



# Jaardocument 2011

Elkerliek ziekenhuis  
Wesselmanlaan 25  
5707 HA Helmond

[www.elkerliek.nl](http://www.elkerliek.nl)



## Voorwoord

Met genoegen presenteren wij u het jaardocument 2011 van het Elkerliek ziekenhuis. Het was een jaar waarin de zorg voor onze patiënten en de organisatieontwikkeling centraal stonden. Vriendelijke en veilige zorg blijft ons motto, waarmee we in 2011 weer meer patiënten geholpen hebben. De ontwikkelingen rond kwaliteitseisen, selectieve inkoop en wijzigingen in financiering vroegen een nog betere focus op kostenontwikkelingen en kwaliteit, alsmede een grote mate van flexibiliteit.

### Successen

In 2011 is het Elkerliek opnieuw aangemerkt als voorkeursziekenhuis voor borstkankerzorg in Zuid-Nederland. De prijs voor het meest gastvrije ziekenhuis van Nederland heeft in 2011 een vervolg gekregen in de vorm van een prijs voor de beste maaltijd. Een prijs die net niet gewonnen is, is de Nationale Patiëntveiligheidsaward. Pas in de slotronde, een internet-stemming, bleek dat een andere instelling meer stemmen had verworven. Desalniettemin zijn we trots op de prestatie. Het MOVE-project, over verificatie van medicatie bij opname, brengt een belangrijke kwaliteitsverbetering. De nationale aandacht past daar bij. Niet onvermeld mag blijven dat het Elkerliek voor het eerst een internationale prijs heeft binnengehaald: de AARP-award werd in Chicago in ontvangst genomen voor het beste beleid voor oudere werknemers.

### Resultaten

Per 1 januari 2011 is de nieuwe organisatiestructuur ingevoerd. De ervaringen zijn positief. Duaal management brengt medische staf en ziekenhuisorganisatie dichter bij elkaar. Het managementteam is sterker dan voorheen gericht op het patiëntgericht organiseren van het primair proces. Afdelingsteams hebben meer ruimte gekregen de eigen werkprocessen te beïnvloeden. Een belangrijke doelstelling is dat werknemers hun functie proactief, zelfstandig en professioneel uitvoeren. Een overgang zoals deze vraagt van allerlei betrokkenen extra inzet: nieuwe werkprocessen en nieuwe samenwerkingsrelaties. Het ontwikkelprogramma voor leidinggevenden heeft het proces een voortvarende start gegeven.

De veranderingen in de financiering van de zorg hebben veel aandacht gevraagd. De bezuinigingen op zich, de onzekerheid over de omvang ervan, de overgang van DBC naar DOT systematiek en de nieuwe honoreringsstructuur waren geen eenvoudige dossiers. Een deel van de noodzakelijke kostenreductie is behaald door het sluiten van een verpleegafdeling. Door de nog steeds toenemende daling van de gemiddelde ligduur van patiënten was het mogelijk een reductie van het aantal bedden te realiseren. Mede door dit initiatief is het ook in 2011 weer gelukt een mooi financieel resultaat van € 3 miljoen te realiseren. Deze resultaten stellen ons in staat te investeren in bijvoorbeeld een nieuwe OK en in het EPD.

De start van de bouw OK/CSA/IC vond ook plaats in 2011. De vernieuwing van de polikliniek Kaakchirurgie is in 2011 afgerond. Een voor het Elkerliek geheel nieuw en zeer geslaagd evenement was de sponsoractie Helmond voor Helmond. De actie is met veel inzet van personen en organisaties buiten het Elkerliek tot stand gekomen. Ruim 70 wielrenners hebben de Mont Ventoux beklommen en hebben zich daarbij laten sponsoren, ten behoeve van de ondersteuning van de oncologische zorg voor patiënten van het Elkerliek. De actie heeft ruim € 250.000 opgeleverd.

### Tenslotte

Vriendelijke en veilige zorg is een zaak van persoonlijke aandacht en deskundigheid. Artsen, medewerkers en niet in de laatste plaats onze ruim 150 vrijwilligers hebben die aandacht gegeven en hun deskundigheid ingebracht. Wij willen hen ook vanaf deze plaats heel hartelijk danken en we spreken de wens uit dat we ook in 2012 weer op hen mogen rekenen.

### Namens de Raad van Toezicht

Drs. P.L.B.A. van Geel, voorzitter

### Namens de Raad van Bestuur

Mevr. mr. W.H. van de Walle-van Veen, voorzitter

Helmond, 7 mei 2012



## Inhoudsopgave

Overzicht gebruikte afkortingen	7
<b>1. Uitgangspunten van de verslaggeving</b>	10
<b>Deel 1 Maatschappelijk verslag</b>	
<b>2. Profiel van de organisatie</b>	14
<b>2.1 Algemene identificatiegegevens</b>	14
<b>2.2 Missie Elkerliek ziekenhuis</b>	15
<b>2.3 Structuur van de organisatie</b>	15
2.3.1 Besturingsmodel	15
2.3.2 Organogram	15
2.3.3 Managementteam	17
2.3.4 Ondersteunende diensten	17
2.3.5 Medezeggenschapsstructuur	18
2.3.6 Toelatingen	18
<b>2.4 Kerngegevens</b>	18
2.4.1 Kernactiviteiten en nadere typering	18
2.4.2 Thuismarkt basiszorg	19
2.4.3 Kerngegevens capaciteit, productie en personeel	19
<b>2.5 Belanghebbenden, relaties en samenwerking</b>	20
<b>3. Bestuur, toezicht, bedrijfsvoering en medezeggenschap</b>	22
<b>3.1 Normen voor goed bestuur</b>	22
<b>3.2 Raad van Bestuur</b>	22
3.2.1 Samenstelling Raad van Bestuur	22
3.2.2 Bezoldiging Raad van Bestuur	23
3.2.3 Genomen besluiten en besproken onderwerpen	23
3.2.4 Overlegvormen	24
<b>3.3 Raad van Toezicht</b>	24
3.3.1 Bezoldiging Raad van Toezicht	25
3.3.2 Vergaderingen en aanwezigheid	25
3.3.3 Taken en verantwoordelijkheden	25
3.3.4 Verslag Raad van Toezicht	25
<b>3.4 Checklist zorgbrede governancecode Elkerliek ziekenhuis</b>	30
<b>3.5 Bedrijfsvoering</b>	39
3.5.1 Planning & Control	39
3.5.2 Administratieve organisatie en verantwoordingsdocument	40
3.5.3 Risicoanalyse	40

<b>3.6</b>	<b>Medezeggenschaps- en adviesorganen</b>	40
3.6.1	Vereniging Medische Staf	40
3.6.2	Cliëntenraad	45
3.6.3	Ondernemingsraad	47
3.6.4	Verpleegkundige Adviesraad	48
<b>4.</b>	<b>Beleid, inspanningen en prestaties</b>	51
<b>4.1</b>	<b>Meerjarenbeleid</b>	51
<b>4.2</b>	<b>Algemeen beleid verslagjaar</b>	53
<b>4.3</b>	<b>Gastvrij Elkerliek</b>	75
<b>4.4</b>	<b>Algemeen kwaliteitsbeleid</b>	76
<b>4.5</b>	<b>Kwaliteitsbeleid ten aanzien van patiënten/cliënten</b>	76
4.5.1	Kwaliteit van zorg	76
4.5.2	Klachten	77
4.5.3	Toegankelijkheid	78
4.5.4	Veiligheid	80
<b>4.6</b>	<b>Kwaliteit ten aanzien van medewerkers</b>	86
4.6.1	Personeelsbeleid	86
4.6.2	Kwaliteit van het werk	89
<b>4.7</b>	<b>Samenleving</b>	90
<b>4.8</b>	<b>Financieel beleid</b>	91
<b>Deel 2</b>	<b>Jaarrekening</b>	98
<b>5.</b>	<b>Jaarrekening 2011</b>	99
<b>5.1</b>	<b>Jaarrekening 2011</b>	99
5.1.1	Balans per 31 december 2011	99
5.1.2	Resultatenrekening over 2011	100
5.1.3	Kasstroomoverzicht over 2011	101
5.1.4	Grondslagen van waardering en resultaatbepaling	102
5.1.5	Toelichting op de balans per 31 december 2011	106
5.1.6	Mutatatieoverzicht immateriële vaste activa	114
5.1.7	Specificatie ultimo boekjaar onderhanden projecten en gereed gekomen projecten	118
5.1.8	Overzicht langlopende schulden ultimo 2011	119
5.1.9	Toelichting op de resultatenrekening over 2011	120
5.1.10	Ondertekening door bestuurders en toezichhouders	126
<b>5.2</b>	<b>Overige gegevens</b>	127
5.2.1	Vaststelling en goedkeuring jaarrekening	127
5.2.2	Statutaire regeling resultaatbestemming	127
5.2.3	Resultaatbestemming	127
5.2.4	Gebeurtenissen na balansdatum	127
5.2.5	Controleverklaring	128

**Figuren en tabellen**

figuur 1	organogram Elkerliek ziekenhuis	16
figuur 2	organogram sector MIT	67
tabel 1	algemene identificatiegegevens Elkerliek ziekenhuis	14
tabel 2	kern- en productiegegevens	20
tabel 3	hoofdfunctie en nevenfuncties Raad van Bestuur	23
tabel 4	hoofdfunctie en nevenfuncties Raad van Toezicht	28
tabel 5	gemiddeld rapportcijfer waardering poliklinieken en afdelingen	54
tabel 6	adherentie Elkerliek ziekenhuis	55
tabel 7	opname aandeel primair verzorgingsgebied Elkerliek ziekenhuis	56
tabel 8	aantal opnamen en eerste consulten Elkerliek ziekenhuis	56
tabel 9	aantal klagers en klachtenaspecten	77
tabel 10	onderwerpen van klachten in percentages	77
tabel 11	wachttijd in weken	79
tabel 12	aantal VIM-meldingen per meldingstype	80
tabel 13	aantal meldingen per score van de risico-matrix	80
tabel 14	ziekteverzuim exclusief zwangerschappen	88
tabel 15	personeelsverloop	89
tabel 16	vacatures in 2011	89
tabel 17	ontwikkeling opbrengsten en kosten	91
tabel 18	specificatie personele kosten	92
tabel 19	specificatie overige bedrijfskosten	92
tabel 20	ontwikkeling productie 2008-2011 in gewogen getallen; A en B segment	93
tabel 21	kerncijfers over de afgelopen vijf jaar	94
tabel 22	kasstroomoverzicht samengevat	94



## Overzicht gebruikte afkortingen

AMK	Advies- & Meldpunt Kindermishandeling
A(N)IOSArts	(niet) in opleiding tot specialist
ARBO	Arbidsomstandigheden
AZZB	Alliantie Ziekenhuizen Zuidoost Brabant
BBL	Beroeps Begeleidende Leerweg
BEA	Bedrijfseconomische Afdeling
BMS	Brabant Medical School
BOL	Beroeps Opleidende Leerweg
BSN	Burger Service Nummer
CAO	Collectieve Arbeidsovereenkomst
CAP	Centrale Ambulance Post
CCU	Cardiac Care Unit
CHP	Centrale Huisartsenpost
COC	Centrale Opleidingscommissie
CPR	Commissie Preventie van Rampen door gevaarlijke stoffen
CSA	Centrale Sterilisatie Afdeling
CQ-index	Consumer Quality Index
CZO	College Ziekenhuis Opleidingen
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
DGVE	Dienst Geestelijke Verzorging en Ethiek
DKS	Document Kwaliteit Systeem
DOT	DBC's Op weg naar Transparantie
DRS	Digitaal Resultatensysteem
EHH	Eerste Hart Hulp
EMD	Elektronisch Medisch Dossier
EPD	Elektronisch Patiënten Dossier
EVD	Elektronisch Voorschrijf Dossier
GAAZ	Geriatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis
GESP	niet-wetenschappelijke participatiestage in de gezondheidszorg
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GGzE	Geestelijke Gezondheidszorg Eindhoven en de Kempen
GGZOB	Geestelijke Gezondheidszorg Oost-Brabant
GHOR	Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen
HAIO	Huisarts In Opleiding
HAP	Huisartsenpost
HASP	Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen Huisarts en Specialist bij verwijzingen
HC	High Care
HKZ	stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector
IC	Intensive Care
ICT	Informatie- en communicatietechnologie
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IKZ	Integraal Kankercentrum Zuid
KNO	Keel Neus Oorheelkunde
LOK	Lichamelijk Onverklaarde Klachten
MBO	Middelbaar Beroepsonderwijs

MEC	Medisch Ethische Commissie
MIP	Meldingen Incidenten Patiëntenzorg
MRI	Magnetische Resonantie Imaging
MRSA	Meticilline Resistente Staphylococcus aureus
NIAZ	Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen
NTS	Nederlands Triage Systeem
NVTZ	Nederlandse Vereniging van Toezichthouders in Zorginstellingen
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
NVZD	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisdirecteuren
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OK	Operatiekamer
OORZON	Onderwijs en Opleidingsregio Zuidoost Nederland
OR	Ondernemingsraad
OVV	Organisatie Vrouwelijke Vrijwilligers
OZIS	Open Zorg Informatie Systeem
PA	Physician Assistant
PACS	Picture Archiving and Communication System
P&O	Personeel & Organisatie
PGS	Publicatiereeks Gevaarlijke stoffen
PTO	Patiënttevredenheidsonderzoek
PwC	Price waterhouse Coopers
RFITT	Radiofrequente Thermo therapie
RGC	Regionaal Geestelijk Gezondheidszorg Centrum
RHV	Regionale Huisartsen Vereniging
RI&E	Risico Inventarisatie & Evaluatie
ROC	Regionaal Opleidingscentrum
RPCP	Regionaal Patiënten en Consumenten Platform
RSVS	Ramp-Slachtoffer-Volgsysteem
RTA	Regionale Transmurale Afspraak
RvB	Raad van Bestuur
SEH	Spoedeisende Hulp
SIRE	Systematische Incident Reconstructie en Evaluatie
SMA	Sportmedische Adviescentrum
TU	Technische Universiteit
UZI	Unieke Zorgverlener Identificatie
VIM	Veilig Incidenten Melden
VMS	Veiligheidsmanagementsysteem
WIP	Werkgroep Infectie Preventie
WESP	Wetenschappelijke participatiestage
WfZ	Waarborgfonds voor de Zorgsector
WGBO	Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst
WZW	Werken Zonder Wachtlijst
ZIROP	Ziekenhuis-Rampen-Opvang-Plan
ZonMw	Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie
SAZ	Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen
VAIO	Verpleeghuisarts in opleiding
VVT	Verpleging, Verzorging, Thuiszorg
ZOP	Zorg Optimalisatieproces



## 1. Uitgangspunten van de verslaglegging

Het Jaardocument 2011 wordt voorafgegaan door een voorwoord van de Raad van Toezicht en de Raad van Bestuur, waarin zij beknopt hun reactie geven op de gebeurtenissen en resultaten in het verslagjaar. Na deze inleiding wordt verder het door VWS voorgeschreven format voor het 'Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording' gevolgd. Onderdeel daarvan is de meer uitgebreide verslaglegging van zowel de Raad van Bestuur als de Raad van Toezicht, de maatschappelijke verantwoording plus de volledige (geconsolideerde) jaarrekening van stichting Elkerliek ziekenhuis. De digitale bijlagen bij dit verslag zijn aangeleverd via de webenquête DigiMV.

De verslagperiode betreft het boekjaar 2011. De reikwijdte betreft de rechtspersoon stichting Elkerliek ziekenhuis. Het jaardocument is als volgt opgebouwd:

- Deel I: Maatschappelijk verslag
  - Hoofdstuk 2: profiel van de organisatie en kerngegevens Elkerliek ziekenhuis.
  - Hoofdstuk 3: onderwerpen betreffende corporate governance; de wijze van besturing en bedrijfsvoering van het ziekenhuis en de wijze waarop de medezeggenschap is geregeld.
  - Hoofdstuk 4: de gerealiseerde prestaties op diverse terreinen en de ontwikkeling van het strategisch beleid 2010-2012.
- Deel II: Jaarrekening
  - Financiële prestaties: jaarrekening 2011 en de toelichting daarop. Een onlosmakelijk onderdeel van het jaardocument is de DigiMV. Deze bevat digitale vragenlijsten waarin de kern- en productiegegevens van het Elkerliek ziekenhuis worden uitgevraagd. De DigiMV en het tekstuele deel van het jaardocument worden jaarlijks geregistreerd bij het CIBG en zijn in te zien via [www.cibg.nl](http://www.cibg.nl).

Naast het jaardocument maakt het Elkerliek ziekenhuis een verkort overzicht van 'feiten & cijfers 2011', dat bij de corporate brochure wordt gevoegd die in 2011 is ontwikkeld. Deze corporate brochure met feiten & cijfers is in gedrukte vorm op te vragen bij het Elkerliek ziekenhuis. Tevens zijn de jaardocumenten, de feiten & cijfers en ook de eerder verschenen jaardocumenten en publieksjaarverslagen van het ziekenhuis digitaal beschikbaar via [www.elkerliek.nl](http://www.elkerliek.nl).

Het Elkerliek ziekenhuis registreert en publiceert de prestatie-indicatoren IGZ. Deze zijn te raadplegen via [www.ziekenhuizentransparant.nl](http://www.ziekenhuizentransparant.nl) en worden van daaruit ingelezen in de DigiMV. De Zichtbare Zorg indicatoren die via het ZiZo-portal worden gepubliceerd en na autorisatie door het Elkerliek ziekenhuis ook overgezet naar de DigiMV. Conform de Wet openbaarmaking uit publieke middelen gefinancierde topinkomens (WOPT) dient elke instelling die overwegend uit publieke middelen is gefinancierd jaarlijks het inkomen per functie te publiceren, indien dat uitgaat boven dat van de ministers (artikel 6 WOPT). Deze gegevens zijn terug te vinden in de jaarrekening en DigiMV. Het Jaardocument 2011 is goedgekeurd door de Raad van Toezicht van het Elkerliek ziekenhuis op 7 mei 2012. De accountantsverklaring is opgenomen bij de jaarrekening.



# **deel 1**

## **maatschappelijk verslag**



## 2. Profiel van de organisatie

Het Elkerliek ziekenhuis is een modern algemeen ziekenhuis dat letterlijk en figuurlijk tussen de mensen staat. Met onder meer een volwaardig dagziekenhuis als tweede en een polikliniek in een gezondheidscentrum als derde locatie, een Spoedeisende Hulp, diverse samenwerkingsverbanden en een geriatrische afdeling (GAAZ), wordt gewerkt voor een gevarieerde patiëntenpopulatie. Met deskundige en professionele medewerkers en met een gastvrijheid die verder reikt dan klantvriendelijkheid, onderscheidt het Elkerliek ziekenhuis zich op het gebied van bejegening, kwaliteit en veiligheid. Het ziekenhuis is sinds oktober 2005 NIAZ-geaccrediteerd. Deze accreditatie is in 2009 succesvol verlengd, met in 2010 een zeer positief resultaat van het voortgangsbezoek van het NIAZ.

### 2.1 Algemene identificatiegegevens

<b>Naam verslagleggende rechtspersoon</b>	stichting Elkerliek ziekenhuis
<b>Postadres</b>	Postbus 98 5700 AB Helmond
<b>Bezoekadres Helmond</b>	Wesselmanlaan 25 5707 HA Helmond T (0492) 59 55 55
<b>Bezoekadres Deurne (dagziekenhuis)</b>	Dunantweg 16 5751 CB Deurne T (0492) 32 88 88
<b>Bezoekadres Gemert (polikliniek)</b>	gezondheidscentrum Palissade Julianastraat 2 5421 DB Gemert T (0492) 59 55 55
<b>Identificatienummer NZa</b>	10-2306
<b>Kamer van Koophandelnummer</b>	41089837
<b>Internet</b>	www.elkerliek.nl
<b>e-mailadres</b>	voorlichting@elkerliek.nl

tabel 1: algemene identificatiegegevens Elkerliek ziekenhuis



## 2.2 Missie Elkerliek ziekenhuis

Het Elkerliek ziekenhuis wil voor de bewoners in het verzorgingsgebied Helmond-Deurne een regionaal ziekenhuis zijn, dat garant staat voor een nagenoeg compleet pakket aan tweedelijns zorg van een uitstekende kwaliteit. Hierbij gaat het ziekenhuis voor 'vriendelijke en veilige zorg'.

Het moet voor de patiënt vanzelfsprekend zijn om voor het Elkerliek ziekenhuis te kiezen, omdat:

- wij de gevraagde zorg leveren;
- die zorg van uitstekende kwaliteit is;
- de patiënt kan rekenen op een persoonlijke benadering.

## 2.3 Structuur van de organisatie

Het Elkerliek ziekenhuis is een stichting. Conform de statuten zijn een Raad van Bestuur en een Raad van Toezicht ingesteld. De Raad van Bestuur draagt de verantwoordelijkheid voor de algemene gang van zaken binnen het ziekenhuis; de realisatie van de doelstellingen, de strategie en de daaruit voortvloeiende resultaten. De Raad van Toezicht houdt toezicht op het functioneren van de stichting. Specifieke taken van de Raad van Toezicht zijn:

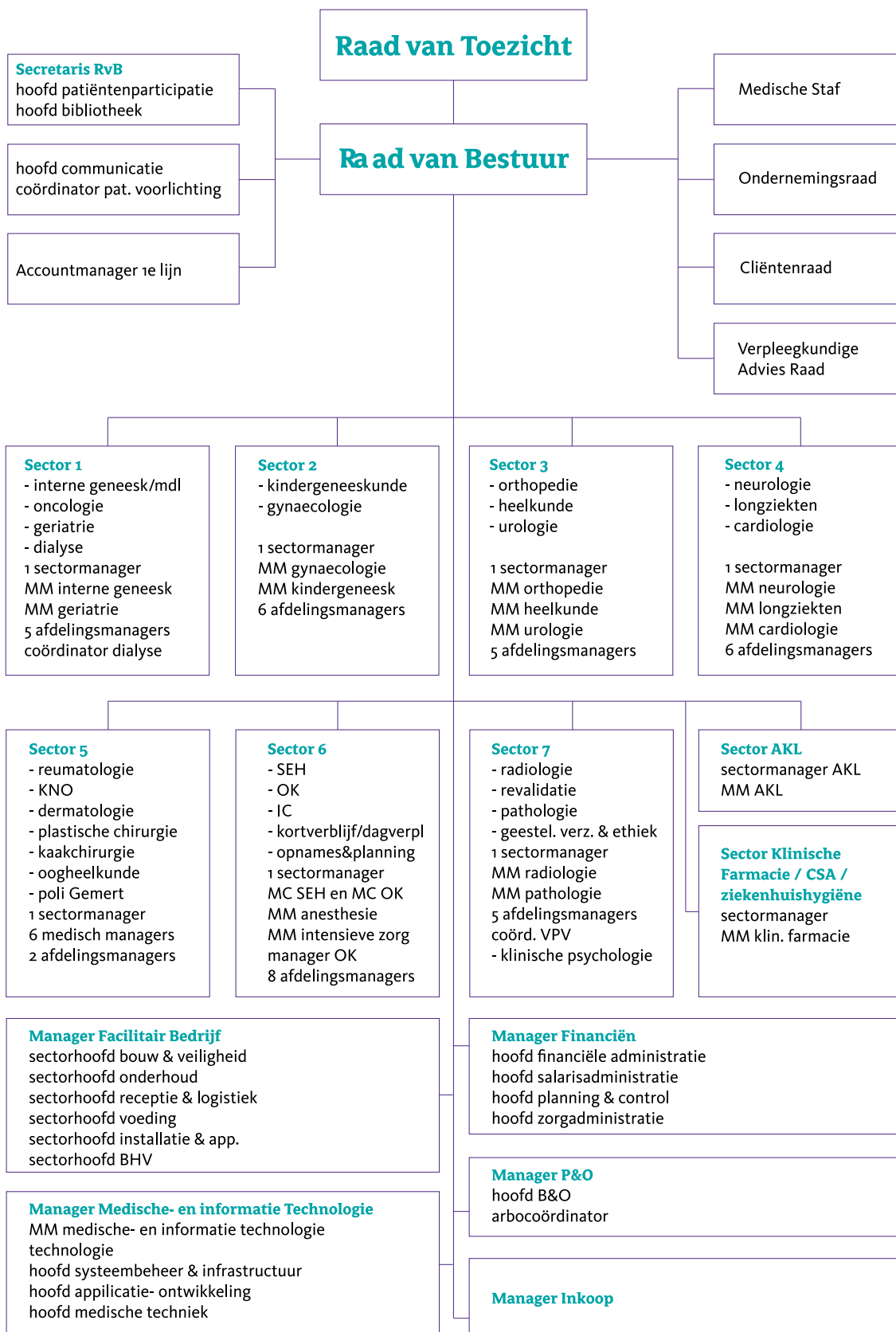
- goedkeuren meerjarenbeleid;
- goedkeuren van de begroting en de jaarrekening;
- benoeming en bezoldiging Raad van Bestuur;
- toezicht houden op het functioneren van de Raad van Bestuur;
- naleving van de uitgangspunten van corporate governance.

### 2.3.1 Besturingsmodel

In januari 2011 is een nieuwe organisatiestructuur ingevoerd in het Elkerliek ziekenhuis. Het decentrale besturingsmodel is gebleven, maar de dienstenstructuur is vervangen door een verdeling in sectoren. Binnen deze structuur van sectoren zijn meerdere disciplines ondergebracht en staan het primaire proces en de medische dienstverlening aan patiënten centraal. Sectormanagers zijn verantwoordelijk voor het functioneren van de sectoren. In de zorgsectoren is sprake van duaal management. De sectormanager werkt hierbij nauw samen met de medisch manager van de maatschap of vakgroep van de verschillende disciplines. Onder de sectormanagers zijn diverse afdelingsmanagers aangesteld.

### 2.3.2 Organogram

Het organogram op de volgende pagina laat de organisatiestructuur zien.



figuur 1: organogram Elkerliek ziekenhuis per 31 december 2011

### 2.3.3 Managementteam

Het Managementteam bestaat op 31 december 2011 uit de sectormanagers, de voorzitter van de Medische Staf, de Raad van Bestuur en de secretaris Raad van Bestuur.

Samenstelling Managementteam op 31 december 2011:

- mevrouw mr. W.H. van de Walle-van Veen, voorzitter Raad van Bestuur
- drs. C.A. Wolse, lid Raad van Bestuur
  
- Mevrouw drs. S.E.P.A. van Amelsfoort, sectormanager Zorg
- R.G.M.H. Bonnier, sectormanager Zorg
- ing. M. Coenen RE CISA, manager Medische & Informatietechnologie (MIT)
- ing. F.C.P. van Dijk MFM, manager Facilitair Bedrijf
- mr. B.J. Groenink MA, secretaris Raad van Bestuur
- mevrouw drs. J.E. Haartsen, voorzitter Medische Staf
- J.A.M. op 't Hoog, sectormanager Zorg
- mevrouw drs. M.E.L.M. van den Hurk, manager Personeel & Organisatie
- J.H.J.M. Jeurissen, manager Financiën
- drs. O.C.M.J. Kee, sectormanager Zorg
- A.B.M. Smetsers MBZD, sectormanager Zorg
- drs. M. Varekamp, sectormanager Zorg
- mevrouw drs. W.W.C.G. Wils, sectormanager Zorg

### Duaal management

Medisch specialisten hebben een grote rol, zo niet de grootste rol bij de inrichting/sturing van de zorgprocessen. Wil het Elkerliek slagvaardig en wendbaar zijn, dan moeten medisch specialisten actief participeren bij het inrichten van de zorgprocessen om daarmee ook de verantwoordelijkheid te dragen voor het proces. Door de integrale verantwoordelijkheid voor de organisatie en het beheer van het zorgproces neer te leggen bij een sectormanager en een medisch manager, wordt beoogd zorgprocessen zo doelmatig en zo doeltreffend mogelijk in te richten binnen de gestelde kwaliteitseisen. Binnen de staf bestaat een groot draagvlak voor het duaal management dat in 2011 is geformaliseerd. De sectoren zijn zo ingedeeld dat de poliklinieken en verpleegafdelingen van eenzelfde specialisme in één sector zijn ondergebracht. Hierdoor zijn de sectormanager en de medisch manager een duidelijk aanspreekpunt voor vakgroepen en maatschappen. Dit komt de afstemming tussen medisch specialisten en ziekenhuisorganisatie wat betreft de zorginhoud, de productie, de samenwerking, de medische investeringen, de personele en materiële middelen, ten goede. Meer hierover leest u in paragraaf 4.2 en 4.6.

### 2.3.4 Ondersteunende diensten

In 2011 zijn de volgende ondersteunende stafafdelingen te onderscheiden:

- Financiën
  - Salarisadministratie
  - Financiële administratie
  - Planning & Control
  - Zorgadministratie
- Facilitair Bedrijf
  - Bouw & Veiligheid
  - Onderhoud

- Receptie & Logistiek
- Voeding
- Installatie & apparatuur
- BHV
- Servicepunt
- Medische & Informatietechnologie (MIT)
  - Systeembeheer & Infrastructuur
  - Functioneel applicatiebeheer
  - Applicatieontwikkeling
  - Medische Techniek
- Inkoop
- Personeel & Organisatie
  - Beleid & Organisatie
- Dienst Geestelijke Verzorging & Ethiek
- Algemeen beheer
  - Medische Bibliotheek
  - Patiëntenparticipatie
  - Communicatie
  - Patiëntenvoorlichting

#### **2.3.5 Medezeggenschapsstructuur**

Het Elkerliek ziekenhuis kent als adviesorganen een Ondernemingsraad, een Stafbestuur en Kernstaf die de Medische Staf vertegenwoordigen, een Cliëntenraad en een Verpleegkundige Adviesraad. Voor de werkwijze van de medezeggenschaps- en adviesorganen wordt verwezen naar paragraaf 3.6.

#### **2.3.6 Toelatingen**

In de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) worden academische, algemene en categorale ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra instellingen voor medisch-specialistische zorg (IMSZ) onderscheiden. Het Elkerliek ziekenhuis is een algemeen ziekenhuis in de zin van de WTZi.

### **2.4 Kerngegevens**

#### **2.4.1 Kernactiviteiten en nadere typering**

Het Elkerliek ziekenhuis is een algemeen ziekenhuis dat medisch specialistische zorg verleent. De diverse specialismen zorgen voor diagnostiek, behandeling en nazorg, met daaraan gerelateerde verpleging en verzorging.

Het Elkerliek ziekenhuis beschikt over de volgende specialismen:

- Anesthesiologie
- Cardiologie
- Dermatologie
- Gynaecologie en Verloskunde
- Heelkunde (Chirurgie)
- Interne geneeskunde en
- Maag- en darm-leverziekten

- Intensieve geneeskunde
- Kaakchirurgie en mondziekten
- Keel-neus-oorheelkunde
- Kindergeneeskunde
- Klinische chemie
- Klinische farmacie
- Klinische fysica
- Klinische geriatrie
- Longgeneeskunde
- Medische microbiologie
- Medische psychologie
- Neurologie en Neurochirurgie
- Nucleaire geneeskunde
- Oogheelkunde
- Orthopedie
- Pathologie
- Plastische chirurgie
- Radiologie
- Reumatologie
- Revalidatiegeneeskunde
- Sportgeneeskunde
- Urologie

#### **2.4.2 Thuismarkt basiszorg**

Het Elkerliek ziekenhuis is gevestigd in Helmond met locaties in Deurne en Gemert. Bloedafnameposten van het Elkerliek zijn te vinden op 27 locaties. De regio Helmond, Deurne, Laarbeek en Gemert-Bakel wordt gezien als de 'thuismarkt' of wel het verzorgingsgebied voor de basiszorg. Dit betreft een inwonertal van ruim 170.000 inwoners. Het buitengebied bestaat uit Asten, Boekel, Geldrop-Mierlo, Helden, Meijel en Someren. Dit betreft zo'n 108.000 inwoners.

#### **2.4.3 Kerngegevens capaciteit, productie en personeel**

Het Elkerliek ziekenhuis maakte in 2011 een groei door. Het aantal eerste polikliniekbezoeken is toegenomen met ruim 3% en komt uit op 118.784. Het aantal dagopnamen stijgt met 5,6% naar 18.146 en het aantal opnamen met 6% naar 19.615. In onderstaande tabel is een aantal kerngegevens opgenomen van het Elkerliek ziekenhuis. De financiële bedrijfsgegevens staan in paragraaf 4.8. De kerngegevens zijn tevens beschikbaar via de DigiMV.

<b>kerngegevens</b>	<b>aantal/bedrag</b>
<b>Capaciteit</b>	
Aantal erkende bedden	494
Gemiddeld aantal bedden beschikbaar	408
<b>Personeel</b>	
Aantal personeelsleden in loondienst op 31 december excl. medisch specialisten	2.176
Aantal fte personeelsleden in loondienst op 31 december excl. medisch specialisten	1.299
Aantal medisch specialisten op 31 december	139
Aantal fte medisch specialisten op 31 december	120
<b>Bedrijfsopbrengsten</b>	
Totale bedrijfsopbrengsten:	€ 129.364.824
- waarvan wettelijk budget voor aanvaardbare kosten	€ 74.073.273
• waarvan B-segment	€ 42.813.703
• waarvan overige bedrijfsopbrengsten	€ 12.477.848
<b>productiegegevens</b>	
Totaal aantal geopende DBC's	166.365
• waarvan B-segment	45.344
Gemiddeld percentage verkeerd-bed-patiënten	2,1%
Aantal opnamen excl. overnamen en dagverpleging	19.615
Aantal eerste polikliniekbezoeken	118.784
Aantal overige polikliniekbezoeken	192.261
Aantal dagverpleegdagen	18.146
Aantal klinische verpleegdagen	95.373

tabel 2: kern- en productiegegevens (2011)

## 2.5 Belanghebbenden, relaties en samenwerking

De primaire belanghebbenden van het Elkerliek zijn patiënten en medewerkers van het ziekenhuis. Dit wordt bepaald door het intrinsieke bestaansrecht van het Elkerliek: het leveren van zorg. In de strategie en het beleid van het Elkerliek staat de patiënt centraal. Naast deze interne belanghebbenden kent het Elkerliek ook een groot aantal externe stakeholders:

- patiëntenorganisaties;
- huisartsen en andere verwijzers;
- zorgverzekeraars;
- overheid en inspecties;
- andere zorgaanbieders;
- overige instanties en bedrijven;
- inwoners van het adherentiegebied;
- omwonenden.

Een van de speerpunten uit het beleidsplan 2010-2012 is dat het Elkerliek kiest voor gerichte samenwerking. In hoofdstuk 4 worden daarom de samenwerkingsverbanden met huisartsen en andere verwijzers, VVT, thuiszorg, revalidatie instellingen, andere ziekenhuizen en diagnostische dienstverleners toegelicht. In deze paragraaf komen partijen aan bod met wie het Elkerliek samenwerkt, voor zover deze elders in dit jaardocument niet (voldoende) aan de orde komen.

#### **Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen**

Het Elkerliek is lid van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ). De NVZ richt zich als brancheorganisatie van de ziekenhuizen primair op de collectieve behartiging van zorginhoudelijke, sociale en economische belangen van de leden.

#### **Stichting Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen**

Het Elkerliek is aangesloten bij de Stichting van Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen (SAZ). Bij de SAZ zo'n 40 kleinere en middelgrote algemene ziekenhuizen aangesloten. De SAZ behartigt de gezamenlijke belangen van de leden.

#### **Overige (toezichthoudende) instanties**

Verder onderhoudt het ziekenhuis relaties met onder meer:

- Gemeenten Helmond en Deurne: bouwactiviteiten, vergunningen, parkeren, etc.;
- (Regionale) Inspectie voor de Gezondheidszorg: reguliere bezoeken, meldingen, overleg, prestatie-indicatoren, thematisch toezicht;
- Ministeries (VWS, SZW);
- Arbeidsinspectie: bezoeken en controles ten aanzien van werkomstandigheden, werktijden en Arbo-regelgeving;
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZa): overleg over bekostigingsvraagstukken en samenwerking;
- Voedsel- en Warenautoriteit.

### **3. Bestuur, toezicht, bedrijfsvoering en medezeggenschap**

#### **3.1 Normen voor goed bestuur**

De zorgbrede governancecode van de brancheorganisatie Zorg is voor de Raad van Toezicht en de Raad van Bestuur de leidraad als het gaat om goed bestuur, goed toezicht en het afleggen van adequate verantwoording. De Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht zijn zich bewust van de bijzondere maatschappelijke verantwoordelijkheid van het ziekenhuis. Dat betekent dat de beschikbare middelen aangewend moeten worden om het beoogde resultaat te halen, met inachtneming van de gangbare kwaliteitseisen en transparantie. De bestaande governance afspraken zijn getoetst aan het toezichtskader zoals dat is vastgelegd door de Brancheorganisaties in de zorg (BOZ). De code heeft tot een aanpassingen geleid in de honoreringsregeling voor toezichthouders. Ook is een klokkenluidersregeling ingevoerd.

Bij het formuleren van het beleid staan wensen en behoeften van de patiënt centraal. Om deze wensen en behoeften goed in beeld te brengen, worden ondermeer patiënttevredenheidsmetingen gehouden, is er contact met patiëntenverenigingen en Zorgbelang en wordt de Cliëntenraad betrokken bij veel ontwikkelingen. Voorbeeld daarvan is de actieve inbreng van de Cliëntenraad in diverse commissies.

In het beleidsplan 2010-2012 'Elkerliek kiest' geeft het ziekenhuis nadrukkelijk aan wie het beschouwt als de belanghebbenden. In de eerste plaats is dit de patiënt, daarnaast zijn het de huisartsen, de overige zorgaanbieders in de regio, de eigen medewerkers, medisch specialisten en de zorgverzekeraars.

Verantwoording aan belanghebbenden wordt onder andere afgelegd met dit jaardocument. Daarnaast wordt transparantie nagestreefd door informatie te verstrekken via diverse overlegvormen met belanghebbenden en voor een brede doelgroep via de website en andere uitingen. Daar zijn bijvoorbeeld terug te vinden: de IGZ prestatie-indicatoren, informatie met betrekking tot patiënttevredenheid en toegangstijden.

#### **3.2 Raad van Bestuur**

##### **3.2.1 Samenstelling Raad van Bestuur**

De Raad van Bestuur van het Elkerliek ziekenhuis bestaat uit twee personen. Mevrouw mr. W. H. van de Walle-van Veen is voorzitter en de heer drs. C.A. Wolse is lid van de Raad van Bestuur.

De functies en nevenactiviteiten van de leden van de Raad van Bestuur op 31 december 2011 staan vermeld in het volgende schema.



Naam	Geslacht	Hoofdfunctie en relevante nevenfuncties
mr. W.H. van de Walle-van Veen	V	<p><b>Hoofdfunctie:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Voorzitter Raad van Bestuur Elkerliek ziekenhuis</li> </ul> <p><b>Nevenfuncties:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Voorzitter Raad van Commissarissen Stichting zorgverwijzing Zuidoost Brabant</li> <li>• Lid Raad van Commissarissen Rabobank Helmond</li> <li>• Lid Bestuur Vereniging Bestuurders Curatieve Zorg</li> <li>• Arbiter Governance Commissie Scheidsrecht Gezondheidszorg</li> <li>• Voorzitter Raad van Toezicht Stichting De Waalboog Nijmegen</li> </ul>
drs. C.A. Wolse	M	<p><b>Hoofdfunctie:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lid Raad van Bestuur Elkerliek ziekenhuis</li> </ul> <p><b>Nevenfuncties:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Voorzitter Adviesraad PAMM</li> <li>• Lid bestuur stichting Sportfonds Helmond</li> <li>• Voorzitter Raad van Toezicht Clinicpartner NL</li> </ul>

tabel 3: hoofdfunctie en nevenfuncties Raad van Bestuur per 31 december 2011

### 3.2.2 Bezoldiging Raad van Bestuur

Op de bezoldiging van de Raad van Bestuur is de Wet Openbaarmaking uit Publieke middelen gefinancierde Topinkomens (WOPT) van toepassing. De bezoldiging van een van de leden van de Raad van Bestuur is conform de arbeidsovereenkomst aangepast. De bezoldiging van de voorzitter is ongewijzigd gebleven. In de jaarrekening is een nadere uitwerking opgenomen. De bezoldiging van de bestuurders behoort tot de portefeuille van de voorzitter en de vicevoorzitter van de Raad van Toezicht. Definitieve besluitvorming vindt plaats door de voltallige Raad van Toezicht. Bezoldiging van de Raad van Bestuur vindt plaats op basis van de adviesregeling van de NVZD. De honorering is in 2011 opnieuw getoetst aan de regelgeving en als passend beoordeeld.

### 3.2.3 Genomen besluiten en besproken onderwerpen

De Raad van Bestuur vergadert tweewekelijks in aanwezigheid van de secretaris van de Raad van Bestuur. De vergaderingen hebben een besluitvormend, een opiniërend en een informerend gedeelte. Onderwerpen met een besluitvormend karakter zijn onder meer die onderwerpen, die in het kader van de medezeggenschap, door de Ondernemingsraad en/of Cliëntenraad instemmings- of adviesplichtig zijn.

Opiniërend is gesproken over Veiligheidsmanagement, ICT-beleid, de jaargesprekken met de maatschappijen, het kwaliteitsbeleid, de regionale ontwikkeling, positionering in NVZ en SAZ, de samenwerking met zorgaanbieders in de eerste en derde lijn, medisch technologische ontwikkelingen en capaciteits- en financiële vraagstukken. Verder werden de monitoringsgesprekken en gesprekken over resultaatovereenkomsten, in het kader van het jaarplan en de begrotingscyclus, met de sectorhoofden en medisch managers voorbereid.

Besluiten die de Raad van Bestuur in 2011 heeft genomen betreffen onder andere:

- bouw kraamsuites;
- invoering klokkenluidersregeling;
- uitvoering project bedside-terminal;
- oprichting Stichting 'Vrienden van het Elkerliek';
- intentieverklaring en visiedocument geboortecentrum Helmond ;
- verbeterplan Dialysecentrum Deurne;
- beddenreallocatie;
- opleidingsbeleid;
- verkoop grond Deurne;
- samenwerkingsovereenkomst Zorgboog – Elkerliek;
- projectplan High Risk Medicatie;
- EVS-projectplan;
- palliatieve zorg;
- financieringsarrangement ten behoeve van diverse investeringen;
- diverse interne verbouwingen, o.a. balie centrale hal Helmond;
- organisatiewijziging MIT;
- benoeming medisch managers;
- wasserij;
- begroting jaarplan 2012;
- besluit en aanbesteding nieuwbouw OK, CSA en IC.

#### **3.2.4 Overlegvormen**

De Raad van Bestuur vergadert tweewekelijks met het Managementteam. Dit overleg heeft een beleidsvoorbereidend karakter. Tevens heeft de Raad van Bestuur tweewekelijks overleg met het bestuur Medische Staf en neemt de Raad van Bestuur deel aan de algemene vergadering van de Kernstaf. Tevens woont de Raad van Bestuur de vergadering van de Kernstaf periodiek bij. Daarnaast vindt regulier overleg plaats met de Ondernemingsraad, de Cliëntenraad en de Verpleegkundige Adviesraad.

#### **3.3 Raad van Toezicht**

De Raad van Toezicht van het Elkerliek ziekenhuis bestaat in beginsel uit zeven personen. Vanwege de voorbereiding van de opvolging van de voorzitter bestond de Raad gedurende een korte overgangperiode uit acht leden. De samenstelling van de Raad van Toezicht was op 31 december 2011 als volgt:

- mr. W.J.B.M. van Elk, voorzitter
- J.H. van der Steen, vicevoorzitter
- prof. dr. W.A.J. van Daal
- mevrouw M. Jonkers-Goedhart
- R.A.C. van Heugten
- mevrouw J. Nogarede-Hoekstra MA
- drs. W.R. den Hartog
- drs. P.L.B.A. van Geel

De Raad van Toezicht heeft een auditcommissie ingesteld, waarin de heer Van der Steen en de heer Den Hartog zitting hebben.

### 3.3.1 Bezoldiging Raad van Toezicht

De bezoldiging van een van de leden van de Raad van Toezicht is conform de beloningscode van de NVTZ. De bedragen zijn in de jaarrekening opgenomen.

### 3.3.2 Vergaderingen en aanwezigheid

De Raad van Toezicht heeft in 2011 zes maal vergaderd, steeds in aanwezigheid van de voltallige Raad van Bestuur. De vergaderingen werden voorbereid in een agendaoverleg tussen de voorzitter en de vicevoorzitter van de Raad van Toezicht en de Raad van Bestuur.

De heren Van Elk, Van der Steen, Den Hartog en Vlugt (tot 1 juni 2011) alsmede mevrouw Nogarede waren gedurende hun respectievelijke zittingsperiode bij iedere vergadering aanwezig. De heer Van Heugten was tweemaal afwezig, de heer Van Daal alsmede mevrouw Jonkers-Goedhart eenmaal.

### 3.3.3 Taken en verantwoordelijkheden

De Raad van Toezicht laat zich bij haar werkzaamheden leiden door de governancecode, hetgeen onder meer betekent dat de Raad van Toezicht toezicht houdt op het functioneren van de stichting en de Raad van Bestuur controleert en adviseert omtrent:

- de realisatie van de doelstellingen van de stichting;
- de kwaliteit van de zorg;
- de strategie en de risico's verbonden aan de ondernemingsactiviteiten;
- de opzet en werking van interne risicobeheersing en controlesystemen;
- het financiële proces van verslaglegging;
- de naleving van wet- en regelgeving.

Daarnaast rekent de Raad van Toezicht het tot zijn taak en verantwoordelijkheid om:

- toe te zien op het functioneren van de Raad van Bestuur;
- te functioneren als klankbord voor de Raad van Bestuur;
- het eigen functioneren te toetsen;
- statutaire taken te verrichten, zoals het goedkeuren van de jaarrekening en begroting.

### 3.3.4 Verslag Raad van Toezicht

Met inachtneming van bovenstaande heeft de Raad van Toezicht in het verslagjaar onderstaande werkzaamheden verricht.

#### Verantwoording

Tijdens de vergaderingen legt de Raad van Bestuur verantwoording af door middel van een Bestuursverslag over de voorgaande periode. Tevens komen plannen, projecten en uiteenlopende in- en externe ontwikkelingen aan de orde.

#### Overleg extern accountant

Tijdens de meivergadering heeft de externe accountant verslag uitgebracht over de jaarrekening 2010. De Raad van Toezicht heeft de Raad van Bestuur décharge verleend voor de jaarrekening. De managementletter van de accountant wordt zowel besproken in de auditcommissie als in de voltallige Raad van Toezicht.

### **Functioneringsgesprekken Raad van Bestuur**

De voorzitter en één lid van de Raad van Toezicht hebben een functioneringsgesprek gevoerd met zowel de voorzitter als met het lid van de Raad van Bestuur. Van de gesprekken is een schriftelijk verslag gemaakt.

### **Functioneren Raad van Toezicht**

De Raad van Toezicht evalueert haar eigen functioneren aan de hand van onder meer een systematische vragenlijst. De bevindingen, conclusies en vervolgafspraken zijn schriftelijk vastgelegd.

Zowel de leden van de Raad van Toezicht als de Raad van Bestuur maken hun activiteiten en nevenactiviteiten openbaar om mogelijke belangenverstremming tijdig te kunnen vermijden.

### **Auditcommissie**

Het doel van de auditcommissie is de Raad van Toezicht te ondersteunen bij zijn toezicht op het financiële beleid en beheer, en meer specifiek ten aanzien van:

- het systeem van de interne risicobeheersing;
- de financiële verslaglegging van de stichting;
- de interne controle en externe audit;
- het proces waarmee de stichting de naleving van wetten, regelgeving en de governancecode op het gebied van financiën bewaakt;
- de selectie van de door de Raad van Toezicht te benoemen externe accountant.

De taak van de commissie is de Raad van Toezicht te ondersteunen door voorbereidende werkzaamheden te verrichten voor de vergaderingen van de Raad van Toezicht en de Raad van Bestuur te adviseren over de hiervoor genoemde zaken.

### **Benoeming nieuwe leden**

Nieuwe leden van de Raad van Toezicht worden conform het reglement geselecteerd aan de hand van een competentieprofiel. In het verslagjaar is een tweetal nieuwe leden geworven. De voorzitter, de heer Van Elk, en een lid, de heer Van Daal, hebben op 31 december 2011 hun maximale zittingsperiode bereikt. Aan de hand van het profiel is een wervingsadvertentie opgesteld, die is gepubliceerd in de landelijke en regionale media. De wervingsprocedure heeft geleid tot de selectie van een tweetal nieuwe toezichthouders. De heer Van Geel is per 1 december 2011 aangetreden als lid van de Raad en is beoogd voorzitter per januari 2012. De heer drs. F.J.M. Croonen is in dezelfde procedure geselecteerd als lid met de portefeuille zorg. Hij is aangetreden met ingang van 1 januari 2012. De voorgenomen benoeming van de kandidaten is met positief gevolg voorgelegd aan de OR, de Cliëntenraad en het Stafbestuur.

### **Statutaire taken**

Tijdens de meivergadering van de Raad van Toezicht is de jaarrekening 2010 goedgekeurd en de door de accountant uitgebrachte managementletter besproken. Deze onderwerpen zijn behandeld in aanwezigheid van de externe accountant. In een extra vergadering aan het einde van het jaar werd de begroting 2012 gepresenteerd. Gezien de bezuinigingsmaatregelen van het Ministerie van VWS alsmede de onduidelijkheid over de productieafspraken 2012 is de begroting 'voorlopig' vastgesteld, met de afspraak in april 2012 tot een definitieve begroting te komen.

### **Overigen in het kader van integraal toezicht**

Verschillende delegaties uit de Raad van Toezicht hebben overlegvergaderingen van de Raad van Bestuur met OR, Cliëntenraad en Stafbestuur bijgewoond.

In de vergaderingen van de Raad van Toezicht zijn onder meer aan de orde gekomen:

- visiedocument Veiligheidsmanagementsysteem;
- aanbesteding en financiering nieuwbouw OK, IC en CSA;
- actuele ontwikkelingen in het Facilitair Bedrijf;
- jaarrekening 2010 en begroting 2011;
- beddenreallocatie;
- ontwikkelingen binnen en tussen diverse maatschappen;
- tussentijdse managementinformatie;
- informatiebeveiliging
- klokkenluidersregeling;
- statuut raad van bestuur;
- jaardocument 2010;
- begroting 2012;
- oprichting stichting Vrienden van het Elkerliek;
- diverse rapportages van contacten met de Inspectie Gezondheidszorg.

Op de volgende pagina wordt een overzicht gegeven van de leden van de Raad van Toezicht (per 31 december 2011), het jaar van benoeming, termijn, deskundigheid en hoofd- en nevenfuncties.

Naam Toezichthouder	Geslacht	Jaar 1e benoeming	Bezoldiging	Deskundigheid op specifieke gebieden	Hoofdfunctie en relevante Nevenfuncties
Mr. W.J.B.M. van Elk, voorzitter	M	2002 (tweede termijn)	€ 12.000,-	Bestuurder	<p><b>Hoofdfunctie:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Voormalig Burgemeester van de Gemeente Helmond</li> </ul> <p><b>Nevenfuncties:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Voorzitter Stichting Thomas van Villanova (Thuisloenzorg) (Eindhoven)</li> <li>• Commissaris Tuinbouw Ontwikkelingsmaatschappij (Den Bosch)</li> <li>• Commissaris Stalux Beheer B.V. (Eindhoven)</li> <li>• Commissaris Pala Holding B.V. (BMW personenauto's) (Eindhoven)</li> </ul>
J. Nogarede- Hoekstra MA	M	2011 (eerste termijn)	€ 8000,-	Kwaliteit van Zorg	<p><b>Hoofdfunctie:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manager bedrijfsvoering OK/CSA CWZ Nijmegen</li> </ul> <p><b>Nevenfunctie:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Auditor NIAZ</li> </ul>
Drs. W.R. den Hartog	M	2011 (eerste termijn)	€ 5.834	Financiën	<p><b>Hoofdfunctie:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zelfstandig adviseur</li> </ul> <p><b>Nevenfuncties:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Voorzitter werkgroep Zorg van de Raad voor de Jaarverslaglegging</li> </ul>
Prof. dr. W.A.J. van Daal	M	2003 (tweede termijn)	€ 8.000	Zorg	<p><b>Hoofdfunctie:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Emeritus hoogleraar radiotherapie Radboud Universiteit Nijmegen</li> </ul> <p><b>Nevenfuncties:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Voorzitter Vereniging van eigenaren Centuriaehof</li> </ul>

Naam Toezichthouder	Geslacht	Jaar 1e benoeming	Bezoldiging	Deskundigheid op specifieke gebieden	Hoofdfunctie en relevante Nevenfuncties
Drs. P.L.B.A. van Geel	M	2011 (eerste termijn)	€ 667,-	Openbaar bestuur	<p><b>Nevenfuncties:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Voorzitter Bestuur Nederlandse Algemene Keuringsdienst ( NAK)</li> <li>• Voorzitter Raad van Toezicht NTR</li> <li>• Lid Raad van Commissarissen Luchtverkeersleiding Nederland</li> <li>• Voorzitter Raad van Toezicht Koninklijke Kentalis</li> <li>• Voorzitter Raad van Toezicht Ons Middelbaar Onderwijs</li> <li>• Lid Raad van Commissarissen Goede Doelen Loterijen</li> <li>• Lid Raad van Commissarissen COVRA</li> <li>• Lid Raad van Toezicht FRES</li> </ul>
M. Jonkers- Goedhart	V	2005 (tweede termijn)	€ 8000,-	Bestuurder/ Zorg	<p><b>Hoofdfunctie:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zelfstandig ondernemer</li> </ul>
J.H. van der Steen	M	2007 (eerste termijn)	€ 10.000,-	Advies en interim- management	<p><b>Hoofdfunctie:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zelfstandig adviseur</li> </ul> <p><b>Nevenfuncties:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lid comité van Aanbeveling Stichting Rolstoelmeerdaagse</li> <li>• Voorzitter coöperatie PION (Platteland In Ontwikkeling)</li> <li>• Lid College van Advies IVOD (OMO)</li> <li>• Lid Raad van Advies Cultuur Centrum Deurne</li> </ul>
R.A.C. van Heugten	M	2009 (eerste termijn)	€ 8000,-	Bestuurder	<p><b>Hoofdfunctie:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lid Gedeputeerde Staten Provincie Noord-Brabant</li> </ul> <p><b>Nevenfuncties:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bestuurslid stichting gehandicaptenzorg gewest Helmond</li> </ul>

tabel 4: hoofdfunctie en nevenfuncties Raad van Toezicht op 31 december 2011

**3.4 Checklist zorgbrede governancecode Elkerliek ziekenhuis**

<p><b>Aanbevelingen</b></p> <p><b>1. Verantwoording</b></p>	<p><b>Status<sup>1</sup></b></p>
<p><b>1.1 De zorgorganisatie als zorgonderneming met een bijzondere maatschappelijke verantwoordelijkheid</b></p>	
<p>1. De zorgorganisatie realiseert als zorgonderneming met een bijzondere maatschappelijke verantwoordelijkheid verantwoorde en resultaatgerichte zorg. Zij draagt daarbij zorg voor een doelmatige en transparante bedrijfsvoering.</p> <p>2. Het feit dat de zorgorganisatie een zorgonderneming met een bijzondere maatschappelijke verantwoordelijkheid is, blijkt uit het hanteren van (tenminste) de volgende uitgangspunten:</p> <p>a. de zorgorganisatie stelt de patiënt/cliënt en diens gerechtvaardigde wensen en behoeften bij de zorgverlening centraal;</p> <p>b. de zorgverlening geschiedt zodanig dat de daartoe beschikbaar staande middelen zo effectief en doelmatig mogelijk aangewend worden;</p> <p>c. de door of vanuit de zorgorganisatie geleverde zorg voldoet aan eigentijdse kwaliteitseisen.</p>	<p>Bij de besturing van de organisatie wordt gebruik gemaakt van het INK-management-model, de Planning en Controlcyclus waar resultaatovereenkomsten met sectormanagers onderdeel van uitmaken, de jaarverslaglegging, prestatie-indicatoren, het toepassen van de governancecode, ZN-indicatoren, indicatoren voor verantwoorde zorg, het investeringsbeleid en het inzicht in kostprijzen DBC's.</p> <p>Patiënttevredenheidsonderzoek (NVZ), spiegelgesprekken, klinische paden, klantenpanels, Cliëntenraad. Imago-onderzoek onder inwoners en huisartsen in het adherentiegebied. Zorgpaden, investeringsbeleid, jaarplannen en begrotingscyclus, inzicht in kostprijzen DBC's, resultaatovereenkomsten, inkoopbeleid.</p> <p>Visitaties, certificering, NIAZ-accreditatie, IGZ, prestatie-indicatoren.</p>
<p><b>1.2 Invloed en betrokkenheid van belanghebbenden bij het beleid van de zorgorganisatie</b></p>	
<p>1. De zorgorganisatie heeft een beleid voor de dialoog met de belanghebbenden die actief zijn binnen zijn verzorgingsgebied. In het kader van dat beleid stelt de zorgorganisatie vast:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• wie (in beginsel) de belanghebbenden van de zorgorganisatie zijn;</li> <li>• waarover aan deze belanghebbenden informatie wordt gegeven en hoe de zorgorganisatie de door haar gewenste inbreng bij beleidsontwikkeling organiseert.</li> </ul> <p>2. De relevante belanghebbenden worden door de zorgorganisatie in elk geval geraadpleegd over de volgende onderwerpen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• de vaststelling of wijziging van de missie, doelstelling of grondslag van de zorgorganisatie;</li> </ul>	<p>De belanghebbenden worden beschreven in het beleidsplan. Er zijn samenwerkingsverbanden met andere zorgaanbieders: eerste lijn, stichting transmurale zorg (Quartz), GGZ, verpleeg- en thuiszorgorganisaties, collega-ziekenhuizen, ambulancedienst (CPA), Sanquin, zorg voor verstandelijk gehandicapten en ook met gemeenten, GHOR en zorgverzekeraars. Met deze verschillende belanghebbenden wordt regulier overleg gevoerd.</p> <p>Vastgelegd in de statuten van de Stichting: OR, Medische Staf, Cliëntenraad en Verpleegkundige Adviesraad.</p> <p>Idem.</p>

<sup>1</sup>Leeswijzer: Bronnen worden slechts dan vermeld indien item conform de aanbeveling van de governance code wordt beschreven en nageleefd.



<ul style="list-style-type: none"> <li>• het overdragen van de zeggenschap over de zorgorganisatie of over een belangrijk deel daarvan en over besluiten tot fusie of tot het aangaan of verbreken van een duurzame samenwerking met een andere zorgorganisatie;</li> <li>• opheffing of een belangrijke inkrimping van dan wel belangrijke uitbreiding van de werkzaamheden van de zorgorganisatie, besluiten tot concentratie of deconcentratie van de zorgorganisatie en structurele sluiting van afdelingen dependances of locaties; de systematische bewaking, beheersing of verbetering van de kwaliteit van de te verlenen zorg</li> </ul> <p>3. De statuten van de zorgorganisatie die voldoet aan de in art. 344 Boek 2 BW gestelde omschrijving, worden zodanig aangepast dat uiterlijk 1-7-2006 één of meer in die statuten nader omschreven belanghebbenden het recht van enquête wordt toegekend en zij daarmee toegang hebben tot de Ondernemingskamer van het Gerechtshof te Amsterdam.</p>	<p>Idem.</p> <p>Idem.</p> <p>Statuten zijn conform de WTZi-eisen gewijzigd.</p>
<p><b>1.3 Verantwoording aan belanghebbenden</b></p>	
<p>1. De zorgorganisatie legt jaarlijks aan alle belanghebbenden verantwoording af middels een openbare publicatie over het in het verslagjaar gevoerde beleid en over de (totale) in dat jaar geleverde prestaties. De inhoud van deze verantwoording sluit aan op de eisen die in het Raamwerk Maatschappelijke Verantwoording zijn vastgelegd.</p> <p>2. De Raad van Bestuur is verantwoordelijk voor de kwaliteit, de juistheid en de volledigheid van de jaarlijkse verantwoording zoals bedoeld in lid 1. De Raad van Toezicht ziet er op toe dat de Raad van Bestuur deze verantwoordelijkheid vervult. De jaarlijkse verantwoording bevat, waar noodzakelijk, een bestuursverklaring.</p>	<p>Bestuursverslag bij jaarrekening; jaardocument en publieksjaarverslag.</p> <p>Idem, bestuursverklaring.</p>

<p>3. De zorgorganisatie draagt er zorg voor dat ook alle aan de zorgorganisatie verbonden vrijgevestigde (medische) professionals op geaggregeerd niveau (in ieder geval op het niveau van maatschappen en medische staven) verantwoording afleggen over de wijze van hun handelen en behandelen.</p> <p>4. De Raad van Toezicht legt in de in lid 1 genoemde openbare publicatie jaarlijks verantwoording af over zijn in het verslagjaar verrichte werkzaamheden.</p>	<p>Visitatie verslagen, kwartaalrapportages, IFMS, jaargesprekken en beleidsplannen.</p> <p>Verslag Raad van Toezicht in bestuursverslag bij jaarrekening, integraal jaarverslag.</p>
<p><b>1.4 De externe accountant en diens relatie en communicatie met de organen van de zorgorganisatie</b></p>	
<p>1. De externe accountant wordt benoemd, ontslagen en gedechargeerd door de Raad van Toezicht. De Raad van Bestuur kan hierover advies uitbrengen aan de Raad van Toezicht.</p> <p>2. De externe accountant wordt qua persoon periodiek gewisseld.</p> <p>3. De externe accountant verricht bij voorkeur geen advieswerkzaamheden voor de zorgorganisatie en maakt – indien dit in het te controleren boekjaar wel gebeurd is – in het verslag over de jaarrekening melding van de in dat jaar verrichte advieswerkzaamheden.</p> <p>4. De externe accountant woont het van belang zijnde gedeelte van de vergaderingen van de Raad van Toezicht bij waarin de jaarrekening wordt besproken en/of vastgesteld.</p>	<p>Jaarlijks wordt opdracht aan accountant verstrekt.</p> <p>Periodiek wordt keuze accountant opnieuw beoordeeld.</p> <p>Zie het accountantsverslag n.a.v. controle jaarrekening.</p> <p>Een keer per jaar in Raad van Toezicht vergadering; hiervan worden notulen bijgehouden.</p>

<p>5. De externe accountant rapporteert zijn bevindingen betreffende het onderzoek van de jaarrekening gelijktijdig aan de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht.</p> <p>6. De Raad van Toezicht legt in de in lid 1 genoemde openbare publicatie jaarlijks verantwoording af over zijn in het verslagjaar verrichte werkzaamheden.</p>	<p>Zowel tussentijds als n.a.v. controle heeft accountant schriftelijk gerapporteerd. Ook in de auditcommissie komt dit aan de orde.</p> <p>Verslag Raad van Toezicht in bestuursverslag bij jaarrekening, integraal jaarverslag.</p>
<p><b>2. Raad van Bestuur</b></p>	
<p><b>2.1 Taak en werkwijze</b></p>	
<p>1. De Raad van Bestuur is eindverantwoordelijk voor en belast met het besturen van de zorgorganisatie, hetgeen onder meer inhoudt dat hij verantwoordelijk is voor de realisatie van de doelstellingen van de zorgorganisatie, de strategie en het beleid en de daaruit voortvloeiende resultatenontwikkeling. De Raad van Bestuur legt hierover verantwoording af aan de Raad van Toezicht.</p> <p>2. Bij de vervulling van zijn taak richt de Raad van Bestuur zich naar het belang van de zorgorganisatie, rekening houdend met het feit dat de zorgorganisatie een onderneming met een bijzondere maatschappelijke verantwoordelijkheid is.</p> <p>3. De Raad van Bestuur is verantwoordelijk voor het beheersen van de risico's verbonden aan de activiteiten van de zorgorganisatie en voor de financiering van de zorgorganisatie. De Raad van Bestuur rapporteert hierover aan- en bespreekt de interne risicobeheersings- en controlesystemen met de Raad van Toezicht.</p> <p>4. De Raad van Bestuur verschaft de Raad van Toezicht tijdig alle informatie die nodig is voor een goede uitoefening van de taak van de Raad van Toezicht.</p>	<p>Statuten en reglement Raad van Bestuur en reglement Raad van Toezicht, begroting en kwartaalrapportages, jaarverslag. Tweemaandelijks bestuursrapportage. Bespreken strategisch beleidsplan en Lange Termijn HuisvestingsPlan (LTHP).</p> <p>Onze maatschappelijke functie en onze verantwoordelijkheid daarin, is van invloed op en komt tot uitdrukking in missie, strategisch beleidsplan en uitvoering.</p> <p>Risicobeheersing- en controlesysteem d.m.v. AO/IC, DBC-verantwoordingsdocument, Waarborgfonds, Medirisk, IGZ, erkenningen en certificeringen, ziekenhuisbrede NIAZ-accreditatie en VMS.</p> <p>Periodieke vergaderingen en rapportages. Agendaoverleg voorafgaand aan RVT vergaderingen.</p>

<b>2.2 Bezoldiging en openbaarmaking daarvan</b>	
1. De Raad van Toezicht stelt de bezoldiging van de leden van de Raad van Bestuur vast.	Ja
2. De jaarlijkse verantwoording van de zorgorganisatie bevat de door de wet voorgeschreven informatie over de hoogte en de structuur van de bezoldiging van de individuele leden van de Raad van Bestuur.	Jaarrekening
<b>2.3 Belangenverstrengelingen</b>	
1. De Raad van Bestuur is integer en stelt zich toetsbaar op ten aanzien van zijn eigen functioneren. Elke vorm en schijn van persoonlijke bevoordeling dan wel belangenverstrengeling tussen enig lid van de Raad van Bestuur en de zorgorganisatie wordt vermeden.	Reglement Raad van Bestuur, bestuursverslag bij jaarrekening.
2. Een lid van de Raad van Bestuur kan niet tegelijkertijd de functie vervullen van lid van de Raad van Toezicht van een binnen het werkgebied van de zorgorganisatie werkzame zorgorganisatie of onderneming die geheel of gedeeltelijk dezelfde werkzaamheden als de zorgorganisatie vervult.	Idem. Nevenfuncties worden jaarlijks getoetst.
3. Een lid van de Raad van Bestuur zal zonder de toestemming van de Raad van Toezicht geen betaalde of onbetaalde nevenfunctie aanvaarden of continueren als deze nevenfunctie, al dan niet in samenhang met andere betaalde of onbetaalde nevenfuncties, een meer dan minimale werkbelasting kan opleveren of anderszins strijdig kan zijn met de belangen van de zorgorganisatie.	Idem.
4. De Raad van Bestuur geeft de Raad van Toezicht op eerste verzoek inzicht in de door hem uitgeoefende nevenfuncties.	Idem.

### 3. Raad van Toezicht

#### 3.1 Taak en werkwijze

<p>1. De Raad van Toezicht heeft tot taak toezicht te houden op het besturen door de Raad van Bestuur en op de algemene gang van zaken in de zorgorganisatie. In dit kader bewaakt de Raad van Toezicht c.q. houdt deze toezicht op tenminste:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• de realisatie van de doelstellingen van de zorgorganisatie;</li> <li>• de strategie en de risico's verbonden aan de activiteiten van de zorgorganisatie;</li> <li>• de opzet en werking van de interne risicobeheersings- en controlesystemen;</li> <li>• de financiële verslaglegging;</li> <li>• de naleving van wet- en regelgeving;</li> <li>• het als zorgorganisatie op passende wijze uitvoering geven aan het zijn van een zorgonderneming met een bijzondere maatschappelijke verantwoordelijkheid.</li> </ul>	<p>Statuten, reglement Raad van Toezicht, verslag Raad van Toezicht in bestuursverslag bij jaarrekening, DBC-verantwoordingsdocument. Tevens strategiebijeenkomst met Raad van Bestuur.</p>
<p>2. Bij de vervulling van zijn taak richt de Raad van Toezicht zich naar het belang van de zorgorganisatie, rekening houdend met het feit dat de zorgorganisatie een onderneming met een bijzondere maatschappelijke verantwoordelijkheid is.</p>	<p>Statuten en reglement Raad van Toezicht.</p>
<p>3. De Raad van Toezicht voert tenminste jaarlijks met elk van de leden van de Raad van Bestuur een functionerings- en beoordelingsgesprek.</p>	<p>Wordt systematisch gepland en uitgevoerd, vastgelegd in een verslag en op hoofdlijnen besproken in reguliere RvT vergadering.</p>
<p>4. De Raad van Toezicht is verantwoordelijk voor de kwaliteit van zijn eigen functioneren.</p>	<p>Reglement Raad van Toezicht.</p>
<p>5. De Raad van Toezicht evalueert zijn functioneren tenminste jaarlijks buiten de aanwezigheid van de Raad van Bestuur en informeert de Raad van Bestuur over de uitkomsten hiervan.</p>	<p>Is uitgevoerd.</p>
<p>6. De Raad van Toezicht voert tenminste jaarlijks met de Raad van Bestuur als geheel een evaluatiegesprek over het wederzijds functioneren van beide organen op zich en in relatie tot elkaar.</p>	<p>Is uitgevoerd.</p>

<b>3.2 Benoeming, ontslag, deskundigheid en samenstelling</b>	
<p>1. De Raad van Toezicht dient zodanig te zijn samengesteld dat hij zijn taak naar behoren kan vervullen.</p>	<p>Is aan voldaan.</p>
<p>2. Ieder lid van de Raad van Toezicht dient geschikt te zijn om de hoofdlijnen van het totale beleid te beoordelen. Ieder lid van de Raad van Toezicht beschikt over de specifieke deskundigheid die noodzakelijk is voor de vervulling van zijn taak, binnen zijn rol in het kader van de profielschets van de Raad.</p>	<p>Is aan voldaan.</p>
<p>3. Een lid van de Raad van Toezicht kan twee maal voor een periode van (maximaal) vier jaar zitting hebben in de Raad van Toezicht.</p>	<p>Statuten, rooster van aftreden.</p>
<p>4. Bij de werving, selectie en benoeming van nieuwe leden van de Raad van Toezicht wordt gebruik gemaakt van een voor de betreffende vacature opgestelde profielschets.</p>	<p>Profielchets wordt gehanteerd.</p>
<p>5. Statutair is vastgelegd op welke gronden de Raad van Toezicht een lid van zijn Raad kan schorsen of ontslaan, welke meerderheid van stemmen hiertoe vereist is en welke eventuele daarbij te hanteren procedures daarbij worden gevolgd.</p>	<p>Statuten, reglement Raad van Toezicht.</p>
<b>3.3 Bezoldiging</b>	
<p>1. De Raad van Toezicht stelt de bezoldiging van de leden van de Raad van Toezicht vast.</p>	<p>Reglement Raad van Toezicht, notulen.</p>
<p>2. De bezoldiging van een lid van de Raad van Toezicht is niet afhankelijk van de resultaten van de zorgorganisatie.</p>	<p>Bezoldiging gebaseerd op uitgangspunten advies NVTZ, fluctueert niet met jaarlijks resultaat, (notulen, bestuursverslag en jaarrekening).</p>
<p>3. De jaarlijkse verantwoording van de zorgorganisatie bevat de door de wet voorgeschreven informatie over de hoogte en de structuur van de bezoldiging van de individuele leden van de Raad van Toezicht.</p>	<p>Bestuursverslag en jaarrekening.</p>

<b>3.4 Onafhankelijkheid</b>	
1. De Raad van Toezicht is zodanig samengesteld dat de leden ten opzichte van elkaar, de Raad van Bestuur en welk deelbelang dan ook onafhankelijk en kritisch kunnen opereren. De leden van de Raad van Toezicht geven in de jaarlijkse verantwoording van de zorgorganisatie inzicht in de door hen uitgeoefende nevenfuncties.	Bestuursverslag, reglement Raad van Toezicht, jaardocument.
2. Het is niet gewenst dat de leden van de Raad van Toezicht op voordracht worden benoemd, dan wel door derden worden benoemd. Waar het hiervoor vermelde wettelijk bepaald is of in de statuten is opgenomen, geldt in ieder geval dat een lid van de Raad van Toezicht dat op voordracht is benoemd, dan wel door een derde is benoemd, zijn functie vervult zonder last en ruggespraak van degene door wie hij is voorgedragen of benoemd en zonder diens deelbelang te laten prevaleren.	Reglement Raad van Toezicht.
3. Leden van de Raad van Toezicht verrichten nimmer taken van de Raad van Bestuur.	Statuten en reglement Raad van Toezicht.
4. Een lid van de Raad van Toezicht kan niet tegelijkertijd de functie vervullen van lid van een Raad van Bestuur van een binnen het werkgebied van de zorgorganisatie werkzame zorgorganisatie of onderneming, die geheel of gedeeltelijk dezelfde werkzaamheden als de zorgorganisatie vervult.	Idem.
5. Tot lid van de Raad van Toezicht is niet benoembaar een voormalig lid van de Raad van Bestuur van de zorgorganisatie tot drie jaar na het einde van die functie. Evenmin zijn tot leden van de Raad van Toezicht benoembaar werknemers of personen die tot de zorgorganisatie toegelaten zijn tot drie jaar na het einde van hun arbeidscontract of toelating.	Idem.
<b>3.5 Belangenverstrengelingen</b>	
1. Elke vorm en schijn van persoonlijke bevoordeling dan wel belangenverstrengeling tussen enig lid van de Raad van Toezicht en de zorgorganisatie wordt vermeden.	Reglement Raad van Toezicht.

<p>2. De Raad van Toezicht is verantwoordelijk voor de besluitvorming over het oplossen van zaken waarbij belangenverstrengelingen aan de orde kan zijn bij leden van de Raad van Toezicht, de Raad van Bestuur en bij de externe accountant in relatie tot de zorgorganisatie.</p>	<p>Idem.</p>
<p><b>4. Openbaarmaking en invoeringsdatum van deze Code</b></p>	
<p>1. De Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht zijn verantwoordelijk voor de corporate governancestructuur van de zorgorganisatie en voor de naleving van de principes van deze code.</p> <p>2. Deze governancecode is op 1 januari 2006 volledig van kracht, met dien verstande dat de eerste verantwoording die conform art. 1.3.1 van deze code wordt uitgebracht, betrekking heeft op het verslagjaar 2006, met uitzondering van de leden van de NVZ vereniging van ziekenhuizen waarvoor dit reeds geldt met betrekking tot boekjaar 2005.</p> <p>3. De hoofdlijnen van de governancestructuur van de zorgorganisatie worden jaarlijks mede aan de hand van de principes die in deze code zijn genoemd, in de jaarlijkse verantwoording van de zorgorganisatie uiteengezet.</p> <p>4. In de hiervoor bedoelde verantwoording geeft de zorgorganisatie uitdrukkelijk aan dat zij de principes van deze governancecode heeft opgevolgd en naleeft en zo niet, waarom niet en op welke punten zij met welke vervangende regels daarvan afwijkt (“het pas toe of leg uit beginsel”).</p>	<p>Zie vastlegging en verantwoording in Bestuursverslag en jaarrekening.</p> <p>Geïmplementeerd en geactualiseerd in 2010.</p> <p>Bestuursverslag en jaarrekening.</p> <p>Idem, zie ook hiervoor.</p>



### 3.5 Bedrijfsvoering

#### 3.5.1 Planning & Control

Het Elkerliek ziekenhuis zet in op versteviging van de regie op de continue cyclus van plannen, monitoren en (bij)sturen/beheersen op alle niveaus in de organisatie. Hierbij worden de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- De Planning & Controlcyclus dient helder en transparant te zijn, zodat iedereen die betrokken is bij de cyclus weet wanneer wat van wie wordt verwacht;
- De Planning & Controlcyclus dient rekening te houden met wettelijke eisen en termijnen ten aanzien van oplevering van onder meer de jaarrekening, zodat interne en externe verantwoording goed op elkaar aansluiten.

#### Besluitvorming en overleg ten aanzien van planning- en controlcyclus

Om de organisatie te sturen en te zorgen dat de beleidsprioriteiten gerealiseerd worden, hanteert het ziekenhuis de beleids- en budgetcyclus. De cyclus is conform voorgaande jaren in 2011 volledig doorlopen. Centraal in deze cyclus staan het activiteitenplan, de begroting, de maandelijks managementinformatie en de voortgang en ontwikkeling van de activiteitenplannen.

- januari      Aanpassen sectorjaarplannen/activiteitenplannen door de sectormanagers aan het organisatiebrede jaarplan en de begroting 2011.
- februari     Uitbrengen jaarverslagen van de diverse diensten door de sectormanagers en publiceren hiervan op intranet.
- mei            Opstellen en vaststellen van de jaarrekening en jaardocument door de Raad van Bestuur. Goedkeuren jaarrekening en jaardocument door Raad van Toezicht.  
  
Bespreken voortgang activiteitenplan, resultaatovereenkomst en prestatie-indicatoren door de Raad van Bestuur met de sectormanagers en medisch managers.
- juli            Opstellen van kaderbrief ten behoeve van het jaarplan en de begroting 2012. De budgethouders starten met het voorbereiden van het activiteitenplan en begroting voor het volgend jaar.
- september   Voor diverse specialismen zijn door sectormanagers en medisch managers afspraken gemaakt voor de beoogde productie in 2012.
- oktober      De budgethouders en sectormanagers/medisch managers leveren de concept-activiteitenplannen en begrotingsaanvragen aan. Opstellen conceptbegroting door Financiën. Bespreking conceptbegroting met Managementteam en Stafbestuur.
- november     Bespreken voortgang activiteitenplannen lopend jaar tussen Raad van Bestuur en sectormanagers/medisch managers, alsmede de resultaten uit het 2e en 3e kwartaal. Bespreken jaarplan(activiteiten) en begrotingsaanvraag komend jaar tussen Raad van Bestuur en de diverse sectormanagers/medisch managers. Onderhandelingen over activiteitenplan en begrotingsaanvraag. Opstellen jaarplan en exploitatiebegroting en bespreking in het Managementteam.

- december Vaststellen van de voorlopige exploitatiebegroting door Raad van Bestuur. Goedkeuren begroting door Raad van Toezicht.

In 2011 hebben de accountmanagers van de afdeling Planning & Control ondersteuning gegeven bij het financiële management en het aanspreekpunt gevormd voor de sectormanager. Tevens stelt Planning & Control maandelijks een integrale financiële rapportage op met een prognose voor het gehele jaar.

### **3.5.2 Administratieve organisatie en verantwoordingsdocument**

De herziene regeling Administratieve Organisatie en Interne Controle inzake DBC facturatie (kaderregeling DBC's), is ook in 2011 van toepassing geweest. Het Elkerliek ziekenhuis heeft interne controles uitgevoerd om vast te stellen dat de risico's die samenhangen met het DBC-proces worden beheerst. Conform het 'Verantwoordingsdocument totaalbedrag gefactureerde DBC's' is een verantwoording opgesteld over de gefactureerde DBC's gedurende 2011. Door Ernst & Young is hiervoor een accountantsverklaring afgegeven. Zie voor een nadere toelichting paragraaf 4.8 'Financieel Beleid'.

### **3.5.3 Risicoanalyse**

In deze paragraaf wordt toegelicht op welke wijze het Elkerliek ziekenhuis omgaat met het beheersen van risico's.

#### **Risicomanagement**

Het visiedocument Veiligheidsmanagementsysteem (VMS) kent vier pijlers, te weten beleid en strategie, incidentenanalyse, prospectief onderzoek naar risico's en cultuurverandering. De commissie Kwaliteit & Veiligheid coördineert de activiteiten in het kader van het VMS en ziet toe op de uitvoering. Een plan van aanpak ter verbetering van die veiligheid is opgesteld. Jaarlijks wordt een risico-inventarisatie gedaan voor ICT. In 2011 is een risicoanalyse uitgevoerd aangaande vitale voorzieningen zoals gas, water en licht.

#### **Risicoclassificatie medische apparatuur**

Er bestaat een indeling van medische apparatuur in risicoklassen. Op grond van de risicoklasse zal een differentiatie plaatsvinden van risicovolle processen rondom medische apparatuur, zoals onderhoud, trainingen en vrijgifte. Met deze systematiek wordt aangesloten bij de risico's die een apparaat met zich meebrengt. Voor een aantal hoogrisico apparaten is een prospectieve risicoanalyse uitgevoerd.

#### **Financiële risico's**

In paragraaf 4.8 wordt aandacht geschonken aan het beleid van de overheid en de onzekerheid op het gebied van de toekomstige financiering van ziekenhuizen en de risico's inzake het hoofdlijnenakkoord in combinatie met de nieuwe DOT-financiering en de veranderende financiering voor de vrijgevestigde medisch specialist.

## **3.6 Medezeggenschaps- en adviesorganen**

### **3.6.1 Vereniging Medische Staf**

De voorzitter van de Medische Staf doet verslag van het jaar 2011. De doelstellingen, werkwijze en besproken onderwerpen en genomen besluiten komen aan bod.

De Vereniging Medische Staf (VMS) van het Elkerliek ziekenhuis telt op 31 december 2011 130 stafleden en negen buitengewoon stafleden. Alle medisch specialisten en vergelijkbaar opgeleide universitaire stafleden zijn lid van de Vereniging Medische Staf. (Klinisch chemici, apothekers, klinisch fysici en medisch psychologen.)

### **Doelstelling**

De primaire doelstelling van de VMS is om door en onder gemeenschappelijke verantwoordelijkheid van haar leden, een kwalitatief verantwoorde medisch specialistische zorg aan de patiënten te bevorderen. Alsmede de functionele belangen van haar leden te behartigen, die werkzaam zijn zowel in het vrije beroep als in dienstverband.

### **Werkwijze**

Zeswekelijks vergadert de kernstaf waarin van iedere maatschap/vakgroep een gemandateerde vertegenwoordiger zit. Deze vergadering is afwisselend alleen toegankelijk voor de kernstafleden en voor zowel de kernstafleden als de Raad van Bestuur.

De stafvoorzitter vergadert wekelijks met de voorzitter van de Raad van Bestuur. Het stafbestuur vergadert wekelijks. Tweewekelijks vindt overleg met de Raad van Bestuur plaats. Daarnaast is er regulier overleg met: de afdeling Patiëntenparticipatie, de Ondernemingsraad en de Regionale Huisartsenvereniging.

De Algemene Ledenvergadering (ALV) vindt twee maal per jaar plaats. De ALV heeft een informatief karakter. Daarnaast leggen Stafbestuur en kernstaf in de ALV verantwoording af over het gevoerde beleid.

### **Besproken onderwerpen en genomen besluiten**

Het jaar 2011 is een turbulent jaar geweest. Onderstaand volgen eerst vier belangrijke onderwerpen die het hele jaar hebben gespeeld voor de Medische Staf.

- **Veranderende bekostiging specialisten**

In 2011 werden een Stafmaatschap van Vrijgevestigd Medisch specialisten (SMS) en een Stichting Ondersteuners en Pijnbestrijding Elkerliek (SOPE) opgericht, om aan te sluiten bij de veranderde bekostiging van vrijgevestigd medisch specialisten per 1 januari 2012. Voor de verdeling van het honorariumbudget werd in eerste instantie een contract met Logex aangegaan. Uiteindelijk is in de Stafmaatschap besloten het rapport van Logex niet te gebruiken voor de honorariumverdeling. In de SMS is een harmonisatiemodel doorgevoerd waarbij in ieder geval in het eerste jaar een kleine compensatieregeling opgenomen is, voor maatschappen die in de Logex benchmark boven gemiddeld scoorden.

- **Duaal management**

In 2011 is gestart met het duaal management. In iedere maatschap/vakgroep werd een medisch manager benoemd. Na een uitgebreid scholingstraject werd halverwege 2011 het duaal management duidelijk vorm gegeven. Medisch managers ontvangen een vergoeding voor de werkzaamheden die daaraan verbonden zijn.

- **DBC op weg naar transparantie (DOT)**

De invoering van de DOT heeft veel energie gekost en dit loopt in 2012 zeker nog door.

- **Beddenreallocatie**

In 2011 is een beddenreallocatieplan uitgevoerd. In verband met terugloop van de bedbezetting werd een afdeling gesloten en vond een herverdeling plaats van de bedden van de snijdende disciplines. Dit traject heeft veel gevraagd van zowel de verpleging, de secretariaten als de medisch specialisten. Doordat afgestapt is van specialisme specifieke afdelingen, heeft het van alle partijen de nodige aanpassingen gevraagd. Bijscholing ten aanzien van kennis, vaardigheden en specifieke statusvoering voor verpleging en secretariaten en aanpassingen in de routine van het visitelopen voor de medisch specialisten. De verwachting is dat in de loop van 2012 de beddenreallocatie resulteert in een goed eindresultaat.

In 2011 heeft de Medische Staf zich daarnaast beziggehouden met uiteenlopende onderwerpen. Onderstaand enkele onderwerpen waarover de Medische Staf in 2011 een besluit heeft genomen.

**Genomen besluiten**

- Inwerkprogramma voor nieuw aan te treden medisch specialisten en waarnemers
- Invoering basisstramien voor poliklinische en klinische statusvoering. Protocollair is vastgelegd wat, wanneer en op welke manier gegevens in de status vermeld dienen te worden
- Vaststelling richtlijn 'Medische behandeling van Jehova's Getuigen zonder transfusie van bloed(producten)'
- Vaststelling functieprofiel SEH-arts
- Vaststelling richtlijnen ten behoeve van de verslaglegging naar de 1e lijn
- Aanpassing benoemingsprocedure chef de clinique
- Vaststelling handhavingsbeleid SEH-reglement
- Plaatsbepaling van de Vereniging Medische Staf ten opzichte van de Stafmaatschap en de Stichting Ondersteuners en Pijnbestrijding

**Samenstelling Medische Staf**

Op 31 december 2011 bestond het Stafbestuur uit:

- mevrouw J.E. Haartsen, voorzitter/gynaecoloog
- H.G.F. Brouwer, kinderarts
- R.N.G.M. Fresow, plastisch chirurg
- dr. C.H.H. Schoenmakers, klinisch chemicus
- S. van der Wolk, radioloog

De Medische Staf werd in het verslagjaar met tien personen uitgebreid, te weten met: mevrouw G. Clappers – Gielen, longarts; de heer E.J.A. Kroot, reumatoloog; de heer dr. T.S. de Vries Reilingh, chirurg; de heer H.W. Boons, orthopedisch chirurg; mevrouw J.W.E. Verlouw, revalidatiearts – buitengewoon staflid; mevrouw dr. F.V. van Venrooij, internist; mevrouw S.F.A.M.S. Rutten – de Jong, cardioloog – chef de clinique; de heer D.H. Ngo, gynaecoloog; mevrouw A.H.M.J. Beerlage, GZ-psycholoog; de heer V.M. Niemeijer, sportarts en mevrouw H.A.D.M. van Herk, patholoog. In 2011 verlieten acht medisch specialisten om verschillende redenen het ziekenhuis.

De Medische Staf bestaat eind 2011 uit 130 leden en negen buitengewone leden. Een overzicht staat op de komende pagina's.

**Anesthesiologen**

J.R. Böhncke  
mw. B.M.J.B. van den Brom  
A. Bruinsma  
mw. S.E.E. De Wulf  
G.P. Fava  
mw. P.J.G. Hendrickx  
mw. P. Matheï  
G.A. Postma  
J.P.C. Vreugde

**Arts voor maag-darm-leverziekten**

prof. Dr. J.B.M.J. Jansen  
mw. A. Temmerman  
mw. J.W.M. Tjhie - Wensing

**Arts-microbioloog**

dr. H.T. Tjhie

**Cardiologen**

F.G.M.H. van Asperdt  
P.E.F. Bendermacher  
M.P. Burg  
H.P.C.M. Heijmen  
mw. S.F.A.M.S. Rutten - de Jong  
(chef de clinique) (buitengewoon stafid)  
F.J. Prins

**Chirurgen**

mw. W.T.G.J. Bos - van Rossum  
C.A. de Groot  
M. Guijt  
mw. B.M.D. Lemaire  
dr. G.J.C.M. Niessen  
J.B. Sintenie  
G.N.M. Stultiëns  
dr. T.S. de Vries Reilingh  
J.A. Wegdam

**Dermatologen**

mw. dr. F.A.C.M. Castelijns  
mw. H.C.J. Liberton  
dr. J.J. Rijzewijk  
mw. C.P.M. van der Wegen - Franken

**Gynaecologen**

J.H.J.M. van der Avoort  
dr. F.M.C. Delemarre  
mw. dr. A.P. Gijsen  
mw. J.E. Haartsen

D.H. Ngo  
mw. V.M.L. Serrarens - Janssen  
A.F.G.M. van de Walle

**Internisten**

P.M.P. Ackermans  
mw. V.A. Derleyn  
mw. dr. E.M.G. Jacobs  
dr. A.L.M. Kerremans  
mw. M.J.A.E. Pepels  
mw. Y.E.P. Soethoudt  
C.R. Susanto  
M.C.A. Vermeulen

**Kaakchirurgen**

mw. M.T.P. de Clonie MacIennan - Naphausen  
G.J.F.M. Dicker  
dr. R.H. Groot

**Keel- neus- oorartsen**

M.J.R.C. Alles  
H.F. Kahmann  
dr. P.J. Schuil

**Kinderartsen**

dr. W.E.A. Bolz  
mw. R.F. Bos  
mw. dr. M.A. Breukels  
H.G.F. Brouwer  
mw. C.M.M. van den Camp  
R.P. Droog  
mw. M.R. Faber  
G.A.P.T. Hurkx

**Klinisch chemici**

dr. J.L.P. van Duijnhoven  
mw. dr. A.O. de Graaf  
dr. C.H.H. Schoenmakers

**Klinisch fysicus**

ir. R.J.M. Elfrink

**Klinisch gerieters**

mw. B.M.J. van den Blik  
mw. J.A.M. Bloemen  
mw. S.M.J. Coppens - Maessen  
B.J.M. de Leest  
mw. L. van Nuland - van Wolferen  
mw. I. Oudejans - Mooijaart

**Klinisch en gezondheidszorg****psychologen**

mw. H. Basten  
mw. A.H.M.J. Beerlage  
mw. Y. van Os  
mw. E.M.A. Schuivens  
mw. E.C.G. Spanhoff

**Longartsen**

mw. G. Clappers - Gielen  
mw. Dr. W.Y. Lam-Wong  
dr. W.R. Pieters  
P.L.J. van Valenberg

**Neurologen**

mw. M.M. Bos  
U.J. Dijkstra  
mw. D.F. Hemminga  
A.J.M. Kok  
mw. dr. R. van Koningsveld  
P.P.A. Lenssen

**Neurochirurg**

B. Burhani (buitengewoon stafid)

**Nucleaire geneeskundige**

mw. N.M. Louwers - Smulders  
R.B.T. Verkooijen

**Oogartsen**

dr. M.R.P. Dhooge  
E.C.A. van Oosterhout  
prof. dr. G.H.M.B. van Rens  
mw. E.L.M. Roosen - Snellen  
mw. M. Seré

**Orthopedisch chirurgen**

H.W. Boons  
P.J.M.G. Eggen  
L.L.A. Kleijn  
H. Lacroix  
H.J. Noten

**Arts Palliatieve zorg**

mw. L.M. Veldhuizen

**Pathologen**

T.L. Boerman  
M.A.A.M. van Dijk  
mw. dr. C.M. Ferrier  
mw. H.A.D.M. van Herk  
mw. M.C.B.J.E. Tutein Nolthenius - Puylaert

**Plastisch chirurgen**

mw. D.H.C. Derks  
R.N.G.M. Fresow  
H. Hawinkels

**Psychiaters**

J.C.M. Elbers, psychiater GGZ (buitengewoon stafid)  
G.A.A.M. Wetzer, psychiater/opleider GGZ  
(buitengewoon stafid)

**Radiologen**

J.A.C. van den Broek  
C. Doelman  
P.C. Hartman  
F.P. Kok  
mw. A.L. Leenders - Oen  
dr. S.H. The  
dr. J.P. Westerhof  
S. van der Wolk

**Reumatologen**

dr. E.J.A. Kroot  
dr. R.N.J.T.L. de Nijs

**Revalidatieartsen**

mw. B.A.E. Oomen (buitengewoon stafid)  
mw. J.W.E. Verlouw (buitengewoon stafid)

**Sportarts**

R.J.A. Visser  
V.M. Niemeijer

**Urologen**

R.W.L. Bos (buitengewoon stafid)  
R.B. de la Fuente  
E.W. Stapper

**Ziekenhuisapothekers**

B.P. Brassé  
P.M.H. Corbeij  
M.L. van Noort  
mw. J.J. van der Plas - Scheymans

### **Overige buitengewone stafleden**

- mevrouw A.M.U. van Doveren – Kersten, geestelijk verzorger
- Mevrouw A.M. Hendriks, medisch coördinator Quartz

### **3.6.2 Cliëntenraad**

De Cliëntenraad van het Elkerliek ziekenhuis geeft vorm aan de medezeggenschap van (potentiële) gebruikers van de voorzieningen en diensten van het Elkerliek ziekenhuis. De Cliëntenraad van het Elkerliek ziekenhuis bestaat uit zeven leden en wordt ondersteund door een ambtelijk secretaris. De samenstelling van de Cliëntenraad is op 31 december 2011 als volgt:

- de heer L. Driessen, voorzitter
- de heer H. Groenen
- mevrouw H. Hegeman
- mevrouw C. Houweling
- mevrouw A. Kuypers
- mevrouw N. Pekbey
- de heer J. Smeets

### **Ondersteuning Cliëntenraad**

De Cliëntenraad heeft een eigen budget. Hieruit worden onder meer deelname aan symposia, literatuur en bureaubenodigheden bekostigd. Daarnaast krijgt de Cliëntenraad secretariële ondersteuning en ondersteuning van een ambtelijk secretaris. Het ambtelijk secretariaat is in 2011 ingevuld door mevrouw drs. I.A.H. Vermeulen – Mulders. De Cliëntenraad is lid van het LSR, het landelijk steunpunt op het gebied van medezeggenschap. De Cliëntenraad van het Elkerliek ziekenhuis is daarnaast aangesloten bij de Landelijke Commissie van Vertrouwenslieden.

### **Overlegvormen en werkwijze**

De Cliëntenraad geeft zowel gevraagd als ongevraagd advies aan de Raad van Bestuur en levert op deze wijze een structurele bijdrage aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg.

Maandelijks heeft de Cliëntenraad overleg met de Raad van Bestuur. Ook spreekt de Cliëntenraad met de Ondernemingsraad en met het Stafbestuur.

Leden van de Cliëntenraad participeren in diverse commissies en werkgroepen in het ziekenhuis. Zij nemen onder andere deel aan het platform Ethiek, de redactieraad van Elkerliek Bericht (de huis-aan-huiskrant van het ziekenhuis), Commissie Patiëntgerichtheid (CPG), Commissie Gezinsgerichte Zorg, de Commissie Kunst op Kamers, de klankbordgroep Website en de werkgroep Cliëntenpanel. Daarnaast is een lid van de Cliëntenraad vertegenwoordigd bij de veiligheidsrondes die in het ziekenhuis gelopen worden.

### **Digitaal cliëntenpanel**

Het digitale cliëntenpanel geeft input aan de Cliëntenraad over onderwerpen die voor de Cliëntenraad van belang zijn. Zo'n 30 personen uit het adherentiegebied van het ziekenhuis hebben zitting in het panel. In 2011 is aan het cliëntenpanel drie keer een aantal vragen voorgelegd. Dit betrof vragen over de volgende onderwerpen:

- de ligduur;
- de nieuwe website;
- de stijgende kosten van de gezondheidszorg.

### **Cliëntenjaarprijs**

In 2011 is door de Cliëntenraad voor de tweede keer de Cliëntenjaarprijs uitgereikt. Dat is een prijs voor het meest patiëntgerichte project of de meest patiëntgerichte actie. De prijs is uitgereikt aan het project 'Herontwerp Zorgpad Colorectale Tumoren'. In de paragraaf over het algemeen beleid leest u hier meer over. Zie hiervoor het speerpunt 'Elkerliek kiest de patiënt als uitgangspunt'.

### **Adviezen**

De Cliëntenraad in 2011 heeft op verzoek van de Raad van Bestuur positief advies gegeven over:

- beddenreallocatie;
- aanname van nieuwe leden voor de Raad van Toezicht.

De Cliëntenraad heeft schriftelijke signalen en adviezen gegeven aan de Raad van Bestuur over onderstaande onderwerpen:

- vergoedingsregeling leden Cliëntenraad;
- voordracht voor een nieuw lid voor de Klachtencommissie;
- voordracht voor een lid voor stichting Vrienden van het Elkerliek;
- zorg voor kwetsbare patiënten;
- decentrale melding commissies;
- commissie kwaliteit en veiligheid;
- handreiking 'Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg';
- schoonmaakkwaliteit;
- openingstijden patiëntenvoorlichting.

Daarnaast heeft de Cliëntenraad, naar aanleiding van de patiëntenenquête, ieder kwartaal schriftelijk aandachtspunten gegeven aan de Raad van Bestuur. De onderwerpen betroffen onder andere:

- folders;
- gebruik van het personeelsrestaurant door patiënten;
- voeding;
- afsprakensysteem poliklinieken;
- bejegening;
- ontslag en nazorg;
- wachttijden bij polikliniekbezoek;
- informatie;
- privacy;
- verzorging wachtkamer;
- parkeervoorziening;
- bezoeksregeling en rust op de afdeling.

### **Onderwerpen in de vergaderingen**

In 2011 was er tijdens de vergaderingen onder meer aandacht voor:

- verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg;
- integraal veiligheidsbeleid;
- Beddenreallocatie;
- VIM-meldingen;
- bejegening en communicatie;
- electieve zorg;
- elektronisch Patiëntendossier;
- kaderbrief 2012;
- klachtencommissie en klachtenbemiddeling;
- zorgsite.nl.



Jaarlijks terugkerende onderwerpen zijn onder andere de begroting, het financieel verslag, het jaardocument van het ziekenhuis en de jaarverslagen van de verschillende diensten. Het functioneren, de werkwijze en de PR van de Cliëntenraad worden structureel besproken en geëvalueerd. Een vast onderdeel zijn het werkplan en het jaarverslag van de Cliëntenraad.

De Cliëntenraad heeft in 2011 twee extra vergadersessies gehad, buiten de reguliere vergaderingen om. Tijdens deze sessies is aandacht besteed aan:

- wat willen we als Cliëntenraad;
- handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij de samenwerking in de zorg;
- hoe gaat de Cliëntenraad om met de ongevraagde adviezen;
- profiel nieuwe leden Cliëntenraad;
- co-patiëntenproject;
- rem op zorgkosten.

### 3.6.3 Ondernemingsraad

De Ondernemingsraad (OR) behartigt de collectieve belangen van de medewerkers van het Elkerliek ziekenhuis. Een OR overlegt namens de werknemers met de Raad van Bestuur over zaken die belangrijk zijn voor de werknemers, voornamelijk wanneer het beleid direct werknemers en hun rechten betreft. Dit recht komt tot uitdrukking in de volgende bevoegdheden: adviesrecht, informatierecht, initiatiefrecht, instemmingsrecht en overeenstemmingsrecht.

De OR van het Elkerliek ziekenhuis bestaat uit vijftien leden. Zij worden ondersteund door een ambtelijk secretaris en een secretaresse. Om er zeker van te zijn dat de OR zo breed mogelijk wordt samengesteld, is het Elkerliek ziekenhuis verdeeld in kiesgroepen. Uit en door die kiesgroepen worden de leden gekozen.

- Kiesgroep A: Klinische patiëntenzorg (5 zetels)
- Kiesgroep B: Niet-klinische patiëntenzorg (5 zetels)
- Kiesgroep C: Laboratoria en Apotheek (1 zetel)
- Kiesgroep D: Facilitair Bedrijf (3 zetels)
- Kiesgroep E: Overigen (1 zetel)

#### Samenstelling OR op 31 december 2011:

- |                            |                              |
|----------------------------|------------------------------|
| • Frans Gommans            | afdeling 1A, voorzitter      |
| • Ivo van Veggel           | afdeling 3E, vice-voorzitter |
| • Theo Boetzkes            | Facilitair Bedrijf           |
| • Patrick van den Boogaard | sector MIT                   |
| • Gerda Braam              | Dialyseafdeling              |
| • Karin van den Broek      | KNF                          |
| • Elly Cuppen              | Flex-poule                   |
| • Habiba Fellahi           | afdeling 1C                  |
| • Willie Garenfeld         | Receptie                     |
| • Marianne van Hassel      | Recovery                     |
| • Marly Horyon             | Poliklinieken                |
| • Linda Jansen             | Radiologie                   |
| • Ine Kuijpers             | afdeling 3C                  |
| • Petra Sterken            | Geriatric                    |
| • Antoine de Veth          | sector Voeding               |

**Ambtelijk Secretaris**

- Claudia Smits

**Secretaresse**

- Peggy van Erp

**Taken en werkwijze**

De OR brengt op basis van zijn wettelijke taak gevraagd en ongevraagd advies uit aan de Raad van Bestuur, over onderwerpen die de medewerkers van het ziekenhuis aangaan. De taakverdeling en werkwijze van de OR zijn vastgelegd in een reglement.

**Missie OR**

Gezond en lekker werken in een goed en gezond ziekenhuis. In een ziekenhuis waar veilige, vriendelijke en kwalitatief goede zorg wordt geleverd, waar patiëntenzorg voorop staat, en waar tevens zorg is voor elkaar.

**Visie OR**

Ervoor zorgen dat medewerkers van het Elkerliek ziekenhuis gezond en lekker kunnen werken in een ziekenhuis waar we samen verantwoordelijk voor willen zijn. En in een ziekenhuis waarin de belangen van medewerker en organisatie samen het uitgangspunt vormen. De OR richt zich daarbij op: de medewerker, het welzijn, de organisatie, de beleidscyclus PDCA en de communicatie. Een goede balans binnen deze onderdelen vormt de leidraad voor het werken van de OR.

**Gegeven adviezen in 2011**

- Reorganisatie poliklinieken
- Uitbesteden audiometrie
- Beddenreallocatie
- Benoeming twee leden Raad van Toezicht

**Gegeven instemmingen in 2011**

- Excellent leiderschap
- Werktijdenwijziging afdeling 4C
- Stopzetten inkoop voordeelregeling
- Verlengen contract bedrijfsarts
- Instellen klokkenluidersregeling
- Uitbreiden werkkostenregeling
- Wijzigen reiskostenvergoeding

**Niet gegeven instemmingen in 2011**

- Contracten voor onbepaalde tijd

**3.6.4 Verpleegkundige Adviesraad**

De Verpleegkundige Advies Raad (VAR) adviseert vanuit het verpleegkundig domein de Raad van Bestuur over beleidskeuzes. De VAR heeft een proactieve rol in de beleidsontwikkeling en -keuzes binnen het Elkerliek ziekenhuis.

Met de Nationale Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden als uitgangspunt voor het denken en handelen, levert de VAR een bijdrage aan de voortgaande ontwikkeling van de kwaliteit van de patiëntenzorg in het Elkerliek ziekenhuis.

Om als volwaardig partner van de Raad van Bestuur met toegevoegde waarde voor de organisatie te functioneren, werkt het VAR-bestuur aan de eigen professionalisering.

Alle verpleegkundigen en verzorgende van het Elkerliek ziekenhuis zijn lid van de VAR. Het bestuur bestaat uit zes leden, waarbij twee leden het dagelijks bestuur vormen. Collega vakgenoten worden ingezet bij de totstandkoming van een advies. De bestuursleden beseffen dat de VAR een eigen verantwoordelijkheid heeft en onafhankelijk van collega vakgenoten adviezen geeft. Er is een structureel intern netwerk met een deel van de collega vakgenoten in de vorm van een platform dat bestaat uit acht leden.

### Samenstelling VAR-bestuur

- Tineke Nader verpleegkundig stafmedewerker, voorzitter
- Ton van Rens verpleegkundig stafmedewerker, secretaris en vicevoorzitter
- Maartje Horsman verpleegkundige 1C
- Wendy Visser verpleegkundige 1C en Vaatrisicopoli
- Jan van den Eijnde verpleegkundige 3D
- Jeltina Neijts verpleegkundige Obstetrie, 1A

### Samenstelling VAR-platform

In het najaar van 2011 zijn twee vacatures ontstaan in het platform die voorspoedig werden ingevuld. De nieuwe leden zijn:

- Diana Thielen verpleegkundige pendel
- Kristel Smits verpleegkundige 4C

#### Overige platformleden:

- Mariëlla Brekelmans infectiepreventieverpleegkundige
- Bregje Dekkers Nurse Practitioner poli urologie
- Carla Neggers verpleegkundige neonatologie
- Angelique Snoeijen MS-verpleegkundige en verpleegkundige 3C
- Antoinette Verberne verzorgende 3C
- Susanne Verhofstadt verpleegkundige 2C

### Werkwijze en overlegvormen

Het VAR-bestuur overlegt tweewekelijks en heeft een structureel maandelijks werkoverleg met de Raad van Bestuur. Overleg met het VAR-platform werd in 2011 twee maal georganiseerd. Overleg en afstemming heeft plaatsgevonden met de Cliëntenraad, voorzitter Medische Staf en de Ondernemingsraad. Met de sectormanagers is afgesproken vier keer structureel netwerkoverleg te hebben. Met nieuwe sectormanagers werden kennismakingsgesprekken gevoerd.

Adviseren is de kernactiviteit van de VAR. De Raad van Bestuur is de opdrachtgever van de VAR en de VAR is gefocust op het beantwoorden van adviesaanvragen. Waar mogelijk wordt hiervoor het principe van het adviesprogramma gehanteerd. (Dat houdt in: het toewerken naar het realiseren van een gezamenlijke ambitie met de Raad van Bestuur door opeenvolgende samenhangende adviezen.) Een adviesaanvraag wordt toebedeeld aan een VAR-werkgroep, waarvan minimaal één bestuurslid deel uitmaakt. De overige VAR-leden vormen desgewenst een klankbord. Consensus binnen het VAR-bestuur over het uit te brengen advies is geen doel op zich.

De VAR heeft een eigen budget, waarmee de inzet van de bestuurs- en platformleden wordt verrekend. Daarnaast worden symposia, scholingsdagen, literatuur en bureaubenodigheden hieruit bekostigd.

### **Adviezen**

De VAR brengt gevraagd en ongevraagd adviezen uit aan de Raad van Bestuur vanuit het verpleegkundig domein.

#### **Gevraagde adviezen:**

- gedragscode voor verpleegkundigen;
- beddenreallocatie.

#### **Ongevraagde adviezen:**

- deelname aan Global Centre for Nursing Executives
- schokkende ervaringen

Tijdens de bestuursvergaderingen is aandacht geweest voor vragen en signalen die binnen zijn gekomen ten aanzien van:

- veilige zorg;
- medicatie voorschrijven door verpleegkundigen;
- kwaliteitsregister in relatie tot Big-registratie;
- eenduidige kastenindeling op verpleegafdelingen;
- wijzigingen in bezoektijden op verpleegafdelingen.

#### **Ontplooid Initiatieven**

Op 12 mei 2011, de Dag van de Zorg, heeft de VAR de jaarvergadering georganiseerd. Tijdens de jaarvergadering is aan de hand van stellingen gediscussieerd over de rol van de verpleegkundige in 2020. Hiermee werd aangesloten op de landelijke rondetafelgesprekken vanuit de beroepsvereniging V&VN om de beroepsprofielen van de verpleegkundigen opnieuw te formuleren. De jaarvergadering van de VAR wordt jaarlijks op de Dag van de Zorg georganiseerd.

#### **Overige onderwerpen**

Het VAR-bestuur heeft in 2011 twee scholingsdagen georganiseerd, gericht op de ontwikkeling van de VAR. Tijdens de tweede scholingsdag is door een werksymposium met sectormanagers, Raad van Bestuur en het VAR-platform nagedacht over de positie van de VAR in het ziekenhuis. Verdere uitwerking van de resultaten wordt in 2012 opgepakt.

De VAR heeft zich intern laten informeren over onderwerpen als Duurzame Inzetbaarheid, Commissie Ethiek, Klachtenbemiddeling en ZorgOptimalisatie. Gestart werd met deelname van VAR-afvaardiging aan de EVS-stuurgroep.

## 4. **Beleid, inspanningen en prestaties**

Het verslagjaar 2011 was het tweede jaar van het beleidsplan 2010-2012 'Elkerliek kiest'. In dit hoofdstuk laten we zien wat we hebben bereikt op het gebied van zorg, processen, facilitaire zaken, veiligheid, ICT, kwaliteit en financiën. Ook staan we uitgebreid stil bij de samenwerkingsverbanden die het ziekenhuis heeft met derden. Eerst kijken we naar het meerjarenbeleid, waarbij we kort terugblikken en vooruit kijken naar de gestelde doelen voor de komende jaren. In de tweede paragraaf wordt besproken welke onderdelen van het meerjarenbeleid in het verslagjaar aan de orde zijn geweest.

### 4.1 **Meerjarenbeleid**

Kwaliteit, in de zin van goede, vriendelijke en veilige zorg, transparantie en efficiency zijn de thema's die leidend zijn in het beleidsplan 2010-2012. Transparantie in de zin van verantwoording afleggen over resultaten en openheid omtrent de wijze waarop wij zorg inrichten is ongelooflijk belangrijk. Deze ontwikkeling zal zich in de komende jaren voortzetten. In de afgelopen jaren is ook het bewustzijn gegroeid dat we onderscheidend moeten zijn op kwaliteit en klantvriendelijkheid, om de patiënt en de verwijzers te binden aan het ziekenhuis. De patiënt en de verwijzers kiezen steeds vaker op basis van kwaliteit en service in plaats van op geografische ligging van het ziekenhuis.

#### **Elkerliek kiest**

Bij de voorbereiding van het beleidsplan zijn vele medewerkers en gremia betrokken geweest. Op deze manier is draagkracht en binding gerealiseerd. In verschillende programmateams zijn thema's besproken waarbij de richting is bepaald voor de toekomst. De uitkomst van het traject staat verwoord in het strategisch beleidsplan 2010-2012, waarvan strategische visie, stakeholders, bedrijfsvoering en samenwerking de kern vormen.

#### **Missie**

Het Elkerliek wil voor de bewoners in het verzorgingsgebied een regionaal ziekenhuis zijn, dat garant staat voor een nagenoeg compleet pakket aan tweedelijnszorg van uitstekende kwaliteit. Onze ambitie is dat voor de patiënt, huisarts, andere zorgaanbieders en zorgverzekeraars het Elkerliek ziekenhuis vanzelfsprekend eerste keus is, omdat:

- het Elkerliek de gevraagde zorg levert;
- die zorg van uitstekende kwaliteit is en;
- de patiënt kan rekenen op een persoonlijke benadering.

#### **Keuzes maken**

In het beleidsplan zijn keuzes gemaakt over wat het Elkerliek wel en niet doet. Deze keuzes zijn noodzakelijk om de sterke positie in de regio te behouden en de kwaliteit te waarborgen. Er zijn zorginhoudelijke keuzes gemaakt in de zin van welke zorg leveren we wel en welke niet. Ook heeft het Elkerliek gekozen voor een wijziging van de organisatiestructuur door duaal leiderschap in te voeren. Per 1 januari 2011 is de reorganisatie een feit. Gestelde doelen in het beleidsplan hebben onder andere betrekking op ICT (EPD, EVS etc.), het bevorderen van samenwerking met de eerste- en derdelijn, het bevorderen van ondernemerschap ziekenhuisbreed, cultuur en gedrag, het leermanagementsysteem en e-learning, het gezamenlijk (ziekenhuis en maatschap) opzetten van private initiatieven en diverse verbouwingen en renovaties. In dit jaardocument over 2011 worden de resultaten besproken.

## Doelen en speerpunten

In het beleidsplan 'Elkerliek kiest' is geschetst hoe het Elkerliek ziekenhuis zich langs de lijnen van kwaliteit, transparantie en efficiency wil ontwikkelen. De komende jaren gaat het ziekenhuis uit van onze eigen kracht en werken zo aan onze ambitie om nóg sterker te worden. Hieronder staan de doelen beschreven voor de komende beleidsperiode. Vervolgens staat een opsomming van de speerpunten uit het beleidsplan. In paragraaf 4.2 wordt aan de hand van de speerpunten getoond wat is gerealiseerd in 2011.

## Doelen

- Begin 2010 start het programma binnen de Dienst Patiëntenzorg ter verbetering van de serviceverlening aan de patiënt in navolging van de Hoteldienst.
- Eind 2011 is een leermanagementsysteem geïmplementeerd, waardoor opleidingen en trainingen voor medewerkers geregistreerd en gevolgd kunnen worden. De vakbekwaamheid kan hierdoor gemonitord worden. Dit systeem wordt tevens gebruikt om e-learning te introduceren in het Elkerliek ziekenhuis. In 2010 starten de eerste e-learning trajecten.
- Eind 2010 zijn op alle afdelingen, die patiëntencontact hebben, decentrale commissies actief inzake het veilig melden van incidenten.
- Managementinformatie op het gebied van patiëntveiligheid, gebaseerd op prestatie indicatoren van IGZ, zichtbare zorg en het veiligheidsprogramma is in 2010 beschikbaar en maakt onderdeel uit van de monitoring in het kader van de planning- en controlcyclus.
- Het Elkerliek ziekenhuis wil jaarlijks tot de 25 beste ziekenhuizen behoren op de AD-ranglijst.
- Ter bevordering van de medicatieveiligheid is het Elektronisch Voorschrijfsysteem (EVS) eind 2011 volledig uitgerold, vindt medicatie-intake plaats bij opname en wordt ontslagmedicatie bewaakt via de politheek.
- In het voorjaar van 2010 is het Kenniscentrum Bedrijfsvoering opgericht.
- In 2010 wordt gestart met een traject ter verbetering van de productiviteit op en bezetting van de OK. De bedrijfstijden op de OK worden verlengd, evenals op andere afdelingen waar sprake is van kapitaalintensieve faciliteiten.
- In 2010 en 2011 wordt het Prima Poli-project over alle poliklinieken uitgerold ter verbetering van de efficiency en service aan de patiënt. Ook zijn zorgprocessen verder geoptimaliseerd.
- In 2011 is de zorg op de Spoedeisende Hulp verbeterd door de aanwezigheid van SEH-artsen of specifiek geschoolde AGNIOS.
- In 2010 wordt een start gemaakt met het gezamenlijk (ziekenhuis en maatschap) opzetten van private initiatieven.
- In 2011 wordt een politheek op de locatie Helmond geopend.
- In deze beleidsperiode wil het Elkerliek ziekenhuis de electieve zorg jaarlijks met minimaal 5% uitbreiden.
- Samenwerking met de eerste lijn wordt bevorderd door samenwerking in Quartz-verband en inzet van de accountmanager eerste lijn.
- In het kader van de functionele bekostiging wil het Elkerliek ziekenhuis de benodigde eerstelijns diagnostiek aanbieden.
- Samenwerking met zorgaanbieders in de derde lijn wordt geïntensiveerd voor bevordering van een betere doorstroming.
- Medio 2010 wordt een keuze gemaakt met betrekking tot de aanschaf van een Elektronisch Patiëntendossier (EPD). Het EPD wordt vervolgens tussen 2011 en 2012 geïmplementeerd.
- In 2011 wordt een start gemaakt met de bouw van een nieuwe OK, CSA en dagbehandeling.
- In 2010 en 2011 worden op de locatie Helmond een nieuwe polikliniek Oogheelkunde en polikliniek Kaakchirurgie gerealiseerd. Op de locatie Deurne worden in 2010 de poliklinieken Chirurgie, Orthopedie en Neurologie gerenoveerd.

- In 2010 wordt een pijnpoli in Deurne geopend.
- In 2010 wordt de medische bibliotheek verbouwd en richten we een zogenaamd studielandschap in.
- Op 1 januari 2011 wordt een nieuwe organisatiestructuur geïntroduceerd. In 2010 zullen sectormanagers, medisch managers en operationeel managers worden benoemd.
- Gedurende de beleidsperiode blijft het Elkerliek voldoen aan de solvabiliteitseisen van het Waarborgfonds. Jaarlijks wordt een positief exploitatieresultaat behaald van minimaal € 1 miljoen.

### **Speerpunten**

1. Elkerliek kiest de patiënt als uitgangspunt
2. Elkerliek kiest voor de regio opdat de regio kiest voor Elkerliek
3. Elkerliek kiest voor gezamenlijke verantwoordelijkheid
4. Elkerliek kiest voor investeren in medewerkers
5. Elkerliek kiest voor kwaliteit in zijn breedste zin
6. Elkerliek kiest voor het bundelen van kennis
7. Elkerliek kiest voor een uitgebalanceerd zorgaanbod
8. Elkerliek kiest voor handhaving medisch specialistische opleidingen
9. Elkerliek kiest voor optimale benutting van de locaties
10. Elkerliek kiest voor ICT
11. Elkerliek kiest voor een financieel gezonde basis
12. Elkerliek kiest voor gerichte samenwerking
13. Elkerliek kiest voor procesverbetering
14. Elkerliek kiest voor een wendbare en transparante organisatie

### **4.2 Algemeen beleid verslagjaar**

Aan de hand van de veertien gestelde speerpunten voor deze beleidsperiode worden de ontwikkelingen in 2011 besproken en wordt aangegeven wat de stand van zaken is.

#### **1. Elkerliek kiest de patiënt als uitgangspunt**

##### **Winnaar 'Beste menu van de zorg'**

Dat het Elkerliek ziekenhuis de patiënt centraal stelt, blijkt mede uit het feit dat het Elkerliek in 2011 de prijs gewonnen heeft voor het 'Beste menu van de zorg' tijdens de Zorgetotaal beurs in de jaarbeurs in Utrecht. Met hun prestatie laten de koks zien dat het Elkerliek ziekenhuis niet alleen staat voor vriendelijke en veilige zorg, maar ook voor (h)eerlijk en gezond eten. Het Elkerliek toont daarmee dat met een budget van € 3,73 aan ingrediëntkosten een volledige kwalitatief hoogwaardige maaltijd aan de patiënt kan worden aangeboden. 99% van de patiënten zegt dan ook 'zeer tevreden' te zijn over de maaltijdvoorziening in het Elkerliek.

##### **Inzet vrijwilligers**

In november 2011 vierde de Organisatie Vrouwelijke Vrijwilligers (OVV) haar 50-jarige bestaan. Een organisatie die op initiatief van de toenmalige directie op 10 oktober 1961 is opgericht. In de loop van de jaren zijn werkzaamheden van de verpleging veranderd en is de verpleegduur steeds korter geworden. Met behulp van vrijwilligers is het mogelijk extra zorg te bieden waarvoor geld en middelen tekortschieten. Deze zorg voorziet in de behoeften van de patiënt en vormt een aanvulling op de professionele zorg. De dames van de OVV verzorgen boeken en bloemen op de verpleegafdelingen, tweemaal per week een verzoekplatenprogramma en zorgen voor de lectuur op de poliklinieken. Ook de inzet van vrijwilligers van het Vrijwillig Patiëntenvervoer komt het welzijn van de patiënt ten goede. In 2011 vervoerden zij al bijna hun 1.000.000ste patiënt!

### Commissie Patiënt Gerichtheid

In het Elkerliek ziekenhuis wordt structureel aandacht besteed aan patiëntgerichtheid. Sinds 2009 is een ziekenhuisbrede Commissie Patiënt Gerichtheid (CPG) actief. De CPG houdt zich bezig met het stimuleren, adviseren en ondersteunen van patiëntgerichtheid binnen alle geledingen van het ziekenhuis. De Commissie Patiëntgerichtheid heeft als taak om advies te geven aan de Raad van Bestuur over alle zaken die te maken hebben met Patiëntgerichtheid in de volle breedte en heeft daarnaast een signalerende, adviserende en coördinerende rol voor wat betreft de lopende activiteiten op dit gebied.

De CPG heeft in 2011 drie keer vergaderd. De CPG heeft zich in 2011 verder kunnen profileren in het aanjagen van patiëntgerichte projecten en activiteiten. De CPG heeft zich in 2011 onder andere bezig gehouden met:

- klantbeloften in de zorg;
- patiëntveiligheidskaart;
- presentatie Verpleegkundige Adviesraad over ziekenhuisbrede gedragscode;
- interne projecten getoetst aan de rol van patiëntgerichtheid (onder andere zorgoptimalisatie met betrekking tot ligduurverkorting, social media);
- resultaten patiëntenraadplegingen intern (onder andere enquêtes, spiegelbijeenkomsten, forumdiscussies, aanschaf touchscreen voor invullen digitale enquêtes in huis);
- informatie vanuit diverse symposia rondom het thema patiëntgerichtheid.

### Patiënttevredenheidsmetingen

Om op de hoogte te blijven van de waardering door patiënten van de zorg- en dienstverlening, houdt het Elkerliek ziekenhuis voortdurend patiënten-enquêtes. In principe worden de patiënten van elke polikliniek/afdeling gedurende drie maanden per twee jaar elektronisch bevraagd. Dit komt neer op gemiddeld drie à vier poliklinieken per kwartaal. In 2011 zijn patiënten van de poliklinieken Cardiologie, Gynaecologie, Interne Geneeskunde, Anesthesiologie, Dermatologie, Geriatrie, Oogheelkunde en Medische Psychologie geënuquëteerd. Daarnaast worden alle ontslagen klinische patiënten eenmaal per jaar gedurende drie maanden bevraagd. De resultaten van deze patiënttevredenheidsonderzoeken worden periodiek aan het management en betrokken specialisten van het ziekenhuis aangeboden. In de onderstaande tabel staan de gemiddelde rapportcijfers en het percentage patiënten dat de betreffende afdeling of (poli)kliniek van het Elkerliek ziekenhuis aanbeveelt aan vrienden en familie.

waardering	2011	% aanbevelen Elkerliek
kliniek	8.0	96%
polikliniek Cardiologie	8.2	99%
polikliniek Gynaecologie	8.0	98%
polikliniek Interne Geneeskunde	8.1	97%
polikliniek Kaakchirurgie	8.1	95%
polikliniek Revalidatiegeneeskunde	8.3	100%
polikliniek Anesthesiologie	7.8	94%
polikliniek Dermatologie	8.2	98%
polikliniek Geriatrie	8.4	100%
polikliniek Oogheelkunde	8.1	97%
afdeling Medische Psychologie	8.5	91%

tabel 5: gemiddeld rapportcijfer waardering poliklinieken en afdelingen (2011)



Naast bovengenoemde onderzoeken die conform planning worden uitgevoerd zijn op verzoek ook de volgende onderzoeken naar de ervaringen van patiënten in 2011 uitgevoerd:

- patiënten Fertilitateitspolikliniek;
- patiënten Dialyse Deurne;
- patiënten oncologisch spreekuur;
- patiënten Zorg voor Borstvoeding.

Ook de uitkomsten uit enquêtes die door zorgverzekeraars worden gehouden onder bepaalde patiëntencategorieën, de zogenaamde CQ-index, gebruikt het Elkerliek voor verbetertrajecten.

### Spiegelbijeenkomsten

Het Elkerliek ziekenhuis maakt in toenemend mate gebruik van andere vormen van patiëntenraadpleging, zoals het houden van Spiegelbijeenkomsten. Hierbij worden patiënten uitgenodigd om hun ervaringen met de zorg en dienstverlening van het ziekenhuis te delen met hulpverleners. De medewerkers krijgen op deze wijze een beter zicht op de belevingswereld van de patiënt, waardoor een professionele houding, die de patiënt centraal stelt, bij hen bevorderd wordt. Iedere spiegelbijeenkomst levert grotere en kleinere verbeterpunten en acties op.

### Cliënten Jaarprijs

De Cliëntenraad van het Elkerliek ziekenhuis heeft in 2011 voor de tweede keer de Cliënten Jaarprijs uitgereikt. De prijs heeft als doel patiëntgericht werken te promoten. In de beleving van patiënten zijn het vaak de kleine dingen die het verschil maken. Kandidaten voor de prijs worden door medewerkers van het ziekenhuis aangedragen. De prijs is uitgereikt aan het project 'Herontwerp Zorgpad Colorectale Tumoren'. Het behandeltraject dat patiënten met deze vorm van kanker doorlopen is complex, omdat er meerdere specialismen en behandelaars bij betrokken zijn. Door de inzet van oncologisch verpleegkundigen als persoonlijk begeleider, de zogenaamde case-manager, kan de behandeling efficiënt worden ingericht, waardoor het aantal bezoeken aan het ziekenhuis zoveel mogelijk wordt beperkt.

## 2. Elkerliek kiest voor de regio opdat de regio kiest voor Elkerliek

### Adherentie

In de afgelopen jaren zien we een duidelijke stijging bij de adherentie van de kliniek en dagverpleging. De poliklinische adherentie liet in 2009 een daling zien ten opzicht van 2008. In 2010 is deze adherentie weer fors gestegen. Bij het verschijnen van het jaardocument waren de adherentiecijfers en het opnameaandeel over 2011 nog niet bekend. Deze zijn daarom niet in vermeld.

Adherentie	2010	2009	2008
Kliniek en dagverpleging	145.055	142.150	140.876
Polikliniek	159.203	156.863	157.417

tabel 6: adherentie Elkerliek ziekenhuis

Het primaire verzorgingsgebied van het Elkerliek ziekenhuis bestaat uit de gemeenten: Helmond, Deurne, Laarbeek en Gemert-Bakel. Binnen dit primaire verzorgingsgebied is de poliklinische adherentie 1,2% gestegen. Bij de adherentie kliniek en dagverpleging zien we jaarlijks een stijging.

	2010	2009	2008
Kliniek en dagverpleging	74,4%	73,2%	72,8%
Polikliniek	79,3%	78,6%	79,0%

tabel 7: opname aandeel primair verzorgingsgebied Elkerliek ziekenhuis

Het aantal eerste consulten, het aantal opnamen en dagopnamen is gestegen.

	2011	2010	2009
opnamen en dagopnamen	37.761	35.711	33.474
1e consulten	118.784	115.198	109.909

tabel 8: aantal opnamen en eerste consulten Elkerliek ziekenhuis

### Sponsoractie Helmond voor Helmond

Ondernemers in Helmond hebben in 2011 het plan opgevat om de Mont Ventoux te beklimmen en zich hiervoor te laten sponsoren ten bate van de afdeling Oncologie van het Elkerliek ziekenhuis. Onder de naam 'Helmond voor Helmond' leverden zij een topprestatie. De deelnemers hebben samen het aanzienlijke bedrag van ruim € 250.000,- bijeengebracht.

Deze unieke prestatie van ondernemers in Helmond heeft laten zien dat zij zich verbonden voelen met het ziekenhuis. Dit laat tevens de goede maatschappelijke positie van het Elkerliek ziekenhuis zien. Het ziekenhuis is de ondernemers zeer erkentelijk voor dit initiatief. Het bedrag wordt besteed aan het verbouwen van de afdeling Oncologie en het aanschaffen van artikelen die het welzijn van de patiënt verhogen. Het gaat hierbij om zaken als coldcaps, aankleding van de afdeling en nieuwe infuusstoelen. Om ervoor te zorgen dat het geld goed wordt besteed is een commissie in het leven geroepen.

Deze actie heeft in januari 2012 een spontaan vervolg gekregen doordat een Helmondse kapsalon de actie 'Knippen tegen kanker' op touw zette. Zij haalden hiermee een bedrag van € 33.500,- op dat eveneens ten goede komt aan de afdeling Oncologie van het ziekenhuis.

### Intentieverklaring geboortecentrum

Naast de mogelijkheid om thuis te bevallen dient er de keuze te zijn om te bevallen binnen het Elkerliek ziekenhuis onder leiding van eerstelijns zorgverleners in een 'geboortecentrum'. Dit ter bevordering en behoud van de verloskundige zorg in de regio Helmond. Hiertoe hebben de eerste en tweedelijns verloskundige zorgverleners in 2011 een intentieverklaring getekend. Deze partijen zijn de beide verloskundige kringen in de regio Helmond, de ZorgBoog (kraamzorgorganisatie) en het Elkerliek ziekenhuis.

### Echografie op locatie

Naast de locatie Brandevoort is de afdeling Radiologie in 2011 gestart met het aanbieden van echografie in Gemert. We gaan er van uit het komende jaar op meer externe locaties deze service aan te bieden, zodat onze patiënten minder hoeven te reizen voor een echo-onderzoek.

### Website

In 2011 is door de afdeling Communicatie samen met diverse betrokken medewerkers hard gewerkt aan de nieuwe corporate website voor het Elkerliek ziekenhuis. Met alle afdelingen en specialismen zijn gesprekken gevoerd over de inhoud van de site. De structuur, lay-out en inhoud zijn afgestemd met een interne klankbordgroep en een cliëntenpanel. De nieuwe website voldoet volledige aan de wensen en eisen betreffende zorg 2.0 en wordt de komende jaren doorontwikkeld tot een interactief platform.

Hierdoor blijven wij in contact met onze doelgroepen en bieden wij de patiënt alle nodige informatie. Door de omvang van het project bleek oplevering in december 2011 niet haalbaar. De website is begin maart 2012 online gegaan.

### **Public relations & communicatie**

Met een gerichte communicatieaanpak rondom de kwaliteit van zorg en een nieuwe campagne, is in 2011 op structurele wijze bijgedragen aan de organisatiedoelen en heeft het Elkerliek zich op een positieve manier binnen en buiten de organisatie geprofileerd. In 2011 is de campagne 'Ik kies voor het Elkerliek' voortgezet in advertenties en op de bedrijfwagens van het ziekenhuis die de hele regio bedienen. Er is regelmatig Elkerliek-nieuws in de pers te vinden geweest. Er zijn 40 persberichten verzonden, dit komt neer op drie tot vier persberichten per maand.

### **3. Elkerliek kiest voor gezamenlijke verantwoordelijkheid**

In het beleidsplan 2010-2012 'Elkerliek kiest' staat vermeld dat de organisatie slagvaardig en wendbaar dient te zijn. Hiermee worden de doelstellingen met betrekking tot kwaliteit en doelmatigheid gerealiseerd. Ook het snel inspelen op ontwikkelingen in onze omgeving noodzaakt hiertoe. Slagvaardig- en wendbaarheid vragen om korte lijnen tussen Raad van Bestuur en werkvloer, maar ook om het leggen van verantwoordelijkheden en bevoegdheden daar waar invloed op het proces kan worden uitgeoefend. Ook organiseren vanuit het perspectief van de klant is dan beter mogelijk. In het verslagjaar 2011 is het duaal management geïmplementeerd en zijn de eerste positieve resultaten merkbaar.

#### **Duaal management**

Gezamenlijk heeft het duo een integrale management- en resultaatverantwoordelijkheid voor de organisatie-eenheid (OE):

- beleidsontwikkeling en innovatie;
- analyseren en (mede) definiëren van de kritische succesfactoren, kernwaarden, visie met betrekking tot de zorgverlening;
- vertaling van het ziekenhuisbeleidsplan in operationele activiteiten en de evaluatie daarvan;
- opstellen activiteitenplan en begroting van de OE;
- monitoren en realisatie van begroting, activiteitenplan, kwaliteit, exploitatie, investeringen en verslaggeving van de OE;
- kwaliteit inclusief patiëntveiligheid en patiëntenlogistiek;
- coördinatie van één of meer OE overstijgende, zorgbrede activiteiten;
- analyseren van de geleverde financiële managementinformatie en zo nodig het beleid of de doelen bijstellen;
- leveren van stuurinformatie over de eigen OE;
- rapportage aan de Raad van Bestuur.

### **4. Elkerliek kiest voor investeren in medewerkers**

#### **Ontwikkeltraject leidinggevenden**

In 2011 is een nieuwe organisatiestructuur geïmplementeerd, met als doel te streven naar een situatie waarin:

- de sectormanager samen met de medisch manager de ruimte heeft voor beleidsontwikkeling en innovatie: gezamenlijke verantwoordelijkheid door duaal management;
- de afdelingsmanager zichtbaar is op de werkvloer om het primair proces aan te sturen en medewerkers te coachen. Om dit te realiseren is de span of control van de afdelingsmanager op een aantal plaatsen verkleind;

- teams meer zelfstandig functioneren en de rol van het management randvoorwaardelijk en coachend is. Aangezien excellent leiderschap nodig is om de doelstellingen van deze nieuwe organisatiestructuur te realiseren hebben tachtig leidinggevend en de dienst MIT een ontwikkeltraject gevolgd. Dit ontwikkeltraject was zoals gezegd gericht op het ontwikkelen van excellent leiderschap ten behoeve van een wendbare en slagvaardige organisatie en ter bevordering van duurzame inzetbaarheid van medewerkers.

Het ontwikkeltraject is uitgevoerd in samenwerking met de externe partners PwC en Orga. Sectormanagers, medisch managers en afdelingsmanagers hebben een ontwikkelassessment ondergaan en daarna een persoonlijk ontwikkelplan opgesteld. Daarnaast hebben zij workshops gevolgd over dual management, het opstellen van een jaarplan, persoonlijke effectiviteit en het aansturen van teams. Tevens was een beoordelingstraject aan het ontwikkeltraject gekoppeld. Nagenoeg alle workshops zijn positief beoordeeld door de leidinggevend en.

Ontwikkeling van leiderschap vraagt de nodige tijd, zeker in combinatie met de vastgestelde cultuurverandering op klantgerichtheid, resultaatgerichtheid en aanpassingsvermogen. Daarom zijn voor 2012 vervolgvactiteiten gepland om leiderschap verder te ontwikkelen in het Elkerliek ziekenhuis.

#### **AARP award**

Het Elkerliek ziekenhuis heeft de AARP Award 2011 gewonnen voor 'De beste werkgever voor medewerkers boven de vijftig jaar'. Deze internationale prijs is in het leven geroepen als erkenning voor organisaties met een innovatief personeelsbeleid. AARP is een Amerikaanse non-profit belangenbehartiger voor miljoenen vijftigplussers. PGGM, de pensioenuitvoeringsorganisatie en coöperatie voor zorg en welzijn, is partner van AARP en nomineerde het Elkerliek voor deze prijs. PGGM vindt het Elkerliek een voorbeeld voor andere organisaties. In het Elkerliek heeft elke medewerker de mogelijkheid voor een professionele doorontwikkeling en ook maken mensen regelmatig succesvol een carrièreswitch op latere leeftijd. Uiteraard is de fysieke belastbaarheid een punt van aandacht, maar opleiding en training on the job kent geen leeftijdsgrens. Het behoort tot de maatschappelijke verantwoordelijkheid van het ziekenhuis om medewerkers optimaal te laten blijven presteren tot aan het bereiken van de pensioenleeftijd.

#### **Schokkende gebeurtenissen**

In 2011 is, voor de sector Kindergeneeskunde en Gynaecologie/Verloskunde, een nieuw protocol opgesteld voor de opvang van medewerkers bij schokkende gebeurtenissen. In 2012 wordt bezien of dit organisatiebreed wordt uitgerold.

In paragraaf 4.6 bij 'Kwaliteit ten aanzien van medewerkers' wordt uitgebreid ingegaan op de investeringen die het Elkerliek ziekenhuis in 2011 heeft gedaan voor zijn medewerkers.

### **5. Elkerliek kiest voor kwaliteit in zijn breedste zin**

#### **Kwetsbare ouders en kinderen**

In 2011 is een nieuwe vragenlijst geïntroduceerd voor kwetsbare ouders. Deze vragenlijst wordt afgenomen bij iedere zwangere op de polikliniek Gynaecologie. Deze vragenlijst past bij de vragenlijst die ook door de eerstelijns verloskundigen in de regio Helmond wordt afgenomen. (In 2012 wordt bezien of dit geüniformeerd kan worden.) Ook is een start gemaakt met het opstellen van een nieuwe interne werkwijze voor het signaleren en opvolgen van kwetsbare ouders en kinderen. In 2012 wordt hier een vervolg aangegeven in samenwerking met externe partijen zoals Raak, ORO, de ZorgBoog en anderen. De interne en externe regisseursfunctie voor kwetsbare ouders en kinderen is daarmee verankerd.

### **Veiligheidsprogramma voor kinderen**

In 2011 is een start gemaakt met het veiligheidsprogramma (VMS) voor kinderen. Het veiligheidsprogramma faciliteert ziekenhuizen en zorgverleners bij het voorkomen van schade bij de zorg voor zieke kinderen. Doel van het veiligheidsprogramma is dat, ideaal gezien, eind 2012 geen kinderen het ziekenhuis verlaten bij wie een medische fout is gemaakt of een complicatie is opgetreden. Afronding van het programma en verbeteracties staan gepland voor 2012.

### **Bedside terminal**

In 2011 is een functioneel programma van eisen voor de aanschaf van de bedside terminals opgesteld. Met de bedside terminals wordt de mogelijkheid geboden om extra (facilitaire) services aan klinische patiënten te bieden. Ook ziekenhuisinformatie kan meer gericht en snel worden aangeboden aan patiënten. Het keuzeprocess heeft plaatsgevonden met een brede betrokkenheid van medewerkers en patiënten. Medio 2012 wordt het nieuwe systeem geïmplementeerd en operationeel.

### **Kwaliteit van onderhoud**

In 2010 heeft er een onderzoek naar de kwalitatieve en financiële efficiency van de schoonmaak plaatsgevonden. Hieruit bleek dat met behoud van kwaliteit verbeteringen mogelijk waren. In 2011 heeft de operationalisering daarvan plaatsgevonden. Door goede samenwerking tussen medewerkers, zowel binnen als buiten de afdeling, en in goed overleg met ziekenhuishygiëne zijn de schoonmaakprogramma's aangepast en geïmplementeerd zonder dat de kwaliteit in het geding is gekomen.

### **Verdere doorgroei naar level 2 IC**

In 2011 werd volgens plan gebouwd aan de nieuwe organisatiestructuur van de IC die in 2007 werd gestart. Als leidraad hierbij geldt de richtlijn 'Organisatie en werkwijze op intensive care-afdelingen voor volwassenen in Nederland' uit 2006. De doelstellingen van dit plan werden integraal opgenomen in het vorige en huidige beleidsplan van het Elkerliek Ziekenhuis. De IC bestaat in 2011 uit het maximaal aantal van acht bedden. Met de komst van het nieuw OK-complex komt meer ruimte vrij voor de IC. In 2014 zal de IC bestaan uit de twaalf bedden die nodig zijn voor een level 2 IC.

### **AD top 100, 8e plaats**

Het Elkerliek ziekenhuis behoorde in 2011 tot het selecte gezelschap van de tien beste ziekenhuizen in Nederland. Het Elkerliek ziekenhuis eindigde op een prachtige 8e plaats in het kwaliteitsonderzoek van het Algemeen Dagblad. Ook de patiënttevredenheid werd bijzonder hoog gewaardeerd met gemiddeld cijfer van bijna een 8. De AD ziekenhuizen Top 100 wordt samengesteld op basis van onder meer de normen van de Inspectie van de Gezondheidszorg. De zeer goede kwaliteit die het Elkerliek levert is het resultaat van de tomeloze inzet van alle medewerkers die zich dagelijks inzetten voor onze patiënten. Kiezen voor het Elkerliek is daarmee - nog meer dan ooit - niet alleen kiezen voor vriendelijke en veilige zorg, maar ook een bewuste keuze als het gaat om de kwaliteit van de behandeling.

### **Beste borstkankerzorg Zuid-Nederland**

Het Elkerliek ziekenhuis is door zorgverzekeraar CZ voor het tweede jaar op rij, ook in 2011, als voorkeursziekenhuis aangewezen voor borstkankerpatiënten. Het ziekenhuis is wederom het enige voorkeursziekenhuis in de provincies Noord-Brabant en Limburg. Zorgverzekeraar CZ hanteert voor haar indeling drie groepen indicatoren: volume per locatie en per chirurg, overige zorginhoudelijke kwaliteit en patiëntervaring. Op basis van deze indicatoren wordt het Elkerliek ziekenhuis, samen met negen andere ziekenhuizen, aangewezen als voorkeursziekenhuis voor de behandeling van borstkankerzorg. De door CZ gebruikte indicatoren worden gemeten door onafhankelijke instituten als het Nivel. Belangrijk daarbij zijn de beoordelingen van patiënten. Zij geven een 8,3 voor het ziekenhuis als geheel en een 8,9 voor de bij de behandeling betrokken chirurgen.

Het Elkerliek is ook in het bezit van het Roze Lintje. Dit is de erkenning van de Borstkanker Vereniging Nederland voor goede borstkankercare. Nadruk ligt daarbij op de kwaliteit van borstkanker care vanuit patiëntperspectief.

#### **TopZorg-predikaat rughernia operaties**

Het Elkerliek ziekenhuis heeft als enige ziekenhuis in Brabant in 2011 van zorgverzekeraar Menzis het TopZorg-predikaat voor rughernia operaties ontvangen. Bij TopZorg behandelingen wordt de patiënt sneller geholpen dan in Nederland gebruikelijk is en kan de patiënt vertrouwen op goede medische kwaliteit. Ook informatievoorziening en begeleiding zijn bovengemiddeld goed. Patiënten bevelen de behandeling in een TopZorg ziekenhuis bij anderen aan en zijn positief over de communicatie door artsen en verpleegkundigen.

#### **Elkerliek is topper voor herniazorg**

Het Elkerliek ziekenhuis komt in de Gezondheidsgids van de Consumentenbond, naar voren als één van de zes toppers wanneer het gaat om de kwaliteit van de herniazorg in Nederland. De Gezondheidsgids beoordeelde de geboden zorg op een aantal randvoorwaarden zoals de wachttijd en het behandelend team. Het Elkerliek ziekenhuis biedt de herniapatiënt goede begeleiding rondom de operatie en een multidisciplinair team voor de behandeling.

#### **Drie sterren voor Elkerliek OSAS zorg (Obstructief Slaap Apneu Syndroom)**

Het Elkerliek ziekenhuis heeft van de Apneuvereniging Nederland drie sterren ontvangen voor zijn zorg aan Apneupatiënten; een bekroning voor het werk van het team van de polikliniek OSAS, de speciale polikliniek voor patiënten met apneu. Op basis van uitgebreid landelijk onderzoek onder 2700 patiënten heeft de Apneuvereniging sterren toegekend aan de verschillende slaapklinieken en ziekenhuizen. In totaal kregen 41 van de 78 slaapklinieken een of meer sterren. Bij het onderzoek werden de ervaringen van de patiënten vergeleken op een groot aantal aspecten van diagnose en behandeling en konden zij hun waardering uitspreken voor de slaapkliniek.

#### **Tweede plaats Nationale Patiënt veiligheid Award**

In 2011 was het project MOVE (Medicatie bij Opname Verifiëren) genomineerd voor de Nationale Patiënt veiligheid Award. Het Elkerliek ziekenhuis behaalde de tweede plaats bij deze verkiezing. De Nationale Patiëntveiligheid Award is een initiatief van de partners van het VMS Veiligheidsprogramma. In 2008 is het startsein gegeven voor dit programma met als doel de patiëntveiligheid in Nederlandse ziekenhuizen te verbeteren. Het ziekenhuis dat hier het best in is geslaagd, wordt bekroond met de Nationale Patiëntveiligheid Award.

#### **Cardio Vasculair Risico Management (CVRM)**

Sinds eind 2011 kent het Elkerliek ook een reuma-vaatrisicopolikliniek, naast de polikliniek secundair risicomanagement hartvaatziekten en de OSAS-vaatrisicopolikliniek. Hierdoor wordt ook voor deze specifieke patiëntengroep in afstemming met de 1e lijn een kwalitatieve goede CVRM begeleiding gerealiseerd.

## **6. Elkerliek kiest voor het bundelen van kennis**

#### **Cliënten Jaarprijs**

Zoals besproken bij speerpunt 1 is de Cliënten Jaarprijs in 2011 voor de tweede keer uitgereikt door de Cliëntenraad van het Elkerliek ziekenhuis. Doel van deze prijs is om patiëntgericht werken te stimuleren. Een tweede doel dat met deze prijs wordt bereikt, is dat kennis gedeeld wordt. Het project 'Herontwerp Zorgpad Colorectale Tumoren' kan als voorbeeld dienen voor andere behandeltrajecten.

Omdat het zorgpad complex is, worden oncologisch verpleegkundigen ingezet als persoonlijk begeleider (case manager). De behandeling van de patiënt verloopt hierdoor meer effectief en dus prettiger voor de patiënt.

### **Kenniscentrum Bedrijfsvoering**

Het Kenniscentrum Bedrijfsvoering, opgericht in 2010, levert een bijdrage aan het efficiënt en effectief inrichten van de bedrijfsvoering van het Elkerliek ziekenhuis, zodat een duurzaam en voldoende marktgericht Elkerliek is geborgd. Het hoofddoel van het Kenniscentrum Bedrijfsvoering is om binnen het ziekenhuis te fungeren als een virtueel vergaar-, ontwikkel en verdeelcentrum van kennis op het gebied van bedrijfsvoering. Hierbij wordt zowel intern als extern gekeken naar best-practices. De hoofddoelstelling van het Kenniscentrum Bedrijfsvoering kan opgedeeld worden in een viertal taakgebieden en speerpunten:

- signaleren: het verzamelen van interne en externe kennis;
- adviseren: fungeren als kennisbank;
- innoveren: middelen uniformeren en ontwikkelen;
- coördineren: afdelingsoverstijgende kennisdeling bevorderen.

### **Stand van zaken eind 2011**

Maandelijks heeft een Kenniscentrumoverleg plaatsgevonden. Aan het begin van 2011 is een activiteitenplan opgesteld en op basis daarvan is het Kenniscentrum gestart met het aanpakken van inhoudelijke onderwerpen:

- In het jaar 2011 is gewerkt aan de opbouw en het vullen van de Kennisbank. De Kennisbank bevat sjablonen, interne best practices, externe best practices en achtergrondinformatie met betrekking tot de zes resultaatgebieden. Inmiddels bevat de Kennisbank meer dan 100 documenten en links. Op deze wijze biedt de Kennisbank informatie en handvaten aan medewerkers in het ziekenhuis die aan de slag willen met een project/bepaald onderwerp.
- Een behoefte inventarisatie is uitgevoerd onder alle leidinggevenden in de zorgsectoren (sectormanagers en afdelingsmanagers). Concrete verzoeken/vragen die hieruit naar voren zijn gekomen zijn opgepakt.

## **7. Elkerliek kiest voor een uitgebalanceerd zorgaanbod**

### **Beste borstkankerzorg Zuid-Nederland**

Zie speerpunt 5 'Elkerliek kiest voor kwaliteit in breedste zin'.

### **Themasprekuren gynaecologie**

Momenteel bestaat een aantal goed lopende themapoli's: de menstruatiepoli, het Essure-spreekuur, het oncologiespreekuur, het zwangerenspreekuur en de vulvapoli. Al deze spreken zijn momenteel goed georganiseerd en zijn hierdoor een succes. In 2012 wordt bekeken of het aantal themasprekuren uitgebreid moet worden om aan de vraag te kunnen voldoen.

### **Bekkenbodemspreekuur**

In 2011 is een herstart gemaakt met het bekkenbodemspreekuur. Een gecombineerd spreekuur van patiënten met bekkenbodempromblematiek is een functie die zeer goed past bij de filosofie van het ziekenhuis om goede basiszorg te leveren aan ons verzorgingsgebied. Door de groeiende vraag naar behandeling en de vele goede ontwikkelingen binnen dit vakgebied, kunnen we evidenced based werken en hiermee een kwaliteitsverbetering bewerkstelligen voor patiënten met bekkenbodempromblematiek.

### **Fertiliteitszorg**

De fertiliteit is de afgelopen jaren door de komst van een gynaecoloog met aandachtsgebied fertiliteit uitgebouwd tot een volwassen afdeling. Samen met de in 2010 gestarte Nurse-Practitioner is een goed lopende fertiliteitskliniek vormgegeven die in 2011 nog verder geoptimaliseerd is.

### **Down 18+ spreekuur**

Het Elkerliek ziekenhuis heeft samen met Stichting ORO en Quartz een speciaal spreekuur voor achttienplussers met het Syndroom van Down. Regelmatig houdt een speciaal team van behandelaars specifiek op het syndroom gerichte gezondheidscontroles voor deze groep. Huisartsen, ouders/verzorgers/begeleiders kregen na bezoek aan het spreekuur behandelplannen toegestuurd. Landelijk is veel aandacht voor het spreekuur en vanwege de steeds grotere wordende vraag naar spreekuren voor patiënten buiten het adherentiegebied is besloten ook patiënten te includeren van buiten. Het aantal spreekuren zal daartoe uitbreiden.

### **Gezinsgerichte zorg**

In 2011 is verder gewerkt aan de invoering van gezinsgerichte zorg. Deze initiatieven hebben betrekking op het nog minder scheiden van moeder en kind en het betrekken van de partner bij het zorgproces. Dit uit zich onder andere in de opening van gezinssuites medio 2012. Een gezinssuite is een privékamer waar een moeder en haar pasgeboren baby verblijven, samen met de partner en eventueel andere kinderen van het gezin. De gezinssuites worden op de kraamafdeling gerealiseerd.

#### *Gezinssuites*

Het verblijf in een gezinssuite heeft voor moeder en kind veel voordelen. Zo wordt de continuïteit van zorg vergroot doordat één team verantwoordelijk is voor de zorg aan zowel moeder als de pasgeboren baby. De suite is een privékamer met een huiselijke sfeer, waardoor meer de situatie van een kraambed thuis wordt gecreëerd en toch de noodzakelijke medische zorg wordt gegeven. Hechting tussen gezin en pasgeboren kind komt daardoor beter tot stand, borstvoeding heeft meer kans van slagen en het gezin heeft meer privacy. Daarnaast heeft de partner de mogelijkheid om te overnachten en wordt betrokken bij de zorg en gaat het gezin beter voorbereid naar huis toe.

### **Elkerliek Esthetiek**

In 2011 is Elkerliek Esthetiek van start gegaan. De plastisch chirurgen bieden niet-verzekerde zorg in de veilige omgeving van het ziekenhuis. De verbouwing van de nieuwe polikliniek op locatie Deurne, met de uitstraling van een privékliniek, biedt de mogelijkheid om een nieuwe doelgroep te benaderen. Samen met de afdeling Communicatie is een marketingprogramma opgesteld, dat zijn verdere uitwerking in 2012 krijgt. Daarnaast is gestart met de laserbehandelingen op locatie Deurne. Gebleken is dat niet-verzekerde zorg een continu proces van aandacht is. De prijzen voor niet verzekerde zorg zijn zeer concurrerend in de markt gezet.

### **Hand-Pols centrum**

Samen met de Reumatologen, Orthopeden en Chirurgen is een start gemaakt met het inrichten van een Hand-Pols centrum. De patiënt heeft een klacht aan zijn hand of pols. Hij gaat naar zijn huisarts of fysiotherapeut en die verwijst hem naar de specialist die volgens de verwijzer het beste bij de klachten past. In het Elkerliek wordt de patiënt besproken in een multidisciplinair overleg en wordt een diagnose gesteld waarop een behandeling volgt. Op deze manier wordt de patiënt door de juiste specialist behandeld en krijgt hij de gewenste aandacht in het multidisciplinaire overleg. Het Hand-Pols centrum start naar verwachting in het voorjaar van 2012.



### **Nieuwe benaderingswijze heupprothesen**

In 2011 is gewerkt aan de voorbereiding van het starten met een nieuwe benaderingswijze voor het inbrengen van nieuwe heupprothesen. Begin 2012 worden de eerste heupen op een nieuwe methode geplaatst bij patiënten.

### **Poli Osteoporose**

In 2011 is gestart met een poli Osteoporose. Hierbij zijn betrokken: chirurgie, orthopedie, interne geneeskunde, geriatrie, radiologie en reumatologie.

### **Zorgstraten voor galblaas en liesbreuk**

Voor laparoscopische behandeling van galsteenlijden en liesbreuken zijn behandelstraten ontwikkeld. Dit betekent korte wachttijden voor een eerste polibezoek en operatie.

### **Nieuwe maatschap Reumatologie De Peel**

De maatschap is op 1 maart 2011 officieel gestart met twee reumatologen. De polikliniek is opgezet, een reumaverpleegkundige is aangesteld en gestart met haar opleiding. Het starten heeft een enorme aanzuigende werking gehad. Spreekuren worden meer dan goed benut. Halverwege het jaar is de maatschap ook gestart met een dagdeel polikliniek in Deurne. Samen met de plastische chirurgen, orthopeden en chirurgen is een start gemaakt met het inrichten van een Hand-Polscentrum

### **Kaakchirurgie**

De maatschap heeft zijn intrede genomen in een volledig verbouwde polikliniek. Tijdens de verbouwing is de maatschap op locatie blijven zitten en hebben alle processen voortgang gehad. Ook zijn alle productieafspraken behaald. De maatschap beschikt thans over twee volledig ingerichte locaties.

### **Interne geneeskunde en Maag Darm Lever (MDL)**

De procesgang rondom de opnameprocedure op de Spoedeisende Hulp, met concrete afspraken tussen Interne Geneeskunde en MDL, hebben aantoonbaar resultaat opgeleverd in het terugdringen van registratiefouten.

Er is hard gewerkt om de colonscreening binnen te halen. Helaas heeft de landelijke commissie die de vergunningen verleend meer tijd nodig dan voorzien, zodat dit niet binnen het jaar 2011 is afgerond. Anticiperend op de toekomstige ontwikkelingen is een endoscopieverpleegkundige gestart met de opleiding tot endoscopist, waarmee toenemende activiteiten op de endoscopieafdeling beter het hoofd geboden kunnen worden. In 2012 start een nieuwe landelijke opleiding hiervoor, waarmee het lokale initiatief direct meer inhoud krijgt.

### **Oncologie**

Binnen oncologie zijn de verbouwplannen concreet geworden in een bouwplan, dat in 2012 zal worden uitgevoerd. Daarnaast is door de actie Helmond voor Helmond een enorm bedrag beschikbaar om de zorg voor de oncologische patiënten te verbeteren. Om ervoor te zorgen dat de gelden op de juiste plek terecht komen, is een commissie van toewijzing benoemd die verzoeken weegt en beziet of betaling vanuit de actie is toegestaan. U leest meer over de actie Helmond voor Helmond bij speerpunt 2 'Elkerliek kiest voor de regio opdat de regio kiest voor Elkerliek'.

### **Palliatieve zorg**

De stafmedewerker Palliatieve zorg is gestart met de verpleegkundige specialisten opleiding en vormt samen met de palliatief arts het team Palliatieve zorg. De consulten en medebehandelingen zijn toegenomen met ruim 17% ten opzichte van 2010.

## **8. Elkerliek kiest voor handhaving (medisch specialistische) opleidingen**

### **Medische opleidingen**

'Elkerliek kiest voor handhaving medisch specialistische opleidingen'. Dit is een van de geformuleerde doelstellingen uit het beleidsplan 2010-2012. Deze doelstelling is gebaseerd op het feit dat uit de medische staf een beperkte wens tot uitbreiden van de opleidingen kwam en op het feit dat blijkt dat het in toenemende mate voor algemene ziekenhuizen die niet tot de STZ (topklinische ziekenhuizen) behoren, zeer moeilijk is geworden om het aantal opleidingsplaatsen verder uit te breiden. Het Elkerliek ziekenhuis richt zich daarom vooral op het continueren van de huidige opleidingen en wil zich verder focussen op de coassistenten. Het aantal coassistenten, waaronder ook de GEZP en WESP plaatsen (wetenschappelijke of klinische stage van zestien weken), willen we zo mogelijk verder uitbreiden.

#### *Huidige situatie*

Eind 2011 zijn in het Elkerliek ziekenhuis zes erkende medisch specialistische vervolgoopleidingen, dit zijn: interne geneeskunde, KNO, dermatologie, oogheeskunde, mond- en kaakchirurgie en klinische fysica. Voorts is de vakgroep geriatrie bezig met het voorbereiden van de aanvraag voor visitatie voor de vervolgoopleiding. In het Elkerliek ziekenhuis bieden vijf maatschappen/vakgroepen GEZP en/of WESP stages aan, te weten kindergeneeskunde, chirurgie, orthopedie, interne geneeskunde en plastisch chirurgie. Bij tien maatschappen/vakgroepen lopen studenten geneeskunde hun coschappen. Dat is bij kindergeneeskunde, neurologie, gynaecologie, dermatologie, KNO, interne geneeskunde, chirurgie, geriatrie, mond en kaakchirurgie en oogheeskunde.

Op de SEH worden twee gevalideerde stages voor HAIO aangeboden. Op de afdeling Geriatrie en op de afdeling Interne geneeskunde is plaats voor één gevalideerde VAIO. Het Elkerliek ziekenhuis wil, zoals eerder gezegd, zijn opleidingen behouden en zich focussen op de coassistenten en de GEZP/WESP stages. In toenemende mate is het voor het Elkerliek belangrijk gebleken om aantoonbaar te maken dat in het ziekenhuis een goed leerklimaat heerst en dat de organisatie en de specialisten opleidingsgezind zijn. Deels kunnen we dit zien aan de tevredenheid van de coassistenten. Uit de resultaten van de tevredenheidsmetingen vanuit de universiteiten blijkt het Elkerliek ziekenhuis goed te scoren. Anderzijds proberen we door onze eigen tevredenheidsmeting onder onze A(N)IOS jaarlijks zaken te verbeteren.

#### *Centrale Onderwijs Commissie (COC)*

In het onderhavige jaar is besloten de Central Onderwijs Commissie op te splitsen in een grote en een kleine COC. Dit ten behoeve van de veranderingen in de vervolgoopleidingen en de eisen die daarbij gesteld worden aan de opleiders, de opleidergroepen en de ziekenhuisorganisatie. In de kleine COC hebben de opleiders, de vice-opleiders, de COC voorzitter en de ambtelijk secretaris zitting. In de grote COC hebben behalve deze personen ook alle specialisten zitting die op enigerlei wijze betrokken zijn bij de medische opleidingen in het Elkerliek ziekenhuis.

- *Kleine COC*  
De zaken die direct gerelateerd zijn aan de kwaliteit van de vervolgoopleidingen worden veelal in de kleine COC opgepakt. De doelstelling van dit overleg is om de opleiders van elkaar te laten leren onder andere bij het maken van de nieuwe opleidingsplannen en de interne audits. Zodoende wordt het opleidingsklimaat in het Elkerliek ziekenhuis positief beïnvloed. In het verslagjaar is de kleine COC drie keer bij elkaar geweest. Er werd onder meer gesproken over de op handen zijnde of doorlopen visitaties, de mogelijkheden van ondersteuning door de onderwijskundige, opleidingsplannen, financiën, interne audits en exitgesprekken.
- *Grote COC*  
De grote COC heeft zich in 2011 onder andere bezig gehouden met:
  - het verloop van de teach-the-teacher cursussen. Hierover is afgesproken om uit te gaan van de doelstelling dat in 2013, 80% van de specialisten die zich bezig houdt met onderwijs minimaal de Basis Clinical Teaching cursus heeft gevolgd;
  - tijdens elke vergadering is de stand van zaken van het wetenschappelijk onderzoek en de publicaties in het Elkerliek ziekenhuis besproken;
  - daarnaast kwam de informatie uit de commissies vanuit de OORZON aan bod;
  - in het verslagjaar is een arts-assistenten tevredenheidsonderzoek uitgezet en hiervan werden de resultaten teruggekoppeld in de grote COC;
  - belangwekkende onderwerpen en besluiten uit de kleine COC werden medegedeeld in de grote COC;
  - gesproken is over de nieuwe masterfase voor coassistenten die in de nabije toekomst vorm krijgt;
  - het mentorschap voor alle arts-assistenten was een initiatief vanuit de COC en hier wordt vorm aan gegeven door de lijn. Dit onderwerp is regelmatig geëvalueerd tijdens de COC vergaderingen;
  - de voortgang van het onderwijs aan de arts-assistenten en de coassistenten is besproken.

### **Arts-assistenten vereniging**

Binnen het Elkerliek ziekenhuis is een arts-assistentenvereniging actief. Deze vereniging organiseert voor haar leden lunchbijeenkomsten waarbij sprekers worden uitgenodigd. Tijdens deze bijeenkomsten worden onderwerpen behandeld die voor alle A(N)IOS van belang zijn. Het afgelopen jaar zijn zes bijeenkomsten geweest. De onderwerpen waren:

- diëtiëk;
- radiologie onderwijs;
- antibiotica;
- pathologie;
- stolling;
- rariteiten in de radiologie.

Het bestuur van de arts-assistentenvereniging is tevens aanspreekpunt voor, en vertegenwoordigd in de COC.

### **Samenwerking met externe partners**

Het Elkerliek ziekenhuis heeft relaties met diverse opleidingsinstituten. Het grootste gedeelte van onze coassistenten komt uit het MUMC. Verder komen een aantal studenten van de Radboud universiteit en van het VU. Deze verdeling geldt ook voor de AIOS.

### **OORZON**

Het Elkerliek ziekenhuis participeert in OORZON (Onderwijs en Opleidingsregio Zuid-Oost Nederland). Hierin participeren alle ziekenhuizen uit de regio Zuid-Oost samen met de Universiteit Maastricht ten behoeve van de kwaliteit en de kwantiteit van de medische opleidingen in onze regio.

### *Brabant Medical School*

Het Elkerliek ziekenhuis is aangesloten bij de Brabant Medical School (BMS), een samenwerkingsverband van opleidingsziekenhuizen en opleidingsinstituten in Noord- Brabant.

### **Curriculum Aantredend Specialisten Elkerliek ziekenhuis (CASE)**

Het Elkerliek ziekenhuis biedt nieuwe specialisten een geaccrediteerd curriculum aan van negen trainingsdagen. Hier komt een breed scala aan onderwerpen aan bod die voor specialisten van belang zijn. Het betreffen onder andere onderwerpen op het juridische vlak, ethiek, ziekenhuseconomie, onderhandelen, vergadertechnieken en presenteren. In juni 2011 sloot een groep van twaalf specialisten het curriculum af. Het was de achtste keer dat in het Elkerliek ziekenhuis dit CASE traject verzorgd werd. De reacties van de specialisten waren positief. In 2012 start wederom een nieuwe groep specialisten met CASE.

### **ROC ter AA**

Het Elkerliek ziekenhuis, ORO, de Zorgboog en Savant werken samen met het ROC ter AA in Helmond op het gebied van opleiden, werken en leren in de praktijk. De samenwerking richt zich op de opleiding tot MBO verpleegkundige niveau 4. In samenwerking met het ROC ter AA is de vierjarige opleiding vorm gegeven.

## **9. Elkerliek kiest voor optimale benutting van de locaties**

Het Elkerliek heeft gekozen om in 2011 te starten met het Strategisch Vastgoedplan wat toekomstbestendig moet zijn en in lijn is met het meerjaren beleidsplan. In de eerste fase is met name gekeken naar het efficiënt ruimtegebruik voor zowel de kliniek als de polikliniek. Dit heeft uiteindelijk geresulteerd in het structureel sluiten van één verpleegafdeling en het inzichtelijk krijgen van het polikliniekgebruik per locatie en per specialisme. De verdere uitwerking daarvan staat gepland voor 2012.

### **Renovatie polikliniek kaakchirurgie en oogpolikliniek**

In 2011 is gestart met het renoveren van de polikliniek Kaakchirurgie en de polikliniek Oogheelkunde. Daarbij is veel aandacht besteed aan het patiëntencomfort in de vorm van patiëntvriendelijke wachtvoorzieningen en balies. Verder is door kleurstelling en het interieur de polikliniek meer eigentijds ingericht.

### **Vernieuwbouw OK,IC, CSA**

Na een lange voorbereiding, waarin de toekomstige gebruikers enthousiast hebben meegedacht over de plannen en deze ook mede hebben vormgegeven, is de planvorming afgerond. Nadat de benodigde vergunningen medio 2011 verkregen zijn, de financiering is afgerond en de aanbesteding het gewenste resultaat heeft gebracht, is de eerste fase nieuwbouw OK in 2011 van start gegaan.

### **Centrale installaties en energievoorziening Helmond**

In 2011 is een groot deel van de centrale installaties gerenoveerd of vervangen. Daarbij is onder andere veel aandacht gegeven aan de installaties die zorgdragen voor de klimatologische omstandigheden in de gebouwen. De koelmachines zijn vervangen waardoor het patiëntencomfort en de klimatologische omstandigheden in de gebouwen is verbeterd. Verder heeft het Elkerliek ziekenhuis geïnvesteerd in een Warmte Kracht Koppeling waarmee energie wordt opgewekt. Hierdoor wordt het milieu minder belast en dalen de energiekosten. In 2012 vinden nog wijzigingen plaats aan de elektrische-, noodstroom-, verwarmings- en stoominstallaties.

### **Eerste Hart Hulp en Angiokamer Cardiologie**

De CCU is in 2011 uitgebreid met een angiokamer speciaal voor de afdeling Cardiologie. Tevens is gelijktijdig een aparte ruimte voor Eerste Hart Hulp gerealiseerd. In deze ruimte is plaats voor vier patiënten.

**Gezinssuites**

Op afdeling 1A worden zes gezinssuites gerealiseerd. De planvorming hiervoor heeft gedurende 2011 plaatsgevonden. Eind februari 2012 wordt gestart met de bouw. Midden 2012 zijn de ruimtes gereed en is er voor de partner gelegenheid om te logeren op de kamer waar ook moeder en kind verblijven.

**Wasserij en linnenvoorziening**

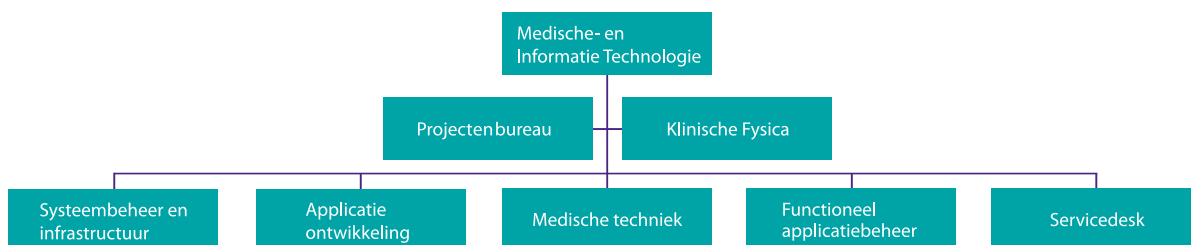
Het Elkerliek ziekenhuis is een van de weinige ziekenhuizen die de wasserij en linnenvoorziening nog in eigen beheer heeft. Een nieuwe analyse op de wasserij en linnenvoorziening heeft in 2010 duidelijk gemaakt dat het zowel uit financieel oogpunt als vanuit de kracht van eigen beheer (kwaliteit, flexibiliteit en betrokken medewerkers) voordelig is om de wasserij in eigen beheer te houden. Wel zal de wasserij gerenoveerd moeten worden. Daar wordt in 2012 mee gestart.

**Locatie Gemert**

Voor de zomer heeft een evaluatie plaatsgevonden met de gebruikers en de verwijzers van locatie Gemert, met als doel een jaar na ingebruikname de resultaten en wensen te bespreken. Er is een substantiële toename te zien van het aantal verwijzingen. Verwijzers en gebruikers zijn erg enthousiast over locatie Gemert.

**10. Elkerliek kiest voor ICT**

Als gevolg van de organisatieverandering binnen het ziekenhuis is per 1 januari 2011 een nieuwe sector Medische- en Informatie Technologie (MIT) geformeerd. De sector is een samenvoeging van de organisatie-eenheden Klinische Fysica, Medische Techniek, ICT en Applicatiebeheer DPZ. Samen met de Klinisch Fysicus als medisch manager vormt de nieuwe manager MIT het duaal management van de sector MIT.



figuur 2: organogram sector MIT

De missie van de sector MIT is het zorgdragen voor een veilige, kwalitatief hoogstaande toepassing van medische- en informatietechnologie binnen het Elkerliek ziekenhuis en in de zorgketen. De stakeholders van de sector MIT zijn talrijk en divers. MIT streeft naar een klantgericht, resultaatgericht en daadkrachtig optreden. De ambitie daarbij is optimale beschikbaarheid, betrouwbaarheid en informatieveiligheid in alle processen, leveringen en afspraken te garanderen. Goede werkverhoudingen en samenwerking met alle betrokken partijen.

**Integratie en professionalisering MIT**

Met deze missie als uitgangspunt staan de komende jaren in het teken van verdere professionalisering en integratie van de dienstverlening van MIT richting de interne en externe klant. Hiertoe is een meerjaren beleidsplan MIT opgesteld.

Als input voor het meerjaren beleidsplan is in 2011 een klanttevredenheidsonderzoek uitgevoerd en is deelgenomen aan enkele benchmarks als nulmeting, waarmee de positie van MIT ten opzichte van andere ziekenhuizen en het gewenste niveau is bepaald. De volgende ontwikkelingen worden hierbij als leidend gezien:

- digitalisering van bedrijfsprocessen, digitale patiëntbinding en interactie;
- het 'nieuwe werken';
- toenemende integratie in de praktijk van ICT en medische technologie;
- wet- en regelgeving aangaande apparatuur- en informatieveiligheid;
- kostenbeheersing.

In de komende jaren wordt binnen MIT geïnvesteerd in het optimaliseren van het dienstenaanbod en communicatie met de klant, met als doel de klanttevredenheid te vergroten. Belangrijke aspecten hierin zijn de inrichting van een MIT-brede Servicedesk en procesmatig denken en werken. Verder interactie met, en luisteren naar, de klant (inrichten accountmanagement en Adviesraad Zorg & MIT), het opzetten van project portfoliomanagement zijn hier verdere onderdelen van. Intern verhoogt MIT het kennisniveau van medewerkers, verbetert MIT management- en sturingsinformatie, een voert het een MIT-leiderschapsprogramma uit om zelfsturing, bewustwording en persoonlijke kracht van alle medewerkers optimaal te stimuleren. In 2011 zijn alle MIT-medewerkers geschoold in ITIL en is gestart met procesmatig denken en werken.

#### **Elektronisch Voorschrift Systeem (EVS)**

De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft gesteld dat in 2012 het digitaal voorschrijven van medicijnen mogelijk moet zijn. Onder andere om de controleerbaarheid van voorgeschreven medicatie te borgen. In het Elkerliek ziekenhuis heeft hiervoor in 2011 in de kliniek een succesvolle pilot gedraaid van het EVS. Ook is in 2011 begonnen met de voorbereiding voor de ziekenhuisbrede implementatie van het EVS in 2012.

#### **Elektronisch Patiënten Dossier (EPD)**

In het EPD wordt een compleet overzicht gegeven per patiënt van alle ingrepen, diagnoses en medicatie onafhankelijk van tijd, plaats en handelingslocatie. Dit vergroot de veiligheid voor de patiënt, maar maakt het ziekenhuis ook efficiënter en biedt de mogelijkheid nieuwe innovatieve zorgconcepten aan te kunnen bieden. In 2011 is het EPD-programmabureau van start gegaan en is een extern bureau geselecteerd dat zal ondersteunen bij selectie en voorbereiding tot implementatie van een nieuwe Elektronisch Patiënten Dossier. In 2012 wordt de markt van EPD-leveranciers verder verkend en een leverancier geselecteerd worden. Tevens zullen de voorbereidingen voor de feitelijk implementatie vorm krijgen.

#### **Online diensten**

Naast focus richting interne klant en zorgprocessen, wordt een belangrijk speerpunt voor de komende periode de digitale communicatie met patiënten; oftewel online diensten. Doelstelling van online diensten is door middel van slimme ICT de patiëntbinding te vergroten en communicatie en interactie met de patiënt verder te faciliteren. Dit bezien vanuit de patiënt zelf, de zorgverlener en de medewerker. Hierbij valt te denken aan digitaal afspraken maken, webspreekuur, sms-diensten, portalen, social media etc. In de eerste helft van 2012 worden plannen gemaakt en noodzakelijke voorbereidingen getroffen om te starten met de eerste toepassingen van online diensten.

#### **Procesverbetering/innovatie/digitalisering**

De sector MIT is nauw betrokken en/of ondersteunt bij de implementatie van diverse nieuwe technologieën binnen het ziekenhuis. Het betreft veelal vervangingen of vernieuwing die het werkproces verder optimaliseren en ondersteunen.

Enkele voorbeelden hiervan zijn de voorbereidingen voor de vervanging van de huidige telefoniecentrale door een nieuwe digitale centrale (VoIP), de invoering van een nieuw Radiologie Informatie Systeem (RIS), invoering applicatie voor nieuw declaratiesystematiek DOT, de voorbereiding voor de technologische inrichting van het nieuwe OK-complex, installatie van een radiologische en cardiologische angiokamer, selectie van een nieuwe servicedesktool, upgrade Document Kwaliteits Beheersysteem DKS, nieuwe website voor het Elkerliek, optimaliseren applicatie voor Veilig Incident Melden (VIM), inrichting nieuwe poli oogheelkunde, voorbereiding vervangig Baby in Beeld, voorbereiding selectie MRI scanner als vervanging van de huidige MRI-scanner in Helmond en de vervanging bedside terminals.

### **Informatiebeveiliging**

Door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) zijn alle Nederlandse ziekenhuizen verplicht om de implementatie van de NEN7510 te realiseren. In 2010 is officieel gestart met het programma Informatiebeveiliging. Een plan van aanpak Informatiebeveiliging 2011-2013 is daarop geschreven. In dit plan van aanpak worden de beleidsmatige kaders en doelstellingen van het programma Informatiebeveiliging benoemd. Binnen het programma zijn diverse projecten benoemd, geleid door projectleiders en ondersteund door projectgroepen. Deze projecten worden per kalenderjaar bepaald, geëvalueerd en besproken. In 2011 zijn de volgende projecten gestart:

- risicoanalyse;
- autorisatie;
- identificatie en authenticatie;
- gegevensuitwisseling;
- EKI (Elkerliek kiest ITIL);
- Business continuity management (bcm);
- bewustwording.

### **Meerjaren investeringsbegroting**

Binnen het Elkerliek zijn er drie investeringsbegrotingen, te weten medische investeringen, niet-medische investeringen en ICT-investeringen. Deze investeringsstromen zijn voor wat betreft aanvraag- en beoordelingsproces op elkaar afgestemd. Dat wil zeggen dat er op een eenduidige wijze en via een digitale invoerportal investeringen kunnen worden aangevraagd en dat beoordeling ervan op een vergelijkbare wijze, middels een investeringscommissie, wordt uitgevoerd. Op deze manier is eind 2011 voor medische investeringen, niet medische investeringen en ICT investeringen een meerjaren (2012 en 2013) investeringsadvies aan de Raad van Bestuur is aangeboden. De door de Raad van Bestuur toegekende investeringen zijn op uniforme wijze richting de sectoren gecommuniceerd.

#### **11. Elkerliek kiest voor een financieel gezonde basis**

In het beleidsplan is als doelstelling opgenomen om minimaal € 1 miljoen positief exploitatieresultaat te behalen. Met een positief exploitatieresultaat van € 2,8 miljoen is deze doelstelling ruimschoots behaald. Ten opzichte van het resultaat over 2010 (€ 2,5 miljoen) is sprake van een toename van het resultaat. Dit betekent dat de kosten en opbrengsten in 2011 zich met nagenoeg hetzelfde percentage hebben ontwikkeld. De generieke korting 2011 van in totaal € 2,9 miljoen is opgevangen door verhoging van de opbrengst in het B-segment en reductie van de kosten als gevolg van het sluiten van een verpleegafdeling.

#### **12. Elkerliek kiest voor gerichte samenwerking**

Evenals voorgaande jaren heeft het Elkerliek ziekenhuis in 2011 ook volop samengewerkt met andere zorgaanbieders. Hieronder wordt deze samenwerking toegelicht.

### **Regionale samenwerking op ICT gebied**

Op bestuurlijk niveau vindt regiosamenwerking en overleg plaats binnen AZZB verband (Alliantie Ziekenhuizen Zuidoost Brabant). In lijn hiermee vindt ook structurele samenwerking op ICT plaats. In het verslagjaar zijn diverse activiteiten ontplooid zoals:

- project secure e-mail tussen ziekenhuizen;
- project elektronische beelduitwisseling tussen ziekenhuizen;
- regulier overleg en uitwisseling van best-practices.

### **ICUZON**

In 2011 is door negen ziekenhuizen een samenwerkingsovereenkomst gesloten tussen Intensive Care-afdelingen. Het betreft de volgende ziekenhuizen: MUMC Maastricht, Atrium ziekenhuis Heerlen, Orbis Medisch Centrum Sittard, Laurentius Ziekenhuis Roermond, Viecurie MC Venlo, St. Jansgasthuis Weert, Catharina ziekenhuis Eindhoven, Maxima Medisch Centrum Veldhoven en het Elkerliek ziekenhuis Helmond. Onder de naam Intensive Care Units Zuid Oost Nederland (ICUZON) wordt conform de geldende richtlijnen samengewerkt.

### **Regionaal MS Centrum Oost Brabant**

Om patiënten met Multiple Sclerose (MS) optimaal te kunnen behandelen is in september 2011 door vier ziekenhuizen het Regionaal MS Centrum Oost Brabant officieel opgericht. In het St. Anna Ziekenhuis in Geldrop, het ziekenhuis Bernhoven in Veghel/Oss, het Catharina Ziekenhuis in Eindhoven en het Elkerliek ziekenhuis, ontvangen MS-patiënten daardoor in de eigen omgeving de best mogelijke zorg volgens de laatste wetenschappelijke inzichten en met de nieuwste medicatie. In het expertisecentrum werken de regionale ziekenhuizen samen en delen hun kennis en ervaring. In plaats van centralisatie van zorg - met lange reistijden, weinig flexibiliteit en geen kennis van de lokale zorgsituatie - wordt in de vier ziekenhuizen optimale zorg geboden in de directe omgeving van de patiënt.

### **ORO**

Het Elkerliek ziekenhuis werkt samen met ORO, een instelling voor mensen met een verstandelijke beperking. Met ORO wordt in Deurne invulling gegeven aan de Downpoli 18 + en in Helmond aan de kinder Downpoli. Mensen met het syndroom van Down vormen echter maar een klein deel van de grote groep mensen met een verstandelijke beperking. Een business case en uitwerking voor een gespecialiseerd tweedelijns spreekuur van een arts voor verstandelijk gehandicapten (AVG) is in 2010 gemaakt. In 2011 is met het AVG-spreekuur gestart. Zie ook speerpunt 7 'Elkerliek kiest voor uitgebalanceerd zorgaanbod'.

### **Audiologisch Centrum Eindhoven**

Jaarlijks worden in samenwerking met het Audiologisch Centrum Eindhoven gehoortesten afgenomen op de kinder Downpoli in Helmond. Afhankelijk van de onderzoeksgegevens van de KNO-arts vindt er verder onderzoek, dan wel medisch advies of behandeling plaats.

### **Revalidatiecentrum Blixembosch Eindhoven**

In 2011 is mogelijk gemaakt dat de dependance van Blixembosch in Deurne verder uitgebreid kon worden. Samen met de afdeling Revalidatie is gezocht naar een optimaal gebruik van de beschikbare ruimte. Blixembosch is zo in staat meer zorg dichterbij de patiënt te leveren.



### **GGZ Oost Brabant**

Het Elkerliek ziekenhuis levert ondersteunende diensten aan het regionaal Geestelijk Gezondheidszorg Centrum (RGC). Tevens wordt er op zorginhoudelijk terrein samengewerkt. Zo loopt er een project rond overgewicht bij kinderen (de Dikke Vrienden Club) en bestaat de LOK-poli (een polikliniek voor Lichamelijk Onverklaarde Klachten). Professionals uit beide organisaties werken hierbij samen.

### **Jeugdgezondheidszorg**

Het team Jeugdgezondheidszorg van de GGD maakt gebruik van ruimtes van het Elkerliek ziekenhuis in Deurne. Hier vinden de periodieke gezondheidsonderzoeken plaats, voor kinderen van vier tot negentien jaar.

### **Gegevens uitwisseling met de jeugdgezondheidszorg (JGZ)**

Voor de kinderen die via de JGZ op de kinderafdeling worden opgenomen vanwege excessief huilen is samen met de jeugdgezondheidszorg een verwijz en informatie-uitwisselingstraject afgesproken en geïmplementeerd. Vanwege de noodzaak om behandeling snel in te zetten en voor de betrokkenheid van ouders, zijn korte lijnen en een goede overdracht van en naar de JGZ van groot belang. In de praktijk houdt dit in dat bij opname digitale overdracht van gegevens plaatsvindt tussen de kinderafdeling van het ziekenhuis en verwijzend consultatiebureau van de Zorgboog.

### **Prenataal screeningscentrum De Peel**

Samen met een verloskundigenpraktijk is er een centrum voor prenatale screening. Het centrum is gevestigd in Gezondheidscentrum Leonardus in Helmond. Ook in Deurne wordt de service geboden. In dit centrum wordt onder andere de zogenaamde twintig-weken echo verricht.

### **Ketenpartners in de derde lijn**

Al jaren wordt intensief samengewerkt met de ketenpartners in de derde lijn. Op veel terreinen bieden zij ondersteuning aan elkaar. Een afdeling van De Zorgboog, De Regenboog, is in het ziekenhuis gevestigd. Het Elkerliek ziekenhuis verzorgt onder andere de ziekenhuishygiëne, laboratoriumfuncties en medicatieverstrekking voor De Zorgboog. Ook met Savant Zorg bestaan diverse contacten. Veel van deze gezamenlijke activiteiten zijn ondergebracht in Quartz, het centrum voor transmurale zorg waarin naast het Elkerliek ziekenhuis, de RHV, de Medische Staf, de GGZ-Oost Brabant en drie V&V instellingen (De Zorgboog, Savant Zorg en Sint Annaklooster) participeren.

### **Huisartsen**

De samenwerking met de huisartsen in de regio is goed te noemen. In Quartz-verband zijn ook in 2011 de jaarlijkse Petite en Klinische Conférences en een Grande Conférence gehouden. Ter kennismaking zijn diverse nieuwe huisartsen door de voorzitter van de Medische Staf, de voorzitter van de Raad van Bestuur en door de accountmanager eerstelijns bezocht. De Raad van Bestuur vergadert enkele malen per jaar met het bestuur van de Regionale Huisartsen Vereniging.

Elan en PoZoB zijn zorggroepen (samenwerkingsverbanden) van de regionale huisartsen. Elan en PoZoB spelen in op de ontwikkelingen in de gezondheidszorg, die leiden tot een herschikking van taken met betrekking tot de chronische zorg tussen de eerste en tweede lijn. Elan en PoZoB bieden de huisartsen actief ondersteuning bij het organiseren van de uitbreiding van hun taken. Vanuit het Elkerliek ziekenhuis wordt eerstelijns diagnostiek aan Elan en PoZoB geleverd. Attentie is de nieuwsbrief voor huisartsen van het Elkerliek ziekenhuis. Het ziekenhuis stroomlijnt de informatieverstrekking aan huisartsen op deze manier en geeft het een meer formeel karakter. Daarnaast wordt zo ingespeeld op de behoefte onder de huisartsen. De accountmanager eerstelijns van het Elkerliek ziekenhuis onderhoudt de contacten met de huisartsen.

### **Quartz**

Quartz is het centrum voor transmurale zorg in de regio Helmond. Quartz stimuleert, ontwikkelt en ondersteunt initiatieven op het gebied van ketenzorg en transmurale samenwerking. Vernieuwende oplossingen waarbij de patiënt centraal staat, maar ook een betere organisatie van de zorg. Sinds de oprichting in 1990 participeert het Elkerliek ziekenhuis in het regionaal samenwerkingsverband Quartz. Het bevorderen van communicatie en samenwerking tussen eerste, tweede en derde lijn is de centrale doelstelling. In de loop van de jaren zijn vele activiteiten ondernomen en projecten opgezet, waaronder het ontwikkelen en implementeren van transmurale werkafspraken op vele inhoudelijke gebieden.

In het kader van de transmurale samenwerking en verbetering van de ketenzorg, is voor een aantal veel voorkomende chronische ziekten programma's opgesteld. Vrijwel alle specialistische vakgroepen en maatschappen van het Elkerliek ziekenhuis zijn bij één of meerdere Quartz-activiteiten betrokken, evenals vele huisartsen. Er is sprake van een intensieve samenwerking met De Zorgboog, Savant Zorg en de GGZ, zowel bestuurlijk als projectmatig en op de werkvloer. Sinds 2010 is ook het Sint Annaklooster betrokken bij Quartz-activiteiten. Op deze wijze wordt commitment binnen de participerende organisaties en instellingen geborgd, die gezamenlijk een groot deel van het zorgaanbod in de regio voor hun rekening nemen.

Quartz heeft in 2011 de volgende ketenzorgprogramma's gecoördineerd en inhoudelijk begeleid: CVA, dementie, palliatieve zorg, oncologie, lichamelijk onverklaarde klachten, medicatieoverdracht in de keten en logistieke optimalisatie zorgketen. Vanuit de Dienst Ondersteuning Ketenzorg van Quartz, waar de Diabetes-dienst Helmond, de Astma/COPD- dienst Helmond en de Cardio Vasculaire-dienst Helmond onderdeel van uitmaken, worden de huisartsenpraktijken via de zorggroepen Elan en PoZoB facilitair logistiek ondersteund. Tevens implementeert de Dienst Ondersteuning Ketenzorg de eerstelijns DBC's in de tweede lijn. Elan en PoZoB zijn daarbij de contractanten voor het ziekenhuis. De activiteiten van Quartz op het gebied van samenwerking en communicatie, zoals het organiseren van conférences, symposia en scholingen, zijn gecontinueerd.

### **Stichting Zorgverwijzing Zuid-Oost Brabant**

Deze stichting stelt zich ten doel de informatieuitwisseling tussen verschillende zorgaanbieders te digitaliseren. Nagenoeg alle verwijzingen van eerste naar tweede lijn vinden digitaal plaats. In 2011 is gestart met het digitaal aanvragen van eerstelijns diagnostiek. In deze stichting participeren de vier ziekenhuizen in Zuid-Oost Brabant en de huisartsen in deze regio.

### **Regionale samenwerking: Kidz en Ko**

De kinderdiabetesteams van 4 steden in de regio Midden-Brabant: het St. Elisabeth Ziekenhuis en Tweesteden Ziekenhuis in Tilburg, het Jeroen Bosch Ziekenhuis in s-Hertogenbosch, het Catharina-ziekenhuis in Eindhoven en het Elkerliek Ziekenhuis in Helmond, zijn een samenwerking aangegaan in november 2007. De samenwerking is bedoeld om goede kwaliteit en continuïteit van zorg aan kinderen en tieners met diabetes mellitus in de genoemde regio in kleine teams met intensief contact samen te organiseren en leveren volgens de MDF-zorgstandaard. Deze samenwerking heet: Kidz&ko. Deze afkorting staat voor KinderDiabetesZorg&KwaliteitsOverleg. Eind 2008/begin 2009 hebben de ziekenhuizen uit Oss/Veghel en Geldrop zich aangesloten bij dit verband. Voor (ouders van) kinderen met diabetes is er gegarandeerde 24 uren bereikbaarheidsdienst en gezamenlijke informatievoorziening aan de (ouders van) kinderen. Echter ook het organiseren van thema-avonden voor scholen is onderdeel van dit samenwerkingsverband. Daarnaast participeert Kidz en Ko in twee onderzoeken naar de kwaliteit van leven in relatie tot diabetes en het gezin.

### **Kindermishandeling**

In 2010 is gezamenlijk met huisartsen, kinderartsen, jeugdartsen, centrale huisartsenpost organisatie en AMK gewerkt aan een 'RTA signalering kindermishandeling in de acute fase'. Hierin wordt een uniforme werkwijze op de spoedeisende hulpen en spoedposten in de regio Zuid-Oost Brabant beschreven. Samenwerking tussen de verschillende professionals die in aanraking komen met kinderen die slachtoffer zijn van kindermishandeling is essentieel. Begin 2011 is deze RTA beschikbaar gekomen.

### 13. Elkerliek kiest voor procesverbetering

#### Zorg Optimalisatieproces (ZOP)

Doel van het project ZOP is om het logistiek zorgproces te optimaliseren, zodat de patiënt met ontslag gaat zonder vertraging die ontstaan zou zijn door organisatorische oorzaken. Een tweede doel is om meer inzicht te krijgen in de verschillende zorgprocessen op specialisme, ziektebeeld, afdelings- en ziekenhuisbreed niveau. Dit alles met als resultaat ligduurverkorting te bewerkstelligen. In 2011 is het ZOP volledig geïmplementeerd op alle verpleegafdelingen behalve dagbehandeling en IC.

Het ZOP wordt uitgevoerd op basis van Theory of Constraints (TOC). Dagelijks wordt overlegd met de specialist, verpleegkundige en de patiënt wat de verwachte ontslagdatum zal zijn. Indien wordt ingeschat dat de vooraf gestelde standaard ligduur voor het zorgproces niet gehaald wordt, wordt een actie uitgevoerd om het ontslag te bespoedigen. Dit wordt gedaan door het invullen van een digitale kwaliteitskaart waarop aangegeven wordt wat de knelpunten zijn en wat of wie hiervan de oorzaak is. Mede dankzij ZOP is het ook in 2011 gelukt de ligduur te verkorten.

#### *ZOP raad*

Deelnemers zijn: lid Raad van Bestuur, voorzitter Medische Staf, sectormanager, afdelingsmanager, opnamemanager en stafmedewerker. De ZOP raad wordt maandelijks gehouden en behandelt onderwerpen zoals de ontwikkeling van de ligduur per specialisme en ziekenhuisbreed en knelpunten die kunnen worden opgelost vanuit het ZOP overleg. Daarnaast worden medewerkers of specialisten uitgenodigd voor toelichting op een casus of knelpunt.

#### *ZOP overleg*

Deelnemers zijn: alle klinische afdelingsmanagers (via een roulatierooster) en de dienstdoende sectormanager. Het ZOP overleg wordt wekelijks gehouden op patiëntniveau. Gesproken wordt over diverse casussen waarbij sprake lijkt te zijn van opvallend lange ligduur.

#### *ZOP overleg zeswekelijks*

Deelnemers zijn: alle klinische afdelingsmanagers en alle sectormanagers. Hier wordt een uitgewerkte casus ingebracht inclusief analyse door één afdelingsmanager. Deze analyse kan worden uitgewerkt op zorgproces en kan worden opgesteld met behulp van de cijfers uit de ZOP rapportage. De bedoeling van het inbrengen van de casus is dat verdere afspraken worden gemaakt of dat de inbreng van de casus leidt tot verbeteringen in de patiëntenzorg (deze analyse gaat niet op patiëntniveau, maar op 'zorgproces' niveau).

#### *Resultaten*

Het behaalde resultaat over de periode van september 2010-september 2011 is 11% ligduurverkorting. Het doel was 10% ziekenhuis breed. Resultaten voor 2012 zijn vastgesteld op een ligduurverkorting van 5%. Aandachtspunt voor 2012 is het verder analyseren van de management rapportage gegenereerd uit de kwaliteitskaart.

#### **Beddenreallocatie**

Doordat een flinke terugloop van de bedbezetting in de kliniek werd geconstateerd, is na een grondige analyse van de bedbezetting, op 1 mei 2011 de beddenreallocatie in gang gezet. Met als resultaat dat een klinische afdeling van 23 bedden gesloten kon worden. De zogenaamde 'snijdende' afdelingen zijn heringericht op basis van de aard van de zorg. Er is gestart met een tijdelijke fase van 1 mei tot 1 oktober waarin tijdelijke teams zijn samengesteld voor de nieuwe afdelingen 1B, 1C en 2B. Vanaf 1 oktober zijn definitieve teams vastgesteld en is de beddenreallocatie afgerond. Er heeft in het najaar 2011 een evaluatie plaatsgevonden. Geconcludeerd kan worden dat de doelstellingen grotendeels zijn behaald:

- de patiënt ligt op het juiste bed;
- het juiste personeel is aanwezig;
- de juiste voorzieningen zijn aanwezig;
- het aantal opnamestops bedraagt minder dan vijf per jaar.

Daarnaast zijn de aanbevelingen die gedaan zijn omgezet in acties, zoals het oppakken van leerlingenbegeleiding, het beter afstemmen van personeel op patiëntenstromen en extra scholingsmomenten inplannen. De acties worden in het eerste half jaar van 2012 gerealiseerd.

### **Digitaal verwijzen**

ZorgDomein is zeer succesvol geïmplementeerd en wordt inmiddels door alle huisartsen gebruikt als verwijssysteem. Het aantal combinatieafspraken is uitgebreid. Het is mogelijk gemaakt om aanvragen voor pathologie te doen via zorgdomein. Daarmee kan de huisarts weer een extra verwijzing doen via één applicatie. Voor huisartsen is het mogelijk om aanvragen voor eerstelijns diagnostiek via ZorgDomein te doen. Ook digitale aanvragen van laboratorium- en PAMM onderzoeken door huisartsen zijn mogelijk. Daardoor kan ook een aantal functieonderzoeken digitaal worden aangevraagd. Tevens zijn de aanvragen voor radiologie onderzoeken digitaal beschikbaar.

### **Aanpassing zorgpad colorectale tumoren en invoering Casemanager**

Het zorgpad colorectale tumoren is operationeel. Vanaf 2012 wordt nog meer aandacht geschonken aan het nazorgtraject. De patiënten zijn tevreden over het hebben van een aanspreekpunt in de vorm van een Casemanager.

Begin 2010 is een onderzoek verricht naar de behandeling van patiënten met colorectale (dikke darm) tumoren in het Elkerliek. Aanleiding hiertoe was een nationaal rapport van de Inspectie, waaruit bleek dat rondom het proces van oncologische patiënten in Nederland nog veel verbeterd kon worden. Uit het onderzoek kwam naar voren dat de doorlooptijden verbeterd konden worden. Tevens zou het proces op bepaalde punten patiëntvriendelijker ingericht kunnen worden, waardoor de patiënten minder bezoeken aan het ziekenhuis zouden hoeven af te leggen. Aansluitend aan dit onderzoek heeft een multidisciplinaire werkgroep dit zorgpad verder uitgewerkt en afgesloten aan het einde van het verslagjaar. Er zijn duidelijke afspraken gemaakt tussen de diverse betrokken maatschappen. Het zorgpad is nu compacter van opzet en de patiënt hoeft minder vaak naar het ziekenhuis te komen. Bovendien krijgt de patiënt een vast aanspreekpunt in de vorm van een case-manager.

### **Algemeen Klinisch laboratorium (AKL) - bloedafname**

In juni 2011 is bij de poliklinische bloedafname op locatie Helmond een derde balie in gebruik genomen. Aanleiding is de toename van het aantal patiënten en de gemiddelde wachttijden. Door de uitbreiding en aanpassingen in patiëntenlogistiek en oproepen (door het Patiënt Verwijs Systeem) kan de wachttijd worden beperkt.

Op de poliklinische bloedafname op locatie Gemert is de openingstijd op dinsdag verruimd tot 12.30 uur. Als extra service biedt het AKL 24-uurs bloeddrukmetingen en is de bloedafname gekoppeld aan de kinderpoli. Ouders met kinderen hoeven voor bloedafname niet meer naar Helmond te reizen en worden direct geholpen.

### **Eerste Hart Hulp (EHH)**

Vanaf mei 2011 worden patiënten van het Elkerliek ziekenhuis die zich met acute hartklachten melden behandeld op de EHH, welke speciaal is ingericht op onderzoek en behandeling van hartpatiënten. De EHH bevindt zich op de derde verdieping bij de CCU. Daarmee wordt de zorg voor hartpatiënten op één plaats in het ziekenhuis concentreert. Naast de EHH is een nieuwe hartkatheterisatiekamer (angiokamer) gebouwd. In deze speciale kamer, voorzien van röntgen-apparatuur, worden hart en bloedvaten onderzocht en worden pacemakerimplantaties verricht.

## **14. Elkerliek kiest voor een wendbare en transparante organisatie**

In 2010 zijn alle voorbereidingen getroffen om het Elkerliek ziekenhuis wendbaar en slagvaardig te maken. Transparant is het ziekenhuis al, maar het was niet voldoende wendbaar en slagvaardig om de komende jaren verzekerd te zijn van een goede positie. Inspectie, verzekeraars en kwaliteitseisen vragen om meer flexibiliteit en aanpassingsvermogen. In 2011 was de wijziging van de organisatiestructuur een feit en is gestart met dual management. Om hiermee een goede start te maken hebben sectormanagers, afdelingsmanagers en medisch managers deelgenomen aan een ontwikkeltraject, waarbij diverse onderwerpen aan bod kwamen die hen helpen om van het Elkerliek een wendbare organisatie te maken. Wat dit ontwikkeltraject inhoudt is aan bod gekomen bij speerpunt 4 'Elkerliek kiest voor investeren in medewerkers'.

### **4.3 Gastvrij Elkerliek**

#### **Gastvrije ontvangst**

In de centrale hal is de receptiebalie vervangen door een balie met een modernere uitstraling. De taken van de receptionisten en patiëntenadministratie zijn nu geïntegreerd. De patiënt ervaart dit als zeer prettig en kan daarmee bij één medewerker met zijn vragen terecht.

In 2011 is het parkeersysteem gemoderniseerd met als resultaat dat de patiënt en bezoeker, indien hij betaald heeft, door de inzet van nummerbordherkenning kan uitrijden.

#### **Gastenservice**

In maart 2010 is gestart met de gastenservice. Bezoekers van het Elkerliek ziekenhuis kunnen gebruik maken van een vervoersservice. Patiënten worden hiermee vervoerd van de hoofdingang naar de parkeerplaats en terug. Vrijwilligers van het ziekenhuis voeren deze vervoersservice uit. Van de nieuwe dienst wordt zoveel gebruik gemaakt, dat de Antonius stichting in 2011 een tweede golfwagen ter beschikking heeft gesteld.

#### **Boodschappenservice**

De comfortdienst 'boodschappenservice voor patiënten' loopt via de ziekenhuiswinkel. Dat betekent dat patiënten bepaalde producten in het ziekenhuis kunnen bestellen en deze worden afgeleverd door medewerkers van de ziekenhuiswinkel.

#### **Patiënten eten in restaurant**

Het Elkerliek ziekenhuis biedt patiënten een extra service rond het aanbieden van de warme maaltijd. Patiënten krijgen de warme maaltijd 's avonds aangeboden, zoals ze thuis ook vaak gewend zijn. Dit wordt als zeer positief ervaren. Ook in 2011 hebben veel patiënten gebruik gemaakt van de mogelijkheid om hun warme maaltijd 's avonds in het restaurant te nuttigen in plaats van op de patiëntenkamer. Dat biedt patiënten een moment van rust en zo kunnen zij even in een andere omgeving verblijven. Voor sommige patiënten geeft dat een welkome afleiding. Familieleden of naasten kunnen tegen betaling mee-eten. Uiteraard geldt deze service alleen voor patiënten voor wie het medisch verantwoord is.

#### 4.4 Algemeen kwaliteitsbeleid

##### Commissie Kwaliteit & Veiligheid

De commissie Kwaliteit & Veiligheid is in 2011 negen keer bijeengekomen. Onderwerpen die aan bod zijn gekomen zijn onder meer:

- jaaroverzicht MIP/klachten/claims/calamiteiten;
- informatiebeveiliging;
- herziening reglement commissie Kwaliteit & Veiligheid;
- interne audits;
- uitkomsten VMS Quick Scan;
- COMPaZ cultuurenquête;
- Spoed Interventie Team;
- visiedocument Integrale Veiligheid en de voortgang van de daarbij behorende activiteiten.

Ook zijn de prestatie-indicatoren en het NIAZ-kwaliteitssysteem aan de orde geweest. De commissie kent een multidisciplinaire samenstelling.

##### Ziekenhuisbrede NIAZ-accreditatie

Het Elkerliek ziekenhuis is sinds oktober 2005 NIAZ-geaccrediteerd. Met dit keurmerk wil het ziekenhuis laten zien dat doorlopend en systematisch wordt gewerkt aan een betere organisatie en kwaliteit van zorg. In 2009 heeft de heraccreditatie met goed succes plaatsgevonden. Het ziekenhuis houdt systematisch interne audits. Interne auditoren, die daarvoor zijn opgeleid, bezoeken alle afdelingen iedere twee jaar. Aan de hand van de NIAZ-normen wordt tijdens deze interne audits bekeken of werkprocessen en -afspraken zijn vastgelegd en of deze ook worden nageleefd. Van iedere audit wordt een rapportage gemaakt en gaat de leidinggevende aan de slag met eventuele verbeterpunten. Eind 2011 is een begin gemaakt met het uitvoeren van veiligheidsrondes. Bij deze rondes op een afdeling wordt specifiek gelet op de (patiënt) veiligheid. De Raad van Bestuur loopt samen met inhouddeskundigen een ronde over een afdeling waarbij gelet wordt op veiligheid op het gebied van onder andere hygiëne, ARBO, apparatuur, medicatie en fysieke beveiliging. Bewustzijn (verandering) is een belangrijk onderdeel, respectievelijk doel, van de Veiligheidsrondes.

##### DKS

Alle werkprocessen en -afspraken zijn beschreven en opgeslagen in DKS- een geautomatiseerd document-beheerssysteem - dat via het intranet voor alle medewerkers toegankelijk is.

##### Prestatie-indicatoren

De basisset prestatie-indicatoren 2010 (inclusief de veiligheidsindicatoren) van het Elkerliek ziekenhuis is, evenals voorgaande jaren, gepubliceerd op onze eigen website [www.elkerliek.nl](http://www.elkerliek.nl) en bovendien opgenomen in de Databank Kwaliteit van de NVZ (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen) [www.ziekenhuizen transparant.nl](http://www.ziekenhuizen transparant.nl). De indicatoren van Zichtbare Zorg zijn eveneens aangeleverd over 2010. In de ranglijst van het Algemeen Dagblad is een achtste plaats behaald.

#### 4.5 Kwaliteitsbeleid ten aanzien van patiënten/cliënten

##### 4.5.1 Kwaliteit van zorg

Op afdelingsniveau heerst een verbetercultuur. Verbeterpunten worden door de medewerkers zelf aangedragen en komen ook voort uit interne audits, klachten, MIP- en VIM-meldingen. Daarnaast maken de prestatie-indicatoren als decubitus percentage, ligduur, SNAQ-score en pijnscore een vast onderdeel uit van het verpleegkundig dossier. Ook wordt structureel de patiënttevredenheid onderzocht op verschillende afdelingen.

#### 4.5.2 Klachten

Het ziekenhuis heeft voor de behandeling van klachten een Klachtencommissie. De afdeling Patiëntenparticipatie is verantwoordelijk voor eerste opvang en bemiddeling. Het ziekenhuis heeft een eigen klachtenregeling. Deze regeling wordt bij onze cliënten onder de aandacht gebracht via folders, het opnameboekje en de website. Verder zijn de medewerkers en medisch specialisten op de hoogte van de klachtenregeling en verwijzen zij naar het centrale loket, de afdeling Patiëntenparticipatie.

##### Klachtenbemiddeling

Op de afdeling Patiëntenparticipatie wordt de eerste opvang van klachten verzorgd door de klachtenfunctionaris en de medewerker klachtenbemiddeling. Zij passen hoor en wederhoor toe. De klachtenfunctionaris voert bemiddelingsgesprekken met klagers en betrokkenen uit het ziekenhuis. Signalen uit klachten worden door de klachtenfunctionaris besproken met onder andere de voorzitter van de Raad van Bestuur en de voorzitter van de Medische Staf.

In 2011 is contact geweest met 328 klagers. Het aantal geregistreerde klachtaspecten in 2011 was 464. Zie de onderstaande tabellen voor een overzicht.

	2011	2010	2009
aantal klagers	328	307	316
aantal klachtaspecten	464	424	451

tabel 9: aantal klagers en klachtaspecten (2011)

	2011	2010	2009
methodisch en technisch handelen	27%	25%	31%
relationele aspecten	26%	33%	28%
organisatorische aspecten	30%	31%	33%
overige aspecten	17%	11%	8%

tabel 10: onderwerpen van klachten in percentages (2011)

##### Klachtencommissie

In de klachtencommissie participeren een externe voorzitter (jurist), een lid voorgedragen door Zorgbelang Brabant, een externe chirurg, een aantal medisch specialisten en ziekenhuismedewerkers. De klachtencommissie kan in volle vrijheid haar werkzaamheden verrichten en deskundigen inschakelen waar zij dat gewenst vindt. Bij alle klachten wordt hoor en wederhoor toegepast. Indien noodzakelijk voor de beoordeling van de klacht zal - na toestemming van de klager - inzage in het medische en verpleegkundige dossier plaatsvinden. De Raad van Bestuur neemt naar aanleiding van de uitgebrachte uitspraken en adviezen zonodig passende maatregelen en laat dit de klager, aangeklaagde en de klachtencommissie weten. De klachtencommissie kwam 8 keer bij elkaar voor reguliere vergaderingen. Daarnaast is de commissie een keer bij elkaar gekomen vanwege een geplande hoorzitting. Bij één klacht is een extern deskundige ingeschakeld. De klachtencommissie heeft in 2011 over vijf klachten, bestaande uit acht klachtaspecten uitspraak gedaan. Van de drie overige klachten zijn er twee ingetrokken en loopt er nog een door in 2012. Verder werd er nog een klacht uit 2010 behandeld, maar die werd ingetrokken.

Over de categorieën verdeeld luidt de uitspraak als volgt:

	gegrond	ongeground
medisch inhoudelijk	1	3
communicatie relationeel	1	
organisatorisch		3

#### 4.5.3 Toegankelijkheid

##### Toegangstijd bloedafname Gemert

De wachttijden voor de poliklinische bloedafname Gemert zijn verkort door het implementeren van een eenvoudig patiënt begeleidingssysteem. Patiënten worden via een matrixbord opgeroepen naar de behandelkamer voor bloedafname. De werkwijze zorgt voor een betere doorstroming en rust onder de wachtende patiënten.

##### Bedrijfstijd Nucleaire geneeskunde

Door een toenemende vraag is de bedrijfstijd van de Nucleaire geneeskunde per februari uitgebreid naar vijf dagen per week.

##### Uitbreiding echo capaciteit

De afdeling Radiologie heeft de capaciteit voor echografieën in 2011 uitgebreid door in Deurne drie kamers te realiseren. Dit heeft geleid tot een aanzienlijke verkorting van de toegangstijd. We streven niettemin naar een nog kortere wachttijd.

##### Toegangstijden

Het ziekenhuis streeft naar toegangstijden binnen de Treeknormen. Wat betreft de toegangstijden voor de polikliniek is deze doelstelling voor nagenoeg alle specialismen gehaald. Voor de meeste specialismen ligt de poliklinische toegangstijd rond de twee weken. Ten aanzien van de wachttijd voor opname, zowel klinisch als dagopname, is de variatie groter. Op een enkele uitzondering na varieert de toegangstijd per specialisme van twee tot twaalf weken. In de volgende tabel staat een overzicht van de toegangstijden op 31 december 2011.

	Polikliniek			Behandeling		Diagnostiek
	Helmond	Deurne	Gemert	Helmond	Deurne	
<b>Cardiologie</b>	<1	<1	<2			
<b>Chirurgie algemeen</b>	<2	<2				
Carpale tunnel syndroom				3	3	
Galblaas				3	3	
Liesbreuk				3	3	
Spataderen				10	10	
Sterilisatie man				3	3	
<b>Dermatologie</b>	<2	2	3			
Spataderen				2	2	
<b>Gastro- enterologie</b> (maag-darm-leverarts)	2	2	3			
Gastroscopie						2



	Polikliniek			Behandeling		Diagnostiek
	Helmond	Deurne	Gemert	Helmond	Deurne	
<b>Gynaecologie algemeen</b>	<3	<3	3			
Baarmoederverwijdering				6		
Incontinentie bij de vrouw				4	3	
Sterilisatie vrouw				4	3	
<b>Interne geneeskunde algemeen</b>	<3	4				
Diabetes				1	1	
<b>Kaakchirurgie</b>	4	<3				
<b>Keel-neus en oorheelkunde</b>	<3	4				
Neus- en of keelamandelen				4		
Neustussenschot				6		
Oorbuisjes				4		
<b>Kindergeneeskunde algemeen</b>	2	2	2			
Diabetes bij kinderen				0	0	
<b>Klinische geriatrie</b>	<2					
<b>Longziekten</b>	5	4	<2			
<b>Neurochirurgie algemeen</b>						
Hernia				10		
<b>Neurologie</b>	4	4				
Carpale tunnelsyndroom				1		
Hernia				1	1	
<b>Oogheelkunde</b>	16	14				
Staaroperaties				4		
<b>Orthopedie</b>	<2	<2				
Totale heupoperatie				6		
Kijkoperatie knie					2	
Totale knie operatie				8		
Carpale tunnel syndroom					2	
<b>Pijnbestrijding / anesthesiologie</b>	9					
<b>Plastische chirurgie</b>	<3	3	<3			
Buikwandcorrectie				10		
Borstverkleining				10		
Borstvergroting				10		
Carpale tunnel syndroom				3	3	
Dupuytren				5	3	
<b>Radiologie</b>						
MRI-scan						4
CT-scan						6
Echografie						4
<b>Reumatologie</b>	<3	5				
<b>Revalidatie</b>	7	9				
<b>Urologie</b>	<3	2	<3			
Blaasgezwel (Blaastumor)				7		
Prostaatoperatie/prostaatcarcinoom				7		
Sterilisatie man				7		

tabel 11: wachttijd in weken per 31 december 2011

#### 4.5.4 Veiligheid

Op alle verpleegafdelingen is het Veilig Incidenten melden (VIM-men) ingevoerd. De MIP procedure staat daarnaast open voor ernstige incidenten. Sinds 2010 is daarnaast de calamiteitencommissie actief. Hieronder worden de activiteiten van elk van de commissies beschreven.

##### Veilig Incidenten Melden (VIMmen)

VIM-meldingen worden gedaan via een digitaal meldformulier dat op iedere PC beschikbaar is. In de VIM-commissies, die structureel bij elkaar komen, worden meldingen geanalyseerd en eventuele verbeteracties benoemd en uitgezet. Er vindt altijd een terugkoppeling naar de melder plaats.

De kern van het (decentrale) VIMmen is dat incident-meldingen worden behandeld door de afdelingen zelf. Op afdelingsniveau worden meldingen besproken, geanalyseerd en worden verbeteracties geformuleerd. Sinds het najaar van 2011 werken alle afdelingen patiëntenzorg met het VIMmen: kliniek, polikliniek en direct ondersteunende afdelingen (zoals het laboratorium). Tevens is de uitrol gestart naar enkele ondersteunende sectoren, bijvoorbeeld Facilitair Bedrijf. Vanwege het succes van het VIMmen zijn voorbereidingen getroffen om de ziekenhuisbrede MIP-commissie (Meldingen Incidenten Patiëntenzorg) per 31 december 2011 op te heffen.

Er waren geen bijzondere verschuivingen de cijfers ten opzichte van 2010. Het meest opvallende is te zien bij het aantal meldingen per meldingscore.

- Totaal aantal meldingen in 2011: 2.705
- Aantal VIM-commissies: 29

Meldingstype	Aantal
Medicatie	510
Vallen	145
Overige	1146
Ingreep / behandeling	378
Onderzoek	175
Lab	252
Bloedproduct	7
Agressie	36
Medische Apparatuur	56
Totaal	2705

tabel 12: aantal meldingen per meldingstype (2011)

Score	Aantal
1	1118
2	992
3	274
4	119
Onbekend	202
Totaal	2705

tabel 13: aantal meldingen per score van de risicomatrix (2011)

### **Calamiteitencommissie**

De calamiteitencommissie heeft tot doel om middels een adequate en zorgvuldige handelswijze een onderzoek in te stellen (en zo mogelijk adviezen ter verbetering te geven) ingeval een calamiteit zich voordoet, met inachtneming van de noodzakelijke medische en/of verpleegkundige zorg voor de patiënt. Het vigerende reglement is in 2010 vastgesteld door de Raad van Bestuur. De commissie kent een Dagelijks Bestuur bestaande uit de stafvoorzitter, de senior beleidsmedewerker RVB en de secretaris RVB. Het Dagelijks Bestuur van de calamiteitencommissie vergadert wekelijks. De overige leden van de calamiteitencommissie komen niet structureel bij elkaar. Rondom calamiteiten worden leden uit de calamiteitencommissie, afhankelijk van de benodigde expertise, benaderd om te participeren in een lopend onderzoek. Het Dagelijks Bestuur van de calamiteitencommissie besluit afhankelijk van de casus of er een quickscan, of een groter (SIRE) onderzoek moet worden uitgevoerd.

#### *Cijfers*

Er zijn in de periode van 1 januari 2011 tot en met 31 december 2011 zestien incidenten gemeld. In drie gevallen is na een korte inventarisatie besloten de casus niet in behandeling te nemen. Bij deze meldingen bleek dat de situatie afdoende was opgelost, er geen aanbevelingen uit voort kwamen en er geen sprake was van een calamiteit. Van de dertien onderzochte meldingen is er in twee gevallen een SIRE onderzoek gedaan. Van de 16 incidenten bleek er in 6 gevallen sprake te zijn van een calamiteit. Er werden 9 incidenten gemeld bij de IGZ.

#### *Resultaten*

De onderzoeken hebben tot verschillende aanbevelingen geleid, die zowel het functioneren van de Medische Staf als van de verpleging betreffen. Bestuur Medische Staf en Raad van Bestuur zien toe op navolging van de aanbevelingen.

### **Melding Incidenten Patiëntenzorg (MIP)**

De MIP-commissie levert een bijdrage aan de verbetering van de patiëntveiligheid via adviezen aan de Raad van Bestuur. De MIP-commissie brengt haar advies uit op basis van een analyse, van gemelde incidenten in de patiëntenzorg door medewerkers en medisch specialisten. Het proces van melding, advies en implementatie van een incident of bijna-incident, is vastgelegd in de MIP-procedure. De categorie 3 en 4 van de VIM-meldingen worden doorgestuurd naar de MIP-commissie. In voorkomende gevallen en na overleg met de betrokkene neemt de MIP-commissie de behandeling van de melding over. Dit gebeurt bijvoorbeeld wanneer de melding een incident betreft dat een overstijgend karakter heeft of op verzoek van de leidinggevende van de afdeling. In 2011 is dat elf keer gebeurd.

Door de geslaagde implementatie van het VIM-men en met de komst van de calamiteitencommissie in 2010, is de MIP-procedure beduidend minder gebruikt dan in de voorafgaande jaren. Omdat ook binnen de apotheek het VIM-men is ingevoerd is vanuit die afdeling het aantal MIP-meldingen gedaald. De overige afdelingen melden medicatie verstrekking al wel via de VIM-procedure. De MIP commissie heeft integraal twee maal vergaderd, het dagelijks bestuur van de commissie is acht keer bijeen geweest in 2011.

De Raad van Bestuur heeft alle adviezen van de MIP-commissie overgenomen. Voor ieder overgenomen advies is een verantwoordelijke lijnfunctionaris aangewezen om de gegeven verbeteradviezen tot stand te brengen. De verantwoordelijke lijnfunctionaris rapporteert aan de Raad van Bestuur over de implementatie van de verbeteradviezen. Vanwege de beperking van het takenpakket van de commissie is besloten dat de werkzaamheden van de MIP-commissie vanaf 2012 geïntegreerd worden in de calamiteitencommissie. Daarnaast is een aparte commissie Medicatieveiligheid ingesteld, die toeziet op de afhandeling van medicatie-incidenten.

### **Visiedocument en activiteitenplan Integrale Veiligheid**

In 2011 is een visiedocument Integrale Veiligheid met het daarbij behorende activiteitenplan vastgesteld. De voortgang met betrekking tot het visiedocument en activiteitenplan wordt structureel beschreven in een voortgangsrapportage.

### **Informatiebeveiliging**

Zie speerpunt 10 'Elkerliek kiest voor ICT' op pagina 65.

### **Patiëntveiligheid**

De veiligheid van de patiënten, in de zin dat de zorg met zo min mogelijk risico's op fouten wordt geboden, wordt op vele wijzen nagestreefd. Verwezen wordt naar de informatie over het VMS in paragraaf 3.5.3.

### **IGZ prestatie-indicatoren**

Het Elkerliek ziekenhuis heeft ook in 2011 een actief beleid gevoerd ter verbetering van de kwaliteit waarop de prestatie-indicatoren van de IGZ toezien. Met de Inspectie voor de Gezondheidszorg zijn de resultaten uitvoerig besproken en daar waar nodig zijn verbetermaatregelen in gang gezet.

### **VeiligheidsManagementSysteem (VMS)**

In het kader van het ontwikkelen van een VMS, komt de commissie Kwaliteit & Veiligheid maandelijks bijeen. Belangrijke pijlers in het VMS zijn het Veilig Incidenten Melden, het uitvoeren van prospectieve risicoanalyses en het analyseren van incidenten. Op basis van deze inventarisaties en onderzoeken worden waar nodig maatregelen getroffen om geconstateerde risico's tot een aanvaardbaar niveau te reduceren. Uiteindelijk moet dit leiden tot een verbetering van de patiëntveiligheid en een reductie van de kans op fouten en schade.

### **Handboek Vrijheidsbeperkende Interventies**

In een algemeen ziekenhuis als het Elkerliek ziekenhuis, komt het regelmatig voor dat een patiënt zo verward of onrustig is, dat daardoor zowel voor de patiënt als voor zijn omgeving gevaar voor letsel ontstaat. Om dit gevaar zoveel mogelijk te beperken worden vrijheids-beperkende maatregelen ingezet. Het toepassen van dergelijke maatregelen houdt op zichzelf ook een risico op letsel in en dient dus met de nodige zorgvuldigheid te gebeuren. Het Elkerliek ziekenhuis hanteert daarom het Handboek Vrijheidsbeperkende Interventies. Hierin staan de achtergronden en werkinstructies over het gebruik van maatregelen beschreven die de bewegingsvrijheid van patiënten inperken. Tevens zijn alternatieven vermeld die de toepassing van vrijheidsbeperkende interventies kunnen voorkomen.

### **Anti-infectiecommissie**

De commissie kwam in 2011 vier keer bijeen. Waarbij de volgende punten aan de orde zijn geweest:

#### *Infectiepreventie*

- Een spiegeling van het Elkerliek aan de IGZ-rapportage met betrekking tot endoscopen;
- Faseringsplan bouw OK-IC-CSA;
- MRSA (verdachte) patiënten op de CCU;
- Schoonmaakschema's;
- Beheersplan Legionellapreventie koeltoren;
- Jaarverslag prevalentieonderzoek naar ziekenhuisinfecties 2010;
- Jaarverslagen postoperatieve wondinfecties 2010;
- Validatierapportages luchtbehandeling;
- Waterkwaliteit.

## ARBO

- Richtlijn scherpe letsels

### *Beleidszaken afdeling Ziekenhuishygiëne*

- De volgende documenten zijn de commissie gepasseerd en goedgekeurd:
  - jaarverslag Anti-infectiecommissie 2010
  - jaarverslag afdeling Ziekenhuishygiëne 2010
- Afscheid dhr. P. Corbeij als voorzitter Anti-Infectiecommissie

## Hygiëne-quickscan

In 2011 is drie keer een onaangekondigde hygiëne-quickscan uitgevoerd door de afdeling Ziekenhuishygiëne op patiëntgebonden afdelingen. Zo'n 57 patiëntgebonden afdelingen zoals verpleegafdelingen, Intensive Care, Operatieafdeling, maar ook poliklinieken en facilitaire diensten zijn op tien vooraf vastgestelde hygiëne criteria getoetst. Aan de hand van een observatielijst is van tien items over persoonlijke hygiëne bekeken, of het gedrag overeenkomt met het in het Handboek Hygiëne & Infectiepreventie beschreven beleid. In de loop van het jaar is een stijgende lijn te ontdekken in de scores van de afdelingen. Er worden wel verschillen gezien tussen de diverse groepen.

## Scholing

Scholing is voor het op peil houden van het kennisniveau en vergaren van nieuwe kennis, maar ook voor het creëren van een cultuur onder de medewerkers waarbij aandacht is voor hygiëne in het dagelijks handelen. In 2011 is de e-learningmodule Hygiëne en Infectiepreventie ontwikkeld die aangeboden wordt op Leerlink. Naar verwachting zal deze module 2012 onder verpleegkundigen en verzorgenden uitgerold worden.

Ook de tweemaandelijks nieuwsbrief 'hygiefacts' wordt gebruikt om medewerkers te informeren over en te attenderen op het belang van een goede hygiëne. Onderwerpen die aan bod kwamen waren onder andere: resultaten van hygiëne-quickscans over persoonlijke hygiëne, griepvaccinaties, BRMO's, EHEC, volgorde van uittrekken persoonlijke beschermingsmiddelen en bereiden en toedienen van parenteralia.

## Hygiëne Kwaliteits Medewerkers (HKM-ers)

De ziekenhuishygiënist onderhouden contact met de HKM-ers om knelpunten op de eigen afdelingen aan te kunnen pakken en verbeteringen door te kunnen voeren. Om dit te realiseren zijn individuele overlegmomenten gepland met de HKM-ers. De HKM-ers werden bijgeschoold tijdens een HKM-dag. Tijdens deze dag werd met name aandacht besteed aan resistentie, opslag steriele goederen, (bereiding) parenteralia en werd aandacht gevraagd voor de infectiecijfers en de uitslagen van de hygiëne-audits en hygiëne-quickscans. In de middag vonden workshops plaats met uiteenlopende onderwerpen.

## MRSA

In Nederland geldt een actief search and destroy beleid voor MRSA. Dit betekent dat alle patiënten die een MRSA risico hebben in kaart gebracht moeten zijn. Daarnaast zijn (isolatie) maatregelen afgesproken, die moeten voorkomen dat de MRSA zich kan verspreiden binnen het ziekenhuis. Door de afdeling Ziekenhuishygiëne worden MRSA positieve en verdachte patiënten geregistreerd. Tevens wordt deelgenomen aan een landelijke wetenschappelijke studie die de MRSA-prevalentie in kaart tracht te brengen (VetCam). Deze studie is medio 2011 beëindigd. De resultaten zijn gecommuniceerd naar de diverse ziekenhuizen. Gezien de ligging piekt het Elkerliek ziekenhuis ver boven het landelijke gemiddelde uit in het aantal patiënten met een veegerelateerde MRSA.

### **Postoperatieve wondinfecties (POWI's)**

Om het aantal POWI's terug te brengen is landelijk een interventiebundel opgesteld. Deze is gericht op het tijdig toedienen van antibioticaprofylaxe, een juiste discipline op OK, niet preoperatief ontharen en een normothermie gedurende de operatie. Om een en ander gestalte te geven binnen het Elkerliek is in 2011 een projectgroep opgericht. Deze projectgroep heeft gekeken naar interventies die kunnen leiden tot optimalisatie van de naleving van de genoemde bundelitems: deurbewegingen worden voortaan wekelijks gecommuniceerd naar leiding OK, er is aandacht geweest voor het niet te vroeg toedienen van antibiotica-profylaxe en er is nog steeds aandacht voor normothermie gedurende de operatie. In samenwerking met ICT is een registratie van de bundelitems en koppeling aan patiëntengegevens en infectiegegevens mogelijk gemaakt. De screening en indien nodig dekolonisatie van *Staphylococcus aureus* is goed geïmplementeerd.

### **Legionella-controle**

Het Elkerliek is verplicht halfjaarlijkse controles van het waterleidingnet uit te voeren. Hierbij blijken enkele tappunten op de koudwaterleiding positief te zijn, maar altijd in een kleine hoeveelheid en altijd de niet-ziekmakende *Legionella non-pneumophila*. Middels thermische desinfecties en het onderhouden van een installatie voor anodische oxidatie blijft de problematiek beheersbaar.

### **Medische apparatuur**

Op het gebied van de apparatuurveiligheid is het volgende te melden over 2011.

- Er is gewerkt met een verantwoordelijkheidsmatrix voor medische apparatuur binnen de Medische Staf.
- Rapportage apparatuurpark en onderhoudsstatus 2010 richting Medische Staf en (afdelings)managers.
- Binnen VIM bestaat een aparte categorie voor meldingen op het gebied van medische apparatuur. Deze meldingen worden ook door de medische techniek geëvalueerd.
- Voor alle Hoog Risico apparatuur wordt gewerkt volgens een onderhoudsprotocol.
- Vrijgifte van nieuwe apparatuur: aan de hand van een vrijgifteformulier dienen diverse stappen te worden doorlopen (van technische, applicatorische tot trainingsvrijgifte). Het vrijgifteformulier wordt, na ondertekening en retour van de afdelingshoofden, digitaal (binnen Ultimo) vastgelegd.

### *Communicatie en verantwoordelijkheden*

Er is regulier overleg tussen de Medische Techniek en de afdelingen. Daarnaast worden management-rapportages uit het apparatenbeheersysteem gemaakt voor afdelingen, Medische Staf en Raad van Bestuur.

### **Bedrijfshulpverlening**

Het Elkerliek ziekenhuis heeft een eigen Bedrijfshulpverlening (BHV). De BHV heeft de zorg voor het opzetten en handhaven van preventieve maatregelen ter voorkoming van calamiteiten en de zorg om in geval van een calamiteit de schade zoveel mogelijk te beperken. Daarnaast verleent de BHV de eerste bijstand tijdens een calamiteit totdat deze taak geheel of gedeeltelijk wordt overgenomen door de plaatselijke overheid en/of professionele hulpverleners. Veel BHV-ers blijven lang actief zodat zij kunnen uitgroeien tot goed geëfende en ervaren hulpverleners.

In 2011 heeft de BHV invulling gegeven aan de inzet bij calamiteiten en de uitvoering van preventieve taken waaronder het geven van adviezen, trainingen aan medewerkers en BHV-ers. Er is gestart met de ontwikkeling van de BHV module in Leerlink. In het laatste kwartaal van 2011 is het plan van aanpak voor de BHV gepresenteerd aan de RvB en het managementteam. Het plan geeft onder andere transparantie over de tijdsbesteding aan brandveiligheid door BHV-ers en medewerkers. Ook zijn er aanbevelingen gedaan die er voor zorgen dat de BHV met behoud van kwaliteit kan blijven voldoen aan haar taken en verplichtingen. Veel aandacht gaat uit naar het speerpunt 'gezamenlijke verantwoordelijkheid' onder het motto 'zorg voor brandveiligheid'.

De belangrijkste aanbevelingen van de BHV aan RvB zijn:

- Het borgen van de wettelijke verplichting met betrekking tot de 24/7 inzetbaarheid van BHV leden voor de locatie Helmond en Deurne.
- Een efficiënter trainingsplan brandveiligheid voor alle medewerkers waarbij de bewustwording voor de integrale brandveiligheid wordt vergroot.
- Dat in 2012 voorbereidingen starten om de huidige BHV organisatie gefaseerd aan te passen.

### **Ziekenhuis-Rampen-Opvang-Plan (ZiROP)**

De zeven stappen oefenmethodiek, cyclus 2011-2013, is in 2011 binnen het Elkerliek ziekenhuis gestart met het schrijven van een nieuw ZiROP. Het ZiROP is sinds de jaren negentig steeds in delen aangepast. Door de ingrijpende reorganisatie, die in 2011 zijn beslag kreeg, en de wens om een operationeel team in te voegen was het noodzakelijk om het ZiROP opnieuw op te zetten. In 2011 is hier veel tijd in gestoken door drie leden van de ZiROP commissie. Eind 2011 was een nieuw ZiROP klaar en kon gestart worden om alle betrokkenen van de interne rampketen hierover te informeren en te instrueren. In 2012 zal dat verder zijn beslag krijgen.

De deelname aan de opleiding H-MIMS is in 2011 verder gestimuleerd. Opnieuw werden meerdere functionarissen, die leiding geven op een afdeling behorende tot de interne rampketen, leden van de ZiROP-commissie, leden van het beleidsteam en enkele medisch specialisten opgegeven voor deze opleiding, die door het Netwerk Acute Zorg Brabant werd georganiseerd. Het inzicht in 'command en control' tijdens een rampsituatie neemt hierdoor toe. Door mutaties in het personeelsbestand is het wenselijk ook in 2012 weer diverse sleutelfunctionarissen voor deze opleiding aan te melden.

### **Milieu- en energiebeleid**

Buiten de wettelijke verplichtingen heeft het Elkerliek ziekenhuis een eigen verantwoordelijkheid tegenover het milieu en de omgeving. Het Elkerliek wil dan ook geen afwachtende houding aannemen of uitsluitend voldoen aan de wettelijke normen, maar daar waar mogelijk zelf initiatieven nemen. Er wordt voortdurend gestreefd naar het verbeteren van de milieuprestaties. Hierbij wordt bijzondere aandacht besteed aan:

- waterbeheer, het voorkomen van onzorgvuldig gebruik en verspilling;
- energie, het voorkomen van onzorgvuldig gebruik en verspilling;
- afvalbeheer, hieronder wordt verstaan preventie, hergebruik, scheiden van afvalstromen;
- grond- en hulpstoffen, het selecteren op een zodanige wijze dat hier een basis wordt gelegd voor een lage interne (arbeidsomstandigheden) en externe milieubelasting;
- het zoveel mogelijk voorkomen van overlast naar de omgeving, onder andere het beperken van geluid – en luchtmissies, vervoersmanagement betreffende de aan- en afvoer van patiënten, goederen, bezoekers en medewerkers van het ziekenhuis.

In december 2010 is een werkgroep energiebesparing opgericht. Doel van deze werkgroep is om 5% energiebesparing te bereiken. In het beleidsplan van het Facilitair Bedrijf voor 2012 is dit als doel opgenomen. Er zijn in 2011 door de werkgroep speerpunten benoemd waaruit een actieplan is opgesteld voor 2011 en 2012. De bereikte resultaten worden geregistreerd om zo de energiebesparing aan te tonen. In 2011 zijn de volgende acties uitgevoerd:

- Twee energie controlerondes. Tijdens deze controles is gekeken naar verwarming, verlichting en het gebruik van PC's. De resultaten zijn teruggekoppeld naar de sector- en afdelingsmanagers.
- Gekeken naar de branduren van de verlichting in het ziekenhuis. Waar mogelijk zijn de uren in de avond- en nachturen en weekenden aangepast.

- Kritisch gekeken naar het aantal uren van de werking van de luchtbehandeling. Deze uren zijn ook aangepast in de avond, nacht en weekenden om zo een besparing te kunnen bereiken.
- Een nieuwe Warmtekrachtkoppeling (WKK) is eind 2011 geplaatst. Deze is in 2012 in gebruik genomen.
- In 2011 is gestart met diverse proeven voor de toepassing van Ledverlichting in ons ziekenhuis.
- Gebruikers zijn bewust gemaakt door middel van communicatie van het belang van het verantwoord omgaan met energie (verlichting, verwarming, gebruik apparatuur, etc.).

#### 4.6 Kwaliteit ten aanzien van medewerkers

In deze paragraaf komen aspecten van personeelsbeleid en kwaliteit van werk aan de orde. Voor het beoordelen en functioneren van medewerkers wordt gesproken over jaargesprekken en duurzame inzetbaarheid. Ook het ziekteverzuim komt aan bod. Bij 'kwaliteit van werk' wordt ingegaan op ARBO en veiligheid van de werksituatie.

##### 4.6.1 Personeelsbeleid

De medewerkers in het Elkerliek ziekenhuis zijn een belangrijke factor voor de kwaliteit van de dienstverlening en het realiseren van de organisatiedoelstellingen. In een arbeidsmarkt die steeds krappere wordt en met een arbeidspotentieel dat steeds ouder wordt, is het van groot belang om een aantrekkelijke werkgever te blijven voor zowel nieuwe als huidige medewerkers. Het Elkerliek ziekenhuis heeft als visie dat elke levensfase in de loopbaan van de medewerker zijn specifieke aandachtspunten heeft. Daarbij vinden wij het van belang dat de medewerker en de organisatie een proactieve houding aannemen ten aanzien van duurzame inzetbaarheid. De organisatie tracht dit te ondersteunen door de ontwikkeling van personeelsinstrumenten die hierbij aansluiten.

##### Elkerliek kiest voor duurzame inzetbaarheid

Het Elkerliek streeft een proactief en integraal duurzaam inzetbaarheidbeleid na. Duurzame inzetbaarheid is niet alleen gericht op gezondheid maar ook op vakbekwaamheid, motivatie van medewerkers en de arbeidsomstandigheden. In 2011 was leiderschap een belangrijk speerpunt.

Leiderschap is een van de belangrijke factoren met betrekking tot de inzetbaarheid van medewerkers. Het Elkerliek ziekenhuis heeft (mede) daarom in 2011 de nieuwe organisatiestructuur ingevoerd. Een nieuwe organisatiestructuur implementeren is meer dan posities invullen. Om succesvol te veranderen is synergie tussen structuur, leiderschap en cultuur van belang. Elkerliek heeft nadrukkelijk gekozen om de ontwikkeling naar het Nieuwe Elkerliek te faciliteren door middel van een ontwikkeltraject voor leidinggevenden en medisch managers. Hierover staat een uitgebreide toelichting bij speerpunt 4 'Elkerliek kiest voor investeren in medewerkers'.

##### *Werkvermogensmonitor*

In 2012 wordt opnieuw de werkvermogensmonitor afgenomen. Dit is een instrument om werkvermogen (lees duurzame inzetbaarheid) te meten en te verbeteren op individueel- en groepsniveau. De verbeterpunten worden opgenomen in het reguliere jaarplan van verschillende afdelingen en hiermee is duurzame inzetbaarheid opgenomen in de reguliere 'planning & controlcyclus' van de organisatie. Ook in 2011 was er landelijke aandacht (in vakbladen en presentaties) voor het duurzame inzetbaarheidbeleid in het Elkerliek ziekenhuis. Ook won het ziekenhuis in 2011 de internationale AARP award. Dit staat bij speerpunt 4 'Elkerliek kiest voor investeren in medewerkers' nader toegelicht.



### **Elkerliek kiest voor duurzaam opleiden**

Vakbekwaamheid en persoonlijke ontwikkeling op de lange termijn zijn cruciaal voor het duurzaam inzetbaar houden van medewerkers. Hiermee is het opleidingsbeleid één van de belangrijkste pijlers van het personeelsbeleid. Het leren en ontwikkelen van medewerkers is een gedeelde verantwoordelijkheid. De individuele medewerker heeft een eigen verantwoordelijkheid voor het op peil houden van zijn beroeps- en functievereisten. Daarnaast wil het Elkerliek ziekenhuis doelen bereiken en kwaliteit leveren. Daarin ligt de verantwoordelijkheid van het ziekenhuis voor leren en ontwikkelen van medewerkers besloten.

Het Elkerliek ziekenhuis kiest dan ook voor duurzaam opleiden. Dit is gericht op het verwerven van kennis, vaardigheden en competenties om vakbekwaam te blijven binnen de functie en op persoonlijke groei op lange termijn.

Om het opleidingsbeleid kracht bij te zetten en daadwerkelijk te implementeren is een computersysteem aangeschaft waarbij leertrajecten ingericht kunnen worden. 'Leerlink' is de naam van de digitale leeromgeving van het Elkerliek ziekenhuis. Met Leerlink introduceert het Elkerliek ziekenhuis een nieuwe manier van leren, waarbij klassikale trainingen gecombineerd worden met e-learning.

Elke medewerker in het Elkerliek ziekenhuis heeft een inlogcode voor Leerlink. Daar staan de trainingen klaar die hij volgens het opleidingsprofiel dient te volgen. De medewerker kan zelf bepalen op welk moment hij aan de trainingen werkt. Ook thuis inloggen is mogelijk. Een leidinggevende kan door in te loggen in Leerlink vanuit zijn rol de voortgang van zijn medewerkers zien. Indien gewenst kan hij rapportages opvragen per training of per medewerker.

In 2011 is hard gewerkt aan de inrichting van Leerlink en zijn diverse e-learning modules ontwikkeld. In 2012 worden alle modules voor het generieke verpleegkundig opleidingsprofiel verder ontwikkeld en uitgerold.

### **Jobcarving**

In samenwerking met de Atlantgroep en de universiteit Maastricht heeft het Elkerliek meegewerkt aan de ontwikkeling van een methodiek voor jobcarving. Vanuit het perspectief een bijdrage te willen leveren aan maatschappelijk verantwoord ondernemen en vanuit de visie dat jobcarving in de toekomst, met krapte op de arbeidsmarkt en het moeilijk kunnen vinden van gespecialiseerd personeel, een methodiek kan zijn om functies anders in te vullen, heeft het Elkerliek haar medewerking toegezegd.

Uit de dagelijkse praktijk blijkt dat het voor mensen met een beperking steeds moeilijker wordt om toegang te vinden tot de reguliere arbeidsmarkt. Pogingen van re-integratiebedrijven om deze medewerkers geschikt te maken voor de openstaande functies, bijvoorbeeld door het toepassen van hulpmiddelen, het maken van aanpassingen of het om- of bijscholen van de medewerker zijn steeds minder succesvol. Het lijkt erop dat deze (traditionele) manier van re-integreren niet meer (voldoende) aanslaat en er gezocht moet gaan worden naar een nieuwe, meer succesvolle aanpak. Inmiddels zijn er vernieuwende methodieken ontwikkeld die gericht zijn op het creëren van nieuwe banen uitgaande van bestaande banen. Een voorbeeld hiervan is Jobcarving. Uitgangspunt van deze methodiek is dat in ieder primair proces ondersteunende, arbeidsintensieve en/of handmatige activiteiten zitten die prima kunnen worden uitgevoerd door mensen met een arbeidsbeperking en/of met een afstand tot de arbeidsmarkt. Daardoor worden deze taken minder kostbaar in de uitvoering en kunnen hoger opgeleiden (steeds meer) worden ingezet op specialistische taken met een hoge toegevoegde waarde.

In 2010 en 2011 is een aantal afdelingen binnen het ziekenhuis geanalyseerd, waaronder Radiologie, verpleegafdelingen en poliklinieken. De ervaringen opgedaan door interviews, tijdanalyse, nabespreking met medewerkers en leidinggevenden is input geweest voor het opstellen van de methodiek voor

jobcarving, die medio 2012 door de Atlant groep in haar praktijk bij klanten zal toepassen om zo mogelijk-heden te creëren voor nieuwe/aangepaste functies voor mensen met afstand tot arbeidsmarkt.

### Vrijwilligers

Ook in 2011 zijn veel werkzaamheden verricht door een groot aantal vrijwilligers. Het gaat hierbij om werkzaamheden op het gebied van patiëntenvervoer, koffierondes op de poliklinieken, bloemen verzorgen, begeleiding naar de kapel, etc.. De organisatie is de vrijwilligers zeer erkentelijk voor hun inzet en betrokkenheid. In het Elkerliek ziekenhuis zijn ruim 200 vrijwilligers actief.

### Jaargesprek

In het jaargesprek is aandacht voor het huidige functioneren van de medewerker, bespreken van doelstellingen per resultaatgebied, competenties en komt het onderdeel loopbaanbegeleiding aan de orde. In 2011 zijn 1120 jaargesprekken gehouden.

### Ziekteverzuim

Om de integrale aanpak van ziekteverzuim extra kracht bij te zetten werkt het Elkerliek met 'verzuim-signaal'. Dit is een digitaal systeem dat leidinggevend, P&O-adviseurs en de bedrijfsarts ondersteunt bij het monitoren van het verzuimbegeleidingproces. Enerzijds door het bewaken van belangrijke termijnen in het poortwachter traject en anderzijds doordat het een digitaal verzuimdossier bevat waarin alle relevante document in het re-integratieproces worden gedocumenteerd en toegankelijk zijn voor genoemde spelers. Geconstateerd is dat in 2011 het ziekteverzuim is toegenomen (2011 4,99%, 2010 4,6%). Met name het langdurig ziekteverzuim is in 2011 hoger dan in 2010. Inmiddels is afgesproken meer aandacht te besteden aan met name het langdurig ziekteverzuim. Door de reorganisatie zijn de verzuimcijfers van de verschillende sectoren niet meer vergelijkbaar met de diensten die voorheen bestonden. Vandaar dat alleen de cijfers van 2011 per sector worden getoond.

Ziekteverzuim 2011	Totaal verzuim in 2011 in %
Algemeen beheer	4,14%
P&O	2,07%
Financiën	2,80%
Inkoop	4,39%
MIT	3,69%
Facilitair Bedrijf	5,38%
Sector 1	5,15%
Sector 2	3,70%
Sector 3	7,07%
Sector 4	4,01%
Sector 5	6,14%
Sector 6	5,81%
Sector 7	4,64%
Sector AKL	3,81%
Sector Klinische Farmacie	6,81%
Totaal	4,99%

tabel 14: ziekteverzuim exclusief zwangerschappen (2011)

### In- en uitstroom medewerkers

Het overzicht van instroom en uitstroom van medewerkers staat hieronder.

	2011 aantal	2011 in fte	2010 aantal	2010 in fte	2009 aantal	2009 in fte
Instroom personeel in loondienst	234	112,49	226	122,81	212	127,07
Waarvan patiënt gebonden	145	81,73	145	95,96	124	91,27
Uitstroom personeel in loondienst	218	103,84	227	118,07	193	107,22
Waarvan patiënt gebonden	126	72,04	121	81,08	98	68,05

tabel 15: personeelsverloop (2011)

	2011	2010	2009
Totaal vacatures	129	97	148
Waarvan patiëntgebonden	82	62	104

tabel 16: vacatures (2011)

### 4.6.2 Kwaliteit van het werk

#### Risico Inventarisatie & Evaluatie (RI&E)

In 2011 zijn in totaal 30 RI&E's afgerond. In totaal zijn binnen het Elkerliek ziekenhuis 89 RI&E's binnen het digitale zorgrie systeem afgerond. Eind 2011 zijn er nog negen RI&E's in behandeling, waarvan het merendeel in de afrondende fase zit. Dit brengt het totaal uitgezette RI&E's op 98.

#### Arbeidsongevallen

Er zijn in 2011 acht arbeidsongevallen geregistreerd en volgens de bestaande procedure in behandeling genomen. De arbeidsongevallen zijn onderstaande rubrieken onder te brengen:

- klemmen 1
- vallen 1
- stoten 1
- oogletsel 3
- overig 2

#### Externe arbeidsinspectie

Naar aanleiding van een arbeidsongeval in 2011 is de Arbeidsinspectie ingelicht en zijn zij ook ter plaatse geweest om een inspectie uit te voeren. Op basis van de uitkomsten van dit onderzoek is besloten om het niet verder in behandeling te nemen, aangezien er geen sprake was van overtreding van de arbeidsomstandighedenwet.

### **Interne arbeidsinspectie**

Eind 2011 is gestart met de veiligheidsronde. Hierdoor is de tweejaarlijkse interne arbeidsinspectie komen te vervallen.

### **Werkplekonderzoeken**

Door de bedrijfsfysiotherapeut zijn 62 werkplekonderzoeken uitgevoerd. De werkplekonderzoeken hebben veelal geleid tot een advies of instructie waardoor de arbeidsomstandigheden op de werkplekken verbeterd zijn. Aan de meeste onderzoeken lagen klachten op het gebied van fysieke belasting ten grondslag. De aanvragen zijn door verschillende leidinggevenden ingediend.

### **Gevaarlijke stoffen**

Het beleid gevaarlijke stoffen is door de Raad van Bestuur goed gekeurd en ligt begin 2012 ter beoordeling bij het MT.

### **Lawaaionderzoeken**

Afgelopen jaar is op twee locaties een lawaaionderzoek uitgevoerd door een externe arbodienst. Het betrof de afwaskeuken en de gipskamer. Aangezien de dagdosis aan Db bij de medewerkers van de afwaskeuken wordt overschreden, krijgen zij allemaal gehoorbescherming aangemeten. Dit moeten zij verplicht dragen. Hieraan gekoppeld krijgen zij één keer in de vier jaar een audiometrisch onderzoek. Bij de medewerkers van gipskamer wordt de dagdosis niet overschreden. Aan hen wordt gehoorbescherming aangeboden, vanuit het oogpunt 'vriendelijke en veilige zorg' zodat medewerkers op de piekmomenten toch prettig kunnen werken.

### **Communicatie Arbo**

De communicatie omtrent de Arbo-activiteiten heeft meerdere malen via de Pendelexpress, de Elkroniek en tijdens diverse overlegmomenten met medewerkers, leidinggevenden en Ondernemingsraad plaatsgevonden.

## **4.7 Samenleving**

### **Grensoverschrijdend inkopen**

In 2011 is de Nederlandse grensoverschrijdende Inkoopcoöperatie Clinicpartner.nl, waartoe het Elkerliek ziekenhuis behoort, regelmatig in relatie met besparingen in de gezondheidszorg in het nieuws geweest. Met diverse leveranciers zijn zeer scherpe grensoverschrijdende servicecontracten afgesloten. Met het Noorderboog ziekenhuis Meppel is einde 2011 overeenstemming bereikt tot toetreding. Het Elkerliek ziekenhuis heeft in 2011 met name op investeringsgebied diverse grote investeringen grensoverschrijdend aanbesteed. Er is verder een begin gemaakt met het maken van een ziekenhuisbreed contractenregister en er zijn structurele afspraken met de patiëntenzorg gemaakt om onderzoek te doen naar mogelijke besparingen.

### **Milieu en energie**

De zorg voor het milieu vormt een integraal onderdeel van de bedrijfsvoering van het Elkerliek ziekenhuis. Hierbij worden de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- duurzame ontwikkeling;
- pro actieve houding;
- openheid naar overheid en belanghebbenden.

Wij beseffen dat vergroten van de zorg voor het milieu alleen te verwezenlijken is, wanneer de eigen medewerkers en de organisatie zich hier actief voor inzetten. Het Elkerliek ziekenhuis wil niet alleen de zorg voor het milieu bij de eigen medewerkers stimuleren, maar ook bij zijn toeleveranciers. Om dit te bereiken laten de afdelingen bij hun keuze van producten en diensten het milieubelang meewegen. Jaarlijks worden door het Elkerliek de geformuleerde doelstellingen en het hieruit voortvloeiende milieujaarprogramma geëvalueerd en waar nodig bijgesteld. Over de voortgang van de realisatie van de doelstellingen wordt jaarlijks zowel intern als extern gecommuniceerd.

In de jaarlijkse Milieu- en energierapportage van het Elkerliek ziekenhuis legt het ziekenhuis verantwoording af over het gevoerde milieu- en energiebeleid.

#### 4.8 Financieel beleid

##### Algemeen

Het Elkerliek ziekenhuis heeft primair geen winstoogmerk, maar richt zich op het invullen van de zorgvraag binnen de ter beschikking staande middelen. Deze doelstelling is geformaliseerd in het meerjarenbeleidplan "Elkerliek kiest" van het ziekenhuis, waar het financieel beleid onderdeel van uitmaakt. Daarbij staat continuïteit hoog in het vaandel, waarbij de gestelde solvabiliteitseis van het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WfZ) wordt gezien als het minimale niveau dat nagestreefd dient te worden om haar taak in de toekomst, mede als gevolg van marktwerking en onzekerheden, op een goed niveau te kunnen waarborgen.

##### Resultaat ontwikkeling

Het jaar 2011 is afgesloten met een positief resultaat van € 2.798.787. Dit is een beperkte stijging ten opzichte van 2010. In dat jaar werd een positief resultaat behaald van € 2.512.006. De stijging in de kosten zijn vergelijkbaar met de behaalde omzetstijging. De stijging van het resultaat is onder andere toe te schrijven aan de toename van de bijzondere baten uit hoofde van nacalculaties van voorgaande jaren ad. € 962.803 (2010: € 545.699).

De ontwikkelingen van de opbrengsten en kosten ten opzichte van voorgaand boekjaar kunnen als volgt worden samengevat:

	2011	2010	verschil	in % 2010
<b>bedrijfsopbrengsten</b>				
wettelijk budget aanvaardbare kosten	74.741.188	73.456.279	1.284.909	1,75%
DBC opbrengsten B-segment	42.813.703	39.305.561	3.508.142	8,93%
niet gebudgetteerde zorgprestaties	3.359.061	3.034.705	324.356	10,69%
subsidies	1.321.787	901.102	420.685	46,69%
overige bedrijfsopbrengsten	7.400.448	7.191.030	209.418	2,91%
<b>totaal</b>	<b>129.636.187</b>	<b>123.888.677</b>	<b>5.747.510</b>	<b>4,64%</b>
<b>bedrijfslasten</b>				
personeelskosten	74.253.384	71.099.530	3.153.854	4,44%
afschrijvingen	11.447.070	12.078.706	-631.636	-5,23%
overige bedrijfskosten	37.749.830	35.062.211	2.687.619	7,67%
financiële baten en lasten	3.387.116	3.136.224	250.892	8,00%
<b>totaal</b>	<b>126.837.400</b>	<b>121.376.671</b>	<b>5.460.729</b>	<b>4,50%</b>
<b>resultaat boekjaar</b>	<b>2.798.787</b>	<b>2.512.006</b>	<b>286.781</b>	<b>11,42%</b>

tabel 17: ontwikkeling opbrengsten en kosten

De omzet A- en B-segment tezamen is gestegen met circa € 4,8 miljoen. Dit wordt verklaard door een stijging in het A-segment van € 1,3 miljoen en een stijging in het B-segment van € 3,5 miljoen. De stijging van het A-segment wordt verklaard door een toename van de productie en door de indexering. In het A-segment is een totale korting van € 2,9 miljoen verwerkt.

De stijging van het B-segment wordt met name verklaard door een hogere productie. De subsidies zijn gestegen als gevolg van opbrengsten inzake Fonds Ziekenhuisopleidingen (€ 0,6 miljoen). Vóór 2011 was hiervoor een bedrag opgenomen in het wettelijk budget.

### Personele kosten

De personele kosten kunnen op de navolgende wijze verder worden gedetailleerd:

	2011	2010	verschil	in % 2010
Lonen en salarissen	57.309.677	55.602.392	1.707.285	3,07%
Sociale lasten	7.496.909	7.205.933	290.976	4,04%
Pensioenpremies	4.941.296	4.740.483	200.813	4,24%
Andere personeelskosten:				
Overige personeelskosten	2.104.885	1.916.941	187.944	9,80%
Subtotaal	71.852.767	69.465.749	2.387.018	3,44%
Personeel niet in loondienst	2.400.617	1.633.781	766.836	46,94%
Totaal personeelskosten	74.253.384	71.099.530	3.153.854	4,44%

tabel 18: specificatie personele kosten

De personeelskosten stijgen met 4,44% ten opzichte van 2010. Deze stijging ligt in lijn met 2010 (+ 4,07%). De stijging van de lonen en salarissen met 3,07% wordt voornamelijk veroorzaakt door de doorgevoerde CAO-stijgingen. Door een daling in het aantal FTE's (2011: 1.363; 2010: 1.369) blijft de stijging beperkt.

De kosten van personeel niet in loondienst (PNIL) zijn in 2011 verder toegenomen. De in 2010 aanwezige schaarste van operatie- en anesthesie personeel heeft zich verder doorontwikkeld. Daarnaast is een beperkt aantal ondersteunende functies ingevuld met PNIL.

### Afschrijvingen

De daling van de afschrijvingskosten wordt volledig veroorzaakt door de eenmalige afschrijving immateriële vaste activa ad. € 843.000 in 2010. Dit betrof de plankosten inzake de verbouwing van de OK, IC en dagbehandeling. Op basis van specifieke beleidsregels zijn deze kosten in 2010 volledig afgeschreven.

### Overige bedrijfskosten

De ontwikkeling van de overige bedrijfskosten kan als volgt worden weergegeven:

	2011	2010	verschil	in % 2010
Voedingsmiddelen en hotelmatige kosten	2.350.582	2.362.172	-11.590	-0,49%
Algemene kosten	7.478.216	7.476.705	1.511	0,02%
Patiënt- en bewonersgebonden kosten	19.661.697	18.945.582	716.115	3,78%
Onderhoud en energiekosten	3.311.554	3.366.330	-54.776	-1,63%
Dotaties en vrijval voorzieningen en reserveringen	4.947.781	2.911.422	2.036.359	69,94%
Totaal overige bedrijfskosten	37.749.830	35.062.211	2.687.619	7,67%

tabel 19: specificatie overige bedrijfskosten

De overige bedrijfskosten stijgen ten opzichte van 2010 met € 2.687.619. De kosten uit reguliere bedrijfsactiviteiten laten een lichte stijging zien ten opzichte van voorgaand jaar. De grootste stijging is echter waarneembaar bij de categorie 'Dotaties en vrijval voorzieningen en reserveringen'. Dit betreffen kosten voortvloeiend uit mutaties in voorzieningen en andere specifieke reserveringen. Binnen deze categorie zijn de grootste kosten toe te schrijven aan de eerste vorming van de voorziening inzake Persoonlijk Levensfase Budget (PLB) categorie 3 ter grootte van € 2.775.000. Het betreft een reservering voor de uren van medewerkers die per 31 december 2009 een leeftijd hadden van boven de 50 jaar. Zij ontvangen jaarlijks een extra aantal PLB uren vanaf het moment dat zij minimaal de leeftijd van 55 jaar hebben bereikt.

### Financiële baten en lasten

Het saldo van de financiële baten en lasten laten een lichte stijging zien ten opzichte van 2010. Voor een nadere analyse van de bijzonderheden rondom vermogen en liquiditeit wordt verwezen naar de betreffende paragrafen.

### Productie ontwikkeling

In onderstaand overzicht wordt de productieontwikkeling toegelicht:

	2008	2009	2010	2011	in % 2010
<b>Polikliniek en Spoedeisende Hulp</b>					
1e polikliniekbezoeken	111.332	109.909	115.197	118.784	3,11%
Herhaalbezoeken	173.724	177.457	184.423	192.261	4,25%
Totaal aantal consulten	285.056	287.366	299.620	311.045	3,81%
Herhaalfactor (herhaal : 1e)	1,56	1,61	1,60	1,62	
<b>Dagverpleging</b>	14.347	15.623	17.181	18.146	5,62%
<b>Kliniek</b>					
Opnamen	17.313	17.851	18.522	19.615	5,90%
Verpleegdagen, incl. verkeerde bed	108.267	101.579	101.175	95.373	-5,73%
Gemiddelde verpleegduur	6,25	5,69	5,46	4,86	-10,99%

tabel 20: ontwikkeling productie 2008-2011 in ongewogen aantallen; A en B segment

Over de hele linie is sprake van een productiestijging ten opzichte van de uitkomst 2010, met uitzondering van de verpleegdagen.

De daling van de verpleegdagen en de gemiddelde verpleegduur is mede het gevolg van het project 'Zorgoptimalisatie'. Dit project is gestart in 2010 met het doel het proces rondom opname en ontslag van patiënten te optimaliseren. In 2011 werd een positief effect zichtbaar namelijk een verlaging van het aantal verpleegdagen en de gemiddelde verpleegduur. De daling van de gemiddelde verpleegduur bedraagt bijna 11%.

### Vermogensontwikkeling

In de nabije toekomst moeten ziekenhuizen naast de kosten uit hun reguliere activiteiten eveneens de financieringskosten terugverdienen uit de productieopbrengsten. Hierdoor ontstaan additionele risico's waarvoor in voldoende mate een buffer aanwezig moet zijn.

De mate waarin een ziekenhuis als financieel gezond wordt beschouwd, is af te meten aan enkele kerncijfers gebaseerd op het eigen vermogen, het niveau van de voorzieningen, de totale bedrijfsopbrengsten en het balanstotaal. Op basis van deze cijfers zijn hierna enkele ratio's gedefinieerd.

De ontwikkeling van de Reserve Aanvaardbare Kosten (RAK) en de Algemene Reserve (AR) alsmede de bijbehorende kengetallen over de afgelopen 5 jaar ziet er als volgt uit (x € 1.000):

		2007	2008	2009	2010	2011
reserve aanvaardbare kosten		11.711	12.084	12.999	15.511	18.310
algemene reserve		954	980	988	988	988
totaal eigen vermogen	1	12.665	13.064	13.987	16.499	19.298
Voorzieningen	2	2.723	3.078	3.323	6.036	7.922
Balans totaal	3	135.133	142.254	142.802	142.353	154.341
totaal bedrijfsopbrengsten	4	99.514	105.106	113.849	123.889	129.636
solvabiliteitsratio (1 / 4)		12,7%	12,4%	12,3%	13,3%	14,9%
voorzieningenratio (2 / 4)		2,7%	2,9%	2,9%	4,9%	6,1%
weerstandsniveau ((1 + 2) / 4)		15,4%	15,3%	15,2%	18,2%	21,0%
balansratio (1 / 3)		9,4%	9,2%	9,8%	11,6%	12,5%

tabel 21: kerncijfers over de afgelopen vijf jaar (x € 1.000)

De solvabiliteitsratio laat een stijging zien van 13,3% eind 2010 naar 14,9% ultimo 2011. Door het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WfZ) wordt als richtlijn voor de solvabiliteit van een zorginstelling thans 15% gehanteerd. Daarmee wordt de gewenste solvabiliteit ultimo 2011 vrijwel behaald.

De voorzieningenratio stijgt met 1,2 procentpunt naar 6,1%. Hierdoor stijgt het weerstands-niveau van 18,2% ultimo 2010 naar 21,0% eind 2011.

#### Liquiditeitspositie, investeringen en financiering

De ontwikkeling in de liquiditeitspositie kan op basis van het in de jaarrekening opgenomen kasstroomoverzicht als volgt worden samengevat:

	2011	2010
Kasstroom uit operationele activiteiten	18.649	2.470
Kasstroom uit investeringsactiviteiten	-10.737	-8.011
Kasstroom uit financieringsactiviteiten	19.555	-4.032
Mutatie liquide middelen	27.467	-9.573

tabel 22: kasstroomoverzicht samengevat (x € 1.000)

Voor een uitgebreid beeld van de kasstromen wordt verwezen naar het kasstroomoverzicht onder punt 5.1.3 van de jaarrekening.

De kasstroom uit operationele activiteiten is gestegen van € 2.470.000 naar € 18.649.000. In de afgelopen jaren was een daling in de operationele kasstroom waarneembaar. De stijging van de kasstroom uit operationele activiteiten wordt voornamelijk verklaard door mutaties in de vlottende activa en passiva zoals vorderingen, schuld uit overfinanciering en de kortlopende schulden.

De kasstroom uit investeringsactiviteiten laten de afgelopen 4 jaar gemiddeld een uitstroom van middelen zien van € 10.940.000. Hiermee ligt 2011 derhalve in lijn. De investering in automatisering alsmede medische en niet-medische inventaris bedroeg in 2011 respectievelijk € 843.000 en € 3.412.000. Aan bouwprojecten, inclusief investeringen in installaties, is in 2011 circa € 8.114.000 geïnvesteerd.



In 2010 is een financieel meerjarenperspectief opgesteld. Dit perspectief is mede opgesteld om te kunnen beoordelen of diverse investeringen in gebouwen, installatie, ICT en inventaris kunnen worden terugverdiend. Met name de eind 2011 gestarte investering in nieuwe OK's, de IC en de CSA speelde hierin een belangrijke rol. Het perspectief is aansluitend gebruikt om te verwerken in een borgings- en financieringsvraag richting Waarborgfonds voor de Zorgsector (WfZ) en de banken. Op basis van het meerjarenperspectief is in 2011 een financierings-arrangement met de Rabobank gesloten. Het WfZ draagt zorg voor gedeeltelijke borging.

De mutatie van de kasstroom uit financieringsactiviteiten wordt veroorzaakt doordat in 2011, binnen het financieringsarrangement, voor een totaalbedrag van € 25.034.000 aan nieuwe leningen is aangetrokken. Hiertegenover staan aflossingen van bestaande leningen van € 5.479.000. In principe streeft het Elkerliek ziekenhuis er naar om investeringen te financieren met langlopende leningen. In 2010 waren er geen nieuwe langlopende leningen afgesloten. Dit betekent dat de investeringen 2010 geheel met kort krediet waren gefinancierd, vooruitlopend op het af te sluiten financieringsarrangement. De omzetting hiervan in lange financiering heeft in 2011 plaatsgevonden.

### **Landelijke ontwikkelingen en vooruitblik**

#### **Algemeen**

De dynamiek in de zorg is misschien nog nooit zo heftig geweest. Discussies rond concentratie en spreiding van voorzieningen uit het oogpunt van kwaliteit en doelmatigheid zullen ons zeker raken. Daarnaast heeft het beleid van de overheid, beheersing en terugdringing van de kosten in de zorg, grote effecten op de ziekenhuiszorg en dus ook op het Elkerliek ziekenhuis. Dit alles zal naar verwachting leiden tot druk en onzekerheid met betrekking tot het bedrijfsresultaat.

In het jaarverslag 2010 is reeds uitgebreid stilgestaan bij het merendeel van de ontwikkelingen die de ziekenhuizen te wachten staat. Derhalve wordt nu volstaan met een beperkte opsomming:

- Het Functioneel Budget (FB) wordt per 1 januari 2012 afgeschaft. Dit betekent dat de opbrengsten van het ziekenhuis volledig gebaseerd zijn op de gefactureerde prestaties. Daarmee verdwijnen de huidige parameters als polikliniekbezoeken, dagopnames, opnames en verpleegdagen als rekeneenheid.
- Het B-segment bedraagt nu landelijk ongeveer 35% van de totale omzet en wordt uitgebreid naar circa 90 à 95% voor het Elkerliek ziekenhuis. Dit betekent dat er over een substantieel groter deel van de productie, prijsafspraken met zorgverzekeraars gemaakt moeten worden.
- Gelijktijdig met de invoering van de prestatiebekostiging wordt DOT ingevoerd. Vanaf 2012 wordt de ziekenhuisproductie uitgedrukt in zorgproducten in plaats van DBC's. Van de ongeveer 30.000 DBC's wordt teruggedaan naar ongeveer 4.000 zorgproducten.  
De tweede helft van 2011 stond in het teken van de voorbereiding op DOT. In dit kader is de stuurgroep DOT opgericht en zijn intern de noodzakelijke acties in gang gezet met als doel dat het Elkerliek begin 2012 "DOT-proof" is. Om dit te realiseren heeft men besloten om met de implementatie van DOT over te stappen naar een nieuwe softwareleverancier om met name de continuïteit naar de toekomst toe te kunnen waarborgen. Hierbij moet men zich realiseren dat in 2012 ook nog DBC's worden gesloten, gevalideerd en gefactureerd met andere woorden in 2012 lopen deze twee systemen, de DBC's en de DOT zorgproducten, naast elkaar. Dit vergt derhalve veel tijd welke in 2012 doorloopt, om te komen tot een juiste en volledige registratie van de productie.

- Tot slot maakt het nieuwe beheersmodel honorarium medisch specialisten deel uit van de voorgenomen veranderingen. Dit beheersmodel moet toezien op een beheerste, beperkte groei van het honorarium van medisch specialisten. In het Elkerliek ziekenhuis zijn twee collectieven opgericht.

### **Macrokorting**

Over de jaren 2006 tot en met 2011 bedraagt het aandeel van het Elkerliek ziekenhuis in de landelijke kortingsmaatregelen in totaal € 8,2 miljoen. In 2011 is een korting van € 2,9 miljoen verwerkt ten laste van het A-segment.

Vanaf 2012 heeft het ziekenhuis zich te houden aan het hoofdlijnenakkoord. Dit akkoord impliceert voor de komende drie jaar een maximale groei van 2,5%, waarbij overschrijdingen van het macrobudget in de jaren 2010 en 2011, in mindering komen op dit percentage.

Evenals voorgaand jaar wil de Raad van Bestuur benadrukken dat het met terugwerkende kracht opleggen van extra kortingen een doorn in het oog is van de Raad van Bestuur van het Elkerliek ziekenhuis. In het kader van de invoering van marktwerking zitten zorgverzekeraars hard in de onderhandelingen. De kortingen hebben betrekking op gecontracteerde en geleverde zorg. De financiële gevolgen van het overschrijden van het Budgettair Kader Zorg worden daarmee volledig neergelegd bij de ziekenhuizen.

### **Begroting**

De hoofddoelstellingen van het financieel beleid zijn een blijvend (positief) evenwicht tussen opbrengsten en kosten en het veiligstellen van een vermogenspositie die voldoende financiële buffer biedt. De beide doelstellingen zijn in deze periode te meer van belang mede omdat er concrete afspraken zijn gemaakt met externe financiers, die leningen hebben verstrekt voor de grote investeringen die het Elkerliek ziekenhuis de komende jaren doet.

De externe ontwikkelingen, waaronder de impact van de invoering van DOT en de extra macrokorting heeft er toe geleid dat het begrotingsproces 2012 moeizaam is verlopen. Voor het Elkerliek ziekenhuis wordt in de begroting 2012 uitgegaan van een licht positief exploitatieresultaat, echter de hierboven beschreven resultaatdoelstelling voor 2012 is in de voorlopige begroting nog niet bereikt. Om dit resultaat te bereiken zijn diverse maatregelen genomen. Tevens worden er projecten gestart om de beschikbare medewerkers en middelen nog efficiënter in te zetten.

Overigens wordt de toekomst van het ziekenhuis met vertrouwen tegemoet gezien. De interne en externe samenwerking in combinatie met de marktpositie en zorgvraag bieden hiervoor voldoende aanleiding.

### **Investerings en financiering**

Eind 2011 is gestart met de bouw van een nieuw OK/IC en CSA-complex. Naar verwachting zal de eerste oplevering eind 2012 dan wel begin 2013 plaatsvinden. Naast dit grote investeringsproject lopen de reguliere investeringen ook door. In het kader van de investeringen is in 2011 een gedeeltelijk geborgde financieringsfaciliteit afgesloten. In 2012 zal nader invulling gegeven in het in kaart brengen van de financieringsbehoefte voor bovengenoemde investeringen alsmede behoefte aan financiering in het kader van de invoering van DOT. Daarbij zal tevens het afdekken van renterisico een belangrijk onderwerp zijn.



# **Deel 2**

# **Jaarrekening**

## 5.1 JAARREKENING

5.1.1 BALANS PER 31 DECEMBER 2011  
(na resultaatbestemming)

	Ref.	31-12-2011	31-12-2010
		€	€
<b>ACTIVA</b>			
<b>Vaste activa</b>			
Immateriële vaste activa	1	0	0
Materiële vaste activa	2	106.796.659	107.543.899
Financiële vaste activa	3	188.882	151.881
Totaal vaste activa		106.985.541	107.695.780
<b>Vlottende activa</b>			
Voorraden	4	1.842.088	1.960.567
Onderhanden projecten uit hoofde van DBC's	5	2.249.224	1.191.275
Vorderingen en overlopende activa	6	29.202.165	31.011.195
Liquide middelen	9	14.061.874	494.419
Totaal vlottende activa		47.355.351	34.657.456
<b>Totaal activa</b>		154.340.892	142.353.236
<b>PASSIVA</b>			
<b>Eigen vermogen</b>			
Kapitaal	10	45	45
Collectief gefinancierd gebonden vermogen		18.310.230	15.511.443
Niet-collectief gefinancierd vrij vermogen		988.025	988.025
Totaal eigen vermogen		19.298.300	16.499.513
<b>Voorzieningen</b>	11	7.921.943	6.035.718
<b>Langlopende schulden</b>	12	80.702.806	62.517.496
<b>Kortlopende schulden</b>			
Schulden uit hoofde van financieringsoverschot	7	14.475.325	17.016.895
Kortlopende schulden en overlopende passiva	13	31.942.518	40.283.614
<b>Totaal passiva</b>		154.340.892	142.353.236

## 5.1.2 RESULTATENREKENING OVER 2011

	<u>Ref.</u>	<u>2011</u> €	<u>2010</u> €
<b>BEDRIJFSOPBRENGSTEN:</b>			
Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten (uit AWBZ/Zvw-zorg, exclusief subsidies)	15	74.741.188	73.456.279
Niet-gebudgetteerde zorgprestaties (exclusief DBC B-segment)	16	3.359.061	3.034.705
Omzet DBC B-segment	17	42.813.703	39.305.561
Subsidies	18	1.321.787	901.102
Overige bedrijfsopbrengsten	19	7.400.448	7.191.030
<b>Som der bedrijfsopbrengsten</b>		<u>129.636.187</u>	<u>123.888.677</u>
<b>BEDRIJFSLASTEN:</b>			
Personeelskosten	20	74.253.384	71.099.530
Afschrijvingen op immateriële en materiële vaste activa	21	11.447.070	12.078.706
Overige bedrijfskosten	23	37.749.830	35.062.211
<b>Som der bedrijfslasten</b>		<u>123.450.284</u>	<u>118.240.447</u>
<b>BEDRIJFSRESULTAAT</b>		6.185.903	5.648.230
Financiële baten en lasten	24	-3.387.116	-3.136.224
<b>RESULTAAT UIT GEWONE BEDRIJFSVOERING</b>		<u>2.798.787</u>	<u>2.512.006</u>
Buitengewone baten en lasten	25	0	0
<b>RESULTAAT BOEKJAAR</b>		<u><u>2.798.787</u></u>	<u><u>2.512.006</u></u>
<b>RESULTAATBESTEMMING</b>			
<i>Het resultaat is als volgt verdeeld:</i>		<u>2011</u> €	<u>2010</u> €
Toevoeging/(onttrekking):			
Reserve aanvaardbare kosten		2.798.787	2.512.006
Bestemmingsreserve egalisatie afschrijvingen		0	0
Algemene reserve, niet collectief gefinancierd vrij vermogen		0	0
		<u><u>2.798.787</u></u>	<u><u>2.512.006</u></u>

## 5.1.3 KASSTROOMOVERZICHT

	Ref.	2011		2010	
		€	€	€	€
<b>Kasstroom uit operationele activiteiten</b>					
Bedrijfsresultaat			6.185.903		5.648.230
Aanpassingen voor:					
- afschrijvingen	11.447.070			12.078.706	
- mutaties voorzieningen	<u>1.886.225</u>			<u>2.712.559</u>	
			13.333.295		14.791.265
Veranderingen in vlottende middelen:					
- voorraden	118.478			-173.070	
- mutatie onderhanden projecten DBC's	-1.057.949			-249.754	
- vorderingen	1.809.030			-2.969.643	
- vorderingen/schulden uit hoofde van financieringstekort respectievelijk -overschot	-2.541.570			-8.976.374	
- kortlopende schulden (excl. schulden aan kredietinstellingen)	<u>4.188.749</u>			<u>-2.464.609</u>	
			2.516.738		-14.833.450
Kasstroom uit bedrijfsoperaties			<u>22.035.936</u>		<u>5.606.045</u>
Ontvangen interest	195.170			87.291	
Betaalde interest	-3.582.286			-3.223.515	
Buitengewoon resultaat	<u>0</u>			<u>0</u>	
			-3.387.116		-3.136.224
<b>Totaal kasstroom uit operationele activiteiten</b>			18.648.820		2.469.821
<b>Kasstroom uit investeringsactiviteiten</b>					
Investerings materiële vaste activa	-10.699.830			-7.603.291	
Desinvesteringen materiële vaste activa	0			529.615	
Investerings immateriële vaste activa	0			-843.301	
Overige investeringen in financiële vaste activa	<u>-37.001</u>			<u>-93.730</u>	
<b>Totaal kasstroom uit investeringsactiviteiten</b>			-10.736.831		-8.010.707
<b>Kasstroom uit financieringsactiviteiten</b>					
Nieuw opgenomen leningen	25.034.451			0	
Aflossing langlopende schulden	<u>-5.478.986</u>			<u>-4.032.034</u>	
<b>Totaal kasstroom uit financieringsactiviteiten</b>			19.555.465		-4.032.034
<b>Mutatie geldmiddelen</b>			<u><u>27.467.454</u></u>		<u><u>-9.572.920</u></u>

Er is gebruik gemaakt van de indirecte methode.

## 5.1.4 GRONDSLAGEN VAN WAARDERING EN RESULTAATBEPALING

### 5.1.4.1 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.

#### **Continuïteitsveronderstelling**

Deze jaarrekening van Stichting Elkerliek ziekenhuis is opgesteld uitgaande van de continuïteitsveronderstelling.

De ziekenhuissector bevindt zich momenteel in een overgangsfase naar volledige prestatiebekostiging. Per 1 januari 2012 is hierdoor sprake van veel systeemwijzigingen met als gevolg dat de contractonderhandelingen 2012 met diverse zorgverzekeraars traag en moeizaam verlopen. Ten tijde van het opstellen van de jaarrekening is gedeeltelijk overeenstemming bereikt met de zorgverzekeraars over de contractering 2012 en zijn met CZ specifieke afspraken gemaakt in het kader van de bevoorschotting van DBC's. Het verkrijgen van contracten en tijdige en toereikende bevoorschotting is essentieel ter voorkoming van liquiditeitstekorten gedurende 2012. De Raad van Bestuur verwacht dat de contractonderhandelingen en afspraken over toereikende bevoorschotting tijdig zullen worden afgerond en indien dit niet tijdig lukt andere maatregelen kunnen worden getroffen.

#### **Gebruik van schattingen**

De opstelling van de jaarrekening vereist dat het management oordelen vormt en schattingen en veronderstellingen maakt die van invloed zijn op de toepassing van grondslagen en de gerapporteerde waarde van activa en verplichtingen, en van baten en lasten. De daadwerkelijke uitkomsten kunnen afwijken van deze schattingen. De schattingen en onderliggende veronderstellingen worden voortdurend beoordeeld. Herzieningen van schattingen worden opgenomen in de periode waarin de schatting wordt herzien en in toekomstige perioden waarvoor de herziening gevolgen heeft.

#### **Vergelijkende cijfers**

Ten behoeve van de vergelijkbaarheid met 2010 zijn in beperkte mate herrubriceringen doorgevoerd in de vergelijkende cijfers.

#### **Verbonden rechtspersonen**

De Stichting Elkerliek ziekenhuis heeft de volgende groepsmaatschappijen die niet in de consolidatie betrokken zijn, omdat het belang van deze rechtspersonen te verwaarlozen is:

- \* Grejama B.V., gevestigd te Helmond, zeggenschap:100% van de aandelen zijn in bezit Elkerliek ziekenhuis;
- \* Hofengel B.V., gevestigd te Helmond, zeggenschap:100% van de aandelen zijn in bezit Elkerliek ziekenhuis;
- \* Hadezil B.V., gevestigd te Helmond, zeggenschap:100% van de aandelen zijn in bezit Elkerliek ziekenhuis.

Deze vennootschappen worden gepresenteerd onder financiële vaste activa als deelnemingen.

#### **Overige verbonden partijen**

De stichting neemt middels stichting Zelfstandig Behandelcentrum regio Helmond/Deurne voor 50% deel in VOF Prenataal Sreenings Centrum "De Peel" gevestigd te Helmond.

De stichting neemt daarnaast deel als een van de drie leden van Coöperatie Clinicpartner N.L. U.A. gevestigd te Helmond.



## 5.1.4 GRONDSLAGEN VAN WAARDERING EN RESULTAATBEPALING

### 5.1.4.2 Grondslagen van waardering van activa en passiva

#### **Activa en passiva**

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

#### **Materiële vaste activa**

De materiële vaste activa worden gewaardeerd tegen verkrijgings- of vervaardigingsprijs onder aftrek van cumulatieve afschrijvingen en cumulatieve bijzondere waardeverminderingen.

De afschrijvingstermijnen van materiële vaste activa zijn gebaseerd op de verwachte gebruiksduur van het vast actief.

#### **Financiële vaste activa**

Deelnemingen in groepsmaatschappijen en overige deelnemingen waarin invloed van betekenis kan worden uitgeoefend worden gewaardeerd op kostprijs. Deelnemingen waarop geen invloed van betekenis kan worden uitgeoefend worden gewaardeerd tegen verkrijgingsprijs. Indien sprake is van een duurzame waardevermindering vindt waardering plaats tegen deze lagere waarde; afwaardering vindt plaats ten laste van de resultatenrekening.

#### **Vorraden**

Vorraden zijn gewaardeerd tegen kostprijs onder aftrek van een voorziening voor incurantheid.

#### **Onderhanden werk DBC's**

Het onderhanden werk uit hoofde van DBC's wordt gewaardeerd tegen de vervaardigingsprijs, zijnde de kostprijs van de reeds bestede verrichtingen of tegen de opbrengstwaarde van de DBC indien deze lager is. De productie van het onderhanden werk is bepaald door de openstaande verrichtingen te koppelen aan de DBC's die ultimo boekjaar openstonden.

Op het onderhanden werk worden de voorschotten die ontvangen zijn van verzekeraars in mindering gebracht.

#### **Vorderingen**

Vorderingen worden opgenomen voor de nominale waarde. Een voorziening wordt getroffen op de vorderingen op grond van verwachte oninbaarheid.

#### **Liquide middelen**

Liquide middelen bestaan uit kas, banktegoeden en deposito's met een looptijd korter dan twaalf maanden. Rekening-courantschulden bij banken zijn opgenomen onder schulden aan kredietinstellingen onder kortlopende schulden.

#### **Financiële instrumenten**

Financiële instrumenten omvatten handels- en overige vorderingen, geldmiddelen, leningen en overige financieringsverplichtingen, handelsschulden en overige te betalen posten. Voor de waardering van deze financiële instrumenten wordt verwezen naar de waarderingsgrondslagen van de betreffende activa en passiva.

#### 5.1.4 GRONDSLAGEN VAN WAARDERING EN RESULTAATBEPALING

##### **Voorzieningen (algemeen)**

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. Tenzij anders vermeld worden de voorzieningen gewaardeerd tegen nominale waarde van de uitgaven die naar verwachting noodzakelijk zijn om de verplichtingen af te wikkelen.

##### *Voorziening onderhoud*

Voor kosten van groot onderhoud wordt een voorziening gevormd om deze lasten gelijkmatig te verdelen over een aantal boekjaren. De voorziening wordt gedoteerd op basis van het lange termijn onderhoudsplan. De werkelijke onderhoudskosten worden ten laste van deze voorziening gebracht.

##### *Voorziening Persoonlijk Levensfase Budget*

De voorziening Persoonlijk Levensfase Budget (PLB) betreft een voorziening uit hoofde van een CAO verplichting in het kader van de overgangsregeling 45+. Het persoonlijk levensfase budget is te typeren als een beloning met opbouw van rechten. De voorzieningen betreft de contante waarde van de in de toekomst (eenmalig) uit te keren PLB uren. De berekening is gebaseerd op de CAO-bepalingen, blijfkans, leeftijd en resterende dienstjaren tot het bereiken van de 55-jarige (PLB categorie 2) dan wel 65-jarige (PLB categorie 3) leeftijd.

##### *Voorziening jubilea uitkeringen*

Het betreft hier een voorziening inzake beloningen die op termijn (langer dan één jaar) betaald moeten worden onder de voorwaarde van voortduring van het dienstverband. Het gaat derhalve om uitgestelde beloningen. De voorziening is gebaseerd op een inschatting van verwachte kosten voor jubileumuitkeringen in de toekomst.

##### *Voorziening Langdurig zieken*

Er is een voorziening getroffen voor toekomstige salariskosten van personeelsleden die op balansdatum arbeidsongeschikt zijn.

##### *Voorziening diversen*

De categorie diverse voorzieningen betreft onder andere een voorziening in het kader van het eigen risicodeel MediRisk.

##### **Schulden**

Schulden worden opgenomen voor de nominale waarde.

## 5.1.4 GRONDSLAGEN VAN WAARDERING EN RESULTAATBEPALING

### 5.1.4.3 Grondslagen van resultaatbepaling

#### **Algemeen**

Het resultaat wordt bepaald als het verschil tussen de baten en de lasten over het verslagjaar, met inachtneming van de hiervoor reeds vermelde waarderingsgrondslagen.

De baten en lasten worden toegerekend aan de periode waarop deze betrekking hebben, uitgaande van historische kosten. Verliezen worden verantwoord als deze voorzienbaar zijn; baten worden verantwoord als deze gerealiseerd zijn.

Baten (waaronder nagekomen budgetaanpassingen) en lasten uit voorgaande jaren die in dit boekjaar zijn geconstateerd, worden aan dit boekjaar toegerekend.

#### **Pensioenen**

Het Elkerliek ziekenhuis heeft voor haar werknemers een toegezegde pensioenregeling. Hiervoor in aanmerking komende werknemers hebben op de pensioengerechtigde leeftijd recht op een pensioen dat is gebaseerd op het gemiddeld verdiende loon berekend over de jaren dat de werknemer pensioen heeft opgebouwd bij het Elkerliek ziekenhuis. De verplichtingen, welke voortvloeien uit deze rechten van haar personeel, zijn ondergebracht bij het bedrijfstakpensioenfonds Zorg en Welzijn. Het Elkerliek ziekenhuis betaalt hiervoor premies, waarvan de helft door de werkgever wordt betaald en de helft door de werknemer. De pensioenrechten worden jaarlijks geïndexeerd, indien en voor zover de dekkingsgraad van het pensioenfonds (het vermogen van het pensioenfonds gedeeld door haar financiële verplichtingen) dit toelaat. Naar de stand van ultimo februari 2012 is de dekkingsgraad van het pensioenfonds 97%. In 2014 dient het pensioenfonds een dekkingsgraad van ten minste 105% te hebben. Het pensioenfonds verwacht hieraan te kunnen voldoen en voorziet geen noodzaak voor de aangesloten instellingen om extra stortingen te verrichten of om bijzondere premieverhogingen door te voeren. Het Elkerliek ziekenhuis heeft geen verplichting tot het voldoen van aanvullende bijdragen in geval van een tekort bij het pensioenfonds, anders dan het effect van hogere toekomstige premies. Het Elkerliek ziekenhuis heeft daarom alleen de verschuldigde premies tot en met het einde van het boekjaar in de jaarrekening verantwoord.

### 5.1.4.4 Grondslagen voor het kasstroomoverzicht

#### **Grondslagen voor het kasstroomoverzicht**

Het kasstroomoverzicht is opgesteld op basis van de indirecte methode.

De geldmiddelen in het kasstroomoverzicht bestaan uit liquide middelen en kortlopende schulden aan kredietinstellingen.

## 5.1.5 TOELICHTING OP DE BALANS

## ACTIVA

## 1. Immateriële vaste activa

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

	2011	2010
	€	€
Boekwaarde per 1 januari	0	0
Bij: investeringen	0	843.301
Af: afschrijvingen	0	843.301
<b>Boekwaarde per 31 december</b>	<b><u>0</u></b>	<b><u>0</u></b>

## 2. Materiële vaste activa

De specificatie is als volgt:

	31-12-2011	31-12-2010
	€	€
Bedrijfsgebouwen en terreinen	69.044.032	69.759.680
Machines en installaties	11.089.524	12.637.463
Andere vaste bedrijfsmiddelen, technische en administratieve uitrusting	23.237.134	24.402.491
Materiële vaste bedrijfsactiva in uitvoering en vooruitbetalingen op materiële vaste activa	3.425.969	744.265
<b>Totaal materiële vaste activa</b>	<b><u>106.796.659</u></b>	<b><u>107.543.899</u></b>

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

	2011	2010
	€	€
Boekwaarde per 1 januari	107.543.899	111.705.628
Bij: investeringen	10.699.830	7.603.291
Af: afschrijvingen	11.447.070	11.235.405
Af: terugname geheel afgeschreven activa	2.938.117	3.775.393
Af: desinvesteringen	-2.938.117	-3.245.778
<b>Boekwaarde per 31 december</b>	<b><u>106.796.659</u></b>	<b><u>107.543.899</u></b>

Aanschafwaarde	240.856.244	233.094.532
Cumulatieve herwaarderingen	0	0
Cumulatieve afschrijvingen	134.059.585	125.550.633

**Toelichting:**

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

**5.1.5 TOELICHTING OP DE BALANS****ACTIVA****3. Financiële vaste activa***De specificatie is als volgt:*

	<u>31-12-2011</u>	<u>31-12-2010</u>
	€	€
Deelnemingen	188.882	151.881
Totaal financiële vaste activa	<u>188.882</u>	<u>151.881</u>

*Het verloop van de financiële vaste activa is als volgt:*

	<u>€</u>
Boekwaarde per 1 januari 2011	151.881
Bij: Kapitaalstorting deelneming MediRisk	37.001
Boekwaarde per 31 december 2011	<u><u>188.882</u></u>

**Toelichting:**

Op 19 mei 2011 heeft er een kapitaalstorting plaatsgevonden aan MediRisk van € 37.001.

**Toelichting op belangen in andere rechtspersonen of vennootschappen:**

<u>Naam en rechtsvorm en woonplaats rechtspersoon</u>	<u>Kernactiviteit</u>	<u>Verschaft kapitaal</u>	<u>Kapitaalbelang (in %)</u>	<u>Eigen vermogen</u>	<u>Resultaat</u>
				€	€
<b>Rechtstreekse kapitaalbelangen:</b>					
MediRisk		130.731			
<b>Volledig aansprakelijk B.V.</b>					
Grejama B.V.	Leasing inventaris	18.151	100%	18.151	0
Hofengel B.V.	Leasing inventaris	20.000	100%	20.000	0
Hadezil B.V.	Leasing inventaris	20.000	100%	20.000	0

**4. Voorraden***De specificatie is als volgt:*

	<u>31-12-2011</u>	<u>31-12-2010</u>
	€	€
Medische middelen	921.506	768.322
Hulpmiddelen	507.439	804.922
Overige voorraden:		
Diverse overige	158.006	149.659
Magazijn voorraad	255.137	237.664
Totaal voorraden	<u>1.842.088</u>	<u>1.960.567</u>

**Toelichting:**

De voorziening incurantheid die in aftrek op de magazijnvoorraden is gebracht, bedraagt zowel in 2011 als in 2010 € 11.300.

## 5.1.5 TOELICHTING OP DE BALANS

## ACTIVA

## 5. Onderhanden projecten uit hoofde van DBC's

De specificatie is als volgt:

	<u>31-12-2011</u>	<u>31-12-2010</u>
	€	€
Onderhanden projecten DBC's A-segment	11.328.360	11.591.069
Onderhanden projecten DBC's B-segment	5.708.275	5.507.493
Af: ontvangen voorschotten	17.480.411	18.600.287
Bij: Doorbetaalde permanente voorschotten maatschappen	2.693.000	2.693.000
Totaal onderhanden projecten	<u>2.249.224</u>	<u>1.191.275</u>

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

Stroom DBC's en zorgverzekeraar	Gerealiseerde projectkosten en toegerekende winst	Bij Doorbetaald voorschot maatschappen	Af: ontvangen voorschotten	Saldo per 31-12-2011
	€	€	€	€
CZ Zorggroep	12.086.296	2.693.000	15.209.380	-430.084
UVIT	3.033.018	0	2.168.270	864.748
Menzis	372.655	0	0	372.655
Multizorg VRZ	514.451	0	102.761	411.690
Agis Achmea	1.030.216	0	0	1.030.216
Totaal (onderhanden projecten)	<u>17.036.635</u>	<u>2.693.000</u>	<u>17.480.411</u>	<u>2.249.224</u>

## 6. Vorderingen en overlopende activa

De specificatie is als volgt:

	<u>31-12-2011</u>	<u>31-12-2010</u>
	€	€
Vorderingen op debiteuren	25.952.972	28.147.319
Overige vorderingen:		
Disagio Waarborgfonds zorg	659.874	588.417
Omzetbelasting herzieningstermijn en maandaangifte	349.538	421.491
Vooruitbetaalde bedragen:		
Verzekeringen	341.361	415.763
Onderhoudscontracten	527.826	288.461
Overige overlopende activa:		
Diverse vorderingen	1.370.594	1.149.744
Totaal vorderingen en overlopende activa	<u>29.202.165</u>	<u>31.011.195</u>

**Toelichting:**

De voorziening die in aftrek op de vordering op debiteuren is gebracht, bedraagt in 2011 € 123.468, in 2010 bedroeg deze voorziening € 115.985.

## 5.1.5 TOELICHTING OP DE BALANS

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

	<u>t/m 2008</u>	<u>2009</u>	<u>2010</u>	<u>2011</u>	<u>totaal</u>
	€	€	€	€	€
<b>Saldo per 1 januari</b>	6.798.716	-10.434.932	-13.380.679	0	-17.016.895
Financieringsverschil boekjaar	0	0	0	-15.316.412	-15.316.412
Correcties voorgaande jaren	-6.798.716	3.098.144	4.216.336	962.803	1.478.567
Betalingen/ontvangsten	0	7.282.675	9.096.740	0	16.379.415
Subtotaal mutatie boekjaar	<u>-6.798.716</u>	<u>10.380.819</u>	<u>13.313.076</u>	<u>-14.353.609</u>	<u>2.541.570</u>
<b>Saldo per 31 december</b>	<u>0</u>	<u>-54.113</u>	<u>-67.603</u>	<u>-14.353.609</u>	<u>-14.475.325</u>
Stadium van vaststelling (per erkenning): Elkerliek ziekenhuis	c	c	c	a	

a= interne berekening

b= overeenstemming met zorgverzekeraars

c= definitieve vaststelling NZa

**Toelichting:**

De positie uit hoofde van het financieringsoverschot is gedurende het boekjaar onderzocht. Dit heeft geresulteerd in bovenstaande uitwerking met onder meer verschuivingen tussen boekjaren. Het weergegeven saldo ad. € 14.475.000 betreft het resterende saldo dat aan verzekeraars moet worden terugbetaald.

**Specificatie financieringsverschil in het boekjaar**

	<u>2011</u>	<u>2010</u>
	€	€
Wettelijk budget aanvaardbare kosten	75.712.439	74.720.027
<i>Vergoedingen ter dekking van het wettelijk budget:</i>		
Opbrengsten DBC A-segment inclusief toeslagen	75.413.366	67.774.463
Honoraria-opbrengsten voor specialisten in loondienst	3.019.257	3.572.102
Mutatie onderhanden werk honoraria voor specialisten in loondienst	744	-263.643
Overige opbrengsten	12.858.937	12.857.969
Mutatie onderhanden werk DBC A-segment	-263.453	919.414
Totaal financieringsverschil	<u>-15.316.412</u>	<u>-10.140.278</u>

**9. Liquide middelen**

De specificatie is als volgt:

	<u>31-12-2011</u>	<u>31-12-2010</u>
	€	€
Bankrekeningen	14.026.733	455.457
Kassen	14.641	20.052
Overige	20.500	18.910
Totaal liquide middelen	<u>14.061.874</u>	<u>494.419</u>

## 5.1.5 TOELICHTING OP DE BALANS

## PASSIVA

## 10. Eigen vermogen

Het eigen vermogen bestaat uit de volgende componenten:

	<u>31-12-2011</u>	<u>31-12-2010</u>
	€	€
Kapitaal	45	45
Collectief gefinancierd gebonden vermogen	18.310.230	15.511.443
Niet collectief gefinancierd vrij vermogen	<u>988.025</u>	<u>988.025</u>
Totaal eigen vermogen	<u><u>19.298.300</u></u>	<u><u>16.499.513</u></u>

## Kapitaal

Het verloop is als volgt weer te geven:

	<u>Saldo per</u> <u>1-jan-2011</u>	<u>Resultaat-</u> <u>bestemming</u>	<u>Overige</u> <u>mutaties</u>	<u>Saldo per</u> <u>31-dec-2011</u>
	€	€	€	€
Kapitaal	45	0	0	45
	<u>45</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>45</u>

## Collectief gefinancierd gebonden vermogen

Het verloop is als volgt weer te geven:

	<u>Saldo per</u> <u>1-jan-2011</u>	<u>Resultaat-</u> <u>bestemming</u>	<u>Overige</u> <u>mutaties</u>	<u>Saldo per</u> <u>31-dec-2011</u>
	€	€	€	€
Reserve aanvaardbare kosten:				
Toevoeging resultaat	15.511.443	2.798.787	0	18.310.230
Bestemmingsreserves:				
Egalisatie afschrijvingen	0	0	0	0
Totaal collectief gefinancierd gebonden vermogen	<u>15.511.443</u>	<u>2.798.787</u>	<u>0</u>	<u>18.310.230</u>

## Niet collectief gefinancierd vrij vermogen

Het verloop is als volgt weer te geven:

	<u>Saldo per</u> <u>1-jan-2011</u>	<u>Resultaat-</u> <u>bestemming</u>	<u>Overige</u> <u>mutaties</u>	<u>Saldo per</u> <u>31-dec-2011</u>
	€	€	€	€
Algemene reserves:				
Mutatie	988.025	0	0	988.025
Totaal niet-collectief gefinancierd vrij vermogen	<u>988.025</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>988.025</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	Vrijval	Onttrekking	Saldo per 31-dec-2011
	€	€	€	€	€
Onderhoud	2.686.764	250.000	0	260.195	2.676.569
Persoonlijk Levensfase Budget	830.000	2.872.323	491.185	0	3.211.138
Personeelsgerelateerde voorzieningen	1.436.954	410.542	0	313.260	1.534.236
Diversen	1.082.000	100.000	682.000	0	500.000
Totaal voorzieningen	6.035.718	3.632.865	1.173.185	573.455	7.921.943

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

	31-dec-2011
Kortlopend deel van de voorzieningen (< 1 jr.)	1.502.388
Langlopend deel van de voorzieningen (> 1 jr.)	6.419.555
Hiervan langlopend (> 5 jaar)	2.576.982

**Toelichting per categorie voorziening:**Onderhoud

Eind 2009 is er een meerjarenbegroting gemaakt van het uit te voeren onderhoud per functioneel gebouwelement ten behoeve van de locatie Helmond en Deurne voor de komende 20 jaar. Iedere 5 jaar vindt een gedetailleerde update van de meerjarenbegroting in het kader van het onderhoud plaats. Tussentijds wordt een globale inschatting gemaakt of tussentijdse aanpassing noodzakelijk is. Gedurende het boekjaar zijn geen indicaties aanwezig die een aanpassing van de begroting vragen.

Persoonlijk levensfase budget

Personen die op 31 december 2009 een leeftijd hebben tussen de 45 en 50 jaar en tien jaar werkzaam zijn binnen de zorgsector, ontvangen in het jaar waarin zij 55 worden, 200 PLB-uren extra (persoonlijk levensfase budget categorie 2). Daarnaast ontvangen personen die op 31 december 2009 een leeftijd hebben boven de 50 jaar jaarlijks een extra aantal PLB uren op het moment dat zij minimaal de leeftijd van 55 jaar hebben (persoonlijk levensfasebudget categorie 3). De voorzieningen zijn bepaald op basis van de navolgende variabelen:

- Gemiddelde jaarlijkse salarisstijging:	1,75%
- Sterfte- en vertrekans:	10%
- Werkgeverslasten:	20%

De voorziening is contant gemaakt op basis van een rekenrente van 5%.

Personeelsgerelateerde voorzieningen

Onder deze categorie voorziening worden reserveringen opgenomen gerelateerd aan personeel exclusief de reserveringen in het kader van het Persoonlijk Levensfase Budget. Onder de personeelsgerelateerde voorzieningen zijn onder meer opgenomen de voorziening in het kader van jubilea uitkeringen alsmede de voorziening voor langdurig zieken.

Jubilea uitkeringen

Van elk personeelslid dat op 31 december in dienst is van het ziekenhuis, is bepaald op welk moment deze 12,5 of 25 of 40 jaar in dienst van het Elkerliek ziekenhuis is dan wel in aanmerking komt voor de gratificatie in verband met pensionering. Bij deze berekening wordt rekening gehouden met historische verloopcijfers.

Langdurig zieken

De toekomstige salariskosten van medewerkers die op 31 december arbeidsongeschikt zijn, zijn als voorziening verwerkt.

Diversen

De categorie diverse voorzieningen betreft onder andere een voorziening in het kader van het eigen risicodeel MediRisk.

**5.1.5 TOELICHTING OP DE BALANS****PASSIVA****12. Langlopende schulden***De specificatie is als volgt:*

	<u>31-12-2011</u>	<u>31-12-2010</u>
	€	€
Schulden aan kredietinstellingen	80.702.806	62.517.496
Totaal langlopende schulden	<u>80.702.806</u>	<u>62.517.496</u>

*Het verloop is als volgt weer te geven:*

	<u>2011</u>	<u>2010</u>
	€	€
Stand per 1 januari	66.549.531	70.581.568
Bij: nieuwe leningen	25.034.451	0
Af: aflossingen	5.478.986	4.032.037
Stand per 31 december	<u>86.104.996</u>	<u>66.549.531</u>
Af: aflossingsverplichting komend boekjaar	5.402.190	4.032.035
Stand langlopende schulden per 31 december	<u>80.702.806</u>	<u>62.517.496</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	5.402.190	4.032.035
Langlopend deel van de langlopende schulden (> 1 jr.) (balanspost)	80.702.806	62.517.496
Hiervan langlopend (> 5 jaar)	67.411.155	48.241.487

Voor een nadere toelichting op de langlopende schulden wordt verwezen naar de bijlage overzicht langlopende schulden.

De aflossingsverplichtingen zijn verantwoord onder de kortlopende schulden.

**13. Kortlopende schulden en overlopende passiva***De specificatie is als volgt:*

	<u>31-12-2011</u>	<u>31-12-2010</u>
	€	€
Schulden aan kredietinstellingen	0	13.900.000
Crediteuren	5.551.380	5.212.544
Aflossingsverplichtingen langlopende leningen	5.402.190	4.032.035
Belastingen en sociale premies	3.423.785	3.014.923
Schulden terzake pensioenen	815.114	679.423
Nog te betalen salarissen	591.218	353.234
Vakantiegeld	2.726.556	2.646.032
Vakantiedagen	1.550.192	2.169.000
Overige schulden:		
Maatschappen en artsen	2.082.021	2.268.574
Zorginstellingen	1.250.404	756.526
Te betalen intrest	1.128.262	952.835
Persoonlijk Levensfase Budget categorie 1	1.714.880	643.200
Vooruitontvangen opbrengsten:		
Vooruitontvangen vergoeding	983.574	924.824
Overige passiva:		
Overige transitoria	4.722.942	2.730.464
Totaal kortlopende schulden en overlopende passiva	<u>31.942.518</u>	<u>40.283.614</u>

**Toelichting:**

Ultimo 2010 was een kasgeldfaciliteit aanwezig van € 13.900.000. In 2011 heeft er een consolidatie plaatsgevonden van kortlopende financiering langlopende financiering op basis van gedane investeringen.

De afname van het saldo vakantiedagen wordt veroorzaakt door een aanscherping van interne richtlijnen.

**5.1.5 TOELICHTING OP DE BALANS****PASSIVA****14. Niet in de balans opgenomen activa en verplichtingen****Verloopoverzicht investeringsruimte trekkingsrechten**

Het verloop is als volgt weer te geven:

	<u>2011</u>	<u>2010</u>
	€	€
Nog niet bestede investeringsruimte per 1 januari	0	0
Bij: indexering niet-bestede investeringsruimte	0	0
Bij: investeringsruimte verslagjaar	2.425.624	2.378.113
Af: investeringen verslagjaar en inbrengverplichting	2.420.274	2.378.113
Beschikbare investeringsruimte 31 december	<u>5.350</u>	<u>0</u>
Lopende investeringsprojecten leggen het volgende beslag op de beschikbare investeringsruimte:		3.425.969

**Lease verplichting**

Het betreft hier een drietal lease verplichtingen inzake operational autolease, allen met een duur van 48 maanden. De totale resterende leaseverplichting bedraagt € 120.588.

**Kredietfaciliteit schulden aan kredietinstelling**

Het rekening-courantkrediet is verstrekt door de Coöperatieve Rabobank Helmond U.A. te Helmond op basis van een maximale faciliteit van € 13.500.000 met als zekerheid een pari passu verklaring en een cross default verklaring.

Er is een kasgeldleningfaciliteit verstrekt door de Bank Nederlandse Gemeenten op basis van een garantie van het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WfZ) met een maximum van € 26.275.000.

Conform het reglement van de deelneming WfZ kan zij als bijdrage in het vermogen van het WfZ als obligo 3% van de uitstaande hoofdsom op 31 december van enig jaar opeisen op geborgde leningen.

In 2011 is er een kredietovereenkomst gesloten met de Rabobank ter financiering van investeringen voor de periode 2012-2014.

In verband met de te verstrekken kredietfaciliteiten is een gezamenlijke hypothecaire inschrijving met het WFZ gevestigd.

Tevens heeft de Rabobank als zekerheid verkregen verpanding van inventaris, voorraden en debiteuren.

**Groeps- en overige verbonden maatschappijen**

Voor een overzicht van de groeps- en overige verbonden maatschappijen wordt verwezen naar de grondslagen van waardering en resultaatbepaling.

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

**Financiële instrumenten**

Het Elkerliek ziekenhuis maakt in de normale bedrijfsuitoefening gebruik van uiteenlopende financiële instrumenten die de instelling blootstellen aan markt- en/of kredietrisico's. Onder financiële instrumenten wordt tevens verstaan vorderingen, liquide middelen en kortlopende schulden.

De instelling handelt niet in financiële derivaten en heeft procedures en gedragslijnen om de omvang van het kredietrisico bij elke tegenpartij of markt te beperken. Bij het niet nakomen door een tegenpartij van aan de instellingen verschuldigde betalingen blijven eventuele daaruit voortvloeiende verliezen beperkt tot de marktwaarde van de desbetreffende instrumenten.

De vorderingen uit hoofde van handelsdebiteuren zijn voor het grootste deel geconcentreerd bij grote verzekeraars. Het kredietrisico wordt in dit kader beperkt.

Het renterisico is beperkt tot eventuele veranderingen in de marktwaarde van opgenomen leningen. Bij deze leningen is sprake van een vast rentepercentage over de gehele looptijd. De leningen worden aangehouden tot het einde van de looptijd.

De instelling heeft derhalve tot op heden als beleid om geen afgeleide financiële instrumenten te gebruiken om (tussentijdse) rentefluctuaties te beheersen.

De reële waarde van de meeste in de balans verantwoorde financiële instrumenten, waaronder vorderingen, liquide middelen en kortlopende schulden, benadert de boekwaarde ervan.

5.1.6 MUTATIEOVERZICHT MATERIELE VASTE ACTIVA op grond van art. 5a Regeling Verslaggeving WTZI

5.1.6.1 WTZI-vergunningplichtige vaste activa

	NZa-IVA	Grond	Terrein-voorzieningen	Gebouwen	Semi perm. gebouwen	Verbouwingen	Installaties en vaste inr.	Onderhanden Projecten	Subtotaal vergunning
	€	€	€	€	€	€	€	€	€
<b>Stand per 1 januari 2011</b>									
- aanschatwaarde	843.301	355.825	3.440.260	42.271.082	0	15.142.013	49.624.028	0	111.676.509
- cumulatieve herwaarderings	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- cumulatieve afschrijvingen	843.301	0	2.339.540	21.329.819	0	10.688.257	40.107.897	0	75.308.814
Boekwaarde per 1 januari 2011	0	355.825	1.100.720	20.941.263	0	4.453.756	9.516.131	0	36.367.695
<b>Mutaties in het boekjaar</b>									
- investeringen	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- herwaarderings	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- afschrijvingen	0	0	111.144	775.896	0	566.810	1.371.331	0	2.825.181
- extra afschrijvingen NZa-goedgekeurd	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- <i>terugnane geheel afgeschreven activa</i>									
.aanschatwaarde	0	0	0	0	0	0	0	0	0
.cumulatieve herwaarderings	0	0	0	0	0	0	0	0	0
.cumulatieve afschrijvingen	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- <i>desinvesteringen</i>									
aanschatwaarde	0	0	0	0	0	0	0	0	0
cumulatieve herwaarderings	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)	0	0	-111.144	-775.896	0	-566.810	-1.371.331	0	-2.825.181
<b>Stand per 31 december 2011</b>									
- aanschatwaarde	843.301	355.825	3.440.260	42.271.082	0	15.142.013	49.624.028	0	111.676.509
- cumulatieve herwaarderings	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- cumulatieve afschrijvingen	843.301	0	2.450.684	22.105.715	0	11.255.067	41.479.228	0	78.133.995
Boekwaarde per 31 december 2011	0	355.825	989.576	20.165.367	0	3.886.946	8.144.800	0	33.542.514
Afschrijvingspercentage	100,0%	0,0%	5,0%	2,0%	0,0%	5,0%	5,0%	0,0%	0,0%

## 5.1.6 MUTATIEOVERZICHT MATERIELE VASTE ACTIVA op grond van art. 5a Regeling Verslaggeving WTZI

## 5.1.6.2 WTZI-meldingsplichtige vaste activa

	Trekkings- rechten	Onderhanden Projecten	Subtotaal	Instand- houding	Onderhanden Projecten	Subtotaal	Subtotaal meldings- plichtige activa
	€	€	€	€	€	€	€
<b>Stand per 1 januari 2011</b>							
- aanschafwaarde	32.356.542	744.265	33.100.807	14.217.354	0	14.217.354	47.318.161
- cumulatieve herwaarderings	0	0	0	0	0	0	0
- cumulatieve afschrijvingen	8.640.728	0	8.640.728	11.446.542	0	11.446.542	20.087.270
<b>Boekwaarde per 1 januari 2011</b>	<b>23.715.814</b>	<b>744.265</b>	<b>24.460.079</b>	<b>2.770.812</b>	<b>0</b>	<b>2.770.812</b>	<b>27.230.891</b>
<b>Mutaties in het boekjaar</b>							
- investeringen	2.420.274	5.101.978	7.522.252	1.231.819	1.231.819	2.463.638	9.985.890
- herwaarderings	0	0	0	0	0	0	0
- afschrijvingen	1.738.841	0	1.738.841	599.603	0	599.603	2.338.444
- <i>ingebruikgenomen activa</i>							
.aanschafwaarde	0	2.420.274	2.420.274	0	1.231.819	1.231.819	3.652.093
.cumulatieve herwaarderings	0	0	0	0	0	0	0
.cumulatieve afschrijvingen	0	0	0	0	0	0	0
- <i>desinvesteringen</i>							
aanschafwaarde	0	0	0	0	0	0	0
cumulatieve herwaarderings	0	0	0	0	0	0	0
cumulatieve afschrijvingen	0	0	0	0	0	0	0
per saldo	0	0	0	0	0	0	0
<b>Mutaties in boekwaarde (per saldo)</b>	<b>681.433</b>	<b>2.681.704</b>	<b>3.363.137</b>	<b>632.216</b>	<b>0</b>	<b>632.216</b>	<b>3.995.353</b>
<b>Stand per 31 december 2011</b>							
- aanschafwaarde	34.776.816	3.425.969	38.202.785	15.449.173	0	15.449.173	53.651.958
- cumulatieve herwaarderings	0	0	0	0	0	0	0
- cumulatieve afschrijvingen	10.379.569	0	10.379.569	12.046.145	0	12.046.145	22.425.714
<b>Boekwaarde per 31 december 2011</b>	<b>24.397.247</b>	<b>3.425.969</b>	<b>27.823.216</b>	<b>3.403.028</b>	<b>0</b>	<b>3.403.028</b>	<b>31.226.244</b>
<b>Afschrijvingspercentage</b>	<b>5,0%</b>	<b>0,0%</b>		<b>10,0%</b>		<b>0,0%</b>	

## 5.1.6 MUTATIEOVERZICHT MATERIELE VASTE ACTIVA op grond van art. 5a Regeling Verslaggeving WTZI

## 5.1.6.3 WMG-gefinancierde vaste activa

	Inventaris	Vervoer- middelen	Automati- sering	Subtotaal WMG
	€	€	€	€
<b>Stand per 1 januari 2011</b>				
- aanschafwaarde	44.500.968	48.479	7.095.914	51.645.361
- cumulatieve herwaarderingen	0	0	0	0
- cumulatieve afschrijvingen	23.823.139	48.479	3.371.253	27.242.871
Boekwaarde per 1 januari 2011	<u>20.677.829</u>	<u>0</u>	<u>3.724.661</u>	<u>24.402.490</u>
<b>Mutaties in het boekjaar</b>				
- investeringen	3.411.709	0	842.887	4.254.596
- herwaarderingen	0	0	0	0
- afschrijvingen	4.061.993	0	1.357.958	5.419.951
- <i>terugname geheel afgeschreven activa</i>				
.aanschafwaarde	0	0	0	0
.cumulatieve herwaarderingen	0	0	0	0
.cumulatieve afschrijvingen	0	0	0	0
- <i>desinvesteringen</i>				
aanschafwaarde	1.927.344	0	1.010.773	2.938.117
cumulatieve herwaarderingen	0	0	0	0
cumulatieve afschrijvingen	1.927.344	0	1.010.773	2.938.117
per saldo	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>
Mutaties in boekwaarde (per saldo)	<u>-650.284</u>	<u>0</u>	<u>-515.071</u>	<u>-1.165.355</u>
<b>Stand per 31 december 2011</b>				
- aanschafwaarde	45.985.333	48.479	6.928.028	52.961.840
- cumulatieve herwaarderingen	0	0	0	0
- cumulatieve afschrijvingen	25.957.788	48.479	3.718.438	29.724.705
Boekwaarde per 31 december 2011	<u>20.027.545</u>	<u>0</u>	<u>3.209.590</u>	<u>23.237.135</u>
Afschrijvingspercentage	10,0%	20,0%	20,0%	

5.1.6 MUTATIEOVERZICHT MATERIELE VASTE ACTIVA op grond van art. 5a Regeling Verslaggeving WTZI

5.1.6.4 Niet WTZI/WMG-gefinancierde vaste activa (R.G.C. en parkeerterrein)

	Terrein voorzieningen	Gebouwen	Verbouwingen	Installaties en vaste inrichting	Onderhanden projecten	Subtotaal Niet WTZI/WMG
	€	€	€	€	€	€
<b>Stand per 1 januari 2011</b>						
- aanschafwaarde	6.981.426	10.972.646	0	5.343.730	0	23.297.802
- cumulatieve herwaarderings	0	0	0	0	0	0
- cumulatieve afschrijvingen	1.325.667	1.042.402	0	1.386.910	0	3.754.979
Boekwaarde per 1 januari 2011	<u>5.655.759</u>	<u>9.930.244</u>	<u>0</u>	<u>3.956.820</u>	<u>0</u>	<u>19.542.823</u>
<b>Mutaties in het boekjaar</b>						
- investeringen	111.437	0	0	0	0	111.437
- herwaarderings	0	0	0	0	0	0
- afschrijvingen	351.858	219.453	0	292.183	0	863.494
- <i>terugnane geheel afgeschreven activa</i>						
.aanschafwaarde	0	0	0	0	0	0
.cumulatieve herwaarderings	0	0	0	0	0	0
.cumulatieve afschrijvingen	0	0	0	0	0	0
- <i>desinvesteringen</i>						
aanschafwaarde	0	0	0	0	0	0
cumulatieve herwaarderings	0	0	0	0	0	0
cumulatieve afschrijvingen	0	0	0	0	0	0
per saldo	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>
Mutaties in boekwaarde (per saldo)	<u>-240.421</u>	<u>-219.453</u>	<u>0</u>	<u>-292.183</u>	<u>0</u>	<u>-752.057</u>
<b>Stand per 31 december 2011</b>						
- aanschafwaarde	7.092.863	10.972.646	0	5.343.730	0	23.409.239
- cumulatieve herwaarderings	0	0	0	0	0	0
- cumulatieve afschrijvingen	1.677.525	1.261.855	0	1.679.093	0	4.618.473
Boekwaarde per 31 december 2011	<u>5.415.338</u>	<u>9.710.791</u>	<u>0</u>	<u>3.664.637</u>	<u>0</u>	<u>18.790.766</u>
Afschrijvingspercentage	5,0%	2,0%	5,0%	5,0%	0,0%	0,0%

5.1.7.1 SPECIFICATIE ULTIMO BOEKJAAR ONDERHANDEN PROJECTEN

Num- mer	Projectgegevens		Investerings				Goedkeuringen			
	Brief- nummer	Datum	Omschrijving	WTZi-type	t/m 2011		Nominiaal bedrag WTZi €	Indexering WTZi €	Aangepaste goedkeuring €	Jaar van ople- vering
					t/m 2010	2011				
					gereed €	onder- handen €				
					744.265	5.497.035	2.815.331	3.425.969		0
<b>Totaal</b>					<u>744.265</u>	<u>5.497.035</u>	<u>2.815.331</u>	<u>3.425.969</u>	<u>0</u>	<u>0</u>

5.1.7.2 SPECIFICATIE IN HET BOEKJAAR GEREEDGEKOMEN PROJECTEN

Num- mer	Projectgegevens			Investerings			Toekomstige lasten				
	Brief- nummer	Datum	Omschrijving	WTZi-type	Activapost	WTZi €	WVG €	Overige €	Totaal €	Afschrij- ving WTZi €	Rentekosten €
			Trekkingsgelden			2.815.331			2.815.331	140.766	56.300
			Jaarlijkse instandhoudingen			836.762			836.762	83.676	16.730
			Aanpassing parkeerterrein					111.437	111.437	5.572	2.228
			Inventarissen				3.411.708		3.411.708	341.170	68.234
			Automatisering				842.887		842.887	168.577	16.857
<b>Totaal</b>						<u>3.652.093</u>	<u>4.254.595</u>	<u>111.437</u>	<u>8.018.125</u>	<u>739.761</u>	<u>160.349</u>



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
		€			%	€	€	€	€	€			€	
Gemeente Helmond	01-07-1993	2.268.901	40	onderhands	7,61%	1.304.618	0	56.723	1.247.895	964.280	17	lineair	56.722	Pos. Verklaring
Rabobank	21-03-1991	3.403.352	30	onderhands	5,50%	1.247.896	0	1.247.896	0	0	0	lineair	0	Borgstelling
Rabobank	15-04-1991	3.630.242	20	onderhands	5,50%	181.512	0	181.512	0	0	0	lineair	0	Garantie WFZ
ABP	15-02-1993	3.403.352	30	onderhands	4,60%	1.474.787	0	113.445	1.361.342	794.117	12	lineair	113.445	Borgstelling
BNG	15-02-1993	3.630.242	20	onderhands	4,37%	363.024	0	181.512	181.512	0	2	lineair	181.512	Garantie WFZ
BNG	30-12-1993	2.268.901	20	onderhands	4,00%	340.335	0	113.445	226.890	0	2	lineair	113.445	Borgstelling
Rabobank	15-03-1999	1.928.566	17	onderhands	4,90%	680.671	0	113.445	567.226	0	5	lineair	113.445	Gemeente garantie
ING bank	13-04-2004	3.500.000	20	onderhands	4,26%	2.362.500	0	175.000	2.187.500	1.312.500	3	lineair	175.000	Garantie WFZ
Gemeente Helmond	15-04-2006	2.283.875	17	onderhands	4,17%	1.746.492	0	134.345	1.612.147	940.422	12	lineair	134.346	Pos. Verklaring
BNG	20-06-2006	7.750.000	30	onderhands	4,46%	6.716.667	0	258.333	6.458.334	5.166.669	25	lineair	258.333	Garantie WFZ
BNG	20-06-2006	15.000.000	20	onderhands	4,33%	12.000.000	0	750.000	11.250.000	7.500.000	15	lineair	750.000	Garantie WFZ
BNG	29-12-2006	22.000.000	20	onderhands	4,04%	18.994.326	0	751.418	18.242.908	14.485.818	15	lineair	751.418	Garantie WFZ
Rabobank	13-07-2007	6.500.000	20	onderhands	4,97%	5.525.000	0	325.000	5.200.000	3.575.000	16	lineair	325.000	Garantie WFZ
BNG	31-12-2008	1.378.357	9	onderhands	4,65%	1.072.056	0	153.151	918.905	153.150	6	lineair	153.151	Gemeente garantie
Siemens	01-02-2003	1.330.000	10	leasing	6,10%	310.333	0	133.000	177.333	0	2	lineair	133.000	Geen
BNG	03-07-2009	11.000.000	23	onderhands	4,99%	10.521.739	0	478.261	10.043.478	7.652.173	21	lineair	478.261	Garantie WFZ
Rabobank	17-05-2011	10.000.000	16	onderhands	4,20%	0	10.000.000	312.500	9.687.500	8.125.000	15	lineair	625.000	Garantie WFZ
BNG	22-07-2011	13.900.000	15	onderhands	3,82%	0	13.900.000	0	13.900.000	13.900.000	14	lineair	926.667	Garantie WFZ
NWB	21-03-2011	1.134.451	10	onderhands	3,48%	0	1.134.451	0	1.134.451	1.134.451	9	lineair	113.445	Borgstelling
St. Sint Antonius Gasthuis	01-01-2000	1.707.575			4,25%	1.707.575	0	0	1.707.575	1.707.575	0			Geen
<b>Totaal</b>						<b>66.549.531</b>	<b>25.034.451</b>	<b>5.478.986</b>	<b>86.104.996</b>	<b>67.411.155</b>			<b>5.402.190</b>	

## 5.1.9 TOELICHTING OP DE RESULTATENREKENING

15. Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten (uit AWBZ/Zvw-zorg, exclusief subsidies)	2011		2010	
	€	€	€	€
<b>Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten voorgaand jaar</b>		74.720.027		71.457.699
Productieafspraken verslagjaar		2.201.316		2.284.954
Overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling	1.481.588		781.445	
Prijsindexatie materiële kosten	131.964		-93.020	
Groei normatieve kapitaalslasten	174.204		160.711	
		1.787.756		849.136
Uitbreiding erkenning en toelating:				
- loonkosten	566.811		716.839	
- materiële kosten	55.921		18.790	
- normatieve kapitaalslasten	-11.409		11.406	
		611.323		747.035
Beleidsmaatregelen overheid:				
- generieke budgetkortingen	-2.943.157		-604.149	
- Schoning Fonds ziekenhuisopleidingen	-892.732		0	
		-3.835.889		-604.149
Nacalculeerbare kapitaalslasten:				
- rente	745.024		2.113	
- afschrijvingen	-570.998		840.573	
- overige	1.737		6.281	
		175.763		848.967
Overige mutaties:				
Dure geneesmiddelen	-210.010		300.234	
Afschrijving niet nacalculeerbaar	165.290		-61.775	
Locale productiegebonden component	100.000		-90.594	
Schoning DBC's segment B	9.263		-1.006.109	
Overige	-12.400		-5.371	
		52.143		-863.615
Subtotaal wettelijk budget boekjaar		75.712.439		74.720.027
Correcties voorgaande jaren		962.803		545.699
Correcties opbrengst Dialyse		-1.934.054		-1.809.447
Vooruitontvangen vergoedingen		0		0
<b>Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten jaar</b>		<b>74.741.188</b>		<b>73.456.279</b>

## 5.1.9 TOELICHTING OP DE RESULTATENREKENING

## BATEN

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

<i>De specificatie is als volgt:</i>	<u>2011</u>	<u>2010</u>
	€	€
Zorgprestaties tussen instellingen	578.940	625.722
Zorgprestaties derde compartiment opbrengsten uit aanvullende zorgverzekering	94.147	101.703
Overige niet-gebudgetteerde zorgprestaties	2.685.974	2.307.280
<b>Totaal</b>	<b><u>3.359.061</u></b>	<b><u>3.034.705</u></b>

## 17. Toelichting omzet DBC B-segment

<i>De specificatie is als volgt:</i>	<u>2011</u>	<u>2010</u>
	€	€
Gefactureerde omzet DBC B-segment	42.612.921	39.479.706
Mutatie onderhanden projecten DBC B-segment	200.782	-174.145
<b>Totaal</b>	<b><u>42.813.703</u></b>	<b><u>39.305.561</u></b>

## 18. Subsidies

<i>De specificatie is als volgt:</i>	<u>2011</u>	<u>2010</u>
	€	€
Opleidingsfonds	739.787	901.102
Fonds ziekenhuisopleidingen	582.000	0
<b>Totaal</b>	<b><u>1.321.787</u></b>	<b><u>901.102</u></b>

**Toelichting:**

Vanaf 2011 is Fonds ziekenhuisopleidingen in werking getreden. Dit betekent dat de budgetten van de ziekenhuizen zijn gekort en vanaf dit moment aanspraak gemaakt kan worden op subsidie uit het Fonds ziekenhuisopleidingen.

## 19. Toelichting overige bedrijfsopbrengsten

<i>De specificatie is als volgt:</i>	<u>2011</u>	<u>2010</u>
	€	€
Overige dienstverlening:		
Administratieve diensten	355.981	361.635
Bereide maaltijden	435.898	459.309
Dienstverlening aan RGC	1.037.264	873.997
Affiliaties	181.888	100.727
Overige opbrengsten en baten	2.963.618	3.031.402
Overige opbrengsten:		
Salarissen	283.766	302.670
Huisvesting	658.083	571.923
Huuropbrengst RGC	1.483.950	1.489.367
<b>Totaal</b>	<b><u>7.400.448</u></b>	<b><u>7.191.030</u></b>

**5.1.9 TOELICHTING OP DE RESULTATENREKENING****LASTEN****20. Personeelskosten***De specificatie is als volgt:*

	<u>2011</u>	<u>2010</u>
	€	€
Lonen en salarissen	57.309.677	55.602.392
Sociale lasten	7.496.909	7.205.933
Pensioenpremies	4.941.296	4.740.483
Andere personeelskosten:		
Overige personeelskosten	<u>2.104.885</u>	<u>1.916.941</u>
Subtotaal	<u>71.852.767</u>	<u>69.465.749</u>
 Personeel niet in loondienst	 2.400.617	 1.633.781
 Totaal personeelskosten	 <u><u>74.253.384</u></u>	 <u><u>71.099.530</u></u>
 Specificatie gemiddeld aantal personeelsleden (in FTE's) Elkerliek Ziekenhuis:	 1.363	 1.369
 Gemiddeld aantal personeelsleden op basis van full-time eenheden	 <u>1.363</u>	 <u>1.369</u>

**Toelichting:**

De kosten voor het inhuren van personeel niet in loondienst zijn ondermeer gestegen als gevolg van inhuur van operatiekamer- en anesthesie personeel.

**21. Afschrijvingen vaste activa***De specificatie is als volgt:*

	<u>2011</u>	<u>2010</u>
	€	€
Nacalculeerbare afschrijvingen:		
- immateriële vaste activa	0	843.301
- materiële vaste activa	10.583.576	10.462.070
Overige afschrijvingen:		
- materiële vaste activa	863.494	773.335
Totaal afschrijvingen	<u>11.447.070</u>	<u>12.078.706</u>

**Aansluiting afschrijvingen resultatenrekening - vergoeding nacalculeerbare afschrijvingslasten**

	<u>2011</u>
	€
Totaal afschrijvingslasten resultatenrekening	11.447.070
waarvan nacalculeerbare afschrijvingen	<u>10.583.576</u>
In het externe budget verwerkte vergoeding voor nacalculeerbare afschrijvingslasten:	
- WTZi-vergunningplichtige vaste activa	2.825.181
- WTZi-meldingsplichtige vaste activa	2.338.444
- WMG-gefinancierde vaste activa	5.419.951
Totaal vergoeding nacalculeerbare afschrijvingslasten	<u>10.583.576</u>
- Niet WTZi/WMG-gefinancierde vaste activa	863.494
Totale afschrijvingslasten	<u><u>11.447.070</u></u>
 Aanschafwaarde desbetreffende vaste activa	 241.699.546
Cumulatieve afschrijvingslasten desbetreffende vaste activa	134.902.887
Cumulatieve vergoedingen voor nacalculeerbare afschrijvingslasten desbetreffende vaste activa	77.290.690

## 5.1.9 TOELICHTING OP DE RESULTATENREKENING

**22. Bijzondere waardeverminderingen van vaste activa****Toelichting:**

Er zijn gedurende het boekjaar geen bijzondere waardeverminderingen doorgevoerd op de vaste activa.

**23. Overige bedrijfskosten**

*De specificatie is als volgt:*

	<u>2011</u>	<u>2010</u>
	€	€
Voedingsmiddelen en hotelmatige kosten	2.350.582	2.362.172
Algemene kosten	7.478.216	7.476.705
Patiënt- en bewonersgebonden kosten	19.661.697	18.945.582
Onderhoud en energiekosten:		
- Onderhoud	949.129	1.037.534
- Energie gas	801.786	1.028.357
- Energie stroom	1.427.570	1.180.217
- Energie transport en overig	133.069	120.222
Subtotaal	<u>3.311.554</u>	<u>3.366.330</u>
Dotaties en vrijval voorzieningen en reserveringen	4.947.781	2.911.422
Totaal overige bedrijfskosten	<u><u>37.749.830</u></u>	<u><u>35.062.211</u></u>

**Toelichting:**

Het saldo van de categorie dotaties en vrijval voorzieningen bestaat voor een bedrag van € 2.774.966 uit de dotatie van de voorziening Persoonlijk Levensfase Budget categorie 3.

**24. Financiële baten en lasten**

*De specificatie is als volgt:*

	<u>2011</u>	<u>2010</u>
	€	€
Rentebaten	195.170	87.291
Rentelasten	-3.582.286	-3.223.515
Totaal financiële baten en lasten	<u><u>-3.387.116</u></u>	<u><u>-3.136.224</u></u>

## 5.1.9 TOELICHTING OP DE RESULTATENREKENING

## 26. Bezoldiging bestuurders en toezichthouders

Welk bestuursmodel is van toepassing op uw organisatie? Eindverantwoordelijke Raad van Bestuur met Raad van Toezicht  
 Wat is de samenstelling van het bestuur of de directie? Tweehoofdig met voorzitter

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

Naam	mr. W.H. v.d. Walle- v. Veen	drs. C.A. Wolse
1 Vanaf welke datum is de persoon als bestuurder werkzaam in uw organisatie?	01-11-2004	01-04-2008
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?	n.v.t.	n.v.t.
4 Is de persoon in het verslagjaar voorzitter van het bestuur geweest?	Ja	Nee
5 Zo ja: hoeveel maanden is de persoon voorzitter geweest in het verslagjaar?	12	-
6 Wat is de aard van de (arbeids)overeenkomst?	vast	vast
7 Welke salarisregeling is toegepast?	NVZD	NVZD
8 Wat is de deeltijdfactor? (percentage)	100%	100%
9 Bruto-inkomen, incl. vakantiegeld, eindejaarsuitkering, salaris en andere vaste toelagen	198.456	189.240
a. Waarvan: verkoop verlofuren	0	0
b. Waarvan: nabetalingen voorgaande jaren	0	0
10 Bruto-onkostenvergoeding	0	0
11 Werkgeversbijdrage sociale lasten	4.517	7.508
12 Werkgeversbijdrage pensioen, VUT, FPU	22.331	21.235
13 Ontslagvergoeding	0	0
14 Bonussen	0	0
15 Totaal inkomen (9 t/m 14, excl. 9a en b)	225.304	217.983
16 Cataloguswaarde auto van de zaak	44.952	44.704
17 Eigen bijdrage auto van de zaak	0	0

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

Naam	Functie	Bezoldiging €
mr. W.J.B.M. van Elk	voorzitter	12.068
prof. dr. W.A.J. van Daal	lid	8.045
drs. P.L.B.A. van Geel	Ink. voorzitter	670
drs. W.R. den Hartog	lid	5.890
mw. M. Jonkers - Goedhart	lid	8.045
mw. J. Nogarede - Hoekstra MA	lid	8.045
J.H. van der Steen	lid	10.056
ir. D.N. Vlucht, MBA	lid	4.167
R.A.C. van Heugten	lid	8.045

**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:

	Medisch specialist	Medisch specialist	Medisch specialist	Bestuurder
1 Functionaris (functienaam)				
2 In dienst vanaf (datum)	01-01-2007	01-10-2008	01-05-1996	01-11-2004
3 In dienst tot (datum)				
4 Belastbaar loon (in €) *	195.454	173.977	165.789	189.855
5 Voorzieningen ten behoeve v. beloningen betaalbaar op termijn (in €)	47.543	42.229	34.260	43.943
6 Uitkeringen in verband met beëindiging van het dienstverband (in €)				
Totaal beloning in kader van de Wopt (4,5, 6)	<u>242.997</u>	<u>216.206</u>	<u>200.049</u>	<u>233.798</u>
7 Beloning 2010	224.370	199.341	176.574	233.182

	Bestuurder	Medisch specialist *	Medisch specialist *
1 Functionaris (functienaam)			
2 In dienst vanaf (datum)	01-04-2008	01-03-2007	01-03-1998
3 In dienst tot (datum)			
4 Belastbaar loon (in €) *	182.266	134.796	149.588
5 Voorzieningen ten behoeve v. beloningen betaalbaar op termijn (in €)	41.786	30.231	30.591
6 Uitkeringen in verband met beëindiging van het dienstverband (in €)			
Totaal beloning in kader van de Wopt (4,5, 6)	<u>224.052</u>	<u>165.027</u>	<u>180.179</u>
7 Beloning 2010	220.663	149.439 * 0,8 FTE	159.169 * 0,93 FTE

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

**Toelichting:**  
 \* Als gevolg van eenmalige uitbetaling van bovenwettelijke vakantie-uren en vergoedingen voor overige werkzaamheden naast de werkzaamheden van een medisch specialist is de beloning van enkele medisch specialisten hoger dan het gemiddelde belastbare loon per jaar van ministers.

<b>28. Honoraria accountant</b>	<u>2011</u>	<u>2010</u>
	€	€
De honoraria van de accountant zijn als volgt:		
1 Controle van de jaarrekening	99.365	63.070
2 Overige controlewerkzaamheden (w.o. Regeling AO/IC en Nacalculatie)	19.695	15.190
3 Fiscale advisering	23.765	0
4 Niet-controlediensten	1.181	34.272
Totaal honoraria accountant	<u>144.006</u>	<u>112.532</u>

**5.1.10 Ondertekening door bestuurders en toezichthouders**

**Raad van Bestuur:**

\_\_\_\_\_  
mr. W.H. van de Walle - van Veen

\_\_\_\_\_  
drs. C. A. Wolse

**Raad van Toezicht:**

\_\_\_\_\_  
drs. P.L.B.A. van Geel, voorzitter

\_\_\_\_\_  
drs. F.J.M. Croonen

\_\_\_\_\_  
R.A.C. van Heugten

\_\_\_\_\_  
drs. W.R. den Hartog

\_\_\_\_\_  
mw. M. Jonkers - Goedhart

\_\_\_\_\_  
mw. J. Nogarede - Hoekstra MA

\_\_\_\_\_  
J.H. van der Steen



## **5.2 OVERIGE GEGEVENS**

### **5.2.1 Vaststelling en goedkeuring jaarrekening**

De Raad van Bestuur van Stichting Elkerliek ziekenhuis heeft de jaarrekening 2011 vastgesteld in de vergadering van 26 april 2012.

De Raad van Toezicht van de Stichting Elkerliek ziekenhuis heeft de jaarrekening 2011 goedgekeurd in de vergadering van 7 mei 2012.

### **5.2.2 Statutaire regeling resultaatbestemming**

In de statuten is hieromtrent niets van opgenomen.

### **5.2.3 Resultaatbestemming**

Het resultaat wordt verdeeld volgens de resultaatverdeling in paragraaf 5.1.2.

### **5.2.4 Gebeurtenissen na balansdatum**

Er zijn geen gebeurtenissen na balansdatum bekend bij het bestuur die invloed hebben op het beeld van de jaarrekening.

### **5.2.5 Controleverklaring**

De controleverklaring is opgenomen op de volgende pagina.



## Controleverklaring van de onafhankelijke accountant

Aan: de Raad van Bestuur van Stichting Elkerliek-ziekenhuis

### Verklaring betreffende de jaarrekening

Wij hebben de jaarrekening 2011 van Stichting Elkerliek-ziekenhuis te Helmond gecontroleerd. Deze jaarrekening bestaat uit de balans per 31 december 2011 en de winst-en-verliesrekening over 2011 met de toelichting, waarin zijn opgenomen een overzicht van de gehanteerde grondslagen voor financiële verslaggeving en andere toelichtingen.

#### *Verantwoordelijkheid van het 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 het 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 Elkerliek-ziekenhuis per 31 december 2011 en van het resultaat over 2011 in overeenstemming met de Regeling verslaggeving WTZi.

**Verklaring betreffende overige bij of krachtens de wet gestelde eisen**

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

Eindhoven, 7 mei 2012

Ernst & Young Accountants LLP

w.g. J.C.S.E. Hendrikx RA







