaliteit van de zorg en de risicobeheersing.

De externe accountant wordt benoemd en ontheven door de Raad van Toezicht na advies van de directie. Met ingang van 2010 is BDO als accountant voor het ziekenhuis aangewezen voor een periode van drie jaar. De externe accountant woont de vergadering van de Raad van Toezicht bij waarin de jaarrekening wordt goedgekeurd. Tevens brengt de accountant een 'managementletter' uit met zijn bevindingen aan zowel directie als Raad van Toezicht. De accountant is op uitnodiging aanwezig in de auditcommissie van de Raad van Toezicht.

Eenmaal per jaar beoordeelt de Raad van Toezicht of het SJG Weert zich in voldoende mate aan de Zorgbrede Governancecode heeft gehouden. Indien er tekortkomingen zijn worden hierover afspraken gemaakt met de directie en wordt actie ondernomen. Deze beoordeling vond plaats op 20 december 2010.

3.2 Directie

Samenstelling directie 2010

| Naam | Directiefunctie | Nevenfuncties |
|--|--------------------|---|
| Dhr. H. de Jong | Algemeen directeur | Voorzitter Nature for Kids |
| Dhr. L.H.B. Bemelmans (m.i.v. 1-7-2010) | Directeur zorg | Directeur / eigenaar BeyondBorders Consultancy |

Er is een directiereglement (meest recent vastgesteld in juli 2010) waarin de volgende onderdelen zijn benoemd:

- bestuurstaak;
- verantwoordelijkheid en verantwoording;
- besluitvorming;
- waarneming en vacature;
- openbaarheid en belangenverstrengeling;
- medezeggenschap;
- openheid en verantwoording intern;
- geheimhouding.

Het reglement kan worden gewijzigd door de directie na goedkeuring door de Raad van Toezicht. Conform dit reglement wordt onderstaande portefeuilleverdeling gehanteerd.

| Directiefunctie | Verantwoordelijkheidsgebied |
|--------------------|--|
| Algemeen directeur | <ul style="list-style-type: none"> • Bestuurlijk eindverantwoordelijk • Kernstaf, overleg stafbestuur - directie • Samenwerkingsverbanden • Financiën, planning & control • P&O, opleidingen • ICT • Inkoop • Vastgoed • Land van Horne • Facilitaire zaken • Zorgverzekeraars en accountant • Ondernemingsraad, Cliëntenraad • MediWeert • Rc GGZ |
| Directeur zorg | <ul style="list-style-type: none"> • Patiëntenzorg • Kwaliteit • Medische ondersteuning • Kernstaf, overleg stafbestuur - directie • Patiëntenlogistiek • VAR • Overleg huisartsen • MediWeert |

De bezoldiging van de directie bedroeg:

| Directielid | Bezoldiging* | Toelichting |
|-----------------------|--------------|-----------------------------|
| Dhr. H. de Jong | € 180.000 | exclusief auto van de zaak° |
| Dhr. L.H.B. Bemelmans | € 82.500 | vanaf 1 juli 2010 |

* Bezoldiging is het bruto inkomen inclusief vakantiegeld en eindejaarsuitkering.

°Conform de regeling onkosten worden woon-werk kos ten vergoed; een auto vanuit het SJG Weert is daarmee goedkoper dan het vergoeden van onkosten.

Met de directieleden is geen bovenwettelijke ontslagvergoeding overeengekomen. Vanaf 1 januari 2010 is de nieuwe beloningscode zorg toegepast. Er is geen variabele beloning overeengekomen.

Afspraken tussen directie en Raad van Toezicht

Naast de reglementen van directie en de Raad van Toezicht is geen specifiek informatieprotocol vastgesteld. De afspraken tussen beide raden zijn vastgelegd in een notitie die 14 september 2006 is overeengekomen.

De Raad van Toezicht houdt conform de Zorgbrede Governancecode toezicht op de bedrijfsvoering van de directie. In de Zorgbrede Governancecode wordt aangegeven dat de Raad van Toezicht tenminste bewaakt:

- De realisatie van de doelstellingen van de zorgorganisatie;
- De strategie en de risico's verbonden aan activiteiten van de organisatie;
- De opzet en werking van de interne risicobeheersing- en controlesystemen, waaronder kwaliteit en veiligheid;
- De financiële verslaglegging;
- De naleving van wet- en regelgeving;
- Het uitvoering geven aan het zijn van een 'zorgonderneming met een bijzondere maatschappelijke verantwoordelijkheid'.

Het gaat er daarbij om de uitvoering te toetsen aan de beleidsplannen en beleidsuitgangspunten, die helder zijn geformuleerd. Er is een strategisch en tactisch beleidsplan met daarin zo veel mogelijk SMART doelstellingen. De directie moet daarnaast per kwartaal rapporteren over de mate waarin de doelstellingen zijn bereikt en de acties die zij daarop gaat nemen (conform Plan-Do-Check-Act).

De volgende besluiten worden genoemd in statuten en reglementen ter goedkeuring door de Raad van Toezicht:

- Beleidsplannen;
- Begroting en jaarrekening;
- Fusie / ontbinding / splitsing;
- Oprichting / ontbinding rechtspersoon;
- Strategische samenwerking;
- Overeenkomsten t.a.v. registergoederen;
- Verlenen van procuratie;
- Investerings overeenkomstig goedgekeurde investeringsbegroting > € 1 mln.;
- Overige investeringen > € 0,1 mln.;
- Lange termijn geldleningen;
- Mutaties in bestaande rekening-courant faciliteiten.

Aan de beleidsplannen wordt groot belang gehecht. Zij vormen een kader voor de door de directie te nemen beslissingen. Door een door de directie en de Raad van Toezicht tezamen bepaald beleidsplan wordt voorkomen dat de bestuurder komt tot een beleid dat achteraf door de Raad van Toezicht niet blijkt te worden goedgekeurd.

3.3 Toezichthouders (Raad van Toezicht)

3.3.1 Samenstelling

De Raad van Toezicht bestond in 2010 uit zeven personen. Op 1 maart werd op voordracht van de Cliëntenraad mevrouw van Schaik benoemd. De Raad kwam in 2010 achtmaal bijeen.

Samenstelling Raad van Toezicht

| Naam | Aandachtsgebied | Nevenfuncties | Eerste benoeming / moment van aftreden | Aantal bijgewoone RvT vergaderingen |
|---|---|--|--|-------------------------------------|
| Dhr. L.J.M. Linnartz Voorzitter | Remuneratie-commissie, agendacommissie | - commissaris Drukkerij Hazenberg Boxtel - commissaris Drukkerij Tesink Zutphen - commissaris Zeefdrukkerij Erdé Tilburg - adviseur SHD Grafimedia Swalmen - vice-voorzitter stichting Promotion Wilh'08 | 01-04-2007 / 31-12-2012 | 8 |
| Dhr. drs. A.J. Droppert Vice-voorzitter | Remuneratie-commissie, agendacommissie | - zelfstandig adviseur arbeidsmarktbeleid - lid Raad van Toezicht Citaverde college R'mond - lid Raad van Toezicht SMO te Helmond - adviseur bestuur stichting Welzijn Ouderen Mill | 01-01-2006 / 31-12-2013 | 7 |
| Dhr. drs. H.M.S.M. Jansen, arts | Commissie kwaliteit en veiligheid | - voorzitter Heemkunde Vereniging Nederweert - lid Erfgoedcommissie gemeente Nederweert - bestuurslid Artsen Senioren Midden-Limburg | 01-01-2008 / 31-12-2011 herbenoembaar | 8 |
| Dhr. dr. H.M. van de Sandt, arts | Commissie kwaliteit en veiligheid, contact OR | Geen | 01-11-2007 / 31-10-2011 herbenoembaar | 8 |
| Mw. mr. J.A.M. van Schaik-Veltman | Juridische portefeuille, contact cliëntenraad | - vice-president gerechtshof 's Hertogenbosch - voorzitter Raad van Toezicht SOML (Stichting Onderwijs Midden-Limburg) | 01-03-2010 / 28-02-2014 herbenoembaar | 6 |
| Dhr. drs. A.J.H. Sieben | Auditcommissie | - bestuurslid Stichting Projecten Arbeidsmarkt Zorgsector West-Brabant - voorzitter Stichting 't Wieckerhoes Maastricht - penningmeester Stichting Fonds Zeggenschap Zorgvragers Limburg | 01-11-2007 / 31-10-2011 herbenoembaar | 8 |
| Dhr. G.M.M.G. Timmermans | Auditcommissie | - vennoot Bedrijfsadviesbureau Integrity & Efficiency, Operational Auditing | 01-01-2006 / 31-12-2013 | 8 |

De Raad van Toezicht beoordeelt of de nevenfuncties belangenverstrengeling met zich mee (kunnen) brengen. In de Raad van Toezicht is een samenstel van disciplines opgenomen. De financieel-economische discipline is vertegenwoordigd in verschillende leden van de Raad (de heren Linnartz, Timmermans, Sieben en Droppert). De juridische discipline bij mevrouw van Schaik, de kennis van de zorg bij de heren Jansen (voormalig huisarts), Van de Sandt (voormalig orthopedisch chirurg) en Sieben (voormalig ziekenhuisbestuurder). De Raad van Toezicht hanteert op basis van haar reglement een algemeen profiel, wat specifiek wordt aangevuld bij een vacature. De OR en de Cliëntenraad hebben recht van aanbeveling ten aanzien van nieuwe leden in de Raad. De Cliëntenraad heeft recht van bindende voordracht voor één van de leden van de Raad.

3.3.2 Beloning Raad van Toezicht

De honorering van de Raad van Toezicht bedroeg in 2010 € 4.000 per jaar per lid. De voorzitter kreeg hierop een toeslag van 100% en de vice-voorzitter van 50%.

Per september 2009 is de nieuwe beloningscode ingegaan van de NVTZ op basis waarvan de Raad van Toezicht een verhoging zou ontvangen tot € 8.000. De Raad van Toezicht heeft besloten zich te conformeren aan deze code, echter dat pas te doen met ingang van 1 januari 2011. Tevens ontvingen de leden een vaste vergoeding van € 25 per maand voor kleine onkosten zoals communicatie / IT kosten.

| Lid Raad van Toezicht | Vaste bruto beloning | Onkostenvergoeding |
|-------------------------------|----------------------|--------------------|
| Dhr. L.J.M. Linnartz | € 8.000 | € 300 |
| Dhr. A.J. Droppert | € 6.000 | € 300 |
| Dhr. H.M.S.M. Jansen | € 4.000 | € 300 |
| Dhr. H.M. van de Sandt | € 4.000 | € 300 |
| Mw. J.A.M. van Schaik-Veltman | € 3.333 | € 250 |
| Dhr. A.J.H. Sieben | € 4.000 | € 300 |
| Dhr. G.M.M.G. Timmermans | € 4.000 | € 300 |

Daarnaast heeft de Raad van Toezicht een bedrag van € 5.242 besteed aan abonnementen, lidmaatschap Nederlandse Vereniging van Toezichthouders in Zorginstellingen (NVTZ), congres- en studiekosten, reiskosten en representatie.

3.3.3 Werkwijze

In het reglement van de Raad van Toezicht zijn de volgende zaken geregeld:

- informatievoorziening door de directie;
- samenstelling en profiel Raad van Toezicht;
- onverenigbaarheid van functies;
- intern en extern overleg en optreden van de Raad van Toezicht;
- benoeming leden van de Raad van Toezicht;
- einde lidmaatschap;
- werkwijze;
- commissies;
- evaluatie;
- honorering en onkostenvergoeding;
- verantwoording;
- geheimhouding.

Het reglement kan worden gewijzigd door een besluit van de Raad van Toezicht.

Er is een viertal commissies binnen de Raad:

- de auditcommissie;
- de commissie kwaliteit;
- de remuneratiecommissie;
- de agendacommissie.

De Raad van Toezicht opereert zonder last of ruggespraak. Eén of meer leden zijn enkele malen bij de vergadering van de OR c.q. Cliëntenraad geweest. De voorzitter heeft enkele malen overleg gehad met de voorzitter van het bestuur van de Vereniging Medische Staf.

In 2010 is de RvT zeven keer regulier bijeen gekomen en éénmaal in een extra vergadering, soms met een aantal genodigden.

De RvT bespreekt in principe elke reguliere vergadering de voortgang in de bedrijfsvoering op basis van schriftelijke en mondelinge informatie van de directie.

Enkele leden van de Raad van Toezicht hebben ook over specifieke thema's (inkoop, kwaliteit, veiligheid, PR, splitsing stichting Service Netwerk De Nieuwenborgh) contact gehad met functionarissen binnen de organisatie. Dit altijd na overleg met de directie.

Enkele leden van de RvT hebben bijeenkomsten en cursussen bezocht van de NVTZ (Nederlandse Vereniging van Toezichthouders in de Zorg) en van Price Waterhouse Coopers om zich op de hoogte te houden van de ontwikkelingen in corporate governance en andere aangereikte onderwerpen.

3.3.4 Inhoud vergaderingen

Het aantal vergaderingen van de RvT was in 2010 weer op een normaal niveau na de hectische periode voorafgaand aan 2010. De nieuwe algemeen directeur heeft orde op zaken gesteld op financieel gebied en door de benoeming van een tweede directielid met de portefeuille zorg kon ook voortvarend verder gewerkt worden met de invulling van het Ondernemingsplan en de verbetering van de kwaliteit van de zorg.

Het Ondernemingsplan 2008 – 2012 van het SJG Weert was uitgangspunt van het beleid en wordt op basis van actualiteit bijgesteld. In het Ondernemingsplan werden vier sporen onderscheiden: 1) maken van keuzes, 2) samenwerken met derden, 3) ontwikkelen c.q. aantrekken van A-merken en 4) aantrekken van ondernemerschap gekoppeld aan privaat kapitaal.

Spoor 4 is in die zin gewijzigd dat versterken ondernemerschap op meerdere niveaus doelstelling blijft, maar dat aantrekken van privaat kapitaal pas weer beleid kan worden als de overheid hiervoor realistische condities toestaat. Samenwerking met andere partijen is regelmatig aan de orde geweest. In 2010 is het Ondernemingsplan bijgesteld.

Belangrijkste thema was de verbetering van de kwaliteit van de zorg. Dit is een aantal malen in de RvT aan de orde geweest, voorbereid door de commissie Kwaliteit. Specifieke onderwerpen waren daarbij:

- NIAZ-accreditatie;
- Risico Inventarisatie (RIE);
- convenant directie - medische staf;
- gesprekken Inspectie voor Gezondheidszorg.

Andere onderwerpen op de agenda waren:

- Kaderbrief 2011 ten behoeve van planning & control;
- kwartaalrapportages;
- organisatiestructuur;
- splitsing Stichting Servicenetwerk De Nieuwenborgh;
- voortgang RC GGZ;
- samenwerking Meditta;
- overleg met de provincie over ziekenhuiszorg in Limburg;
- business plan ZBC Mediweert;
- Elsevier en AD enquête;

- afbouw onderbouw OK-complex;
- groot onderhoud parkeergarage;
- benoeming nieuw lid Raad van Toezicht;
- benoeming en honorering bestuurder zorg;
- functioneren directie;
- vaststellen reglement remuneratiecommissie;
- bespreken reglement RvT commissie Kwaliteit.

3.3.5 Toezicht op strategie en prestaties

Onderwerpen uit het Ondernemingsplan zijn elke vergadering van de Raad van Toezicht aan de orde geweest. Daarnaast zijn de prestaties gemonitord aan de hand van de kwartaalrapportage en verschillende tussentijdse rapportages. Tevens zijn de ontwikkelingen bij de medisch specialistische vakgroepen op de meeste vergaderingen aan de orde geweest.

3.3.6 Toezicht op het interne beheersings- en controlesysteem

De auditcommissie heeft zich een aantal malen gebogen over de kwaliteit van het interne financiële beheersings- en controlesysteem. Dit is ook verschillende malen in de voltallige Raad van Toezicht aan de orde geweest. Ten aanzien van kwaliteit en veiligheid is dit een standaard onderwerp in de daarvoor ingestelde commissie.

3.3.7 Besluiten ter goedkeuring aan de Raad van Toezicht

De Raad van Toezicht heeft de volgende besluiten van de directie goedgekeurd:

- outsourcing van de trombosedienst;
- jaardocument 2009 (inclusief Jaarrekening 2009);
- treasurystatuut;
- wisseling van de externe accountant.

De begroting 2011 is in 2010 niet goedgekeurd. Dit zal begin 2011 gebeuren. Ten slotte heeft de Raad van Toezicht per 1 juli 2010 een tweede directielid benoemd met als portefeuille zorg.

3.3.8 Werving en selectie directeur zorg

De Raad van Toezicht heeft in overleg met de algemeen directeur besloten te komen tot een tweehoofdige directie. Reden hiervoor is dat de organisatie van een ziekenhuis als SJG Weert te ingewikkeld is om vanuit een eenhoofdige directie adequaat te vervullen. Belangrijk daarbij is dat zowel de bedrijfseconomische discipline als de discipline zorg in de directie zijn vertegenwoordigd. Dat wil zeggen dat een directeur met een achtergrond in de zorg moest worden aangetrokken. Door een tweehoofdige directie kan tevens de organisatie onder de directie lichter worden gemaakt.

In het voorjaar heeft de Raad van Toezicht een selectiecommissie ingesteld, waarin ook de algemeen directeur zitting nam. Er is een openbare procedure gevolgd, waarop diverse goede kandidaten hebben gereflecteerd. Uiteindelijk werden twee kandidaten gevonden met in de visie van de Raad van Toezicht gelijke benoembaarheid. Daarom werden beide kandidaten aan de OR, Cliëntenraad en bestuur Vereniging Medische Staf voorgesteld. Rekening houdend met het advies van deze gremia is vervolgens de heer Bemelmans benoemd.

3.3.9 Agendacommissie

De agendacommissie bestaat uit de voorzitter en de vice-voorzitter. Zij komt voor elke reguliere vergadering met de algemeen directeur bijeen ter voorbereiding van de agenda.

3.3.10 Remuneratiecommissie

De remuneratiecommissie bestaat uit de voorzitter en de vice-voorzitter. Zij bereidt beloningsvoorstellen voor de directie en de Raad van Toezicht voor. In 2010 is de remuneratiecommissie driemaal bijeen geweest, te weten éénmaal over de arbeidsovereenkomst van de nieuwe bestuurder op basis van de voorbeeldovereenkomst bij de beloningscode zorg en tweemaal met betrekking tot voorbereiding van het functionerings- en beoordelingsgesprek met de algemeen directeur.

3.3.11 Remuneratieverslag

Ten aanzien van de honorering van de directie wordt uitgegaan van de beloningscode zorg. Het SJG Weert wordt ingedeeld in groep in G. De Raad van Toezicht heeft besloten dat voor de functie directeur SJG Weert een opslag van 20% op deze schalen noodzakelijk is. Dit vanwege extra risicofactoren ten aanzien van de kapitaalmarkt (hoog bedrag vreemd vermogen, laag rendement en smalle liquiditeitspositie), de noodzakelijke reorganisatie, de noodzakelijke cultuuromslag en de uitdagingen die het Ondernemingsplan stelt. Daarmee komt de salaris range tussen € 109.550 en € 187.440.

De algemeen directeur, een ervaren general manager met bewezen prestaties in de bedrijfsvoering, is ingeschaald op € 180.000. De directeur zorg wordt vanwege ervaring en achtergrond ingeschaald op € 165.000. Voor wat betreft de onkostenvergoeding wordt uitgegaan van voorzieningen zoals die door SJG Weert voor medewerkers zijn vastgesteld en vastgelegd.

3.3.12 Auditcommissie

Taak conform Reglement Raad van Toezicht: ondersteunen uitoefening toezicht Raad van Toezicht op financieel beleid en beheer, door voorbereidende werkzaamheden te verrichten ten behoeve van en verslag te doen aan de Raad van Toezicht. De functie en werkwijze zijn vastgelegd in een uitvoeringsreglement, conform raamwerk NVTZ.

De auditcommissie is in 2010 viermaal bijeen geweest. Elk overleg vond plaats met zowel hoofd financiële administratie als hoofd planning & control en algemeen directeur. De externe accountant was hierbij tweemaal aanwezig. Onderwerpen op de agenda waren:

- Jaarrekening 2009;
- Analyse maandelijkse managementinformatiecijfers;
- Treasurystatuut;
- Invoering Klokkenluiderregeling SJG Weert;
- Ontwikkelingen/operationele gang van zaken 2010 MediWeert;
- Deelname waarborgfonds;
- Evaluatie aanbevelingen extern accountant;
- Evaluatie functioneren externe accountant;
- Wisseling externe accountant van PWC naar BDO;
- Analyse opbrengsten en kosten B-segment 2010 SJG Weert;
- Inventarisatie in SJG Weert aanwezige kunst;
- Bewaking realisatie Budget RvT 2010.

Binnen de auditcommissie bestaat voldoende bedrijfskennis en is objectiviteit en onafhankelijkheid verzekerd.

3.3.13 Commissie Kwaliteit

In 2010 is de commissie Kwaliteit viermaal bijeen geweest in aanwezigheid van de directiesecretaris, tweemaal de veiligheidsmanager en tweemaal de directeur zorg.

Onderwerpen op de agenda waren:

- Kwaliteitskader medisch specialisten;
- Convenant directie – medische staf;
- Hospital Standardised Mortality Rate (HSMR);
- Veiligheidsmanagementsysteem (VMS);
- Veilig Incidenten Melden (VIM);
- Commissie Medical Audit;
- Zichtbare Zorg (ZiZo) en IGZ prestatie-indicatoren;
- IGZ rapportages;
- Informatieprotocol;
- Kwartaalrapportages kwaliteit en veiligheid;
- Elsevier en AD enquête 2010;
- Functioneren commissie Minimaal Invasieve Chirurgie;
- Spoedeisende Hulp (SEH) handhavingplan IGZ;
- Landelijke discussie perinatale sterfte;
- Toezicht Operatief Proces (TOP) en SURgical PATient Safety System (SURPASS);
- Medicatieveiligheid;
- Elektronisch Voorschrijfsysteem (EVS).

Binnen de commissie Kwaliteit bestaat voldoende kennis over de zorg en is objectiviteit en onafhankelijkheid verzekerd.

3.3.14 Evaluatie functioneren Raad van Toezicht

In vervolg op haar beoordelingsoverleg op 20 december 2010 met betrekking tot het zich voldoende houden aan de Zorgbrede Governancecode door de RvT, heeft de RvT begin 2011 zijn functioneren als team in 2010 geëvalueerd. Hierbij is gebruik gemaakt van de daarvoor bestemde checklist van de NVTZ. Ten aanzien van de teameffectiviteit heeft de RvT de stellige indruk dat de vragen in de checklist positief beantwoord kunnen worden. De RvT is ten aanzien van de voorzitter van mening dat deze zeer gedreven is en een grote kennis van zaken heeft. Alle leden krijgen de ruimte om hun mening te geven en de voorzitter zorgt voor een goede bewaking van de afspraken met de directie en de onderlinge afspraken. Ten aanzien van het samenspel met de directie is de Raad van Toezicht zeer tevreden. Afgesproken is dat het contact met de Vereniging Medische Staf en de managementlaag onder de directie zal worden versterkt.

De rapportage van de directie is op financieel gebied aanzienlijk verbeterd. Echter, op de andere velden van de balanced scorecard (kwaliteit, personeel, innovatie) is de rapportage voor verbetering vatbaar. De directie heeft toegezegd dit op zich te nemen.

3.3.15 Informatiebronnen Raad van Toezicht

Naast de directie heeft de Raad van Toezicht zich gebaseerd op een aantal andere interne en externe informatiebronnen, te weten:

- contacten met bestuur en leden van de Vereniging Medische Staf, Ondernemingsraad en Cliëntenraad;
- contacten met functionarissen binnen de organisatie;
- contacten met externe partijen in Weert en elders;
- bijeenkomsten van NVTZ en Price Waterhouse Coopers;
- interne informatiebulletins van het ziekenhuis die RvT leden standaard ontvangen;
- literatuur en overige informatiebronnen.

3.4 Risico's in bedrijfsvoering en zorg

De sector is actief in een markt en een omgeving die gekenmerkt wordt door:

- een vraag naar zorgconsumptie die structureel uitstijgt boven het macrokader;
- een extreem kritisch product;
- een kritischer en mondiger wordende klant;
- een selectief inkoopbeleid door zorgverzekeraars;
- afnemende opbrengstprijzen en afnemende budgetten;
- schaarste aan specifieke kwaliteit van medewerkers;
- toenemende regelgeving en normering;
- het afdwingen van meer openheid en transparantie;
- toenemende concurrentie / marktwerking en
- een terughoudende opstelling van banken als financier van investeringen.

Bovenstaand samenspel van factoren, in combinatie met een missie gericht op continuïteit leidt onvermijdbaar tot beleid gericht op het doelmatig aanwenden van schaarse financiële middelen, het verbeteren van de klanttevredenheid, de ontwikkeling van onderscheidend vermogen, het opvoeren van de productiviteit en het verbeteren van de efficiency.

Risicobeheersing begint met de onderkenning daarvan. Directie, management en Vereniging Medische Staf zijn zich bewust van de aan de bedrijfsvoering, divers van aard, verbonden risico's. Met elkaar – voor elkaar wordt gemotiveerd gewerkt aan een tijdige onderkenning van risico's, alsmede een beleidsmatige aanpak gericht op risicobeheersing en onderzoek naar oorzaken van incidenten en calamiteiten. Zowel regulier gepland overleg als ad hoc overleg is gericht op de ontwikkeling van beleid en maatregelen ten behoeve van de beheersing van processen.

In dit kader wordt het landelijke VMS-programma ziekenhuisbreed geïmplementeerd en vindt op basis van de NIAZ-normering een systeem van continue auditing plaats (intern en extern). Voorts wordt gevolg gegeven aan de implementatie van de NEN 7510 norm (informatiebeveiliging), is sprake van systematische validatie van DBC-registraties en facturatie en is met behulp van een kwartaalrapportage kwaliteit en veiligheid tevens sprake van een continue monitoring van de voortgang van cruciale onderwerpen rondom kwaliteit en veiligheid.

3.5 Cliëntenraad

Op grond van de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ) artikel 2 en 8 en de Kwaliteitswet artikel 5 dient de zorginstelling informatie te verstrekken over de wijze waarop de Cliëntenraad (CR) is gefaciliteerd alsmede over de adviezen die de CR (gevraagd of ongevraagd) heeft uitgebracht en de beleidsonderwerpen die met de CR zijn besproken.

Invulling artikel 2 van de WMCZ

De CR heeft tot taak, binnen het kader van de doelstellingen van het ziekenhuis, in het bijzonder de gemeenschappelijke belangen van de cliënten van het SJG Weert te behartigen. Met cliënten worden (potentiële) patiënten, hun familie en bezoekers bedoeld.

De CR ontleent haar bestaansrecht aan de in 1996 ingevoerde WMCZ, welke wet de CR in de gelegenheid stelt de algemeen directeur gevraagd én ongevraagd te adviseren. De voorwaarden om aan zijn taak te voldoen staan beschreven in een samenwerkingsovereenkomst (SO) tussen CR en de directie. Ook zijn de rechten, plichten en bevoegdheden van directie en CR in deze overeenkomst opgenomen. Er is tevens een huishoudelijk reglement (HR) waarin o.a. de doelstelling en werkwijze van de CR zijn beschreven. De SO en HR zijn in 2010 geëvalueerd en daar waar nodig aangepast.

De CR waakt - namens de cliënten van het SJG Weert - dus over de kwaliteit van de dienstverlening van het ziekenhuis en wil zijn achterban zoveel als mogelijk daarbij betrekken. Om dit zo snel en efficiënt mogelijk te kunnen doen is de Digitale Klankbordgroep (DKG) in 2009 opgezet, als onderdeel van de website van het SJG Weert. Inmiddels is het ledental gegroeid naar meer dan 125 leden. De werving voor leden van de DKG blijft een continue proces van aandacht.

3.5.1 Ondersteuning Cliëntenraad

In de SO is vastgelegd dat de CR een begroting voorlegt aan de directie waarop deze laatste, na overleg, het budget vastlegt. In deze begroting zijn o.a. opgenomen: abonnementskosten, reiskostenvergoeding, drukwerk, opleidings- en congreskosten en de kostenvergoeding van de CR-leden. Het eventueel inhuren van externe deskundigheid gebeurt in overleg met de directie en is niet in de begroting opgenomen. De CR legt elk jaar verantwoording af aan de directie in een financieel jaarverslag. Ten behoeve van de ondersteuning op secretariael, organisatorisch en beleidsmatig gebied is door de directie een ambtelijk secretaris aangesteld die een onafhankelijke positie heeft binnen het ziekenhuis en verantwoording aflegt aan de CR-voorzitter.

3.5.2 Speerpunten Cliëntenraad 2010

- 1) Terugdringen wachttijden in wachtkamers bij poliklinieken en
- 2) Hygiëne en veiligheid.

In 2010 heeft de Cliëntenraad de volgende (ongevraagde) adviezen gegeven:

| Adviesaanvraag | Besluit CR | Toelichting |
|--|---|---|
| Topstructuur SJG Weert (topstructuur dusdanig in te richten dat er een tweehoofdige directie ontstaat) | Positief | Kandidaat moet beschikken over voor deze functie bewezen kwaliteiten, ervaring en competenties. Er moet een match zijn met de algemeen directeur. |
| Bindende voordracht kandidaat voor de RvT van het SJG Weert | Positief | - |
| Benoeming lid Klachtencommissie Patiëntenzorg | Positief | In toekomst meer informatie verstrekken over kandidaat (CV). |
| Voorgenomen benoeming directeur zorg | Positief | |
| Jaarrekening 2009 SJG Weert en Jaarverantwoording Zorginstellingen 2009 SJG Weert | Positief | CR is tevreden dat er een positief exploitatieresultaat is. Jaarverantwoording geeft een goed beeld van de organisatie en ziet er verzorgd uit. |
| Keuze nieuwe voedingsleveranciers | CR maakt geen gebruik van haar recht om het genomen besluit nietig te verklaren | CR heeft verzwaard adviesrecht inzake voedingsaangelegenheden van algemene aard. Ten aanzien van de organisatie van de proeverijen ziet de CR verbeterpunten wat betreft het tijdstip van de proeverijen, de deelnemers en de te proeven gerechten. |
| Voorgenomen benoeming plaatsvervangend lid Klachtencommissie Patiëntenzorg | Positief | Geen profielschets aanwezig. In de toekomst wordt alleen advies gegeven door de CR mits alle gevraagde documenten aanwezig zijn. |

(Vervolg)

| Adviesaanvraag | Besluit CR | Toelichting |
|--|------------|--|
| <u>Ongevraagd advies:</u> Uitslag twee polls via de Digitale Klankbordgroep (DKG) van de Cliëntenraad | - | Poll 1) CR peilt rol van mantelzorg in de gezondheidszorg Poll 2) CR peilt de rol van SJG Weert bij doorverwijzen |
| Samenwerking apotheken SJG Weert met CZE | Positief | Continuïteit en kwaliteit van zorg wordt op deze manier gewaarborgd en vergroot. |

Daarnaast heeft de Cliëntenraad zich met de navolgende zaken bezig gehouden:

- werving nieuw lid van de Cliëntenraad;
- vaststellen begroting 2011 en Jaarrekening 2010;
- brainstormsessie Cliëntenraden zorgverleners regio Midden-Limburg inzake kwaliteit en het behoud van de zorg in de regio;
- bouw- en verbouwwaken;
- DKG (Digitale Klankbord Groep);
- wachttijden in de wachtkamer van de poliklinieken;
- hygiëne en veiligheid;
- werving nieuwe ambtelijk secretaris;
- contacten met het 'Huis van de Zorg' in Sittard;
- patiëntenervaringen.

4 Beleid, inspanningen en prestaties

4.1 Meerjarenbeleid

Statutaire doelstelling

De stichting SJG Weert stelt zich ten doel om aan allen die daartoe behoefte hebben en op grond van wet- en regelgeving daarop aanspraak maken, verblijf, medische behandeling en begeleiding, verpleging, verzorging, revalidatie, (re)activering, hulp en dienstverlening, dan wel een combinatie van deze (functionele) verstrekkingen, te bieden, zowel op intramurale, als ook op semi-murale wijze, evenals alle daarmee samenhangende activiteiten te ondernemen, alles in de ruimste zin des woord. Hoewel niet in de statuten gespecificeerd, richt het ziekenhuis zich vanuit de historie op de inwoners van de regio Weert, Nederweert, Leudal en Cranendonck. Het strategische meerjarenbeleid van het ziekenhuis is vastgelegd in het Ondernemingsplan 2008 – 2012, dat momenteel wordt herzien. In de missie en visie van het Ondernemingsplan staat dat het SJG Weert kiest om vanuit een zelfstandige positie een basispakket met kwalitatief hoogwaardige medisch specialistische zorg te leveren in nauwe samenwerking met de partners in de zorgketen. Voor zorgproducten die niet zelf geboden worden draagt het ziekenhuis zorg voor doorleiding naar topklinische en academische ziekenhuizen. De basiszorg richt zich vooral op het eigen verzorgingsgebied.

Het verslagjaar 2010 heeft in het teken gestaan van de uitvoering en actualisatie van het Ondernemingsplan 2008 - 2012. Vanwege het veelomvattende karakter wordt in de prioritering van diverse onderdelen uitgegaan van een expliciete belangenafweging. De belangen van onze (toekomstige) patiënten en klanten wegen daarbij het zwaarst, gevolgd door respectievelijk de belangen van de ziekenhuisorganisatie, de medewerkers / medisch specialisten en de overige stakeholders.

Update Ondernemingsplan

Het SJG Weert kiest voor een zelfstandige positie in samenwerking met andere zorgpartijen. Om deze positie te kunnen blijven waarmaken is gekozen voor een drietal centrale thema's voor de planperiode 2011 - 2015. Deze thema's zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden.

In het geactualiseerde **Ondernemingsplan 2011 - 2015** staan vier sporen centraal, te weten:

1. Ontwikkelen van onderscheidend vermogen;
2. Maken van keuzes;
3. Aangaan van samenwerkingsverbanden;
4. Verdere ontwikkeling ondernemend vermogen.

Spoor 1: Ontwikkelen van onderscheidend vermogen

Het voortbestaan van een ziekenhuis als het SJG Weert is niet bij voorbaat als een gegeven te beschouwen. Daarom moet een moderne ziekenhuisorganisatie zich continue bewijzen door de beste zorg zo cliëntgericht mogelijk aan te bieden. Door uit te munten in kwaliteit en serviceverlening kan het SJG Weert zich onderscheiden en daarmee het perspectief van continuïteit vergroten.

Onderscheidend vermogen heeft vele dimensies. Sommige daarvan zijn voor de cliënten direct zichtbaar en merkbaar, andere spelen zich achter de schermen af maar zijn daarmee niet minder belangrijk.

Onderscheidend vermogen: direct zichtbaar en merkbaar...

- Toegangstijden tot diagnostiek en behandeling: voor de wachttijd tot eerste afspraak op de polikliniek en voor een (operatieve) behandeling gelden de zogenaamde Treeknormen. Deze normen zijn leidend in het SJG Weert en alle vakgroepen worden hieraan gehouden. Voor meer dan 80% van alle vakgroepen geldt dat de toegangstijden tot de polikliniek aanmerkelijk korter zijn dan door de Treeknormen wordt voorgeschreven. Registratie van wachtkamertijden is erop gericht om overschrijding van de norm van maximaal vijftien minuten vast te stellen en daar waar aan de orde te komen tot gerichte verbetering c.q. verkorting van de wachttijden. De toegankelijkheid wordt verder vergroot door het instellen van avondpoli's en buitenpoli's.
- Bejegening door artsen, verpleegkundigen en ondersteunend personeel: meten van patiënttevredenheid en verbeterprojecten zoals 'patiëntbejegening' en 'mystery guests' zijn erop gericht de nog bestaande 'zwaktes' te lokaliseren en aldaar passend te reageren en verbeteringen te realiseren.
- Patiëntvriendelijke omgeving: verschillende poli's werden gerenoveerd en voldoen qua toegankelijkheid en uitstraling aan de normen van deze tijd. Het Lange Termijn Huisvestingsplan (LTHP) ziet erop toe dat een patiëntvriendelijke ambiance tot in lengte van jaren voor zowel polikliniek als beddenhuis gegarandeerd zal zijn. Concreet is besloten tot het inrichten van een poliklinische apotheek in de onderbouw van het OK-complex. Ook is gestart met de businesscase die uiteindelijk moet leiden tot volledige renovatie van het beddenhuis en vernieuwbouw ten behoeve van de SEH met geïntegreerde huisartsenpost en aanpalende polikliniek Traumatologie.
- Medisch inhoudelijk up-to-date: enthousiaste en goed opgeleide artsen, verpleegkundigen en andere professionals kunnen in het SJG Weert beschikken over moderne apparatuur en middelen. De zorginhoudelijke kwaliteit wordt regelmatig gecontroleerd door de Inspectie voor Gezondheidszorg en de wetenschappelijke beroepsverenigingen. Evaluaties van IC, SEH en het operatieve proces (TOP 1 t/m 3) bevestigen dat het SJG Weert voldoet aan de gestelde normering.

Onderscheidend vermogen: achter de schermen...

- Toezicht op en het constant verbeteren van kwaliteit: binnen het SJG Weert wordt continu gewerkt aan verdere implementatie van alle deelgebieden van het Veiligheidsmanagementsysteem (VMS). De tien VMS-thema's zijn uitgerold of er is bekend wanneer ze geïmplementeerd zullen zijn. Daarnaast is in het verslagjaar 2010 besloten te gaan voor de ziekenhuisbrede heraccreditatie bij het NIAZ in 2011.
- Optimalisatie van processen: het goed gebruik maken van mensen en middelen zorgt ervoor dat patiënten snel en adequaat geholpen worden met zo optimaal mogelijke gebruikmaking van de dure ziekenhuisvoorzieningen. Immers, een goed ziekenhuis is een bedrijfseconomisch gezond ziekenhuis.
- Zorgvuldig investeren: ondanks economische tegenwind wordt er in het SJG Weert voortdurend geïnvesteerd. In het verslagjaar 2010 werden veertig fte zorgprofessionals extra aangesteld. Daarnaast werd € 3,9 mln uitgegeven aan investeringen in diagnostische en therapeutische apparatuur, instrumenten en bouwkundige aanpassingen van poliklinieken.

Spoor 2: Maken van keuzes

Onder het motto "we doen iets goed, of we doen het niet!" wordt binnen het SJG Weert continu kritisch gekeken naar het portfolio. Daarom werd in 2010 de commissie Hoog Risico / Hoog Complexe (HRHC) Zorg ingesteld. Deze commissie zal de directie en het bestuur van de Vereniging Medische Staf adviseren over het portfolio van het SJG Weert. Welke diagnostische en therapeutische activiteiten passen wél bij het huis en welke niet? De commissie zal zich ook buigen over randvoorwaarden waaraan voldaan moet worden voor zaken die binnen het portfolio vallen, zoals personeel, scholing, instrumentarium, apparatuur enz. Voor de zaken die buiten het portfolio vallen zal de commissie de gewenste verwijspatronen aangeven zodat patiënten en verwijzers altijd weten wat zij van het SJG Weert kunnen verwachten. Het rapport van de commissie HRHC wordt eind 2011 verwacht.

Spoor 3: Aangaan van samenwerkingsverbanden

Heelkunde

Op instigatie van de vakgroepen heelkunde van zowel het Laurentius Ziekenhuis Roermond als het SJG Weert zijn gesprekken gevoerd aangaande samenwerking op de gebieden: complexe vaatchirurgie, oncologie (borst- en colonkanker) en bariatric. Deze gesprekken hebben uiteindelijk geleid tot een overeenkomst waarvan de eerste fase, te weten het doen van spreekuren door vakspecialisten op beide locaties, gestart is.

Neurochirurgie

In het verslagjaar 2010 zijn neurochirurgen uit het Academisch Ziekenhuis Maastricht gestart met het doen van poliklinische spreekuren en operatiesessies in het SJG Weert.

Longgeneeskunde

Longartsen van het Laurentius Ziekenhuis Roermond en SJG Weert hebben een overeenkomst gesloten voor het wederzijds waarnemen van (weekend)diensten.

Trombosedienst

Met de Regionale Trombosedienst Eindhoven werd een samenwerkingsverband opgezet dat zal leiden tot volledige overname van de activiteiten in het SJG Weert, waarbij de directe serviceverlening aan patiënten ongemoeid wordt gelaten maar het activiteitenpallet verbeterd en uitgebreid wordt. Bij dit laatste moet vooral gedacht worden aan zelfmonitoring en zelfmedicatie door patiënten.

Apotheek

Het businessplan inzake samenwerking van de apotheken van het SJG Weert en het Catharina-ziekenhuis Eindhoven is afgerond en heeft geresulteerd in het tekenen van een samenwerkingsovereenkomst.

Plastische chirurgie

Door de komst van de regiovakgroep plastische chirurgie uit Eindhoven is de eigen vakgroep van het SJG Weert versterkt en is beschikbaarheid en aanbod verder uitgebreid.

Kaakchirurgie

De komst van de vakgroep kaakchirurgie uit het Catharina-ziekenhuis Eindhoven is geëffectueerd waardoor met ingang van januari 2010 poliklinische behandelingen worden verricht binnen het SJG Weert.

Bestaande samenwerkingsverbanden op vakgroepniveau:

- Reumatologie SJG Weert - Laurentius Ziekenhuis Roermond;
- Pathologie SJG Weert - Laurentius Ziekenhuis Roermond;
- Medische Microbiologie SJG Weert - Laurentius Ziekenhuis Roermond;
- Revalidatiegeneeskunde SJG Weert - Blixembosch;
- Geriatrie SJG Weert - Laurentius Ziekenhuis Roermond;
- Cardiologie SJG Weert - Catharina-ziekenhuis Eindhoven;
- Dermatologie SJG Weert - Laurentius Ziekenhuis Roermond;
- Intensive Care geneeskunde SJG Weert - MUMC.

Buitenpolikliniek Budel

In Budel Medisch Centrum werd reeds spreekuur gehouden door kinderartsen, gynaecologen en chirurgen. In 2010 is dit uitgebreid met de inzet van longartsen en internisten. Hierdoor wordt de samenwerking met de lokale huisartsen geïntensiveerd en de serviceverlening aan de patiënten verbeterd.

Oncologische zorg

Met het Integraal Kankercentrum Limburg (IKL) bestaat een samenwerkingsverband. Het IKL is een kennis- en kwaliteitscentrum op het gebied van de oncologie en de palliatieve zorg. De hulpverleners, instellingen en patiëntenorganisaties in de regio Limburg vormen samen een netwerk van deskundigen binnen de oncologie en de palliatieve zorg.

Revalidatie in ziekenhuis

Sinds eind 2006 werkt de afdeling Longgeneeskunde voor het revalideren van chronische longpatiënten met de revalidatiemethode van CIRO (Centrum voor Integrale Revalidatie Orgaanfalen in Horn). Voordeel van deze methode is dat patiënten dicht bij huis, zonder opname kunnen revalideren. Ervaring leert dat patiënten dit prettiger vinden. Daarnaast bestaat er met het revalidatiecentrum in Horn en Blixembosch in Eindhoven al een jarenlange intensieve samenwerking. Omdat patiënten voor de revalidatiedagbehandeling waren aangewezen op de locatie in Eindhoven, wordt onderzocht hoe deze zorg in Weert kan worden aangeboden. Daarbij zijn verkenningen uitgevoerd of deze zorg binnen de muren van het ziekenhuis kan worden geboden of dat hiervoor een alternatieve locatie in Weert kan worden gezocht.

Spoor 4: Verdere ontwikkeling ondernemend vermogen

De uitdagingen waar het SJG Weert voor staat zijn haalbaar. Voorwaarde daartoe vormt wel dat de weg richting ondernemerschap die inmiddels is ingeslagen wordt vervolgd. Daarbij is de combinatie van verdere kwaliteitsverbetering ten behoeve van onze klanten en een gezonde bedrijfsvoering heel wel haalbaar. Inbegrepen in de ontwikkeling van ondernemend vermogen is de mogelijkheid van publiek-private samenwerking wanneer 'het systeem' hiertoe aantrekkelijke mogelijkheden biedt voor de betrokken partijen.

4.2 Algemeen kwaliteitsbeleid ten aanzien van patiënten

4.2.1 NIAZ kwaliteitskeurmerk

- Ziekenhuisbrede NIAZ-accreditatie

In september 2007 heeft het werkbezoek plaatsgevonden in het kader van de ziekenhuisbrede NIAZ-accreditatie. Dit heeft geresulteerd in het toekennen van de accreditatiestatus aan het SJG Weert in 2008. De NIAZ-accreditatie is een hulpmiddel om het 'verder verbeteren' vorm te geven: doorlopend en systematisch werken aan een betere organisatie en kwaliteit van zorg. Het belangrijkste onderdeel is de borging. Uitgangspunt is dat de afdelingen zelfstandig werken aan het continu verbeteren. Op alle afdelingen wordt er dan ook gewerkt met kwaliteitscontactpersonen. De afdeling kwaliteit ondersteunt daarin.

In 2009 heeft nauwe monitoring plaatsgevonden ten aanzien van het actieplan en is de voorbereiding van de toets daarop door het NIAZ (2010) ter hand genomen. Deze toets heeft in maart 2010 plaatsgevonden en heeft geleid tot enkele opmerkingen, welke opgepakt worden in de aanloop naar de nieuwe instellingsbrede toetsing die in 2011 zal plaats vinden.

- Interne audits

Binnen het SJG Weert wordt elke afdeling periodiek getoetst door interne auditoren. Hierop volgend worden aan de hand van de auditrapportage verbeterplannen opgesteld en uitgevoerd door de verantwoordelijk manager bedrijfsvoering of teamleider. In 2010 zijn zeventien interne audits volgens planning uitgevoerd. Vanaf 31-12-2010 is besloten de frequentie van interne audits terug te brengen tot één keer per drie jaar. Deze frequentie past nog volledig binnen de normering waaraan een geaccrediteerd ziekenhuis moet voldoen (interne audit tenminste iedere vier jaar).

- Documentbeheer

Documentbeheer vindt plaats via DKS (Documentbeheer Kwaliteit Systemen), een ziekenhuisbreed digitaal decentraal documentbeheerssysteem. DKS is een systeem waarin documenten op eenvoudige en gecontroleerde wijze kunnen worden beheerd en gepubliceerd. Binnen dit systeem worden concepten opgesteld, beoordeeld en geaccordeerd. Minimaal elke drie jaar wordt elk document herzien. Op deze manier zit de PDCA (Plan-Do-Check-Act) cyclus ook verweven in het documentbeheer. Voor het beheer van het documentbeheerssysteem zijn op de verschillende afdelingen decentrale documentbeheerders geschoold. Ondersteuning voor de invoer en verdere verwerking van documenten, wordt geboden door de afdeling Kwaliteit.

4.2.2 Kwaliteitscertificaten, -labels of accreditaties

Aanvullend op het NIAZ-referentiekader dat voor alle organisatieonderdelen binnen SJG Weert wordt gebruikt, gelden specifieke accreditaties op het terrein van:

- Kwaliteitsvisiting NVIC (Nederlandse Vereniging voor Intensive Care) dd 21 september 2010 t.b.v. IC niveau 1
- CCKL¹:
 - Klinisch Chemisch & Hematologisch Laboratorium
Geaccrediteerd, 15 augustus 2000 en verlengd op 28 september 2005
CCKL audit, 20 augustus 2009
Geaccrediteerd, februari 2010
 - Afdeling Medische Microbiologie & Ziekenhuishygiëne
Geaccrediteerd, 24 september 2008
Documentcontrole afgerond, 4 maart 2010
Controlebezoek 5 oktober 2010
- Erkenning weefselinstelling op grond van de Wet Veiligheid en Kwaliteit Lichaamsmateriaal (WVKL)
 - Klinisch Chemisch & Hematologisch Laboratorium
Bezoek Inspectie voor de Gezondheidszorg op het fertiliteitslaboratorium van het Klinisch Chemisch & Hematologisch Laboratorium, 21 oktober 2009
Erkenning weefselinstelling is toegekend, 29 maart 2010.

4.2.3 Kwaliteit van gebouwen

Het SJG Weert beschikt over een concept Lange Termijn Huisvestingsplan (LTHP), dat voorziet in een gefaseerde renovatie c.q. aanpassing van het gebouwencomplex. Momenteel wordt gewerkt aan de actualisatie van het plan. Het SJG Weert zal keuzes moeten maken met name met betrekking tot ketelhuis, wasserij, keuken en restaurant, gezien de kwaliteit en functionaliteit van die bouwdelen. Vooruitlopend op de definitieve vaststelling van het LTHP zal in elk geval op korte termijn een aanvang moeten worden genomen met de renovatie van het beddenhuis.

In het kader van de meerjaren onderhoudscyclus die met behulp van een geautomatiseerd systeem wordt beheerd, vinden preventieve onderhoudswerkzaamheden plaats aan gebouwen en installaties. In verband met onder andere functiewijzigingen vinden projectmatig werkzaamheden plaats die leiden tot verbetering van de kwaliteit van gebouwen. Deze inspanningen hebben recentelijk geleid tot realisatie van de poliklinieken kaakchirurgie, urologie en orthopedie. Voorts heeft het priklab een facelift ondergaan, is het camerasysteem vervangen en heeft renovatie van het bovendeck van de parkeergarage plaatsgevonden.

4.3 Veiligheid

4.3.1 Incidenten en calamiteiten

Het SJG Weert beschikt over duidelijke procedures hoe om te gaan met meldingen van incidenten en calamiteiten. Op basis hiervan zijn er 2010 in totaal zes calamiteiten aan IGZ gemeld omdat deze voldeden aan de door de IGZ gehanteerde criteria (onverwacht en ernstige, blijvende schade). Conform de procedures heeft de CCPat² in opdracht van de directie onderzoek gedaan naar deze calamiteiten. De directie heeft de hieruit voortvloeiende adviezen intern follow-up gegeven. De inmiddels ter hand genomen verbetermaatregelen hadden onder meer betrekking op dossiervoering, hoofdbehandelaarschap en de versterking van de professionaliteit van verpleegkundigen.

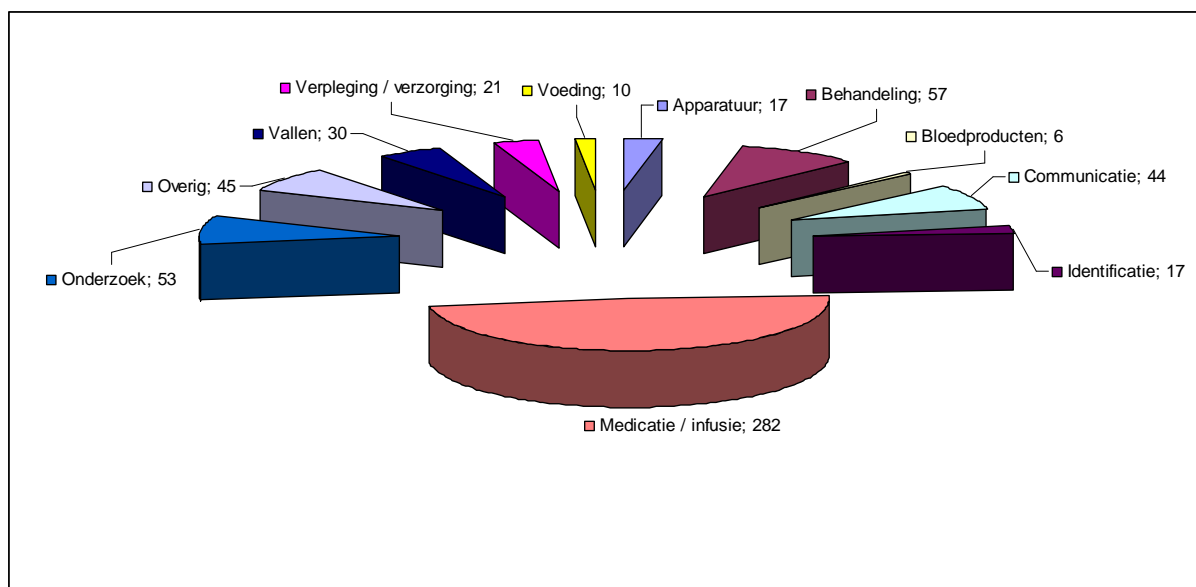
¹ CCKL = Coördinatie Commissie ter bevordering van de Kwaliteitsbeheersing op het gebied van Laboratoriumonderzoek in de Gezondheidszorg

² CCPat: Calamiteiten Commissie Patiënten

Ten aanzien van de incidenten heeft de centrale VIM-commissie (Veilig Incident Melden) zich in 2010 ingezet voor de verdere implementatie van het digitale meldingsysteem t.b.v. incidenten TriasWeb en het Veilig Incidenten Melden (VIM) als essentieel onderdeel van een veiligheidsmanagementsysteem (VMS). De sleutelrol voor veilig werken ligt bij de diverse ziekenhuisafdelingen met de teamleiders, afdelingsmanagers en managers bedrijfsvoering als belangrijke spil. Dit is een continu proces dat steeds een verdere gedragswijziging vergt bij alle medewerkers, inclusief medisch specialisten en verpleegkundigen.

Gedurende 2010 is TriasWeb als digitaal meldsysteem verder aangepast zodat het verkrijgen van managementinformatie eenvoudiger is geworden. Hierdoor heeft de centrale VIM-commissie ook sneller en beter inzicht in de trends. Ook voor de afdelingsmanagers, teamleiders en managers bedrijfsvoering heeft dit een ondersteunende functie. Verder zijn de managers bedrijfsvoering in 2010 individueel geschoold in het gebruik van TriasWeb als managementinformatietool.

De centrale VIM-commissie is in 2010 negen keer bij elkaar geweest. Gezien het aantal meldingen en de doelstelling van de centrale VIM-commissie (het analyseren van trends), is eind 2010 besloten de vergaderfrequentie in 2011 terug te brengen naar viermaal per jaar. Met deze reductie hoopt de centrale VIM-commissie beter in staat te zijn trends te herkennen en hier adequaat op te reageren. In 2010 heeft de VIM-commissie in totaal 578 meldingen ontvangen. Onderstaand is weergegeven een overzicht van de analoge en digitale meldingen, naar aantal en type incident.



4.3.2 VeiligheidsManagementSysteem (VMS)

In 2010 is verder inhoud gegeven aan de uitvoering van het veiligheidsbeleid SJG Weert 2008 - 2012. Dit traject heeft tot doel de onbedoelde schade bij patiënten ten gevolge van behandeling binnen vijf jaar met 50% te reduceren. Er zijn landelijk tien thema's benoemd die de grootste veroorzakers zijn van onbedoelde schade. Het SJG Weert heeft de keuze gemaakt aansluiting te zoeken bij het landelijke traject door middel van deelname aan een netwerk van ziekenhuizen die gezamenlijk invulling gaan geven aan het VMS. Trainingen en draaiboeken ten behoeve van het landelijke VMS worden beschikbaar gesteld via de projectgroep VMS van de NVZ Vereniging van Ziekenhuizen. In 2010 is aan de volgende thema's gewerkt:

- Voorkomen van wondinfecties na een operatie;
- Voorkomen van lijnsepsis en behandeling van ernstige sepsis;
- Vroege herkenning en behandeling van de vitaal bedreigde patiënt;
- Medicatieverificatie bij opname en ontslag;
- Voorkomen van nierinsufficiëntie bij intravasculair gebruik van jodiumhoudende contrastmiddelen;
- Verwisseling van en bij patiënten;
- Voorkomen van onbedoelde vermijdbare schade bij oudere patiënten.

De thema's over wondinfectie na een operatie en het voorkomen van nierinsufficiëntie bij intravasculair gebruik van jodiumhoudende contrastmiddelen zijn in 2010 reeds vanuit het VMS-traject definitief in de reguliere bedrijfsvoering opgenomen. De resterende thema's zullen naar verwachting in 2011 worden afgerond. Een punt van aandacht voor de afronding van alle thema's blijft het registreren van de prestatie-indicatoren patiëntveiligheid per thema.

4.3.3 Week van de patiëntveiligheid

Eind 2010 heeft de Week van de Patiëntveiligheid plaatsgevonden. Het doel van deze week was het verhogen van het bewustzijn aangaande ieders rol ten aanzien van veiligheid en patiëntveiligheid. Deze week bestond uit een markt die de verschillende thema's rondom Veiligheid en patiëntveiligheid lieten zien aan de medewerkers van het SJG Weert. De week werd afgesloten met een theaterbijeenkomst voor alle medewerkers van het ziekenhuis waar de productie "Dag en Nacht" werd opgevoerd.

4.3.4 NEN 7510

Het SJG Weert heeft in 2010 de focus gelegd op het opzetten van risicomanagement en de onderdelen uit de NEN-norm, zoals deze naar voren komen in het toetsingsreglement van de NVZ Vereniging van Ziekenhuizen. Met de punten die uit de integrale risico-analyse naar voren kwamen is een plan van aanpak opgesteld. In november 2010 heeft een externe audit plaatsgevonden naar de NEN 7510 norm. Hieruit bleek dat het proces van de integrale risico-analyse een goede uitgangspositie biedt voor het goed wegzetten van de informatiebeveiliging in het SJG Weert. Echter, de prioritering van deze risico-analyse is niet meegenomen in de behandeling van de onderdelen uit het toetsingsreglement. Hierdoor zijn een aantal onderdelen lager gescoord dan op basis van de risico-analyse gerechtvaardigd zou zijn. Het toetsingsreglement biedt hiervoor geen eenduidige interpretatie.

Het plan van aanpak is door de IT-auditor beoordeeld als een goede aanzet tot een voldoende beoordeling op het volledige toetsingsreglement. De status op 31 december 2010 is echter dat op een beperkt aantal punten licht onvoldoende is gescoord, omdat het plan van aanpak niet was afgerond. De verwachting is dat dit medio 2011 wel het geval zal zijn. De belangrijkste daarbij aandachtspunten zijn:

- Het opstellen van beleid en overeenkomsten omtrent gegevensuitwisseling;
- Het opzetten van het proces van continuïteitsbeheer. Door de gerealiseerde hoge beschikbaarheid is hier minder aandacht aan besteed in het verleden;
- Autorisatiebeheer.

4.3.5 Bedrijfs hulpverlening

Het jaar 2010 stond in het teken van het opleiden en trainen van de BHV-organisatie. In het voorjaar werden acht ontruimingsoefeningen gehouden op een leegstaande vleugel van een oude verpleegafdeling waarbij reële scenario's werden nagebootst. Dit was voor de nieuwe BHV-organisatie de eerste praktijk ontruimingsoefening. Specifiek werd gelet op het ontruimen van een compartiment waar brand was uitgebroken met aanwezige (LOTUS) patiënten. De (LOTUS) patiënten waren niet zelfredzaam en een enkeling lag aan de zuurstof. In totaal hebben 63 BHV-verpleegkundigen deelgenomen aan deze oefeningen. In de maand mei van 2010 werd het SJG Weert getroffen door een calamiteit waarbij een eerder geoefend scenario werkelijkheid werd. Dankzij het adequaat optreden van de BHV-organisatie was het compartiment geheel ontruimd voordat de brandweer ter plekke was. In het najaar van 2010 werden brandtrainingen gegeven. In totaal hadden we 131 deelnemers van de BHV-verpleegkundigen. Specifiek werd gelet op de aandachtspunten die naar voren waren gekomen vanuit de brand die zich in mei 2010 in het ziekenhuis had afgespeeld.

Als tweede ziekenhuis in Nederland heeft het SJG Weert een nieuw blusmiddel aangeschaft, de zogenaamde "blusbom". Met deze blusbom is het mogelijk om een ontstane brand in te dammen tot een gloei-brand waardoor er tijd wordt gewonnen voor het eventueel redden van patiënten. De aanwezige BHV-verpleegkundigen hadden tijdens de trainingen geoefend met de blusbom, een brandende patiënt in bed en rolstoel en een vloeistofbrand. Het nieuwe blusmiddel werd door de BHV-verpleegkundigen gezien als een zeer gewenste aanvulling.

4.3.6 Brandveiligheid

Brand patiëntenkamer

Op 30 mei 2010 heeft een kortstondige brand gewoed op een patiëntenkamer van afdeling 3 Noord van het SJG Weert. Als gevolg hiervan is een patiënte enkele uren na de brand overleden. Onderzoek van de regiopolitie wees uit dat van enig strafbaar feit niets was gebleken en dat de brand vermoedelijk is ontstaan door het roken in bed door het slachtoffer.

Het ziekenhuis heeft onderzoek ingesteld naar de toedracht van deze calamiteit. Op basis hiervan is een duidelijk beeld ontstaan van de basisoorzaken en aandachtspunten die samenhangen met de omstandigheden waaronder deze calamiteit heeft kunnen ontstaan en hetgeen zich in de bewuste nacht en de dagen erna heeft afgespeeld. De aanbevelingen en aandachtspunten zijn ter hand genomen. Hiermee zal het risico tot een minimum worden beperkt dat een dergelijke ingrijpende gebeurtenis zich in de toekomst wederom in het SJG Weert zal kunnen voordoen.

Periodieke controles brandweer

In overleg met de Gemeente Weert (brandweer) zijn aan de hand van een plan van aanpak diverse brandveiligheidsmaatregelen doorgevoerd in het beddenhuis. Met betrekking tot de periodieke controle van de nooduitgangen, de noodverlichting en de aanwezige brandblusmiddelen is overgeschakeld van correctieve naar preventieve controle, conform de hiervoor geldende richtlijnen. Periodiek worden controlemetingen verricht (de zogenaamde thermografische metingen) aan de installaties, teneinde vast te stellen of de functionaliteit voldoet. Het betreft preventieve metingen, conform de NEN-3140 normering, waarbij de techniek van de installaties wordt gemeten, om zodoende het brandveiligheidsrisico zo klein mogelijk te houden.

4.3.7 Veilige Zorg

Het project Veilige Zorg[®] is in 2010 beëindigd en is in de reguliere bedrijfsvoering opgenomen. Er is besloten om de afdelingen die alsnog als voortvloeisel vanuit dit project ondersteuning wensen individueel te helpen vanuit de afdeling Receptie & Beveiliging.

4.4 Klanttevredenheidsonderzoek

De kwaliteit van de zorg in het SJG Weert heeft in 2010 geleid tot de verwerking van de resultaten van een grootschalig klanttevredenheidsonderzoek dat eind 2009 heeft plaatsgevonden. De uitkomsten van de resultaten van de ruim 4000 vragenlijsten zijn mede aanleiding geweest om de openingstijden bij het Priklaboratorium te verruimen. Een groot deel van de actiepunten heeft betrekking op de huisvesting en zijn in het Lange Termijn Huisvesting Plan (LTHP) opgenomen. Voorts is de klanttevredenheid in 2010 gemeten op basis van bezoeken van een zogenaamde 'mystery guest' op de poliklinieken / kliniek en medische ondersteuning, zijn ontslaggesprekken gevoerd met klinische patiënten, heeft op de afdeling SEH een uitgebreid tevredenheidsonderzoek met behulp van CQ-vragenlijsten plaatsgevonden, zijn op de IC patiëntervaringen gemeten en is de CQ-vragenlijst borstkankermonitor gehanteerd. Voorts is de klanttevredenheid op de buitenpoli in Budel gemeten met behulp van separaat ontwikkelde vragenlijsten. Door management en leidinggevenden is follow-up gegeven aan de diverse uitkomsten.

4.5 Prestatie-indicatoren

Zie Basisset Prestatie-indicatoren 2010 voor het SJG Weert, deze zijn op te vragen via de website www.ziekenhuizen transparant.nl

4.6 Klachten

De Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WCKZ) verplicht de zorgaanbieder tot het treffen van een passende regeling voor de behandeling van klachten en het instellen van een onafhankelijke Klachtencommissie. Het SJG Weert biedt haar patiënten de volgende mogelijkheden om klachten kenbaar te maken:

1. de klacht rechtstreeks bespreken met de betreffende hulpverlener of zijn/haar leidinggevende;
2. de klacht bespreken met de klachtenfunctionaris / afdeling Patiëntenvoorlichting;
3. de klacht indienen bij de Klachtencommissie Patiëntenzorg.

Door middel van de voorlichtingsfolder: 'Idee, opmerking of klacht?' worden deze mogelijkheden bij patiënten onder de aandacht gebracht. De folder is te verkrijgen bij de afdeling Patiëntenvoorlichting en de receptie in de centrale hal en is daarnaast verspreid over verschillende afdelingen en poliklinieken van het ziekenhuis. In de folder wordt verwezen naar de uitgebreide 'Klachtenopvangregeling Patiëntenzorg', die op verzoek gratis door de afdeling Patiëntenvoorlichting wordt verstrekt. Patiënten ontvangen bij opname een algemene 'Patiënteninformatiefolder', waarin in het kort is beschreven waar de patiënt met een klacht terecht kan. Ook via de website van het SJG Weert wordt de patiënt geïnformeerd over de mogelijkheden om een klacht in te dienen en de procedures die daarbij worden gehanteerd.

4.6.1 De klacht bespreken met de klachtenfunctionaris / afdeling Patiëntenvoorlichting

Klachten kunnen mondeling, schriftelijk, telefonisch of via e-mail gemeld worden bij de klachtenfunctionaris. Men kan rechtstreeks contact opnemen met de klachtenfunctionaris. Als deze niet aanwezig is, is de afdeling Patiëntenvoorlichting hiervoor beschikbaar. Het SJG Weert houdt de formele, financiële en psychologische drempels zo laag mogelijk. Het feit dat een klager zijn klacht zowel mondeling, schriftelijk als telefonisch kan uiten, dat aan het uiten van een klacht geen kosten zijn verbonden en dat de plek van klachttopvang niet prominent zichtbaar is, geeft hieraan uiting. De klachtbehandeling is gericht op het doel van de klager. Er zal getracht worden om veelal door een vorm van bemiddeling een klacht naar tevredenheid van de klager af te ronden.

Registratie

Alle klachten worden geregistreerd in een database klachten. Het doel hiervan is tweeledig:

1. Beleidsondersteunende informatie. Uit klachten kunnen mogelijke patronen en/of structurele tekortkomingen van het SJG Weert naar voren komen waaruit een verbeterpunt gehaald kan worden.
2. Ter ondersteuning van het werk van de klachtenfunctionaris.

Aantal ingediende klachten

In 2010 zijn 165 klachten gemeld bij de klachtenfunctionaris. De klachten zijn ingedeeld in onderstaande rubrieken:

| | 2010 | 2009 |
|-------------------------------|------------|------------|
| Totaal aantal klachten | 165 | 189 |
| Medisch technisch | 43 | 31 |
| Materieel | 10 | 7 |
| Relationeel | 30 | 38 |
| Organisatie van de zorg | 47 | 60 |
| Overig | 35 | 53 |

4.6.2 De klacht indienen bij de Klachtencommissie

Algemeen

Wanneer het rechtstreeks bespreken met de betreffende hulpverlener en/of de tussenkomst van de klachtenfunctionaris voor de patiënt niet tot een bevredigende oplossing heeft geleid, heeft de patiënt de mogelijkheid een klacht in te dienen bij de Klachtencommissie Patiëntenzorg. De patiënt kan er ook voor kiezen de klacht rechtstreeks bij de Klachtencommissie in te dienen.

De doelstelling, uitgangspunten, taken en bevoegdheden, alsmede de samenstelling en de werkwijze van de Klachtencommissie van het SJG Weert zijn vastgelegd in de 'Klachtenopvangregeling Patiëntenzorg'.

Samenstelling Klachtencommissie

Samenstelling van de Klachtencommissie op 31 december 2010:

| | |
|------------------------------|--|
| Voorzitter en extern lid | : Dhr. mr. P.P.J. Reinders, jurist |
| Vicevoorzitter en extern lid | : Dhr. F.G.B. Smeets, huisarts n.p. |
| Secretaris en intern lid | : Dhr. J.H. Lempens, verpleegkundige poli longgeneeskunde |
| Extern lid | : Dhr. A.J.M. van den Berg, verpleegkundige (op voordracht van patiëntenorganisaties) |
| Intern lid | : Mw. W. Jager, gynaecoloog |
| Intern lid | : Mw. P.J.P. van Ekerschot – Gofers, verpleegkundige |
| Extern plaatsvervangend lid | : Dhr. mr. A.J.W. Lenaerts, jurist (op voordracht van patiëntenorganisaties) |
| Extern plaatsvervangend lid | : Dhr. H.A. Spoon, huisarts n.p. |
| Intern plaatsvervangend lid | : Mw. G.G. Donner, gynaecoloog |
| Intern plaatsvervangend lid | : Mw. F.C.M. van Driel-Kluitmans, verpleegkundige Dagcentrum |

De commissie wordt bijgestaan door een ambtelijk secretaris.

Klachten behandeld door de Klachtencommissie

In 2010 ontving de Klachtencommissie negen klachtbrieven. De commissie heeft vijf brieven in overleg met klager doorgeleid naar de klachtenfunctionaris. Drie klachtbrieven werden na behandeling door de klachtenfunctionaris aan de Klachtencommissie voorgelegd. Daarnaast heeft de commissie in 2010 de behandeling van twee klachtbrieven die in 2009 waren ingediend, afgerond.

Aard klachten

Een klacht kan uit meerdere aspecten bestaan. De commissie registreert deze aspecten als afzonderlijke klachten. De klachten zijn in verschillende rubrieken ingedeeld. In 2010 heeft de commissie 22 klachten in behandeling genomen. De klachten die aan de klachtenfunctionaris werden overgedragen en de resterende klachten van 2009 zijn in onderstaande tabel niet opgenomen.

| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Totaal aantal in behandeling genomen klachten | 27 | 23 | 25 | 22 |
| Medisch technisch / medisch en paramedisch inhoudelijk | 15 | 15 | 8 | 15 |
| Relationeel | 8 | 4 | 11 | 3 |
| Organisatorisch/organisatie zorg | 2 | 4 | 3 | 2 |
| Overig | 2 | - | 3 | 2 |

Oordeel klachten

Van de klachten die de Klachtencommissie in 2010 heeft behandeld en afgerond, inclusief de nog lopende klachten van 2009, is 67% gegrond verklaard. In 2009 bedroeg dit percentage 53%. Voor zestien klachten volgt de uitspraak in 2011.

| 2010 | Totaal aantal klachten | Lopende klachten 2009 | Klachten 2010 | Gegrond | Ongegrond | Nog in behandeling |
|--|------------------------|-----------------------|---------------|----------|-----------|--------------------|
| Totaal aantal klachten | 28 | 6 | 22 | 8 | 4 | 16 |
| Medisch technisch / medisch en paramedisch inhoudelijk | 17 | 2 | 15 | 3 | 2 | 12 |
| <i>a. Medisch specialisten</i> | 15 | 2 | 13 | 3 | 2 | 10 |
| <i>b. Verpleegkundigen en overige medewerkers</i> | 2 | - | 2 | - | - | 2 |
| Relationeel | 7 | 4 | 3 | 4 | 2 | 1 |
| <i>a. Medisch specialisten</i> | 1 | 1 | - | - | 1 | - |
| <i>b. Verpleegkundigen en overige medewerkers</i> | 6 | 3 | 3 | 4 | 1 | 1 |
| Organisatorisch / organisatie zorg | 2 | - | 2 | 1 | - | 1 |
| Overig | 2 | - | 2 | - | - | 2 |

Doorlooptijd klachten

De Klachtencommissie streeft ernaar binnen de volgens de 'Klachtenopvangregeling Patiëntenzorg' vastgestelde termijn van twee tot uiterlijk vier maanden tot een uitspraak te komen.

In 2010 heeft de behandeling van één klachtbrief (vijf klachten) vijf maanden in beslag genomen. De overige klachten waren binnen drie à vier maanden afgerond.

Adviezen

Eén van de doelstellingen van de Klachtencommissie, het leveren van een bijdrage aan de verbetering van de kwaliteit van de zorgverlening in het SJG Weert, uit zich onder andere in het doen van aanbevelingen of geven van adviezen aan de directie naar aanleiding van klachten.

De Klachtencommissie heeft in 2010 met name aanbevelingen gedaan met betrekking tot de dossiervoering en de overdracht van patiënten naar een verzorgingshuis. De directie heeft de aanbevelingen overgenomen. Daarnaast hebben zowel betrokkenen als de directie naar aanleiding van klachten ook zonder aanbevelingen van de Klachtencommissie aangegeven maatregelen te zullen treffen.

4.7 Toegankelijkheid

De Treeknormen zijn richtinggevend om te bepalen of de wachttijd (maatschappelijk) aanvaardbaar is. In onderstaande tabel zijn de geldende Treeknormen weergegeven.

| Treeknorm | Maximaal aanvaardbaar |
|---|-----------------------|
| Toegangstijd voor polikliniek | 4 weken |
| Wachttijd voor diagnostiek en indicatiestelling | 4 weken |
| Wachttijd tot de feitelijke behandeling (dagopname) | 6 weken |
| Wachttijd tot de feitelijke behandeling (kliniek) | 7 weken |

In onderstaande overzichten worden de verschillende toegangstijden van het SJG Weert geconfronteerd met de Treeknormen. Dit geeft voor het rapportagejaar 2010 het volgende beeld:

| Treeknorm | |
|--------------------------------------|---------------------------------|
| Toegangstijd voor polikliniek | 80% < 3 weken; maximaal 4 weken |
| SJG Weert | 4,11 weken |

De genoemde 4,11 weken geldt als gemiddelde voor alle poliklinieken. Er zijn twee poliklinieken die hier nogal negatief uitspringen: de poli Reumatologie (gemiddeld 18 weken) en de poli Pijnbestrijding (gemiddeld 8 weken). Indien we de wachttijd berekenen zonder deze twee poliklinieken dan is de gemiddelde wachttijd 3,06 weken. In dit geval voldoen we dan volledig aan de Treeknorm.

| Treeknorm | |
|--|---------------------------------|
| Toegangstijd voor poliklinische behandeling | 80% < 3 weken; maximaal 4 weken |
| SJG Weert | 2 weken |

De toegangstijd voor poliklinische diagnostiek (MRI, CT, gastroscopie) bedraagt gemiddeld 2 weken. Hiermee wordt volledig voldaan aan de geldende Treeknorm.

| Treeknorm | |
|--|------------------|
| Wachttijd tot de feitelijke behandeling (dagopname) | Maximaal 6 weken |
| SJG Weert | 8,77 weken |

Van de behandelingen zijn er in totaal 41,6% welke voldoen aan de Treeknorm, 58,4% voldoet niet aan deze norm. De ingrepen die niet voldoen aan de Treeknorm zijn met name de diagnoses: varices-laserbehandelingen (12 weken), liesbreuk (10 weken), sterilisatie man (7 weken), Dupuytren (12 weken) en de cataractingrepen (14 weken).

| Treeknorm | |
|---|------------------|
| Wachttijd tot de feitelijke behandeling (kliniek) | Maximaal 7 weken |
| SJG Weert | 10,4 weken |

Van de klinische behandelingen voldoet 33,3% aan de norm. Tweederde van de behandelingen ligt derhalve boven de norm. De wachttijd wordt hier voornamelijk negatief beïnvloed door het specialisme plastische chirurgie en de orthopedie met het oog op knieprothesiologie en KNO.

Via de website van het SJG Weert (www.sjgweert.nl) zijn de actuele toegangstijden zichtbaar.

4.8 Kwaliteit ten aanzien van medewerkers

4.8.1 Personeelsbeleid en kwaliteit van werk

In het jaarverslag 2009 werd reeds gemeld dat kostenbewustzijn, doelmatigheid van de organisatie, bewaken van de verhouding tussen kosten en opbrengsten van de zorg en het maximaliseren van de productie bij de gegeven middelen en infrastructuur belangrijke doelstellingen zijn. Dat is in 2010 niet anders. In dit kader is de eind 2009 door de directie voorgenomen rationalisatie binnen overwegend ondersteunende afdelingen, in 2010 uitgevoerd. Doelstelling van deze rationalisatie was de omvang, structuur en werkzaamheden van de overwegend ondersteunende diensten in relatie tot de zorg (inclusief de medisch ondersteunende afdelingen) in balans te brengen en efficiënter te laten werken ten behoeve van de zorg. De feitelijke afname in personeel werd in een vroegtijdig stadium aangestuurd door het beëindigen van contracten met personeel niet in loondienst, het niet verlengen van tijdelijke arbeidscontracten en het niet vervullen van vacatures ontstaan door natuurlijk verloop. In een enkel geval is er ontslag aangevraagd en verkregen. Het oogmerk van deze organisatieontwikkeling was bij te dragen aan het voor de continuïteit noodzakelijke rendementsherstel. Terugkijkend op deze ontwikkelingen mag gesteld worden dat de organisatie deze doelstellingen gerealiseerd heeft.

Een belangrijke manier om SJG Weert in de zorgmarkt te onderscheiden, is de gemotiveerde, gezonde en getalenteerde inzet van medewerkers. Beleid gericht op het binden en boeien van medewerkers maakt dit verschil. Mensen vormen voor het SJG Weert een bron van waarde. De activiteiten, de werkzaamheden van de stichting worden door mensen verricht. Mensen vormen, zeker tegen de achtergrond van de toenemende krapte op de arbeidsmarkt, een strategische factor van belang voor de uitvoering en innovatie van werkzaamheden. Aandacht voor opleiding, training en ontwikkeling van talent is van groot belang. Daarbij hoort de vrijheid om zelf doelen te stellen en een aanpak te bepalen – zelfsturing of zelfmanagement. Dit werkt sterk motiverend en maakt mensen actiever in de uitvoering van werkzaamheden omdat een appèl wordt gedaan op verantwoordelijkheid. Mensen aanspreken op hun verantwoordelijkheid is de sleutel tot ontwikkeling en voortdurende optimalisering.

De ontwikkelingstrajecten die in 2009 zijn ingezet voor de leidinggevenden werden in 2010 verder uitgerold en doorontwikkeld. Het leiderschap is gericht op competenties als ondernemerschap, resultaatgericht leidinggeven en groepgericht leidinggeven. De resultaten van een 360 graden feedback instrument onder leidinggevenden passen binnen de ontwikkelingsgerichte benadering van management, worden verbonden aan individuele assessmentresultaten en worden vervolgens besproken met de individuele teamleiders met als doel hen te helpen en ondersteunen in het uitvoeren van hun functie. In de realisatie van de strategische richting van het SJG Weert zal de vaardigheid om een brug naar de medische professionals te kunnen slaan het belangrijkste vereiste zijn. Een dergelijk ontwikkelingstraject is een noodzakelijke voorwaarde voor het verder ontwikkelen en implementeren van integraal management. Integrerend leidinggeven moet op een zo laag mogelijk niveau in de organisatie geschieden.

In 2010 zijn de resultaten van het in 2009 uitgevoerde medewerkerstevredenheidsonderzoek per sector en per afdeling in de verschillende werkoverleggen door teamleiders met de medewerkers van hun afdeling besproken om tot een gezamenlijke aanpak van knelpunten te komen. In het kader van het medewerkerstevredenheidsonderzoek zijn 880 vragenlijsten uitgezet in de organisatie. Daarvan zijn in totaal 466 vragenlijsten retour ontvangen. Uitgaande van een personeelsbestand van ca. 880 medewerkers, is dit is een respons van 53%. Een buitengewoon hoog resultaat.

Een feit is evenwel dat 256 respondenten hun afdeling niet hebben vermeld. Dat betekent dat er geen onderzoeksresultaten op afdelingsniveau beschikbaar zijn. De onderzoeksresultaten op het gebied van werkzaamheden en collega's zijn als positief aan te merken. Onderzoeksresultaten op de gebieden van arbeidsomstandigheden en werkdruk zijn minder positief. Dat is voor de organisatie aanleiding geweest om op het gebied van arbeidsomstandigheden zich extra in te spannen. Zo is het instrument voor een gedigitaliseerde Risico Inventarisatie (RIE), de zogeheten ZorgRie, volgens projectplan gefaseerd geïntroduceerd bij leidinggevenden. Ten aanzien van het onderwerp 'werkdruk' wordt in overleg met de Ondernemingsraad nog gezocht naar een adequate benadering. Daarnaast heeft het medewerkerstevredenheidsonderzoek geleid tot een scholingsprogramma voor leidinggevenden. Naast deze organisatiebrede inspanningen hebben leidinggevenden in de werkoverleggen van hun afdeling de vertaling daarvan naar hun eigen afdeling en werksituatie aan de orde gesteld en met medewerkers besproken. Ook daar zijn diverse acties uit naar voren gekomen. Zo is het instrumentarium voor persoonlijke ontwikkelplannen (POP) op enkele afdelingen verder doorontwikkeld en succesvol toegepast. Binnen de sector Behandelcentrum is in 2010 de aanzet gegeven voor een breed opgezette ontwikkeling van het POP voor alle afdelingen binnen deze sector. De onderzoeksresultaten en de acties die daarop genomen zijn, vormen de opmaat naar een medewerkerstevredenheidsonderzoek in 2011.

Het gemiddelde totale personeelsbestand over het verslagjaar 2010 was 641 fte.

In het rapportagejaar bedroeg het aantal vacatures op het gebied van zorg, medische ondersteuning, poliklinieken en administratief ondersteunende functies 22,75 fte. Als percentage van het totale personeelsbestand is dit 3,5%. Het aantal vacatures voor medisch specialisten was 7 fte.

4.8.2 Verzuim

Uit de verzuimgegevens en uit de verzuimvensters maar ook uit onze praktijkervaring blijkt dat het grootste resultaat in aanwezigheidsbevordering te behalen is door de aandacht te richten op langdurende verzuimsituaties. Bij sommige afdelingen is ook een alerte reactie op kort / frequent verzuim nodig. Het verzuimvenster laat duidelijk zien bij welk soort verzuim de meest passende strategie hoort. Verzuimbegeleiding vergt maatwerk, toch zijn er aanbevelingen die voor de gehele organisatie gelden en die bijdragen aan de versterking van het verzuimbegeleidingsproces en het verminderen van het verzuim.

Aandachtspunten:

- De zorgsector ligt onder druk. Om de kosten in de hand te houden ligt de nadruk binnen de organisatie vooral op efficiëntie en flexibilisering in werktijden en inzetbaarheid. Medewerkers die jaren gewend waren op een bepaalde manier te werken moeten nu anders en efficiënter leren werken. Ouderen (50% \geq 45 jaar) en lager geschoolden, blijken hier in de praktijk de meeste moeite mee te hebben.
- Veel zorgverleners hebben moeite met de nieuwe zakelijkheid in dienstverlening en tijdsdruk.
- Alert zijn op de mogelijkheden van interventie door psycholoog, bedrijfsmaatschappelijk werk of fysiotherapeut. Naast inzet in verzuimtrajecten (waarbij psychische problemen vaak de oorzaak zijn van, langdurig, verzuim) kan tijdige signalering van psychische problemen aanleiding zijn voor preventieve inzet van een psychologische interventie
- De regierol van de leidinggevende en de rollen van andere betrokken functionarissen in het verzuimbegeleidingproces (opnieuw) verhelderen.

- De leidinggevers trainen / coachen op dit gebied, aandachtspunten zijn:
 - de regierol,
 - het herkennen van verzuimpatronen,
 - het voeren van probleemoplossende verzuimgesprekken (is er een andere oplossing dan ziekmelden),
 - het omgaan met langdurig verzuim / psychisch verzuim,
 - het bespreekbaar maken van kort frequent verzuim.
- Blijvende aandacht voor begeleiding en preventie van psychische aandoeningen.
- Aspecten van werkdruk, werkstress en organisatieaspecten krijgen meer aandacht. De diagnoses en de aard van de verzuimklachten op het gebied van ervaren spanningsklachten vragen om specifieke aandacht op dit terrein. Op basis van deze input kan overwogen worden een grotere koppeling te maken tussen het verzuimbeleid en het totale arbobeleid (RI&E, MTO enz.)
- Leidinggevendenden coachen in het omgaan met complexe / specifieke verzuimproblematiek. Dit kan bijvoorbeeld door middel van intervisie.
- Verdere aandacht voor professionalisering, competentie-ontwikkeling van medewerkers en leeftijdsbewust personeelsbeleid.

Aanbevelingen

Belangrijke verbeterpunten kunnen zijn:

- Opzetten van een structureel beleidsoverleg rondom het bevorderen van de inzetbaarheid van medewerkers. Belangrijke thema's zijn:
 - Leeftijdsbewust personeelsbeleid en een programma in verband met de dreigende ernstige vergrijzing;
 - Beleid opzetten voor beperkt inzetbare medewerkers (benutten van resterende mogelijkheden);
 - Scholing / training medewerkers in leren omgaan met verzakelijking binnen de zorg.
 - Periodieke verzuimanalyses

Het ziekteverzuim heeft zich in negatieve zin ontwikkeld. Het verzuimpercentage (exclusief zwangerschap) was in 2010 4,49% en in 2009 3,61%; een stijging van 0,88%.

4.8.3 Arbo

In het verslagjaar is een instrumentarium voor een digitale Risico Inventarisatie (RIE) in overleg met de Ondernemingsraad aangeschaft en fasegewijs aan leidinggevendenden ter beschikking gesteld. De vragenlijsten van de ZorgRie.nl zijn dezelfde als de RIE 2002 - 2003, deze vragen zijn opgesteld door drie grote Arbo-diensten. Een voordeel van deze RIE is dat alle vragen in één database staan en dat iedere vraag slechts één keer voorkomt. Met behulp van dit instrument is het mogelijk de RIE op een snelle en efficiënte manier digitaal uit te voeren en up to date te houden.

Tevens is er na ontvlechting van stichting Servicenetwerk De Nieuwenborgh een nieuwe structuur aangebracht in het milieubeleid. Milieuvergunningen zijn gecontroleerd en er zijn een multidisciplinaire werkgroep en een eindverantwoordelijke benoemd.

Een van de pijlers voor een structurele aanpak van fysieke belasting is de aanwijzing van zogenaamde ergocoaches; deze medewerkers zijn samen met de leidinggevende belast met de oplossing van knelpunten inzake fysieke belasting. Er zijn ruim zeventien medewerkers opgeleid tot ergocoaches.

4.8.4 Opleidingen en stages

In 2010 zijn in totaal 22 leerlingen aanwezig in het SJG Weert.

| Afdeling | Aantal |
|-------------------------------------|--------|
| Vrouw-Moeder-Kind centrum O&G | 2 |
| Vrouw-Moeder-Kind centrum KA | 3 |
| 3 Zuid, Interne Geneeskunde | 2 |
| 3 Noord, Pulmonologie / Cardiologie | 7 |
| 4 Noord-Zuid, Heelkunde | 8 |
| Totaal | 22 |

In het SJG Weert komen stagiaires van diverse opleidingen.

| Opleiding | Aantal stagiaires |
|-----------------------------|-------------------|
| Verpleegkundige niveau 4 | 40 |
| Verpleegkundige niveau 5 | 13 |
| Verpleegkundige HBO-vt | 2 |
| VMBO | 10 |
| HAVO | 4 |
| VWO | 7 |
| Administratief medewerkende | 5 |
| Beveiligder | 1 |
| Doktersassistent | 2 |
| Helpende Zorg & Welzijn | 4 |
| Lactatiekundige | 1 |
| Orthoptie | 1 |
| Sociaal P.H. | 3 |
| Verloskundige | 16 |
| VVO Intensive Care | 2 |
| VVO SEH | 2 |
| Totaal | 113 |

Het SJG Weert is in 2010 gestart met de ontwikkeling van het zogeheten Leerhuis. Dit initiatief beoogt door de ontwikkeling van e-learning opleidingen op een eenvoudige en uniforme wijze te faciliteren voor medewerkers t.b.v. in- en externe verantwoording. In 2010 is de benodigde software geselecteerd en aangeschaft. Verder zijn er opleidingsmodules ontwikkeld en zijn er testomgevingen ingericht om de effectiviteit van de aangeboden opleidingen bij medewerkers te kunnen beoordelen. Dit traject zal in 2011 worden afgerond.

4.9 Communicatie

In 2010 was de vraag naar communicatieadvies en -ondersteuning stabiel. De afdeling ondersteunt en initieert bij het realiseren en implementeren van projecten en nieuw beleid. Aan de toenemende vraag naar marketingcommunicatie komt de afdeling tegemoet door het formuleren van een marketingstrategie gericht op specifieke doelgroepen en gebruik te maken van een mix van externe communicatiemiddelen.

De gewenste transparantie wordt mede vorm gegeven door een pro-actief communicatiebeleid met de pers maar ook met patiënten en patiëntenverenigingen. Voor laatstgenoemde biedt de afdeling Patiëntenvoorlichting, die onderdeel uitmaakt van de afdeling Communicatie, een podium in de vorm van het gezamenlijk organiseren van voorlichtingsbijeenkomsten waaraan ook regelmatig specialisten een bijdrage leveren. Een andere vorm van transparantie is de Open Dag van het ziekenhuis in maart 2010. Maar liefst 750 geïnteresseerden bezochten het ziekenhuis en namen deel aan diverse rondleidingen. De actieve bijdrage van medewerkers en medisch specialisten paste in de marketingcommunicatiestrategie en werd door bezoekers bijzonder op prijs gesteld. De Open Dag zal in 2011 herhaald worden.

Naast informatie van professionals zoeken patiënten steeds meer hun informatie buiten de muren van het ziekenhuis. Daarvoor is ook de digitale snelweg een uitstekend informatiemiddel. De website van het ziekenhuis is dan ook constant in ontwikkeling om het informatieaanbod voldoende af te stemmen aan de vraag van de bezoeker. Inmiddels zijn alle folders digitaal beschikbaar en verloopt de aanmelding voor informatiebijeenkomsten voor een groot deel via de website.

Communicatieprojecten die in 2010 veel aandacht vergden waren de maand van de dossiervorming, de week van de patiëntveiligheid, ingebruikname van verbouwde poliklinieken en priklaboratorium en de vaccinatiecampaagne tegen Influenza. Aan het verbeteren van de relatie met de huisartsen levert de afdeling Communicatie een bijdrage door de uitgave van een maandelijks Specialist / Huisarts Bulletin en door bij voortkomende situaties huisartsen te voorzien van persberichten die aan de media zijn gestuurd.

4.10 Patiëntenvoorlichting

- Informatiebijeenkomsten

In 2010 zijn diverse bijeenkomsten georganiseerd in het kader van de patiëntenvoorlichting. Hierbij was dertien keer een patiëntenvereniging betrokken. In 2010 zijn 34 voorlichtingsbijeenkomsten c.q. lezingen geweest. Een zeer uitgebreid scala aan thema's is daarbij behandeld zoals multiple sclerose, borstkanker, borstreconstructie, palliatieve zorg, zwangerschap en bevallen, borstvoeding, artrose, stoma, beroerte, nieuwe knie/heup, diabetes en hartproblemen, schildklier, de overgang, COPD. Ruim 1600 bezoekers bezochten de informatiebijeenkomsten. Van deze bijeenkomsten hebben twintig een structureel karakter, namelijk:

- Zwangerschap en bevallen (4x per jaar);
- Borstvoeding (4x per jaar);
- De overgang (2x per jaar);
- Contactochtend voor borstkankerpatiënten (6x per jaar);
- Artrose knie/heup (4x per jaar).

- Folders

In 2010 zijn in totaal 39 nieuwe voorlichtingsfolders gemaakt, 118 folders geactualiseerd en zijn 11 bestaande folders komen te vervallen.

- Rondleidingen

Er werden dertig rondleidingen georganiseerd voor groepen leerlingen van de basisscholen (20-30 kinderen per groep). Het vastleggen en organiseren van deze rondleidingen gebeurt via Patiëntenvoorlichting. De rondleidingen worden door de medewerkers van Vrouw Moeder Kind centrum (28x) of de SEH (2x) verzorgd. Ter voorbereiding op de rondleiding werd via Patiëntenvoorlichting negen keer een leskist uitgeleend aan de scholen.

- Exposities

Patiëntenvoorlichting heeft dit jaar met negen kunstenaars exposities van schilderijen georganiseerd in het ziekenhuis.

4.11 Samenleving

Voor activiteiten op het gebied van onze maatschappelijke verantwoordelijkheid zie hoofdstuk 2, 3 en 4.

5. Financieel beleid

Het beleid is gericht op continuïteit van ondernemen. Voorwaarde voor continuïteit vormt 'voldoende' rendement. Alleen dan kan de ziekenhuiszorg in Weert en regio gewaarborgd blijven. Als 'voldoende' rendement wordt beschouwd een solvabiliteit van minimaal 20% (eigen vermogen / balanstotaal).

Beleid gericht op rationalisatie van de overhead en reductie van kosten van inkoop heeft in termen van rendement in het verslagjaar vruchten afgeworpen. Het aantal fulltime arbeidsplaatsen is in de overhead, langs geleidelijke weg, met 27 afgenomen. Op de inkoop van verbruiksartikelen en materialen werd, deels in volume, merendeels in prijs, substantieel bespaard.

De beheersing en voorspelbaarheid van financiële uitkomsten is verbeterd:

- De maandelijkse managementrapportage bevat naast kwantitatieve productie-informatie, een volledige resultatenrekening in de vergelijking begroot-werkelijk (in 2011 uitgebreid met werkelijk 'dit jaar'-werkelijk 'vorig jaar'), zowel voor de desbetreffende maand als cumulatief. Daarnaast bevat de rapportage een balans en een kasstroomoverzicht.
- Na afloop van elk kwartaal, wordt drie keer per jaar, op basis van werkelijke ontwikkelingen en actuele inzichten een prognose op jaarbasis opgesteld.
- Wekelijks is zicht op, twaalf maanden vooruit, de liquiditeitsplanning, met onderscheid in geldstromen vanuit enerzijds de operatie en anderzijds investeringsactiviteiten / aflossingsverplichtingen.

Alle van vóór 2010 openstaande discussiepunten met zowel maatschappen als partijen in de keten, zijn besproken en afgehandeld.

Vooruitzichten 2011

Rust en zelfvertrouwen zijn terug in de organisatie. Het Ondernemingsplan wordt geactualiseerd. Fundamenteel wordt de ingezette koers vervolgd. Beleidsmatig betekent dit prioriteit in aandacht voor het Lange Termijn Huisvesting Plan (LTHP) en volledige revisie en uitbreiding van het bestaand Electronisch Patiënten Dossier (EPD). Een en ander doet de vermogensbehoefte de komende jaren substantieel toenemen. Inmiddels worden hierover constructieve gesprekken gevoerd met banken. Het huis maakt zich verder op voor NIAZ ziekenhuisbrede heraccreditatie. Operationeel wordt de exploitatie hard getroffen door de budgetkorting, gevolg van het in 2009 kennelijk door de sector overschreden makro-kader. Alhoewel de brancheorganisatie NVZ Vereniging van Ziekenhuizen hiertegen middels juridische stappen bezwaar heeft aangetekend, is het effect (€ 2,0 mln. negatief) volledig verwerkt in de exploitatiebegroting 2011. Onder de druk van dit effect sluit de begroting 2011 met een verlies van € 1,0 mln. Naast de lopende acties gericht op kwaliteitsverbetering, kostenbeheersing en kostenreductie, wordt het accent verlegd naar acties gericht op procesverbetering. In de schaduw daarvan wordt het bestaande productenpakket / portfolio nader geanalyseerd. Het realiseren van kwaliteitsverbetering en financieel herstel wordt door de directie en het management als uitdaging opgepakt in 2011 en zeker niet gezien als een onmogelijke opgave, integendeel, het vertrouwen in de toekomst is groot!