

Maatschappelijk verslag 2009

SJG Weert verder versterkt



Maatschappelijk verslag 2009

Vogelsbleek 5
6001 BE Weert
Postbus 29
6000 AA Weert

Algemeen telefoonnummer 0495- 572100
Website: ww.sjgweert.nl

Inhoudsopgave:

Verslag Raad van Bestuur	4	
1	Uitgangspunten van de verslaggeving	6
2	Profiel van de organisatie	7
2.1	Algemene identificatiegegevens.....	7
2.2	Structuur van het concern	7
2.3	Kerngegevens	13
2.3.1	Kernactiviteiten en nadere typering	13
2.3.2	Cliënten, capaciteit, productie, personeel en opbrengsten.....	13
2.3.3	Werkgebieden	13
2.4	Belanghebbenden	13
3	Bestuur, toezicht en bedrijfsvoering	16
3.1	Normen voor goed bestuur.....	16
3.2	Raad van Bestuur.....	16
3.3	Toezichthouders (Raad van Toezicht)	19
3.4	Financieel beleid en risico's in bedrijfsvoering en zorg	23
3.5	Cliëntenraad	24
4	Beleid, inspanningen en prestaties	27
4.1	Meerjarenbeleid.....	27
4.2	Algemeen kwaliteitsbeleid ten aanzien van patiënten.....	32
4.2.1.	Algemeen kwaliteitsbeleid.....	32
4.2.1	Algemeen kwaliteitsbeleid.....	32
4.2.2	Veiligheid.....	33
4.2.3.	Outcomeindicatoren Kwaliteit en Veiligheid.....	37
4.2.4	Klanttevredenheidsonderzoek 2009	37
4.2.5	Appraisal & Assessment	37
4.2.6	Prestatieindicatoren	37
4.2.7	Oncologie 2009	37
4.3	Klachten	38
4.4	Toegankelijkheid.....	41
4.5	Kwaliteit ten aanzien van medewerkers	42
4.6	Communicatie.....	46
4.7.	Samenleving	47
4.8	Financieel beleid.....	47

Verslag Raad van Bestuur

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

Algemeen

Met het jaar 2009 werd een dynamisch jaar van het Ondernemingsplan 2008-2012 afgesloten.

Belangrijke mijlpaal vormde de ingebruikname van een volledig nieuw operatiekamercomplex, in een nieuw aangebouwde vleugel van het ziekenhuis. Inmiddels ligt de fase van de met projecten van deze omvang gepaard gaande opstartproblemen achter ons en wordt de productie, in functie van het terugdringen van wachtlijsten, gestaag opgevoerd. De indeling van de ruimte onder het operatiekamercomplex wordt, naast de ontwikkeling van een apotheek/poliklinische apotheek, mede bepaald door de haalbaarheid van productuitbreiding waartoe zowel met partijen in de zorgketen als met ziektekostenverzekeraars gesprekken worden gevoerd. Realisatie wordt in 2010 voorzien.

De eerste fase van vernieuwing van poliklinieken werd door middel van nieuwe huisvesting voor de vakgroepen interne geneeskunde, longgeneeskunde en urologie gerealiseerd. Ter verbetering van de zorglogistiek werden binnen de poliklinieken studies verricht en registraties uitgevoerd gericht op verbetering van de klantvriendelijkheid en terugdringing van wachttijden. Een en ander wordt gecontinueerd in 2010.

Gebaseerd op vraag in de markt verruimden vakgroepen openingstijden met spreekuren in de avond. Een eerste zogenaamde buitenpoli werd in Budel gerealiseerd voor de vakgroepen chirurgie, kinderartsen en gynaecologie.

In de kliniek werd de afdeling Vrouw-Moeder-Kind na een grondige vernieuwing in gebruik genomen en werd de huiskamer 'Snel weer te been' voor de multidisciplinaire behandeling van knie- en heupprothesen geopend. Daarnaast is een nieuwe MRI in gebruik genomen waarmee ten behoeve van onze patiënten meer aanvullende diagnostiek kan plaatsvinden.

De capaciteit van de vakgroep plastische chirurgie werd uitgebreid en het bestaande productaanbod van het ziekenhuis werd verder verbreed door de komst van de vakgroep kaakchirurgie.

Een element van het ondernemingsplan vormt onderzoek naar publiek-private participatie. Eerste concrete contacten hiertoe dateren uit de tweede helft van 2008, toen gesprekken in deze werden opgestart met de MC Groep. Na een tijdelijke onderbreking werden de gesprekken in 2009 hervat. Ondanks het feit dat overeenstemming werd bereikt inzake de ontwikkelrichting van het SJG Weert en het plan van aanpak voor de komende jaren, werden de gesprekken in oktober 2009 beëindigd nadat duidelijk werd dat inzake de waardering van de onderneming geen overeenstemming kon worden bereikt. Bewust werd daarna gekozen vooralsnog op eigen kracht te vervolgen.

Productie

De belangrijkste productieparameters vertoonden in de vergelijking 2008-2009 de volgende mutaties respectievelijk absolute omvang:

Parameter	mutatie in %	absoluut
Eerste polikliniek bezoek	+ 3,4	62.845
Herhalingsconsult	+ 4,6	102.912
Dagbehandelingen	+10,3	10.484
Opnames	+ 4,3	9.940
Verpleegdagen	- 0,8	51.567
Verpleegdagen – gemiddeld	- 5,0	5,18

Personeel

Het totale personeelsbestand – uitgedrukt in full time equivalents (fte) – daalde per saldo met 15 fte (2,5%) van 657 fte per ultimo 2008 tot 641 fte per ultimo 2009.

Gecorrigeerd voor de outsourcing van het klinisch chemisch & hematologisch laboratorium (personeelsgrootte 16 fte) is het zorgcluster bestaande uit polikliniek, kliniek, behandelcentrum en medische ondersteuning op sterkte gebleven, namelijk 475 fte.

Het ziekteverzuim (exclusief zwangerschap) bedroeg 3,61% in 2009 tegenover 4,14% in 2008.

Financieel

De totale bedrijfsopbrengsten stegen met 4,3% tot € 64,8 mln. Binnen de samengestelde delen nam de direct zorggerelateerde opbrengst toe met 8,1% waarbij het aandeel opbrengst B-segment groeide van 20% tot 34%. De opbrengst van dienstverlening aan derden / opbrengst subsidies daalde per saldo met 27%. Het totaal van de bedrijfslasten steeg met 4,6% tot € 63,1 mln. Geschetste uitkomsten leidden, na het positieve resultaat over 2008 van € 0,7 mln., opnieuw tot een positieve uitkomst van € 0,4 mln. hetgeen een verbetering betekende van € 0,4 mln. ten opzichte van het voor 2009 begrote resultaat.

De kasstroom uit operationele activiteiten verbeterde met 1,6% tot € 10,0 mln. De middelenbehoefte uit investeringsactiviteit in het nieuwe OK-complex werd opgevangen door aanvulling van lange termijn kredietfaciliteiten. De solvabiliteit bedraagt ultimo 2009 19,0%.

Voor uitgebreide toelichting wordt verwezen naar de Jaarrekening 2009.

Hans de Jong
Algemeen directeur

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 dit Jaardocument Zorg legt het SJG Weert verantwoording af aan alle belanghebbende partijen over zowel de voorgenomen plannen als de bereikte resultaten in het kalenderjaar 2009. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van het sjabloon Jaardocument Zorg. Door de heldere structuur wordt de informatie van het SJG Weert zowel in de tijd als met andere ziekenhuizen beter vergelijkbaar. We 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 Raad van Bestuur door alle vakgroepen/afdelingen van het ziekenhuis beleidsplannen vastgesteld. Periodiek wordt over de voortgang van deze beleidsplannen overleg gevoerd met de Raad van Bestuur. Jaarlijks worden de beleidsplannen geëvalueerd in afzonderlijke jaarverslagen en gezamenlijk vormen zij een belangrijke basis voor dit ziekenhuisbrede jaarverslag.

2 Profiel van de organisatie

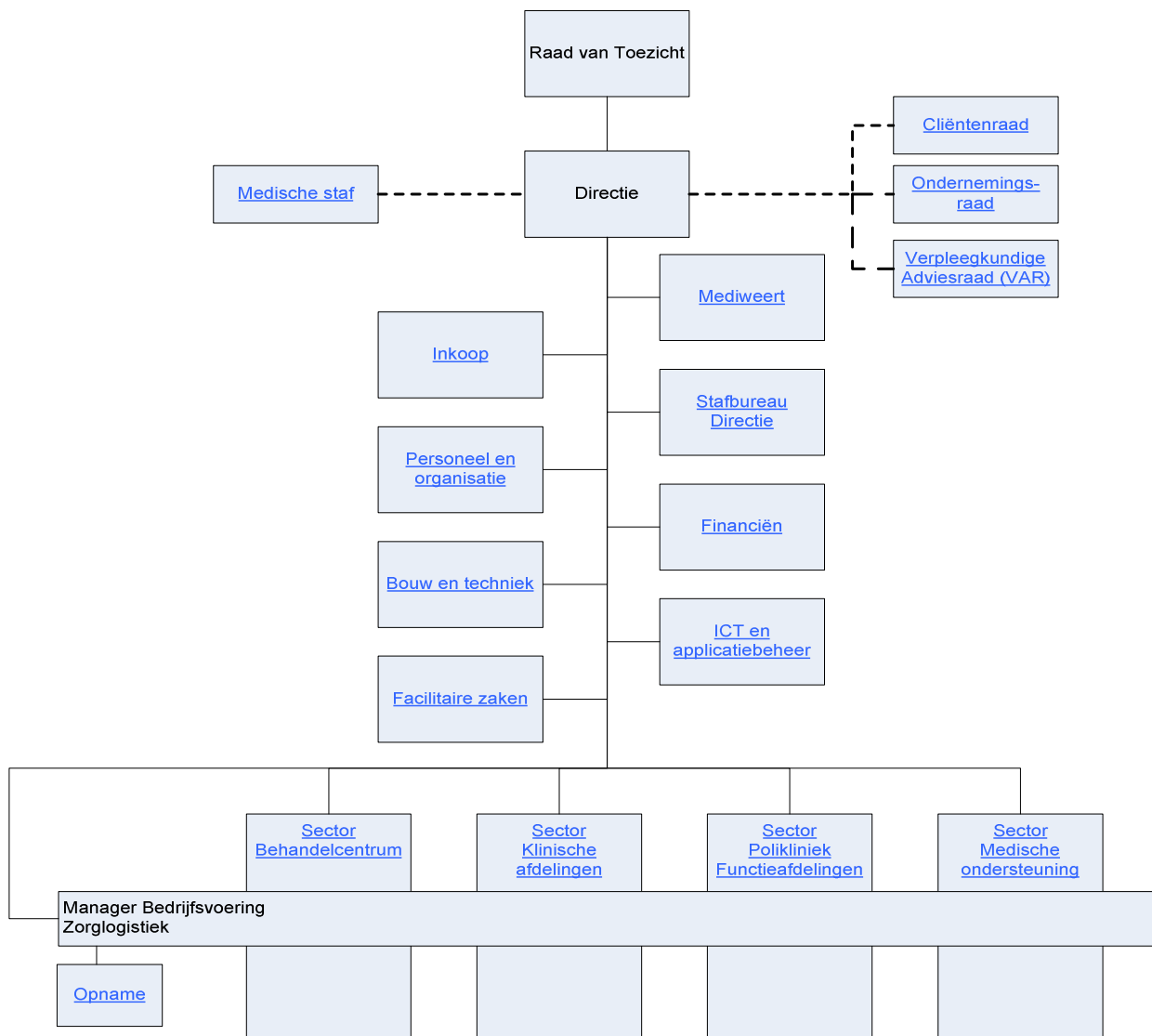
2.1 Algemene identificatiegegevens

Naam verslagleggende rechtspersoon	SJG Weert
Adres	Vogelsbleek 5
Postcode	6001 BE
Plaats	Weert
Telefoonnummer	0495 – 572100
Identificatienummer Kamer van Koophandel	41068375
E-mailadres	info@sjgweert.nl
Internetpagina	www.sjgweert.nl

2.2 Structuur van het concern

Het SJG Weert is een algemeen ziekenhuis (exclusief PAAZ) met een erkenning van 272 bedden waar ultimo het verslagjaar 2009 74 medisch specialisten en 952 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 2009 als volgt uit:



Besturingsmodel

Tot medio 2009 kende het ziekenhuis een éénhoofdige Raad van Bestuur met eindverantwoordelijkheid voor het te voeren beleid en de totale gang van zaken binnen het ziekenhuis. De Raad van Bestuur legt verantwoording af aan de Raad van Toezicht.

Vanwege het vertrek van de toenmalige voorzitter RvB en de aanstaande besluitvorming over de mogelijke participatie van de MC Groep is ter overbrugging van die periode besloten tot een tijdelijke uitbreiding met een interim-bestuur. Vanaf medio mei 2009 is daartoe een tweehoofdige ad-interim Raad van Bestuur benoemd. Deze situatie heeft gefunctioneerd tot 31 december 2009. Belangrijk aandachtspunt van het interim-bestuur lag bij het ontwikkelen van een zodanige bestuur- en managementstructuur alsmede personele invulling, dat hiermee het met private participatie beoogde sterker ondernemerschap, grotere beleidsbetrokkenheid van medisch specialisten en centraler stellen van huidige en toekomstige patiëntenwensen, kan worden gerealiseerd. Het doel hierbij was verbetering van kwaliteit, service en rendement ten behoeve van verdere innovatie en continuïteit.

Tussen het stafbestuur en Raad van Bestuur vindt wekelijks overleg plaats om beleid en uitvoering van medisch en organisatorische aangelegenheden te bespreken. Ook neemt de Raad van Bestuur als toehoorder deel aan de vergaderingen van de Vereniging Medische Staf. Daarnaast is er regulier overleg vanuit de Raad van Bestuur met de Ondernemingsraad, de Cliëntenraad en de Verpleegkundige Adviesraad.

PenC cyclus

In het kader van de planning-en controlcyclus is een duidelijke procedure opgesteld. In mei van ieder jaar wordt de Kaderbrief uitgebracht door Raad van Bestuur en stafbestuur waarin de beleidsdoelstellingen voor het komende jaar worden toegelicht. De jaarplannen van alle bedrijfsonderdelen (inclusief de vakgroepen) dienen hierop geënt te worden. Per kwartaal wordt de voortgang van het jaarplan gerapporteerd en jaarlijks wordt een jaarverslag gemaakt per vakgroep. Daarnaast voert de Raad van Bestuur met iedere vakgroep voor- en najaarsoverleggen om de voortgang en mogelijke knelpunten te bespreken.

Vereniging Medische Staf

Het bestuur van de Vereniging Medische Staf bestond per 1 januari 2009 uit de volgende personen:

- Dhr P.F. de Wet, KNO arts (voorzitter)
- Dhr E.H.K.M. Gemmeke, apotheker (vice-voorzitter)
- Dhr. G.B.C.Vasbinder, radioloog (secretaris)
- Dhr P.R. Geerlings, cardioloog (penningmeester)
- Dhr P.J. den Haan, internist (tot juni 2009)
- Mw M.J.C.E. Van Helvoirt, kinderarts
- Dhr J.M.A. Verkeyn, chirurg

Het bestuur hanteert een portefeuillevreiding waarbij onder meer de volgende aandachtsgebieden bij afzonderlijke bestuursleden zijn ondergebracht: kwaliteit en patiëntveiligheid, huisartsen, financiën, ICT, HRM, A&A, opleidingen, exitgesprekken, juridische zaken, (dis)functioneren/klachten, wetenschappelijk onderzoek, logistiek, interne organisatie en representatie.

In het verslagjaar 2009 zijn voorstellen aangenomen ten aanzien van de oprichting van de FiCos (financiële commissie), een verantwoorde invulling van de IC 5 minuten norm en het Ondernemingsplan 2008-2012.

Daarnaast zijn de volgende onderwerpen uitvoerig behandeld:

- Mogelijke participatiemodellen ingevuld door de staf t.a.v. spoor 4 van het Ondernemingsplan (publiekprivate samenwerking), onderhandelingen met de MC groep als mogelijke participant. In oktober 2009 heeft de staf de RvB geadviseerd af te zien van participatie door de MC groep en tegelijkertijd te komen tot een convenant tussen medische staf en RvB. Een intentieverklaring voor het sluiten van dit convenant is getekend door het stafbestuur.

- Het convenant omvat overeenstemming over gezamenlijke uitgangspunten, 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.
- Onderhandelingen FiCoS met de RvB over verrekeningen van het honorarium IC producten en ziekenhuisvreemd honorarium en overige verrekeningen.
- De notitie werving & selectieprocedure medisch specialisten is besproken en commentaren van stafleden zijn verwerkt. De notitie is in 2010 door de medische staf aangenomen.
- Voorstellen zijn gepresenteerd door de vakgroepen/maatschappen, waarin zij hun plannen voor 2010 hebben weergegeven, passend binnen het Ondernemingsplan 2008 -2010 en als doelstelling verrijnd in de Kaderbrief 2010. Dit alles ook in het licht van de bijdrage aan omzettoename, productiviteitstoename, verhoging doelmatigheid en kostenreductie.
- Aandacht voor HSMR (Hospital Standardised Mortality Ratio), Patiëntveiligheid, Appraisal & Assesment en gestart met de Medical Audit commissie.

In 2009 werden verder 15 algemene ledenvergaderingen dan wel kernstafvergaderingen gehouden.

De vrijgevestigde medisch specialisten zijn verenigd in maatschappen. Een aantal specialisten is in dienst van het ziekenhuis. Enkele specialisaties (oncologie, radiotherapie en neurochirurgie) zijn in het ziekenhuis vertegenwoordigd via consulentschap.

Op 31 december 2009 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 K. Piotrowski Dhr J.M. Swalve
Cardiologie	Dhr. B. Cost Dhr. P.R. Geerlings Dhr H.C. Klomps Dhr A.M.J. Lucassen
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
Dermatologie	Dhr R.L.P. Lijnen Dhr P.A.F.A. van Neer Dhr A.C.P. Ramselaar
Gynaecologie	Mw G.G. Donner Mw W. Jager Mw D. Mess – Backeshoff Dhr W.E. Nolting
Intensive Care	Dhr Frankfort Dhr Dr M. Hofmann Mw M.C.A. Ravyts
Interne geneeskunde	Dhr dr. J.G.S. Breed Dhr R.P.M. Dahlmans Dhr P.J. den Haan Mw L. Mannaerts Mw N.A.J.B. Peters Dhr dr R.A.J. Warringa
Medische microbiologie	Mw B.T. van Dijke Mw D.E.A. Potters Dhr dr F.S. Stals

Neurologie	Mw M. van Goor Dhr R. Medaer Dhr J.L. Hollinger (waarnemer) Dhr E. van Roosen
Neurochirurgie	Mw M.P. ter Laak - Poort
KNO	Dhr G.J.P. Kamps Dhr P.F. de Wet
Kindergeneeskunde	Mw M.J.C.E. Van Helvoirt-Jansen Mw L.S. Kapteijns – van Kordelaar Mw E.M. Kerkvliet Mw B. Levelink Dhr C. Oud Mw G.H.W.H. van Schaijk
Klinische chemie	Mw S. Kos
Klinische geriatrie	Dhr J. Hoogmoed Mw A.W.M. Verheggen
Klinische psychologie	Mw S.L.J. van der Elst Mw A.T. Krasuska Mw E. Rijsewijk
Longgeneeskunde	Dhr R. Lunde Dhr dr H.J. Pennings Dhr J. Simons
Oogheelkunde	Mw K.U. Eerola Dhr T.C.G. Feenstra Dhr A. Gonçalves Dhr A.H. Veltman
Orthopedische chirurgie	Dhr M. Braakman Dhr F.T.G. Rahusen Dhr dr A.J.J. Schlösser Dhr A. Supit
Pathologie	Dhr dr. W.S. Kwee Dhr J.D. Rupa Dhr A.P. Willig
Pastorale zorg	Dhr F.G.P.L. Janssen Mw L. de Jong - Janssen
Plastische chirurgie	Dhr W. Bato
Spoedeisende hulp	Mw P.V. Kaleske Dhr D.J.R. Keereweer
Reumatologie	Mw E.L.J. Heuft-Dorenbosch Dhr P.J.C. Jacobs
Revalidatie	Mw C.P. Pijlman
Radiologie	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
Urologie	Dhr J.W. Langeveld Dhr R. Van de Looverbosch
Ziekenhuisfarmacie	Mw N.A. Botta Dhr E.H.K.M. Gemmeke

De medisch staf is in 2009 uitgebreid met de volgende leden

- Mw. T. Lettinga – van Poll, chirurg
- Mw. M. Greyling, neuroloog
- Dhr. I.M.A. van Dooren, gynaecoloog
- Dhr. M. Hofmann, intensivist
- Dhr. D.J.R. Keereweer, SEH arts
- Dhr. H. Lövenich, neuroloog
- Dhr. F.T.G. Rahusen, orthopedisch chirurg

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

- Dhr. J.M.G. Hollanders, gynaecoloog
- Dhr. K.J.G.U. Karsten, longarts
- Dhr. R. Lunde, longarts
- Mw. D. Mess, gynaecoloog
- Dhr. H.J. Pennings, longarts
- Mw. G.H.W.H. van Schaijk, kinderarts
- Dhr. F.S. Stals, microbioloog

Het managementteam

Per 31 december 2009 bestond het managementteam van het ziekenhuis uit de volgende personen:

- Dhr. H. de Jong, algemeen directeur a.i.
- Dhr. R.B. Koëter, directeur zorg a.i.
- Dhr. G.P.H.M. Philipsen, clustermanager beschouwende vakken
- 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

Medezeggenschap

Medewerkers

De Ondernemingsraad behartigt de collectieve belangen van de medewerkers van het SJG Weert. De Ondernemingsraad van het SJG Weert bestaat uit 10 leden. Zij worden ondersteund door een ambtelijk secretaris. De samenstelling van de OR op 31 december 2009 was als volgt:

	Afdeling
1 Mw. M. Caris-Saes	Dagcentrum
2 Dhr. M. Engels	Spoedeisende Hulp
3 Mw. M. Helwig-Vossen	Vrouw-Moeder-Kind
4 Mw. C. Janssen	2-Noord
5 Dhr. L. Kirkels	Logistiek
6 Dhr. J. Lempens	Poli Longziekten
7 Dhr. J. Meuleners, vice-voorzitter	Operatiecentrum
8 Mw. J. Mies-Snelders, secretaris	Klachtencommissie Patiëntenzorg
9 Dhr. L. Nijnens, voorzitter	Special Care
10 Dhr. R. Zegveld	Techniek

De belangrijkste onderwerpen die de OR in 2009 heeft behandeld betroffen:

- het voorgenomen besluit om extern kapitaal aan te trekken door een private investeerder (MC groep) toe te laten in het SJG;
- de toekomst van het SJG na het beëindigen van de besprekingen met de MC Groep (Ondernemingsplan 2008-2012);
- de financiële gezondheid van het ziekenhuis;
- de wisseling van het algemeen directeurschap;
- de invulling van de topstructuur;
- de aankondiging van een reorganisatie bij de ondersteunende diensten; (voorgenomen personeelsreductie van 40 fte) en de gevolgen hiervan voor het personeel;

- de resultaten van het medewerkers(tevredenheids)onderzoek en de evaluaties 'aanscherping organisatie Zorg' en 'leidinggevenden' (vervolg in 2010);
- diverse instemmingsverzoeken betreffende het wijzigen van diensttijden.

De OR is ook in 2009 bezig geweest met professionaliseren o.a. door de deelname van een OR-lid aan de Leergang 'Strategisch sturing geven aan de OR' en een uitbreiding van het Dagelijks Bestuur met een vice-voorzitter.

Cliënten

De Cliëntenraad van het SJG Weert behartigt de collectieve belangen van cliënten en hun verwanten en geven daarmee vorm aan de medezeggenschap van (potentiële) gebruikers van de voorzieningen van het SJG Weert. De Cliëntenraad van het SJG Weert bestaat uit 7 leden en wordt ondersteund door een ambtelijk secretaris. De samenstelling van de Cliëntenraad op 31 december 2009 was als volgt:

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

Zie voor een uitgebreide beschrijving van de Cliëntenraad paragraaf 3.3.

Verpleegkundigen

De belangenbehartiging van de verpleegkundigen is geregeld in de Verpleegkundige Adviesraad. De samenstelling van deze VAR was op 31 december 2009 als volgt:

	<i>Afdeling</i>
1 Mw. M. Zaäboul, voorzitter	Vrouw-Moeder-Kind
2 Dhr. G. Verstegen, penningmeester	Neurologie
3 Mw. A. Breedveld	Interne geneeskunde
4 Mw. M. Janssen	Chirurgie
5 Mw. M Venner	Special Care
6 Mw. K. Touil	Dagcentrum
7 Mw. M. van Laarhoven, secretaris	Vrouw-Moeder-Kind

VAR leden krijgen 4 uur per maand gefaciliteerd door de organisatie voor hun werkzaamheden. De belangrijkste activiteiten van de VAR in 2009 waren gericht op:

- Uitbrengen van advies over het kwaliteitsregister
- Uitbrengen van advies over flexibele werktijden
- Beschrijven van een nieuwe verpleegkundige visie
- Het organiseren van activiteiten
- Bijdrage leveren aan de Dag van de Verpleging

2.3 Kerngegevens

2.3.1 Kernactiviteiten en nadere typering

In onderstaand overzicht staan beschreven de kerngegevens van het SJG Weert. Uitgebreide productiecijfers en financiële gegevens staan vermeld in de Jaarrekening 2009

2.3.2 Cliënten, capaciteit, productie, personeel en opbrengsten

Parameter	2009	2008
Omzet (x € 1.000)	64.765	62.067
Resultaat	437	704
Opcodes	9.940	9.526
Verpleegdagen	51.567	53.145
Dagbehandeling	10.484	9.249
Eerste polibezoeken	62.845	60.779
Herhalingsbezoeken	102.912	98.696

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 2007 was 79.850, de poliklinische adherentie was 82.903. De klinisch adherentie (inclusief dagverpleging) voor 2008 was 79.246, de poliklinische adherentie was 83.031. De adherentiecijfers 2009 die worden aangeleverd door Prismant zijn op het moment van de totstandkoming van dit verslag nog niet bekend.

2.4 Belanghebbenden

Zorgaanbieders

De samenwerking met andere zorgaanbieders is zeer divers naar zowel aard als omvang. Het belangrijkste uitgangspunt bij alle samenwerkingsverbanden is steeds het belang van de patiënt.

- Huisartsen

Inzake huisartsenzorg en ziekenhuiszorg vindt regulier overleg plaats tussen huisartsen en ziekenhuis. Het zogenaamde huisartsen-ziekenhuisoverleg heeft in 2009 zes maal plaatsgevonden. Daarnaast zijn er in 2009 meerdere klinische avonden georganiseerd voor de huisartsen en medische specialisten in onze regio. Onderwerpen die aan bod zijn geweest waren onder meer:

- varices en vaten
- pijnpoli
- medische beeldvorming
- medisch ethische klachten, tuchtrecht en medische missers
- 'Gastro oesofageale refluxziekte: GERD, doet it hurt?'
- klinische genetica

- 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, zijn in 2008 gesprekken gestart om deze zorg in Weert aan te bieden. De gesprekken zijn zeer voorspoedig verlopen maar hebben vertraging opgelopen doordat de nieuwbouw van de OK moest worden geprioriteerd en de huisvesting van de revalidatiedagbehandeling in de tijd is opgeschoven.

- 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.

In 2009 is aan de orde geweest wat na de wetswijziging inzake de Wet op de Personenvennootschappen de meest wenselijke (bestuurlijke) constructie zal zijn. Deze discussie loopt door in 2010. Invoering van de nieuwe wet waarbinnen de huidige maatschapconstructie niet meer mogelijk is wordt niet voorzien vóór 2011.

De exploitatie van 2009 laat een positief resultaat zien van € 461.162. De productieopbrengst van in totaal € 7.626.506 is als volgt verdeeld:

- Synergos

Vanaf 1 maart 2009 is het Klinisch Chemisch Hematologisch laboratorium (KCHL) overgedragen aan Synergos Eindhoven. De nadruk is gelegd op aspecten als kwaliteit, service, efficiëntie, ICT, personeel en cultuur. Twee grote projecten waren hierbij nadrukkelijke aandacht; het implementeren van het LIS systeem van Synergos in Weert (GLIMS) en de CCKL heraccreditatie van het laboratorium. Deze projecten zijn beide met succes verlopen.

In september 2009 is een visitatie uitgevoerd door de IGZ inzake het IUI laboratorium. Vervolgacties worden geborgd in het kwaliteitssysteem. Er zijn geen grote tekortkomingen geconstateerd.

Private aanbieders

ZBC MediWeert

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 Raad van Bestuur 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 waar Mediweert voor 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 2009 was het tweede volledige jaar dat Mediweert operationeel was. Mediweert is een nieuw Zelfstandig Behandel Centrum wat volledig in opbouw is. De volgende producten werden in 2009 aangeboden.

- acupunctuur
- cosmetische zorg
- huidtherapie
- lactatiekunde
- macula degeneratie met Lucentis
- prenatale screening
- sportgeneeskunde
- St. Jan Hartevriend
- mindfulness
- cursus stoppen met roken
- bedrijfsfysiotherapie

In 2009 hebben er bijna 3500 cliëntcontacten plaatsgevonden. Voor Mediweert was 2009 het tweede boekjaar. De inzet van capaciteit voor onze cliënten heeft in dit jaar geleid tot een totale opbrengst van ruim € 458.000,-. Dit is een stijging van 17,1 % ten opzichte van 2008. In de opstartfase zijn de aanloopkosten en overheadkosten hoog in verhouding tot de direct patiëntgebonden kosten en opbrengsten. Het resultaat voor 2009 is hierdoor negatief.

Samenwerking was er in 2009 met Cardiosport Veldhoven voor de sportgeneeskunde, Sancai Weert voor de acupunctuur, de maatschap Cosmetische zorg voor cosmetische zorgproducten en met Achmea Vitale voor het Bedrijfs Medische Adviescentrum.

Zorgverzekeraars

In 2009 heeft het SJG Weert met een groot aantal zorgverzekeraars contracten afgesloten. Dit betreft CZ/Delta Lloyd, MultiZorg, Menzis, Achmea en alle labels die daaronder vallen.

Overige samenwerkingsverbanden

- Stichting Sanquin ten aanzien van de bloedverstrekingen.
- Integraal Kankercentrum Limburg (IKL). 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.

Overheden

In 2009 is veelvuldig en open contact geweest met bestuurders van diverse gemeenten, lokale politieke partijen en de landelijke overheid omtrent de strategische plannen van SJG Weert. Partijen zijn actief geïnformeerd over de stand van zaken van het Ondernemingsplan 2008 - 2012. Ook het ministerie van VWS en het College Sanering Ziekenhuisvoorzieningen zijn hierover geïnformeerd.

Patiëntenverenigingen

In 2009 zijn diverse bijeenkomsten georganiseerd in het kader van de patiëntenvoorlichting. Hierbij was 19 keer een patiëntenvereniging betrokken. In 2009 zijn er 41 voorlichtingsbijeenkomsten c.q. lezingen geweest. Een zeer uitgebreid scala aan thema's is daarbij behandeld zoals multiple sclerose, borstkanker, palliatieve sedatie, zwangerschap en bevallen, borstvoeding, artrose, stoma, prostaatacarcinoom, whiplash, beroerte, nieuwe knie/heup, diabetescontrole, schildklier, kruisband- en meniscusproblemen, problemen met enkel en voet, schouders, ADHD en de overgang.

Van deze bijeenkomsten hebben 19 een structureel karakter, namelijk:

- Zwangerschap en bevallen (4x per jaar)
- Borstvoeding (4x per jaar)
- De overgang (2 keer per jaar)
- Contactochtend voor borstkankerpatiënten (6 x per jaar)
- Artrose knie/heup (3 x per jaar)

3 Bestuur, toezicht en bedrijfsvoering

3.1 Normen voor goed bestuur

Het SJG Weert past volledig de Zorgbrede Governance Code toe. De verantwoording over het beleid vindt plaats via het jaardocument. Daarnaast treedt het SJG Weert over strategische onderwerpen in overleg met diverse interne en externe belanghebbenden. Dit is gebeurd met betrekking tot alle onderwerpen in het ondernemingsplan, zoals het maken van keuzes, de samenwerking met andere partijen, het ontwikkelen c.q. aantrekken van A-merken, als de keuze voor een publiek-private samenwerking.

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 door de Raad van Bestuur. De accountant is sinds 1997 Price Waterhouse Coopers. De externe accountant woont de vergadering bij waarin de jaarrekening wordt goedgekeurd. Tevens brengt de accountant een management letter uit met zijn bevindingen aan zowel de Raad van Bestuur als de Raad van Toezicht. De accountant is op uitnodiging aanwezig in de auditcommissie van de Raad van Toezicht.

Enmaal per jaar beoordeelt de Raad van Toezicht of het SJG Weert zich in voldoende mate aan de governance code heeft gehouden. Indien er tekortkomingen zijn worden hierover afspraken gemaakt met de Raad van Bestuur en actie ondernomen. Deze beoordeling vond plaats op 21 december 2009.

3.2 Raad van Bestuur

Samenstelling Raad van Bestuur tot 16 mei 2009

Naam	Bestuursfunctie	Nevenfuncties
Dhr. H.J.B. Janssen	Voorzitter RvB	Voorzitter FSMI (tot 1 mei 2008) Voorzitter SCAS Raad van Advies LICS Utrecht Advies kleinere ondernemingen buiten de zorg

Door vertrek van de bestuurder werd op 16 mei 2009 de functie voorzitter Raad van Bestuur vacant. De Raad van Toezicht heeft hierin op interim-basis voorzien door het aantrekken van een externe voorzitter en een tijdelijke uitbreiding met een operationeel directeur zorg uit de eigen organisatie. Deze tijdelijke voorziening is getroffen vanwege de gesprekken over publiek-private samenwerking met de MC Groep, die (indien geslaagd) ertoe zouden hebben geleid dat de MC Groep de bestuursfunctie zou hebben vervuld.

De tijdelijke benoeming betrof in eerste aanleg de periode tot 1 september 2009 en werd daarna verlengd tot 31 december 2009. Omdat de onderhandelingen met de MC Groep niet tot overeenstemming hebben geleid, is per 1 januari 2010 de situatie van een eenhoofdige Raad van Bestuur hersteld. In deze functie is de heer H. de Jong benoemd.

Bij alle benoemingen is positief advies gekregen van de Cliëntenraad, de Ondernemingsraad en het bestuur medische staf.

Samenstelling interim Raad van Bestuur 16 mei 2009 – 31 december 2009

Naam	Bestuursfunctie	Nevenfuncties
Dhr. H. de Jong	Voorzitter Raad van Bestuur a.i.	Bestuurslid Nature for Kids
Dhr. R.B. Koëter (m.i.v. 1 juni 2009)	Lid Raad van Bestuur a.i.	Geen

Er is een reglement van de Raad van Bestuur waarin opgenomen:

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

Het reglement kan worden gewijzigd door de bestuurder na goedkeuring door de Raad van Toezicht.

Portefeuilleverdeling Raad van Bestuur a.i.:

Bestuursfunctie	Verantwoordelijkheidsgebied
Voorzitter a.i.	<ul style="list-style-type: none"> • Bestuurlijk eindverantwoordelijk • Kernstaf, overleg stafbestuur - Raad van Bestuur • Financiën, planning en control • P&O, opleidingen • ICT • Mediweert • Inkoop • RC GGZ • Vastgoed • Land van Horne • Facilitaire zaken • Zorgverzekeraars en accountant • Ondernemingsraad, Cliëntenraad
Lid a.i.	<ul style="list-style-type: none"> • Patiëntenzorg • Kwaliteit • Medische ondersteuning • Kernstaf, overleg stafbestuur - Raad van Bestuur • Patientenlogistiek • VAR • Overleg huisartsen

De bezoldiging van de Raad van Bestuur wordt vanaf 2009 gebaseerd op de code van de Nederlandse Vereniging van Toezichthouders in de Zorg (NVTZ). De bezoldiging van de vertrokken bestuurder is in 2009 geïndexeerd conform de CAO ziekenhuiswezen en was gebaseerd op de code van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuis Directeuren (NVZD).

De bezoldiging van de bestuurders bedroeg:

Bestuurder	Totaal inkomen*	Toelichting
Dhr. H.J.B. Janssen	€ 108.378	t/m 16 mei; excl. leaseauto
Dhr. H. de Jong	€ 120.800	Vergoeding aan management BV vanaf 16 mei
Dhr. R.B. Koëter	€ 87.002	Vanaf 16 mei

*Het totaal inkomen is het bruto inkomen inclusief vakantiegeld, eindejaarsuitkering, onkostenvergoeding en werkgeversbijdrage.

Er is geen variabele beloning overeengekomen. Over 2008 is de bestuurder de heer Janssen een bonus toegekend van een maandsalaris vanwege de financiële resultaten in 2008 en zijn uitstekende bijdrage aan de strategie van het SJG Weert.

Met de bestuurders is geen bovenwettelijke ontslagvergoeding overeengekomen. Vanaf 1 januari 2010 zal de nieuwe beloningscode zorg worden toegepast.

Afspraken tussen Raad van Bestuur en Raad van Toezicht

Naast de reglementen van Raad van Bestuur en 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 toezicht op de bedrijfsvoering van de Raad van Bestuur. In de zorgbrede governance code 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 Raad van Bestuur 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 Raad van Bestuur te nemen beslissingen. Door een door de Raad van Bestuur 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)

Samenstelling

De Raad van Toezicht bestond in 2009 uit 7 personen. Op 1 januari 2010 is de heer Weekers afgetreden. Omdat het hier een zetel betrof op basis van een bindende voordracht van de Cliëntenraad, is de Cliëntenraad verzocht op basis van een door de Raad van Toezicht opgesteld profiel met een voordracht te komen. De Cliëntenraad heeft dit gedaan via een openbare procedure.

Ook de heren Timmermans en Droppert waren aftredend per 1 januari 2010, echter herbenoembaar. Zij zijn herbenoemd voor een periode van 4 jaren.

Samenstelling Raad van Toezicht

Naam	Aandachtsgebied	Nevenfuncties	Eerste benoeming / moment van aftreden	Aantal bijgewoond vergaderingen
Dhr. L.J.M. Linnartz Voorzitter	remuneratie-commissie, agenda-commissie	Commissaris Drukkerij Hazenberg Boxtel Commissaris Drukkerij Tessink Zutphen Commissaris Zeefdrukkerij Erdé Tilburg Adviseur SHD Grafimedia Swalmen Vice-voorzitter stichting Promotion Wilh'08	1-4-2007 / 31-12-2012	14
Dhr. A.J.Droppert Vice-voorzitter	remuneratie-commissie, agenda-commissie	zelfstandig adviseur arbeidsmarktbeleid lid Raad van Toezicht Savant zorg Helmond (tot 1/4) lid Raad van Toezicht Citaverde college Roermond lid Raad van Toezicht SMO te Helmond	1-1-2006 / 31-12-2013	12
Dhr. H.M.S.M. Jansen, arts	kwaliteit en veiligheid	voorzitter Heemkunde Vereniging Nederweert lid monumenten-commissie gemeente Nederweert bestuurslid Artsen Senioren Midden-Limburg	1-1-2008 / 31-12-2011 herbenoembaar	11
Dhr. H.M. van de Sandt, arts	kwaliteit en veiligheid	geen	1-11-2007 / 31-10-2011 herbenoembaar	14
Dhr. A.J.H. Sieben	audit-commissie	bestuurslid Stichting Projecten Arbeidsmarkt Zorgsector West-Brabant voorzitter Stichting 't Wieckerhoes Maastricht Adviseur Van Gemert Groep Maastricht Peningmeester Stichting Fonds Zeggenschap Zorgvragers Limburg	1-11-2007 / 31-10-2011 herbenoembaar	13
G.M.M.G. Timmermans	audit-commissie	Vennoot Bedrijfsadviesbureau Integrity & Efficiency, Operational Auditing	1-1-2006 / 31-12-2013	14
Dhr. F.H.H. Weekers	juridische portefeuille	advocaat en procureur, geassocieerd met Hoeberechts Advocaten te Weert Lid Tweede Kamer der Staten Generaal Lid gemeenteraad gemeente Weert	1-1-2002 / 31-12-2009	10

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, Weekers, Sieben en Droppert). De juridische discipline bij de heer Weekers, 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. Op deze voordracht zat de heer Weekers in de Raad.

Beloning Raad van Toezicht

De beloning van de Raad van Toezicht bedroeg in 2009 op basis van de governancecode € 4000 per jaar per lid plus een vergoeding van onkosten voor vervoer. 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 € 8000. De Raad van Toezicht heeft besloten zich te conformeren aan deze code, echter dat pas te doen met ingang van 1 januari 2011.

Lid Raad van Toezicht	Vaste bruto beloning	Onkostenvergoeding
Dhr. L.J.M. Linnartz	€ 8.000	-
Dhr. A.J. Droppert	€ 6.000	€ 355
Dhr. H.M. van de Sandt	€ 4.000	€ 93
Dhr. A.J.H. Sieben	€ 4.000	€ 745
Dhr. G.M.M.G. Timmermans	€ 4.000	€ 170
Dhr. F.H.H. Weekers	€ 4.000	-
Dhr. H.M.S.M. Jansen	€ 4.000	€ 111

Werkwijze

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

- informatievoorziening door de Raad van Bestuur
- 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 en veiligheid
- de remuneratiecommissie
- de agendacommissie

In 2009 is de Raad 7 keer regulier bijeen gekomen en 7 keer in een extra vergadering, soms met een aantal genodigden. Daarnaast is er een overleg geweest met het stafbestuur.

De Raad van Toezicht bespreekt in principe elke reguliere vergadering de voortgang in de bedrijfsvoering op basis van schriftelijke en mondelinge informatie van de bestuurder.

De Raad van Toezicht opereert zonder last of ruggespraak. Een of meer leden zijn enkele malen bij de vergadering van de OR c.q. Cliëntenraad geweest.

Een enkele maal heeft de voorzitter van de Raad van Toezicht een vergadering van het stafbestuur bijgewoond. Er is een gezamenlijke vergadering geweest tussen agendacommissie, Raad van Bestuur en bestuur van de Vereniging Medische Staf.

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

Enkele leden van de Raad van Toezicht hebben bijeenkomsten bezocht van de NVTZ en van PWC om zich op de hoogte te houden van de ontwikkelingen in corporate governance en andere aangereikte onderwerpen. Ten slotte hebben de voorzitter en vice-voorzitter een gesprek gevoerd met PWC Duitsland ter oriëntatie op samenwerking met internationale ziekenhuisketens.

In het kader van de onderhandelingen met de MC Groep over participatie in het SJG Weert hebben de voorzitter en secretaris van de Raad van Bestuur en de voorzitter en vice-voorzitter van de Raad van Toezicht gesprekken gevoerd met de MC Groep.

Inhoud vergaderingen

Het aantal vergaderingen van de Raad van Toezicht in 2009 was groot. Oorzaak hiervan lag gelegen in het feit dat samen met de bestuurder adequaat invulling werd gegeven aan de strategie, zoals vastgelegd in het ondernemingsplan. Met name de gesprekken over publiek-private samenwerking vergden veel inzet.

Het belangrijkste thema dat in 2009 aan de orde is geweest betrof het Ondernemingsplan 2008 – 2012 van het SJG Weert. In dit ondernemingsplan worden vier sporen onderscheiden: : 1) keuzes maken, 2) samenwerken met derden, 3) ontwikkelen c.q. aantrekken van A-merken en 4) aantrekken van ondernemerschap gekoppeld aan privaat kapitaal.

In 2009 heeft de invulling van het ondernemingsplan verder plaatsgevonden en hebben gesprekken en onderhandelingen plaatsgevonden met de partij die een aandeel wilde nemen in het SJG Weert, zijnde de MC Groep. Ook is er overleg geweest met de medische staf en andere interne en externe stakeholders.

Belangrijk terugkerend thema was ook de financiële situatie van het SJG Weert. Daarnaast heeft de voltallige Raad van Toezicht zich verdiept in de kwaliteits- en veiligheidssystemen. De commissie Kwaliteit en Veiligheid heeft dit voorbereid.

De interne beheersings- en controlesystemen zijn verschillende malen aan de orde geweest. Dit betreft:

- de managementletter van de accountant betreffende de financiële en ICT risico's (in aanwezigheid accountant)
- het kwaliteitssysteem en klachten, inclusief rapportages
- het veiligheidssysteem, inclusief rapportages

Overige belangrijke punten van gesprek:

- jaarverslag en jaarrekening (in aanwezigheid accountant)
- begroting en jaarplan
- Kaderbrief 2010 ten behoeve planning en control
- kwartaalrapportages
- splitsing Stichting Servicenetwerk De Nieuwenborgh
- business plan en rapportages ZBC Mediweert
- ondernemingsplan en rapportages RC GGz
- samenwerking Synergos
- samenwerking ten aanzien van bariatrische chirurgie
- wijziging bestuursstructuur (tweehoofdige Raad van Bestuur)
- invulling vacature bestuurder
- Elsevier en AD enquête
- huisvestingsplan

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.

Een zeer veel aandacht vergend onderdeel van de strategie was de publiek-private samenwerking. Er hebben diverse onderhandelingsrondes plaatsgevonden waarbij gesproken is over de omvang van het aandeel van MC groep, de prijs van uit te geven aandelen, aandelen van medische staf en medewerkers, managementcontract, de samenstelling van de Raad van Commissarissen en een eventuele splitsing in een Zorg BV en Onroerend Goed BV.

Na vele onderhandelingsronden werden de besprekingen met de MC Groep in oktober beëindigd. Overeenstemming was er bereikt over missie, doelstellingen en plan van aanpak. Ten aanzien van waardering en eigendomsverhoudingen kon geen overeenstemming worden bereikt. Dit betekende tevens dat er geen overdracht van de Raad van Bestuur kon plaatsvinden.

Toezicht op het interne beheersings- en controlesysteem

De auditcommissie heeft zich een aantal malen gebogen over de kwaliteit van het interne 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.

Besluiten ter goedkeuring aan de Raad van Toezicht

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

- samenwerking Synergos (onder voorbehoud)
- intentieverklaring samenwerking dialyse (met dialysecentrum Nederland)
- intentieverklaring samenwerking bariatrische chirurgie (met ZNA)
- Jaardocument 2008 (inclusief Jaarrekening 2008)

De begroting 2010 is in 2009 niet meer goedgekeurd. Dit zal begin 2010 gebeuren.

Ten slotte heeft de Raad van Toezicht per 16 mei 2009 de interim-bestuurders benoemd en per 1 september hun benoeming verlengd. Per 1-1-2010 is weer een eenhoofdige Raad van Bestuur benoemd.

Agendacommissie

De agendacommissie bestaat uit de voorzitter en de vice-voorzitter. Zij komen voor elke reguliere vergadering met de bestuurder bijeen ter voorbereiding van de agenda. In 2009 zijn zij daarnaast een aantal malen met de bestuurder bijeengekomen over diverse onderwerpen.

Remuneratiecommissie

De remuneratiecommissie bestaat uit de voorzitter en de vice-voorzitter. Zij bereidt beloningsvoorstellen voor de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht voor. In 2009 is de remuneratiecommissie tweemaal bijeen geweest.

Eind 2009 heeft zij zich gebogen over de arbeidsovereenkomst van de nieuwe bestuurder op basis van de voorbeeld overeenkomst bij de beloningscode zorg.

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 2009 vier maal bijeen geweest. Elk overleg vond plaats met de controller en de bestuurder. De externe accountant was hierbij tweemaal aanwezig. Onderwerpen op de agenda waren: begroting; tussentijdse cijfers/management informatie; jaarrekening; liquiditeitsprognose; controleplan externe accountant; rapportage externe accountant/management letter; vergoedingen aan accountant; evaluatie van accountant; verbetering van de kwaliteit van de informatievoorziening, nacalculatie investering operatiekamers; budgethoudersregeling; procedure investeringen, AO/IC (Administratieve Organisatie/Interne Controle), klokkenluidersregeling, participatie Waarborgfonds.

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

Commissie Kwaliteit en Veiligheid

In 2009 is de commissie Kwaliteit en Veiligheid van start gegaan. Deze commissie is in 2009 tweemaal bij elkaar gekomen in aanwezigheid van de bestuurssecretaris en de manager kwaliteit en veiligheid en eenmaal de bestuurder zorg a.i.

Onderwerpen op de agenda waren: klachtenprocedure, de resultaten van de AD enquête, lopende dossier met de IGZ, het veiligheidsmanagementsysteem, het elektronisch patiëntendossier, de stand van zaken diverse onderdelen kwartaal voortgangsrapportage Kwaliteit en Veiligheid .

Evaluatie besluitvormingsprocessen Raad van Toezicht

In november heeft de Raad van Toezicht haar besluitvormingsprocessen geëvalueerd. De Raad van Toezicht is kritisch over haar eigen rol en die van de bestuurder vooral bij de procedure rond investeringen en samenwerking. Een van de oorzaken hiervoor is dat er veel tijd besteed is aan de gesprekken met de MC Groep. De evaluatie van het proces van publiek-private samenwerking leverde geen eenduidige conclusie op.

Evaluatie team en individuele leden

In december heeft de Raad van Toezicht het functioneren als team en van individuele leden geëvalueerd. Hieruit bleek dat de verschillen in benadering en aanpak waarde toevoegen en dat de teamsamenstelling qua achtergrond evenwichtig is. Er is voldoende kritisch vermogen.

Evaluatie samenspel Raad van Bestuur en Raad van Toezicht

Na het vertrek van de bestuurder hebben twee leden van de Raad van Toezicht een exit-gesprek met hem gevoerd. Hierin heeft de ex-bestuurder aangegeven waar volgens hem verbetering wenselijk is.

Ter voorbereiding van de verlenging van de interim-periode van de interim-bestuurders heeft de remuneratiecommissie het functioneren van het interim-bestuur geëvalueerd. Deze evaluatie is besproken in de Raad van Toezicht.

Informatiebronnen Raad van Toezicht

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

- contacten met bestuur en leden van de medische staf, de Ondernemingsraad en de Cliëntenraad
- contacten met functionarissen binnen de organisatie
- contacten met externe partijen in Weert en elders
- bijeenkomsten van NVTZ en PWC
- literatuur en overige informatiebronnen

3.4 Financieel beleid en risico's in bedrijfsvoering en zorg

Ziekenhuizen functioneren in een krachtenveld met toenemende uitdagingen:

- stijgende marktvraag, kans voor ondernemer, afgeremd door overheid en verzekeraars
- klant kritischer en mondiger
- schaarste aan specifieke kwaliteit van medewerkers
- toenemende concurrentie / kans voor onderscheidend vermogen
- druk op opbrengstprijsontwikkeling / belang schaalgrootte groeit
- van budgetfinanciering naar self-supporting financiering
- aangescherpte regelgeving en normering
- ontwikkeling naar meer openheid en meer transparantie

Een samenspel dat, bij een continuïteitsmissie, onvermijdbaar leidt tot operationeel beleid gericht op:

- het doelmatig aanwenden van schaarse financiële middelen
- het verbeteren van de klanttevredenheid / de zorglogistiek
- het opvoeren van produktiviteit
- het verbeteren van efficiëntie

In dit proces kunnen de reeds bestaande risico's in bedrijfsvoering, divers van aard, oplopen. Risico beheersing begint met de onderkenning ervan. Bestuur, management en medische staf zijn zich bewust van de aan de bedrijfsvoering, divers van aard, verbonden risico's.

De uitdaging om met elkaar te komen tot verdere beheersing hiervan wordt gemotiveerd aangegaan. Zowel in regulier gepland overleg als specifiek ad hoc overleg worden oorzaken van incidenten geanalyseerd en maatregelen besproken gericht op verdere beheersing van processen. Rode draad in werkwijze vormt duidelijkheid, aanscherping en -aanvullende- beschrijving van taken en verantwoordelijkheden.

Een ziekenhuisbreed plan van aanpak voor een Veiligheid Management Systeem is vastgesteld, een veiligheidsmanager in functie en een systematisch programma van risico-inventarisatie in gang gezet, waaronder:

- het vastleggen van veiligheidscultuur en ziekenhuisbrede doelstellingen en verbeterpunten
- actief bezoek aan afdelingen / veiligheidsrondes
- invoering project Veilig Incidenten Melden
- aanscherping bestaande procedure Melding Calamiteiten
- project Veilige Zorg – specifiek gericht op medewerker veiligheid

De NIAZ-accreditatie – geen doel op zich, wel een uitstekend hulpmiddel – scherpt de organisatie verder aan door middel van de systematiek van continue auditing. Beschrijving van de afdelingsgebonden kwaliteitssystemen (voorschriften / protocollen) ligt op schema.

De verdere implementatie van NEN 7510 is vervolg gegeven.

Door Planning & Control worden systematische validaties uitgevoerd op DBC-registraties en – facturatie.

Informatie over de prestaties van het SJG Weert is op verschillende manieren inzichtelijk. Naast de prestatie-indicatoren die de Inspectie voor de Gezondheidszorg hanteert wordt ook informatie geleverd aan zorgverzekeraars en wordt ook middels diverse enquêtes specifiek informatie gegenereerd voor de consument.

3.5 Cliëntenraad

Op grond van de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen 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 Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ) en deze wet stelt de CR in de gelegenheid 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 Raad van Bestuur. Ook zijn de rechten, plichten en bevoegdheden van de Raad van Bestuur 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 2009 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) opgezet, als onderdeel van de website van het SJG Weert. De CR is trots om het eerste ziekenhuis in Limburg te zijn met een DKG. De DKG-leden krijgen meer (achtergrond)informatie over onderwerpen die cliënten (be)treffen en kunnen actief invloed uitoefenen op allerlei zaken, door bijvoorbeeld mee te doen aan de diverse polls. In november 2009 zijn de eerste deelnemers geregistreerd.

Ondersteuning Cliëntenraad

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

Adviezen, beleidsissues en beleidsbeïnvloeding door CR

In januari 2009 ontving de CR een verzoek van de Raad van Bestuur om te adviseren inzake een voorgenomen besluit betreffende 'spoor 4 van het Ondernemingsplan 2008-2012'. Spoor 4 staat voor het aantrekken van bestuurlijke veranderkracht met extern kapitaal. De medezeggenschapsraden (CR, Ondernemingsraad en Verpleegkundige Adviesraad) hebben gezamenlijk een externe deskundige (jurist) ingeschakeld om te ondersteunen bij de advisering betreffende de mogelijke overgang naar een andere juridische structuur van het SJG Weert. De eerste bijeenkomst met de juridisch adviseur vond plaats in februari 2009. Bij het bespreken van de adviesaanvraag (inclusief bijlagen) werd vastgesteld dat, om te komen tot een weloverwogen advies, er aanvullende informatie nodig was. Op 9 maart 2009 hebben de medezeggenschapsraden een brief naar de Raad van Bestuur gestuurd met het verzoek om deze aanvullende informatie.

De CR is vervolgens voortdurend, door zowel de Raad van Bestuur als de Raad van Toezicht (RvT), op de hoogte gehouden van de ontwikkelingen. Eind oktober 2009 is het besluit genomen om de besprekingen met een externe partij te beëindigen en daarmee verviel ook het verzoek om aanvullende informatie.

De CR werd verder advies gevraagd over het Bestuursreglement Zelfstandig Behandel Centrum (ZBC) Mediweert, bemensing Klachtencommissie Patiëntenzorg, voorgenomen benoeming algemeen directeur a.i., samenstelling interim bestuur, verlenging interim periode interim bestuur en de voorgenomen benoeming van de heer H. de Jong als eindverantwoordelijk algemeen directeur en enig bestuurder (in de zin der wet).

Bindend voordrachtrecht CR

De CR heeft een bindend voordrachtrecht voor één lid van de RvT. Met ingang van 1 januari 2010 verliep de maximale zittingstermijn van het RvT-lid die in 2001 door de CR was voorgedragen. De RvT heeft een profielschets opgesteld waarbij de nadruk lag op de werving van een jurist(e). Een sollicitatiecommissie van de CR heeft de brievenselectie gedaan en sollicitatiegesprekken gevoerd. Deze inspanningen hebben geleid tot de voordracht van een kandidaat aan de RvT. Deze kandidaat is benoemd met ingang van 1 maart 2010.

Ongevraagd advies

De CR heeft de Raad van Bestuur in mei 2009 ongevraagd geadviseerd een traject op te starten om binnen afzienbare tijd een 24-uurs-ziekenhuisapotheek open te stellen voor patiënten van de Huisartsenpost (HAP) Weert. De HAP-patiënten, die buiten kantooruren medicijnen nodig hebben, worden nu naar de dienstdoende apotheek gestuurd in de regio. Voor de HAP-patiënten betekent dit een lange(re) reistijd en soms een slechte toegankelijkheid van apotheken. De CR is van mening dat er een hinderlijke barrière wordt opgeheven voor HAP-patiënten als zij hun medicijnen bij een ziekenhuisapotheek kunnen halen (gelegen tegenover de HAP). De Raad van Bestuur is bezig met het traject en houdt de CR op de hoogte van ontwikkelingen.

De CR is van mening dat de uitgang van de parkeergelegenheid onveilig is en verbeterd moet worden. Bestuurders van auto's moeten, al hellingtrekkend, het parkeerkaartje in de verkeerspaal stoppen en staan, als ze de slagbomen voorbij rijden, meteen op het trottoir. De CR heeft menigmaal de Raad van Bestuur en verantwoordelijke managers aangespoord om maatregelen te nemen.

De CR gaf de Raad van Bestuur verder advies (mondeling dan wel schriftelijk) over diverse onderwerpen zoals de financiële rapportages, Jaarplannen 2009, rokersabri bij de hoofdingang, klachten patiënten en de kwaliteit van de schoonmaak (controle toiletten). De adviezen zijn geheel of gedeeltelijk overgenomen.

Landelijke commissie van vertrouwenslieden

Op 1 januari 2007 is de Landelijke Commissie van Vertrouwenslieden (LCvV) van start gegaan. Deze commissie treedt op als bemiddelaar en scheidsrechter bij meningsverschillen tussen cliëntenraden en zorgaanbieders over de uitvoering van de WMCZ. Aangezien het ziekenhuis lid is van de NVZ kan een beroep worden gedaan op de LCvV. Hiervoor is geen registratie nodig. In 2009 is geen gebruik gemaakt van de diensten van het LCvV.

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 strategisch meerjarenbeleid van het ziekenhuis is vastgelegd in het Ondernemingsplan 2008 – 2012.

Missie en visie Ondernemingsplan 2008-2012

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 in vooral op het eigen verzorgingsgebied met voor een aantal specifieke zorgproducten, een focus op de bovenregionale markt.

Het verslagjaar 2009 heeft in het teken gestaan van de uitvoering en actualisatie van het ondernemingsplan. Vanwege het veelomvattende karakter is 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.

In het ondernemingsplan staat een vijftal doelstellingen centraal, te weten:

1. Uitwerking en uitvoering van het 4-sporenbeleid
2. Kwaliteitsverbetering zowel ten aanzien van productinhoud, proces als infrastructuur
3. Vergroting van het marktaandeel
4. Analyse en besluit over de korte en lange termijn huisvestingsplannen
5. Verbetering doelmatigheid en doeltreffendheid van de organisatie

1- Uitwerking en uitvoering van het 4-sporenbeleid

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 planperiode 2008-2012. De hieronder genoemde centrale thema's zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden.

Spoor 1	Maken van keuzes voor het primaire proces, de medische ondersteuning en facilitaire zaken.
Spoor 2	Niet vrijblijvende samenwerking met topklinische/academische ziekenhuizen en eerste lijn en V&V sector
Spoor 3	Ontwikkelen van A-merken gericht op een bovenregionaal verzorgingsgebied, hetzij op eigen kracht hetzij door samenwerking met een derde partij.
Spoor 4	Privaat-publieke samenwerking waardoor ondernemende bestuurskracht kan worden aangetrokken die zich tegelijkertijd financieel committeert aan de prestaties van het ziekenhuis. Door op deze wijze het ondernemerschap in het ziekenhuisbestuur te versterken kan extra kapitaal worden aangetrokken waardoor innovatieve ontwikkelingen versneld kunnen worden doorgevoerd. Hiervoor is het noodzakelijk dat de eigendomsverhoudingen binnen het ziekenhuis worden aangepast.

De belangrijkste resultaten in 2009 waren:

Spoor 1: Maken van keuzes

Vaatchirurgie en complexe oncologische chirurgie

- Aangaande het besluit om hoogcomplexere vaatchirurgie en complexe oncologische chirurgie niet zelfstandig te blijven bieden, maar samenwerking te zoeken met een topreferent ziekenhuis. Met betrekking tot de laagcomplexere vaatchirurgie (bv spataderzorg) is besloten deze wél zelfstandig te blijven bieden en in 2009 is een zogenaamde 'varicesstraat' van start gegaan. Een project inzake de samenwerking van de vakgroepen chirurgie Roermond en Weert loopt.

Verloskunde

- In samenwerking met de eerstelijns verloskundigen is onderzoek verricht naar de opzet van een geïntegreerd verloskundig centrum. Aanleiding daarvoor was een relatief beperkt aantal bevallingen door het ziekenhuis maar tevens de wens voor meer kostenefficiënte organisatie. Uit dit onderzoek bleek voor de verloskundigen een te beperkte meerwaarde van een dergelijke integratie. Het ziekenhuis richt zich nu op flexibeler inzet van personeel uit eigen geledingen en onderzoekt samenwerking met andere ziekenhuizen.

SEH

- De gepoolde inzet van personeel van de IC en de SEH is deels gerealiseerd. De gesprekken met de huisartsenpost over een geïntegreerd aanbod van patiënten met een acute zorgvraag zijn minder voortvarend verlopen dan gewenst.

KCHL

- Het Klinische Chemische en Hematologische Laboratorium (KCHL) is overgenomen door Synergos. Daardoor is een aantal back-office activiteiten naar Eindhoven verplaatst met behoud van spoedbepalingen en het priklaboratorium in Weert.

Apotheek

- Er is een businessplan opgesteld inzake mogelijke samenwerking van de apotheken van het SJG Weert en het Catharina-ziekenhuis Eindhoven.

Facilitaire zaken

- In 2009 is een nieuw voedingsconcept geïntroduceerd waarbij de warme maaltijden volledig geportioneerd van een externe leverancier worden betrokken. Tevens is het tijdstip van de warme maaltijd verplaatst van de middag naar de avond. Eind vorig jaar is het besluit voorbereid om vanaf 1 januari 2010 de maaltijden in bulk te bestellen en zelf te gaan portioneren en afwassen.
- De wasserij is uitbesteed.

Spoor 2: Samenwerking met andere zorgaanbieders

Plastische chirurgie

- Door de komst van de regiovakgroep 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 in Weert is voorbereid waardoor met ingang van januari 2010 poliklinische behandelingen kunnen worden verricht binnen het SJG Weert.

Revalidatie

- Met revalidatiecentrum Blixembosch is overeenstemming bereikt over het gezamenlijk bieden van revalidatiedagbehandeling in Weert. Dit is zorg waarvoor patiënten uit ons verzorgingsgebied op dit moment naar Blixembosch moeten reizen. In verband met de nieuwbouw van de OK is de aanvang vertraagd tot 2010.

Buitenpolikliniek Budel

- In Budel Medisch Centrum wordt spreekuur gehouden door kinderartsen, gynaecologen en chirurgen. Deze voorziening is opgezet zodat patiënten, indien medisch gezien mogelijk, dichter bij huis door de specialist gezien kunnen worden. De service aan patiënten en huisartsen wordt hiermee verbeterd. Een verdere uitbreiding van specialismen en locaties wordt voorzien voor 2010.

GGZ

- Het SJG Weert heeft met externe ondersteuning een rapport opgesteld inzake de toekomstvisie voor de GGZ in de regio Weert alsmede naar de daarbij passende samenwerkingsvorm met GGZ partners.

Spoor 3: Centres of excellence

Obesitas

- Het bedrijfsplan voor de start van een obesitascentrum is gereed gekomen. Dit centrum is een samenwerkingsverband met het gerenommeerde Ziekenhuis Netwerk Antwerpen bestaande uit ondermeer 3 algemene ziekenhuizen en 6 gespecialiseerde ziekenhuizen. De zorgverzekeraar heeft in 2009 nog niet ingestemd met het plan.

Dialyse

- In overleg met Fresenius Medical Care en de vakgroep interne geneeskunde is een voorstel ontwikkeld voor het aanbieden van dialysezorg in het SJG Weert. Er is inmiddels een eigen internist-nefroloog aangetrokken, die deelneemt aan een regionaal netwerk. De zorgverzekeraar heeft in 2009 nog niet ingestemd met het voornemen.

Oogheelkunde

- Om te komen tot de ontwikkeling van een Oogcentrum SJG Weert zijn verkennende gesprekken gevoerd met Oogziekenhuis Rotterdam en met de Euroregionale Kliniek voor oogheelkunde van het academisch ziekenhuis in Maastricht. Besluitvorming hierover is beoogd voor 2010.

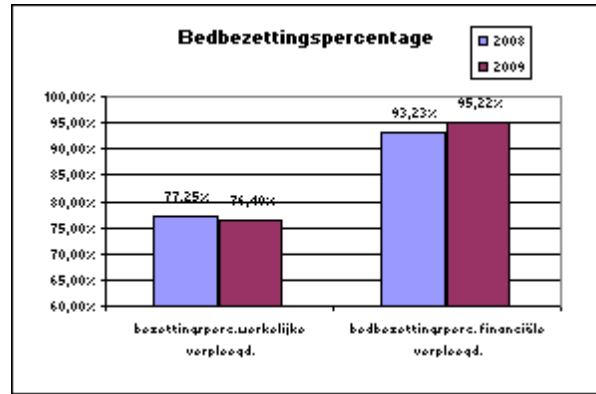
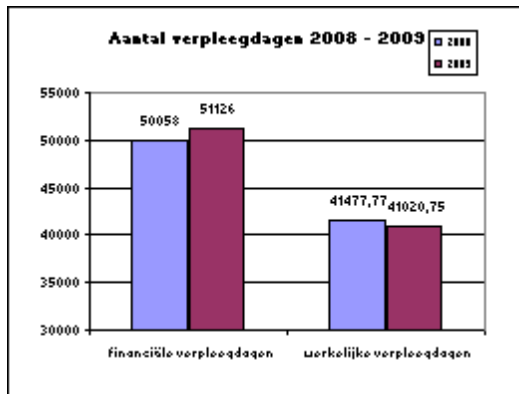
Spoor 4: Private participatie

In 2009 zijn intensieve besprekingen gevoerd met de MC Groep. De besprekingen zijn gevoerd in het kader van publiek-private samenwerking ter vergroting van het marktgericht denken, waarbij een minderheidsparticipatie van de MC Groep werd beoogd. In het najaar werden de besprekingen beëindigd. Hoewel overeenstemming werd bereikt over de missie, de doelstellingen en het plan van aanpak, werden partijen het niet eens over de waardering en eigendomsverhoudingen. Er is gekozen om vooralsnog op eigen kracht te vervolgen.

2- Kwaliteitsverbetering zowel ten aanzien van productinhoud, proces en infrastructuur

De tweede doelstelling van het ondernemingsplan betreft kwaliteitsverbetering ten aanzien van productinhoud, proces en infrastructuur. In dat verband zijn goede resultaten bereikt in het kader van de nieuwbouw van het OK complex (met name ten aanzien van de luchtbehandeling) en de bedbezetting (exclusief special care, inclusief VMK).

	Financieel		Werkelijk		Aantal bedden
	Verpleeg dagen	Bed bezetting	Verpleeg dagen	Bed bezetting	
2008	50.058	93,23%	41.477	77,25%	147
2009	51.126	95,22%	41.020	76,40%	147



Het aantal bedden is berekend op 90% voor reguliere afdelingen en voor 70% op VMK. Het bezettingspercentage voor reguliere en VMK-bedden is hoger dan begroot. De bezetting op basis van het aantal financiële verpleegdagen is in 2009 met 2% gestegen naar ruim 95%. De verpleegafdelingen kennen een zeer hoge benutting van de bedden. In het najaar 2010 zal een herbeoordeling plaatsvinden van het aantal toegekende bedden met als mogelijke uitkomst meer bedden te faciliteren om zodoende een verdere groei van het aantal opnames en verpleegdagen mogelijk te maken.

3- Vergroting van het marktaandeel

De derde doelstelling van het ondernemingsplan is vergroting van het marktaandeel. In 2009 zijn hiertoe verschillende nieuwe initiatieven genomen en bestaande doorontwikkeld.

De eind 2007 gestarte poliklinische avondsprekuren zijn in 2009 voortgezet. Het ziekenhuis komt hiermee tegemoet aan een maatschappelijk verschijnsel dat zorg wordt geboden buiten reguliere kantooruren. De algemene opvatting rond openingstijden is dat er een aanzienlijk grote groep patiënten is die niet werkt, waaronder ouderen en chronisch zieken, en verwacht wordt dat zij weinig behoefte hebben om bijvoorbeeld 's avonds nog een bezoek aan een ziekenhuis te brengen. Toch blijken ouderen en chronisch zieken steeds vaker liever met begeleiding naar de polikliniek te gaan. Deze groep patiënten zijn dus gebaat bij een ruimere hantering van de openingstijden, aangezien deze begeleiders vaak werkzaam zijn en voor deze bezoeken vrijaf moeten nemen. Ook binnen de groep veel jongere en werkende patiënten verwachten wij een groeiende behoefte aan avondsprekuren. In 2009 heeft een evaluatie plaatsgevonden naar het functioneren van de avondpoli. Opvallend daarin was dat de medische beeldvorming en het priklaboratorium een zeer positieve bijdrage kennen in de uiteindelijke resultaten. Voor de eerste lijn lijkt de avondpoli dus zeer succesvol uit te pakken.

Begin 2009 heeft het SJG Weert een buitenpolikliniek geopend in het Brabantse Budel. Kinderartsen gynaecologen en chirurgen van het SJG Weert houden poliklinisch spreekuur in het Budels Medisch Centrum (BMC). Door deze voorziening wil het ziekenhuis de service aan de patiënt verbeteren. De patiënt wordt zo dicht mogelijk bij huis geholpen en hoeft voor eenvoudige zaken, zoals bijvoorbeeld een controle, niet meer naar het ziekenhuis. De chirurgen, gynaecologen en kinderartsen van het SJG Weert werken in het BMC onder één dak met huisartsen, psychologen, maatschappelijk werk, een apotheek, tandarts en medewerkers van het Regionaal Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg. Op basis van een evaluatie en haalbaarheidsonderzoek wordt in 2010 besloten over uitbreiding van de vakgroepen danwel poliklinieklocaties.

Daarnaast zijn reeds bestaande vakgroepen uitgebreid (plastische chirurgie) of nieuwe vakgroepen aan ons ziekenhuis verbonden (kaakchirurgie) met als doel het beter bedienen van patiënten uit ons verzorgingsgebied.

Kijkend naar de omvang van ons adherentiegebied zien we een lichte stijging ten aanzien van de poliklinische adherentie en een lichte daling ten aanzien van de klinische adherentie.

	Adherentie polikliniek	Adherentie kliniek en dagverpleging
2006	82.822	78.092
2007	82.903	79.850
2008	83.031	79.246

Adherentiecijfers op basis het externe budget

4- Analyse en besluit over de korte en lange termijn huisvestingsplannen

De vierde doelstelling van het ondernemingsplan is gericht op huisvesting.

Nadat in 2008 gestart is met de planvorming en de bouw van het nieuwe operatiekamercomplex, is de bouw in 2009 afgerond en vond ingebruikname plaats. Tevens is een deel van de polikliniek volledig gerenoveerd en hebben eind 2009 de poliklinieken longgeneeskunde en interne geneeskunde hun intrek genomen. De polikliniek urologie volgt in januari 2010.

Ten aanzien van de invulling van de centrale entree, alsmede de invulling van de ruimte onder nieuwe OK vleugel zijn plannen uitgewerkt. Noodzakelijke en wenselijke bouwkundige voorzieningen in het hoofdgebouw (verbetering/uitbreiding bestaande poliklinieken, faciliteren nieuwe poliklinieken, renovatie van de kliniek, alternatieve functie van de voormalige OK) maar ook technische faciliteiten zoals de vervanging van de warmtekrachtcentrale en verbetering van de parkeervoorzieningen zullen worden opgenomen in een geactualiseerd korte en lange termijn huisvestingsplan.

Met ondersteuning van een extern bureau is in 2009 gestart met het in kaart brengen van diverse onderdelen van het lange termijn huisvestingsplan en aanverwante vraagstukken. Uitgangspunt daarbij is dat het ziekenhuis heeft besloten zich op de huidige locatie verder te ontwikkelen. In overleg met de gemeente Weert vindt afstemming plaats met betrekking tot de gebiedsontwikkeling Vogelsbleek.

Gepland wordt in de eerste helft van 2010 te beschikken over een geactualiseerd LTHP.

5- Verbetering doelmatigheid en doeltreffendheid van de organisatie

De vijfde doelstelling van het ondernemingsplan betreft de verbetering van de efficiency en effectiviteit van de interne organisatie.

Nadat in 2008 de eerste fase van de organisatieaanscherping heeft plaatsgevonden, is in verslagjaar 2009 volop geïnvesteerd in het functioneren van die nieuwe structuur. Zie voor verdere beschrijving het hoofdstuk Personeelsbeleid en kwaliteit van werk.

In de aanloop naar besluitvorming/investering in een ziekenhuisbreed EPD heeft een multidisciplinair samengestelde werkgroep op basis van een programma van eisen, onderzoek gedaan naar keuze van applicatie. Een en ander heeft geresulteerd in een omvangrijk adviesdocument op basis waarvan in 2010 besluitvorming volgt.

4.2 Algemeen kwaliteitsbeleid ten aanzien van patiënten

4.2.1 Algemeen kwaliteitsbeleid

- *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 op 3 oktober 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. Tijdens deze toets beoordeelt het NIAZ de vorderingen rondom uitvoering van het actieplan.

- *Interne audits*

Binnen het SJG Weert wordt elke afdeling periodiek (1 keer per 2 jaar) bezocht door interne auditoren. Hieropvolgend worden aan de hand van de auditrapportage verbeterplannen opgesteld en uitgevoerd door de verantwoordelijk manager bedrijfsvoering of teamleider.

- *Prestatie-indicatoren*

De basisset prestatie-indicatoren 2008 van het SJG Weert is, evenals voorgaande jaren, eind mei gepubliceerd op onze eigen website (www.sjgweert.nl) en bovendien opgenomen in de Databank Kwaliteit van de NVZ Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ).

- *Documentbeheer*

Documentbeheer vindt plaats via DKS (Documentbeheer voor KwaliteitsSystemen), een ziekenhuisbreed digitaal decentraal documentbeheerssysteem. DKS is een systeem waarin documenten op eenvoudige en gecontroleerde wijze beheerd en gepubliceerd kunnen worden. Binnen dit systeem worden concepten opgesteld, beoordeeld en geaccordeerd. Minimaal elke 3 jaar wordt elk document herzien. Op deze manier zit de PDCA cyclus (Plan, Do, Check, Act) ook verweven in het documentbeheer.

- *Kwaliteit van informatie en registratie, gegevensbeveiliging*

Door digitalisering van het zorgproces wordt de afhankelijkheid van geautomatiseerde systemen steeds groter. Actuele uitdagingen zijn voorbereidingen op een lokaal EPD en aansluiting op het landelijk EPD, consolidatie van digitale opslag van medische beelden in een centraal PACS (digitale röntgenbeelden), ondersteuning van en naar derden middels videoconferencing, virtualisatie van servers en de vervanging van het gehele IT netwerk. Om de betrouwbaarheid van dit proces te kunnen garanderen en optimaliseren is het SJG Weert actief bezig met de implementatie en realisatie van incidentbeheer, 'problem en change' management die geënt zijn op Information Technology Infrastructure Library (ITIL) standaarden. Registratie van deze processen vindt plaats in een integraal systeem. Deze aanpak maakt onderdeel uit van de continuïteitsstrategie die wordt vormgegeven door de compliancy doelen in het kader van de NEN norm 7510 - Informatiebeveiliging in de zorg. In het informatiebeveiligingsbeleid is naast continuïteitsbeheer prioriteit gegeven aan twee andere belangrijke processen: risicomanagement en het bewustwordingsproces. Bij risicomanagement worden alle informatie(systemen) en bedrijfsprocessen geclassificeerd, geanalyseerd, gecontroleerd en verbeterd in een cyclisch proces. Analyses en audits worden door zowel externe als ook de interne organisatie uitgevoerd. Het bewustwordingsproces is gericht op het vergroten van de kennis en de vaardigheden om te gaan met geautomatiseerde informatiesystemen door alle gebruikers.

- *Kwaliteit van gebouwen*

Het SJG Weert beschikt over een lange termijn huisvestingsplan, dat voorziet in een gefaseerde renovatie c.q. aanpassing van het gebouwencomplex. Momenteel wordt gewerkt aan de actualisatie van het lange termijn huisvestingsplan.

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 hebben geleid tot realisatie van:

- dagbehandeling oncologie
- joint care afdeling
- diverse nieuwe poliklinieken
- nieuwbouw O.K.-complex

- **Brandveiligheid**

Naar aanleiding van het jaarlijks overleg met de Gemeente Weert (brandweer) hebben recentelijk aanpassingen plaatsgevonden aan de brandcompartimentering van het gebouwencomplex. Deze 60-minuten compartimentering wordt regelmatig gecontroleerd, en indien daartoe aanleiding bestaat worden aanpassingen doorgevoerd. Tevens vindt periodieke controle plaats van de nooduitgangen, de noodverlichting en de aanwezige brandblusmiddelen.

Kwaliteitscertificaten, -labels of accreditaties

Referentiekader kwaliteitszorg

Voor de organisatie eenheden binnen het SJG Weert wordt met betrekking tot kwaliteitszorg het referentiekader NIAZ gebruikt aangevuld met specifieke accreditaties op het terrein van:

- *Hygiëncode voor de voedingsverzorging in zorginstellingen:*
 - Voor de grootschalige voedingsverzorging, het bedrijfsrestaurant en de winkel voor bezoekers en patiënten via de Stichting De Nieuwenborgh.
Gecertificeerd 2004, 2005, 2006 en 2007
- **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
- *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, februari 2010
- De schoonmaak is uitbesteed aan ISS Hospital Services, zij voldoen aan:
 - o VCA voor het werkgebied schoonmaak dienstverlening bij risicovolle projecten
 - o NEN 3140
 - o NEN 2075 op basis van AQL percentages
 - o ISO 14001:2004 voor het werkgebied: het organiseren en uitvoeren van schoonmaakdiensten
 - o ISO 9001:2000 voor het toepassingsgebied: het organiseren en uitvoeren van schoonmaakdiensten

4.2.2 Veiligheid

In 2009 is verder invulling gegeven aan een integrale benadering van veiligheid. Met het oog op informatiebeveiliging heeft de IT architect de rol van Security Officer in kader van de NEN 7510 overgenomen van de veiligheidsmanager. Tevens is de BHV organisatie gereorganiseerd en heeft binnen de SJG Weert organisatie een eigen plek gekregen.

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

Incidenten en calamiteiten

Naar aanleiding van de procedure die in de eerste helft van 2008 is ontwikkeld, die regelt hoe met incidenten en calamiteiten, met betrekking tot patiënten, dient te worden omgegaan, is het project VIM in 2009 verder vormgegeven. In 2009 zijn 24 calamiteiten bij de Raad van Bestuur gemeld. Hiervan voldeden 9 aan de criteria van de IGZ en zijn dan ook bij de IGZ gemeld. Conform de procedures heeft de CCPat², in opdracht van de Raad van Bestuur, onderzoek gedaan naar deze calamiteiten. De RvB heeft de hieruit voortvloeiende adviezen intern follow up gegeven.

In de eerste helft van 2009 is de pilot van het VIM-project afgerond. Naar aanleiding van de daarop uitgevoerde evaluatie is het VIM-project bijgesteld en organisatiebreed uitgerold. In de tweede helft van 2009 zijn op alle afdelingen decentrale VIM-commissies opgericht. In deze decentrale VIM-commissies worden de incidentmeldingen, die hebben plaatsgevonden op de eigen afdeling, onderzocht. De decentrale VIM-commissies dragen ook zorg voor het uitzetten van acties die mogelijk uit het onderzoek voortvloeien. Om hun taak goed te kunnen uitvoeren zijn de meeste koplopers, deelnemers aan de decentrale VIM-commissie, eind 2009 getraind in het hanteren van het digitale meldsysteem TriasWeb, dat hiervoor is aangeschaft.

De eerste actie die met ondersteuning van de decentrale VIM-commissies is uitgezet is het laten uitvoeren van de in het vorig jaarverslag genoemde cultuurmeting.

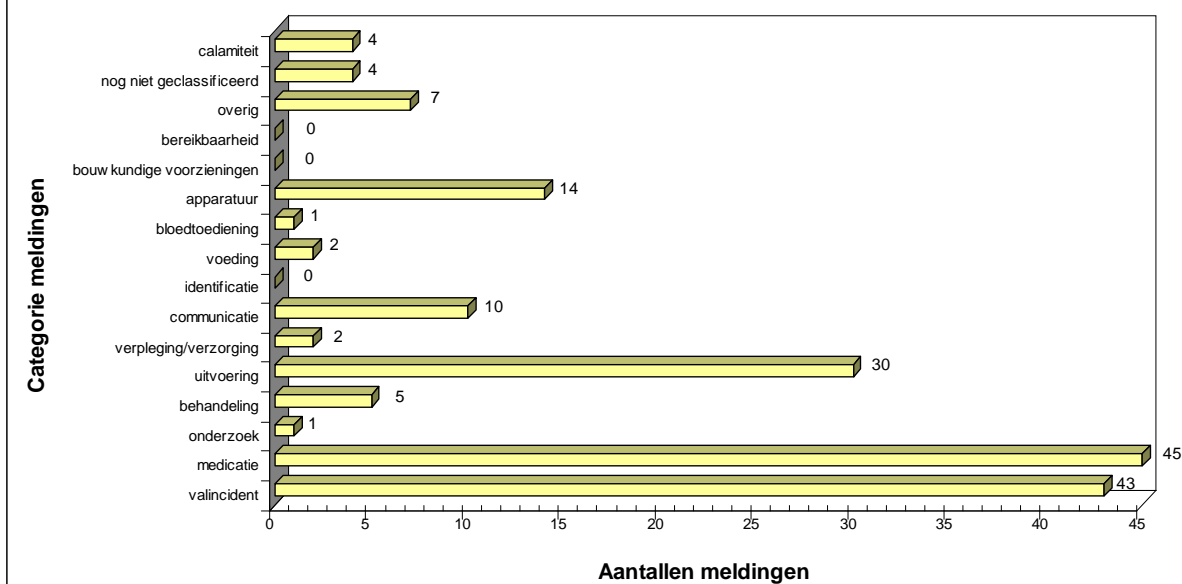
Parallel aan dit traject is een centrale VIM-commissie opgericht. Deze commissie is ter voorbereiding op hun nieuwe taak getraind door Triaspect. Het wezenlijk verschil tussen de oude MIP-commissie en de nieuwe VIM-commissie zit in de benadering van de thematiek. Daar waar de MIP-commissie inhoudelijk op de individuele casus inging, bewaakt de centrale VIM-commissie de trends die uit TriasWeb naar voren komen. De afhandeling van de individuele casus is nu de verantwoordelijkheid van de "lijn", lees decentrale VIM-commissie. Om het aandachtsgebied en de procedures van de centrale VIM-commissie te structureren is er in de tweede helft van 2009 een reglement opgesteld waarin deze items zijn opgenomen. Dit document is, na te zijn goedgekeurd door de diverse gremia, opgenomen in DKS.

In 2009 heeft de VIM-commissie in totaal 467 meldingen ontvangen, waarvan 168 papieren meldingen en 299 digitale meldingen.

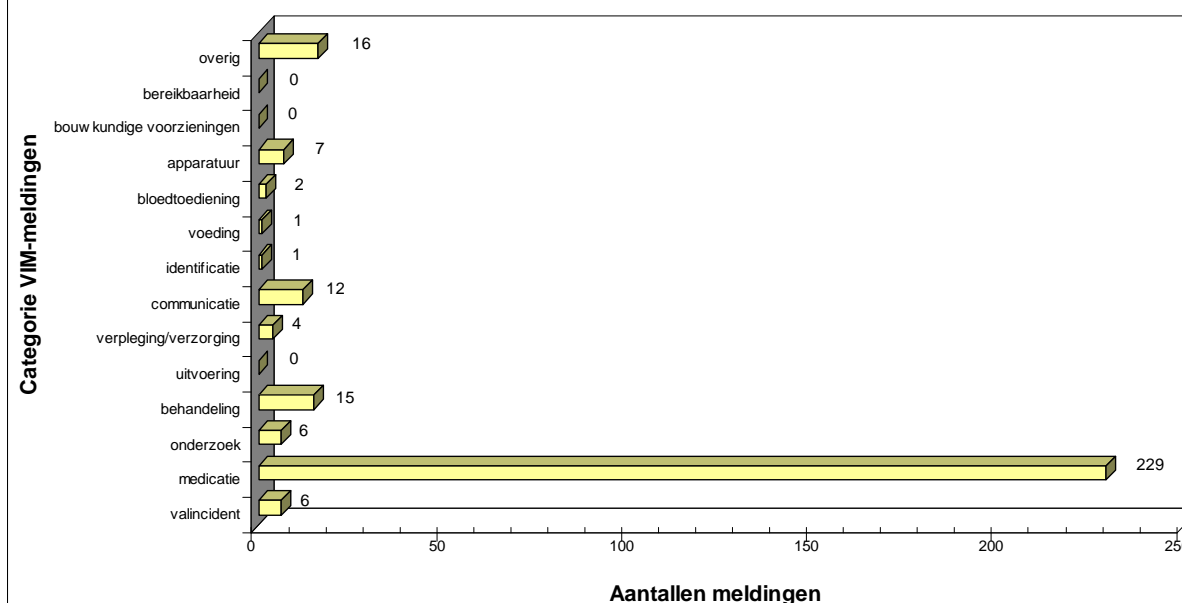
Hieronder treft u overzichten aan van de analoge en digitale meldingen, naar aantal en type incident.

² CCPat: Calamiteiten Commissie Patiënten

Totaal overzicht papieren VIM-meldingen per categorie 2009



Totaal overzicht digitale VIM-meldingen per categorie 2009



De eerste trends van de centrale VIM-commissie laten zien dat het aantal meldingen aanzienlijk is gestegen. Voor 2010 staat het inpassen van de cultuurmeting in de jaarplanning op het programma. Tevens zullen aanvullende trainingen worden verzorgd om de decentrale VIM-commissies verder te ondersteunen.

VeiligheidsManagementSysteem (VMS)

In 2009 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 5 jaar, met 50% te reduceren. Er zijn landelijk 10 thema's benoemd die de grootste veroorzakers zijn van de 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.

In 2009 zijn 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.

In tegenstelling tot de verwachting van 2008 zijn de eerste 4 thema's niet afgerond in 2009 afgerond. Dit ligt vooral aan het feit dat personele wisselingen de continuïteit van 2 trajecten negatief hebben beïnvloed. Eind 2009 hebben de thema's een goede doorstart gemaakt. De volgende projecten naderen hun eindfase en zullen in 2010 definitief zijn weggezet binnen de organisatie.

- Voorkomen van wondinfecties na een operatie.
- Medicatieverificatie bij opname en ontslag.
- Voorkomen van nierinsufficiëntie bij intravasculair gebruik van jodiumhoudende contrastmiddelen.

De resterende thema's zullen naar verwachting in 2010 afgerond kunnen worden. Een groot aandachtsgebied voor de afronding van alle thema's blijft het registreren van de prestatie indicatoren patiëntveiligheid per thema. Van enkele thema's worden al zaken geregistreerd maar van het overgrote deel zal de keuze van het EPD de doorslag geven in het succes tot adequate registratie.

In 2009 heeft de IT architect in de nieuwe rol van Security Officer, invulling gegeven aan de NEN 7510 norm 'Informatiebeveiliging binnen de zorg'. Het uit 2008 daterende plan van aanpak is tegen het licht gehouden van de NEN 7510 en NEN 7511 normen. NEN 7511-1 geeft een nadere uitwerking van NEN 7510 met een voorschrijvend, toetsbaar karakter voor complexe organisaties in de zorg. Door naleving van de norm NEN 7510, in combinatie met het dit toetsbare voorschrift, wordt voldaan aan een passende beveiliging die is vereist voor een betrouwbare en veilige omgang met gegevens in de zorg.

Bedrijfshulpverlening

Het jaar 2009 stond in teken van de oprichting van een eigen bedrijfshulpverlenings (BHV) organisatie voor het SJG Weert. Het ziekenhuis beschikt over een nieuw beleidsplan dat volledig voldoet aan wettelijke eisen. De medewerkers Receptie & beveiliging hebben in het najaar van 2009 allemaal de opleiding Ploegleider BHV gevolgd en met een positief resultaat afgesloten. Verpleegkundigen met een arbeidsovereenkomst voor onbepaalde tijd voor meer dan 24 uur per week, zijn in het najaar van 2009 opgeleid tot BHV-er. Medewerkers van de afdeling Techniek die belast zijn met de storingsdienst participeren in de BHV organisatie als lid van het Technisch Calamiteiten Team. Ook deze personeelsleden hebben de scholing van BHV gevolgd. In totaal beschikt het SJG Weert aan het eind van 2009 over een BHV organisatie met circa 145 personen. De nieuwe opzet van de BHV organisatie sluit aan op het Ziekenhuis Rampen Opvang Plan (ZiROP).

Voorafgaand aan de ingebruikname van het nieuwe OK complex, hebben op deze nieuwe locatie BHV oefeningen plaatsgevonden met het OK personeel.

In het kader van het project Veilige Zorg® is een sessie georganiseerd voor alle veiligheidscoaches van de diverse afdelingen. Hierin werd aandacht besteed aan de inventarisatie van verwante projecten en activiteiten op de diverse afdelingen, enquête en interviews en de zogenaamde kleurenmethodiek. Het project Veilige Zorg® zal nog doorlopen tot 2010.

4.2.3. Outcomeindicatoren Kwaliteit en Veiligheid

In 2009 is proefgedraaid met een tweetal processen waarmee inzicht wordt verkregen in outcomeindicatoren op het terrein van kwaliteit en veiligheid.

1- Real Time Monitoring (RTM). RTM is een webbased applicatie die gebruik maakt van de bestaande LMR registratie. De applicatie fungeert als benchmarksysteem en geeft maandelijks inzicht in kwaliteits- en veiligheidsparameters van de geleverde klinische zorg (bv sterfte, verpleegduur en dagopnameratio).

2- Datawarehouse overzichten. Vanuit het eigen datawarehouse worden overzichten gegenereerd die inzicht bieden in indicatoren als IC opnames, heropnames en her-operaties.

Medische staf en management hebben gezamenlijk afspraken gemaakt over beschikbaarheid van deze informatie alsmede bespreking en borging van eventuele verbetermaatregelen. Vanaf 2010 zal deze informatie structureel beschikbaar worden gesteld.

4.2.4 Klanttevredenheidsonderzoek 2009

De kwaliteit van zorg in het SJG Weert is in 2009 met name gevolgd door middel van het klanttevredenheidsonderzoek. Ruim 4000 vragenlijsten zijn verstrekt aan patiënten die in het SJG Weert opgenomen zijn geweest of een polikliniek hebben bezocht. De resultaten van het klanttevredenheidsonderzoek 2009 worden momenteel verwerkt.

4.2.5 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 Maastrand ziekenhuis in Sittard dit model in Nederland geïntroduceerd. Op vrijwillige basis nemen specialisten deel aan dit traject. 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. Helaas is een aantal van de specialisten die waren opgeleid tot assessor naar een ander werkplek gegaan, waardoor het afgelopen jaar eerst opnieuw training moest plaatsvinden van assessoren. Inmiddels is er een jaarplan Appraisal en Assessment gemaakt en is er een opleidingsplan gemaakt om een dergelijk probleem in de toekomst te voorkomen. De bedoeling is binnen drie jaar 60% van de staf middels dit systeem te evalueren op het functioneren.

Daarnaast wordt gekeken of het mogelijk is m.n. specialisten in loondienst functioneringsgesprekken aan te bieden met de leidinggevende van het ziekenhuis.

4.2.6 Prestatieindicatoren

Zie Basisset Prestatieindicatoren 2009 voor het SJG Weert, deze zijn op te vragen via de website www.ziekenhuizen transparant.nl

4.2.7 Oncologie 2009

Op gebied van de oncologische zorg hebben ook in 2009 diverse activiteiten plaatsgevonden. Het gaat daarbij om activiteiten zowel op beleidsmatig als zorginhoudelijk gebied. :

- In de eerste helft van het jaar is een belangrijk deel van de aandacht van de beleidscommissie Oncologie en de diverse daarmee verbonden werkgroepen gericht op voorbereiding van de visitatie vanuit het IKL.
- In 2009 hebben twee visitaties plaatsgevonden vanuit het IKL: het gehele 'zorgtraject' mammacare is gevisiteerd als ook het overige gedeelte waar oncologische zorg wordt verleend.
- Aan de hand van de rapporten van de beide visitaties heeft de beleidscommissie een aantal verbeterpunten benoemd die in de loop van 2009-2010 moeten zijn gerealiseerd.
- Begin 2009 is heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg een rapport uitgebracht "Zorgketen kankerpatiënten moet verbeteren". Hierin worden maatregelen genoemd gericht op optimalisatie van de ketenzorg. De beleidscommissie heeft naar aanleiding van dit rapport een aantal activiteiten benoemd die in 2010 geëffectueerd moeten worden.
- Vermeld in de hierboven genoemde rapporten is de systematische screening van patiënten met kanker op psychosociale problemen; dit gebeurt met behulp van een screeningsinstrument. In 2009 zijn vanuit de werkgroep psychosociale zorg initiatieven ondernomen om de structurele screening in te voeren bij alle patiënten met kanker.

- De activiteiten op oncologisch gebied die plaats dienen te vinden in 2010 zijn vastgelegd in een activiteitenplan 2010.
- Er is een multidisciplinaire themabijeenkomst geweest over het onderwerp prostaatcarcinoom..
- Op de dagbehandeling oncologie vindt vanaf oktober de planning en registratie van chemotherapiebehandelingen voortaan plaats in EZIS.
- De werkgroep Oncologieverpleegkundigen (WOV) is in 2009 zesmaal bij elkaar gekomen. Behalve netwerkvorming was het belangrijke aandachtsgebied de deskundigheidsbevordering van oncologieverpleegkundigen.
- De werkgroep psychosociale zorg is in totaal acht maal bij elkaar gekomen. Belangrijkste onderwerp vormt wel het opstarten van de vroeg-signalering psychosociale zorg.

4.3 Klachten

Het SJG Weert biedt haar patiënten de volgende mogelijkheden om voorkomende 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.

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 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. Extra aandacht over de mogelijkheden rondom klachtenmelding en -behandeling is geschonken door middel van een separaat schrijven aan de regionale huisartsen.

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 klachtopvang niet prominent zichtbaar is, geeft hier aan 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 2009 zijn er 189 klachten gemeld bij de Klachtenfunctionaris. De klachten zijn ingedeeld in onderstaande rubrieken:

	2009
Totaal aantal klachten	189
Medisch technisch	31
Materieel	7
Relationeel	38
Overig	53
Organisatie van de zorg	60

De klacht indienen bij de Klachtencommissie

Algemeen

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

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

Werkwijze Klachtencommissie

Eenmaal per maand komt de Klachtencommissie in een vergadering bijeen en bespreekt dan de binnengekomen klachten. In het kader van hoor en wederhoor worden klager en aangeklaagde in de gelegenheid gesteld hun visie op de zaak te geven. In principe vindt dit hoor en wederhoor schriftelijk plaats. Zo nodig volgt ook een persoonlijk gesprek met klager en/of aangeklaagde.

De commissie doet conform de 'Klachtenopvangregeling Patiëntenzorg' binnen twee tot vier maanden nadat de klacht in behandeling is genomen een gemotiveerde uitspraak over de gegrondheid van de klacht, eventueel aangevuld met aanbevelingen aan de bestuurder. De uitspraak wordt schriftelijk bekend gemaakt aan klager, aangeklaagde en de bestuurder.

Binnen een maand na de uitspraak bericht de bestuurder klager en Klachtencommissie of hij naar aanleiding van de klacht maatregelen zal treffen en zo ja, welke maatregelen zullen worden genomen.

Samenstelling Klachtencommissie

Samenstelling van de Klachtencommissie op 31 december 2009

Externe leden:

Dhr. P.P.J. Reinders, jurist (voorzitter)

Dhr. F.G.B. Smeets, huisarts n.p. (vice-voorzitter)

Dhr. A.J.M. van den Berg, verpleegkundige, (op voordracht van patiëntenorganisaties)

Interne leden:

Dhr. J. H. Lempens, verpleegkundige poli longziekten (secretaris)

Mw. W. Jager, gynaecoloog

Mw. G.H. Egelmeers – Perik, verpleegkundige

Externe plaatsvervangend leden:

Dhr. A.J.W. Lenaerts, jurist (op voordracht van patiëntenorganisaties)

Dhr. H.A. Spoon, huisarts n.p.

Interne plaatsvervangend leden:

Mw. G.G. Donner, gynaecoloog

Mw. A.Y.J. van Rooy, teamleider verpleegafdeling

De commissie wordt bijgestaan door een ambtelijk secretaris.

Klachten behandeld door de Klachtencommissie

Aantal ingediende klachten

In 2009 ontving de commissie 6 klachtbrieven waarin 27 klachten werden gemeld.

Eén brief (2 klachten) is in overleg met klager doorgeleid naar de klachtenfunctionaris. In de volgende tabel is uitgegaan van de klachten (25) die door de Klachtencommissie in 2009 in behandeling zijn genomen. De klachten zijn in verschillende rubrieken of aspecten ondergebracht.

Tabel 1. Overzicht aantal in 2009 in behandeling genomen klachten (aspecten)

	2006	2007	2008	2009
Totaal aantal klachten	57	27	23	25
Medisch technisch	40	15	15	8 (32%)
Relationeel	10	8	4	11 (44%)
Organisatorisch/organisatie zorg	4	2	4	3 (12%)
Overig	3	2	-	3 (12%)

De afhandeling van de klachten

Van de 25 in 2009 in behandeling genomen klachten zijn er 19 in 2009 afgehandeld. Voor 6 klachten volgt uitspraak in 2010. Van de afgehandelde klachten (19) werden er 10 (53%) gegrond verklaard. Dit is 40% van het totaal aantal in 2009 in behandeling genomen klachten (25). In 2008 werd 36% van het aantal in dat jaar ingediende én afgehandelde klachten gegrond verklaard.

Tabel 2. Overzicht wijze van afhandeling (oordeel) klachten in behandeling genomen in 2009

2009	Totaal aantal klachten	Gegrond	Ongegrond	Geen uitspraak/ gestaakt	Nog in behandeling
Totaal aantal klachten	25	10	3	6	6
Medisch technisch	8	3		3	2
Relationeel	11	4		3	4
Organisatorisch/organisatie zorg	3	3			
Overig	3		3		

In 2009 werden 9 klachten van het voorgaande jaar 2008 afgesloten. Van deze 9 klachten waren er 5 medisch technisch, 2 relationeel en 2 organisatorisch van aard. De commissie heeft over deze klachten geen uitspraak gedaan, omdat klagers hebben aangegeven dat een uitspraak niet meer nodig was.

De duur van de behandeling van klachten

De klachtencommissie streeft ernaar binnen de volgens de Klachtenopvangregeling Patiëntenzorg van het SJG Weert vastgestelde termijn van 2 tot uiterlijk 4 maanden tot een uitspraak te komen. Met uitzondering van de behandeling van een in 2008 ingediende klacht, die 13 maanden in beslag nam omdat deze in afwachting van de resultaten van een intern Calamiteitenonderzoek tijdelijk was opgeschort, zijn alle in 2009 afgehandelde klachten binnen 3 tot 4 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 adviezen aan de bestuurder naar aanleiding van klachten. De klachtencommissie heeft in het verslagjaar 3 adviezen aan de bestuurder verstrekt. De commissie adviseerde:

1. de communicatie tussen de medisch specialist en de patiënt te verbeteren en met name het belang van de beleving van de patiënt bij de medisch specialisten onder de aandacht te brengen;

2. het belang van een goede onderlinge communicatie bij de medisch specialisten hoog op de agenda te plaatsen;
3. in het kader van de op de website geplaatste informatie over de intensieve samenwerking tussen de afdeling Spoedeisende Hulp en de Huisartsenpost (HAP) om het aantal patiënten dat de SEH voor huisartsenzorg bezoekt terug te dringen: de patiënten helderheid te verschaffen over de beleidsregels die hierbij van toepassing zijn.

De bestuurder heeft aangegeven naar aanleiding van klachten de volgende maatregelen te treffen:

1. De bestuurder bespreekt de aanbevelingen (1 en 2) van de klachtencommissie met het bestuur van de medische staf en de teamleiders van de afdelingen en verzoekt de Medical Audit Commissie om in hun casusbesprekingen nadrukkelijk aandacht te schenken aan de onderlinge communicatie tussen artsen alsmede met de patiënt.
2. De Medical Audit Commissie wordt verzocht in een van haar bijeenkomsten aandacht te besteden aan het onderwerp informatieverstrekking aan de patiënt.
3. De Medical Audit Commissie wordt verzocht in haar casuïstiekbespreking de aandacht te vestigen op het thema van de noodzakelijke dan wel gewenste pro-actieve houding van hoofdbehandelaren ten aanzien van controleafspraken.
4. Er wordt onderzocht of de inhoud van de folder, die voorafgaand aan een ingreep aan de patiënt wordt gegeven, en de instructiefolder, die de patiënt na deze ingreep ontvangt, beter op elkaar moeten worden afgestemd.
5. De SEH werkt intensief samen met de HAP om ervoor te zorgen dat patiënten zo snel mogelijk op de juiste plaats worden geholpen. Daarnaast is het ziekenhuis in gesprek met de huisartsen over onder meer de integratie van de HAP en SEH. Doel hierbij is dat het voor de patiënten eenduidiger wordt waar zij zich dienen te melden ingeval van een spoedvraag.
6. De bestuurder heeft besloten de informatievoorziening op de SEH aan te passen zodat de patiënten zich ervan bewust worden dat er kosten zijn verbonden aan het bezoek aan de afdeling.

4.4 Toegankelijkheid

De Treeknormen (door landelijke veldpartijen in 2000 overeengekomen normen over toegangstijden) zijn richtinggevend om te bepalen of de wachttijd aanvaardbaar is. In onderstaande tabel zijn de geldende Treeknormen weergegeven:

Treeknorm Ziekenhuiszorg	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 2009 het volgende beeld:

Treeknorm	
toegangstijd voor polikliniek	80% < 3 weken; max 4 weken
SJG Weert	3,52 weken

De uitkomst van 3,52 weken geldt als gemiddelde voor alle poliklinieken. Twee poliklinieken wijken negatief af: reumatologie (gemiddeld 10,7 weken) en pijnbestrijding (gemiddeld 9,5 weken). Indien de toegangstijd berekend wordt zonder deze twee poliklinieken dan is de uitkomst 2,69 weken, ruim binnen de Treeknorm.

Treenorm	
toegangstijd voor poliklinische behandeling	80% < 3 weken; max 4 weken
SJG Weert	2,06 weken

De toegangstijd voor poliklinische diagnostiek (MRI, CT, gastroscopie) bedraagt gemiddeld 2,06 weken, ruim binnen de Treenorm.

Treenorm	
Wachttijd tot de feitelijke behandeling (dagopname)	Maximaal 6 weken
SJG Weert	7,17 weken

Van alle behandelingen voldoet 37% aan de Treenorm. ingrepen die niet voldoen aan de Treenorm zijn de diagnoses: kijkoperatie knie (7 weken), spataderen (6 weken), sterilisatie man (6 weken), dupuytren (14 weken), neus- keelamandelen (6 weken) en cataract ingrepen (10 weken).

Treenorm	
Wachttijd tot de feitelijke behandeling (kliniek)	Maximaal 7 weken
SJG Weert	7,43 weken

De wachttijd wordt negatief beïnvloed door de specialismen plastische chirurgie en orthopedie (knie- en heupprothesiologie). Mede daarom is de vakgroep plastische chirurgie uitgebreid. Uitbreiding van de vakgroep orthopedie vindt in 2010 plaats.

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

4.5 Kwaliteit ten aanzien van medewerkers

Personeelsbeleid en kwaliteit van werk

Het wegvallen van tal van financiële 'zekerheden' en meer eigen verantwoordelijkheid als gevolg van de toenemende beleidsvrijheid, sporen zorgverzekeraars en -aanbieders aan tot initiatieven om de marktpositie te versterken (bijvoorbeeld prijsstrategie). De marktwerking is vooral gericht op het gebied van de electieve (planbare) zorg.

Gelet op de ontwikkelingen in de zorg worden de volgende doelstellingen steeds belangrijker:

- kostenbewustzijn
- doelmatigheid
- bewaken van de verhouding tussen kosten en opbrengsten van de zorg
- maximaliseren van de productie bij de gegeven middelen en infrastructuur
- uitbreiding van de productie indien een grotere omvang en volume meer optimaal is

Om gericht in te kunnen spelen op deze ontwikkelingen wil het SJG Weert de huidige werkprocessen veranderen. Dat wil zeggen een andere inrichting van die werkprocessen met als doel de verbetering van effectiviteit en efficiëntie, maar ook een andere mentaliteit om die werkprocessen te benaderen. Het is nodig om werkprocessen als een opeenvolging van verschillende schakels te zien en te benaderen. Gericht op de patiënt.

De afdeling P&O speelt in op deze stichtingsbrede ontwikkelingen en ondersteunt de leidinggevenden door coaching en gerichte opleidingen en trainingen te organiseren.

De afdeling P&O is voor de eigen afdeling aan het werk gegaan met de analyse van een achttal basisprocessen, namelijk aanstelling van nieuw personeel, uitdiensttreding, administratieve en arbeidsvoorwaardelijke wijzigingen en het proces rondom de Wet Poortwachter. Deze basisprocessen zijn in 2009 grondig onderzocht op efficiëntie en effectiviteit en aangepast.

De vraag of de interne klant er goed mee uit de voeten kan wordt beantwoord door een pilot die in 2010 zal worden uitgevoerd.

Mensen vormen voor de stichting 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 – een voortdurende “drive” tot verbetering.

Deze visie op P&O maakt integraal onderdeel uit van de strategie van het SJG Weert, al zijn er natuurlijk binnen de verschillende bedrijfsonderdelen differentiaties aan te brengen. Maatwerk om adequaat aan te kunnen sluiten bij de personele vraagstukken van de verschillende bedrijfsonderdelen kan immers gewenst zijn.

Ontwikkeltraject leidinggevenden

Om de voorgenomen beleidsdoelstellingen te realiseren is een ontwikkelingstraject voor leidinggevenden uitgewerkt. De doelstelling van dit beleid is leidinggevenden zodanig te ontwikkelen dat zij adequaat aan de toekomstige eisen van bedrijfsvoering en leidinggeven kunnen voldoen. Om dit doel te bereiken is elke leidinggevende in staat gesteld een collectief leertraject te doorlopen bestaande uit zowel vaardigheidstrainingen als het voeren van verzuimgesprekken en het voeren van jaargesprekken. Door een training over financiële zaken als DBCs en budgettering heeft de afdeling Administratie leidinggevenden financieel inzicht bijgebracht. Verder zijn er periodiek bijeenkomsten georganiseerd waarin de teamleiders werkprocessen en verbeteringen daarin bespreken onder leiding van een manager bedrijfsvoering.

Naast een dergelijk collectief leertraject worden leidinggevenden in staat gesteld een eigen – op zijn/haar competenties gericht – leertraject te doorlopen, gebaseerd op zijn/haar persoonlijke leerbehoefte te doorlopen.

Ter ondersteuning van deze ontwikkelingstrajecten is in 2009 voor de desbetreffende leidinggevenden een 360° graden feedback onderzoek uitgevoerd. De resultaten daarvan worden gebruikt om het ontwikkelingstraject verder vorm en inhoud te geven.

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.

Evaluatie aanscherping organisatiestructuur

In 2009 zijn een evaluatie van de aanscherping van de organisatiestructuur en een medewerkerstevredenheidsonderzoek uitgevoerd. De resultaten daarvan zullen per sector en vervolgens per afdeling in de verschillende werkoverleggen door teamleiders met de medewerkers van hun afdeling worden besproken. Het doel is tot een gezamenlijke aanpak vanuit de werkvloer van ervaren en beleefde knelpunten te komen.

Personeelsbestand

Het totale personeelsbestand – uitgedrukt in full time equivalents (fte) – daalde per saldo met 16,57 FTE/2,5% van 657,09 FTE per ultimo 2008 tot 640,52 FTE per ultimo 2009.

Gecorrigeerd voor de outsourcing van het Klinisch chemisch laboratorium (personeelsgrootte 16,12 FTE) is het Zorgcluster, bestaande uit polikliniek, kliniek, behandelcentrum en medische ondersteuning, op sterkte gebleven, namelijk 475,32 FTE.

De overhead, bestaande uit stafbureau directie, P&O, facilitaire zaken, financiën en ICT, is in zijn algemeenheid gestegen van 139,10 FTE naar 153,49 FTE. De stijging is bij het stafbureau directie (Δ 1,27 FTE), facilitaire zaken (Δ 11,36) en ICT (Δ 2,28 FTE) waar te nemen.

De directie is van mening dat de bovenstaande verhouding tussen personeelsleden die werkzaam zijn in zorg- en patiëntgebonden functies ten opzichte van personeelsleden die werkzaam zijn in overwegend ondersteunende diensten, scheef is en heeft eind 2009 een voorgenomen rationalisatie binnen overwegend ondersteunende afdelingen van ons ziekenhuis afgekondigd.

Doelstelling van de rationalisatie is de omvang, structuur en werkzaamheden van de overwegend ondersteunende diensten in relatie tot de zorg (inclusief de medisch ondersteunende afdelingen) in balans te brengen tot de zorg en efficiënter te laten werken ten behoeve van de zorg. Daarbij tegelijkertijd bij te dragen aan het voor de continuïteit noodzakelijke rendementsherstel.

In oktober 2009 werd door de directie aangegeven dat de reductie van personeel uit hoofde van de nagestreefde rationalisatie ten opzichte van de feitelijke bezetting per ultimo september 2009 ongeveer 40 fte's zou betreffen. Afhankelijk van verdere ontwikkelingen betreffende toename van de productie, zijn/worden er 30,4 fte's gereduceerd. De feitelijke afname is al vanaf juli/augustus 2009 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. Een en ander leidt er toe dat de feitelijke boventaligheid veel minder zal zijn dan zich aanvankelijk liet aanzien.

Verzuim- en preventiebeleid

Ten aanzien van verzuim- en preventiebeleid is begin 2009 een vitaliteitsevenement met behulp van Achmea Vitale, de arbodienstverlener van het SJG Weert, georganiseerd. Het SJG Weert wil door meer aandacht voor preventie in het management van ziekteverzuim de gezondheid en vitaliteit van medewerkers stimuleren.

Als voorbereiding op dit evenement werd door verschillende mensen binnen het SJG Weert nagedacht over hoe, wat en wanneer een en ander precies zou kunnen plaatsvinden.

Het nadenken over deze vragen leverde voor het 'hoe' op dat het vooral activiteiten moeten zijn. Het nadenken over het 'wat' leverde ideeën op over de introductie van bedrijfsfitness, de introductie van een website over vitaliteit voor medewerkers. De ingezette beleidslijn naar een evenwichtig verzuim, re-integratie en preventiebeleid, met aandacht voor preventie wordt als koers doorgezet.

De ontwikkeling in verzuim is als positief te beschouwen. Hieronder is het ziekteverzuimpercentage per organisatie-eenheid voor 2009 vergeleken met 2008. Het verzuimpercentage (exclusief zwangerschap) voor het totaal is in 2009 3,61% en voor 2008 4,14%. De facto een daling van 0,53%.

Afdelingen	FTE's 2009	Verzuim incl. zwangerschap 2009	Verzuim excl. zwangerschap 2009	FTE's 2008	Verzuim incl. zwangerschap 2008	Verzuim excl. zwangerschap 2008
Stafbureau directie	14	1,3	1,3	12	5,7	5,7
P&O	6	0,7	0,7	7	1,1	1,1
Medisch ondersteunend	107	4,1	3,1	122	5,8	3,7
Facilitaire zaken	100	7,2	6,4	88	5,8	5,7
Financiën	18	2,4	2,4	18	2,7	1,4
ICT	16	1,3	1,4	14	2,4	2,4
Zorgcluster	358	4,8	3,3	358	5,6	4,3
Medische staf	10	3,6	3,6	12	2,6	0,5
Totaal SJG	630	4,8	3,6	636	5,4	4,1

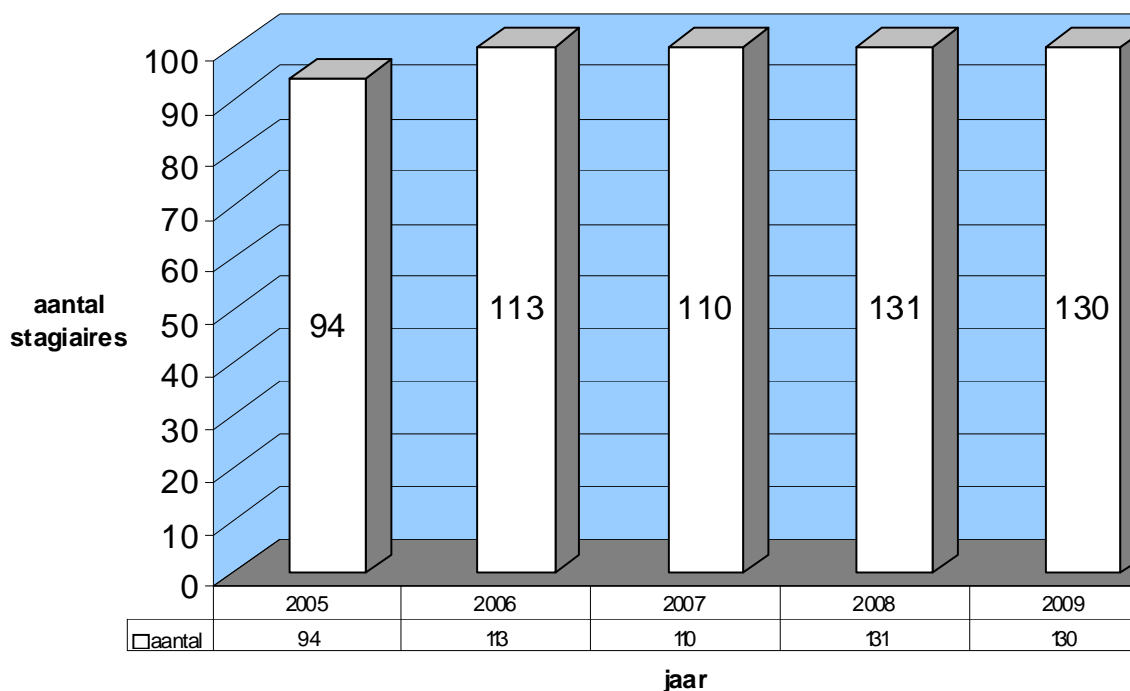
In het rapportagejaar bedroeg het aantal vacatures 65, waarvan 17 vacatures moeilijk te vervullen waren. De moeilijk te vervullen vacatures zijn met name de vacatures operatie assistenten en anesthesie assistenten.

Opleidingen en stages

In 2009 zijn in totaal 30 leerlingen (exclusief de beroepsopleiding tot OK assistent, IC verpleegkundige en SEH verpleegkundige). Hieronder is een overzicht weergegeven per afdeling.

Afdeling	Aantal
Vrouw-Moeder-Kindcentrum O&G	4
Vrouw-Moeder-Kindcentrum KA	5
3 Zuid, Interne	4
3 Noord, Pulmonologie/Cardiologie	8
4 Noord-Zuid, Heelkunde	9
Totaal	30

Het SJG Weert biedt ruime mogelijkheden voor stages. Onderstaand een overzicht van het aantal stagiaires over de afgelopen jaren.



CAO Ziekenhuizen

In 2009 werd de nieuwe CAO Ziekenhuizen van kracht. De salarisschalen en de salarissen werden per 1 juli 2009 verhoogd met 1% en vervolgens per 1 juli 2010 met wederom 1%.

In 2009 werd de eindejaarsuitkering verhoogd naar 6,0%.

In 2010 wordt de eindejaarsuitkering verhoogd naar 6,73%.

In 2011 wordt de eindejaarsuitkering verhoogd naar 7,33%.

Per 1 januari 2010 is de werkgeversbijdrage in de levensloopregeling vervallen.

In september 2009 werd een eenmalige uitkering toegekend van 0,3% van twaalf maal het in augustus geldende salaris.

CAO partijen zijn overeen gekomen met ingang van 1 januari 2010 een persoonlijk levensfasebudget, afgekort tot PLB, in tijd te realiseren voor alle medewerkers vallend onder de CAO Ziekenhuizen. Dat betekent een ingrijpende verandering van de verlofregeling in de CAO Ziekenhuizen. Met de invoering van het PLB komen immers de huidige leeftijdafhankelijke verlofregelingen en ontziebepalingen te vervallen.

Met ingang van 1 januari 2010 ontvangt elke medewerker, naast 166 uur vakantie, een persoonlijk levensfasebudget van 20 uur voor dat desbetreffende kalenderjaar. Per 1 januari 2011 ontvangt elke medewerker een PLB van 30 uur voor dat desbetreffende kalenderjaar.

Per 1 januari 2012 ontvangt elke medewerker een PLB van 35 uur voor dat desbetreffende kalenderjaar. CAO partijen hebben uitgangspunten voor het PLB geformuleerd. Voor leeftijdsgroepen vanaf 45 jaar geldt ten aanzien van PLB een overgangsrecht. De overgangsrechten voor medewerkers vanaf 55 jaar komen in de plaats van het basisrecht (dus niet er bovenop). Van belang is dat de datum voor de leeftijdsbepaling ten behoeve van het overgangsrecht, door CAO partijen is vastgesteld op 31 december 2009.

Ontwikkelingen procedures en regelingen

In 2009 zijn verschillende regelingen en procedures ontwikkeld. In overleg met de Ondernemingsraad zijn een privacyreglement en een Klokkenluidersregeling ontwikkeld.

- De Klokkeluidersregeling zorgt ervoor dat werknemers zonder gevaar voor hun rechtspositie de mogelijkheid hebben vermeende onregelmatigheden aan de Voorzitter van de Raad van Bestuur of aan een door hem aangewezen functionaris te rapporteren. Indien onregelmatigheden op directieniveau worden geconstateerd zullen de commissarissen/toezichhouders hierover worden geïnformeerd.
- In overleg met de medische staf is een reglement voor werving en selectie van medisch specialisten ontwikkeld. Verder is aan het Handboek Sociaal Beleid een hoofdstuk toegevoegd over meerkeuze arbeidsvoorwaarden. In dat hoofdstuk worden de fiscale voordelen van de verschillende arbeidsvoorwaardelijke keuzeonderdelen uitgelegd en voorzien van een handleiding en aanvraagformulieren.

Deze procedures en regelingen zijn ook op het interne documentbeheer systeem geplaatst ter inzage en gebruik voor het personeel.

In 2009 is een doorlopend sociaal plan met vakorganisaties afgesloten met als doel de sociale gevolgen van voortdurende aanpassingen van de organisatie te kunnen inkaderen en te begeleiden. De Raad van Bestuur heeft in oktober 2009 aangekondigd door rationalisatie de ondersteunende diensten in relatie tot de zorg (inclusief de medisch ondersteunende afdelingen) in omvang, structuur en werkzaamheden in balans te brengen tot de zorg en efficiënter te laten werken ten behoeve van de zorg. De reductie van personeel uit hoofde van de nagestreefde rationalisatie ten opzichte van de feitelijke bezetting zou ongeveer 40 fte's betreffen. De feitelijke vermindering van personeel is vanaf medio 2009 aangestuurd door beëindiging van contracten met personeel niet in loondienst, het niet verlengen van tijdelijke arbeidscontracten en het niet vervullen van vacatures.

4.6 Communicatie

Het jaar 2009 kenmerkte zich door een groeiende vraag naar communicatieadvies en -ondersteuning. De toegevoegde waarde is merkbaar en heeft bijgedragen aan het succesvol realiseren van projecten en implementatie van nieuw beleid.

Communicatieprojecten die in 2009 veel aandacht vergden waren de realisatie en ingebruikname van het nieuwe OK-complex, een vaccinatiedcampagne tegen Influenza A (H1N1), de invoering en registratie van het BSN, de realisatie van een kinderwebsite en een digitale klankbordgroep Cliëntenraad. De verschuiving naar marketingcommunicatie was met name merkbaar bij het in de markt zetten van zorgproducten zoals de 'Genderknie'. De interne communicatie is in 2009 beter gestructureerd doordat een wekelijks Info Intern vanuit de afdeling Communicatie uitgegeven wordt. De regelmaat en herkenbaarheid zorgen voor een toegevoegde communicatiewaarde.

Een speerpunt van de Raad van Bestuur is het verbeteren van de relatie met de huisartsen. De afdeling Communicatie heeft daaraan een bijdrage kunnen leveren in de vorm van het maandelijks uitgeven van een Specialist/Huisarts bulletin. Daarbij wordt een combinatie gemaakt van informatie van de vakgroepen en de ziekenhuisorganisatie. Wanneer de situatie daarom vraagt ontvangen huisartsen via mail extra informatie en/of de persberichten die aan de media gestuurd worden. Met al deze middelen worden de huisartsen nog beter geïnformeerd over alle ontwikkelingen binnen het ziekenhuis.

De in 2008 ingezette strategie waarbij open en transparant communiceren met de media leidend was werd doorgezet in 2009.

Door de afdeling Patiëntenvoorlichting werden 47 nieuwe folders gemaakt en 94 folders aangepast. Het aantal contactochtenden, informatie- en thema bijeenkomsten groeide van 22 in 2008 naar 42 in 2009. De bijeenkomsten worden goed bezocht en steeds meer specialisten willen hun zorgproducten via een informatiebijeenkomst onder de aandacht brengen van het grote publiek. Verder heeft deze afdeling een forse bijdrage geleverd aan de digitale verwerking van de klanttevredenheidsenquête.

4.7. Samenleving

Maatschappelijk Verantwoord Ondernemen

Voor activiteiten op het gebied van onze maatschappelijke verantwoordelijkheid zie hoofdstuk 2 (Profiel van de organisatie, Mediweert). Daarnaast verleent het ziekenhuis voor diverse lokale en internationale projecten sponsoring in de vorm van financiële bijdragen dan wel verstrekken van goederen in natura. Daarnaast is de stichting Vrienden van de stichting St Jans Gasthuis beschikbaar voor het financieel ondersteunen van activiteiten op het gebied van het maatschappelijk verantwoord ondernemen.

In 2009 is er een aanzet gedaan om een nieuwe inventarisatieronde te starten in het kader van milieu, milieubeleid en de situaties in de organisatie. Nagegaan is of de gebruikersvergunning nog voldoet aan de eisen als gevolg van de splitsing van de organisaties Land van Horne en het SJG Weert. De gebruikersvergunning voor het SJG Weert is nog steeds geldig en er heeft een controlebezoek plaatsgevonden door de gemeente.

4.8 Financieel beleid

Het financiële beleid van SJG Weert is gericht op dusdanige bedrijfsvoering dat de continuïteit van de onderneming en derhalve de ziekenhuiszorg in de regio gewaarborgd is.

In 2009 is de budgetfinanciering teruggebracht van ca. 80% van het ziekenhuisbudget tot ca. 67%. Tegelijkertijd is daardoor, gegeven de financiering van ca. 33% op basis van marktconforme prijzen, het ondernemersrisico verder opgelopen. In reactie op toenemende opbrengstprijddruk, zijn acties aangescherpt om te komen tot verdere rationalisatie en doelmatige aanwending van schaarse middelen in met name de overhead omgeving. Daarnaast zijn gericht acties ondernomen om te komen tot kostenreductie op het terrein van inkoop van verbruiksartikelen en materialen.

Op het terrein van de administratieve organisatie werd voortgang geboekt:

- Maandelijks wordt gerapporteerd inzake geplande en gerealiseerde kasstroom, inclusief voortschrijdende prognose op jaarbasis. Deze liquiditeitsplanning maakt onderscheid tussen de geldstromen uit operationele- en investeringsactiviteiten en markeert expliciet de kasverplichting uit hoofde van het financieringsoverschot.
- Investerings boven € 25.000 kunnen pas worden geaccordeerd na het doorlopen van de geformuleerde investeringsprocedure.

Vooruitblik 2010

Zowel druk op prijsstelling als druk op volumegroei beperken omzettoename. De uitkomst van de eerder afgesloten CAO doet de loonkosten per fte verder toenemen. Weliswaar gematigd, toch drijft inflatie de prijs van inkoop op.

Een en ander vormt voldoende aanleiding de bedrijfsvoering nader aan te scherpen ten behoeve van rendementsbehoud/-verbetering, in combinatie met verbetering van de kwaliteit van zorg in de meest brede zin. Zowel het positieve begrote exploitatieresultaat als ook sluitende financiering versterken het vertrouwen in succesvolle doorontwikkeling van SJG Weert in 2010.