

Jaardocument 2011

Diaconessenhuis Leiden



Jaardocument 2011

Inhoudsopgave

Deel I Maatschappelijk verslag

Voorwoord Raad van Bestuur.....	3
1 Uitgangspunten van de verslaglegging.....	5
2 Profiel van de organisatie.....	9
2.1 Algemene identificatiegegevens	9
2.2 Structuur van het concern.....	9
2.3 Kerngegevens.....	10
2.3.1 Kernactiviteiten en nadere typering	10
2.3.2 Cliënten, capaciteit, productie, personeel en opbrengsten	10
2.3.3 Werkgebieden	12
2.4 Samenwerkingsrelaties	12
3 Bestuur, toezicht, bedrijfsvoering en medezeggenschap.....	15
3.1 Normen voor goed bestuur.....	15
3.2 Raad van Bestuur.....	15
3.3 Verslag Raad van Toezicht.....	16
3.4 Bedrijfsvoering	21
3.4.1 Risico's, kansen en onzekerheden	21
3.4.2 Planning- & controlcyclus	21
3.4.3 Risicomanagement	22
3.5 Cliëntenberaad.....	23
3.6 Ondernemingsraad.....	23
4 Beleid, inspanningen en prestaties.....	26
4.1 Meerjarenbeleid	26
4.2 Algemeen beleid verslagjaar	28
4.3 Algemeen kwaliteitsbeleid	35
4.4 Kwaliteitsbeleid ten aanzien van patiënten.....	36
4.4.1 Kwaliteit van zorg.....	36
4.4.2 Klachten.....	40
4.5 Kwaliteit ten aanzien van medewerkers	46
4.5.1 Personeelsbeleid	46
4.5.2 Kwaliteit van het werk	47
4.6 Samenleving.....	48
4.7 Financieel beleid	49
4.7.1 Algemene financiële ontwikkelingen.....	49
4.7.2 Ontwikkelingen in balans	49
4.7.3 Kasstromen en financieringsbehoeften	50

Deel II Jaarrekening	51
5.1 Jaarrekening 2011	53
5.1.1 Balans per 31 december 2011	54
5.1.2 Resultatenrekening over 2011	55
5.1.3 Kasstroomoverzicht over 2011	56
5.1.4 Grondslagen van waardering en resultaatbepaling.....	57
5.1.5 Toelichting op de balans per 31 december 2011	59
5.1.6 Mutatieoverzicht materiële vaste activa(/financiële vaste activa).....	68
5.1.7 Specificatie onderhanden projecten en gereedgekomen projecten.....	71
5.1.8 Overzicht langlopende schulden ultimo 2011	72
5.1.9 Toelichting op de resultatenrekening over 2011	73
5.2 Overige gegevens	
5.2.1 Vaststelling en goedkeuring jaarrekening.....	81
5.2.2 Statutaire regeling resultaatbestemming	81
5.2.3 Resultaatbestemming.....	81
5.2.4 Gebeurtenissen na balansdatum.....	81
5.2.5 Ondertekening door bestuurders en toezichthouders	81
5.2.6 Controleverklaring.....	82
Bijlagen	
1 Organogram.....	84
2 Personalía per 31 december 2011	85
3 Lijst met afkortingen.....	88

Voorwoord Raad van Bestuur

Sinds de oprichting van het Diaconessenhuis Leiden in 1897 zijn er jaarlijks plannen gemaakt en is er verslag gedaan van wat er van deze plannen gerealiseerd is. Zo bezien is het jaardocument 2011 een schakel in een lange keten van verslaglegging. Het jargon is in die tijd veranderd. ICT en VMS zullen aan het einde van de 19^e eeuw onbeduidende afkortingen zijn geweest; in 2011 vormen ze een belangrijk onderdeel van dit jaardocument.

Wat in de kern niet veranderd is in die lange reeks van jaren is de bevlogenheid van mensen die professionele ziekenhuiszorg willen leveren. Zorgverlening van hoge kwaliteit, op een manier waarbij de patiënt daadwerkelijk centraal staat. Vooral daarover wil dit jaardocument verslag doen: hoe er in 2011 patiëntenzorg is geleverd.

Afgeleid daarvan is het natuurlijk ook van belang om verslag te doen over sociaal beleid en financiële ontwikkelingen, over de invoering van nieuwe ICT-systemen, over accreditatie van laboratoria en over de samenwerking met andere zorgverleners. Het is allemaal te lezen in dit jaardocument.

Zorgverlening is mensenwerk. Alle medewerkers (inclusief de medisch specialisten) van het Diaconessenhuis Leiden waren in 2011 betrokken bij de zorgverlening. Voor hun inzet en betrokkenheid spreken wij onze erkentelijkheid en waardering uit.

Leiden, 16 april 2012

Raad van Bestuur

w.g. drs. J.G. den Hollander

w.g. mevrouw drs. M.J.L.E. Weijers



Ellen Heemskerk, receptioniste

In 2011, 4 jaar in dienst.

"Gestart als oproepkracht en nu twintig uur per week in vaste dienst. Ik vind het belangrijk om de interne en de externe klant de juiste informatie te geven, op een vriendelijke maar ook op een professionele manier.

Samen met mijn collega's willen wij ons als team nog verbeteren. Het is prettig dat het Diaconessenhuis ons de mogelijkheid geeft om gerichte cursussen te volgen zodat wij een positieve bijdrage kunnen leveren in onze organisatie."

1 Uitgangspunten van de verslaglegging

In het Jaardocument 2011 geeft het Diaconessenhuis Leiden inzicht in de activiteiten en prestaties in het jaar 2011. Naast dit jaardocument geeft het Diaconessenhuis een jaarkrant uit waarin alle hoogtepunten van het afgelopen jaar op een prettig leesbare wijze, kort omschreven zijn. De jaarkrant versturen wij naar al onze relaties.

Voor de leesbaarheid en de mogelijkheid tot vergelijken met andere zorginstellingen hebben wij de indeling aangehouden van de Jaarverantwoording Zorginstellingen 2011, Ministerie van VWS.

De verslagperiode betreft het boekjaar 2011. De reikwijdte betreft de Stichting Diaconessenhuis Leiden.

Het jaardocument is als volgt opgebouwd:

- Deel I: maatschappelijk verslag
 - Hoofdstuk 2: profiel van de organisatie en een aantal kerngegevens van het Diaconessenhuis Leiden
 - Hoofdstuk 3: onderwerpen met betrekking tot bestuur, toezicht, bedrijfsvoering en medezeggenschap
 - Hoofdstuk 4: het gevoerde beleid, inspanningen en prestaties gedurende het jaar 2011
 - Bijlagen: organogram, personalia en een lijst met gebruikte afkortingen
- Deel II: jaarrekening
 - financiële prestaties: de jaarrekening van 2011 en de toelichting daarop

Bij dit jaardocument behoort DigiMV, een digitale set vragenlijsten waarin de kern- en productiegegevens van het Diaconessenhuis Leiden worden verzameld. Deze gegevens en het tekstuele deel worden geregistreerd bij het CIBG en zijn in te zien via www.jaarverslagenzorg.nl.

Het Diaconessenhuis Leiden registreert en publiceert de prestatie-indicatoren zoals voorgeschreven door de inspectie. Deze zijn te raadplegen via www.ziekenhuizentransparant.nl.

Het jaardocument en de jaarkrant zijn tevens digitaal beschikbaar op onze website, www.diaconessenhuis.nl.

Wij verwachten dat dit jaardocument een bijdrage levert aan transparantie, het is voor ons een belangrijke manier om verantwoording af te leggen over het afgelopen jaar.

DEEL I

MAATSCHAPPELIJK VERSLAG



Haico de Graaf, ziekenhuishygiënist

In 2011, 11 jaar in dienst.

“Samen met mijn collega’s voorkom ik dat patiënten een ziekenhuisinfectie oplopen. Ik kom uit de zorg, was teamleider op een verpleegafdeling. In 2008 ben ik overgestapt naar de infectiepreventie. Als ik iemand wil spreken loop ik even langs. Zo weet ik wat er speelt en hou ik contact met de verpleging. Die verbondenheid blijft.”

2 Profiel van de organisatie

Het Diaconessenhuis Leiden levert sinds de oprichting in 1897 ziekenhuiszorg aan mensen uit de regio, waarbij wordt gehandeld in de geest van de christelijke identiteit.

Het Diaconessenhuis levert kwalitatief goede, regionale basiszorg voor de bevolking in de regio Leiden en wijde omgeving, en kent daarnaast enkele specifieke aandachtsgebieden ter versterking van de basisfunctie.

Het Diaconessenhuis Leiden wil een ziekenhuis zijn waar de mens centraal staat in de meest brede zin van het woord. Dat betekent dat het ziekenhuis de hoogst mogelijke kwaliteit van zorg verleent op een manier die vertrouwen wekt, in samenwerking met andere zorgverleners, met bewaarde, actieve en betrokken medewerkers, in een mensvriendelijke omgeving en tegen concurrerende prijzen.

2.1 Algemene identificatiegegevens

Naam verslagleggende rechtspersoon	Diaconessenhuis Leiden
Adres	Houtlaan 55
Postcode	2334 CK
Plaats	Leiden
Telefoonnummer	071-5178178
Identificatienummer Kamer van Koophandel	40445200
E-mailadres	informatie@diaconessenhuis.nl
Internetpagina	www.diaconessenhuis.nl

2.2 Structuur van het concern

Juridische structuur

Het Diaconessenhuis Leiden heeft de rechtspersoonlijkheid van een stichting. De stichting draagt de statutaire naam Stichting Diaconessenhuis Leiden.

Het ziekenhuis wordt bestuurd volgens het 'Raad van Toezicht/Raad van Bestuur'-model. De Raad van Bestuur wordt gevormd door een collegiale Raad van Bestuur, bestaande uit twee personen. De Raad van Bestuur werkt volgens een reglement dat de Raad van Toezicht heeft goedgekeurd. In dit reglement zijn de verantwoordelijkheden en de rolverdeling van de Raad van Bestuur vastgelegd. De taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de Raad van Toezicht zijn vastgelegd in een reglement Raad van Toezicht.

Organisatorische structuur

De organisatorische structuur van het Diaconessenhuis Leiden is weergegeven in een organogram, welke te vinden is in bijlage 1.

Managementteam

Het managementteam is het adviesorgaan van de Raad van Bestuur. De Raad van Bestuur legt relevante onderwerpen waarover besluitvorming nodig is voor aan het managementteam. Het managementteam komt iedere 4 weken bijeen. De samenstelling van het managementteam is te vinden in bijlage 2.

Medische Staf

De in het ziekenhuis werkzame medisch specialisten zijn verenigd in de vereniging "De Medische Staf". Daarnaast hebben de vrijgevestigde medische specialisten zich apart georganiseerd in een Stafmaatschap, die specifiek de financiële belangen van de vrijgevestigde specialisten behartigt. Een delegatie uit het bestuur van de vereniging De Medische Staf en een delegatie uit het bestuur van de Stafmaatschap vormen een dagelijks bestuur dat tweewekelijks met de Raad van Bestuur overleg voert. De samenstelling van de medische staf en de besturen van de medische staf en stafmaatschap zijn te vinden in bijlage 2.

Besturingsmodel

De uitgangspunten van de besturing van de organisatie zijn:

- delegatie van taken en verantwoordelijkheden zo laag mogelijk in de lijn;
- management-development;
- betrokkenheid van medisch specialisten, managementparticipatie;
- de basis voor dit alles is de planning- en controlcyclus.

Toelatingen

Het Diaconessenhuis is conform de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) toegelaten als instelling voor medisch specialistische zorg.

Medezeggenschapsstructuur

De medezeggenschap van cliënten is georganiseerd via het Cliëntenberaad. Paragraaf 3.5 gaat hier uitgebreid op in. Naast het Cliëntenberaad maakt het Diaconessenhuis regelmatig gebruik van cliëntenraadplegingen. De medezeggenschap van medewerkers is geregeld via de Ondernemingsraad, waarover meer informatie te vinden is in paragraaf 3.6. De samenstelling van de Ondernemingsraad is te vinden in bijlage 2.

2.3 Kerngegevens

2.3.1 Kernactiviteiten en nadere typering

Het Diaconessenhuis Leiden heeft als kernactiviteit het leveren van tweedelijns (ziekenhuis)zorg. In het Diaconessenhuis zijn vrijwel alle belangrijke specialismen vertegenwoordigd.

Specialismen aanwezig in het Diaconessenhuis

Anesthesiologie	Maag-, darm-, leverziekten
Algemene heelkunde	Medische microbiologie
Cardiologie	Neurochirurgie
Dermatologie	Neurologie
Gynaecologie	Oogheelkunde
Interne geneeskunde	Orthopedie
Keel-, neus- en oorheelkunde	Ouderengeneeskunde
Kindergeneeskunde	Plastische chirurgie
Klinische chemie	Radiodiagnostiek
Klinische farmacie	Sportgeneeskunde
Klinische pathologie	Urologie
Longgeneeskunde	Verloskunde

2.3.2 Cliënten, capaciteit, productie, personeel en opbrengsten

In onderstaande tabellen is een aantal kerngegevens van het Diaconessenhuis Leiden opgenomen. De kerngegevens zijn tevens beschikbaar via DigiMV.

Ontwikkelingen kerncijfers 2009-2011

	2011	2010	2009
<i>Capaciteit</i>			
Aantal beschikbare bedden voor klinisch capaciteit en dagverpleging	300	300	300
<i>DBC's</i>			
Aantal geopende DBC's	121.331	117.671	115.594
Aantal gesloten DBC's	124.888	115.883	112.989

	2011	2010	2009
<i>Productie polikliniek</i>			
Aantal eerste polikliniekbezoeken	80.660	74.462	68.287
Aantal overige polikliniekbezoeken	116.486	106.929	107.975
<i>Productie kliniek</i>			
Aantal klinische opnames exclusief interne overnamen	14.554	15.261	14.560
Aantal ontslagen patiënten	14.614	15.287	14.597
Aantal dagverplegingsdagen	14.489	13.361	15.101
Aantal klinische verpleegdagen	63.849	67.350	67.197

Tabellen over omvang personeel, verloop & ziekteverzuim 2009-2011

Personeelsomvang in aantallen medewerkers (per 31 december)

	2011	2010	2009
Personeel in loondienst (excl. medisch specialisten)	1.442	1.427	1.382
Medisch specialisten (in loondienst en vrij)	85	87	85
Totaal	1.527	1.514	1.467

Verloopcijfers

	2011	2010	2009
Instroom Personeel in loondienst	467	281	343
Uitstroom Personeel in loondienst	489	264	267

Ziekteverzuimpercentages

	2011	2010	2009
Vernet Diaconessenhuis *	3.86	3.82	3.8
Vernet branche	4.74	4.48	4.7

* Vernet = landelijk meldpunt ziekteverzuim, branche ziekenhuizen.

2.3.3 Werkgebieden

Het Diaconessenhuis Leiden staat open voor alle patiënten. Het adherentiegebied van het Diaconessenhuis Leiden omvat globaal Leiden en omstreken en de Duin- en Bollenstreek. De voornaamste gemeenten waar de patiënten (eerste bezoek) vandaan komen zijn:

gemeente	herkomst patiënten
Katwijk	23,9%
Leiden	24,5%
Lisse	3,8%
Noordwijk	9,3%
Noordwijkerhout	5,3%
Oegstgeest	8,9%
Teylingen	12,7%
Voorschoten	2,5%
Primair Verzorgingsgebied	90,8%
Secundair verzorgingsgebied (Oost)	4,4%
Overige & buitenland	4,7%
Totaal	100%



2.4 Samenwerkingsrelaties

Naar belanghebbenden toe onderhoudt het ziekenhuis de volgende relaties: Met patiënten wordt structureel contact onderhouden middels het Cliëntenberaad. Daarnaast voert het ziekenhuis klanttevredenheidsonderzoeken uit om de mening van de klanten te peilen.

Voor de huisartsen in de regio organiseert het ziekenhuis periodiek themabijeenkomsten. De medische staf van het ziekenhuis participeert daarnaast in het nascholingsprogramma voor huisartsen. En maandelijks wordt een nieuwsbrief verstuurd aan de huisartsen in de regio. Het Diaconessenhuis neemt deel aan het regionaal overleg met verloskundigen en met de thuiszorgorganisaties lopen de contacten via de verschillende (transmurale) projecten. Incidenteel vindt bestuurlijk overleg plaats. Tweemaal per jaar vindt een overleg plaats met een afvaardiging van de huisartsen, de medische staf en een lid van de Raad van Bestuur met als doel elkaar te informeren en zaken op elkaar af te stemmen.

De regionale ziekenhuizen ontmoeten elkaar drie keer per jaar in een bestuurlijk overleg. De Raad van Bestuur en medische staf van het Diaconessenhuis zijn sinds 2008 in gesprek met het LUMC over een mogelijke intensivering van de samenwerking op zorginhoudelijk gebied. Dit is in 2011 bekrachtigd middels een convenant. In vervolg op deze ontwikkeling vinden vanaf het najaar gesprekken plaats tussen de drie ziekenhuizen in de Leidse regio; LUMC, Rijnland Ziekenhuis en Diaconessenhuis, samen met de zorgverzekeraar Zorg&Zekerheid. Het leidt er toe dat in 2012 de aftrap plaatsvindt van de 'Zorgvisie regio Leiden'. Met het project Zorgvisie regio Leiden verkennen de drie ziekenhuizen of intensievere samenwerking in de regio mogelijk is. Zorgverzekeraar Zorg&Zekerheid ondersteunt dit project. Themawerkgroepen, bestaande uit specialisten van de drie ziekenhuizen onderzoeken welke samenwerking er tussen de ziekenhuizen mogelijk is en hoe die samenwerking eruit kan komen te zien. Uiteindelijk doel is om de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg in de regio te verbeteren.

Het ziekenhuis is lid van de Regionale Commissie Gezondheidszorg Zuid-Holland Noord, het platform van zorgaanbieders, patiënten/consumenten, zorgverzekeraars, gemeenten, organisaties welzijn ouderen en woningcorporaties in de regio. Doel is om over de grenzen van organisaties en sectoren mede invulling te geven aan de maatschappelijke verantwoordelijkheid van alle aangesloten organisaties ten aanzien van de beschikbaarheid, toegankelijkheid en efficiency van de zorg in de regio.

Het Diaconessenhuis participeert in Sleutelnet BV. Sleutelnet BV werkt aan samenwerking op ICT-gebied voor zorgaanbieders in de regio Zuid Holland Noord. Een regionaal communicatienetwerk waarop bijna 400 zorgverleners zijn aangesloten.

Een van de leden van de Raad van Bestuur is lid van het Netwerk Palliatieve Zorg.

Met alle zorgverzekeraars zijn overeenkomsten afgesloten. Tenminste één keer per jaar is er beleidsoverleg met zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid, de marktleider in het verzorgingsgebied.

Het Diaconessenhuis en Zorg en Zekerheid Leiden basketball hebben een partnerschap voor de duur van drie jaar. Het Diaconessenhuis ziet in het partnerschap een mogelijkheid tot samenwerking rond het thema gezondheid en sport.

Met de Inspectie voor de Gezondheidszorg is regelmatig contact. Naast het reguliere, jaarlijkse bezoek, betreft dat contacten over specifieke thema's (intensive care, patiëntveiligheid, et cetera) dan wel meldingen die door het ziekenhuis worden gedaan. Ook zijn er contacten met andere inspecties, zoals de Arbeidsinspectie en de VROM inspectie.

Met de lokale gemeentebesturen uit het verzorgingsgebied is incidenteel contact. Huisbankier van het Diaconessenhuis is de Deutsche Bank (voormalig: ABN AMRO), de externe accountant is Ernst&Young.



Marjolijn Peters, medewerker financiële administratie

In 2011, 30 jaar in dienst.

"Ik dacht hier ongeveer vijf jaar te blijven en nu ben ik 30 jaar verder! Toen ik hier kwam werken bij de administratie was er een soort NS-loket: een spiekertje in het raam waardoor we met patiënten konden praten. Iedereen kon alles verstaan op de gang. Later kwam er een balie, dat gaf toch iets meer privacy. Binnen de administratieve dienst heb ik verschillende functies gehad, daarom zijn die vijf jaar iets langer geworden."

3 Bestuur, toezicht, bedrijfsvoering en medezeggenschap

3.1 Normen voor goed bestuur

Het Diaconessenhuis Leiden hanteert de Zorgbrede Governancecode 2010 als uitgangspunt. In de reglementen van de Raad van Toezicht en de Raad van Bestuur is de werkwijze nader uitgewerkt. Beide reglementen zijn geactualiseerd in 2010, na omzetting van de vereniging in een stichting. De activiteiten en de stand van zaken op dit terrein zijn elk jaar periodiek onderwerp van gesprek in de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht. De reglementen van het Diaconessenhuis en de personalia en nevenfuncties van de bestuurders en toezichthouders worden via de website van het ziekenhuis openbaar gemaakt.

3.2 Raad van Bestuur

Het Diaconessenhuis Leiden wordt bestuurd door een tweehoofdige, collegiale Raad van Bestuur.

De Raad van Bestuur kent een reglement Raad van Bestuur waarin de verantwoordelijkheden worden omschreven. Kernelementen uit dit reglement zijn de verantwoording, taakverdeling, functioneren, besluitvorming en voorkomen van belangenverstrengeling. Een informatieprotocol maakt als bijlage deel uit van het reglement Raad van Bestuur en reglement Raad van Toezicht.

Tussen beide leden van de Raad van Bestuur zijn de aandachtsgebieden verdeeld. Een van de leden heeft als aandachtsgebied: alle activiteiten die betrekking hebben op de zorgverlening (inclusief de geestelijke verzorging) aan patiënten. Zij is verantwoordelijk voor het zorgbeleid, de continuïteit en kwaliteit van de zorgverlening, voor de afstemming tussen ziekenhuisorganisatie en de medisch specialisten; zij zorgt er voor dat de ziekenhuisorganisatie voldoet aan wet- en regelgeving op het gebied van de patiëntenzorg. Het andere lid heeft als aandachtsgebied: alle activiteiten die de bedrijfsvoering in het ziekenhuis betreffen en derhalve ondersteunend en faciliterend zijn aan het primaire zorgverleningsproces. Hij is verantwoordelijk voor het financieel-economisch beleid, het facilitair en huisvestingsbeleid en voor de continuïteit en kwaliteit van de ondersteunende processen en activiteiten binnen het ziekenhuis; hij zorgt er voor dat de ziekenhuisorganisatie voldoet aan wet- en regelgeving op het gebied van de bedrijfsvoering.

De bezoldiging van de Raad van Bestuurleden past binnen de landelijke richtlijnen. De belangrijkste gegevens met betrekking tot de bezoldiging zijn openbaar en worden opgenomen in de jaarverantwoording.

Samenstelling Raad van Bestuur per 31 december 2011

Naam	Nevenfuncties
Drs. J.G. den Hollander	• Bestuurslid NVZ vereniging van ziekenhuizen • Bestuurslid SAZ vereniging van samenwerkende algemene ziekenhuizen • Lid Raad van Toezicht Intrakoop • Lid Raad van Toezicht Bartiméus • Bestuurslid coöperatieve vereniging Doktersdienst Duin- en Bollenstreek
Mw. drs. M.J.L.E. Weijers	Geen

3.3 Verslag Raad van Toezicht

De Raad van Toezicht houdt integraal toezicht op de realisatie van de doelstellingen van het ziekenhuis, het beleid van de Raad van Bestuur en de algemene gang van zaken binnen het ziekenhuis. De Raad van Toezicht staat de Raad van Bestuur met advies terzijde.

Samenstelling

De Raad van Toezicht bestaat uit zeven leden waaronder een voorzitter, een vicevoorzitter en een secretaris. De Raad van Toezicht kent een rooster van aftreden waarbij de leden een zittingsduur hebben voor een periode van vier jaar. Volgens de statuten is herbenoeming mogelijk voor slechts eenmaal een periode van 4 jaar. In uitzonderlijke situaties is het mogelijk een aftredend lid voor de tweede maal te herbenoemen. Bij het vaststellen van het eerste rooster van aftreden is gekozen voor een gefaseerde aftreding. Om die reden is de tweede zittingstermijn van een aantal leden niet gelijk aan vier jaar.

De Raad van Toezicht kent in 2011 twee commissies: de Auditcommissie en de Remuneratiecommissie.

In 2011 vinden enkele mutaties plaats in de samenstelling van de Raad van Toezicht.

De heren Spierenburg en Wiersma hebben het einde van de zittingstermijn bereikt. Er wordt op passende wijze afscheid van hen genomen en de Raad van Toezicht bedankt hen voor de deskundige inbreng en inzet gedurende alle jaren dat zij lid waren.

Als nieuwe leden van de Raad van Toezicht worden benoemd mevrouw Moolenburgh-Pieper en de heer Groot.

Samenstelling Raad van Toezicht in 2011

Naam	(Voormalige) hoofdfunctie	Relevante nevenfuncties per 31 december 2011
Mw. mr. drs. L. M. de Blaeij	Senior juridisch medewerker rechtbank 's Gravenhage	Gemeenteraadslid Alphen a/d Rijn.
Dr. J. Burggraaf	Research director Centre for Human Drug Research	
Prof. dr. T.L.C.M Groot (m.i.v. 28 april 2011)	Hoogleraar Management Accounting Vrije Universiteit, Amsterdam	- Voorzitter RvT Visser 't Hooft Lyceum Leiden e.o. - Voorzitter bestuur "Hendrik Brunsting Stichting" (VU) - Lid Raad van Commissarissen van De Opvoedpoli - Voorzitter Economisch Wetenschappelijke Adviesraad van DBC-Onderhoud
Prof. W.P. Moleveld, RA	Emeritus hoogleraar Accountancy Nyenrode Business Universiteit	- Commissaris van Doctors Pension Funds Services BV - Arbiter Nederlands Arbitrage Instituut - Vicevoorzitter Stichting Administratiekantoor aandelen Telegraaf Mediagroep NV - Voorzitter bestuur stichtingen, die houders zijn van B-aandelen Newomij

Naam	(Voormalige) hoofdfunctie	Relevante nevenfuncties per 31 december 2011
Mevr. drs. C.C.W. Moolenburgh-Pieper (m.i.v.28 april 2011)	Huisarts	- Lid klachtencommissie politie Hollands Midden en commissie Toezicht Arrestantenzorg politie Hollands Midden - Lid Regionale Contactgroep politie Hollands Midden
S. Pranger	Directielid Achmea Zorg (voormalige functie)	- Penningmeester Stichting Koppeling - Lid Commissie Pensioen en Inkomen van de Achmea Gepensioneerden Vereniging
Dr. J. Spierenburg (tot 28 april 2011)	Oud-octrooigemachtigde	- Bestuurslid Wijnaendts Francken/ Boeke Steunfonds. - Consulentspecialist van de Stichting Ondernemersklankbord (adviezen aan het midden- en kleinbedrijf op het gebied van industriële eigendom). - Secretaris ZOLEON, Stichting Oncologie Holland-West.
Dr. C. de Visser	Algemeen directeur Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO)	Bestuurslid Landelijk Samenwerkingsverband Exodus (SEN) voor de opvang van (ex) gedetineerden.
H.F. Wiersma, huisarts (tot 28 april 2011)	Huisarts	Beleidscommissie SHR

Rooster van aftreden

Naam	Eerste benoeming	Jaar van aftreden	Aantal bijgewoonde vergaderingen
Mw. mr. drs. L.M. de Blaeij	20 mei 2010	2014 (her-benoembaar)	7/7
Dr. J. Burggraaf	20 mei 2010	2014 (her-benoembaar)	5/7
Prof. dr. T.L.C.M. Groot	28 april 2011	2015 (her-benoembaar)	4/5
Prof. W.P. Moleveld, RA	15 mei 1997	2013	7/7
Mw. drs. C.C.W. Moolenburgh-Pieper	28 april 2011	2015 (her-benoembaar)	5/5
S. Pranger	25 mei 2005	2013	4/7
Dr. J. Spierenburg	27 mei 1999	2011	2/3
Dr. C. de Visser	24 mei 2007	2014	7/7
Drs. H.F. Wiersma	31 mei 2003	2011	3/3

Functies binnen de raad per 31 december 2011

Naam	Functie in de Raad van Toezicht
Mw. mr. drs. L. M. de Blaeij	- Lid Raad van Toezicht - Secretaris Raad van Toezicht
Dr. J. Burggraaf	Lid Raad van Toezicht
Prof. dr. T.L.C.M Groot	- Lid Raad van Toezicht - Lid Auditcommissie
Prof. W.P. Moleveld, RA	- Voorzitter Raad van Toezicht - Lid Remuneratiecommissie

Mw. drs. C.C.W. Moolenburgh-Pieper	• Lid Raad van Toezicht
S. Pranger	• Lid Raad van Toezicht • Lid Auditcommissie
Dr. C. de Visser	• Vicevoorzitter Raad van Toezicht • Lid Remuneratiecommissie

Profiel en werving nieuwe leden

De Raad van Toezicht beschikt over een profielschets, die het uitgangspunt vormt voor de invulling van vacante posities, uiteraard met inachtneming van de werkwijze in het reglement. Deze profielschets bestaat uit algemene functie-eisen die voor elk lid van de Raad van Toezicht gelden en daarnaast vacaturegebonden functie-eisen met daarin opgenomen de persoonsgebonden aspecten. Gestreefd wordt naar een maatschappelijk evenwichtige samenstelling van de raad, waarbij sprake is van een zekere spreiding van leeftijd, verdeling van de functies over mannen en vrouwen en diversiteit van maatschappelijke achtergronden, deskundigheden en disciplines.

In 2011 verstrijkt de zittingstermijn van twee leden. Om tijdig twee nieuwe leden te kunnen benoemen vindt eind 2010 het proces van werving en selectie plaats. Bij dit proces maakt de raad gebruik van de hiervoor genoemde profielschets. De werving geschiedt door plaatsing van advertenties in regionale dagbladen en publicatie op de website van het ziekenhuis. De selectie vindt plaats door een ad hoc commissie, bestaande uit leden van de Raad van Toezicht. In het begin van het nieuwe jaar worden twee kandidaat-leden voorgedragen aan de Raad van Toezicht. Raad van Bestuur, Ondernemingsraad en Cliëntenberaad voeren een kennismakingsgesprek met de kandidaten.

Deskundigheidsbevordering

In het najaar volgt de voltallige Raad van Toezicht, gecombineerd met de Raad van Bestuur en de secretaris Raad van Bestuur, een incompany scholingsdag. De dag wordt verzorgd door de NVTZ. Gedurende de dag komen diverse onderwerpen aan bod, namelijk: verantwoordelijkheden, taken en bijbehorende rollen en rolverdeling, functioneren in wisselende rollen, toezicht en informatie, werken met commissies en het toekomstig profiel van de toezichthouder.

Met elkaar zijn enkele actiepunten benoemd die aandacht behoeven in 2012. Voor de leden van de Raad van Toezicht wordt met ingang van het nieuwe jaar gewerkt met acceptatie- en ontslagbrieven. Ten aanzien van het functioneren van de bestuurders wordt periodiek een 360° feedback georganiseerd door de raad. Nadere afspraken worden gemaakt over informatie uit en binding met de organisatie, daarbij wordt gedacht aan het uitnodigen in de Raad van Toezicht van vertegenwoordiger(s) van het Cliëntenberaad, het bestuur van de Medische Staf, medewerkers met een bepaald aandachtsgebied en eventueel het afleggen van werkbezoeken. Met betrekking tot de aspecten kwaliteit en veiligheid brengen de bestuurders, in nauwe samenwerking met de Raad van Toezicht, in kaart hoe hierover gerapporteerd kan worden aan de raad en hoe de raad dit kan monitoren. Hierbij zullen in elk geval de prestatie-indicatoren gebruikt worden.

Honorering

De leden van de Raad van Toezicht krijgen een vergoeding per jaar. Conform de zorgbrede governancecode wordt de vergoeding openbaar gemaakt in de jaarverantwoording.

Bijeenkomsten

De Raad van Toezicht en de Raad van Bestuur van het Diaconessenhuis Leiden komen gedurende het verslagjaar zeven maal bijeen om de algemene gang van zaken en het beleid te bespreken. De Raad van Bestuur, de voorzitter en de vicevoorzitter van de Raad komen maandelijks bijeen in verband met de voorbereiding op deze vergaderingen.

Verantwoording en controle

- Corporate Governance

De Raad van Toezicht werkt volgens de uitgangspunten van de Zorgbrede Governancecode voor goed bestuur, goed toezicht en adequate verantwoording.

Het functioneren van de leden van de Raad van Toezicht wordt gekenmerkt door integriteit en een onafhankelijke opstelling. Dit betekent dat de leden in de uitoefening van de functie op geen enkele wijze zakelijk belang hebben bij het ziekenhuis.

In februari 2011 voeren de voorzitter en vicevoorzitter functioneringsgesprekken met de leden van de Raad van Bestuur. De Raad van Toezicht stemt in met de benoeming van de heer Den Hollander in de Raad van Toezicht van Stichting Bartiméus en in het bestuur van Huisartsenpost Duin- en Bollenstreek te Voorhout.

De Raad van Toezicht evalueert regelmatig het eigen functioneren. In 2011 wordt gedurende de scholingsdag gesproken over het eigen functioneren. Actiepunten die daaruit naar voren komen staan genoemd onder het kopje deskundigheidsbevordering.

Een aanpassing vindt plaats van de reglementen van de Raad van Toezicht en de Raad van Bestuur, aan de hand van de Zorgbrede Governancecode 2010, waarbij tevens aanpassing plaatsvindt naar aanleiding van de overgang van vereniging naar stichting die in 2010 plaatsvond.

- **Auditcommissie**

De auditcommissie ondersteunt de Raad van Toezicht bij het uitoefenen van zijn verantwoordelijkheden bij de evaluatie van de administratieve en controlefuncties. Dit omvat de beoordeling van de financiële rapportages, het systeem van interne controle, omgang met financiële risico's, alsmede de accountantscontrole.

De auditcommissie komt vijf keer bijeen om de financiële situatie met de Raad van Bestuur te bespreken. Belangrijke onderwerpen van gesprek zijn de vermogensontwikkeling, de begroting, de jaarrekening, de rapportage over de controle door de accountant en de managementletter. De externe accountant is eenmaal aanwezig bij de vergadering van de auditcommissie.

- **Remuneratiecommissie**

De Remuneratiecommissie heeft als aandachtsgebied de honorering van bestuurders en toezichthouders.

In 2011 adviseert de commissie de Raad van Toezicht inzake de jaarlijkse aanpassing van de honorering van de bestuurders. De indexatie is gekoppeld aan de Beloningscode Bestuurders in de Zorg. In de bezoldiging van de leden Raad van Toezicht vindt, met ingang van 1 januari 2012, een aanpassing plaats, na vergelijking met andere ziekenhuizen. De Raad van Toezicht stemt in met beide voorstellen.

- **Overleg Ondernemingsraad**

Twee leden van de Raad van Toezicht wonen een overlegvergadering bij van de Ondernemingsraad, waarin diverse onderwerpen aan bod komen.

Specifieke onderwerpen

Tijdens de vergaderingen met de Raad van Toezicht komen diverse thema's aan de orde.

Visie, beleid en organisatie

De Raad van Bestuur rapporteert tijdens de vergaderingen over de voortgang van het beleid en de relevante ontwikkelingen.

Er is aandacht voor de honorering van medisch specialisten en het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord en de gevolgen voor de strategie en de beleidsvisie van het Diaconessenhuis. Afsproken wordt dat de analyse van de risico's die voortvloeien uit de ontwikkelingen met betrekking tot de ziekenhuisbekostiging een plaats krijgen in de voortgangsrapportages.

De Raad volgt nauwlettend de gesprekken van de Raad van Bestuur en medische staf met de regionale ziekenhuizen (LUMC en Rijnland Ziekenhuis) over de verkenning van een intensievere samenwerking.

Kwaliteit

De Raad van Bestuur informeert de Raad van Toezicht over verschillende onderwerpen betreffende de kwaliteit van zorg en de rapportages van de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Gerapporteerd wordt over het verloop van het jaargesprek met de inspecteur en de resultaten op het gebied van prestatie-indicatoren. Ook de verbeteringen naar aanleiding van deze resultaten vormen onderwerp van gesprek.

De Raad van Toezicht voert een gesprek met het Dagelijks Bestuur van de Medische Staf en de Stafmaatschap. Gespreksonderwerpen zijn ontwikkelingen bij de medische staf, kwaliteit van zorg, het individueel functioneren van medisch specialisten (IFMS), en de samenwerking met het LUMC.

Een van de beleidsmedewerkers geeft een presentatie over het veiligheidsmanagementsysteem (VMS). De Raad van Toezicht krijgt een uitgebreide toelichting op de tien inhoudelijke thema's binnen het VMS en wordt geïnformeerd over de voortgang op elk thema.

ICT

De implementatie van het nieuwe ziekenhuisinformatiesysteem (EZIS) is in 2011 een vast agendapunt. Aan de hand van de businesscase spreekt de Raad van Toezicht in het begin van het jaar met de Raad van Bestuur over de doelstellingen, de haalbaarheid en de financiële onderbouwing, en geeft hij goedkeuring aan het voorstel tot aanschaf van EZIS. De Raad van Bestuur bericht elke vergadering over de voortgang van het project.

HRM

Het hoofd PO&O presenteert het medewerkerstevredenheidsonderzoek dat in 2010 is uitgevoerd door een promovendus aan de universiteiten van Rotterdam en Tilburg. De Raad staat stil bij de resultaten, onder andere bij de communicatie van de leidinggevendenden en de waardering die medewerkers aan dit onderdeel geven.

Jaarplan en begroting

Na opstelling van een ombuigingsplan presenteert de Raad van Bestuur de begroting en het jaarplan voor 2011 in de eerste Raad van Toezichtvergadering van 2012. De Raad van Toezicht stelt begroting en jaarplan 2011 vast.

Aan het eind van het jaar is de begroting 2012 in de vergadering besproken. De definitieve vaststelling vindt plaats in 2012.

Financiële ontwikkelingen

De stand van zaken rondom de productie en de financiën is een terugkerend onderwerp tijdens de vergaderingen van de Raad van Toezicht. De Raad bespreekt dit punt aan de hand van de periodieke rapportages van prognose en realisatie, die onderwerp van gesprek zijn in het overleg van de auditcommissie met de Raad van Bestuur.

Teneinde een goede koppeling te maken tussen de jaarcijfers en de 8-maandscijfers, stelt de Raad van Bestuur met ingang van 2011 een 12-maandsrapportage op.

Jaarrekening en jaardocument

De Raad van Toezicht bespreekt de jaarrekening 2011 en het jaardocument 2011.

Ernst&Young onderzoekt de jaarrekening over 2011: de goedkeurende verklaring maakt onderdeel uit van de jaarstukken. De auditcommissie is betrokken bij het vooroverleg over de totstandkoming van de jaarrekening 2011 en overlegt met van de Raad van Bestuur en de accountant. De Raad van Toezicht sluit zich aan bij het advies van de auditcommissie betreffende het oordeel van de accountant en keurt het maatschappelijk verslag 2011, de balans per 31 december 2011 en de resultatenrekening over 2011 ongewijzigd goed. Daarmee dechargeert hij de Raad van Bestuur voor het gevoerde beleid.

Het beleid en de algemene gang van zaken

De Raad van Toezicht is van oordeel dat het door de Raad van Bestuur gevoerde beleid het ziekenhuis op goede wijze heeft gediend.

Leiden, 25 april 2012

w.g. Prof. W.P. Moleveld,
Voorzitter

w.g. Mw. mr. drs. L.M. de Blaeij,
Secretaris

3.4 Bedrijfsvoering

Dit hoofdstuk bevat een beschrijving van de risico's, kansen en onzekerheden waarvoor het Diaconessenhuis Leiden zich geplaagd ziet en welke maatregelen zijn genomen om deze risico's te beheersen. Verder wordt de inrichting en de werking toegelicht van de planning & control cyclus en de informatievoorziening. Tevens wordt in dit hoofdstuk uiteengezet op welke wijze de interne risicobeheersings- en controlesystemen zijn ingericht.

3.4.1 Risico's, kansen en onzekerheden

De belangrijkste risico's, kansen en onzekerheden van het Diaconessenhuis Leiden zijn nog niet systematisch vastgelegd in een risicomanagementsysteem maar worden in beeld gebracht door de Raad van Bestuur en het Managementteam. Bij het opstellen van het nieuwe meerjarenbeleidsplan zijn risico's gewogen en de kansen in beeld gebracht. De onzekerheden die op deze plek vorig jaar werden genoemd zijn nog steeds aanwezig.

De voornaamste onzekerheid bestaat over de wijze waarop het toekomstige stelsel van ziekenhuisbekostiging zal worden ingevuld en ingevoerd. Hoewel met de brief van de minister van VWS, 'Zorg die loont' van 14 maart 2011, de eindsituatie van het bekostigingstelsel voor ziekenhuiszorg wel duidelijk geschetst wordt, bestaat er een grote onzekerheid over de concrete invulling van de overgang van het systeem. Evenals de condities onder welke de ziekenhuiszorg in een marktomgeving geleverd kan worden. De autonome groei en substitutiemogelijkheden van de zorg lijken door een sterke wens van de overheid tot beheersing van het macro-uitgavenkader voor de ziekenhuiszorg, sterk ingeperkt te worden. Dat maakt de realisatie van de doelstellingen uit het meerjarenbeleidsplan er niet eenvoudiger op en vraagt om scherpe keuzes en een strakke regie.

Een tweede belangrijke onzekerheid blijkt de beschikbaarheid van gekwalificeerd personeel voor bepaalde gespecialiseerde functies in de zorg. Met name bij een aantal functies voor gespecialiseerde verpleegkundigen en ondersteunende functies blijkt het in toenemende mate bijzonder lastig te zijn om bestaande vacatures in te vullen. Omdat deze functies voor de continuïteit van het proces van zorgverlening onontbeerlijk zijn moet er tegen relatief hoge kosten extern personeel worden ingehuurd. Voor 2011 hebben de getroffen maatregelen er gelukkig toe geleid dat deze structurele situatie beheerst wordt.

3.4.2 Planning- & controlcyclus

Uitvoering binnen EAD

De uitvoering van de planning & controlfunctie en de informatievoorziening wordt binnen de Economisch Administratieve Dienst uitgevoerd door de afdelingen Financiële Administratie, Planning & Control en de Salarisadministratie. De producten waarvoor zij ondermeer voor zorg dragen betreffen de rapportages op het gebied van de financiële verslaglegging, prognoses, productieoverzichten en overzichten inzake salarissen en ingezette Fte's. Daarnaast vinden er analyses, bedrijfseconomische advisering en interne controle plaats.

Versterking planning- & controlcyclus

Eind 2011 heeft de implementatie plaatsgevonden van een nieuwe datawarehousemodule als onderdeel van de gelijktijdige overgang naar het nieuwe ziekenhuisinformatiesysteem (ZIS) van ChipSoft. In de loop van 2011 is gestart met het project om de managementinformatie verder te versterken en te integreren, zodat het management adequaat inzicht heeft in het reilen en zeilen van de organisatie. Uiteindelijk moet dit traject leiden tot dashboards waarbij de managers in één oogopslag moeten kunnen zien of zij "in control" zijn. Door de komst van het nieuwe datawarehouse heeft de uitrol hiervan vertraging opgelopen maar zal verder worden uitgewerkt in 2012 en aangepast op de nieuwe organisatiestructuur.

Bij het opstellen van de begroting 2011 zijn portfolioanalyses ingezet bij het maken van de productieafspraken met de medische vakgroepen. Dit instrument maakt financieel inzichtelijk wat de mate van over- en onderdekking is van de diverse diagnosegroepen. De

analyse voor zowel het A- als het B-segment leidt tot hernieuwde inzichten in de mate waarin producten uit de specifieke diagnosegroepen bijdragen aan de marge van het ziekenhuis en het te behalen honorarium.

Jaarplanning

De Jaarplanning gaat uit van interne rapportages na afloop van respectievelijk 3, 5 en 8 maanden. Deze worden besproken in het Managementteam en met de Auditcommissie van de Raad van Toezicht. Aan de hand van de uitkomsten wordt beoordeeld of bijstellen van het beleid gewenst is of dat de noodzaak bestaat om aanvullende maatregelen te treffen. Naast deze officiële rapportagemomenten bestaat er voor het management de mogelijkheid om dagelijks de voortgang van de realisatie ten opzichte van de begroting te bewaken.

Versteving interne controlefunctie gewenst

Gezien de voortschrijdende verschuiving van budgetfinanciering naar een bekostiging op basis van geleverde prestaties is een versteving van de interne controle functies vereist. Vroeger was slechts een beperkt aantal parameters bepalend voor de omvang van (het variabele deel van) het budget. Tegenwoordig is het zo dat elke DBC juist moet zijn geregistreerd, zeker daar waar het het B-segment betreft. Ook de volledigheid van de geregistreerde DBC's is bepalend voor de omzet en daarmee voor de bepaling van het resultaat. De voorgenomen prestatiebekostiging op basis van de nieuwe zorgproducten (DOT: DBC's op weg naar transparantie) maakt dat de volledigheid en juistheid van de basisregistraties essentiële onderdelen worden in de bedrijfsvoering. Om dit te kunnen borgen in de bedrijfsvoering zijn in 2009 werkgroepen samengesteld, bestaande uit medisch specialisten, teamleiders en medewerkers van de zorgadministratie en de afdeling planning en control, om per vakgroep de volledigheid en juistheid van de basisregistratie te inventariseren. Waar nodig worden verbeteringen in de processen en registraties aangebracht. In 2011 hebben deze werkgroepen gewerkt aan de voorbereiding van de invoering van DOT en verdere optimalisering van de registratieve processen. Dit traject heeft parallel gelopen aan de implementatie van het nieuwe ZIS van ChipSoft dat ook nieuwe eisen stelt aan de inrichting van de administratieve organisatie.

Na de eerste fase waarin het verder op orde brengen van de basisregistraties centraal stond zal er in een volgende fase moeten worden gezorgd voor een verankering van de registratieve processen in procedures en registratievoorschriften. Daarmee wordt de rol van elke betrokkene in het proces duidelijk en wordt vastgelegd op welke wijze de registratie dient plaats te vinden. Het slotstuk van deze verandering in de administratieve processen is de borging dat de procedures ook worden nageleefd door het uitvoeren van interne controles op zowel de registraties als de gevolgde procedures. Deze interne controles zullen voornamelijk worden uitgevoerd door de zorgadministratie en de afdeling planning en control. Dit heeft voor de zorgadministratie een verandering van werkzaamheden tot gevolg: daar waar de afdeling nu nog voor een belangrijk deel de primaire registratie in het Ziekenhuis Informatie Systeem verzorgt, is deze taak ultimo 2011 verschoven naar de afdelingen waar de verrichting of het consult wordt uitgevoerd. Daardoor zullen de werkzaamheden van de zorgadministratie steeds meer bestaan uit controles op de volledigheid en juistheid van de reeds ingevoerde verrichtingen en kent de afdeling inmiddels een nieuwe functie: die van zorgproductspecialist.

3.4.3 Risicomanagement

De risicogebieden en de indicatoren die veranderingen op de geïdentificeerde risicogebieden signaleren zullen op een systematische wijze in kaart moeten worden gebracht. Als belangrijkste risicogebieden worden genoemd: de financiële performance van het ziekenhuis, de beschikbaarheid van gekwalificeerd personeel inclusief het ziekteverzuim en de ontwikkeling van de productie in het A- en B-segment. De externe ontwikkelingen op het gebied van de financiering van de zorgprestaties door de komende stelselwijziging maakt dat het belang van risicobeheersing sterk toeneemt. In 2012 zal nader onderzocht moeten worden op welke wijze een toereikende vorm van risicomanagement kan worden ontwikkeld om beter bestand te zijn voor invloeden van buitenaf.

3.5 Cliëntenberaad

In het Diaconessenhuis Leiden fungeert het Cliëntenberaad als cliëntenraad. Het Cliëntenberaad bestaat uit vertegenwoordigers van de verschillende patiëntenverenigingen in de regio Leiden, Duin- en Bollenstreek. Het beraad komt in 2011 vier keer bij elkaar onder voorzitterschap van een regioconsulent van Zorgbelang Zuid-Holland. Vanuit het Diaconessenhuis is één van de leden van de Raad van Bestuur bij elke vergadering aanwezig voor uitleg en overleg.

Ondersteuning

De vergaderingen van het Cliëntenberaad vinden plaats in het Diaconessenhuis. Het Diaconessenhuis vergoedt aan Zorgbelang Zuid-Holland de door Zorgbelang Zuid Holland gemaakte kosten voor de leden en voor de ondersteuning van de leden. De leden ontvangen van Zorgbelang Zuid-Holland een reiskostenvergoeding en vacatiegeld. De secretaresse Raad van Bestuur van het Diaconessenhuis notuleert de vergaderingen.

Beleidsissues en adviezen

Gesprekspunten in de vergaderingen waren onder meer het jaarplan 2011, het (meerjaren)beleidsplan, de (werkgroepen) patiëntenparticipatie en het project Mens&Zorg. Daarnaast kwamen de regionale samenwerking, de begroting 2012, de werving van nieuwe leden voor het Cliëntenberaad en de mogelijke samenwerking met de VAR aan de orde. De Protestantse Gemeente Leiden is sinds 2011 in het Cliëntenberaad vertegenwoordigd. Het Cliëntenberaad heeft een kennismakingsgesprek met de Raad van Toezicht gehad en wordt door middel van presentaties op de hoogte gesteld over de klachtenopvang in het Diaconessenhuis, de Gastvrijheidszorg met Sterren en de patiënttevredenheid. Het Cliëntenberaad wordt ook dit jaar weer uitgenodigd mee te lopen met de zogenaamde veiligheidsrondes die vanuit de Centrale VIM Commissie structureel worden georganiseerd. Leden van het beraad stellen vragen en geven advies over uiteenlopende zaken op het gebied van de sociale media en het webbased medicatiedossier.

3.6 Ondernemingsraad

De Raad van Bestuur heeft regelmatig (circa 6 keer per jaar) overleg met de Ondernemingsraad (OR). De Raad van Bestuur wordt vertegenwoordigd door een van de leden en de HR manager. De agenda voor de overlegvergaderingen stelt de voorzitter van de OR op in overleg met de Raad van Bestuur, voorafgaand aan de overlegvergadering. De samenwerking tussen de Raad van Bestuur en de OR wordt door beiden wederom als constructief en positief ervaren.

Elk jaar besteedt de OR aandacht aan verdere ontwikkeling van de leden door middel van het organiseren van trainingsdagen. Bij een deel van die training wordt doorgaans de Raad van Bestuur uitgenodigd om aan te sluiten.

In 2011 bestaat de OR uit 14 leden, waarvan 2 nieuwe leden en 2 leden die gestopt zijn met hun lidmaatschap. Daar waar nodig, werd in 2011 instemming of advies gegeven door de OR. In 2011 is het aantal verzoeken hiervoor sterk toegenomen als gevolg van het aantal organisatieveranderingen in het ziekenhuis.

De meest opvallende onderwerpen waarbij instemming wordt verleend, zijn het opheffen van het bedrijfsopvangteam en de werktijdenwijziging bij de afwaskeuken.

De OR wordt eind 2011 intensief betrokken bij de totstandkoming van het document "Sociale Maatregelen bij organisatieveranderingen". Dit document beoogt heldere afspraken te maken voor medewerkers die als gevolg van een reorganisatie boventallig worden. In 2011 vindt ook een oriënterende gesprek met de vakbonden plaats in het kader van een eventueel op te stellen doorlopend Sociaal Plan.

In 2011 gaf de OR advies over de reorganisaties Keuken (Mens & Voeding), Zorgadministratie (als gevolg van ChipSoft) en het beddenhuis. Ook is de OR betrokken bij de pilot Zorgassistent en de evaluatie van eerder ingezette organisatieveranderingen of initiatieven waarvoor eerder instemming is verleend.

3.7 Verpleegkundige Adviesraad

Op 28 maart 2011 is de Verpleegkundige Adviesraad (VAR) in het Diaconessenhuis geïnstalleerd. De VAR heeft een adviserende rol naar de Raad van Bestuur over verpleegkundige beroepsinhoudelijke zaken en streeft professionalisering, positionering en profilering van de verpleegkundige beroepsgroep na.

De eerste adviesvraag betrof de vraag of een deelname van het Diaconessenhuis aan Excellente Zorg gewenst is. De VAR heeft de Raad van Bestuur een positief advies over deelname aan Excellente Zorg gegeven. De VAR is van mening dat deelname aan Excellente Zorg positief zal werken voor de kwaliteit van zorg. De acht essentiële kenmerken van de Excellente Zorg worden gemeten zodat er afdelings- en instellingsbeleid gemaakt kan worden, waarbij het leveren van excellente zorg het streven is. In de toekomst wordt schaarste aan verpleegkundigen verwacht, een magnetische werkomgeving is wenselijk. De Raad van Bestuur heeft het advies over Excellente Zorg overgenomen en in april 2012 start de nulmeting.

De tweede adviesvraag betrof de wijze waarop het toekomstige digitale verpleegkundige dossier er uit moet zien, inclusief bijhorende hardware. De VAR heeft zich georiënteerd door literatuuronderzoek en het afleggen van werkbezoeken aan ziekenhuizen die al werken met een verpleegkundig digitaal dossier. De VAR heeft kaders aangegeven voor de ontwikkeling van het verpleegkundig digitaal dossier.

Ook over de hardware heeft de VAR een advies gegeven. Een belangrijke vereiste is het direct, zonder vertraging, kunnen invoeren van verpleegkundige gegevens. Een combinatie van mobiele computers (COW's) en vaste pc's kan dit mogelijk maken.

De VAR heeft advies uitgebracht over de wijze waarop het dossier ontwikkeld moet worden, de implementatie en borging hiervan en wil hierbij graag een rol spelen. De ontwikkeling van het verpleegkundig dossier gaat in 2012 van start.

In 2012 wil de VAR een brede visie op verplegen ontwikkelen en beschrijven voor de hele organisatie. Doormiddel van focusgroepen heeft de VAR de perceptie van verpleegkundigen over dit onderwerp in beeld gekregen. De nieuwe beroepsprofielen voor de verpleegkundige beroepsgroep vragen niet alleen de aandacht maar ook een visie van de VAR.

Uitgangspunt van de VAR is een goede borging van de VAR in de organisatie gesteund door de verpleegkundigen van de organisatie, Raad van Bestuur en Medische Staf.



Ellen Segijn, teamleider afdeling radiologie

In 2011, 34 jaar in dienst.

“Werken met fijne collega’s in een team waar men veel voor elkaar over heeft, in een ziekenhuis waar een prettige sfeer heerst en ik altijd voldoende uitdaging heb in mijn werk, dat zijn belangrijke aspecten voor mij. Ik krijg kansen en mogelijkheden om mijzelf te blijven ontwikkelen. Na jaren praktijkopleider radiologie te zijn geweest, heeft mijn loopbaan ruim 1,5 jaar geleden een andere wending gekregen. Ik ben namelijk nu als teamleider werkzaam.

Niet alleen binnen het Diac, maar ook daarbuiten grijp ik kansen. Ik neem als visiteur van de NVMBR, de beroepsvereniging, regelmatig een kijkje in andermans ‘keuken’. Blijkt: het gras bij de buurman is helemaal niet groener. Ik ben er trots op dat ik al zolang in het Diac werk.”

4 Beleid, inspanningen en prestaties

4.1 Meerjarenbeleid

2011 was het eerste jaar waarin gewerkt werd met het Beleidsplan 2011-2013; De mens centraal. Gezien de vele ontwikkelingen is gekozen voor een kortere periode, van 2011 tot en met 2013. Bij het tot stand komen van het beleidsplan werkten de Raad van Bestuur en het dagelijks bestuur van de medische staf nauw samen. Interne stakeholders werden gevraagd te participeren in de totstandkoming van het beleidsdocument, o.a. door te reageren op stellingen via Intranet en door het deelnemen aan een Lagerhuis bijeenkomst. Ook externe stakeholders (zoals aanpalende zorgaanbieders, zorgverzekeraars, maar ook de huisbank) werden gevraagd naar hun opvattingen.

Gekozen is voor een opbouw vanuit de systematiek van de Balanced Scorecard methodiek, waarbij doelstellingen zijn geformuleerd op de 4 onderscheiden perspectieven:

- klant
- kwaliteit, veiligheid en innovatie
- bedrijfsprocessen
- financiën

De keuze voor een gezamenlijke aanpak van Raad van Bestuur en het dagelijks bestuur medische staf houdt in dat er naast het meerjaren beleidsdocument geen afzonderlijk medisch beleidsplan bestaat. Het Beleidsplan 2011 – 2013 zal de (zorginhoudelijke) speerpunten benoemen van het Diaconessenhuis Leiden, uiteraard in relatie tot de samenwerking met andere zorgpartners, waaronder de huisartsen en het LUMC. Naast medisch beleid kent het plan ook aspecten van strategische marketing en van financieel-economische aard. Het Beleidsplan 2011 – 2013 is de basis voor de in die periode op te stellen beleidsdocumenten (begrotingen, jaarplannen, maar ook voor deelplannen, bijv. op het gebied van ICT-beleid).

Missie

Het Diaconessenhuis Leiden levert kwalitatief goede, regionale basiszorg voor de bevolking in de regio Leiden en wijde omgeving, en kent daarnaast enkele specifieke aandachtsgebieden ter versterking van de basisfunctie.

Het ziekenhuis heeft een adherente bevolking van ongeveer 141.000 inwoners¹. Het marktaandeel in het verzorgingsgebied² bedraagt in 2009 39%. Er werken ruim 1300 mensen waaronder zo'n 80 medisch specialisten. Bijna elk specialisme is vertegenwoordigd.

Visie

Het Diaconessenhuis Leiden wil een ziekenhuis zijn waar de mens centraal staat in de meest brede zin van het woord. Dat betekent dat wij:

- de hoogst mogelijke kwaliteit van zorg verlenen op een manier die vertrouwen wekt,
- in samenwerking met andere zorgverleners,
- met bewaarde, actieve en betrokken medewerkers,
- in een mensvriendelijke omgeving, tegen concurrerende prijzen.

Basiszorg met aandachtsgebieden

Het Diaconessenhuis Leiden is een ziekenhuis dat een compleet basispakket levert binnen de ziekenhuiszorg. Huisartsen kunnen alle patiënten in eerste instantie doorverwijzen naar het Diaconessenhuis. Vervolgens zorgen wij voor een optimale behandeling binnen ons

¹ Adherentie kliniek en dagverpleging; exacte cijfer 2009: 140.960 (bron: Prismant).

² Verzorgingsgebied wordt gevormd door de gemeenten Leiden, Oegstgeest, Katwijk, Teylingen, Noordwijk, Noordwijkerhout, Lisse en Voorschoten. (bron: Prismant)

ziekenhuis of voor een snelle en adequate doorverwijzing naar een andere zorgaanbieder. Daartoe zorgen wij voor een goede toegankelijkheid van het ziekenhuis en gerichte samenwerking met en aansluiting bij andere zorgaanbieders in de keten.

Vanuit de basiszorg die wij bieden, zien we kansen om ons nadrukkelijker te profileren op bepaalde terreinen van de zorg. Om ons te profileren en onze positie te versterken, kiezen wij binnen de basiszorg voor vijf aandachtsgebieden:

- Zorg voor de oudere mens
- Borstkanker
- Gastro enterologie
- Cardiovasculaire aandoeningen
- Zenuwcentrum.

Beleidsuitgangspunten

Ter ondersteuning van onze missie hebben wij uitgangspunten bepaald die ons de komende jaren richting zullen geven bij het ontwikkelen van activiteiten en het nemen van beslissingen. Deze uitgangspunten geven weer wat wij belangrijk vinden en wat wij noodzakelijk achten voor ons ziekenhuis.

KLANT

Het Diaconessenhuis stelt de mens centraal en wil mensgerichte zorg leveren.

Om dit verder vorm te geven starten wij een meerjarenprogramma Mens&Zorg waarbij we op drie thema's verbeteringen beogen. De drie thema's/werkgroepen zijn:

1. Patiënt: stressreductie, afleiding, begrip, beleving
2. Medewerker: teamgeest, begrip, plezier in het werk
3. Fysieke omgeving: architectuur, inrichting, kleur, geur, licht, rust en privacy.

Het Diaconessenhuis ziet huisartsen als belangrijke (samenwerkings)partner en biedt hen gerichte service en kwaliteit.

Wij maken expliciet deel uit van de zorg in de keten. Met huisartsen realiseren wij op diverse manieren samenwerking. In de komende jaren vindt onder andere verdere ontwikkeling plaats van het Diagnostisch Centrum en de avondpolikliniek. Daarnaast zullen wij gezamenlijke projecten opzetten op het gebied van de 1½-lijnszorg, waarbij wij als facilitator voor de 1^e lijn optreden.

KWALITEIT, VEILIGHEID EN INNOVATIE

Het Diaconessenhuis voldoet aan de binnen de branche gangbare kwaliteits- en veiligheidseisen en ontwikkelingen op het gebied van medisch-technologische innovatie.

Om aan dit uitgangspunt te kunnen voldoen, zorgen wij ervoor dat wij voldoen aan alle externe kwaliteitsindicatoren (zoals die van de Inspectie en Zichtbare Zorg). Tevens voldoen wij minimaal aan de landelijke eisen ten aanzien van patiëntveiligheid.

Om onze kwaliteit en veiligheid te kunnen aantonen, kiezen wij voor certificering op de gangbare deelgebieden zoals VMS, facilitaire zaken, laboratoria, apotheek etc. NIAZ accreditatie is de komende jaren voor ons geen doel op zich.

In de regio excelleren we ten aanzien van kwaliteit op de benoemde aandachtsgebieden in de basiszorg. Verder is de kwaliteit van de zorg minimaal gelijk aan die van de overige aanbieders in de regio.

De inzet van e-health in de primaire zorg wordt ontwikkeld, mede in relatie tot onze aansluiting op de keten.

Het Diaconessenhuis investeert in de ontwikkeling en duurzame inzetbaarheid van medewerkers, binnen de kaders van de te leveren zorg.

Kennis en kwaliteit liggen in elkaars verlengde. Wij investeren in onze medewerkers en bieden een stimulerende werkomgeving. Zie hiervoor ook de uitwerking van het uitgangspunt 'Het Diaconessenhuis is een aantrekkelijke werkgever'. Op het gebied van

opleiding van medewerkers werken wij samen met het LUMC. Daarnaast is de aanwezigheid van opleidingen voor medisch specialisten van belang. Naast KNO en klinische chemie streven we naar de start van de opleiding interne geneeskunde.

BEDRIJFSPROCESSEN

Het Diaconessenhuis richt de processen patiëntgeoriënteerd en doelmatig in. Dit vereist goede samenwerking, zowel binnen de organisatie als met andere zorgaanbieders, evenals ondersteuning door het gericht inzetten van ICT.

Patiëntgeoriënteerd en doelmatig betekent voor ons het volgende:

- De toegangstijden zijn laag en concurrerend in de regio
- De wachttijden zijn laag
- De fysieke, telefonische en virtuele bereikbaarheid is goed
- Zoveel mogelijk afspraken in één bezoek
- Speciale zorgstraten en poliklinieken
- Goede aansluiting in de keten
- De opname- en ontslaginformatie voldoet voor de patiënt.

Hiertoe worden ieder jaar 5 zorgprogramma's ontwikkeld.

De ICT infrastructuur wordt verbeterd. In 2013 zal er een ZIS-EPD geïmplementeerd zijn, ter ondersteuning van de zorg. De website wordt vernieuwd, waarbij onder andere internetconsulten mogelijk worden.

De bestaande samenwerking met het LUMC, huisartsen en andere zorgaanbieders in de keten wordt verder geïntensiveerd.

Het Diaconessenhuis is een aantrekkelijke werkgever.

Wij zijn een aantrekkelijke werkgever voor huidige en potentiële medewerkers door te investeren in:

- De ontwikkeling van medewerkers en leidinggevenden
- Gezondheid & vitaliteit van onze medewerkers
- Het vergroten van de bekendheid van ons werkgeversimago en innovatieve wervingsactiviteiten
- Een plezierige werksfeer.

FINANCIEN

Met het oog op toenemende (financiële) risico's is versteviging van de reserves en de solvabiliteit noodzakelijk.

In 2013 hebben wij een weerstandsvermogen van 12,5% van de jaaromzet.

Het Diaconessenhuis kent een marktconforme groei in de basiszorg en een selectieve groei in een vijftal specifieke aandachtsgebieden.

Wij hebben een groei doelstelling van 3% per jaar en een omzetgroei van 5% per jaar. Daarbij ligt de nadruk op poliklinieken, dagbehandeling en short stay.

4.2 Algemeen beleid verslagjaar

In het jaarplan 2011 benoemen Raad van Bestuur en management beleidsterreinen waarop plannen zijn gemaakt. Hieronder wordt een selectie weergegeven van de meest relevante ontwikkelingen en prestaties van het afgelopen jaar, waarbij de activiteiten onder dezelfde 'BSC' indeling zijn gerangschikt als het meerjarenbeleid.

In 4.2 (Algemeen beleid verslagjaar) zijn dat de doelstellingen voor 'klant' en 'bedrijfsprocessen', in 4.4 (Kwaliteitsbeleid t.a.v. patiënten) de doelstellingen voor 'kwaliteit, veiligheid en innovatie', en in 4.7 (Financieel beleid) de doelstellingen behorende bij 'financiën'.

Klant

Klantervaringen

Binnen het Diaconessenhuis vindt per afdeling tweejaarlijks onderzoek plaats naar de patiënttevredenheid. Met de uitkomsten verbeteren we de zorg en dienstverlening zodat we aansluiten bij de wensen en verwachtingen van onze patiënten. Wij werken met een online onderzoek, waarvoor wij Explora gebruiken, het systeem van de NVZ Vereniging van Ziekenhuizen.

De betreffende afdeling stelt een eigen vragenlijst samen. Naast algemene vragen (van de NVZ) die onder andere gericht zijn op ontvangst, bejegening, verzorging en behandeling, zijn er afdelingsspecifieke vragen opgenomen. Na afronding en analyse van het onderzoek worden er door de teamleiders verbeteracties geformuleerd en uitgevoerd. De effecten van de verbeteracties worden in het volgende onderzoek weer gemeten of tussentijds als dat relevant is.

De volgende afdelingen hebben in 2011 een onderzoek afgerond:

- Polikliniek Interne Geneeskunde /MDL: de groep verpleegkundig specialisten oncologie, diabetesverpleegkundigen, Nurse practitioners MDL
- Polikliniek Dermatologie
- Polikliniek Cardiologie
- Polikliniek Longziekten
- Polikliniek sportgeneeskunde
- Polikliniek Plastische chirurgie
- Polikliniek Neurologie
- Polikliniek ouderengeneeskunde
- Polikliniek oogheelkunde
- Afd 1B cardiologie / CCU
- Afd 2A. longziekten
- Afd 2a Neurologie
- Afd. 4A Kindergeneeskunde
- Fysiotherapie
- Scopieafdeling

Patiënten kunnen hun ervaringen met het Diaconessenhuis ook kenbaar maken op de website van Independer, waarnaar wij een link hebben opgenomen op onze eigen website.

Net als in 2010 heeft het Facilitair Bedrijf in 2011 elke maand een aantal medewerkers gericht gevraagd naar hun tevredenheid over de dienstverlening van het Facilitair Bedrijf. Meer dan 200 medewerkers hebben hun mening gegeven over de dienstverlening van restaurant, schoonmaak, vergaderservice, facilitair meldpunt, inkoop en logistiek, techniek en medische technologie. De cijfers geven een indicatie dat de tevredenheid groeit en de opmerkingen geven de mogelijkheid tot verbeteren van de producten en processen.

Gastvrijheid

In 2011 stond het Diaconessenhuis in de top 10 van Gastvrijheidszorg met sterren, wij zijn trots op het behalen van drie van de vier sterren. De jury vond de individuele benadering opmerkelijk. Complimenten die werden genoemd: samenwerking, hartelijk, vriendelijk, betrokken en kleinschalig. Het ziekenhuis geeft volgens de jury niet het gevoel in de stad te zijn, het is rustig en toch levendig. De vele facetten zorgen er volgens de jury voor dat het verblijf in het ziekenhuis toch een aangename ervaring kan zijn.

Smileys kinderafdeling

In 2010 behaalde de kinderafdeling één Smiley certificaat. De tweede Smiley ontvingen wij in juni 2011.

Avondspreekuur en Diagnostisch Centrum

Het voornemen was om het avondspreekuur nog verder uit te breiden, maar dat is niet gebeurd. Het streven was de wachttijden voor het Diagnostisch Centrum weg te werken. De

wachttijden zijn wel korter geworden, maar het is helaas niet gelukt helemaal zonder wachttijden te werken.

Poliklinische apotheek

Het jaar 2011 werd gebruikt om de voorbereidingen te treffen voor het starten van een poliklinische apotheek. Een apotheek bij/in het ziekenhuis zou een extra faciliteit bieden voor onze patiënten.

Mens&Zorg

In 2010 is het meerjarenprogramma Mens&Zorg voorbereid. In dit programma beogen we verbeteringen op de thema's Patiënt, Medewerker en Fysieke omgeving. Per thema is een werkgroep benoemd, waarin ook een medisch specialist en een lid van het Cliëntenberaad zitting hebben. Het programma wordt aangestuurd door een stuurgroep waarin, naast een lid van de Raad van Bestuur, tevens een medisch specialist en de voorzitter van het Cliëntenberaad zitting hebben.

In 2011 moest elke werkgroep twee vooraf benoemde resultaten behalen.

In 2012 krijgt het programma Mens&Zorg een vervolg, mede door deelname aan het programma Excellente Zorg van de V&VN en de NPCF. Excellente zorg wordt geboden door verpleegkundigen die hun werk met volle overgave volgens de laatste stand van de wetenschap doen. Zij doen dit in respectvolle samenwerking met artsen en management. Ten aanzien van de bejegening door medewerkers werken wij mee aan de ontwikkeling van een theatervoorstelling van De Limonadefabriek. De voorstelling zal voor alle medewerkers worden opgevoerd en stof geven tot nadenken en met elkaar discussiëren.

Massage en huiskamer

Voor de huiskamer en de massage voor oncologiepatiënten ontvingen wij een lange periode een bijdrage van het Wijnaendts Francken / Boekee Steunfonds. Het fonds gaf te kennen de bijdrage voor deze zorg af te gaan bouwen. Wij zijn echter overtuigd van de meerwaarde die huiskamer en massage hebben voor onze patiënten. Daarom is in de begroting geborgd dat beide initiatieven kunnen blijven bestaan.

Bedrijfsprocessen

Organisatiestructuur

In het Beleidsplan 2011-2013 is aangegeven dat we de organisatie meer zullen afstemmen op de patiënt. In 2011 zijn de contouren geschetst voor een beoogde aanpassing van de organisatie op hoofdlijnen waarbij de patiëntengroepen centraal staan en waarbij de participatie van de specialisten gewaarborgd is. Daarmee wordt een samenhangend kader gegeven voor de lopende, dan wel nog te starten reorganisaties binnen het Diaconessenhuis. In 2012 wordt de nieuwe organisatie- en overlegstructuur verder uitgewerkt in ingevoerd.

In 2011 is in aansluiting op bovenstaande een nieuwe beleidsvisie opgesteld voor het Facilitair Bedrijf, dit is uitgewerkt in een Plan van Aanpak en zal in 2012 ingevoerd worden. Bij de afdeling Mens&Voeding vond in 2011 een reorganisatie plaats, waarbij de eigen keuken werd gesloten en al het eten wordt ingekocht. De reorganisatie vond plaats op basis van een extern rapport waaruit bleek dat wij op deze manier kunnen zorgen voor een meer constante kwaliteit. Uiteindelijk zal hiermee ook € 300.000 bespaard kunnen worden op jaarbasis. In 2012 worden enkele mensen van de afdeling nog begeleid naar ander werk.

Op de verpleegafdelingen willen wij gaan werken met zorgassistenten. Dit zijn gastvrouwen op de afdeling voor alle niet medische zaken, die voorheen gedaan werden door de schoonmakers, voedingsassistenten en afdelingsassistenten. Het voordeel is dat voor de patiënten sprake is van één gezicht.

ICT-beleid

Het Diaconessenhuis hanteert voor ICT de volgende doelstellingen:
het realiseren en in stand houden van een betrouwbare, veilige en flexibele informatiearchitectuur voor het ondersteunen en optimaliseren van alle werkprocessen in het ziekenhuis en de medewerkers die hierin participeren. Ook in relatie tot patiënten, externe

organisaties en relaties. Het betreft functionaliteiten voor communiceren, plannen, registreren, archiveren, naslaan en beslissingsondersteuning.

Het Diaconessenhuis is sterk in het aanbieden van goed georganiseerde multidisciplinaire zorg. ICT-middelen worden ingezet en/of vervangen op plaatsen waar dit de zorg ondersteunt en helpt te monitoren.

Onderstaande negen uitgangspunten vormen samen met de doelstellingen het kader voor alle activiteiten op het gebied van ICT :

1. Alle patiëntlogistieke processen in één EPD

Om de patiëntlogistieke processen goed te sturen is het noodzakelijk dat deze functies door één systeem worden verzorgd.

2. Voorkomen dubbele registratie

Gegevens worden bij voorkeur slechts eenmaal geregistreerd en opgeslagen, waarbij aantekeningen op papier ook als een registratie worden gerekend. Deze werkwijze voorkomt fouten en dubbel werk.

3. Uitbesteden versus zelf doen

In principe wordt het technische beheer van bedrijfskritische applicaties altijd uitbesteed. Daarbij is er voorkeur voor ASP, mits dit haalbaar is vanwege de veiligheidseisen (beschikbaarheid) die gelden voor de betreffende applicatie.

4. Informatie verantwoordelijkheid

Samen met de invoering van het nieuwe EPD zal bepaald worden waar de verantwoordelijkheid voor de kritische informatie belegd wordt.

5. Geen maatwerk in standaardapplicaties

Om versiebeheer en onderhoud betaalbaar en werkbaar te houden wordt er afgezien van het uit laten voeren van maatwerk.

6. Beveiliging

Patiëntgebonden systemen en/of functionaliteiten dienen te voldoen aan actuele geldende standaarden en normen voor veiligheid. Zoals: Goed Beheerd Zorgsysteem (GBZ), NEN 7510, specifieke eisen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

7. Alle zorgverleners hebben inzage in voor de behandeling relevante informatie

Om een goede zorgverlening te garanderen zullen in principe alleen medisch specialisten toegang hebben tot alle beschikbare informatie van een patiënt. Overige functionarissen hebben alleen toegang tot de informatie van patiënten die onder hun afdeling vallen of door hen behandeld worden. Er vindt logging plaats van ongeautoriseerde raadplegingen. Deze logging wordt bewaakt door de veiligheidsfunctionaris.

8. Autorisatieverantwoordelijkheid is vastgelegd in AO/IC

Toegangsrechten en functionele rechten binnen de diverse EPD-systeemdelen worden organisatiebreed reproduceerbaar vastgelegd en vallen onder de Administratieve Organisatie/Interne Controle.

In het Diaconessenhuis functioneert een Stuurgroep ICT, die Raad van Bestuur en managementteam adviseert inzake het ICT-beleid in het ziekenhuis, onder andere waar het gaat om investeringen in nieuwe applicaties en systemen.

In ons beleidsplan heeft de implementatie van een ZIS-EPD een belangrijke plaats. In 2010 is opnieuw het selectieproces gestart voor een nieuw ZIS-EPD, zoals gepland zijn wij in 2011 gekomen tot de keuze voor EZIS.

Regionaal werken wij samen met andere zorginstellingen in Sleutelnet BV. Binnen Sleutelnet wordt gewerkt aan regionale e-samenwerking.

ICT-projecten

Wat betreft ICT-projecten stond het jaar 2011 vrijwel volledig in het teken van de selectie en vervolgens implementatie van het nieuwe ZIS-EPD: EZIS van leverancier ChipSoft.

Naast EZIS is het OK-systeem verbeterd, het radiologiesysteem (het RIS) en het systeem voor de Klinische Farmacie en Toxicologie.

EZIS

De implementatie van EZIS was een enorme operatie die veel heeft gevraagd van de organisatie. Ongeveer 100 medewerkers en medisch specialisten maakten deel uit van de projectorganisatie, ruim 100 mensen werden opgeleid.

De organisatie is met deze introductie op een andere manier gaan werken. Een groot verschil met de introductie van EZIS is de registratie die nu bij de bron plaatsvindt. In het verleden werd registratie van bijvoorbeeld verrichtingen eerst op papier gedaan, waarna de administratie dit overzette in het ZIS. Nu registreren de medisch specialisten en de medewerkers op de afdelingen direct in EZIS.

Bovendien zijn de verantwoordelijkheden decentraal in de organisatie neergelegd: de applicatiebeheerders zijn decentraal benoemd en per systeem zijn eigenaren benoemd. Ter ondersteuning van deze andere manier van werken, zijn veel nieuwe protocollen opgesteld.

In aansluiting op uitgangspunt 4 van het ICT-beleid, is gekozen voor hosting van EZIS bij het LUMC. De centrale servers staan fysiek bij het LUMC, daarop bevinden zich de applicatie en de bestanden. Het LUMC voert tevens het technische beheer voor ons uit. Hierdoor is 7x24 uur monitoring van het systeem mogelijk.

Documentbeheer

De planning was om in de eerste helft van het jaar een nieuw documentbeheersysteem in te voeren. Helaas is er bij de leverancier wederom sprake van vertraging en kunnen zij pas in de tweede helft van het jaar de nieuwe versie introduceren. De organisatie is op dat moment echter zodanig belast met de implementatie van EZIS, dat de invoering van het documentbeheersysteem uitgesteld moet worden tot 2012.

Website

In het eerste kwartaal van 2011 werd een nieuwe website gerealiseerd met meer mogelijkheden dan de vorige. Op de nieuwe website is het onder andere mogelijk nieuwsberichten te plaatsen op de homepage, evenals de laatste vacatures. Ook online solliciteren is mogelijk geworden.

Planning ICT komende jaren

2012

- EPD's gefaseerd uitrollen per specialisme in de periode 2012-2014.
- Verpleegkundig dossier uitrollen.
- Ordermanagement implementeren, waarbij het streven is dat iedereen opdrachten voor onderzoeken digitaal gaat indienen en niet meer via een formulier. Afhankelijk van de ontwikkelingen is de ambitie dit te realiseren voor radiologie en de laboratoria.
- Elektronisch Voorschrijf Systeem (EVS) invoeren op de poliklinieken.
- Medicatietoediening digitaal ondersteunen, zodat dit veiliger wordt.
- Invoering nieuw financieel en logistiek pakket, waarbij de winst met name te vinden is in de meer optimale logistieke afhandeling. Het financiële pakket is tevens gebruiksvriendelijker, met een betere projectadministratie en een beter inzicht voor de budgethouders dan voorheen.
- Digitaal radiologiebeelden uitwisselen met de ziekenhuizen in de Leidse regio, waarbij de privacy van de patiënt essentieel is.
- Invoering van een verwijsapplicatie die regionaal de coördinatie van beschikbare plaatsen in onder andere verzorgingshuizen en verpleeghuizen faciliteert.

2013

- Vervolg Uitrol EPD's per specialisme
- Uitrol digitale ondersteuning Zorgpaden
- Uitbreiden functionaliteit Zorgportaal
 - o Voor patiënten: dossierinformatie
 - o Voor zorgverleners: labuitslagen/preop/opname gegevens/orders/verwijzen

- Uitrol Patiënt Data Management System (PDMS)
(OK/IC ondersteuning door middel van integratie apparatuurgegevens)

2014

- Vervolg Uitrol EPD's per specialisme
- Uitrol Spraakherkenning op de Polikliniek
- Vervolg Uitrol Zorgpaden
- Toepassing EPD als Expertsysteem en/of Beslissingsondersteunend Systeem

Bouw

Het Diaconessenhuis werkte ook in 2011 hard aan de verbetering van diverse gebouwdelen. Een zeer groot project waren de verbouwingen op het OK-complex. OK 2 en 3 zijn vanwege een probleem met spinhoutkevers geheel ontmanteld en opnieuw opgebouwd. Het probleem is hiermee gelukkig verholpen. Gepland stond fase IV van het bouwtraject op de OK voor de holding en de verkoeverkamer, deze fase is vanwege de spinhoutkevers later van start gegaan, maar nog wel in 2011.

De gang F1 werd geschikt gemaakt voor gebruik als polikliniekruimte, waarmee de polikliniek werd uitgebreid. De poliklinieken van neurologie en medische psychologie zijn inmiddels verhuisd naar F1, ouderengeneeskunde en diëtetiek zullen in het voorjaar van 2012 kunnen verhuizen.

In 2011 is de bouw van de nieuwe Centrale Scopen Desinfectie afgerond, werd de nieuwe Opnamestraat gerealiseerd (samenvoeging van POS, verpleegkundigspreekuur en medicatieverificatie) en werd de uitslaapkamer gerealiseerd voor scopiepatiënten, wat al lang een wens was. De herinrichting van het beddenhuis vergde diverse verhuizingen en enkele verbouwingen, zoals nieuwe balies voor de secretariaten.

In het D-gebouw, waarin met name kantoren gehuisvest zijn, zijn drie gangen vernieuwd. Hier vinden specialisten, management en hun ondersteuners een plaats.

In 2012 vindt de afronding plaats van de verbouwingen op de OK, tevens worden komend jaar de radiologieafdeling en de laboratoria verbouwd.

Inkoop en investeringen

De te bereiken inkoopvoordelen blijken in de praktijk moeilijk te meten. Helaas lukte het niet in alle gevallen een besparing te realiseren, doordat bijvoorbeeld leveranciers niet mee bewogen. Het gestelde doel ten aanzien van inkoopvoordelen voor 2011 was €600.000, gerealiseerd is een bedrag van €525.000.

Sinds 2010 werken wij met een investeringsbegroting voor 3 jaar, de vervanging van apparatuur is nu ook voor 3 jaar gepland.

Database contracten

De contracten die het Diaconessenhuis heeft afgesloten werden niet altijd goed aangepast aan de werkelijke situatie. Door middel van beter beheer viel veel voordeel te behalen. Dat hebben we gerealiseerd door het inrichten van een database met alle contracten. Regelmatig wordt getoetst of contracten nog aansluiten bij de werkelijkheid, zo nodig worden contracten aangepast. Dit heeft een flinke besparing opgeleverd.

Financieel-logistiek pakket

In 2011 is een selectie gemaakt voor een nieuw financieel-logistiek pakket. Het Diaconessenhuis heeft gekozen voor ViDaVi, wat vanaf 1 april 2012 wordt geïmplementeerd. Het pakket zal voor de hele organisatie effect hebben, omdat medewerkers bijvoorbeeld anders moeten bestellen. Ook kunnen de kosten van projecten erin worden bijgehouden, evenals investeringen. Het pakket is ook gebruiksvriendelijker.

Beddenhuis

In de loop van het jaar vond de implementatie plaats van de nieuwe werkwijze na de herindeling van het beddenhuis. De herindeling zorgt voor een meer flexibele inzet van bedden voor de verschillende vakgebieden. Daarmee zijn uiteindelijk minder bedden nodig en is de bedbezetting gestegen. Tevens is er minder inzet nodig van secretariële ondersteuning. De herinrichting van het beddenhuis moest een belangrijke bijdrage leveren aan de bezuinigingsplannen van het ziekenhuis en dat is gelukt.

OK

Ten behoeve van een verbetering van de OK-planning is een alternatief uitgewerkt volgens een speciale methodiek. Helaas bleek deze methodiek niet in EZIS te passen, waardoor de situatie opnieuw bekeken moet worden. In 2012 wordt dit verder uitgewerkt. Ten behoeve van de herinrichting van het beddenhuis is de OK-planning al wel gewijzigd. In verband met de opening van een short stay afdeling, die in het weekend gesloten is, moesten aanpassingen gedaan in het OK schema.

Laboratoria

In 2011 heeft een offertetraject plaatsgevonden ten aanzien van de uitbesteding van het Klinisch Chemisch Laboratorium (KCL). Dit heeft ertoe geleid dat wij een intentieverklaring hebben getekend met Stichting Medial te Hoofddorp. Tot 1 april 2012 vindt uitwerking van de mogelijke uitbesteding plaats, waarna rond april/mei een besluit genomen moet worden. Bij een positief besluit zal per 1 juli het KCL worden uitbesteed aan Medial. Ten aanzien van Medische Microbiologie is in 2011 uitgewerkt of een samenwerking mogelijk zou zijn met LUMC, Rijnland Ziekenhuis, Bronvo en Diaconessenhuis. Besloten is dit niet te doen, maar een uitwerking te kiezen van de samenwerking tussen Bronovo en Diaconessenhuis. De maatschap Medische Microbiologie is al een gecombineerde voor beide ziekenhuizen. De planning voor het vervolg loopt gelijk met die van het KCL. Bij een positief besluit tot vergaande samenwerking wordt dit gefaseerd geïmplementeerd in 2012.

Apotheek

Veel tijd is afgelopen jaar gestoken in een verkenning tot samenwerking met het LUMC voor de apotheek. Dit heeft helaas niet het gewenste resultaat opgeleverd. De bedoeling is nu de samenwerking opnieuw te bekijken in combinatie met het Rijnland Ziekenhuis.

Radiologie

Op de afdeling Radiologie heeft een project plaatsgevonden met als doel het verbeteren van de processen. Dit heeft geleid tot een verhoging van de productiviteit en een significante wachttijdverkortening opgeleverd voor de echo's. Ook voor de MRI en CT-scans zijn de wachttijden verkort.

Zorgpaden

Verschillende zorgpaden worden ontwikkeld in 2011. Een zorgpad beschrijft alle activiteiten die een patiënt vanaf het eerste polikliniek bezoek tot de dag van ontslag doorloopt. Hierdoor weet elke betrokken hulpverlener op ieder moment welke medische doelen worden nagestreefd, wat de bijbehorende activiteiten en verantwoordelijkheden zijn en welke informatie er aan de patiënt gegeven moet worden. Het doel van een zorgprogramma is het op een geprotocolleerde manier verlenen van patiëntgerichte en doelmatige zorg. Er werden in het afgelopen jaar zorgprogramma's ontwikkeld voor patiënten met COPD, patiënten met CVA, het diagnostisch proces bij hematurie en patiënten met een sectio. De laatste is wel in 2011 ontwikkeld, maar gaat in 2012 van start. De zorg voor oncologiepatiënten is in 2011 uitgewerkt in acht zorgpaden, de uitwerking krijgt een vervolg in 2012.

Prostaatkanker

Voor de verdere professionalisering van de behandeling van prostaatkanker zijn de mogelijkheden verkend tot samenwerking met een andere partij. Uiteindelijk hebben wij er voor gekozen hier niet mee door te gaan, maar ons met name te richten op de samenwerking met het LUMC.

Niet verzekerde zorg

In 2011 zijn de voorbereidingen getroffen voor het opzetten van een zelfstandige behandel eenheid voor aanvullende (niet verzekerde) zorg. Gestart wordt met het vakgebied plastische chirurgie.

Zenuwcentrum

In het Zenuwcentrum werken Rijnland Ziekenhuis, LUMC, Spaarneziekenhuis en Diaconessenhuis nauw samen. Het is gericht op de behandeling van patiënten met specifieke zenuwaandoeningen. Door een efficiënte organisatie kunnen patiënten snel op de juiste plek terecht voor hun behandeling.

Analyse aanvraaggedrag medisch specialisten en medicatiegebruik

Het aanvraaggedrag van medisch specialisten vraagt aandacht. De bedoeling was om met behulp van het programma PI het aanvraaggedrag te analyseren, dit is echter niet gelukt. Ook het medicatiegebruik kan verbeterd worden. Er heeft in 2011 een analyse plaatsgevonden van het wegwerpen van medicatie. Door aanpassingen in de logistiek wordt er nu veel minder medicatie weggegooid. In 2012 zal in de kliniek per etage een medicatiemanager benoemd worden. Daarbij is gekozen voor een apothekersassistente in plaats van voor een verpleegkundige, in verband met de kennis en kunde met betrekking tot medicatie. De implementatie van EZIS zal uiteindelijk ook een verbetering opleveren voor het medicatiegebruik.

Opnamestraat

Voor de chirurgische electieve patiënt wordt gewerkt aan een 'opnamestraat'. Hierbij is sprake van een koppeling van het preoperatief spreekuur, de medicatieverificatie en het verpleegkundig spreekuur. In 2012 gaat de opnamestraat van start.

Afspraken

Helaas is het ons nog niet gelukt verbetering aan te brengen in het maken van afspraken. Ondanks dat al heel wat patiënten de weg vinden naar het afspraken maken via internet, is het afgelopen jaar niet gelukt het aantal te verhogen. In 2012 blijft het verbeteren van het maken van afspraken daarom een belangrijk onderwerp.

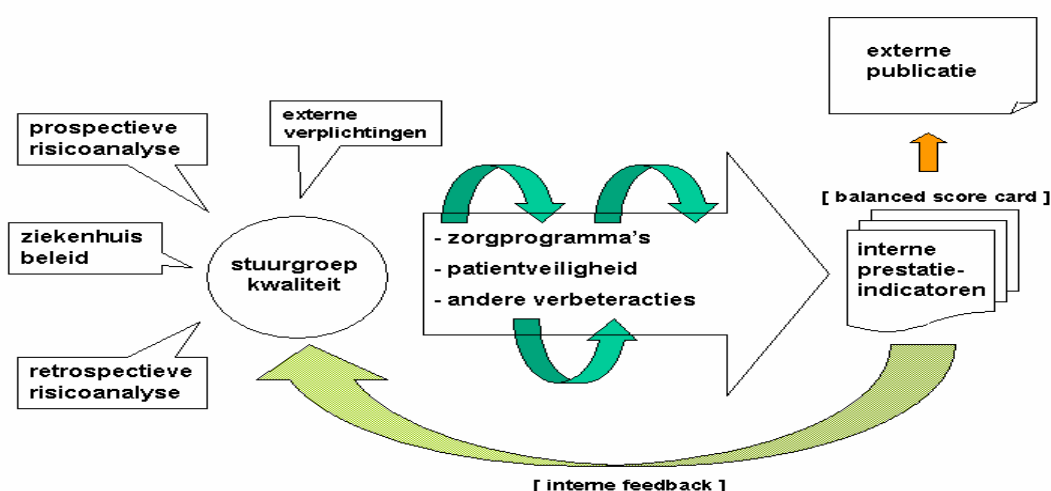
Informatievoorziening en managementrapportage

Ten aanzien van de bouwprojecten was de financiële rapportage op diverse punten te verbeteren. In 2011 is een eenduidige financiële rapportage gerealiseerd, welke wij in het komend jaar verder verbeteren.

4.3 Algemeen kwaliteitsbeleid

De kwaliteitscyclus van Nolan: de "plan-do-check-act"-cyclus hanteert het Diaconessenhuis als basis van het kwaliteitsmanagementsysteem. Hierin worden verbeteractiviteiten meegenomen in de normale planning en controlcyclus van het ziekenhuis, met een voor iedereen heldere verantwoordelijkheidsverdeling.

Hierna volgt een schematische weergave van de werkwijze:



De ziekenhuisbrede stuurgroep kwaliteit (met hierin een vertegenwoordiging vanuit de medische staf) heeft de regie van alle verbeteractiviteiten en adviseert de Raad van Bestuur over het kwaliteitsbeleid, patiëntveiligheid en over de selectie van verbeteracties. De keuzes baseert de stuurgroep kwaliteit op het beleidsplan, het jaarplan, externe verplichtingen en op bevindingen uit retrospectieve risico-inventarisaties en prospectieve risicoanalyse.

Brandveiligheid en BHV

De opleiding van BHV'ers heeft voortgang gehad, er hebben weer enkele herhalingscursussen BHV plaatsgevonden en ook enkele nieuwe deelnemers zijn opgeleid tot BHV'er. Besloten is de inzet van BHV'ers vooral te kiezen uit medewerkers die zowel overdag als in de weekeinden, avond en nacht inzetbaar zijn, om ervoor te zorgen dat er altijd voldoende BHV'ers beschikbaar zijn.

Er zijn 11 brandalarmen binnengekomen, daarvan zijn vier veroorzaakt door werkzaamheden in de bouw, waarbij was vergeten de rookmelder af te dekken. De overige brandmeldingen werden veroorzaakt door onder andere verkeerd gebruik van apparaten en vanwege brandoefeningen. De alarmmeldingen zijn goed opgevangen door het BHV-team.

Nadat in december 2010 door de Arbeidsinspectie was geconstateerd dat vooral in avond, nacht en weekeinden er te weinig aantoonbare borging is voor aanwezigheid van voldoende BHV ondersteuning, zijn verbeteringen aangebracht in de beoordelingsmogelijkheid van de bezetting. Na een nieuwe aanpassing van de BHV organisatie is er wel verbetering opgetreden, maar voldoende mogelijkheid tot echte sturing in roostering is niet mogelijk. Naar een definitieve oplossing wordt nog gezocht.

Ook in 2011 zijn op alle afdelingen in het ziekenhuiscomplex weer rondgangen gemaakt, samen met de betreffende teamleiders, waarvan een rapportage is opgesteld. Bij de rondgang is gelet op plaatsing van voorwerpen in vluchtroutes, voor blusmiddelen, voor nooduitgangen en compartimenteringdeuren, bekendheid met de BHV en het bedrijfsnoodplan. Na afronding van alle rondgangen is een totaalrapport opgesteld. Het veiligheidsbewustzijn blijkt wel te zijn vergroot, maar verbeteringen bleken nog wel nodig.

Informatiebeveiliging

2011 stond in het teken van de implementatie van het nieuwe ziekenhuisinformatiesysteem EZIS. In het kader van informatiebeveiliging is deze implementatie aangegrepen om een flinke slag te slaan met betrekking tot de autorisatie van medewerkers en medisch specialisten in EZIS. Vanuit een vooraf vastgesteld beleidsdocument met uitgangspunten zijn de rechten toegekend aan alle gebruikers. Het belangrijkste uitgangspunt was dat gebruikers alleen bij die patiënteninformatie kunnen die zij daadwerkelijk nodig hebben voor hun werkzaamheden. De informatiebeveiligingsfunctionaris was verantwoordelijk voor dit traject. In het komende jaar gaan wij onze, in 2008 opgestelde, risicoanalyse informatiebeveiliging herijken. Op basis van die stand van zaken zal een nieuwe planning gemaakt worden ten aanzien van informatiebeveiliging.

4.4 Kwaliteitsbeleid ten aanzien van patiënten

4.4.1 Kwaliteit van zorg

Kwaliteit, veiligheid en innovatie

INDICATOREN

In het kader van de marktwerking in de gezondheidszorg moeten de ziekenhuizen werken aan transparantie van de kwaliteit van zorg. Hierdoor ontstaat beter en vergelijkbaar inzicht voor zorgverzekeraars, de inspectie en patiënten. Daarnaast kunnen kwaliteitsindicatoren worden gebruikt voor interne sturing.

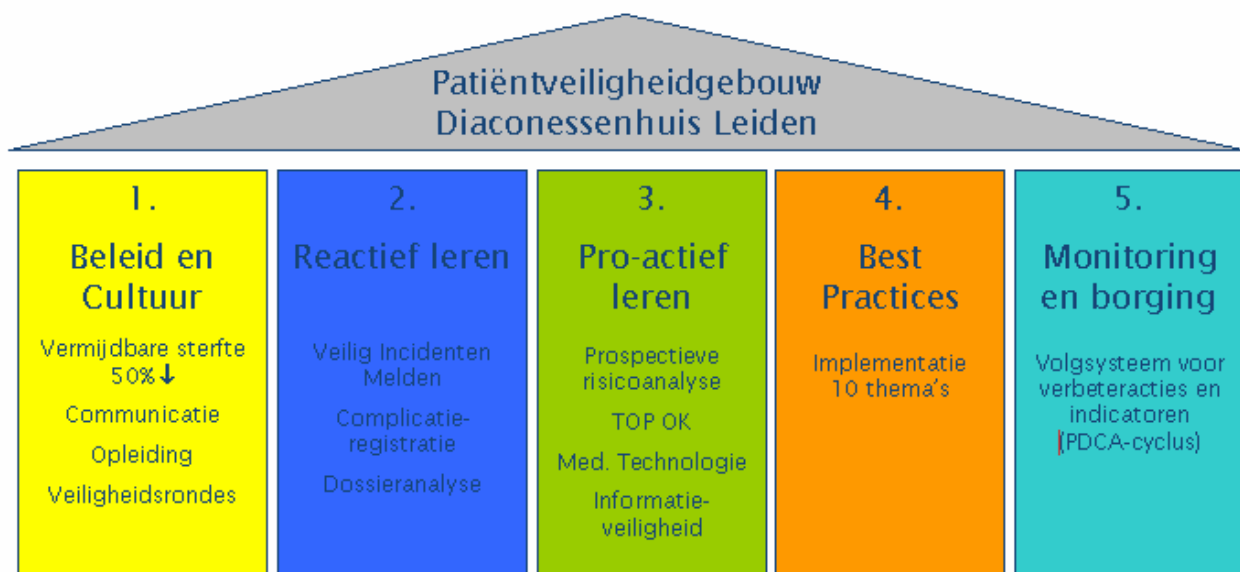
Het Diaconessenhuis publiceert alle landelijk verplichte indicatoren, zodat deze inzichtelijk zijn voor externen.

Intern worden de indicatoren gebruikt om bij te sturen en te verbeteren waar mogelijk. De ziekenhuisbrede kwaliteitscommissie besteedt structureel aandacht aan de kwaliteitsindicatoren en coördineert het eventuele vervolgtraject naar aanleiding van de resultaten.

PATIENTVEILIGHEID

Het landelijke veiligheidsprogramma bestaat uit twee onderdelen: het invoeren van een veiligheids management systeem (VMS) en het reduceren van vermijdbare onbedoelde schade op 10 thema's. Kern van een VMS is het inventariseren van risico's en het nemen en vastleggen van maatregelen om deze risico's te beheersen.

Voor het Diaconessenhuis zijn de onderdelen van het landelijke veiligheidsprogramma bijeengebracht in onderstaande figuur:



Verbetering van de patiëntveiligheid met 50 % in vijf jaar tijd. Daar draait het om in het landelijke Veiligheidsprogramma 'voorkom schade, werk veilig', dat in 2008 is gestart. In 2012 laten wij een audit doen door het NIAZ, zodat wij eind van het jaar de beschikking hebben over een gecertificeerd VMS.

In het meerjaren Patiëntveiligheidsplan is dit veiligheidsprogramma voor het Diaconessenhuis in vijf onderdelen uitgewerkt, waarbij doelstellingen zijn geformuleerd. Hieronder zijn de onderdelen en enkele van de bijbehorende activiteiten weergegeven.

- **Beleid en cultuur**
 - o Patiëntveiligheid is een vast agendapunt in verschillende overleggen.
 - o Vanuit de Centrale VIM Commissie worden minimaal vier veiligheidsrondes gelopen, waarin het Cliëntenberaad participeert.
 - o Er verschijnen minimaal 2 artikelen m.b.t. patiëntveiligheid in de Een & ander en 2 artikelen in de U & Wij.
 - o Elk jaar wordt een veiligheidsprijs uitgereikt aan een medewerker of een team die een belangrijke bijdrage heeft geleverd aan de patiëntveiligheid.
- **Reactief leren**
 - o Veilig Incidenten Melden (VIM) is ziekenhuisbreed uitgerold. Hiermee voldoet het ziekenhuis aan één van de basiseisen van een gecertificeerd VMS. In de paragraaf 'incidenten' wordt verslag gedaan van de meldingen in 2010.
 - o Elke VIM-commissie formuleert tenminste drie structurele verbeteracties.

- o Alle maatschappen hanteren een complicatieregistratie.
- Pro-actief leren
 - o Implementatie van de Time Out Procedure bij alle specialismen in het operatieve proces.
 - o In 2011 zijn vier prospectieve risico-inventarisaties uitgevoerd, in 2012 zal elke afdeling minimaal één prospectieve risico-inventarisatie uitvoeren.
- Best practices
 - o Er wordt gewerkt aan de tien thema's uit het Veiligheidsprogramma. Voor elk thema bestaat een projectteam dat de doelstellingen vaststelt. Alle thema's bevinden zich in de uitvoerende en afrondende fase. Medio 2012 zal de afronding van de projecten plaats vinden.
- Monitoring en borging
 - o Patiëntveiligheid is opgenomen in de activiteitenplannen van de betrokken sectoren
 - o Bespreking van de VIM hoog risicomeldingen in de vergaderingen van de Centrale VIM Commissie.
 - o Voortgang van de 10 thema's wordt gemonitord binnen de kwaliteitscommissie.

Medische techniek

De afdeling Medische Techniek houdt een overzicht bij van alle scholingen en trainingen met betrekking tot medische techniek met als doel de veiligheid te waarborgen.

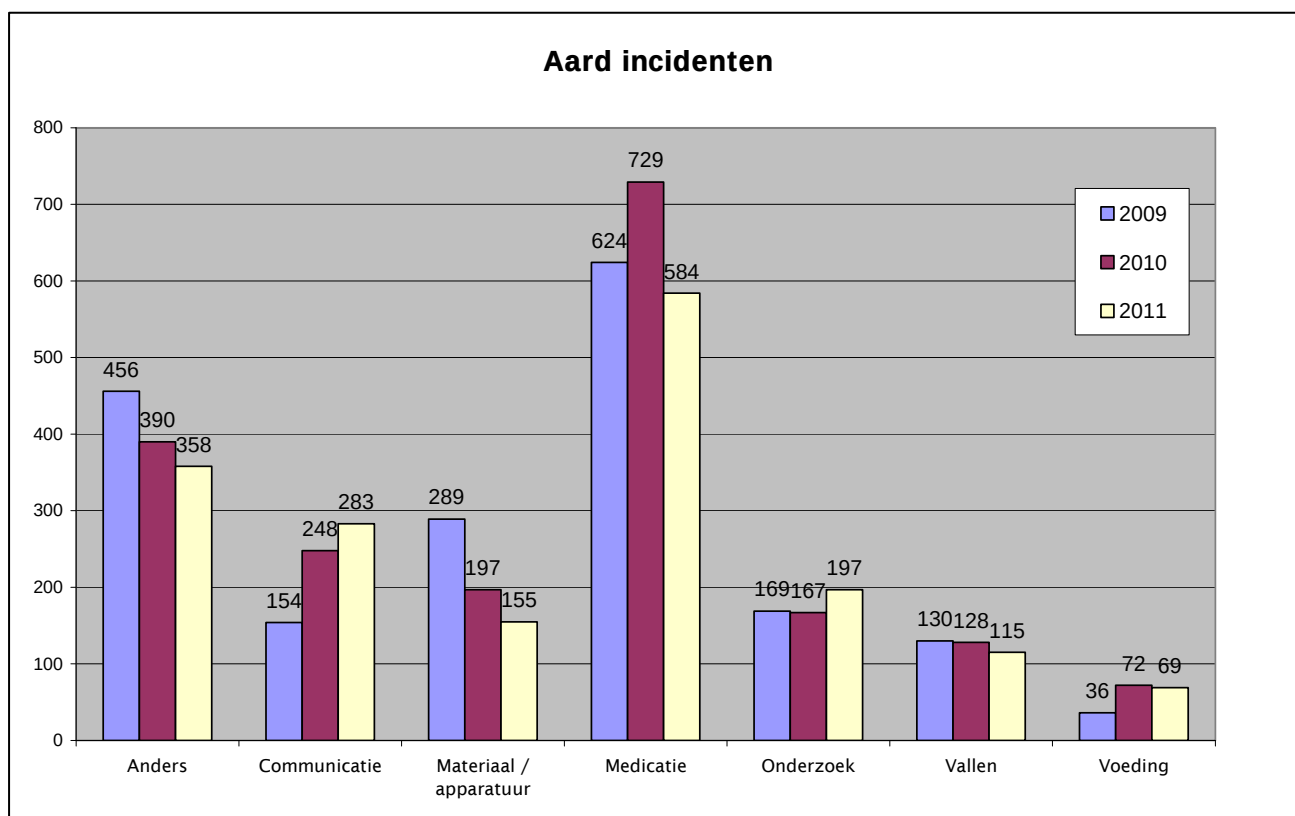
Risicoanalyses worden uitgevoerd om in kaart te brengen waar apparatuur wordt ingezet en wat zijn hoog-risico apparaten of omgevingen.

Binnen de Vereniging Medische Instrumentatie (ziekenhuizen Bronovo, MCH, Groene Hart, Lange Land, LUMC, Rijnland en Diaconessenhuis) worden intercollegiale consultaties opgezet.

INCIDENTEN

Ten opzichte van 2010, zien we een daling van het aantal incidentmeldingen. In 2011 werden er totaal 1677 incidenten gemeld, tegen 1932 in 2010.

Onderstaande grafiek toont het aantal meldingen van 2011 naar de aard van het incident. Er is een dalende trend te zien ten opzichte van voorgaande jaren wat betreft materiaal / apparatuur meldingen. Afgelopen jaar is het aantal medicatiemeldingen ook teruggelopen ten opzichte van 2010. Wel zijn er meer incidenten gemeld m.b.t. communicatie.



Afgelopen jaar is er, net als in voorgaande jaren, veel gemeld door de verpleegkundige beroepsgroep. Het aantal meldingen van medisch specialisten en arts-assistenten is stabiel in vergelijking met voorgaande jaren. Een nieuwe functiecategorie dit jaar zijn de BHV-ers, die 118 meldingen hebben gedaan.

Het aantal verbeteracties bleef iets achter ten opzichte van 2010. Omdat het aantal meldingen ook iets is gedaald is het percentage meldingen waar een verbeteracties aan is verbonden wel ongeveer gelijk gebleven, namelijk 10,97%.

Ook dit jaar geldt de met zorgverzekeraar Zorg&Zekerheid overeengekomen taakstelling van 3 verbeteracties per VIM-team. Extra aandacht wordt besteed aan hoog risico incidenten zonder verbeteracties.

OVERIG KWALITEIT EN VEILIGHEID

Scopenbeheersplan

In 2011 is het scopenbeheersplan gereed gekomen. Dit is een document waarin de eisen van de organisatie staan ten aanzien van reiniging en desinfectie van flexibele endoscopen, de ruimte, de aanschaf van flexibele endoscopen en het onderhoud daarvan. In 2012 wordt het plan geaccordeerd door de Raad van Bestuur.

IC

In 2011 is een businesscase opgesteld voor de organisatie van de IC in samenwerking met het LUMC. Op basis van de uitkomsten is in september besloten om de beschreven samenwerking geen doorgang te laten vinden. Tot die tijd heeft het LUMC wel intensivisten geleverd aan onze IC, zodat zorg werd gedragen voor continuïteit van zorg. In het najaar is besloten de IC en CCU te integreren tot een afdeling, per 1 februari 2012 gaat deze integratie in.

Documentbeheersysteem

Doelstelling voor dit jaar was het realiseren van één documentbeheersysteem voor het gehele ziekenhuis. Eerder in dit document is toegelicht dat de nieuwe versie van het systeem niet geïmplementeerd kon worden in 2011. Vrijwel alle afdelingen hebben hun documenten inmiddels wel in het centrale systeem geplaatst. Ook vond verdere actualisatie plaats van verouderde documenten.

Intern auditsysteem

Het Diaconessenhuis ontwikkelt een intern auditsysteem waarmee het kwaliteitssysteem systematisch getoetst kan worden. In het najaar van 2011 zijn 12 interne auditoren getraind. Tijdens de training werden drie audits uitgevoerd, op de IC, de Eerste hulp en bij de afdeling inkoop. Voor het eind van het jaar zijn nog drie audits uitgevoerd. In 2012 staan 12 afdelingen gepland om bezocht te worden.

Accreditatie CCKL

In december 2010 behaalde het Klinisch Chemisch Laboratorium een accreditatie bij CCKL, het accreditatiebewijs werd in de zomer van 2011 uitgereikt. De afdeling Medische Microbiologie heeft in 2011 een audit plaatsgevonden van het kwaliteitssysteem, het accreditatiebewijs moet nog uitgereikt worden.

Geboorte Huis

Samen met het LUMC is hard gewerkt aan de vormgeving van een acuut verloskundig centrum voor de regio Leiden. De voorbereidingen zijn vergevorderd en inmiddels is de naam onthuld: Geboorte Huis Leiden. Het Geboorte Huis zal gesitueerd worden in het gebouw van het LUMC. Het streven is in het jaar 2014 van start te gaan.

Kindergeneeskunde

De vakgroepen Kindergeneeskunde van het Rijnland Ziekenhuis en het Diaconessenhuis werken al lange tijd nauw samen, zij organiseren bijvoorbeeld samen de diensten. In het kader van de kwaliteit van zorg voor de klinische kindergeneeskunde werd in 2011 gekeken naar meer mogelijkheden van samenwerking. Dit proces krijgt in 2012 een vervolg.

Accreditatie / certificering

In 2011 is een systeem opgezet ten behoeve van VCA certificering van de afdeling techniek. Deze certificering heeft betrekking op kwaliteitseisen voor veiligheid, gezondheid en milieu. Een aantal medewerker is inmiddels naar de bijbehorende cursus geweest, de rest van de medewerkers volgt in de eerste helft van 2012. Nadat alle betrokken medewerkers zijn geschoold, kan het VCA certificaat worden uitgereikt.

ISO 9001

De afdeling Techniek heeft in 2011 gekozen voor het opstellen van een kwaliteitssysteem conform de systematiek van ISO 9001. De structuur van het systeem staat en er is een start gemaakt met het opstellen van de procedures. De verwachting is dat het systeem gereed zal zijn in het eerste kwartaal van 2013.

4.4.2 Klachten

Klachtenopvang

De Klachtenopvang in het Diaconessenhuis is er op gericht om de relatie tussen klager en beklagde te herstellen, recht te doen aan de klager. Daarnaast kunnen zo klachten systematisch verzameld, onderzocht en beoordeeld worden met het oog op de bewaking en bevordering van de kwaliteit van de zorgverlening in het Diaconessenhuis.

Als een patiënt een klacht heeft, kan hij zich rechtstreeks richten tot degene op wie de klacht betrekking heeft, of tot diens leidinggevende. Als de klager dat niet wil, of als dit niet het gewenste resultaat heeft gehad, kan hij zich wenden tot de klachtenfunctionaris of de klachtencommissie. De klachtenfunctionaris probeert door middel van bemiddeling te komen tot een oplossing waarin alle betrokken partijen zich kunnen vinden. De klachtencommissie heeft de taak om met betrekking tot een klacht tot een uitspraak te komen en eventueel adviezen aan de Raad van Bestuur te geven.

De klachtenopvang is in de patiëntenfolders “Klachtenopvang in het Diaconessenhuis” en “Klachtencommissie: werkwijze, rechten en plichten” beschreven. De folder Klachtenopvang is op alle verpleegafdelingen en bij het patiëntenservicebureau op de polikliniek te verkrijgen. De mogelijkheden om en de wijze waarop een klacht kenbaar te maken zijn hierin beschreven. Deze informatie is ook beschikbaar via het interne televisienet en via de website van het Diaconessenhuis. Voor medewerkers is de folder “Omgaan met klachten, informatie voor medewerkers” beschikbaar. Ook op intranet is informatie over de klachtencommissie beschikbaar.

Klachtenfunctionaris

De klachtenfunctionaris stelt zich neutraal en objectief op, als het ware tussen de klager en de aangeklaagde. Dit is voor beide ‘partijen’ een duidelijke positie, waarin de klachtenfunctionaris goed kan leiden en begeleiden en kan werken naar een voor beide partijen optimale afhandeling van de klacht. In de praktijk geven beide partijen aan deze opstelling prettig te vinden.

De klachtenfunctionaris ontvangt klachten telefonisch, per brief of klachtenformulier of per e-mail. In bijna alle gevallen neemt de klachtenfunctionaris persoonlijk contact op met de klager om te luisteren naar het verhaal en af te stemmen met de klager hoe de klacht verder in behandeling te nemen. Bij eenvoudiger klachten (die geen nadere toelichting behoeven), neemt de klachtenfunctionaris niet altijd contact op, maar krijgt de klager wel antwoord hoe de klacht is afgehandeld. Kort gezegd: alle klagers krijgen persoonlijk antwoord. Ook worden alle klachten geregistreerd.

Het contact met de medisch specialisten is goed. Als een medisch specialist een klacht ontvangt, wordt met hem doorgesproken wat de wens van de klager is (bijvoorbeeld een gesprek, een brief met uitleg, een telefoontje). De klachtenfunctionaris geeft hierbij zonnodig (vooraf) advies.

Kiest de klager voor een gesprek met de specialist, dan is de klachtenfunctionaris hierbij aanwezig. Zij treedt dan op als gespreksleider/bemiddelaar en maakt een verslag met een neutrale weergave van het gesprek.

Als een medewerker van een afdeling een klacht ontvangt, dan gaat dit vaak via de teamleider. Deze route wordt gevolgd, omdat de klager de naam van de medewerker meestal niet weet, maar wel een beschrijving kan geven en een datum en tijdstip. Via de teamleider kan dan de juiste persoon worden achterhaald en wordt niet de verkeerde persoon aangesproken.

Ook hier geldt dezelfde werkwijze als boven beschreven. In het geval van een gesprek is ook de teamleider vaak aanwezig.

De klachtenfunctionaris ervaart in alle diensten van het ziekenhuis een goede samenwerking. Klachten worden serieus genomen en ruim binnen de termijn (3 maanden) afgehandeld.

Klachten in 2011

In 2011 ontving de klachtenfunctionaris 161 klachten. Dit is een lichte daling ten opzichte van het jaar 2010, waarin 177 klachten werden ingediend. Het aantal klachten blijft over de jaren heen redelijk stabiel (2008: 126, 2009: 176, 2010: 177 en 2011:161).

Verdeling van klachtonderdelen (via de klachtenfunctionaris) over de organisatie

in aantal en percentage

	2011	2011	2010	2010	2009	2009
Raad van Bestuur / Stafbureau	0	0%	2	1%	0	0%
Econ. Admin. Dienst (EAD)	1	1%	1	0,5%	12	5,9%
Facilitair Bedrijf	18	10%	13	6,5%	19	9,3%
Diagnostiek en Behandeling	13	7%	73	36,5%	54	26,3%
Zorg	143	78%	104	52%	120	58,5%
Automatisering	1	1%	0	0%	0	0%
Overige	5	3%	7	3,5%	0	0%
Totaal	181	100%	200	100%	205	100%

De zorg

Ieder jaar is het aantal klachten het hoogst in de zorg. Dat is ook wel logisch, omdat hier de meeste contacten plaatsvinden.

Dit komt overeen met de relatief hoge (contactgerelateerde) aantallen bij de aard van de klachten: communicatie, klantvriendelijkheid, zorg & behandeling en bejegening.

Dergelijke klachten worden in ieder geval altijd door de teamleider besproken met de perso(o)n(en) die dit aangaat of in een werkoverleg van de afdeling als de klacht geen personen betreft, maar meer de ervaring in het algemeen is geweest. Dit ter lering en voorkoming. Mocht een klacht vaker dezelfde persoon betreffen, dan wordt dit meegenomen in het functioneringgesprek van de betreffende medewerker.

Soms zijn stijgingen wel verklaarbaar. Dit is het geval als er bijvoorbeeld sprake is van hoge werkdruk of onderbezetting. Ook veranderingen binnen de organisatie kunnen een oorzaak zijn, zoals in 2011 de interne verhuizing van de afdelingen in het beddenhuis of het Chipsoft project, wat van veel medewerkers extra tijd en aandacht vergde naast hun gewone werk.

Contactgerelateerde klachten (communicatie, klantvriendelijkheid, zorg&behandeling en bejegening) zijn niet structureel 'op te lossen', in die zin dat ze door maatregelen te nemen of aanpassingen te doen niet meer zullen voorkomen. Ze zijn er altijd geweest en zullen er altijd zijn, in elke organisatie waar mensen werken (met mensen).

Daarom is het belangrijk dat aan deze punten voortdurend aandacht wordt besteed, door de klachten te bespreken of door bijvoorbeeld een communicatietraining.

Facilitaire dienst

Bij klachten van facilitaire aard is de oplossing meer zichtbaar. Zo is er na relatief veel klachten over het roken buiten naast de hoofdingang een overdekte rokersruimte gerealiseerd. Hierover zijn daarna geen klachten meer ingediend. Het aantal klachten over het ontbreken van een betaalautomaat (voor parkeren) in de hal van de poliklinieken zal zeker afnemen, als deze automaat daadwerkelijk is geplaatst. Dit zal begin 2012 gebeuren. Eenvoudiger klachten zoals bijvoorbeeld losse stoeptegels of bewegwijzering worden meestal snel opgepakt. Dat dit wordt gewaardeerd door de indieners van de klachten, is op te maken uit de positieve reacties van indieners na afhandeling van de klacht.

Diagnostiek en Behandeling

De grootste daling in het aantal klachten is te zien bij het priklab. Hier is een daling te zien van 40 klachten in 2010 naar 6 in 2011. De klachten betroffen met name het onduidelijke nummertjessysteem en de lange wachttijden. Door het onduidelijke systeem leek het ook alsof patiënten die later binnenkwamen, eerder geholpen werden. Dit was niet het geval maar had te maken met spoed- en niet spoedbepalingen. Een druk bezette ruimte met merkbaar ontevreden patiënten heeft zijn weerslag op de klantvriendelijkheid van medewerkers (stress, werkdruk).

In situaties zoals bovengenoemd geeft de klachtenfunctionaris een signaal af aan de Raad van Bestuur en de betreffende afdeling dat maatregelen urgent zijn. Het prikklab heeft aanpassingen gedaan in de software van het nummersysteem. Ook is de werkwijze aangepast met een extra baliefunctie in een van de prikkamers speciaal voor cito patiënten en kinderen. Het systeem is duidelijker en patiënten hoeven minder lang te wachten. De klachten over klantvriendelijkheid zijn hierdoor ook gedaald.

Ondanks een daling in het aantal klachten wordt nog steeds veel geklaagd over de slechte telefonische bereikbaarheid van het ziekenhuis, met als tweede deelklacht de klantvriendelijkheid van de medewerkers aan de telefoon. Het aantal klachten ligt vele malen hoger dan het aantal dat is ingediend bij de klachtenfunctionaris, dus de daling zegt in dit geval niet zo veel.

Reeds in 2007 heeft de klachtenfunctionaris hierover een eerste signaal afgegeven bij de Raad van Bestuur. Helaas is ondanks genomen maatregelen de situatie nog zeker niet optimaal en hierdoor ontstaat soms onbegrip bij de indieners van de klacht. De telefonische bereikbaarheid van het ziekenhuis blijft voor ons een punt van zorg en aandacht en wordt met behulp van een project aangepakt.

Economisch Administratieve Dienst

De klachten die deze dienst ontvangt, gaan veelal over de hoogte van het bedrag van een rekening of over een onterecht ontvangen rekening. In de meeste gevallen zijn deze klachten goed af te handelen.

Klachtencommissie

De klachtencommissie kwam gedurende het verslagjaar 12 keer bijeen voor een vergadering. Daarnaast heeft eenmaal een hoorzitting plaatsgevonden.

Als de klachtencommissie een klacht in behandeling neemt, ontvangt de klager binnen een week na ontvangst van zijn klacht een ontvangstbevestiging. Indien nodig of gewenst, formuleert de klachtenfunctionaris samen met de klager de klachtonderdelen, aan de hand waarvan de klacht alsdan in behandeling kan worden genomen. Aangezien het principe van hoor en wederhoor wordt toegepast, wordt aan beklagde(n) gevraagd op de klachtbrief te reageren. Klager ontvangt een afschrift van deze reactie. Hierna worden de data van bespreking van de klacht bepaald. (Ook deze worden naar de klager toe bevestigd, waarbij tevens wordt aangegeven wanneer de klachtencommissie de klacht zal bespreken).

Bij de bespreking in de vergadering van de klachtencommissie, kan worden besloten intern en/of eventueel extern extra informatie op te vragen, maar niet nadat de klager hiervoor door middel van een getekende verklaring toestemming heeft gegeven voor die gevallen waarin dat ook expliciet noodzakelijk is.

Als de commissie dit nodig acht, wordt een hoorzitting met een of beide partijen georganiseerd. De klachtencommissie streeft ernaar binnen vier maanden nadat de klacht in behandeling is genomen, uitspraak te doen. Deze wordt aan klager, beklagde en in afschrift aan de Raad van Bestuur gestuurd, waarna de beklagde in geval van gegrondde verklaring, aan de klager moet berichten of hij naar aanleiding hiervan maatregelen zal nemen, en zo ja welke.

In het geval een klacht wordt behandeld die betrekking heeft op een van de leden van de klachtencommissie, wordt deze waargenomen door een ander lid.

Aantal klachten

De klachtencommissie ontving in dit verslagjaar 11 klachten. Over drie klachten uit 2010 is een uitspraak gedaan in het eerste kwartaal van 2011. Deze klachten zijn echter al in het overzicht van 2010 meegenomen. In totaal waren dus 14 klachten in behandeling.

Onderzoek van de klachtencommissie

Bij één klacht werd de beklagde door de klachtencommissie uitgenodigd voor een hoorzitting. De hoorzitting heeft in aanwezigheid van de andere partij plaatsgevonden.

Daarnaast heeft de klachtencommissie diverse malen aan een of meer partijen gevraagd bepaalde vragen van de klachtencommissie schriftelijk te beantwoorden. Voorts gaven alle klagers de klachtencommissie toestemming om het medisch dossier in te zien, en in haar overwegingen te betrekken. De klachtencommissie heeft hiervan ook steeds gebruik gemaakt.

In één geval hebben twee leden van de klachtencommissie zich om persoonlijke redenen teruggetrokken bij de behandeling van de klacht. Zij zijn waargenomen door de plaatsvervangende leden.

Aard van de klachten

Klachten worden tijdens de behandeling door de klachtencommissie onderverdeeld naar de verschillende *klachtonderdelen*. Tabel 1 geeft een overzicht van de aard en het aantal van de klachtonderdelen. Het aantal klachtonderdelen is ten opzichte van 2010 verminderd met 34%. De meeste klachtonderdelen betreffen opnieuw het medisch technisch handelen en dan met name de behandeling en diagnose.

Tabel 1: Aard van de klachtonderdelen

Aard	2011	2010	2009
<i>Medisch technisch handelen</i>			
Onvoldoende informatie (MT)	1	-	4
Diagnose en onderzoek	-	2	5
Behandeling en diagnose	16	12	7
Geen informed consensus (MT)	1	-	1
Behandeling en verpleging	2	15	7
Overig	-	3	1
Totaal medisch technisch handelen	20	32	25
<i>Relationeel</i>			
Onheuse bejegening/ niet serieus nemen	4	9	1
Onvoldoende begeleiding	2	-	1
Onvoldoende informatie (Rel)	1	-	-
Totaal Relationeel	7	9	2
<i>Organisatorisch</i>			
Bereik-/beschikbaarheid	-	-	-
Afspraken vlak van tevoren afgezegd	1	-	-
Bewegwijzering	1	-	-
Hygiëne / roken	-	-	2
Parkeren	-	-	-
Coördinatie onderzoeken	2	7	-
Faciliteiten/omstandigheden	-	-	-
Overplaatsing	-	-	-
Informatie	2	2	-
Behandeling en verpleging (org)	1	-	-
Geen informed consensus	1	-	-
Overig	-	4	-
Totaal organisatorisch	8	13	2
<i>Financieel</i>			
Rekening	1	-	-
Wegblijftarief	-	-	-
Totaal financieel	1	0	0

Verpleging			
Totaal verpleging	0	2	0
Voorzieningen			
Totaal voorzieningen	0	0	0
Onvoldoende informatie (overig)			
Totaal onvoldoende informatie (overig)	4	5	0
Anders	0	0	2
Totaal aantal klachtonderdelen	40	61	31
Totaal aantal klachten	11	17	13

Uitspraak

Over 11 klachten is in 2011 een uitspraak gedaan. Over drie klachten uit 2010 is, zoals al eerder vermeld, een uitspraak gedaan in het eerste kwartaal van 2011. Drie klachten zijn door de klager ingetrokken, daarover is geen uitspraak gedaan. Een van deze klagers (een vertegenwoordiger) heeft zijn klacht moeten intrekken, omdat de patiënt in kwestie hiervoor geen toestemming gaf.

Ten opzichte van het jaar 2010 was er sprake van een daling van het aantal klachten.

Tabel 2: Aantal klachten

Aantal	2011	2010	2009
Klachten ingediend in het jaar	11	17	13
Klachten uit jaar daarvoor	3	2	2
Totaal klachten in behandeling	14	19	15
Klachten waarover uitspraak werd gedaan	11	13	9
Klachten waarover uitspraak in het volgend jaar volgt	-	3	2
Klachten waarover geen uitspraak is gedaan	3	3	4

In twee gevallen werd de termijn van behandeling (vier maanden) overschreden. Dit kwam in een geval door het te laat indienen van de ondertekende machtiging tot inzage van het medisch dossier en in het tweede geval door te late reacties van de beklaagde. Uit tabel 3 blijkt dat 35% van de klachtonderdelen gegrond is verklaard. In 2010 was dat 56%; dit percentage is in 2011 dus gedaald.

Tabel 3: Oordeel klachtencommissie

Oordeel klachtonderdelen	2011	2010	2009
Gegrond	14 (35%)	34 (56%)	17 (55%)
Ongegrond	22 (55%)	20 (33%)	11 (35%)
Deels gegrond, deels ongegrond	1 (2%)	-	-
Geen oordeel uitgesproken	3 (8%)	7 (11%)	3 (10%)
Totaal	40 (100%)	61 (100%)	31 (100%)

Naar aanleiding van een gegrond oordeel van de klachtencommissie moet, volgens het klachtenreglement, de beklaagde binnen een maand aan de patiënt melden in afschrift aan de Raad van Bestuur en de klachtencommissie, of hij of zij maatregelen zal nemen naar aanleiding van het gegronde klachtonderdeel en zo ja, welke.

Aanbevelingen van de klachtencommissie

In totaal werden in 2011 aan de Raad van Bestuur 2 aanbevelingen gedaan:

1. De klachtencommissie adviseert een maatschap ter borging van de kennis op het gebied van oncologie dit als apart aandachtsgebied bij een van de maatschapsleden neer te leggen.

2. In algemene zin blijft de hoofdbehandelaar eindverantwoordelijk voor de procesbewaking tot patiënt bij een andere specialist c.q. een ander ziekenhuis is gezien. Er ontbreekt een systeem dat wachtlijstbeheer beter mogelijk maakt voor de (eindverantwoordelijke) verwijzende specialist.
De klachtencommissie adviseert om dit te verbeteren.

In allebei de gevallen is actie ondernomen naar aanleiding van deze aanbevelingen. Tevens heeft de Raad van Bestuur in alle gevallen (gegrond en of ongegrond) een gesprek gehad met de beklagde medisch specialist of leidinggevende van de beklagde afdeling. Hierbij zijn specifieke afspraken tot verbetering of verandering gemaakt. Naar aanleiding van een in 2011 ingediende klacht wordt er in 2012 een uitspraak gedaan bij het Tuchtcollege.

De klachtencommissie heeft gesignaleerd dat:

- in het geval van een van de klachten een nurse practitioner zelf teveel verantwoordelijkheid op zich heeft genomen;
- samenwerking tussen ziekenhuizen verbeterd kan worden: het doorverwijzen van een patiënt naar een ander ziekenhuis duurt te lang, communicatie daarover verloopt soms moeizaam.

Tot slot

‘Ik vond het niet belangrijk om gelijk te krijgen, maar wel om serieus genomen te worden.’ Klachten over ziekenhuizen gaan over uiteenlopende onderwerpen. Van bejegening en voorlichting tot gemiste diagnoses en medische fouten.

Wat de indieners van een klacht gemeenschappelijk hebben, is de *klachtbeleving*. Niet iedere klager eist genoegdoening voor wat hem is overkomen. Ze willen *aandacht en een luisterend oor* voor hun klacht of hun verhaal.

Daarnaast houdt een klachtbeleving soms ook in dat er in de ogen van een patiënt iets fout is gegaan, maar dat er in de praktijk niets fout is gedaan.

In enkele gevallen wordt er naast een klacht tevens een schadeclaim ingediend.

4.5 Kwaliteit ten aanzien van medewerkers

4.5.1 Personeelsbeleid

Het personeelsbeleid verandert op hoofdlijnen niet ten opzichte van voorgaande jaren. Het is gericht op het werven en behouden van goed opgeleide, bekwame, actieve en betrokken medewerkers en leidinggevenden. De druk op productiviteit, efficiency en beheersing van personeelskosten, zonder aan kwaliteit en patiëntgerichtheid in te boeten, is hoog. De rol van de leidinggevende m.b.t. het uitvoeren van het personeelsbeleid wordt steeds prominenter en zal daarom gefaciliteerd moeten worden.

Beheersing personeelskosten

De kosten voor Personeel Niet In Loondienst (PNIL) willen wij omlaag brengen. Om dit te kunnen realiseren werd in 2011 onder andere met één voorkeursleverancier een contract afgesloten met heldere Service Level Agreements. Dit heeft in 2011 nog niet geleid tot een verlaging van de PNIL kosten.

Functiegebouw

Het actualiseren van het functiegebouw is een bijzonder arbeidsintensief proces waarvoor specialistische kennis en capaciteit onmisbaar is. De voortgang gaat echter minder snel dan gepland. Halverwege 2011 wordt daarom een externe FWG-specialist ingehuurd voor het opstellen van de functiebeschrijvingen. Ook worden de leidinggevenden intensiever betrokken bij het opstellen en bespreken van de functiebeschrijvingen. Een aantal organisatieveranderingen leidt ertoe dat tussendoor ook nieuwe functiebeschrijvingen

voorrang moeten krijgen. Eind 2011 zijn vooral de verpleegkundige en leidinggevende functiebeschrijvingen voorgelegd ter goedkeuring aan de Raad van Bestuur.

Werving en selectie

De inzet van een Werving & Selectie specialist vanaf halverwege 2010 verbetert de kwaliteit en de snelheid van de selectie van nieuwe medewerkers. In 2011 is doorgegaan op deze weg. Dit heeft de wervingskosten verder doen verminderen tot bijna 10% van het niveau van 2008. In 2011 zijn 140 vacatures vervuld.

Ontwikkeling van medewerkers en leidinggevenden

In 2011 is door de invoering van EZIS veel geïnvesteerd in het opstellen van trainingsmateriaal en het opleiden van de gebruikers. De organisatie van een opleidingsprogramma van deze schaal heeft nog niet eerder plaatsgevonden en verloopt zeer naar tevredenheid.

Tevens wordt in 2011 verder gewerkt aan een helder opleidingsbeleid en bijbehorende interne procedures. Halverwege 2012 wordt dit afgerond.

Inzicht en helderheid over de verwachtingen en wensen met betrekking tot het functioneren en de ontwikkeling van medewerkers maken we concreet door middel van het voeren van jaargesprekken. De doelstelling is dat 80% van de medewerkers een jaargesprek heeft gehad met de leidinggevende. Ondanks de vele aandacht die de afgelopen 2 jaar aan dit onderwerp is gegeven is het percentage in 2011 niet verhoogd (In 2010 had 58% een gesprek gehad). De redenen daarvoor zijn uiteenlopend.

In 2010 is een nieuw format voor het voeren van jaargesprekken ontwikkeld en getest. Naar aanleiding van de evaluatie hiervan wordt in 2011 het format, inclusief een visie, beleid en toelichting, definitief. Wederom zijn in 2011 een aantal workshops georganiseerd met het thema “voeren van jaargesprekken”.

In 2011 ontvangen we weer een aantal erkenningen voor opleidingen, waarmee we een goede opleidingsomgeving voor deze opleidingen waarborgen voor ons personeel. Vooral voor de verpleegkundige beroepsgroep worden in 2011 veel initiatieven ondernomen in de vorm interne bijeenkomsten om kennis continu bij te houden en te verbeteren. In 2011 is o.a. voor de verpleegkundigen, verzorgenden en Paramedische beroepen de basis voor deelname aan kwaliteitsregisters gelegd. Middels deze registratie wordt het professioneel werken gestimuleerd en gewaarborgd. De registratie wordt gebruikt bij het jaargesprek.

4.5.2 Kwaliteit van het werk

In 2010 is sinds lange tijd een medewerkersonderzoek uitgevoerd in samenwerking met de Universiteit van Tilburg/Rotterdam. De uitkomsten worden in 2011 binnen de gehele organisatie besproken in het kader van het stimuleren van een dialoog over dit onderwerp tussen leidinggevenden en medewerkers.

Veiligheid en arbeidsomstandigheden voor personeel

Met betrekking tot het beheersen en verbeteren van de veiligheid van de arbeidsomstandigheden van medewerkers biedt het traject “Risico Inventarisatie & Evaluatie” van de (RI&E) ondersteuning. Halverwege 2011 hebben alle afdelingen inzicht in de arbeidsrisico's. Daarnaast beschikt elke afdeling over een verbeterplan.

Beheersing van verzuim en verzuimkosten

Eind 2011 is het verzuimpercentage voor het derde achtereenvolgende jaar net onder de 4%. Volgens de externe benchmark van Vernet scoren wij met een 7,8 zeer goed. Met betrekking tot de verzuimkosten per fte behoren wij tot de best presterende ziekenhuizen binnen de branche. Wij blijven streven naar een verdere verbetering van de verzuim-indicatoren, onder andere door aandacht te geven aan de afdelingen waar een bovengemiddeld verzuim zichtbaar is.

4.6 Samenleving

Maatschappij

Het Diaconessenhuis tracht te realiseren dat patiënten zo goed mogelijk worden geholpen. Wanneer behandelingen in het Diaconessenhuis niet mogelijk zijn, zorgt het ziekenhuis voor goede afspraken met andere zorgaanbieders in de regio. Daardoor kan een patiënt zonder belemmeringen en vertraging worden doorverwezen.

Ziekenhuisrampenopvangplan

Het Ziekenhuisrampenopvangplan (ZiROP) van het Diaconessenhuis heeft als doel het zo snel en efficiënt mogelijk voorbereiden en laten verlopen van grote patiëntenstromen en daaraan verbonden triage- en behandelprocessen.

De beide ZiROP plannen van het ziekenhuis zijn in juli 2011 aangepast naar de actuele organisatie en personele situatie. In januari 2012 zal een ZiROP oefening gehouden worden, waarbij een aantal aandachtspunten naar voren zouden moeten komen. Bovendien zijn door organisatorische wijzigingen ook nieuwe functionarissen deel gaan uitmaken van het Crisisbeleidsteam, hetgeen betekent dat zij geoefend moeten worden.

Het crisisplan annex continuïteitsplan is nog in ontwikkeling. Continuïteitsschema's per sleutelafdeling zijn in 2009 al opgesteld.

Milieubeleid

De beschikking van de milieuvergunning (revisie) is definitief. Een aanvullend geluidsonderzoek bleek nog nodig, maar heeft geen problemen opgeleverd. Dat geluidsonderzoek heeft voor onderzoek naar nieuwbouwplannen tegenover de polikliniek consequenties. Welke dat zijn moet nog verder door de gemeente worden uitgezocht. Voor de inventarisatie gevaarlijke stoffen is per 1 januari 2011 overgegaan naar het nieuwe MPZ systeem dat goedkoper is en meer mogelijkheden tot gebruik binnen de organisatie biedt. Inmiddels heeft overdracht van informatie en instructie aan gebruikers plaatsgevonden. Omzetting van gegevens is in 2011 gebeurd en wordt er door verscheidene afdelingen mee gewerkt.

In 2010 is een conceptbeleid Bereikbaarheid en Fysieke Mobiliteit opgesteld en voorgelegd aan het managementteam. Het bestaande parkeerbeleid is daarin opgenomen. Daaraan gekoppeld zijn een protocol uitvoering parkeerbeleid en protocol fietsplan. Tevens is contact gezocht met de gemeente om verbetering te bereiken ten aanzien van de parkeermogelijkheden in de buurt. Het zogenaamde Lugdunummerrein wordt nu officieel door de gemeente toegestaan als uitwijkmogelijkheid voor medewerkers van het ziekenhuis. De gemeente had toegezegd half 2011 een brug te hebben aangelegd tussen dit terrein en de Kagerstraat, maar helaas is dat niet haalbaar gebleken. Nu wordt gepoogd in februari 2012 de plannen rond te hebben en dan met de bouw te starten.

Met een aantal partijen die betrokken zijn bij de ontwikkeling van een hoogfrequente busdienst in Leiden (Busmetro) is contact opgenomen om als proef het Diaconessenhuis Leiden op te nemen in hun route. Uiteindelijk bleek die samenwerking te duur voor het ziekenhuis uit te vallen en is dit komen te vervallen.

De nieuwe milieuvergunning eist van het Diaconessenhuis Leiden dat wij aantoonbaar inspanningen doen om het energiegebruik en watergebruik terug te dringen. Daartoe is een projectgroepje opgericht om reeds genomen maatregelen te inventariseren, mogelijke maatregelen vast te stellen en plannen te ontwikkelen om het energiegebruik terug te dringen. De eerste inventarisaties zijn gemaakt, een rapport is door een bureau opgesteld, waaruit een Plan van Aanpak wordt opgesteld. Een en ander wordt half december naar de milieudienst gestuurd. Eind 2012 zal een werkgroep worden geformeerd om hetzelfde te doen ten aanzien van het watergebruik.

4.7 Financieel beleid

4.7.1 Algemene financiële ontwikkelingen

De doelstelling bij het vaststellen van de begroting 2011 was het behalen van een positief resultaat van € 1,5 mln. Ondanks de inzet van de gehele organisatie inclusief de medische staf is deze doelstelling uiteindelijk niet gerealiseerd. Het positieve bedrijfsresultaat over 2011 bedraagt € 692.589. Het resultaat is beïnvloed door een aantal incidentele posten. De opbrengst uit het A-segment is hoger dan de begroting vanwege de budgetcompensatie voor de inhaalafschrijving over de immateriële vaste activa. De omzet uit het B-segment is uiteindelijk ruim € 700.000 lager uitgekomen, waarbij de samenstelling per medische vakgroep anders is dan de begrote omzet.

Bij de kosten vertonen de kosten voor het personeel niet in loondienst (ingehuurd van detacheringbureaus) een stijging ten opzichte van de begroting. Ondanks de inspanning van de afdelingen lukt het onvoldoende om eigen personeel te werven en/of te behouden. Omdat het voor een deel afdelingen betreft die essentieel zijn voor de continuïteit van de zorg binnen het ziekenhuis, is het noodzakelijk dat het vereiste aantal diensten wordt ingevuld. Dit gebeurt dus ten dele met personeel dat ingehuurd wordt via detacheringbureaus.

De patiëntgebonden kosten vertonen een lichte stijging ten opzichte van de begroting en het jaar 2010. De kosten voor met name disposables vertonen een sterke stijging die gecompenseerd wordt door een daling van de kosten voor geneesmiddelen.

De terrein- en gebouwgebonden kosten zijn in lijn met de begroting en zijn licht gedaald ten opzichte van 2010. Dit is mede veroorzaakt doordat er een groot aantal projecten zijn uitgevoerd die zijn geactiveerd.

De financieringskosten zijn in 2011 vrijwel op hetzelfde niveau gebleven als in 2009 en 2010. Als gevolg van de terugbetaling van de overfinanciering 2009 en 2010 is het restant van de verleende borgstelling van het Waarborgfonds in het derde kwartaal ingevuld met een lening met looptijd van 20 jaar. De hogere rentelasten als gevolg van de omzetting worden gedeeltelijk vergoed via de nacalculatie op de kapitaallasten in het gebudgetteerde deel van de opbrengsten.

4.7.2 Ontwikkelingen in balans

In de jaarrekening worden de afzonderlijke posten in de balans toegelicht. Een aantal posten wordt hierna nog verder kort toegelicht.

De boekwaarde van materiële vaste activa is met € 3,0 miljoen gestegen ten opzichte van 2010. In 2011 is voor € 10,6 miljoen geïnvesteerd in gebouwen, inventarissen en met name in ICT. De totale afschrijvingen belopen een bedrag van € 7,5 miljoen inclusief een versnelde afschrijving op de immateriële vaste activa gehonoreerd door de zorgverzekeraars en NZa bij de nacalculatie van 2010.

In 2011 voeren wij een update uit op de impairmenttest op de waardering van de vaste activa van het ziekenhuis. Uit deze berekeningen blijkt niet dat de waardering van de gebouwen neerwaarts zou moeten worden bijgesteld. De komende jaren zullen deze berekeningen verder worden uitgewerkt en ook jaarlijks worden uitgevoerd in het kader van de verslaggevingsvereisten en nieuwe vormen van prestatiebekostiging.

De waardering van het onderhanden werk, de niet afgeronde DBC's in het A- en B-segment, is gedaald ten opzichte van 2010. Dit gebeurt door het optimaliseren van de administratieve procedures waardoor de afsluiting van de DBC's steeds sneller plaatsvindt. Ook de overschakeling naar het nieuwe ZIS van ChipSoft heeft een adequatere inschatting van het onderhanden werk mogelijk gemaakt voor het A-segment. Daar waar in voorgaande jaren nog met een schatting gewerkt werd, is de waarde van het onderhanden werk nu bepaald als uitkomst van een berekening.

Het eigen vermogen kan dit jaar weer verder worden versterkt door het positieve resultaat van (afgerond) € 0,7 mln. Het totale eigen vermogen inclusief overige reserves komt hierdoor uit op ruim € 9,8 mln. In termen van ratio's treedt er een verbetering op met ruim 0,8 % tot 11,9% van de omzet (2010 was 11,1%). De solvabiliteit (het percentage totaal eigen vermogen van het balanstotaal) daalt van 10,9% tot 9,7% in 2011. Het financiële beleid blijft onveranderd gericht op een verdere verbetering van deze ratio's. Het Diaconessenhuis zit nog steeds onder het landelijk gemiddelde, ondanks dat er in de afgelopen jaren een inhaalslag is gepleegd.

4.7.3 Kasstromen en financieringsbehoeften

De financieringsbehoeften worden via een liquiditeits- en vermogensbehoeftenraming bij de begroting en gedurende het jaar gemonitord. Een belangrijke rol in de kasstromen speelt de overfinanciering door de zorgverzekeraars als gevolg van de introductie van de DBC's in 2005 en de daaraan gekoppelde te hoge tarieven. Ook bouwt 2011 weer nieuwe overfinanciering op, ondanks de verrekening van het bedrag uit 2009. Ultimo 2011 is de totale post overfinanciering ruim € 29 miljoen. De afloop van de post zal nog verscheidene jaren vergen en waarschijnlijk pas eind 2013 uit de balans zijn verdwenen.

De overfinanciering maakt het aantrekken van langlopende leningen vooralsnog niet noodzakelijk. Er zal een planning van de vermogensbehoefte voor de komende jaren worden opgesteld waarbij rekening zal worden gehouden met de financieringsbehoefte als gevolg van de investeringen in gebouwen en ICT en het tempo van de terugbetaling van de overfinanciering. Bij het waarborgfonds zal een nieuwe aanvraag voor borging van een belangrijk deel van de leningen in het voorjaar van 2012 worden ingediend voor het aantrekken van de langlopende leningen onder gunstige condities plaatsvinden.

DEEL II

JAARREKENING

5.1 JAARREKENING

5.1 JAARREKENING

5.1.1 BALANS PER 31 DECEMBER 2011 (na resultaatbestemming)

	Ref.	31-dec-11	31-dec-10
		€	€
ACTIVA			
Vaste activa			
Immateriële vaste activa	1	0	0
Materiële vaste activa	2	65.660.990	62.726.212
Financiële vaste activa	3	279.162	212.822
Totaal vaste activa		65.940.152	62.939.034
Vlottende activa			
Voorraden	4	816.587	727.166
Onderhanden projecten uit hoofde van DBC's	5	-42.717	2.857.757
Vorderingen en overlopende activa	6	17.168.031	16.476.381
Vorderingen uit hoofde van financieringstekort	7	0	0
Effecten	8	0	0
Liquide middelen	9	17.642.335	793.972
Totaal vlottende activa		35.584.236	20.855.275
Totaal activa		<u>101.524.389</u>	<u>83.794.309</u>
PASSIVA			
		€	€
Eigen vermogen	10		
Kapitaal		715.308	715.308
Collectief gefinancierd gebonden vermogen		8.347.074	7.654.485
Niet-collectief gefinancierd vrij vermogen		788.626	788.626
Totaal eigen vermogen		9.851.008	9.158.419
Voorzieningen	11	3.035.275	2.314.023
Langlopende schulden	12	38.879.153	37.292.933
Kortlopende schulden			
Schulden uit hoofde van financieringsoverschot	7	29.773.770	21.890.925
Kortlopende schulden en overlopende passiva	13	19.985.184	13.138.009
Totaal passiva		<u>101.524.389</u>	<u>83.794.309</u>

5.1.2 RESULTATENREKENING OVER 2011

	Ref.	2011 €	2010 €
BEDRIJFSOPBRENGSTEN:			
Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten (uit AWBZ/Zvw-zorg, exclusief subsidies)	15	47.366.837	47.320.633
Niet-gebudgetteerde zorgprestaties (exclusief DBC B-segment)	16	1.526.713	1.150.500
Omzet DBC B-segment	17	30.618.904	30.094.746
Subsidies	18	607.543	728.643
Overige bedrijfsopbrengsten	19	2.898.711	3.440.455
Som der bedrijfsopbrengsten		83.018.708	82.734.977
BEDRIJFSLASTEN:			
Personeelskosten	20	49.190.360	47.866.751
Afschrijvingen op immateriële en materiële vaste activa	21	6.725.775	6.815.702
Bijzondere waardeverminderingen van vaste activa	22	0	0
Overige bedrijfskosten	23	24.645.305	24.158.952
Som der bedrijfslasten		80.561.440	78.841.405
BEDRIJFSRESULTAAT		2.457.267	3.893.572
Financiële baten en lasten	24	1.764.678	1.718.248
RESULTAAT UIT GEWONE BEDRIJFSVOERING		692.589	2.175.324
Buitengewone baten en lasten	25	0	0
RESULTAAT BOEKJAAR		692.589	2.175.324
RESULTAATBESTEMMING			
<i>Het resultaat is als volgt verdeeld:</i>		2011 €	2010 €
Toevoeging/(onttrekking):			
Reserve aanvaardbare kosten		692.589	2.175.324
Partnerschap medische specialisten		-96.517	-83.665
Algemene reserve		96.517	83.665
		692.589	2.175.324

5.1.3 KASSTROOMOVERZICHT

	2011		2010	
	€	€	€	€
Kasstroom uit operationele activiteiten				
Bedrijfsresultaat		2.457.267		3.893.572
Aanpassingen voor:				
- afschrijvingen	7.545.479		7.017.129	
- mutaties voorzieningen	<u>721.252</u>		<u>1.041.904</u>	
		8.266.731		8.059.033
Veranderingen in vlottende middelen:				
- voorraden	-89.421		-62.529	
- mutatie onderhanden projecten DBC's	2.900.473		-626.544	
- vorderingen	-691.650		-1.283.339	
- vorderingen/schulden uit hoofde van financieringstekort respectievelijk -overschot	7.882.844		2.756.206	
- kortlopende schulden (excl. schulden aan kredietinstellingen)	<u>6.847.174</u>		<u>1.235.598</u>	
		16.849.421		2.019.393
Kasstroom uit bedrijfsoperaties		<u>27.573.419</u>		<u>13.971.998</u>
Ontvangen interest	3.963		12.348	
Betaalde interest	-1.735.025		-1.681.722	
Buitengewoon resultaat	<u>-33.617</u>		<u>-48.874</u>	
		-1.764.678		-1.718.248
Totaal kasstroom uit operationele activiteiten		25.808.741		12.253.750
Kasstroom uit investeringsactiviteiten				
Investerings materiële vaste activa	-10.612.369		-6.228.863	
Desinvesteringen materiële vaste activa	132.112		86.982	
Investerings immateriële vaste activa				
Desinvesteringen immateriële vaste activa				
Investerings deelnemingen en/of samenwerkingsverbanden	-26.935		-21.400	
Mutatie leningen u/g				
Overige investeringen in financiële vaste activa	<u>-39.405</u>		<u>-84.000</u>	
Totaal kasstroom uit investeringsactiviteiten		-10.546.597		-6.247.281
Kasstroom uit financieringsactiviteiten				
Nieuw opgenomen leningen	10.000.000		8.000.000	
Ledencontributies	0		429	
Aflossing langlopende schulden	<u>-8.413.780</u>		<u>-2.873.755</u>	
Totaal kasstroom uit financieringsactiviteiten		1.586.220		5.126.674
Mutatie geldmiddelen		<u><u>16.848.363</u></u>		<u><u>11.133.143</u></u>
Er is gebruik gemaakt van de indirecte methode.				
<u>mutatie 2011-2010</u>				
Schulden aan kredietinstellingen		0		11.072.772
Liquide middelen		<u>16.848.364</u>		<u>60.371</u>
		<u><u>16.848.364</u></u>		<u><u>11.133.143</u></u>

5.1.4 GRONDSLAGEN VAN WAARDERING EN RESULTAATBEPALING

5.1.4.1 Algemeen

Grondslagen van waardering en resultaatbepaling

Algemeen

Grondslagen voor het opstellen van de jaarrekening

De jaarrekening is opgesteld in overeenstemming met de Regeling Verslaggeving WTZi en de stellige uitspraken van de Richtlijnen voor de Jaarverslaggeving, uitgegeven door de Raad voor de Jaarverslaggeving.

Verbonden partijen

Diaconessenhuis Leiden is medeaandeelhouder in Sleutelnet, dat de digitale communicatie verzorgt tussen zorgaanbieders in de regio Leiden. Het belang van Diaconessenhuis is 20%.

Diaconessenhuis Leiden heeft een samenwerkingsovereenkomst met de Valentgroep op het vlak van de patiëntenzorg.

Vergelijking met voorgaand jaar

De grondslagen van waardering en van resultaatbepaling zijn ongewijzigd ten opzichte van voorgaand jaar.

Activa en passiva

Activa en passiva worden in het algemeen gewaardeerd tegen de verkrijgings- of vervaardigingsprijs of de actuele waarde. Indien geen specifieke waarderingsgrondslag is vermeld, vindt waardering plaats tegen de verkrijgingsprijs. Toelichtingen op de posten in de balans, resultatenrekening en kasstroomoverzicht zijn in de jaarrekening genummerd.

Immateriële vaste activa

Er zijn immateriële vaste activa meer opgenomen in deze jaarrekening.

Materiële vaste activa

Het vervallen van het stelsel van bekostiging waarbij een integrale vergoeding voor werkelijke afschrijvingkosten van vaste activa was opgenomen, kan ook gevolgen hebben voor de waardering van de materiële vaste activa. Het vervallen van het stelsel van bekostiging kan worden aangemerkt als een aanwijzing voor de aanwezigheid van een bijzondere waardevermindering overeenkomstig hoofdstuk 121 Bijzondere waardeverminderingen van vaste activa.

De inschatting op basis van een globaal uitgevoerde impairmenttest bij het opstellen van het nieuwe Masterplan Huisvesting heeft aangetoond dat er ultimo 2011 geen sprake is van een bijzondere waardevermindering, dit mede gelet op basis van de verhoudingsgewijs lage gemiddelde resterende afschrijvingstermijnen.

De gehanteerde afschrijvingspercentages zijn die, welke door de Nederlandse Zorgautoriteit in zijn desbetreffende beleidsregel zijn vastgesteld. Investerings van geringe omvang (kleiner dan € 500,=) worden rechtstreeks ten laste van het resultaat gebracht.

Financiële vaste activa

De voor nacalculatie in aanmerking komende in 2007 afgeboekte immateriële vaste activa zijn onder de financiële vaste activa en vorderingen opgenomen.

Voorraden

De voorraden zijn gewaardeerd tegen vaste verrekenprijzen, onder aftrek van een bedrag voor incurante voorraden; de voorraad geneesmiddelen is niet opgenomen maar betreft een schatting. De vaste verrekenprijzen worden bepaald op basis van de laatst bekende inkoopprijzen.

Onderhandenwerk DBC's

Het onderhanden werk uit hoofde van DBC's is gewaardeerd door cumulatie van de lokale kostprijzen van de uitgevoerde verrichtingen die betrekking hebben op onderhanden werk DBC's ultimo 2011 onder aftrek van een risicomarge. Bij deze waardering is aangesloten bij hetgeen in de 'Handleiding ketencontrole en verantwoording DBC's' is bepaald. Op het onderhanden werk worden de voorschotten die ontvangen zijn van zorgverzekeraars in mindering gebracht.

5.1.4 GRONDSLAGEN VAN WAARDERING EN RESULTAATBEPALING

Vorderingen, liquide middelen en schulden

De vorderingen, liquide middelen, voorzieningen en schulden zijn opgenomen voor de nominale waarde. Met oninbaarheid van vorderingen is rekening gehouden.

Eigen vermogen

Het eigen vermogen staat ter vrije beschikking van het bestuur.

Voorzieningen

Voorzieningen worden gevormd voor in rechte afdwingbare of feitelijke verplichtingen die op de balansdatum bestaan waarbij het waarschijnlijk is dat een uitstroom van middelen noodzakelijk is en waarvan de omvang op betrouwbare wijze is te schatten. De voorzieningen worden gewaardeerd tegen de beste schatting van de bedragen die noodzakelijk zijn om de verplichtingen per balansdatum af te wikkelen. De voorzieningen worden gewaardeerd tegen de contante waarde van de uitgaven die naar verwachting noodzakelijk zijn om de verplichtingen af te wikkelen.

Wanneer verplichtingen naar verwachting door een derde zullen worden vergoed, wordt deze vergoeding als een actief in de balans opgenomen indien het waarschijnlijk is dat deze vergoeding zal worden ontvangen bij de afwikkeling van de verplichting.

Pensioenen en andere personeelsbeloningen

Het Diaconessenhuis Leiden heeft voor haar werknemers een toegezegd-pensioenregeling. Hiervoor in aanmerking komende werknemers hebben op de pensioengerechtigde leeftijd een pensioen dat afhankelijk is van leeftijd, salaris en dienstjaren. De regeling is ondergebracht bij het bedrijfstakpensioenfonds Zorg en Welzijn. Het Diaconessenhuis Leiden heeft geen verplichting tot het voldoen van aanvullende bijdragen in geval van een tekort bij Pensioenfonds Zorg en Welzijn anders dan het effect van hogere toekomstige premies. Het Diaconessenhuis Leiden heeft daarom de pensioenregeling verwerkt als een toegezegde-bijdrageregeling en heeft alleen de verschuldigde premies tot en met het einde van het boekjaar in de jaarrekening verantwoord.

Resultaatbepaling

De baten en lasten zijn toegerekend aan de periode waarop deze betrekking hebben, uitgaande van historische kosten. Het wettelijk budget is berekend aan de hand van de door de NZA goedgekeurde aanvaardbare kosten 2011 aangevuld met intern berekende aanpassingen daarvan.

Baten en lasten uit voorgaande jaren die in dit boekjaar zijn geconstateerd, zijn aan dit boekjaar toegerekend.

5.1.5 TOELICHTING OP DE BALANS

ACTIVA

1. Immateriële vaste activa

	31-dec-11	31-dec-10
	€	€
Boekwaarde per 31 december	0	0

2. Materiële vaste activa

De specificatie is als volgt:

	31-dec-11	31-dec-10
	€	€
Bedrijfsgebouwen en terreinen	43.437.534	44.048.229
Machines en installaties	4.250.991	4.769.984
Andere vaste bedrijfsmiddelen, technische en administratieve uitrusting	17.169.009	13.115.497
Materiële vaste bedrijfsactiva in uitvoering en vooruitbetalingen op materiële vaste activa	803.456	792.503
Niet aan het bedrijfsproces dienstbare materiële activa	0	0
Totaal materiële vaste activa	65.660.990	62.726.212

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

	2011	2010
	€	€
Boekwaarde per 1 januari	62.726.212	63.341.981
Bij: investeringen	10.612.369	6.228.863
Bij: herwaarderings	0	0
Af: afschrijvingen	7.545.479	6.757.649
Af: bijzondere waardeverminderingen	0	0
Af: terugname geheel afgeschreven activa	0	0
Af: desinvesteringen	132.112	86.983
Boekwaarde per 31 december	65.660.990	62.726.212
Aanschafwaarde	109.562.545	101.815.433
Cumulatieve herwaarderings	0	0
Cumulatieve afschrijvingen	-43.901.555	-38.473.452

5.1.5 TOELICHTING OP DE BALANS

ACTIVA

Toelichting:

Betreft terrein gelegen aan de Houtlaan 55 te Leiden, kadastraal bekend; gemeente Leiden, sectie P. nr. 2843, groot 3 ha, 83 a en 75 ca.

Voor een nadere specificatie van het verloop van de WTZi-vergunningplichtige vaste activa en de WTZi-meldingsplichtige vaste activa wordt per activagroep verwezen naar het mutatieoverzicht onder 5.1.6. In toelichting 5.1.7 zijn overzichten opgenomen voor de onderhanden en gereedgekomen projecten.

De specificatie is als volgt:

	31-dec-11	31-dec-10
	€	€
Deelnemingen	51.935	25.000
Vorderingen op deelnemingen	0	0
Overige vorderingen	226.227	186.822
Vakantiegeld-vordering NZA erkend	443.170	443.170
Afwaardering Vakantiegeld-vordering NZA	-442.170	-442.170
Totaal financiële vaste activa	279.162	212.822

Het verloop van de financiële vaste activa is als volgt:

	€
Boekwaarde per 1 januari 2011	212.822
Bij: Deelneming Medi-risk	26.935
Bij: Disagio WFZ	105.000
Af: Afschrijving Disagio WFZ	-33.617
Af: Afschrijving Aanloopkosten	-31.978
Boekwaarde per 31 december 2011	279.162

Toelichting:**Ledenrekening Medi-Risk**

Ten behoeve van beroepsaansprakelijkheid is het ziekenhuis aangesloten bij de onderlinge waarborgmaatschappij Medi-Risk. Naast de aandeelhoudersrekening heeft het Diaconessenhuis een ledenrekeng. Ultimo 2011 bedraagt de stand van de ledenrekening € 24.641.

Toelichting op belangen in andere rechtspersonen of vennootschappen:

Naam en rechtsvorm en woonplaats rechtspersoon	Kernactiviteit	Verschaft kapitaal	Kapitaalbelang (in %)	Eigen vermogen	Resultaat
				€	€
Rechtstreekse kapitaalbelangen >= 20%:					
Sleutelnet BV Leiden	ICT	0	20%	0	0

Toelichting:

Het kapitaalbelang in Sleutelnet BV Leiden is afgewaardeerd tot nihil. Sleutelnet BV is het samenwerkingsverband van alle zorgaanbieders en de zorgverzekeraar in de Regio Zuid Holland Noord op het gebied van ICT. Sleutelnet is opgericht om zonder winstoogmerk de kwaliteit en efficiency van de zorg te bevorderen door het optimaal inzetten van ICT.

5.1.5 TOELICHTING OP DE BALANS

ACTIVA

4. Voorraden

De specificatie is als volgt:

	31-dec-11	31-dec-10
	€	€
Medische geneesmiddelen	383.741	383.741
Medische steriele voorraden CSA-OK	366.510	263.141
Overige voorraden:	66.336	80.284
Totaal voorraden	816.587	727.166

5. Onderhanden projecten uit hoofde van DBC's

De specificatie is als volgt:

	31-dec-11	31-dec-10
Onderhanden projecten DBC's A-segment	5.869.557	9.440.441
Onderhanden werk honorarium A	1.457.846	1.846.739
Totaal A-segment	7.327.403	11.287.180
Onderhanden projecten DBC's B-segment	3.224.892	4.167.688
Onderhanden werk honorarium B	667.069	829.334
Totaal B-segment	3.891.961	4.997.022
Af: ontvangen voorschotten	-9.202.362	-11.548.523
Af: voorziening onderhanden projecten A-segment	-1.329.343	-1.302.781
B-segment	-730.376	-575.141
Totaal onderhanden projecten	-42.717	2.857.757

De specificatie per onderhanden project is als volgt weer te geven:

Stroom DBC's en zorgverzekeraar	Gerealiseerde projectkosten en toegerekende winst	Af: verwerkte verliezen	Af: ontvangen voorschotten	Saldo per 31-dec-2011
	€	€	€	€
Multizorg/VRZ	5.811.631	-1.066.935	-6.283.144	-1.538.448
Achmea / Agis	2.133.923	-391.759	0	1.742.164
UVIT	1.537.053	-282.182	-1.039.833	215.038
CZ	1.158.960	-212.769	-1.879.385	-933.194
Menzis	458.872	-84.243	0	374.629
Overig	118.925	-21.833	0	97.092
Totaal (onderhanden projecten)	11.219.364	-2.059.719	-9.202.362	-42.717

Toelichting:

In het OHW en de bevoorschotting is het honorarium meegenomen.

De stroom per zorgverzekeraar van het OHW is bepaald o.b.v. het marktaandeel van gesloten DBC's tussen 01-09-2010 en 31-08-2011.

Het OHW is afgewaardeerd met een percentage van 23% ("verwerkt verlies") ten opzicht van de gecumuleerde kostprijzen.

Door de overgang naar Chipsoft is de onderhanden werk waardering anders dan voorgaande jaren.

5.1.5 TOELICHTING OP DE BALANS

ACTIVA

6. Vorderingen en overlopende activa

De specificatie is als volgt:	31-dec-11	31-dec-10
	€	€
Vorderingen op debiteuren	6.099.893	6.831.756
Nog te factureren omzet DBC's	9.046.307	7.934.601
Overige vorderingen:		
Vorderingen op werknemers (fietsenplan etc)	52.776	74.629
Vorderingen op specialisten en instellingen	1.035.701	1.135.985
Vooruitbetaalde bedragen:	430.275	488.634
Nog te ontvangen bedragen:	11.121	10.776
Overige overlopende activa:	491.957	
Totaal vorderingen en overlopende activa	<u>17.168.031</u>	<u>16.476.381</u>

Toelichting:

De voorziening (na afboeking van € 209.337 debiteuren) die in aftrek op de vorderingen is gebracht, bedraagt € 26.217

5.1.5 TOELICHTING OP DE BALANS

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

	t/m 2008	2009	2010	2011	totaal
	€	€	€	€	€
Saldo per 1 januari	-9.429.646	-3.236.656	-9.224.624		-21.890.926
Financieringsverschil boekjaar				-11.921.747	-11.921.747
Correcties voorgaande jaren	0	0	986.837		986.837
Betalingen/ontvangsten	0	3.052.066	0		3.052.066
Subtotaal mutatie boekjaar	0	3.052.066	986.837	-11.921.747	-7.882.844
Saldo per 31 december	-9.429.646	-184.590	-8.237.787	-11.921.747	-29.773.770

Stadium van vaststelling (per erkenning):

c c c a

a= interne berekening

b= overeenstemming met zorgverzekeraars

c= definitieve vaststelling NZa

Specificatie financieringsverschil in het boekjaar

	2011	2010
	€	€
Wettelijk budget aanvaardbare kosten	46.380.000	47.240.000
<i>Vergoedingen ter dekking van het wettelijk budget:</i>		
Opbrengsten DBC A-segment inclusief toeslagen	55.673.151	48.922.435
Honoraria-opbrengsten voor specialisten in loondienst	1.576.512	1.713.808
Mutatie onderhanden werk honoraria voor specialisten in loondienst	551	257.650
Kapitaalslasten DBC B-segment	0	0
Overige opbrengsten	4.648.729	4.674.550
Nog te factureren DBC A-segment	0	0
Mutatie onderhanden werk DBC A-segment	-3.597.446	893.128
Afrekening overfinanciering	0	0
Afrekening lumpsum	0	0
Overige mutaties	249	3.054
Totaal financieringsverschil	-11.921.747	-9.224.624

5.1.5 TOELICHTING OP DE BALANS

ACTIVA

8. Effecten

De specificatie is als volgt:

	<u>31-dec-11</u>	<u>31-dec-10</u>
	€	€
Totaal effecten	<u>0</u>	<u>0</u>

9. Liquide middelen

De specificatie is als volgt:

	<u>31-dec-11</u>	<u>31-dec-10</u>
	€	€
Bankrekeningen	17.633.207,1	784.971
Kassen	9.128	9.001
Totaal liquide middelen	<u>17.642.335</u>	<u>793.972</u>

5.1.5 TOELICHTING OP DE BALANS

PASSIVA

10. Eigen vermogen

Het eigen vermogen bestaat uit de volgende componenten:

	31-dec-11	31-dec-10
	€	€
Kapitaal	715.308	715.308
Collectief gefinancierd gebonden vermogen	8.347.074	7.654.485
Niet collectief gefinancierd vrij vermogen	788.626	788.626
Totaal eigen vermogen	<u>9.851.008</u>	<u>9.158.419</u>

Kapitaal

Het verloop is als volgt weer te geven:

	Saldo per 1-jan-2011	Resultaat- bestemming	Overige mutaties	Saldo per 31-dec-2011
	€	€	€	€
Kapitaal	715.308	0	0	715.308
	<u>715.308</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>715.308</u>

Collectief gefinancierd gebonden vermogen

Het verloop is als volgt weer te geven:

	Saldo per 1-jan-2011	Resultaat- bestemming	Overige mutaties	Saldo per 31-dec-2011
	€	€	€	€
Reserve aanvaardbare kosten:	6.970.351	692.589	0	7.662.940
Reserve innovatie / automatisering	684.134	0	0	684.134
Totaal collectief gefinancierd gebonden vermogen	<u>7.654.485</u>	<u>692.589</u>	<u>0</u>	<u>8.347.074</u>

Niet collectief gefinancierd vrij vermogen

Het verloop is als volgt weer te geven:

	Saldo per 1-jan-2011	Resultaat- bestemming	Overige mutaties	Saldo per 31-dec-2011
	€	€	€	€
Algemene reserves:				
Partnerschip medische specialisten	704.961	-96.517	0	608.444
Algemene reserve	83.665	96.517	0	180.182
Totaal niet-collectief gefinancierd vrij vermogen	<u>788.626</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>788.626</u>

5.1.5 TOELICHTING OP DE BALANS

PASSIVA

11. Voorzieningen

<i>Het verloop is als volgt weer te geven:</i>	Saldo per 1-jan-2011	Dotatie	Onttrekking	Saldo per 31-dec-2011
	€	€	€	€
Voorziening dienstjaren-gratificatie	975.000	0	0	975.000
Voorziening levensfasebudget	859.023	265.027	0	1.124.050
Voorziening arbeidsongeschiktheid	480.000	0	103.462	376.538
Voorziening reorganisatie / sociaalplan	0	559.686	0	559.686
Totaal voorzieningen	<u>2.314.023</u>	<u>824.713</u>	<u>103.462</u>	<u>3.035.275</u>

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

	31-dec-2011
Kortlopend deel van de voorzieningen (< 1 jr.)	936.225
Langlopend deel van de voorzieningen (> 1 jr.)	2.099.050
Hiervan langlopend (> 5 jaar)	2.099.050

12. Langlopende schulden

De specificatie is als volgt:

	31-dec-11	31-dec-10
	€	€
Schulden aan kredietinstellingen	38.879.153	37.292.933
Overige langlopende schulden	0	0
Totaal langlopende schulden	<u>38.879.153</u>	<u>37.292.933</u>

Het verloop is als volgt weer te geven:

	2011	2010
	€	€
Stand per 1 januari	40.466.689	35.448.029
Bij: nieuwe leningen	10.000.000	8.000.000
Af: aflossingen	3.173.755	2.981.340
Stand per 31 december	<u>47.292.934</u>	<u>40.466.689</u>
Af: aflossingsverplichting komend boekjaar	8.413.780	3.173.756
Stand langlopende schulden per 31 december	<u>38.879.153</u>	<u>37.292.933</u>

Toelichting in welke mate (het totaal van) de langlopende schulden als langlopend moeten worden beschouwd:

Kortlopend deel van de langlopende schulden (< 1 jr.), aflossingsverplichtingen	8.413.780	3.173.756
Langlopend deel van de langlopende schulden (> 1 jr.) (balanspost)	38.879.153	37.292.933
Hiervan langlopend (> 5 jaar)	30.232.724	24.556.325

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

5.1.5 TOELICHTING OP DE BALANS

PASSIVA

13. Kortlopende schulden en overlopende passiva

De specificatie is als volgt:

	31-dec-11	31-dec-10
	€	€
Schulden aan kredietinstellingen	0	0
Crediteuren	4.087.207	3.272.047
Aflossingsverplichtingen langlopende leningen	8.413.780	3.173.756
Belastingen en sociale premies	1.772.427	1.702.517
Schulden aan specialisten en instellingen	99.853	0
Schulden terzake pensioenen	532.415	507.457
Nog te betalen salarissen	19.069	4.360
Vakantiegeld	1.589.753	1.546.000
Vakantiedagen	891.097	816.417
Andere personeelskosten	310.793	305.597
Nog te betalen kosten:	1.836.966	1.432.505
lopende rente termijnen	431.823	377.353
Totaal kortlopende schulden en overlopende passiva	19.985.184	13.138.009

Toelichting:

Diaconessenhuis Leiden heeft een kredietfaciliteit bij de Deutsche Bank van :
 Een Basiskrediet van € 8.000.000
 Een voorfinancierings van € 5.000.000 tot 31-12-2011
 Het voorfinancieringskrediet kan uitsluitend gebruikt worden voor het opnemen van geborgde kasgeldleningen

Verloopoverzicht investeringsruimte trekkingsrechten

Het verloop is als volgt weer te geven:

	2011	2010
	€	€
Nog niet bestede investeringsruimte per 1 januari	647.268	2.793.986
Bij: indexering niet-bestede investeringsruimte	12.039	47.218
Bij: investeringsruimte verslagjaar	0	0
Af: investeringen verslagjaar	659.307	2.193.936
Beschikbare investeringsruimte 31 december	0	647.268

Lopende investeringsprojecten leggen het volgende beslag op de beschikbare investeringsruimte:

0

Toelichting: Niet in de balans opgenomen activa en verplichtingen**Obligo verplichting Waarborgfonds Gezondheidszorg**

Over het saldo van de door het WfZ geborgde leningen loopt het Diaconessenhuis een financieel risico van 3%
 Ultimo 2011 van het jaar bedraagt de stand € 1.418.787

5.1.6 MUTATIEOVERZICHT MATERIELE VASTE ACTIVA/FINANCIËLE VASTE ACTIVA op grond van art. 5a Regeling verslaggeving WTZ

5.1.6.1 WTZi-vergunningplichtige vaste activa

	NZa-IVA	Grond	Terrein- voorzieningen	Gebouwen	Semi perm. gebouwen	Ver- bouwingen	Installaties	Onderhanden Projecten	Subtotaal vergunning
	€	€	€	€	€	€	€	€	€
Stand per 1 januari 2011									
- aanschafwaarde	1.449.325	327.373	2.289.178	20.162.416	237.996	9.967.804	10.414.035	0	44.848.127
- cumulatieve herwaarderingen	0	0	0	-	-	-	-	0	0
- cumulatieve afschrijvingen	832.890	0	1.016.876	7.905.493	237.996	4.655.920	5.644.051	0	20.293.226
Boekwaarde per 1 januari 2011	<u>616.435</u>	<u>327.373</u>	<u>1.272.302</u>	<u>12.256.923</u>	<u>0</u>	<u>5.311.884</u>	<u>4.769.984</u>	<u>0</u>	<u>24.554.901</u>
Mutaties in het boekjaar									
- investeringen	0	0	0	0	0	1.961.043	0	0	1.961.043
- herwaarderingen	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- afschrijvingen	0	0	114.458	403.249	0	570.643	518.993	0	1.607.343
- extra afschrijvingen NZa-goedgekeurd	616.435	0	0	0	0	0	0	0	616.435
- <i>terugname geheel afgeschreven activa</i>									
.aanschafwaarde	1.449.325	0	0	0	237.996	1.130.960	34.142	0	2.852.423
.cumulatieve herwaarderingen	0	0	0	0	0	0	0	0	0
.cumulatieve afschrijvingen	1.449.325	0	0	0	237.996	1.130.960	34.142	0	2.852.423
- <i>desinvesteringen</i>									
aanschafwaarde	0	0	0	0	0	0	0	0	0
cumulatieve herwaarderingen	0	0	0	0	0	0	0	0	0
cumulatieve afschrijvingen	0	0	0	0	0	0	0	0	0
per saldo	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mutaties in boekwaarde (per saldo)	<u>-616.435</u>	<u>0</u>	<u>-114.458</u>	<u>-403.249</u>	<u>0</u>	<u>1.390.400</u>	<u>-518.993</u>	<u>0</u>	<u>-262.735</u>
Stand per 31 december 2011									
- aanschafwaarde	0	327.373	2.289.178	20.162.416	0	10.797.887	10.379.893	0	43.956.747
- cumulatieve herwaarderingen	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- cumulatieve afschrijvingen	0	0	1.131.334	8.308.742	0	4.095.603	6.128.902	0	19.664.581
Boekwaarde per 31 december 2011	<u>0</u>	<u>327.373</u>	<u>1.157.844</u>	<u>11.853.674</u>	<u>0</u>	<u>6.702.284</u>	<u>4.250.991</u>	<u>0</u>	<u>24.292.166</u>
Afschrijvingspercentage	2,5%	0,0%	5,0%	2,0%	10,0%	5,0%	5,0%	5,0%	

5.1.6 MUTATIEOVERZICHT MATERIELE VASTE ACTIVA/FINANCIËLE VASTE ACTIVA op grond van art. 5a Regeling verslaggeving WTZ

5.1.6.2 WTZi-meldingsplichtige vaste activa

	Trekkings rechten	Onderhanden Projecten	Subtotaal	Instand- houding	Onderhanden Projecten	Subtotaal	Subtotaal meldings- plichtige activa
	€	€	€	€	€	€	€
Stand per 1 januari 2011							
- aanschafwaarde	28.089.524	792.503	28.882.027	6.025.870	0	6.025.870	34.907.897
- cumulatieve herwaarderingen	-	-	0	-	0	0	0
- cumulatieve afschrijvingen	6.068.955	-	6.068.955	3.783.128	0	3.783.128	9.852.083
Boekwaarde per 1 januari 2011	<u>22.020.569</u>	<u>792.503</u>	<u>22.813.072</u>	<u>2.242.742</u>	<u>0</u>	<u>2.242.742</u>	<u>25.055.814</u>
Mutaties in het boekjaar							
- investeringen	659.307	10.953	670.260	733.419	0	733.419	1.403.679
- herwaarderingen	0	0	0	0	0	0	0
- afschrijvingen	1.598.707	0	1.598.707	575.423	0	575.423	2.174.130
<i>- terugname geheel afgeschreven activa</i>							
.aanschafwaarde	204.120	0	204.120	1.200.641	0	1.200.641	1.404.761
.cumulatieve herwaarderingen	0	0	0	0	0	0	0
.cumulatieve afschrijvingen	204.120	0	204.120	1.200.641	0	1.200.641	1.404.761
<i>- desinvesteringen</i>							
aanschafwaarde	85.548	0	85.548	0	0	0	85.548
cumulatieve herwaarderingen	0	0	0	0	0	0	0
cumulatieve afschrijvingen	0	0	0	0	0	0	0
per saldo	85.548	0	85.548	0	0	0	85.548
Mutaties in boekwaarde (per saldo)	<u>-1.024.948</u>	<u>10.953</u>	<u>-1.013.995</u>	<u>157.996</u>	<u>0</u>	<u>157.996</u>	<u>-855.999</u>
Stand per 31 december 2011							
- aanschafwaarde	28.459.163	803.456	29.262.619	5.558.648	0	5.558.648	34.821.267
- cumulatieve herwaarderingen	0	0	0	0	0	0	0
- cumulatieve afschrijvingen	7.463.542	0	7.463.542	3.157.910	0	3.157.910	10.621.452
Boekwaarde per 31 december 2011	<u>20.995.621</u>	<u>803.456</u>	<u>21.799.077</u>	<u>2.400.738</u>	<u>0</u>	<u>2.400.738</u>	<u>24.199.815</u>
Afschrijvingspercentage	5,0%	0,0%		10,0%	0,0%		

5.1.6 MUTATIEOVERZICHT MATERIELE VASTE ACTIVA/FINANCIËLE VASTE ACTIVA op grond van art. 5a Regeling verslaggeving WT2

5.1.6.3 WMG-gefinancierde vaste activa

	Inventaris	Vervoer- middelen	Automati- sering	Subtotaal WMG	Totaal Generaal
	€	€	€	€	€
Stand per 1 januari 2011					
- aanschafwaarde	21.989.382	7.735	4.757.733	26.754.850	106.510.874
- cumulatieve herwaarderingen	-	-	-	0	0
- cumulatieve afschrijvingen	11.099.240	3.094	2.537.019	13.639.353	43.784.662
Boekwaarde per 1 januari 2011	<u>10.890.142</u>	<u>4.641</u>	<u>2.220.714</u>	<u>13.115.497</u>	<u>62.726.212</u>
Mutaties in het boekjaar					
- investeringen	2.606.857	0	4.640.790	7.247.647	10.612.369
- herwaarderingen	0	0	0	0	0
- afschrijvingen	2.126.915	1.547	1.019.109	3.147.571	6.929.044
- extra afschrijvingen NZa-goedgekeurd					616.435
					0
- <i>terugname geheel afgeschreven activa</i>					
.aanschafwaarde	2.717.956	0	453.446	3.171.402	7.428.586
.cumulatieve herwaarderingen	0	0	0	0	0
.cumulatieve afschrijvingen	2.718.262	0	453.140	3.171.402	7.428.586
- <i>desinvesteringen</i>					
aanschafwaarde	46.564	0	0	46.564	132.112
cumulatieve herwaarderingen	0	0	0	0	0
cumulatieve afschrijvingen	0	0	0	0	0
per saldo	46.564	0	0	46.564	132.112
Mutaties in boekwaarde (per saldo)	<u>433.684</u>	<u>-1.547</u>	<u>3.621.375</u>	<u>4.053.512</u>	<u>2.934.778</u>
Stand per 31 december 2011					
- aanschafwaarde	21.831.719	7.735	8.945.077	30.784.531	109.562.545
- cumulatieve herwaarderingen	0	0	0	0	0
- cumulatieve afschrijvingen	10.507.893	4.641	3.102.988	13.615.522	43.901.555
Boekwaarde per 31 december 2011	<u>11.323.826</u>	<u>3.094</u>	<u>5.842.089</u>	<u>17.169.009</u>	<u>65.660.990</u>
Afschrijvingspercentage	10,0%	10,0%	20% / 10%		

5.1.7.1 SPECIFICATIE ULTIMO BOEKJAAR ONDERHANDEN PROJECTEN

Projectgegevens					Investerings				Goedkeuringen			
Num-mer	Brief-nummer	Datum	Omschrijving	WTZi-type	t/m 2010	2011	t/m 2011 gereed	onder- handen	Nominaal bedrag WTZi	Indexering WTZi	Aangepaste goedkeuring	Jaar van ople- vering
					€	€	€	€	€	€	€	
01581			renovatie Ok					130.222				2012
0158500			Hoofdverdeelkasten					34.974				2012
0161008			Telefooncentrale					3.946				2012
0161016			Parkeerinstallatie					29.720				2012
0161019			Persluchtinstallatie					4.709				2012
0161022			Renovatie F1-C1					476.449				2012
0161030			Bekabeling en telematica					24.614				2012
0161035			Brandcompartinerig					33.796				2012
0161036			Aanpassing F2 B0					10.760				2012
0161038			Herinrichting P3-P4					6.069				2012
0161041			Buitenlift oprit					16.422				2012
0161042			C boogruimte radiologie					13.894				2012
0161045			Uitslaapkamer scopieafdeling					17.497				2012
0157701			Aanpassing D1					384				2012
Totaal					0	0	0	803.456	0	0	0	

5.1.7.2 SPECIFICATIE IN HET BOEKJAAR GEREEDGEKOMEN PROJECTEN

Projectgegevens						Investerings				Toekomstige lasten	
Num-mer	Brief-nummer	Datum	Omschrijving	WTZi-type	Activapost	WTZi	WMG	Overige	Totaal	Afschrij-ving WTZi	Rentekosten
						€	€	€	€	€	€
0161034			Ruimte kinderartsen A4 voorheen C4	Instandhouding		24.158			24.158	2.416	1.039
0161028			Aanpassing J0 Hal	Instandhouding		42.918			42.918	4.292	1.845
0161029			Camerabewaking	Instandhouding		127.959			127.959	12.796	5.502
0158200			Radiologie project	Instandhouding		1.280			1.280	128	55
0158600			Uitbreiding fietsenstalling	Instandhouding		19.758			19.758	1.976	850
0161013			Gang C2-E2	Instandhouding		17.036			17.036	1.704	733
0161014			CSA ruimte techn demonteren	Instandhouding		6.529			6.529	653	281
0161026			Aanpassen J0	Instandhouding		5.835			5.835	583	251
0161033			Mer B3 en herinr D3 fase 2	Instandhouding		47.682			47.682	4.768	2.050
0161040			Aaanvulling Glaswanden poli	Instandhouding		14.992			14.992	1.499	645
0157700			D2 renovatie (D gebouw algemeen)	Instandhouding		98.328			98.328	9.833	4.228
0157601			P Toegangsbeheer fase 1	Instandhouding		95.289			95.289	9.529	4.097
0161018			Riolering HWA F	Instandhouding		30.233			30.233	3.023	1.300
0161021			Laboratoria F2	Instandhouding		31.932			31.932	3.193	1.373
0161023			Restaurant	Instandhouding		6.962			6.962	696	299
0161039			Ontvochtiging Ok en RADl	Instandhouding		64.560			64.560	6.456	2.776
0157707			D7 renovatie (D gebouw 7e etage)	Instandhouding		97.968			97.968	9.797	4.213
Sub-totaal instandhouding						733.419	0	0	733.419	73.342	18.287
0157301			Brandmeldinstallatie fase 3	Trekkingsrechten		150.000			150.000	7.500	6.450
0157702			Renovatie D2	Trekkingsrechten		379.234			379.234	18.962	16.307
0157708			Renovatie D8	Trekkingsrechten		130.073			130.073	6.504	5.593
Sub-totaal trekkingsrechten						659.307			659.307	32.965	28.350
0157703			Renovatie D3	Verbouwingen		290.543			290.543	14.527	12.493
0157704			Renovatie D4	Verbouwingen		330.323			330.323	16.516	14.204
0158107			F3 OK fase IV 1e deel	Verbouwingen		750.000			750.000	37.500	32.250
0161025			F1plus en CSD ruimte	Verbouwingen		349.589			349.589	17.479	15.032
0161037			Aanpassing A/B beddenhuis	Verbouwingen		240.588			240.588	12.029	10.345
Sub-totaal verbouwingen						1.961.043			1.961.043	98.052	84.325
Totaal						3.353.769			3.353.769	204.359	130.962

BIJLAGE

5.1.8 Overzicht langlopende schulden ultimo 2011

Leninggever	Datum	Hoofdsom	Totale looptijd	Soort lening	Werkelijke rente	Restschuld 31 december 2010	Nieuwe leningen in 2011	Aflossing in 2011	Restschuld 31 december 2011	Restschuld over 5 jaar	Resterende looptijd in jaren eind 2011	Aflossingswijze	Aflossing 2012	Gestelde zekerheden
		€			%	€	€	€	€	€			€	
BNG	1-02-80	2.268.901	40	onderhands	4,940	567.225	0	56.723	510.502	226.889	9	lineair	56.723	Basiszekerheid
BNG	1-12-80	2.268.901	40	onderhands	4,940	567.225	0	56.723	510.502	226.889	9	lineair	56.723	Basiszekerheid
BNG	1-09-92	2.268.901	40	onderhands	5,410	623.947	0	56.723	567.224	283.612	10	lineair	56.723	Basiszekerheid
BNG	16-03-82	2.268.901	40	onderhands	5,235	680.670	0	56.723	623.947	340.333	11	lineair	56.723	Basiszekerheid
BNG	1-08-94	2.268.901	20	onderhands	3,795	453.780	0	113.445	340.335	0	3	lineair	113.445	Basiszekerheid
BNG	31-08-95	2.268.901	20	onderhands	3,020	538.864	0	113.445	425.419	0	4	lineair	113.445	Basiszekerheid
BNG	14-09-01	5.000.000	50	onderhands	4,710	4.125.000	0	100.000	4.025.000	3.525.000	40	lineair	100.000	Basiszekerheid
BNG	14-09-01	3.600.000	30	onderhands	4,240	2.550.000	0	120.000	2.430.000	1.830.000	20	lineair	120.000	Basiszekerheid
BNG	1-11-01	1.713.020	9	onderhands	4,625	195.124	0	195.125	0	0	0	lineair	0	Basiszekerheid
BNG	17-12-02	6.000.000	15	onderhands	4,925	6.000.000	0	0	6.000.000	6.000.000	6	einde looptijd	0	Basiszekerheid
BNG	17-12-02	5.600.000	14	onderhands	4,420	2.500.000	0	400.000	2.100.000	100.000	5	lineair	400.000	Basiszekerheid
BNG	17-12-02	4.400.000	10	onderhands	4,180	1.100.000	0	440.000	660.000	0	2	lineair	440.000	Basiszekerheid
BNG	16-12-03	5.000.000	9	onderhands	4,400	5.000.000	0	0	5.000.000	0	1	einde looptijd	5.000.000	Basiszekerheid
BNG	29-12-05	5.000.000	15	onderhands	3,705	5.000.000	0	0	5.000.000	5.000.000	9	einde looptijd	0	Basiszekerheid
BNG	29-12-05	7.000.000	7	onderhands	3,290	2.500.000	0	1.000.000	1.500.000	0	2	lineair	1.000.000	Basiszekerheid
BNG	6-08-10	8.000.000	20	onderhands	3,590	8.000.000	0	400.000	7.600.000	5.200.000	19	lineair	400.000	Basiszekerheid
BNG	14-09-11	10.000.000	20	onderhands	3,600	0	10.000.000	0	10.000.000	7.500.000	19	lineair	500.000	Basiszekerheid
St. WFBS	15-01-01	1.724.365	10	onderhands	5,477	64.851	0	64.851	0	0	0	lineair	0	Achtergesteld
Totaal						40.466.689	10.000.000	3.173.758	47.292.929	30.232.724			8.413.780	

5.1.9 TOELICHTING OP DE RESULTATENREKENING

15. Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten
(uit AWBZ/Zvw-zorg, exclusief subsidies)

	2011		2010	
	€	€	€	€
Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten voorgaand jaar		47.240.000		47.290.000
Productieafspraken verslagjaar		709.664		347.145
Overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling	776.156		490.243	
Prijsindexatie materiële kosten	388.078		-25.000	
Groei normatieve kapitaalslasten	181.467		182.629	
		1.345.701		647.872
Uitbreiding erkenning en toelating:				
- loonkosten			138.460	
- materiële kosten			4.924	
- normatieve kapitaalslasten			827	
		0		144.211
Beleidsmaatregelen overheid:				
- generieke budgetkortingen	-2.839.397		-470.011	
- schoning B-segment	0		-470.468	
- kapitaallastenschoning B-segment	0		-165.267	
		-2.839.397		-1.105.746
Nacalculeerbare kapitaalslasten:				
- rente	109.250		-108.713	
- afschrijvingen	-137.202		53.659	
- overige				
		-27.952		-55.054
Overige mutaties:				
Dure geneesmiddelen	-199.105		-138.867	
Lokale productiegebonden toeslag	16.247		-240.875	
Adherentiegroei	97.655		149.099	
overig	37.187		202.215	
		-48.016		-28.428
Subtotaal wettelijk budget boekjaar		46.380.000		47.240.000
Correcties voorgaande jaren		986.837		80.633
Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten jaar t		47.366.837		47.320.633

5.1.9 TOELICHTING OP DE RESULTATENREKENING

BATEN

16. Toelichting niet-gebudgetteerde zorgprestaties (exclusief DBC B-segment)

De specificatie is als volgt:

	2011	2010
	€	€
Zorgprestaties tussen instellingen	318.932	252.700
Eigen bijdragen en betalingen cliënten voor niet-verzekerde zorg en opbrengsten uit aanvullende zorgverzekering	0	0
Persoonsgebonden en -volgende budgetten	0	0
Opbrengsten uit hoofde van niet-gebudgetteerde Zvw/AWBZ-zorg (waaronder kraamzorg)	0	0
Opbrengsten uit Wmo-prestaties op het gebied van huishoudelijke hulp (inclusief onderaanneming)	0	0
Overige niet-gebudgetteerde zorgprestaties	1.207.781	897.800
Totaal	1.526.713	1.150.500

17. Toelichting omzet DBC B-segment

De specificatie is als volgt:

	2011	2010
	€	€
Gefactureerde omzet DBC B-segment	31.716.935	30.026.084
Mutatie onderhanden projecten DBC B-segment	-1.098.031	68.662
Totaal	30.618.904	30.094.746

18. Subsidies

De specificatie is als volgt:

	2011	2010
	€	€
Subsidies AWBZ/Zvw-zorg	0	0
Rijkssubsidies vanwege het Ministerie van OC&W (waaronder werkplaatsfunctie en medische faculteit van UMC's)	0	0
Rijkssubsidies vanwege het Ministerie van Justitie	0	0
Rijkssubsidies vanwege het Ministerie van VWS (waaronder opleidingsfonds, academische component voor UMC's)	524.927	366.320
Overige Rijkssubsidies	0	0
Subsidies vanwege Provincies en gemeenten (exclusief Wmo-huishoudelijke hulp; inclusief overige Wmo-prestaties zoals maatschappelijke en vrouwenopvang, verslavingszorg, OGGZ)	0	0
Overige subsidies, waaronder loonkostensubsidies en EU-subsidies	82.616	362.323
Totaal	607.543	728.643

19. Toelichting overige bedrijfsopbrengsten

De specificatie is als volgt:

	2011	2010
	€	€
Overige dienstverlening:	578.401	602.389
Overige opbrengsten (waaronder vergoeding voor uitgeleend personeel en verhuur onroerend goed):	2.320.311	2.838.066
Totaal	2.898.711	3.440.455

5.1.9 TOELICHTING OP DE RESULTATENREKENING

LASTEN

20. Personeelskosten

De specificatie is als volgt:

	<u>2011</u>	<u>2010</u>
	€	€
Lonen en salarissen	37.162.138	35.925.421
Sociale lasten	5.647.063	5.832.038
Pensioenpremies	3.138.735	3.001.607
Andere personeelskosten:	945.870	1.120.742
Subtotaal	<u>46.893.807</u>	<u>45.879.808</u>
Personeel niet in loondienst	2.296.554	1.986.943
Totaal personeelskosten	<u><u>49.190.360</u></u>	<u><u>47.866.751</u></u>
Specificatie gemiddeld aantal personeelsleden (in FTE's) per segment:		
Patiëntenzorg	690,00	691,00
Bedrijfsvoering (incl. 4,8 fte sociaalplan)	222,00	220,00
Voor derden	21,00	22,00
Gemiddeld aantal personeelsleden op basis van full-time eenheden	<u><u>933</u></u>	<u><u>933</u></u>

21. Afschrijvingen vaste activa

De specificatie is als volgt:

	<u>2011</u>	<u>2010</u>
	€	€
Nacalculeerbare afschrijvingen:		
- immateriële vaste activa	0	146.648
- materiële vaste activa	3.578.204	3.045.595
- financiële vaste activa	0	0
Overige afschrijvingen:		
- immateriële vaste activa	0	31.978
- materiële vaste activa	3.147.571	3.591.481
Totaal afschrijvingen	<u><u>6.725.775</u></u>	<u><u>6.815.702</u></u>

Aansluiting afschrijvingen resultatenrekening - vergoeding nacalculeerbare afschrijvingslasten

	<u>2011</u>
	€
Totaal afschrijvingslasten resultatenrekening	<u>6.725.775</u>
waarvan nacalculeerbare afschrijvingen	<u><u>3.578.204</u></u>
In het externe budget verwerkte vergoeding voor nacalculeerbare afschrijvingslasten:	
- WTZI-vergunningplichtige vaste activa	1.663.443
- WTZI-meldingsplichtige vaste activa	1.914.761
- WMG-gefinancierde vaste activa	
- DHAZ-gefinancierde vaste activa	0
Totaal vergoeding nacalculeerbare afschrijvingslasten	<u><u>3.578.204</u></u>
Aanschafwaarde desbetreffende vaste activa	78.778.014
Cumulatieve afschrijvingslasten desbetreffende vaste activa	30.286.033
Cumulatieve vergoedingen voor nacalculeerbare afschrijvingslasten desbetreffende vaste activa	78.778.014

5.1.9 TOELICHTING OP DE RESULTATENREKENING

22. Bijzondere waardeverminderingen van vaste activa

De specificatie is als volgt:

	<u>2011</u>	<u>2010</u>
	€	€
Totaal	<u>0</u>	<u>0</u>

23. Overige bedrijfskosten

De specificatie is als volgt:

	<u>2011</u>	<u>2010</u>
	€	€
Voedingsmiddelen en hotelmatige kosten	2.703.255	2.674.945
Algemene kosten	5.396.011	4.855.653
Patiënt- en bewonersgebonden kosten	14.668.518	14.575.179
Onderhoud en energiekosten:		
- Onderhoud	755.462	805.159
- Energie gas	116.271	132.373
- Energie stroom	550.049	623.054
- Energie transport en overig	<u>211.246</u>	<u>219.595</u>
Subtotaal	1.633.028	1.780.181
Huur en leasing	159.493	187.994
Dotaties en vrijval voorzieningen	85.000	85.000
Totaal overige bedrijfskosten	<u>24.645.305</u>	<u>24.158.952</u>

5.1.9 TOELICHTING OP DE RESULTATENREKENING

LASTEN

24. Financiële baten en lasten

De specificatie is als volgt:

	<u>2011</u>	<u>2010</u>
	€	€
Rentebaten	-3.963	-12.348
Resultaat deelnemingen	0	0
Waardeveranderingen financiële vaste activa en effecten	0	0
Overige opbrengsten financiële vaste activa en effecten	0	0
Subtotaal financiële baten	<u>-3.963</u>	<u>-12.348</u>
 Rentelasten	 1.735.025	 1.681.722
Resultaat deelnemingen	0	0
Waardeveranderingen financiële vaste activa en effecten	0	0
Overige financiële lasten	33.617	48.874
Subtotaal financiële lasten	<u>1.768.641</u>	<u>1.730.596</u>
 Totaal financiële baten en lasten	 <u><u>1.764.678</u></u>	 <u><u>1.718.248</u></u>

25. Buitengewone baten en lasten

De specificatie is als volgt:

	<u>2011</u>	<u>2010</u>
	€	€
Buitengewone baten	0	0
Buitengewone lasten	0	0
 Totaal buitengewone baten en lasten	 <u><u>0</u></u>	 <u><u>0</u></u>

5.1.9 TOELICHTING OP DE RESULTATENREKENING

26. Bezoldiging bestuurders en toezichthouders

Welk bestuursmodel is van toepassing op uw organisatie? Als bestuursmodel is het Raad van Toezichtmodel van toepassing
 Het bestuur bestaat uit een collegiale raad van bestuur
 Wat is de samenstelling van het bestuur of de directie? Bestuurder Patiëntenzorg en een bestuurder bedrijfsvoering

De bezoldiging van de bestuurders en gewezen bestuurders van de zorginstelling over het jaar 2011 is als volgt:

Naam	J.G. den Hollander Bestuurder bedrijfsvoering 01-05-04	M.J.L.E. Weijers Bestuurder patiëntenzorg 01-04-09
1 Vanaf welke datum is de persoon als bestuurder werkzaam in uw organisatie?	01-05-04	01-04-09
2 Maakt de persoon op dit moment nog steeds deel uit van het bestuur?	ja	ja
3 Tot welke datum was de persoon als bestuurder werkzaam in uw organisatie?	-	-
4 Is de persoon in het verslagjaar voorzitter van het bestuur geweest?	zie boven	zie boven
5 Zo ja: hoeveel maanden is de persoon voorzitter geweest in het verslagjaar?		
6 Wat is de aard van de (arbeids)overeenkomst?	vast	vast
7 Welke salarisregeling is toegepast?	ziekenhuisdirecteuren	ziekenhuisdirecteuren
8 Wat is de deeltijdfactor? (percentage)	111%	111%
9 Bruto-inkomen, incl. vakantiegeld, eindejaarsuitkering, salaris en andere vaste toelagen	170.198	149.010
a. Waarvan: verkoop verlofuren	-	-
b. Waarvan: nabetalings voorgaande jaren	-	-
10 Bruto-onkostenvergoeding	-	-
11 Werkgeversbijdrage sociale lasten	7.282	7.129
12 Werkgeversbijdrage pensioen, VUT, FPU	18.811	16.155
13 Ontslagvergoeding	-	-
14 Bonussen	2.000	-
15 Totaal inkomen (9 t/m 14, excl. 9a en b)	198.291	172.293
16 Cataloguswaarde auto van de zaak	-	-
17 Eigen bijdrage auto van de zaak	-	-

De bezoldiging van de leden van de raad van toezicht van de zorginstelling over het jaar 2011 is als volgt:

Naam	Functie	Bezoldiging €
Prof. W.P. Moleveld RA	Voorzitter	5.000
Dr. C de Visser	Vicevoorzitter	4.000
Dr. J. Spierenburg	Secretaris tot 18 april 2011	1.200
Mw. mr. drs. L. M. de Blaeij	Secretaris per 18 april 2011	3.000
S. Pranger	Lid / auditcommissie	4.000
Prof.dr. T.L.C.M. Groot	Lid / auditcommissie per 18 april 2011	2.811
Dr. J. Burggraaf	Lid	3.000
Drs. H.F. Wiersma	Lid tot 18 april 2011	900
Mw.drs. C.C.W. Moolenburgh-Pieper, arts	Lid per 18 april 2011	2.108
		26.019

5.1.9 TOELICHTING OP DE RESULTATENREKENING

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

De bezoldiging van de functionarissen die over 2011 in het kader van de Wopt verantwoord worden, is als volgt:

1	Functionaris (functienaam)	Intensivist
2	In dienst vanaf (datum)	1-mei-08
3	In dienst tot (datum)	
4	Belastbaar loon (in €)	207.179
5	Voorzieningen ten behoeve van beloningen betaalbaar op termijn (in €)	
6	Uitkeringen in verband met beëindiging van het dienstverband (in €)	

Totaal beloning in kader van de Wopt (4, 5 en 6)	<u>207.179</u>
--	----------------

7 Beloning 2010	205.957
-----------------	---------

Motivatatie overschrijdingen van het gemiddelde belastbare loon per jaar van ministers:

28. Honoraria accountant

	<u>2011</u>	<u>2010</u>
	€	€
De honoraria van de accountant over 2011 zijn als volgt:		
1 Controle van de jaarrekening	55.000	50.000
2 Overige controlewerkzaamheden (w.o. Regeling AO/IC en Nacalculatie)	21.000	30.000
3 Fiscale advisering	36.000	0
4 Niet-controlediensten	28.000	0
Totaal honoraria accountant	<u>140.000</u>	<u>80.000</u>

29. Transacties met verbonden partijen

Van transacties met verbonden partijen is sprake wanneer een relatie bestaat tussen de instelling, haar deelnemingen en hun bestuurders en leidinggevende functionarissen.

Er hebben zich geen transacties met verbonden partijen voorgedaan met zakelijke grondslag.

De bezoldiging van de bestuurders en toezichthouders is opgenomen onder punt 26.

5.2 OVERIGE GEGEVENS

5.2 OVERIGE GEGEVENS

5.2.1 Vaststelling en goedkeuring jaarrekening

De raad van bestuur van Stichting Diaconessenhuis Leiden heeft de jaarrekening 2011 vastgesteld in de vergadering van 18 april 2012.

De raad van toezicht van de Stichting Diaconessenhuis Leiden heeft de jaarrekening 2011 goedgekeurd in de vergadering goedgekeurd in de vergadering van 25 april 2012.

5.2.2 Statutaire regeling resultaatbestemming

In de statuten zijn geen specifieke bepalingen opgenomen ten aanzien van resultaatbestemming

5.2.3 Resultaatbestemming

Het resultaat wordt verdeeld volgens de resultaatverdeling in paragraaf 5.1.2.

5.2.4 Gebeurtenissen na balansdatum

Niet van toepassing

5.2.5 Ondertekening door bestuurders en toezichthouders

W.G.
Mw. drs. M.J.L.E. Weijers

W.G.
Drs. J.G. den Hollander

W.G.
Prof. W.P. Moleveld RA

W.G.
Dr. C. de Visser

W.G.
Mw. mr. drs. L.M. de Blaeij

W.G.
S. Pranger

W.G.
Prof.dr. T.L.C.M. Groot

W.G.
Dr. J. Burggraaf

W.G.
Mw. drs. C.C.W. Moolenburgh-Pieper, arts

5.2.6 Controleverklaring

De controleverklaring is opgenomen op de volgende pagina.

Controleverklaring van de onafhankelijke accountant

Aan: de Raad van Bestuur van Stichting Diaconessenhuis Leiden

Verklaring betreffende de jaarrekening

Wij hebben de jaarrekening 2011 van Stichting Diaconessenhuis Leiden te Leiden gecontroleerd. Deze jaarrekening bestaat uit de balans per 31 december 2011 en de resultatenrekening over 2011 met de toelichting, waarin zijn opgenomen een overzicht van de gehanteerde grondslagen voor financiële verslaggeving en andere toelichtingen.

Verantwoordelijkheid van de raad van bestuur

De raad van bestuur van de stichting is verantwoordelijk voor het opmaken van de jaarrekening die het vermogen en het resultaat getrouw dient weer te geven, alsmede voor het opstellen van het jaarverslag, beide in overeenstemming met de Regeling Verslaggeving WTZi. De raad van bestuur is tevens verantwoordelijk voor een zodanige interne beheersing als het noodzakelijk acht om het opmaken van de jaarrekening mogelijk te maken zonder afwijkingen van materieel belang als gevolg van fraude of fouten.

Verantwoordelijkheid van de accountant

Onze verantwoordelijkheid is het geven van een oordeel over de jaarrekening op basis van onze controle. Wij hebben onze controle verricht in overeenstemming met Nederlands recht, waaronder de Nederlandse controlestandaarden en het Controleprotocol Jaarverantwoording zorginstellingen 2011. Dit vereist dat wij voldoen aan de voor ons geldende ethische voorschriften en dat wij onze controle zodanig plannen en uitvoeren dat een redelijke mate van zekerheid wordt verkregen dat de jaarrekening geen afwijkingen van materieel belang bevat.

Een controle omvat het uitvoeren van werkzaamheden ter verkrijging van controle-informatie over de bedragen en de toelichtingen in de jaarrekening. De geselecteerde werkzaamheden zijn afhankelijk van de door de accountant toegepaste oordeelsvorming, met inbegrip van het inschatten van de risico's dat de jaarrekening een afwijking van materieel belang bevat als gevolg van fraude of fouten.

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

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

Oordeel betreffende de jaarrekening

Naar ons oordeel geeft de jaarrekening een getrouw beeld van de grootte en samenstelling van het vermogen van Stichting Diaconessenhuis Leiden per 31 december 2011 en van het resultaat over 2011 in overeenstemming met de Regeling Verslaggeving WTZi.

Verklaring betreffende overige bij of krachtens de wet gestelde eisen

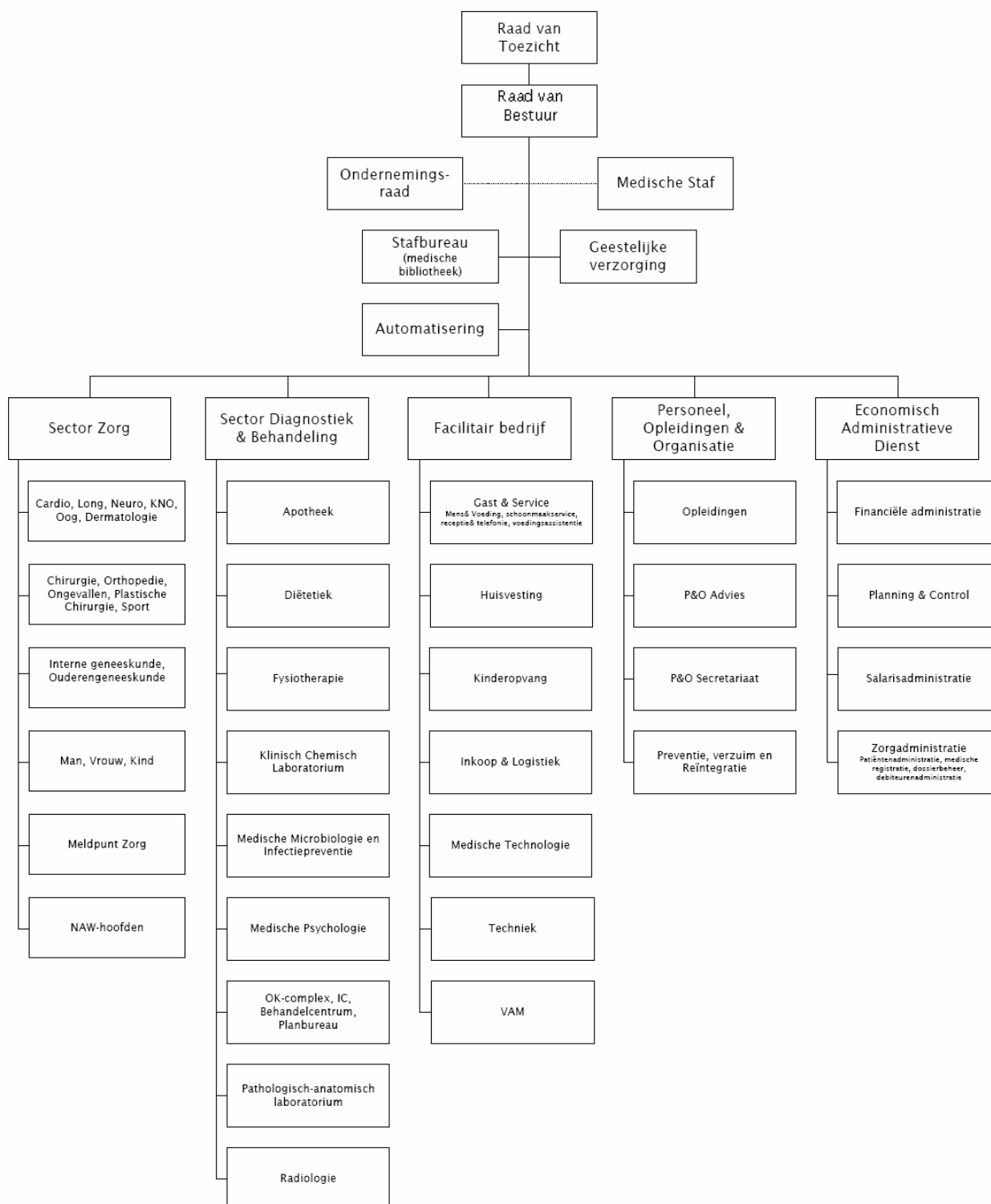
Verder vermelden wij dat het jaarverslag, voor zover wij dit kunnen beoordelen, verenigbaar is met de jaarrekening en is opgesteld onder toepassing van de in de Regeling verslaggeving WTZi opgenomen bijlage Voorschriften voor de inrichting van het Jaarverslag van Zorginstellingen.

Den Haag, 14 juni 2012

Ernst & Young Accountants LLP

w.g. H. de Wilde RA

Bijlage 1: Organogram Diaconessenhuis Leiden



Bijlage 2: Personalia

Raad van Bestuur

Drs. J.G. den Hollander
Mw. drs. M.J.L.E. Weijers

Managementteam

Mw. drs. C.F. Goldman-Corbeij, hoofd sector Diagnostiek en Behandeling
E. Humer, clusterhoofd sector Zorg
Mw. drs. J. de Jong, secretaris Raad van Bestuur/hoofd Stafbureau
Drs. J. Last, hoofd Economisch Administratieve Dienst
A.J. van Noppen, hoofd Facilitair Bedrijf a.i.
Drs. M.L.W. Schellekens, clusterhoofd sector Zorg
Mw. drs. A.M.W. Skidmore-Vencken, hoofd PO&O
Mw. A.P.M. Van Veldhuizen, clusterhoofd sector Zorg

Ondernemingsraad per 31-12-2011

Mw. R.E. van der Dussen
Mw. S. Mesic
J. Mohan
Mw. C.K. Ouwehand
Mw. H.J.E.M.C. Valckenier Kips
Mw. A.C. Buurman
Mw. I. Jacobs
Mw. W. Jacobs
Mw. M.A. de Jonge
Mw. S.K. van der Leije
Mw. D. Tibboel
Mw. A.W. van der Vlugt, voorzitter

Ambtelijk secretaris

Mw. W.C.M. van Benten
Mw. G.C.T. Sloodbeek-Smit, vervangend

Bestuur Medische Staf

M.J. Wijffelman, voorzitter
P.J. Roscam Abbing, secretaris
Mw. dr. A.W.E. Weverling-Rijnsburger, penningmeester

Bestuur Stafmaatschap

Dr. P.J. Kruit, voorzitter
Dr. A.A. de Rotte, penningmeester (tot 01-04-2011)
Dr. L.F.S.J. Crobach, penningmeester (vanaf 01-04-2011)
D.G. van den Broecke, lid vanaf 01-04-2011

Verpleegkundige Adviesraad

Mw. J.A.C. Boogaard-Groothedde
Mw. T.P. van der Drift-Vink
Mw. C.E. Jonxis
Mw. C.E. Kerkhof-Jongbloed
Mw. A. Otten-Noe
Mw. S.A. Splinter-Oostra, voorzitter
Mw. M.G. Versteegen-Oosterveer

Cliëntenberaad

S. Balian
W. Bleije
Mw. C.W.M. Duivenvoorde
Mw. Duivesteijn-van Rooden

Mw. A.R. Hoetmer
Mw. C. van der Hulst
P. Jonker
B. Judels
G. van der Meiden
Mw. W. Morsen
F. Winkel

Klachtencommissie

Mw. M. Pot-van der Mey
mr. F.G.N. Vergeer, voorzitter
Mw. M. Wassenaar
Mw. K.A.E. Lippits, secretaris

Plaatsvervangende leden:

S. Geursen
Mw. C.A.J. Meirink-Blonk
mr. I.W. van Osch, vicevoorzitter
G. Willemsen

Medische Staf

Anesthesiologie

Dr. R.H.W.M. van den Hoogen
K. Liem
P.M. ter Riet
S.F. ter Riet
T.R. Werle
Mw. M.E. van der Wal

Cardiologie

Mw. A. Lorscheid
I. Padmos
Dr. T.J.J. Römer
Dr. A.A. de Rotte

Chirurgie

Dr. R.M. de Bie Leuveling Tjeenk
Dr. W.E. Hueting
Mw. A.J. Ploeg
H. Stigter
Dr. R. Vree

Dermatologie

C.L.A. van Eijk
Mw. Dr. M.J. Herfst
Dr. R.L. van Leeuwen
R.R.M. Tjon Lim Sang

Geestelijke Verzorging

Ds. M. de Leeuw
Dr. A.C. Kooijman

Gynaecologie

F.J.A. Copraij
Mw. J.V.S. van der Does
G.A. van Unnik
F. Vork
Mw. J.M. Williams

Intensive Care

H. Bouter

Interne Geneeskunde en M.D.L.

Ir. H.C. Ablj
E. Batman
Dr. C.H.M. Clemens
Dr. L.F.S.J. Crobach
Dr. W.R. ten Hove
Dr. S.W. Kok
Dr. E.V. Planken
Mw. A.M.C. Witte

KNO-Heelkunde

Dr. C.J. Brenkman
Mw. I.M.J.H. Coene
Dr. F.W.A. Otten

Kindergeneeskunde

Mw. A.J.M. van den Broek
D.A.J.P. Haring
P.H.M. Ooijevaar
Mw. M.E. Poorter
Mw. J.G.C.M. van Zoest

Klinische Chemie

Drs. C. Beijer
Mw. drs. R. Eijkman-Rotteveel

Klinische Farmacie

Dr. R. Fijn
Drs. J.R. Toornvliet

Longziekten

Mw. J. Dolsma
Mw. E.C. van Dooren-Coppens
Mr. H.C.J. van Klink

Medische Microbiologie

Dr. J.J. Kerremans
Mw. Dr. E.M. TerMeer-Veringa

Medische Psychologie

Mw. drs. J.H. van Mullekom
Mw. drs. M.W. Pleket
Mw. dr. A.M. Stradmeijer
Drs. R.A. Wijvekate

Neurologie

Dr. J.L.A. Eekhof
Mw. dr. E. Hoitsma
Mw. dr. M.A. Hoving
R.P.G. Molenaar

Oogheelkunde

W. van den Berg
Mw. C.M.E. Dobbe
Mw. E. Ganteris-Gerritsen
Dr. P.J. Kruit
Mw. dr. M.Th.P. Odenthal

Orthopedische chirurgie

Dr. R. Krips
J.B. Mullers
Dr. H.M. Schüller

Ouderengeneeskunde

Mw. dr. A.W.E. Weverling-Rijnsburger
G. Willemsen

Pathologie

Dr. J.F. Graadt van Roggen
Mw. dr. L.M. Sterk

Plastische chirurgie

D.G. van den Broecke

Radiologie

Drs. T.J.A. Bernt
Mw. M. Feenstra – Holtkamp
W.J. Mees
Mw. M. Pijpers
P.J. Roscam Abbing
L. Spaargaren

Sportgeneeskunde

M.J.M. Verschure

Urologie

H.J. Arendsen
M.T. de Goeij
M.J. Wijffelman

Buitengewone stafleden

Mw. E. Bakhtiari, *arts verstandelijk
gehandicapten*

Dr. M.J. Becker, *medisch microbioloog*

Dr. H.J. Bijlmer, *medisch microbioloog tot
01-11-2011*

Dr. B.A. de Boer, *klinisch chemicus*

K.S. de Boer, *revalidatiearts*

Dr. R.W. Koot, *neurochirurg*

Dr. M.J.A. Malessy, *neurochirurg*

W. Pondaag, *neurochirurg*

Dr. G.L.A. Reijnierse, *klinisch chemicus*

Bijlage 3: Lijst met afkortingen

AO/IC Administratieve Organisatie/Interne Controle.

BHV Bedrijfshulpverlening

CCU Coronary Care Unit

CCKL Coördinatie Commissie t.b.v. de Kwaliteitsbeheersing op het gebied van Laboratoriumonderzoek in de Gezondheidszorg

COW Computer on Wheels

CVA Cerebrovasculair accident

DBC Diagnose Behandeling Combinatie

DOT DBC's Op weg naar Transparantie

EAD Economisch Administratieve Dienst

EPD Elektronisch Patiëntendossier

EVS Elektronisch Voorschrijfsysteem

FWG Functiewaarderingssysteem

GBZ Goed Beheerd Zorgsysteem

HRM Human Resources Management

IC Intensive Care

ICT Informatie- en communicatietechnologie

IFMS Individueel functioneren medisch specialisten

IGZ Inspectie voor de Gezondheidszorg

KCL Klinisch Chemisch Laboratorium

LUMC Leids Universitair Medisch Centrum

MCH Medisch Centrum Haaglanden

MDL Maag, darm, lever

MPZ Milieuplatform Ziekenhuizen

NIAZ Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg

NVTZ Nederlandse Vereniging van Toezichthouders in Zorginstellingen

NZa Nederlandse Zorgautoriteit

OK Operatiekamers

OR Ondernemingsraad

PNIL Personeel Niet In Loondienst

PO&O Personeel, Opleidingen & Organisatie

POS Preoperatief spreekuur

RIS Radiologie Informatiesysteem

VAR Verpleegkundige Adviesraad

VIM Veilig Incidenten Melden

VMS Veiligheidsmanagementsysteem

VWS Volksgezondheid, Welzijn en Sport

WTZi Wet Toelating Zorginstellingen

ZIS Ziekenhuisinformatiesysteem

ZiROP Ziekenhuisrampenopvangplan