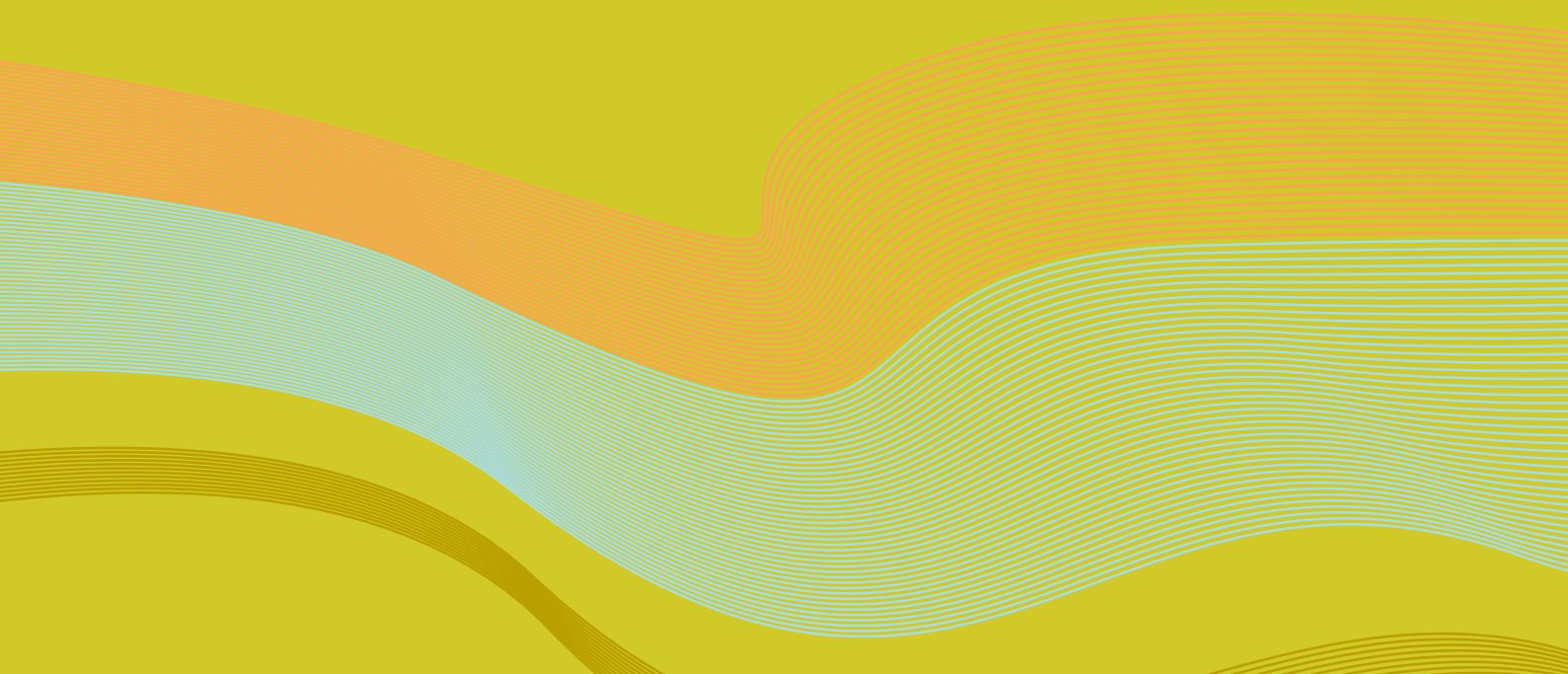


Jaardocument 2014

Stichting Diakonessenhuis



Jaardocument
Stichting Diaconessenhuis 2014
Directieverslag



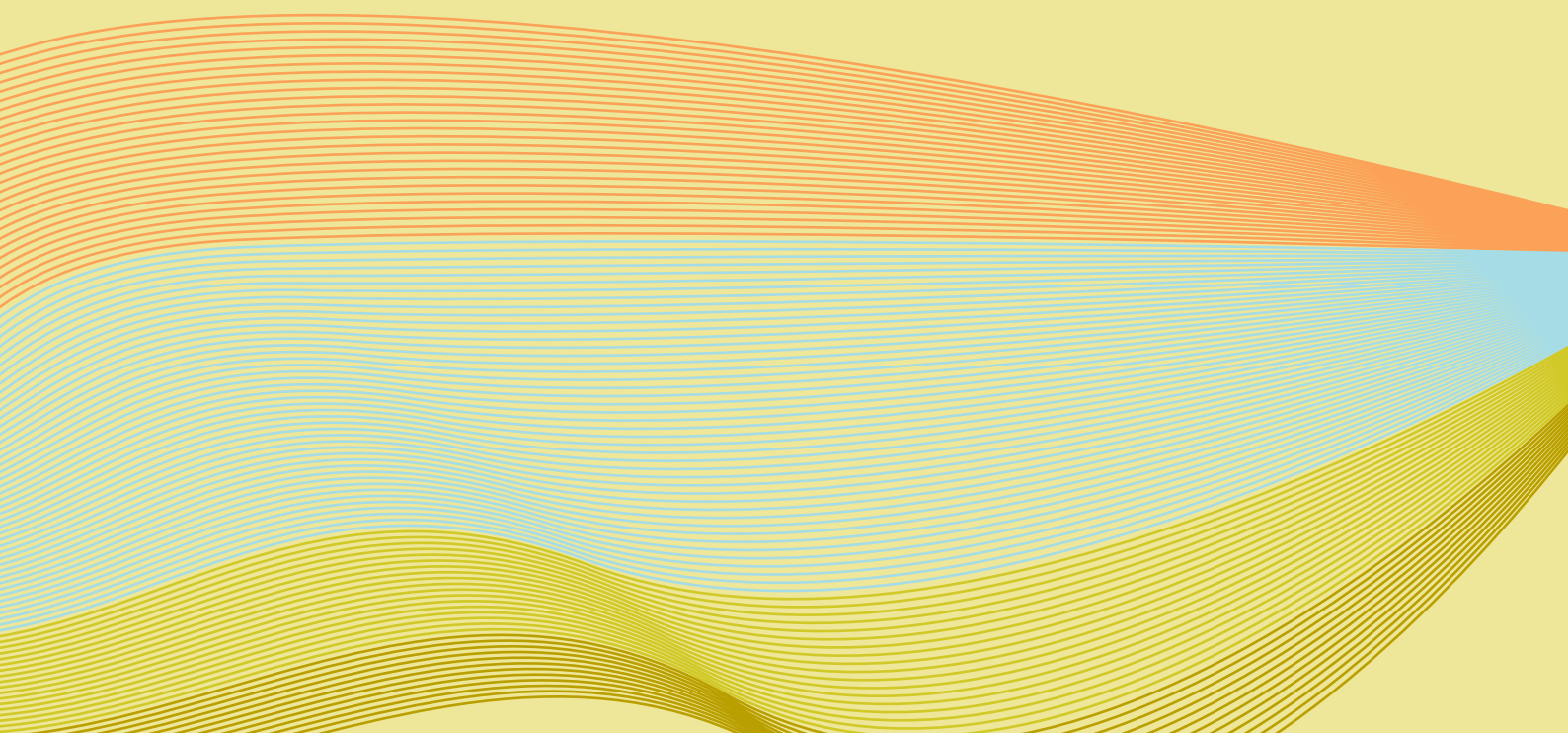
Inhoudsopgave directieverslag 2014

Uitgangspunten van de verslaglegging

1	Algemene informatie	
1.1	Algemene identificatiegegevens	6
1.2	Kerngegevens	6
2	Doelstellingen en resultaten beleid, inclusief risico's en maatregelen	
2.1	Missie, visie en strategie	9
2.2	Beleid en doelstellingen 2014 en resultaten op ziekenhuisniveau	10
2.3	Risico's en Maatregelen	12
3	Bestuur en bedrijfsvoering	
3.1	Raad van Bestuur	15
3.2	Structuur van het concern, besturingsmodel en beleidscyclus	17
3.3	Personeel en organisatie, opleiden en onderzoek	19
3.4	Infrastructuur (gebouwen, (medische) voorzieningen, ICT)	28
3.5	Informatiebeveiliging	30
4	Kwaliteit en veiligheid	
4.1	Algemeen	33
4.2	NIAZ en interne audits	33
4.3	Kwaliteitsindicatoren	33
4.4	Veiligheidsmanagementsysteem (VMS)	34
4.5	Sterftecijfer	34
4.6	Meldingen Incidenten Patiëntenzorg	35
4.7	Klanttevredenheidsonderzoek en klantbeloften	36
4.8	Klachten	37
5	Maatschappelijke aspecten van ondernemen (4 A4)	
5.1	Patiënten en cliënten	39
5.2	Medewerkers	41
5.3	Huisartsen	43
5.4	Externe toezichthouders (IGZ, NZa)	44
5.5	Gemeenten	45
5.6	Duurzaamheid en milieu	46
5.7	Beloning bestuurders en toezichthouders - invoering WNT	46
5.8	Zorgverzekeraars	47

6	Financieel beleid	
6.1	Algemeen	49
6.2	Ontwikkeling van het resultaat	49
6.3	Bedrijfsopbrengsten	50
6.4	Kosten	51
6.5	Balansposities	51
7	Verslag Medische Staf	54
8	Verslag Raad van Toezicht	59
9	Actuele ontwikkelingen	
9.1	Rechtmatigheid in de zorg	64
9.2	Integrale tarieven per 1-1-2015	65
10	Toekomst	
10.1	De kracht en kwaliteit van het Diaconessenhuis	67
10.2	Bedrijfsvoering	68
Bijlage 1		
Overzicht belangrijke kwaliteitsindicatoren Diaconessenhuis		70
 Bijlage 2		
Publicaties en onderzoeksbijdragen 2014		73

Deel 2 Jaarrekening 2014



UITGANGSPUNTEN VAN DE VERSLAGLEGGING

Voor u ligt het jaardocument van het Diaconessenhuis 2014. Met het voorliggende document legt de organisatie maatschappelijke verantwoording af over de prestaties die in 2014 zijn gerealiseerd.

Het Jaardocument bestaat uit de volgende onderdelen:

1. Het directieverslag 2014:
Dit onderdeel beschrijft de prestaties en resultaten van de organisatie vanuit maatschappelijk perspectief.
2. De jaarrekening 2014:
Dit onderdeel geeft inzicht in de financiële resultaten van de organisatie.

Naast het Jaardocument heeft het Diaconessenhuis de gevraagde gegevens over 2014 in de landelijke DigiMV databank gedeponeerd (Digitale Maatschappelijke Verantwoording).

1

De mening van meerdere patiënten in het klanttevredenheidsonderzoek:

“Mijn arts heeft tussendoor telefonisch vragen beantwoord. Dat vond ik erg prettig, ook omdat de arts helder en zakelijk in zijn communicatie was.”

“Het is wat ouderwets dat je voor een dag opname moet bellen na ontvangst van een brief met voorstel. Dit zou allemaal digitaal kunnen.”

1. ALGEMENE INFORMATIE

1.1 Algemene identificatiegegevens

De verslaggevende rechtspersoon is de stichting Diaconessenhuis, gevestigd aan de Bosboomstraat 1, 3582 KE te Utrecht.

Telefoon: 088 250 50 00

E-mailadres: info@diakhuis.nl

Website: www.diaconessenhuis.nl

Identificatienummer KvK: H 30172727

Het concern is een privaatrechtelijke stichting. De stichting Diaconessenhuis exploiteert een algemeen ziekenhuis op drie locaties: Utrecht, Zeist en Doorn (buitenpolikliniek). Er is sprake van één toelating ex WTZi. De bekostiging van de zorg vindt plaats op basis van de Zorgverzekeringswet en de wet marktordening gezondheidszorg en - voor zover van toepassing - de AWBZ.

1.2 Kerngegevens

Figuur 1: Kerngegevens capaciteit, verrichtingen, personeel, productie en opbrengsten en opleidingen.

Capaciteit	2013	2013	2013	2013	2014	2014	2014	2014
	Utrecht	Zeist	Doorn	Totaal	Utrecht	Zeist	Doorn	Totaal
Aantal beschikbare bedden	378	102		480	381	108		489
- waarvan bedden voor hartbewaking	15			15	15			15
- waarvan bedden voor intensive care met mogelijkheid van beademing	8			8	9			9
- waarvan bedden voor intensive care zonder mogelijkheid van beademing	3			3	3			3

Bron: Zorglogistiek

Verrichtingen	2012	2013	2014
Aantal opnamen exclusief dagverpleging	26.981	24.570	24.326
Aantal dagverplegingen	37.174	27.682	24.200
Aantal eerste polikliniekbezoeken	161.209	147.834	148.884
Aantal overige polikliniekbezoeken	247.948	248.039	241.778
Aantal klinische verpleegdagen	128.118	116.939	116.354

Bron: SWM

Door definitiewijzigingen is de betekenis van de aantallen in 2014 niet in alle gevallen hetzelfde als de aantallen in 2013 en 2012.

Personeel	2012	2013	2014
Aantal personeelsleden in loondienst exclusief stagiaires en medische specialisten	2.559	2.509	2.449
Aantal fte personeelsleden in loondienst exclusief stagiaires en medische specialisten	1.665	1.683	1.683
Aantal medische specialisten (loondienst + inhuur + vrij beroep)	163*	175 *	192
Aantal fte medische specialisten (loondienst + inhuur + vrij beroep)	139*	152	168

* Definitie per 01-01-2012 gewijzigd

Productie	2012	2013	2014
Aantal geopende DBC-zorgproducten	245.176	231.913	232.254
Aantal gesloten DBC's / DBC-zorgproducten	202.687	237.156	233.158

Bron: Klikview

Bedrijfsopbrengsten	2012	2013	2014
Totaal bedrijfsopbrengsten	180.767.703	185.039.333	205.155.414
Waarvan wettelijk budget voor aanvaardbare kosten zvw-zorg	2.590.255	0	0
Waarvan niet-gebudgetteerde zorgprestaties	1.462.093	1.360.152	1.476.040
Waarvan omzet DBC's / DBC-zorgproducten B-segment	121.681.297	140.847.902	133.039.735
Waarvan omzet DBC's / DBC-zorgproducten A-segment	36.868.176	25.746.135	33.939.935
Waarvan opbrengsten uit hoofde van te verrekenen transitiebedrag medisch specialistische zorg	-4.902.796	-9.144.202	10.746.802
Waarvan honorariumopbrengsten vrijgevestigd medisch specialisten die aan de instelling voor medisch specialistische zorg declareren	927.541	721.080	692.891
Waarvan overige bedrijfsopbrengsten	22.141.137	25.508.266	25.260.011

Bron: FEZ versie jaarrekening

Figuur 2: Overzicht arts-assistenten in opleiding 1e en 2e tranche

	2013	2014
Arts-assistenten in opleiding 1^e en 2e tranche	51,96	52,07
Waarvan Anesthesie	6,59	8,28
Cardiologie	0,00	0,79
Dermatologie*	0,00	0,07
Heelkunde	12,90	9,34
Interne geneeskunde	16,32	18,16
KNO	1,00	1,00
Klinische Chemicus	0,91	0,92
Longziekten	0,89	0,69
Medische Microbiologie	1,08	1,25
Orthopedie	1,90	1,50
Pathologie	1,00	0,56
Verloskunde en Gynaecologie	6,73	6,87
Ziekenhuisapotheker	1,00	1,00
Gezondheidszorg Psychologie	0,89	0,89
Klinische Psychologie	0,75	0,75

* Opleidingserkenning is eind 2013 verkregen.

2

De mening van meerdere patiënten in het klanttevredenheidsonderzoek:

“Het hele Diakonessenhuis straalt een vriendelijke en gastvrije sfeer uit. Want ook al kom je niet voor de lol in een ziekenhuis, door de persoonlijke aandacht van de medewerkers voel je je er toch welkom.”

“Het draait vooral om communicatie en aandacht hebben voor je klant. Ontvangst en afscheid is belangrijk.”

2 DOELSTELLINGEN EN RESULTATEN BELEID, INCLUSIEF RISICO'S EN MAATREGELEN

2.1 Missie, visie en strategie

Ook het Diaconessenhuis ziet veranderende omstandigheden die ons dwingen onszelf af te vragen wat ons onderscheidt van andere zorgaanbieders om ons heen. Onze uitgangspositie is goed. De veranderende omstandigheden zijn vertaald naar een passende strategie zoals beschreven in het concept Strategisch Beleidsplan 2015-2017.

Het concept Strategisch Beleidsplan 2015-2017 beschrijft waarom het belangrijk is om onderscheidend goede zorg en service in de ogen van patiënten en verwijzers te leveren en hoe we dat willen bereiken. Het plan is tot stand gekomen op basis van gesprekken met medewerkers, medisch specialisten, het bestuur van de medische staf en externe relaties. Ook de resultaten van het klanttevredenheidsonderzoek en het medewerkersbetrokkenheidsonderzoek zijn van grote invloed op het beleid. De mening van al deze betrokkenen is van cruciaal belang voor het verwezenlijken van de ambities in de toekomst.

Op basis van de uitkomsten van het externe onderzoek dat in 2014 is gedaan (zie hoofdstuk 10) zal het Strategisch Beleidsplan 2015-2017 begin 2015 worden gewijzigd.

2.1.1 Missie

Het Diaconessenhuis is zowel een stads- als een streekziekenhuis. Het Diaconessenhuis is een regionaal, algemeen ziekenhuis voor de bewoners van de stad Utrecht en de uitgestrekte Utrechtse Heuvelrug. Daarnaast is het Diaconessenhuis een erkend opleidingsziekenhuis. Het ziekenhuis stamt uit 1844 en werd geleid door artsen en Diaconessen, protestantse verpleegsters, die de zorg voor patiënten als liefdewerk zagen. Die dienstbaarheid zit nog steeds in de wortels en haarvaten van het Diaconessenhuis en is van invloed geweest op de geformuleerde missie van het Diaconessenhuis:

“De beste zorg dichtbij: daar zetten alle medewerkers van het Diaconessenhuis zich dag en nacht voor in. Het Diaconessenhuis is een patiëntvriendelijk ziekenhuis waar iedereen welkom is. De kerntaak is het leveren van kwalitatief hoogwaardige medisch-specialistische zorg.”

2.1.2 Visie en kernwaarden

Het Diaconessenhuis is (visie):

- een aantrekkelijk ziekenhuis voor patiënten, familie en mantelzorgers, medewerkers en partners in de zorg.
- een stimulerende leerwerkplek waar vakkundige medewerkers continu leren en onderzoek doen.
- ondernemend en resultaatgericht.

Het bovenstaande mondt uit in vier kernwaarden waarop alle medewerkers van het Diaconessenhuis zich willen laten aanspreken: gastvrij, vakkundig, ondernemend en resultaatgericht. Deze kernwaarden zijn de cultuurdragers van het Diaconessenhuis.

2.1.3 Het Diaconessenhuis in 2017

Naast eisen en ontwikkelingen die van buitenaf op het Diaconessenhuis afkomen, hebben we zelf ook wensen over hoe het Diaconessenhuis er in 2017 uit zou moeten zien. Dit hoofdstuk beschrijft het toekomstbeeld dat we voor 2017 voor ogen hebben.

Topklinische, multidisciplinaire zorg

Het Diaconessenhuis is een gastvrij, vakkundig, ondernemend en resultaatgericht ziekenhuis dat de beste zorg dichtbij levert. We bieden topklinische, multidisciplinaire zorg op excellent niveau, waarmee we ons in de ogen van patiënten en verwijzers onderscheiden van andere zorgaanbieders in de regio.

Patiënten en verwijzers

Steeds meer patiënten gaan liever naar het Diaconessenhuis dan naar andere zorgaanbieders in de regio. En steeds meer huisartsen en andere verwijzers verwijzen bij voorkeur naar het Diaconessenhuis.

Gemotiveerde medewerkers

De medewerkers van het Diaconessenhuis gaan met plezier naar hun werk en zien het als hun persoonlijke missie om patiënten de allerbeste zorg en service te geven. Alle medewerkers vinden het vanzelfsprekend dat zij patiënten behandelen zoals zijzelf behandeld zouden willen worden. In het Diaconessenhuis werken gemotiveerde medewerkers, die willen blijven leren en kansen aangrijpen om de zorg en service continu te verbeteren. En alle professionals voelen zich vrij en veilig genoeg om elkaar aan te spreken op gedrag, inzet en handelen, wat hoort bij een lerende organisatie. Omdat we weten dat de patiënt daar beter van wordt.

Partners in de zorg

Ketenpartners vinden het Diaconessenhuis een interessante en betrouwbare partner om mee samen te werken. Patiëntenorganisaties geven hun keurmerk aan het Diaconessenhuis, bedrijven en particulieren verbinden zich graag aan de stichting Vrienden van het Diaconessenhuis. Het ziekenhuis speelt proactief in op de eisen die gesteld worden, waardoor zorgverzekeraars onze zorg blijven inkopen, de IGZ tevreden is over onze prestaties en banken ons vol vertrouwen leningen verstrekken.

2.1.4 Strategie

Om het toekomstbeeld in 2017 te kunnen bereiken is, rekening houdend met de externe ontwikkelingen, een strategie ontworpen. De belangrijkste ingrediënten van deze strategie zijn:

Zorg en service

- Onderscheidend goede zorg en service (speerpunten, wensen patiënten en verwijzers);
- Niet-onderscheidend goede zorg en service (criteria om zorg niet aan te bieden).

Verbeteren wat beter kan

- Patiëntgerichtheid en klantbeloften;
- Kwaliteit en veiligheid;
- Samenwerking.

Het bovenstaande in paragraaf 2.1 is uitgewerkt in het concept Strategisch beleidsplan 2015-2017. Dit conceptplan zal in het eerste kwartaal van 2015 worden aangepast (zie veranderprogramma 2015).

2.2 Beleid en doelstellingen 2014 en resultaten op ziekenhuisniveau

Op basis van het strategisch plan wordt jaarlijks de beleidsvisie geëvalueerd en bijgesteld tijdens beleidsdagen in mei-juni. Dit leidt tot concretisering in een A3-jaarplan en een kaderbrief voor het volgend jaar. Het Bestuur van de Medische Staf en de medisch managers nemen deel aan deze jaarlijkse beleidscyclus.

In 2014 waren voor het Diaconessenhuis de succesbepalende factoren:

1. Het voldoen aan kwaliteits- en veiligheidsindicatoren.
2. De strategische koers van het ziekenhuis in- en extern beter uitdragen.
3. Een onderscheidend hoge aantoonbare waardering van patiënten.
4. Een onderscheidende en aantoonbaar goede relatie met stakeholders, waaronder verwijzers, zorgverzekeraars en ketenpartners.
5. De personele kosten zijn afgestemd op de productie.
6. De ontwikkeling van medewerkers.
7. Een volumegroei van 1,5%.
8. De infrastructuur, gebouwen, medische voorzieningen, ICT etc., is op niveau.

In de volgende figuur is een overzicht te vinden van de geformuleerde doelstellingen die in het jaarplan 2014 zijn opgenomen.

Figuur 3: Doelstellingen op ziekenhuisniveau 2014

6. Klanten en partners
Afdelingen hebben risicovolle processen benoemd en iedere afdeling voert minimaal 1 PRI uit
RVE's bekijken op welke gebieden evt. externe samenwerking nodig is om aan kwaliteits-/volumenormen te kunnen blijven voldoen
Toegangs- en doorlooptijden voor medisch specialistische zorg zijn maximaal cf. Treeknorm
Verwijzers ontvangen binnen vier tot zes weken na een consult, verrichting of na ontslag een brief met gegevens over hun patiënt
Over oncologische diagnoses, ernstige complicaties en onverwachte verslechtering tijdens opname wordt nog diezelfde dag de huisarts geïnformeerd
Verwijzers ontvangen tenminste een keer per jaar een brief over hun chronische zieke patiënt
7. Medewerkers
75% van alle (medische) specialisten heeft functioneringsgesprek (IFMS) gevoerd en dat is vastgelegd
Met minimaal 75% van de medewerkers is een jaargesprek gevoerd en dat is vastgelegd
Minimaal 80% van de medewerkers heeft verplichte scholing met succes afgerond
Actief beheersen en terugbrengen van verzuim tot max 4% en van de meldings-frequentie tot 1,2
Voor 80% van alle sleutelfuncties is een waarnemer bekend en voor 50% is een potentiële opvolger bekend
8. Maatschappij
Registratie en prestatie zijn voor alle zorg-indicatoren op orde
Voor drie medisch specialismen is een set uitkomstindicatoren geïmplementeerd
De gemiddelde HSMR laat ten opzichte van 2013 een dalende tendens zien
Alle VMS-thema's zijn volledig ingevoerd en geborgd
Iedere zorg-RVE heeft van de vijf belangrijkste diagnosegroepen een zorgpad ingevoerd
De SIT-procedure, TOP 1-2-3- en Diakcheck worden nageleefd
Medicatie bij opname, gedurende opname en bij ontslag van de patiënt worden altijd geverifieerd
Alle RVE's begeleiden jaarlijks stagiairs
Het aantal/niveau van wetenschappelijke publicaties is toegenomen

9. Bestuur en financiers
NIAZ-doelstellingen zijn behaald
Solvabiliteit groeit naar 24%
Het financieel resultaat bedraagt € 7 miljoen
Per RVE zijn de resultaatdoelstellingen behaald
Voor de medische ondersteunende RVE's en de lijnstafdiensten wordt de doelstelling van een 0-resultaat behaald
Productiviteit per fte groeit met minimaal 2%
Capaciteitsbenutting (poli, bedden, OK) groeit met 5% t.o.v. 2013
Facturatie 2014 volledig opgestart voor 15-2-2014
Het marktaandeel voor de locatie Utrecht 40%
Het marktaandeel voor de Utrechtse Heuvelrug 70%
Renovatie van het ziekenhuisgebouw op locatie Utrecht
Het aspirant-lidmaatschap STZ is aangevraagd

2.3 Risico's en Maatregelen

In onderstaande paragraaf is een overzicht gegeven van de voor 2014 erkende risico's en genomen maatregelen daarop. Risico's zijn benoemd in het begrotingsdocument voor 2014, waarbij de maatregelen in het lopende jaar 2014 zijn genomen en effect hebben gehad.

Figuur 4: Financiële risico's en maatregelen 2014

Risico	Maatregel
1. Productie basis vanuit 2013 omzetten in groei in 2014	Risico is dat vanuit omzet en bijbehorend productieniveau in het schadejaar 2013 geen groeistap kan worden gemaakt. Om daartoe te komen, is een aantal maatregelen genomen om RVE-management in staat te stellen omzet en productie te laten groeien. Informatievoorziening is doorgezet op weekbasis, zodat op weekbasis RVE-management in staat is geweest bij te sturen. Op individuele basis legden RVE's vervolgens verantwoording af over de productie en bijbehorend kostenniveau. In 2014 is de DBC omzet gedaald, zeer waarschijnlijk door daling van de zorgvraag in de regio.
2. Gewenning aan omzet als afrekenfactor in plaats van patiënteenheden	Met de invoering van prestatiebekostiging stond het Diaconessenhuis voor de uitdaging de 'mindset' van leidinggevendenden zo snel mogelijk aan te passen aan nieuwe sturingsdoelen. Het oude paradigma van de patiënteenheden en FB-parameters moet zo snel mogelijk ingeruild worden voor aantallen DBC-zorgproducten en omzet per DBC-zorgproduct. Daartoe is in het brede spectrum van planning en control instrumentarium de omzet centraler gezet. Begin 2014 organiseerde de Concerndienst een aantal bijeenkomsten om kennisoverdracht te faciliteren. Daarnaast is in vacaturestelling en in resultaatbepaling van RVE het Onderhanden Werk toegevoegd. Tenslotte is de begroting 2015 gestart met de offerte voor DBC-zorgproducten. Daarbij was de opgegeven en vervolgens onderhandelde en gerealiseerde omzet vertrekpunt voor de grens van de kosten. Zo is op RVE-niveau ook het proces van vacaturestelling ingezet: als de omzet binnenkomt, dan kunnen er extra kosten gemaakt worden. Tenslotte is in alle vormen van rapportage over 'FB' en/of 'patiënteenheden' geschrapt. Zorgactiviteiten (verrichtingen) zijn er voor teruggekomen. Gebleken is dat de samenhang tussen zorgactiviteiten en omzet complex is en door de opeenvolgende stelselwijzigingen nog complexer is geworden. Vandaar dat in 2015 op RVE-niveau het zwaartepunt van sturing wordt verlegd naar zorgactiviteiten.

Risico	Maatregel
3. Prestaties op kwaliteit en veiligheid veranderen niet dusdanig zodat verzekeraars besluiten zorg niet meer in te kopen	De inkoopvoorwaarden van de verzekeraars en het eventuele niet voldoen van het Diaconessenhuis daaraan, is het vertrekpunt voor een actieplan om op gewenst niveau te komen. Bureau Patientveiligheid en Kwaliteit ziet daar vanuit aangepaste richtlijnen op toe, terwijl het verkoopteam de opvolging van met verzekeraars gemaakte afspraken doet. Begin 2014 hielden we als Diaconessenhuis een kwaliteitsbijeenkomst, waarbij verzekeraars in staat waren over kwaliteit en veiligheid met medische professionals te spreken. In het traject van verscherpt toezicht van de IGZ is volledige transparantie betracht naar verzekeraars. Op basis van onze kwaliteit en veiligheid indicatoren zijn in 2014 met alle zorgverzekers contracten voor 2015 afgesloten en wonnen we de aanbesteding Mammacare van Achmea.
4. Foutgevoeligheid in facturatie wordt beperkt door releases productstructuur	Door de frequente uitgifte van releases vanuit de Nza is het kunst- en vliegwerk gebleken, elke uitgifte dusdanig snel te verwerken dat facturatie snel aangepast kan worden. Ondanks late uitleveringen van benodigde informatie en software-oplossingen zijn we in staat gebleken de wijzigingen tijdig te verwerken en niet tot onoverkomelijke problemen in facturatie of declaratie te laten leiden. Eind 2014 is een traject gestart om het draaiboek voor implementeren van wijzigen verder te structureren.

Op basis van het externe onderzoek dat eind 2014 is afgerond (zie hoofdstuk 10) en een aantal quick scans van de bedrijfsvoering, die eind 2014 in gang zijn gezet, zal voor 2015 een integrale risico-inventarisatie voor het Diaconessenhuis opgesteld worden.

3

De mening van meerdere patienten in het klanttevredenheidsonderzoek:

“De zeer prettige ontvangst van de receptioniste gaf mij direct een gevoel van welkom zijn.”

“Ik heb prima zorg gekregen van zeer vriendelijke medewerkers. Door de persoonlijke bejegening en de goede communicatie tussen de verschillende afdelingen vond ik het heel voelbaar hoe fijn kleinschaligheid kan zijn. Dat is het verschil wanneer er met aandacht wordt gewerkt.”

3 BESTUUR EN BEDRIJFSVOERING

3.1 Raad van Bestuur

3.1.1 Inleiding

Het Diaconessenhuis kent een tweehoofdige Raad van Bestuur (een voorzitter en een lid) die een collectieve verantwoordelijkheid voor het bestuur van het ziekenhuis draagt. Er is een vastgestelde verdeling van portefeuilles. Voorbeelden van deze onderwerpen zijn de financieel-economische portefeuille en de portefeuille kwaliteit en veiligheid patiëntenzorg. De Raad van Bestuur heeft de verantwoordelijkheid op strategisch niveau, zowel professioneel-inhoudelijk als bedrijfsmatig en financieel-economisch. Verder is de Raad van Bestuur verantwoordelijk voor de beheersing van de daarmee samenhangende risico's. Vanaf 22 juli 2014 is tijdelijk een derde bestuurder aangesteld (tot medio september beperkt ingezet in verband met de afronding van zijn functie elders). Zijn opdracht is het doorvoeren van het programma 'Veilige Zorg'.

De Raad van Bestuur hanteert de Zorgbrede Governancecode om professioneel bestuur te garanderen, inclusief verantwoording en toezicht. Het Diaconessenhuis wijkt niet af van de Governancecode. Voor een checklist ter zake de naleving van de Governancecode wordt verwezen naar hoofdstuk 4. De Raad van Bestuur legt formeel, overwegend achteraf, verantwoording af aan de Raad van Toezicht en belanghebbenden, onder meer via publicatie van het directieverslag. Beslissingen van de Raad van Bestuur met vergaande gevolgen voor het (strategisch) beleid of het aangaan van aanmerkelijke financiële verplichtingen, worden vooraf overeenkomstig de statuten van het ziekenhuis voorgelegd aan de Raad van Toezicht. Voor het verrichten van nevenfuncties door de leden van de Raad van Bestuur wordt voorafgaande toestemming door de Raad van Toezicht gegeven.

Regelmatig vindt overleg plaats met de (wettelijke) adviesorganen, zijnde de Ondernemingsraad, de Cliëntenraad en de Verpleegkundige Raad. Als onderdeel van de actualisering van het besturingsmodel binnen het ziekenhuis vindt overleg plaats tussen de Raad van Bestuur en de voorzitter en vicevoorzitter van het Bestuur Medische Staf. Dit wordt het bestuurlijk samenwerkingsverband (BSV) genoemd. Het BSV-overleg vindt wekelijks plaats voorafgaande aan de vergaderingen van de Raad van Bestuur. In het BSV-overleg komen onderwerpen aan de orde over financieel-economische zaken, externe relaties, vastgoed en patiëntenzorg met de pijlers kwaliteit, veiligheid en strategie. In de maanden juni, juli en augustus heeft het BSV-overleg niet plaatsgevonden als gevolg van het opzeggen van het vertrouwen van de medische staf in de Raad van Bestuur. In het najaar is het overleg weer constructief opgepakt.

Het beleid van de Raad van Toezicht voor honorering van de Raad van Bestuur is bezoldiging conform de WNT en de klassenindeling. Voor een tweetal leden van de Raad van Bestuur geldt het overgangsrecht. Voor exacte gegevens wordt verwezen naar de jaarrekening.

Figuur 5: Nevenfuncties Raad van Bestuur 2014

Naam	Nevenfuncties
Drs. A.C. van Alphen Voorzitter Raad van Bestuur Diaconessenhuis Utrecht tot 15 sept. lid RvB, beperkte inzet met specifieke opdracht*, tot 6 nov. 2014 lid RvB, vanaf 6 nov. 2014 voorzitter RvB	• Vicevoorzitter Raad van Toezicht Eleos • Voorzitter auditcommissie Financiën Eleos • Lid Raad van Toezicht Caransscoop • Kerkvisitator Protestantse Kerk Nederland

**(formele afsluiting Raad van Bestuur VieCurie per 15 september 2014)*

Naam	Nevenfuncties
Dhr. R. Florijn Voorzitter Raad van Bestuur Diakonessenhuis Utrecht tot 6 nov. 2014	• Voorzitter Raad van Toezicht Stichting Activite (tot 1-7-2014) • Voorzitter Raad van Toezicht Zorggroep Reinalda • Vicevoorzitter Raad van Toezicht Stichting Lindenhout • Lid Raad van Advies voor de Accreditatie Bedrijfswetenschappen en Economie Radboud Universiteit Nijmegen • Lid Raad van Advies studierichting Klinische Informatica van de faculteit Technische Natuurkunde van de TU Eindhoven • Lid Raad van Advies NBA-opleidingen • Voorzitter Stichting Vrienden van het Diakonessenhuis • Lid bestuur NUZO • Partner VitaValley (zorginnovatie) • Voorzitter CZO – oncologie • Lid Bestuursadviescommissie arbeidsvoorwaarden NVZ (per 1-11-2013)
Dr. W.N.M. Hustinx Lid Raad van Bestuur Diakonessenhuis Utrecht	• Docent Academie voor Medisch specialisten • Bestuurslid van de Tembo Twiga Foundation

3.1.2 Besluiten en resultaten

Het Diakonessenhuis geeft, met het oog op de maatschappelijke verantwoording, in deze paragraaf een overzicht van de belangrijkste onderwerpen waarover de Raad van Bestuur in 2014 besluiten heeft genomen. De onderwerpen zijn gerubriceerd naar de daarmee beoogde doelstelling(en) en de daarbij behaalde resultaten.

Figuur 6: Besluiten Raad van Bestuur 2014

Doelstellingen	Resultaten
1. Voldoen aan privacywetgeving	Informatiebeveiligingsbeleid 2014
2. Zorgvuldige claimafhandeling	Handboek Claimafhandeling Diakonessenhuis 29-1-2014
3. Verbetering kwaliteit & veiligheid	Plan van aanpak 'Uitvoeren dossieronderzoek overleden patiënten'
4. Snelle en correcte afhandeling van calamiteiten	Herinrichting procedure uitvoering calamiteiten onderzoek
5. Bevordering kwaliteit & veiligheid en lerende organisatie	1. 'Gouden patiëntveiligheidsregels OKC' Naleving en handhaving richtlijnen, protocollen, kwaliteitssystemen en patiëntveiligheidsrichtlijnen 2. Medicatiebereiding en toediening op OKC 3. Uitrol 'Crew Resource Management traject', start bij OKC 4. Herziening protocol reanimatiecode, registreren en raadplegen 5. Sluiting 24-uurs recovery Utrecht
6. Risicobeheer en veilige toepassing medische technologie in de patiëntenzorg	Implementatie convenant Medische Technologie in het Diakonessenhuis
7. Stimulering van het onderzoekklimaat in het Diakonessenhuis	Oprichten Wetenschapscommissie
8. Deskundigheidsbevordering medewerkers	Strategisch organisatie leerplan 2014-2017

Doelstellingen	Resultaten
9. Positieve en inspirerende wijze van beïnvloeding gedrag van medewerkers	Gedragscode Diakonessenhuis en implementatieplan
10. Invoering integraal tarief per 1-1-2015	1. Afsluiten samenwerkingsovereenkomst met Coöperatie medisch Specialistisch bedrijf Domstad U.A. 2. Invoering nieuwe overlegstructuur en aanpassing organisatie 3. Statuutwijziging

3.1.3 Bestuurlijke verhoudingen in 2014

2014 was voor de bestuurlijke verhoudingen in het Diakonessenhuis een turbulent jaar. Uiteindelijk heeft dit geleid tot het creëren van een goede uitgangspositie voor duurzame bestuurlijke samenwerking en een gezamenlijk ontwikkeld veranderprogramma, dat leidt tot de ontwikkeling van een professioneel leerklimaat en een lerende omgeving in het Diakonessenhuis.

De Raad van Bestuur heeft de IGZ in mei 2014 geïnformeerd over een aantal problemen met betrekking tot kwaliteit en veiligheid die al langere tijd speelden. Het ging daarbij volgens de Raad van Bestuur onder andere om tekortkomingen uit het oogpunt van een professioneel leerklimaat. Verschillen in inzicht in deze zijn voor het Bestuur van de Medische Staf aanleiding geweest om het vertrouwen in de Raad van Bestuur op te zeggen.

De IGZ was van mening dat er sprake was van onvoldoende lerend vermogen in het Diakonessenhuis; dit heeft geleid tot het onder intensief toezicht stellen van het Diakonessenhuis. De IGZ heeft expliciet uitgesproken dat de veiligheid van de patiëntenzorg en de veiligheid van de patiënten niet in het geding waren. De rapportage van de IGZ in juli 2014 bevatte belangrijke verbeterpunten voor zowel de Raad van Bestuur als voor het Bestuur van de Medische Staf. Het onvoldoende krachtig aanpakken en uitvoeren van de verbeterpunten hebben geleid tot het opschalen door de IGZ in november 2014 naar verscherpt toezicht voor zes maanden.

Met de komst van de derde bestuurder normaliseerden de bestuurlijke verhoudingen met de medische staf. Dit resulteerde in een gezamenlijk gewenst extern onderzoek naar de onderliggende oorzaken van de problemen. De voorzitter van de Raad van Bestuur is in november 2014 vertrokken, de derde bestuurder werd benoemd tot voorzitter.

De uitkomsten van het extern onderzoek, inclusief een aantal conclusies en aanbevelingen, verschenen in november 2014. De uitkomsten van het externe onderzoek zijn breed in de organisatie gedeeld. Mede hierdoor was bij de Raad van Bestuur én het Bestuur van de Medische Staf gezamenlijk bewustzijn ontstaan dat veranderingen noodzakelijk zijn. Dit heeft geleid tot de ontwikkeling van een breed gedragen veranderprogramma dat begin 2015 gereed was.

In hoofdstuk 10 van dit document worden de contouren van het veranderprogramma beschreven.

3.2 Structuur van het concern, besturingsmodel en beleidscyclus

3.2.1 Structuur van het concern

Het concern wordt bestuurd door de Raad van Bestuur. De Raad van Toezicht houdt daarop toezicht. Voor de samenstelling van de Raad van Bestuur en Raad van Toezicht in 2014 wordt verwezen naar figuur 19.

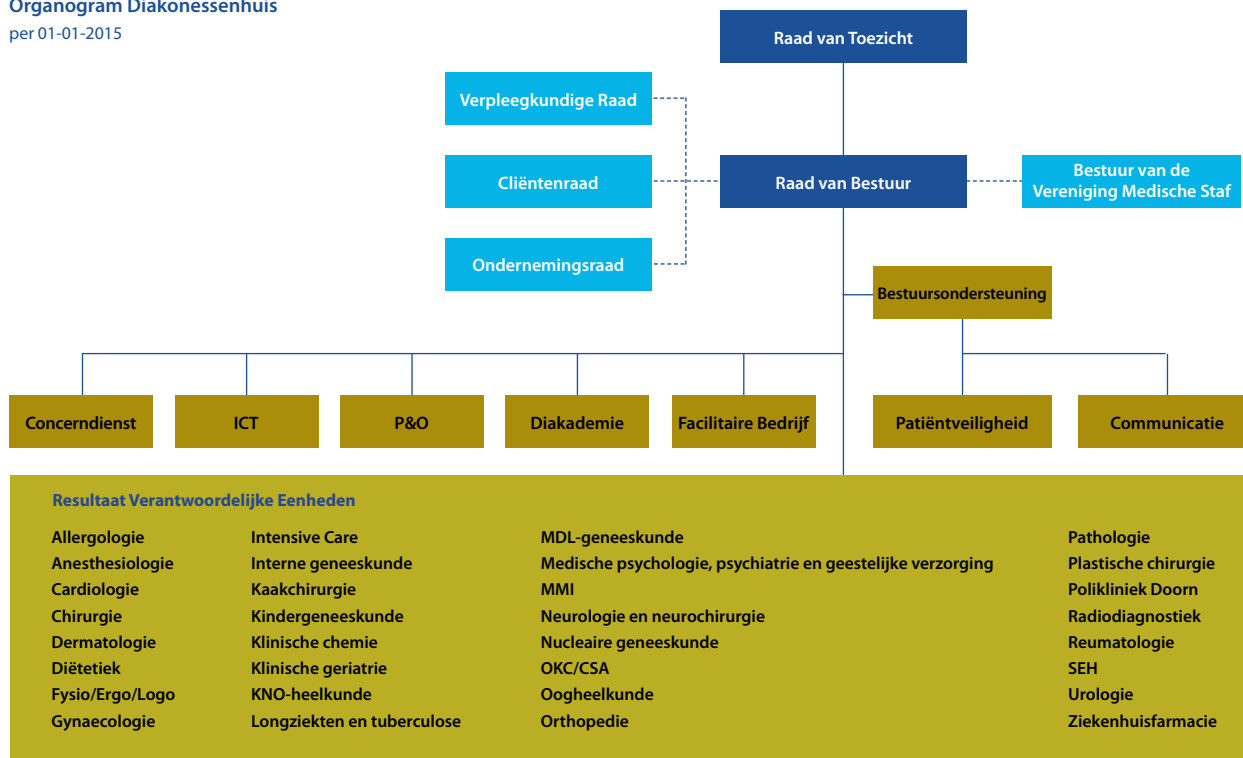
De Raad van Bestuur geeft leiding aan: (zie ook figuur 7):

- de RVE-voorzitters en de managers Zorg en Bedrijfsvoering
- de leidinggevendenden van de lijnstafdiensten, waaronder de Concerndienst, Personeel en Organisatie, de Diakademie, het Bureau Bestuursondersteuning, het Bureau Patiëntveiligheid, de afdeling Communicatie, ICT en het Facilitair Bedrijf.

Figuur 7: Organogram

Diakonessenhuis eind 2014

Organogram Diakonessenhuis
per 01-01-2015



----- Functionele relatie ————— Hiërarchische relatie

* Het medisch specialistisch bedrijf Domstad (MSBD) en de Vereniging Specialisten in Dienstverband Diakonessenhuis (VSDD) laten zich voor medisch inhoudelijke thema's vertegenwoordigen door het Bestuur van de Vereniging Medische Staf (BMS).

De medezeggenschap van de medewerkers vindt plaats via een Ondernemingsraad, die functioneert op basis van de Wet op de Ondernemingsraden (WOR). De medezeggenschap van cliënten vindt plaats via een Cliëntenraad, die functioneert op basis van de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorgsector (WMCZ).

3.2.2 Besturingsmodel

In 2013 is gestart met het invoeren van het nieuwe besturingsmodel, namelijk de inrichting van het Bestuurlijk Samenwerkingsverband (BSV) en de invoering van Resultaat Verantwoordelijke Eenheden (RVE's). Doel hiervan is dat de Raad van Bestuur en het Bestuur van de Medische Staf slagvaardig samenwerken om de beste patiëntenzorg, kwaliteit en veiligheid te garanderen.

Binnen deze RVE's nemen vakgroepen in het ziekenhuis expliciet medeverantwoordelijkheid voor het realiseren van goede zorg tegen aanvaardbare kosten. Elke RVE wordt aangestuurd door een RVE-voorzitter (medisch manager) en een Manager Zorg en Bedrijfsvoering (MZ&B). Het RVE-management maakt inhoudelijke plannen voor de RVE op basis van het meerjaren beleidsplan en het jaarplan van het ziekenhuis. Onderdeel van deze plannen zijn afspraken over de portfolio en de productie. Op basis van de productie verkrijgt de RVE opbrengsten en kan zij daarmee haar kosten dekken. Dit zijn bijvoorbeeld niet alleen haar eigen personele kosten, maar ook de doorbelasting van de kosten voor gebruik van dienstverlening zoals laboratorium- en röntgendiagnostiek en OK-gebruik.

In 2014 zijn de voorbereidingen getroffen voor de invoering van het Integraal Tarief per 1-1-2015. Dit heeft consequenties voor het besturingsmodel van het ziekenhuis. In paragraaf 9.2 wordt de invulling hiervan kort beschreven.

3.2.3 Beleidscyclus

Het Diaconessenhuis maakt in de beleids- en begrotingscyclus gebruik van de A3-methodiek.

De A3-methodiek heeft drie pijlers:

1. A3-jaarplannen: een jaarplan, afgeleid van het ziekenhuisbrede jaarplan, dat past op een A3-formaat;
2. A3-managementgesprekken: verder professionaliseren van de kwartaalverantwoordingsgesprekken;
3. A3-digitaal: een digitaal hulpmiddel voor actuele managementinformatie. Met als resultaat: meer richting, consistentie, samenhang en feedback met daardoor betere feitelijke prestaties.

De Raad van Bestuur houdt rekening met het feit dat de implementatie van de A3-methodiek een aantal jaren vergt voordat het volledig geborgd is in de organisatie. De afgelopen jaren zijn jaarlijks verbeterresultaten behaald. Voor 2014 zijn de verbeteracties en de behaalde resultaten in onderstaand overzicht te vinden.

Figuur 8: Verbeteracties beleidscyclus 2014

2014	Verbeteracties beleidscyclus 2014
1	Nieuw strategisch beleidsplan 2015-2017
2	Kwaliteitsladder: van reactief naar proactief
3	Koppeling tussen verkoop en begrotingscyclus
4	Voorwaarden zorgverzekeraars vooraf in begrotingsproces geborgd
5	Professionalisering van begrotings- en jaarplangesprekken met RvB
6	Onderzoek naar opnemen van risico's in de beleidscyclus

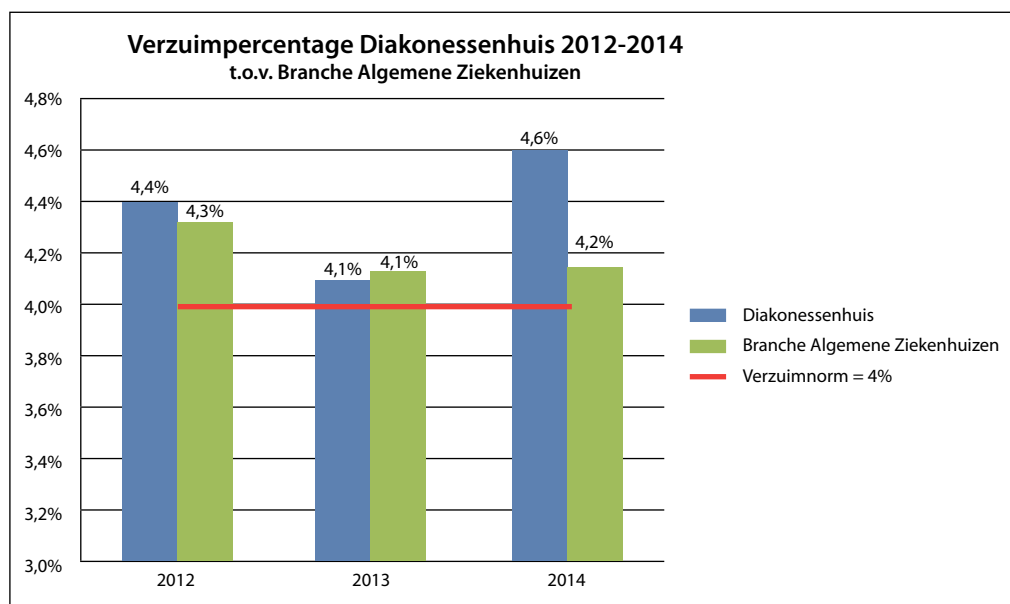
3.3 Personeel en organisatie, opleiden en onderzoek

3.3.1 Verzuim, veilig en gezonde werkomgeving, arbobeleid en loopbaantraining

Verzuim

Na een periode van een dalend verzuimpercentage, is het verzuimpercentage het afgelopen jaar vanaf maart 2014 gestegen naar 4,6% eind 2014. Dit is 0,6% hoger dan de organisatiedoelstelling van 4,0%. De stijging wordt voornamelijk veroorzaakt door een toename in het langdurig verzuim. Er wordt op verschillende manieren gewerkt aan het verlagen van het verzuim. Landelijk is er in de branche 'Algemene Ziekenhuizen' een lichte stijging waarneembaar in het verzuimpercentage van 0,1%. Binnen het Diaconessenhuis is deze stijging 0,5%.

Figuur 9: Verzuimpercentage Diakonessenhuis 2012-2014



Veilige en gezonde werkomgeving

In het Diakonessenhuis is er aandacht voor een veilige en gezonde werkomgeving. In 2014 is er specifiek aandacht besteed aan de volgende thema's:

- Psychosociale arbeidsbelasting, in het bijzonder het onderdeel werkdruk en werkstress. Er is afgelopen jaar een start gemaakt om het bewustzijn over werkdruk en werkstress te vergroten en te laten zien wat medewerkers zelf kunnen doen om werkdruk en werkstress te voorkomen of verminderen. In 2015 wordt er verder gewerkt aan de structurele aanpak van dit thema.
- Fysieke belasting. In 2014 zijn er ruim 65 werkplekonderzoeken uitgevoerd en zijn trainingen gegeven op het gebied van fysieke belasting en werkhouding.
- Veilig verpakken en transporteren van (gevaarlijke) afvalstoffen. In 2014 zijn alle medewerkers die te maken hebben met het verpakken en etiketteren en transport van gevaarlijke (afval)stoffen getraind.

Arbobeleid

In het kader van de veilige en gezonde werkomgeving is in 2014 het arbobeleid ontwikkeld. Eén van de doelstellingen van het Diakonessenhuis is het creëren van een veilige en gezonde werkomgeving. Goede arbeidsomstandigheden zijn hierbij van groot belang en dragen direct bij aan het verminderen van gezondheidsschade, verzuim en arbeidsongeschiktheid. In het arbobeleid is een inventarisatie gemaakt van de wet- en regelgeving op het gebied van gezondheids- en veiligheidsrisico's die zich in de organisatie kunnen voordoen. Ook staat beschreven hoe verantwoordelijkheden zijn belegd en over welke instrumenten het Diakonessenhuis beschikt om invulling te geven aan goede arbeidsomstandigheden.

Loopbaantraining

In 2014 is vanuit de afdeling gezondheidsmanagement een loopbaantraining ontwikkeld. De training is opgezet voor medewerkers van het Diakonessenhuis die zich willen oriënteren op hun loopbaan. Gezien de grote belangstelling sluit de training goed aan bij de vraag van zowel leidinggevenden als medewerkers. Het doel van de training is om medewerkers te ondersteunen bij hun loopbaanontwikkeling, waarbij de focus ligt op eigen regie, zelfinzicht en persoonlijk leiderschap ten opzichte van werk. De resultaten zijn: een aanzet tot meer plezier in het werk, leren veranderingen makkelijker te zien als kans met als gevolg het hebben van een proactieve werkhouding. Het kan ook betekenen dat een stap naar ander werk, binnen of buiten de organisatie wordt gemaakt.

3.3.2 Medewerkers

Het Diaconessenhuis realiseert zich dat het de medewerkers zijn die de organisatie tot een succes maken. Met hun kennis, ervaring, inzet, netwerk en persoonlijke kwaliteiten kunnen wij voldoen aan onze klantwensen en kan invulling worden gegeven aan de toekomst die ons voor ogen staat. Gelukkig, zo bleek uit het medewerkerbetrokkenheidsonderzoek, is de betrokkenheid van onze medewerkers hoog. Dat is mede belangrijk omdat medewerkerbetrokkenheid van invloed is op de (financiële) gezondheid van een organisatie. Naar aanleiding van het onderzoek wordt nadrukkelijker aandacht besteed aan het uitdragen van de strategie van het ziekenhuis. Daarnaast investeert het Diaconessenhuis in een optimale personele bezetting door het aantrekken van mensen die voldoen aan de kwalificaties die op dat moment binnen de organisatie nodig zijn. Ook investeert de organisatie in het ontwikkelen van mensen zodat zij kunnen blijven voldoen aan de (veranderende) eisen die aan hen worden gesteld. Dat gaat verder dan vakinhoud. Vakinhoud is de basis; houding en gedrag maken het verschil. Daarom investeren wij in Crew Resource Management: een uitgebreid, bewezen trainingsprogramma, dat gestart is in 2014 en waarin de focus ligt op interpersoonlijke communicatie, leiderschap en besluitvorming. Het OKC is als eerste team in 2014 gestart met de Crew Resource Management training.

Gedragscode

In 2014 is de Diaconessenhuis-gedragscode opgesteld. Doel van de gedragscode is om met elkaar afspraken te maken over welk gedrag we in het Diaconessenhuis van elkaar verwachten zodat we de beste zorg kunnen bieden, dichtbij de patiënt. In 2015 wordt deze gedragscode breed geïmplementeerd zodat het een levendig document wordt waarbij we waarden en normen met elkaar delen en elkaar erop aanspreken indien nodig.

Persoonlijk Levensfase Budget (PLB)

Het PLB is bedoeld om betaald verlof op te kunnen nemen wanneer de levensfase van de medewerker hierom vraagt. Sinds de invoering van PLB in 2010 wordt de doelstelling hiervan slechts beperkt gerealiseerd. Het middel PLB wordt nog niet optimaal benut. Besloten is om het 'verlofgesprek' in te voeren als aanvullend P&O-instrument. Leidinggevend zijn getraind om met hun medewerkers in gesprek te gaan over verlof in het algemeen en PLB in het bijzonder. Doel hiervan is dat medewerkers zich bewust worden van de mogelijkheden van PLB en zo mogelijk afspraken maken over inzet van deze uren.

3.3.3 Onderzoek, opleiding en ontwikkeling

Patiëntveiligheid en kwaliteit vereisen professionaliteit van alle medewerkers en vrijgevestigd medisch specialisten van het Diaconessenhuis. Professioneel handelen vraagt periodieke, verplichte bij- en nascholing en een breed gedragen opvatting in onze organisatie dat leren, vernieuwen en bijblijven vanzelfsprekend is. Een ziekenhuis dat een positief opleidingsklimaat heeft met veel mogelijkheden voor ontwikkeling en groei en zich als opleidingsziekenhuis profileert, zal ook aantrekkelijk zijn voor nieuw (jong) aan te trekken personeel.

De Diakademie is het leerhuis van het Diaconessenhuis. In de Diakademie worden alle activiteiten rondom opleiden, ontwikkelen en onderzoek gebundeld. Hierna worden de resultaten van het Diaconessenhuis op het gebied van opleiden en ontwikkelen in 2014 besproken.

Medische opleidingen

De Diakademie adviseert en faciliteert (toekomstig) medisch specialisten bij het opleiden en ontwikkelen in algemene zin. Daarnaast coördineert de Diakademie de opleiding van coassistenten binnen het Diaconessenhuis, ondersteunt en adviseert zij bij alle facetten van het moderniseren van het medisch (vervolg-)onderwijs op STZ-waardig niveau. Ook zorgt de Diakademie voor de opleidingsbegroting, subsidiestromen en registratie voor de artsen in opleiding tot specialist (aios). De Diakademie ondersteunt het onderwijs voor (toekomstig) specialisten organisatorisch en onderwijskundig. Tot slot verzorgt de Diakademie de affiliatiecontacten met de Opleidings- en Onderwijsregio Utrecht (OOR Utrecht).

Opleidingserkenningen

De kwaliteit van de medisch-specialistische zorg- en opleidingseenheden wordt getoetst via opleidingsvisitaties door de desbetreffende beroepsverenigingen. Borging van de resultaten wordt gerealiseerd door evaluatiegesprekken zes en twaalf maanden na ontvangst van het visitatierapport.

Figuur 10: Visitaties in 2014

Visitaties en proefvisitaties 2014			
Opleiding	Proefvisite	Visite	resultaat
Cardiologie	11 maart 2014		Verslag proefvisite aan opleiders verzonden en besproken in (DB) COC.
Anesthesie	15 juni 2014		Verslag proefvisite aan opleiders verzonden en besproken in (DB) COC.
Cardiologie		23 juni 2014	Zienswijze gesprek gevoerd bij RGS. In afwachting van uitkomst.
Klinisch Chemie en Hematologisch laboratorium		11 december 2014	In afwachting van uitkomst.

Opleidersprofessionalisering

Het moderniseren van de medische vervolgoedingen vraagt een professionalisering van de leden van de opleidingsgroep op didactisch vlak. In het CCMS-kaderbesluit van 1 januari 2013 zijn enkele eisen en verplichtingen van de opleider verschoven naar de opleidingsgroep. Daarmee wordt onderschreven dat de feitelijke opleiding wordt verzorgd door de hele vakgroep. In het besluit is onder andere opgenomen dat alle leden van opleidende vakgroepen systematisch geaccrediteerde deskundigheid bevorderende activiteiten met didactische aspecten dienen te volgen. De COC heeft de focus op het bevorderen van het professionaliseren van de docenten.

In 2014 is in samenwerking met de KNMG een geaccrediteerde carrousel over algemene competenties, individuele opleidingsplannen en STARR-methodiek gerealiseerd voor opleiders van het Diaconessenhuis. Tevens is voor de opleiders van de coassistenten de mogelijkheid geboden om deel te nemen aan de 'Teach-the-Teacher'-trainingen.

AIOS-registratie en beschikbaarheidsbijdrage (medische) vervolgoedingen

De DiaCADemie beschikt over een database met de door de desbetreffende registratiecommissie goedgekeurde opleidingsgegevens van de in het Diaconessenhuis werkende artsen in opleiding tot specialist (AIOS). Deze database wordt gebruikt als gegevensbron voor plaatsing en financiële afwikkeling van opleidingsplaatsen. Het totaal aantal assistenten in opleiding tot specialist (inclusief de zogenoemde bètaberoepen en psychologie) bedroeg in 2014 51,92 fte.

Inwerkprogramma arts-assistenten

In 2014 is het bestaande inwerkprogramma voor arts-assistenten uitgevoerd. Doelstelling van het programma is om arts-assistenten dusdanig te informeren en in te werken dat zij hun functie veilig kunnen uitvoeren in het Diaconessenhuis. Na een algemeen gedeelte voor alle arts-assistenten volgt een specifiek deel voor de poort-specialismen. In dit laatste deel staat de ABCDE-methodiek centraal.

Inwerkprogramma	2012	2013	2014
Aantal AIOS en ANIOS inclusief ZAPIO en HAIOS	76	97	65

Coassistenten

In 2014 hebben de affiliatiecoördinator en de opleidingsadviseur coassistenten een kennismakingsperiode gehad waarin met alle intern en extern betrokkenen werd gesproken over wat goed gaat en wat beter kan. De feedback die daaruit naar voren kwam, is de basis geweest voor hun verdere werkzaamheden. Eerst hebben zij de algemene informatiebrochure voor coassistenten grondig herzien en geactualiseerd. Hierin is feedback van zowel co-assistenten en opleiders als UMCU meegenomen. Hiermee is de informatievoorziening voor coassistenten verder verbeterd volgens afgesproken criteria (NIAZ). De algemene informatiebrochure is vervolgens opgenomen in het DBS.

Daarna is een eenduidig format ontwikkeld voor de specialisme-specifieke informatie voor coassistenten. In 2014 is dit format geïntroduceerd en heeft een aantal specialismen het reeds toegepast. De andere specialismen volgen in 2015. Deze vernieuwde informatie wordt via de Diakademie ontsloten naar coassistenten voor aanvang van hun coschap.

Eind 2014 is onder leiding van de affiliatiecoördinator een eerste samenkomst geweest van alle opleiders van co-assistenten. Deze bijeenkomst werd door vele deelnemers als zeer positief en inspirerend ervaren. De deelnemers hebben vastgesteld dat deze bijeenkomst halfjaarlijks terug zal komen als platform voor coassistentenzaken: het co-opleidersoverleg. Het voorstel van de affiliatiecoördinator en Diakademie om hierbij ook de jaarverteenwoordigingen van de coassistenten uit te nodigen, werd aangenomen.

Opleiding geneeskunde	2012	2013	2014
Aantallen coassistenten	337	364	337
Verpleegstages medische studenten	29	23	23

Huisartsen

Huisartsen in opleiding (HAIOS)

Begin 2013 is in de COC gesproken over de mogelijkheden voor het bieden van deelstages (onder andere op de SEH) aan huisartsen in opleiding. De COC zag in het bieden van deze stages een mooie kans om het opleiden in het Diaconessenhuis breder neer te zetten. In het najaar 2013 heeft deze ambitie vorm gekregen: sinds september 2013 worden HAIOS opgeleid op de afdelingen SEH, Kindergeneeskunde en Gynaecologie & Obstetrie.

Specialisme	2013	2014
Huisartsgeneeskunde	6	6

Ouderengeneeskunde

Sinds maart 2012 heeft het Diaconessenhuis de stage-erkenning voor de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde.

Specialisme	2012	2013	2014
Ouderengeneeskunde	1	2	2

Congressen, symposia en nascholingsbijeenkomsten

In 2014 organiseerde de Diakademie in samenwerking met de Werkgroep Deskundigheidsbevordering Huisartsen (WDH) Stad Utrecht en de MCC de DUO-dagen. Tijdens twee identieke nascholingsdagen werd aan de huisartsen en praktijkondersteuners en –assistenten uit Utrecht een breed scala aan multidisciplinaire workshops aangeboden. Daarnaast werd in samenwerking met de WDH Stad Utrecht en de WDH Zuidoost een viertal Haspels (nascholing in de huisartsenpraktijk) georganiseerd. Voor een overzicht van de activiteiten van de werkgroep nascholing zie paragraaf 5.3.

Zorgopleidingen

De vele en snelle ontwikkelingen in de zorg stellen hoge eisen aan de deskundigheid van onze zorgverleners. De Diakademie biedt hierbij ondersteuning door het organiseren en coördineren van een keur aan opleidingsactiviteiten. Daarin wordt intensief samengewerkt met de opleidingsinstituten. Met de Hogeschool Utrecht, het ROC MN en het UMCU wordt samengewerkt in het verder ontwikkelen van het praktijkcurriculum (POB) en de stage-varianten van de verpleegkundige opleidingen op mbo- en hbo-niveau. In 2014 zijn voor de zorgopleidingen de volgende resultaten gerealiseerd:

Beroepsopleiding verpleegkunde	2012	2013	2014
Verpleegkundige niveau 4 (MBO - BBL)	10	9	3
Verpleegkundige niveau 5 (HBO - duaal)	10	11	12
TOTAAL	20	20	15

Verpleegkundige vervolgoopleidingen, CZO-erkend	2012	2013	2014
Cardiac Care Verpleegkundige	4	6	4
Intensive Care Verpleegkundige	3	4	3
Kinderverpleegkundige	3	7	3
Obstetrie-verpleegkundige	1	3	2
Oncologieverpleegkundige	4	6	2
Recoveryverpleegkundige	4	6	3
Spoedeisende Hulp Verpleegkundige	4	3	1
Geriatricverpleegkundige	1	-	2
Verpleegkundige vervolgoopleidingen, niet CZO-erkend			
MDL-verpleegkundige	2	-	-
Praktijkopleider HBO	-	1	3
Neurologieverpleegkundige (2014 nieuw)	-	-	1
Longverpleegkundige (2014 nieuw)	-	-	1
TOTAAL	26	35	25

Verpleegkundige e-learning modules

Voor verpleegkundigen is bijscholing via e-learning beschikbaar via het Diakleerplein. Eind 2014 waren ongeveer 1.250 medewerkers actief op het Diakleerplein.

Onderstaande modules zijn beschikbaar. Een aantal modules is verplicht voor alle verpleegkundigen. Per afdeling is in een profiel vastgesteld waarin de afdelingsspecifieke vaardigheden en bijbehorende verplichte modules zijn opgenomen.

Beschikbare modules	2013	2014
Voorbehouden handelingen	18	21
VMS-thema's	8	11
TOTAAL	26	32
Schriftelijke modules met digitale toets	11	14

Speerpunten 2014

In 2014 is ziekenhuisbreed ingezet op 'vroegtijdig herkennen van de vitaal bedreigde patiënt' (VBP) en het optimaliseren van de communicatie via de Situation Background Assessment Recommendation (SBAR) methode. Via een 'train de trainer'-principe zijn in 2014 zeven multidisciplinaire werkgroepen met drie à vier deelnemers per groep getraind in SBAR-methode. De VBP-scenariotraining is op verzoek van de ziekenhuisbrede werkgroep bewust gestart voor verpleegkundigen die werkzaam zijn binnen de locatie Zeist.

Vroegtijdig herkennen van Vitaal bedreigde patiënt	Deelnemers	Uitvoeringen
Scenariotraining Vitaal Bedreigde Patiënt	173	13

SBAR Train de trainer	Werkgroepen	Uitvoeringen
Training SBAR: intake 1 uur en training 4 uur	7	5

Accreditaties

Het Diaconessenhuis heeft een instellingsaccreditering voor het kwaliteitsregister van de beroepsgroep voor verpleegkundigen en verzorgenden (V&VN). De Diakademie heeft hiermee de bevoegdheid om zelf bijscholingen of trainingen te accrediteren. In 2014 heeft de Diakademie in totaal 27 bijscholingen geaccrediteerd.

Overige beroepsopleidingen

Via het principe van leren en werken verzorgt het Diaconessenhuis het praktijkleren van diverse beroepsopleidingen. De volgende (vervolg-)opleidingen vinden plaats in het Diaconessenhuis.

Overige beroepsopleidingen			
CZO-erkende (vervolg)opleidingen	2012	2013	2014
Anesthesiemedewerker	9	11	5*
Gipsverbandmeester	-	-	1
Operatieassistent	12	10	5*
Radiodiagnostisch Laborant	3	2	2
TOTAAL	24	23	13

Overige beroepsopleidingen	2012	2013	2014
Apothekersassistent	2	2	0
Hartfunctielaborant	2	2	3
Longfunctielaborant	1	2	2
Klinisch Neurologisch Fysiologisch Laborant	2	2	1
Doktersassistent (BBL)	4	7	2
Facilitaire Dienstverlening (BBL) - nieuw in 2014	-	-	1
Medewerker Beheer ICT (BBL) - nieuw in 2014	-	-	1
TOTAAL	33	15	10

* Aantal opleidingsplaatsen voor opleiding Anesthesiemedewerker en Operatieassistent is gehalveerd vanwege combinatie extra opgeleid in 2012/2013 door toenmalige personeelskrapte en op dit moment beperkte formatie-ruimte.

Strategisch Organisatie Leerplan

In 2014 is er door de Diakademie een Strategisch Organisatie Leerplan ontwikkeld. Hierin zijn de strategische thema's van het Diaconessenhuis gekoppeld aan competenties van zorgpersoneel en bijbehorende leerinterventies. Met dit door VWS goedgekeurde plan werd de bijbehorende subsidie van de Kwaliteitsimpuls veilig gesteld.

Opleidersprofessionalisering

In 2014 is door de Diakademie tweemaal een geaccrediteerde opleiderscarrousel uitgevoerd en hebben praktijkopleiders geparticipeerd in een trainingsdag. Thema's waren o.a. toekomstgericht strategisch opleiden, reflecteren, bevorderen leerklimate en inzet STARR-methodiek.

Stages

Het Diaconessenhuis biedt plaats aan stagiaires uit diverse opleidingen. Voor stagiaires Verpleegkunde en Fysiotherapie bestaat de mogelijkheid stage te lopen op een leerwerkplaats (LWP). Het aantal leerwerkplaatsen is in 2014 verdubbeld. Inmiddels zijn er vier operationeel.

Stages	2012	2013	2014
Zorg	84	106	95
Paramedisch	0	22	28
Overig zorggerelateerd	0	12	18
Management	0	8	5
Personeel & organisatie	0	1	1
Diakademie	0	0	1
Administratie	0	0	2
Communicatie	0	3	1
Klinische techniek	0	2	2
ICT	0	1	1
Facilitair	0	14	3
TOTAAL	84	169	158

* Voor zover bekend bij de Diakademie zijn ook gegevens uit voorgaande jaren weergegeven.

Leiderschap en organisatieontwikkeling

Leiderschap

De Diakademie ontwikkelt, organiseert en faciliteert leertrajecten voor leidinggevend en om hen ondersteuning te bieden bij hun ontwikkeling in hun functie. Er is een uitgebreid Leermenu Leiderschap voor teamhoofden ontwikkeld. Hierin is een facultatief programma opgenomen dat ook toegankelijk is voor adviseurs en beleidsmedewerkers. Daarnaast is een Leermenu Leiderschap ontwikkeld voor het RVE-management.

Op het gebied van leiderschap en organisatieontwikkeling zijn in 2014 de volgende resultaten behaald.

Leermenu Leiderschap	2014	
Introductie leiderschap voor nieuwe teamhoofden	Deelnemers	Uitvoeringen
Financieel management (1 dag)	5	1
subtotaal	5	1
Zittende teamhoofden		
Leiderschap (1 training = 3 dagen)	60	11
P&O-beleid (1 dag)	28	3
Sturen op kwaliteit & veiligheid (1 dag)	38	4
Verzuim en re-integratie verdieping (1 dag)	11	2
subtotaal	137	20
Facultatief programma voor teamhoofden, tevens beschikbaar voor adviseurs en beleidsmedewerkers		
Begeleiden van veranderingen (1 dag)	28	3
Effectieve werkrelaties (1 dag)	33	3
Effectieve werkprocessen met lean (1 dag)	43	3
Intervisie	87	17
Projectmanagement (1 training = 3 dagen)	16	1
Schrijven van beleidsnotities (1 training = 2 dagen)	56	5
Sturen op klanttevredenheid (1 dag)	13	1
Zorglogistiek (1 training = 2 dagen)	71	6
Verdiepingstraining verzuimgesprek (0,5 dag)	15	2
subtotaal	362	41
RVE-management		
P&O-beleid (1 dag)	21	2
Leiderschap (1 dag)	30	3
subtotaal	51	5
TOTAAL	555	67

Organisatieontwikkeling

Vanuit de Diakademie adviseren en ondersteunen opleidingsadviseurs leidinggevend en bij vraagstukken over (team- of organisatie-) ontwikkeling, opleiden en leren. Een deel van deze vraagstukken leidt tot scholings- en/of ontwikkelingstrajecten op maat: de zogenoemde maatwerktrajecten. Denk hierbij bijvoorbeeld aan teamtrainingen over communicatie, samenwerking of weerbaarheid. In 2014 zijn er ook maatwerktrajecten ontwikkeld voortkomend uit de resultaten van het medewerkersonderzoek 2013. In totaal zijn er 49 maatwerktrajecten uitgevoerd.

Maatwerktrajecten	2014	2013
Afgerond	43	29
In uitvoering	6	5
TOTAAL	49	34

Bijscholing en training

Binnen het Diaconessenhuis is ruim 2.500 maal deelgenomen aan een bijscholing en / of training die is georganiseerd en / of gefaciliteerd door de Diakademie. Het betrof in totaal 25 verschillende activiteiten. Opvallende grote deelname betreft de trainingen ALS en BLS en BLS met e-learning.

Wetenschappelijk onderzoek

Wetenschap heeft een prominente plaats binnen de Diakademie. In het Diaconessenhuis vindt veel wetenschappelijk onderzoek plaats. Bundeling van expertise en het aanbrengen van meer focus zal de output van onderzoek (promoties en artikelen) versterken. Het wetenschapsbureau faciliteert activiteiten in het kader van wetenschappelijk onderzoek. De activiteiten van het wetenschapsbureau hebben in 2014 vooral in het teken gestaan van het implementeren en het doorontwikkelen van de infrastructuur voor de inhoudelijke professionalisering van klinisch wetenschappelijk onderzoek.

Figuur 11: Aantal beoordelingen onderzoeksvoorstellen

Beoordelingen lokale haalbaarheid onderzoeksvoorstellen	2013	2014
WMO-plichtige studies	17	27
Niet-WMO-plichtige studies	22	27
Gecancelde studie	1	0
TOTAAL	40	54

Van alle studies die in 2014 door het wetenschapsbureau zijn beoordeeld zijn er 10 door het Diaconessenhuis geïnitieerd. In de overige 45 studies is het Diaconessenhuis een deelnemend centrum in een multi-centrum studie, waarvan acht in samenwerking met het UMCU en 15 in samenwerking met het AMC. De gemiddelde doorlooptijd van de beoordelingen was 13 dagen (inclusief reactietijd van de onderzoeker).

Ondersteuning

In 2014 zijn er contracten afgesloten met verschillende externe partijen die op aanvraag ondersteuning kunnen bieden op het gebied van fondsenwerving, epidemiologie en statistiek.

Training

Arts-onderzoekers die betrokken zijn bij klinisch WMO-plichtig onderzoek behoren GCP-gecertificeerd te zijn. In 2014 hebben 33 onderzoekers via het wetenschapsbureau de kans gekregen om een training Good Clinical Practice (GCP) te volgen. Van de deelnemers die de training met een toets hebben afgesloten heeft 96% deze met een voldoende afgerond.

Wetenschapscommissie

In 2014 is de Diakademie gestart met het oprichten van de Wetenschapscommissie. De Raad van Bestuur heeft het reglement goedgekeurd en de leden officieel benoemd. De leden zijn in dit jaar zes keer samengekomen. In oktober heeft het Wetenschapsbureau, in samenwerking met de Wetenschapscommissie, de eerste jaarlijkse Wetenschapsdag georganiseerd. Tijdens deze avond presenteren onderzoekers van verschillende disciplines hun onderzoek. Het doel van deze avond was het profileren en stimuleren van het wetenschappelijk onderzoek in het Diaconessenhuis. De eerste prijs, een wisselbeker en cadeaukaart, ging naar het stage-onderzoek 'Non-invasieve beademing (beademing met masker) in de acute fase en slaapgerelateerde ademhalingsstoornissen' in het Diaconessenhuis.

Documentatie en Studiecentrum

Binnen de Diaakademie heeft het Documentatie en Studiecentrum (DSC) een belangrijke plaats. Het DSC is er voor alle medewerkers, stagiaires en assistenten. Daarbij ligt de kerntaak in het ondersteunen bij onderwijs en wetenschappelijk onderzoek. Het DSC kan op efficiënte en effectieve wijze informatie ontsluiten om professionals te ondersteunen bij het vinden van de juiste informatie om hun beroep op de best mogelijke manier uit te kunnen oefenen, op basis van het best mogelijke bewijs (EBM). In 2014 is er een databank opgezet voor wetenschappelijke publicaties, is de CATalysator aangekocht en operationeel, is er een PICO-lesbrief beschikbaar en is het nieuwe DSC-portaal toegankelijk.

Publicaties

Leden van de medische staf van het Diaconessenhuis hebben in 2014 een groot aantal publicaties verzorgd. Als bijlage bij dit jaarbericht is een overzicht van de publicaties toegevoegd.

3.4 Infrastructuur (gebouwen, (medische) voorzieningen, ICT)

3.4.1 Gebouwen en terreinen

Utrecht

In 2014 is verder gewerkt aan de renovatie van de zorgafdelingen. Zo werden er meer dagbehandelingsplaatsen gerealiseerd, meer eenpersoonskamers en de capaciteit van de endoscopie werd uitgebreid tot een volledig nieuwe afdeling. Ook werden er meer eenpersoons-isolatiekamers gerealiseerd. In het voorjaar 2015 wordt de nieuwe CCU in gebruik genomen. In hetzelfde jaar worden voor de zomer de verpleegafdelingen op de eerste verdieping van het beddenhuis opgeleverd en net na de zomer de dagbehandeling en endoscopie-afdeling.

In 2014 is de nieuwe centrale hal opgeleverd waardoor het Diaconessenhuis patiënten en bezoekers op een gastvrije wijze kan ontvangen. De hal heeft nu voorzieningen om op een prettige wijze te verblijven in afwachting van de te verlenen zorg of om rustig te wachten op vervoer terug naar huis. Daarbij is er een moderne horeca-voorziening gerealiseerd om het verblijf in het ziekenhuis aangener te maken.

De komende jaren zal de verdere renovatie van het ziekenhuis zijn beslag krijgen. Er is voor gekozen om de renovatie van de Nucleaire Geneeskunde en de Radiologie prioriteit te geven omdat er behoefte is aan meer en hoogwaardiger diagnostiek. Dit betekent mogelijk wel dat onderdelen van de renovatie, de herinrichting van laboratoria en kantoren opschuift in de tijd.

In 2015 wordt een vernieuwde zorgvisie opgesteld door vertegenwoordigers van zorg en staf die in het najaar als input dient voor het bijstellen van het lange termijn huisvestingsplan en de verdere uitrol van de renovatie.

Er is een vergunning verleend voor de bouw van de parkeergarage op parkeerterrein P2. De bouw zal in het voorjaar van 2015 aanvangen. Hierdoor ontstaat ruimte voor de bouw van het Gezondheidshuis voor eerstelijns zorgpartners. Daarvoor is in januari 2014 vergunning aangevraagd.

Zeist

Op de locatie Zeist is het aantal polibezoeken en dagbehandelingen gegroeid. Het aantal klinische patiënten is gedaald. Ook is er sprake van leegstand in bijvoorbeeld een deel van de laboratoria als gevolg van concentratie van activiteiten in Utrecht. Plannen zijn ontwikkeld om deze ruimte anders te gebruiken.

Doorn

Aan het Diaconessenhuis is aangegeven dat er, indien gewenst, meer ruimte beschikbaar is voor de poli-activiteiten van het Diaconessenhuis in Doorn. In de eerste helft van 2015 zal het Diaconessenhuis, op basis van de vernieuwde visie op zorg, een plan maken voor de toekomst in Doorn. Zowel de Raad van Bestuur als de Medische Staf hebben aangegeven op deze locatie actief te willen blijven. Zo is in 2014 net als in 2013 geïnvesteerd in de vervanging en uitbreiding van de diagnostische apparatuur.

3.4.2 Medische voorzieningen en ICT

Strategisch ICT-meerjarenbeleid

In 2013 heeft de Raad van Bestuur het nieuwe meerjarenbeleid ICT voor de periode tot en met 2015 vastgesteld. In het verlengde van het Strategisch en Medisch Beleidsplan zijn in het nieuwe meerjarenbeleid ICT de volgende vier inhoudelijke focusgebieden benoemd:

- de registratie en rapportage van kwaliteitsindicatoren;
- de ontwikkeling van een patiëntenportaal waardoor patiënten online bij de behandeling kunnen worden betrokken;
- gegevensuitwisseling in de zorgketen met zorgverleners buiten het ziekenhuis;
- de verdere ontwikkeling van het EPD en de automatisering van veel voorkomende zorgpaden.

Doordat er in de beleidsperiode tot en met 2012 veel aandacht ging naar de geautomatiseerde ondersteuning van het primaire proces vergde de beleidsperiode tot en met 2015 vernieuwing en onderhoud van de ondersteunende en kantoorautomatiseringssystemen. Het meerjarenbeleid voorziet in vernieuwing en onderhoud van systemen voor:

- financiën, inkoop en goederenlogistiek (ERP-systeem);
- personeelsplanning, capaciteitsplanning en verzuim;
- kantoorautomatisering.

Op het gebied van infrastructuur zijn in het meerjarenbeleid investeringen voorzien om gebruikersgemak en snelheid van ICT-systemen te verhogen en snel in te kunnen loggen via een passysteem.

Uitvoering ICT-beleid 2014

Het meerjarenbeleid wordt jaarlijks ingevuld met concrete ICT-projecten volgens een projectkalender ICT die door de RvB wordt vastgesteld. Op hoofdlijnen waren die projecten in 2014:

A. Beheer

- Overstap van besturingssysteem Windows XP naar Windows 7;
- Overstap van kantoorautomatisering MS Office 2003 naar Office 2010.

B. Nieuwe systemen

- In 2014 is een nieuw systeem voor financiën en goederenlogistiek (ERP) geselecteerd en aangekocht. De implementatie is gestart in 2014 en zal medio 2015 worden afgerond.
- In 2014 is een nieuw systeem voor rooster- en capaciteitsplanning aangekocht. De implementatie is eind 2014 gestart en zal in 2015 worden afgerond.

C. Registratie en rapportage kwaliteitsindicatoren

- In 2014 is een groot aantal registraties van kwaliteitsindicatoren geïntegreerd in het EPD. Door online rapportage in het managementportaal kan worden gestuurd op deze indicatoren.

D. Gegevensuitwisseling in de zorgketen

- Zowel de poliklinische apotheek als de ziekenhuisapotheek zijn in 2014 aangesloten op het Landelijk Schakel Punt (LSP) waarmee thuismedicatie wordt geverifieerd;
- Voor de landelijke colonscreening is het Diaconessenhuis aangesloten op het Colonis-systeem van het RIVM.

E. Portaalontwikkeling

- Voor zowel patiënten als huisartsen is het webportaal van het Diaconessenhuis technisch geheel vernieuwd. Patiënten kunnen administratieve gegevens raadplegen en afspraken maken. Huisartsen kunnen de gegevens van hun patiënten online raadplegen.

F. EPD-ontwikkeling

- In 2014 schrijven medisch specialisten van het Diaconessenhuis alle medicatie elektronisch voor, zowel klinisch als poliklinisch;
- In 2014 is een pilot afgerond waarbij op een pilot verpleegafdeling medicatietoediening wordt geregistreerd door het draadloos scannen van barcodes van medicatie en polsbandje patiënt. In 2015 zal deze toedieningsregistratie op alle verpleegafdelingen worden geïmplementeerd.

Beschikbaarheid ICT-voorzieningen 2014

De ziekenhuisbrede ICT-voorzieningen hadden in 2014 de volgende beschikbaarheid.

	Gepland onderhoud	Beschikbaarheid
Netwerk en kantoorautomatisering		
Beschikbaarheid van het hoofdnetwerk van het Diaconessenhuis		100,00%
Gepland onderhoud kantoorautomatisering (internet, mail, tekstverwerking)	6 uur	
Beschikbaarheid kantoorautomatisering		99,93%
Elektronisch Patiënten Dossier		
Gepland onderhoud (wel een raadpleeg-EPD beschikbaar)	16 uur	
Beschikbaarheid van het Elektronisch Patiënten Dossier voor raadplegen		100,00%
Beschikbaarheid om te kunnen registreren in het EPD		99,82%

Externe toetsing risico's ICT-voorzieningen

Het ministerie BZK heeft vastgesteld dat het Diaconessenhuis heeft voldaan aan de beveiligingseisen voor het gebruik van DigiD. De accountant beoordeelt het volwassenheidsniveau van de ICT-organisatie volgens het ITGC (Information Technology Governance and Control) model. In dit model acteert het Diaconessenhuis op niveau 3 (gemeten op een schaal van 0 tot 5). Dit niveau is in overeenstemming met het ambitieniveau van het Diaconessenhuis en wordt omschreven als: 'controls' zijn gestandaardiseerd en periodiek getest op werking, met rapportage aan het management'.

Investerings

In 2014 zijn investeringen ter waarde van € 1,8 miljoen gedaan in de ICT-voorzieningen.

3.5 Informatiebeveiliging

De voortgang van informatiebeveiliging is op vijf verschillende resultaatgebieden in onderstaande tabel weergegeven.

Onderwerp	Wie, wat, waar, wanneer en hoe	Resultaten
Beleidsontwikkeling	Na het bereiken van de NVZ- startnormen in 2012 is in 2014 het informatiebeveiligingsbeleid vastgesteld met als doel informatieveiligheid gestructureerd verder te ontwikkelen en organisatiebreed in te voeren. In 2014 is tevens gestart met de realisatie van de beleidsdoelstellingen.	Voldaan aan wet- en regelgeving Tijdige, volledige en veilige informatievoorziening.

Onderwerp	Wie, wat, waar, wanneer en hoe	Resultaten
Beleidsuitvoering	In 2014 is gestart met het uitvoeren van de beleidscyclus. 1. Projectmatige verbetering t.a.v. autorisatie-beheer op het ziekenhuis elektronisch patiëntendossier; 2. Kaders voor controle op rechtmatige kennisname van patiëntgegevens door medewerkers zijn vastgesteld; 3. Structureel inrichten van het beheer van patiëntgegevens op het ziekenhuis EPD; 4. Afdelingen hebben de zelfevaluatie informatieveiligheid als onderdeel van het NIAZ-kwaliteitskader uitgevoerd; 5. Bewustwording in de vorm van presentaties aan de afdelingen; 6. In opdracht van de afdeling ICT is een audit op de ICT security uitgevoerd. Deze activiteiten worden in 2015 afgerond of verder ontwikkeld.	Voldaan aan wet- en regelgeving Tijdige, volledige en veilige informatievoorziening.
Beleidsvorming	Met het voldoen aan de NVZ-startnormen in 2012 is de eerste beleidscyclus afgerond. Het Diaconessenhuis voldoet daarmee aan een minimale set van normen uit de NEN 7510. In 2013 is een nieuwe beleidscyclus opgestart om verder aan deze norm te gaan voldoen. Het nieuwe informatiebeveiligingsbeleid is door de Stuurgroep Informatiebeveiliging, in afstemming met de Medische Staf opgesteld en door de Raad van Bestuur goedgekeurd. Met de nieuwe beleidscyclus wordt informatiebeveiliging binnen het ziekenhuis breed uitgerold en wordt de doelmatigheid ten minste een keer gecontroleerd (niveau 3 NEN 7510). Het realiseren van de beleidsdoelstellingen vindt plaats in 2014 en 2015.	Vastgesteld beleid met breed draagvlak. Informatieveiligheid is verankerd binnen de kwaliteitsagenda van het ziekenhuis.
Behandelen van risico's uit de risicoanalyse	Beleidskaders / richtlijnen en procedures zijn noodzakelijke voorwaarden om risico's structureel te beperken. In 2013 zijn, in nauwe samenhang met het vastgestelde beleid, belangrijke stappen gezet om het autorisatie-beheer, controle op privacy van de patiënt, thuiswerken en bewustwording te verbeteren. Bij nieuwe ICT-projecten en informatievoorzieningsprojecten is informatiebeveiliging vanaf het begin als randvoorwaarde verankerd.	'In-control' op risicogebieden van informatieveiligheid.
Verankering Security Officer functie binnen de Concerndienst	De Rol van Security Officer is verankerd binnen de Concerndienst.	Continuïteit informatieveiligheid binnen het ziekenhuis is gegarandeerd.

4

De mening van meerdere patienten in het klanttevredenheidsonderzoek:

“Voor mij was het heel fijn dat de afspraken achter elkaar op één dagdeel konden plaatsvinden!”

“De wachttijd was te lang (45 minuten.) Kortere wachttijden.... beter nog... geen wachttijden.”

4 KWALITEIT EN VEILIGHEID

4.1 Algemeen

Het voortdurend bewaken en verbeteren van de kwaliteit van de zorg- en dienstverlening is voor het Diaconessenhuis een belangrijk uitgangspunt. Wij maken gebruik van het INK-managementmodel en hanteren een intern kwaliteits- en veiligheidsmanagementsysteem, dat is opgebouwd volgens de Kwaliteitsnorm Zorginstelling van het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ). In het toetsingskader zijn kwaliteit- en veiligheidsnormen opgenomen, onder andere vanuit wetgeving, het veiligheidsmanagementsysteem (VMS) en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Naleving van de normen wordt getoetst via de planning- en controlcyclus en door het uitvoeren van interne en externe audits. Er wordt gewerkt volgens een vaste verbetercyclus (plan-do-check-act), waarin beleid en maatregelen regelmatig worden getoetst op voortgang en doeltreffendheid. Een auditcommissie van de Raad van Toezicht ziet toe op de wijze waarop de Raad van Bestuur haar bestuurlijke verantwoordelijkheid ten aanzien van kwaliteit en veiligheid waarmaakt.

4.2 NIAZ en interne audits

Het functioneren van het kwaliteitsmanagementsysteem wordt om de vier jaar door het NIAZ getoetst. De laatste toetsing heeft plaatsgevonden in december 2012. In april 2013 heeft het NIAZ besloten de instelling brede accreditatiestatus van het Diaconessenhuis tot 1 mei 2017 te continueren. De NIAZ-auditoren benoemden op basis van de audit zestien verbeterpunten. Hiervoor heeft het Diaconessenhuis destijds een actieplan opgesteld.

In september 2014 heeft het NIAZ een toets op de voortgang van het actieplan uitgevoerd. De auditoren hebben geconcludeerd dat tien van de zestien verbeterpunten adequaat zijn opgepakt. Zes verbeterpunten zijn deels adequaat opgepakt. Het NIAZ heeft op basis van deze uitkomsten vastgesteld dat het Diaconessenhuis voldoende voortgang heeft geboekt bij het uitvoeren van het actieplan.

Eén van de voorwaarden voor het verkrijgen van een NIAZ-accreditatie is een functionerend intern auditsysteem. In het Diaconessenhuis zijn ruim 30 interne auditoren (medewerkers en medisch specialisten) opgeleid. Zij voeren de audits uit op basis van een vierjarenplanning. RVE's (of onderdelen daarvan) zijn zelf verantwoordelijk voor het realiseren van tijdens de audit gesignaleerde verbeterpunten. Hierover wordt in de lijn verantwoording afgelegd. In 2014 werden in totaal negen interne audits uitgevoerd. Het Diaconessenhuis zal in 2016 op basis van de Kwaliteitsnorm NIAZ-Qmentum ge-audit worden. Daartoe zal in 2015 voor de interne audits alvast de omslag gemaakt worden naar deze kwaliteitsnorm.

4.3 Kwaliteitsindicatoren

Kwaliteitsindicatoren geven een indicatie van de kwaliteit en veiligheid van geleverde zorg. Al sinds 2003 maakt het Diaconessenhuis op verzoek van de IGZ de kwaliteitsindicatoren openbaar. De IGZ gebruikt deze indicatoren in haar toezicht op de ziekenhuizen. De resultaten van het Diaconessenhuis op het gebied van de IGZ-kwaliteitsindicatoren zijn te vinden op www.ziekenhuizentransparant.nl.

Sinds 2009 verzamelt het Diaconessenhuis ook informatie over kwaliteitsindicatoren in het kader van de Transparantiekalender van het Zorginstituut (voorheen het landelijke project Zichtbare Zorg (ZiZo)). Het gaat hier om aandoeninggerichte indicatoren. Deze indicatoren dienen als keuze-informatie voor patiënten, inkoopinformatie voor verzekeraars en verwijsinformatie voor bijvoorbeeld huisartsen. De resultaten van het Diaconessenhuis op het gebied van de kwaliteitsindicatoren in het kader van de bovengenoemde transparantiekalender zijn te vinden op www.zorginstituutnederland.nl/kwaliteit. Een overzicht van een aantal belangrijke indicatoren is te vinden in bijlage 1.

Het Diaconessenhuis wil de kwaliteitsindicatoren beter benutten voor interne kwaliteitsverbetering. Om dit te ondersteunen is een aantal indicatoren inzichtelijk via dashboards in het informatiesysteem van het ziekenhuis.

Deze worden maandelijks geactualiseerd. Leidinggevend en professionals kunnen daarmee zien of de afgesproken kwaliteitsdoelstellingen gehaald worden. Als een doelstelling niet wordt gehaald, worden verbeteracties gestart. In 2014 is het dashboard voor verpleegkundige indicatoren (delier, fysieke beperkingen, pijn, ondervoeding, decubitus, vallen, kwetsbare ouderen) geëvalueerd en doorontwikkeld: de interne doelstellingen zijn verhoogd. Daarnaast is er een dashboard gebouwd voor het 11e VMS-thema 'Kinderen': in dit dashboard zijn de scores van alle patiënten jonger dan 18 jaar verwerkt.

In 2014 behaalde het Diaconessenhuis de 43e plaats in de AD-TOP 100. Door gerichte sturing op de kwaliteitsindicatoren wil het Diaconessenhuis de plaats op de landelijke ranglijst (AD) de komende jaren verbeteren.

4.4 Veiligheidsmanagementsysteem (VMS)

In het Diaconessenhuis is in 2014 verder gewerkt aan het veiligheidsmanagementsysteem (VMS) om de mogelijke vermijdbare schade in het ziekenhuis verder terug te dringen. Het VMS-programma bestaat uit twee pijlers:

1. Werken aan een veiligheidsmanagementsysteem (VMS);
2. Werken aan zorginhoudelijke thema's: de zogenaamde VMS-thema's.

Ad 1: Werken aan een veiligheidsmanagementsysteem

Patiëntveiligheid en kwaliteit zijn vaste onderdelen in de jaarplannen in het Diaconessenhuis, zowel op strategisch als op tactisch en operationeel niveau. In 2014 zijn de sturing- en monitoringsinstrumenten (dashboards) verder ontwikkeld. Hiermee monitoren de leidinggevenden de scores op verpleegkundige indicatoren en de indicatoren over de VMS-thema's. Afdelingen hebben risicovolle processen benoemd en er zijn PRI's uitgevoerd. Tevens is in het inkoopproces het uitvoeren van een prospectieve risicoanalyse ook als voorwaarde opgenomen.

Sturen op kwaliteit en veiligheid is in 2013/2014 opgenomen in het leermenu Leiderschap. Tevens maakt kwaliteit en patiëntveiligheid een vast onderdeel uit van het maandelijkse introductie- en inwerkprogramma van nieuwe medewerkers. De al beschikbare patiëntveiligheidskaarten (voor kliniek en polikliniek) zijn herzien. Er zijn nu ook patiëntveiligheidskaarten beschikbaar voor patiënten ouder dan 70 jaar (gebaseerd op VMS-thema kwetsbare ouderen) en voor patiënten die op de dagbehandeling worden opgenomen.

De Raad van Bestuur en het Bestuur van de Medische Staf hebben de keuze gemaakt om Crew Resource Management toe te passen gericht op het verbeteren van de aanspreekcultuur. Voor het opstellen van het plan van aanpak en de verdere uitwerking is een stuurgroep aangesteld. In 2014 is gestart met het OKC. De overige risico-afdelingen zijn ingepland in begin 2015.

Ad 2: Werken aan zorginhoudelijke thema's

In 2014 heeft de implementatie en borging van de zorginhoudelijke thema's verder gestalte gekregen. De acties in 2014 waren enerzijds gericht op het oplossen van nog openstaande knelpunten in het kader van de implementatie en anderzijds op het monitoren van uitkomsten en het uitvoeren van audits in het kader van de borging van de thema's.

Inmiddels zijn de VMS-thema's in het Diaconessenhuis voor het grootste deel geborgd in de organisatie. Medicatieverificatie bij opname en ontslag blijft, net als bij andere ziekenhuizen, nog wel een aandachtspunt.

4.5 Sterftecijfer

Een van de ijkpunten om vast te stellen hoe het ziekenhuis functioneert, is het sterfteprofiel. Hiermee wordt het aantal patiënten dat in het ziekenhuis overlijdt vergeleken met het landelijke gemiddelde. Daarbij wordt rekening gehouden met relevante casemixfactoren oftewel patiëntkenmerken. De vergelijking gebeurt door het berekenen van de Hospital Standardised Mortality Ratio (HSMR). Een HSMR onder de honderd geeft aan dat in het ziekenhuis minder patiënten overlijden dan verwacht mag worden op basis van het Nederlandse gemiddelde. Bij een HSMR boven de honderd heeft het ziekenhuis meer sterfte dan het Nederlandse gemiddelde.

Figuur 12: Sterfte in klinische opnamen en HSMR 2011-2013

Periode	Totaal aantal opnames	Totale sterfte	Aantal opnamen voor HSMR	Werkelijke sterfte (voor HSMR)	Verwachte sterfte (voor HSMR)	HSMR	95% betrouwbaarheids-interval HSMR
2011	26.723	438	8.955	373	367	102	(92-112)
2012	27.097	372	8.850	307	304	101	(90-113)
2013	18.051	330	6.299	262	206	127	(112-144)
2011-2013	71.871	1140	24.104	942	877	107	(101-115)

De HSMR over 2013 geeft het meest actuele beeld van de ziekenhuissterfte. De HSMR van ons ziekenhuis is 127 (met een 95% betrouwbaarheidsinterval van 112-144). Dit is een stijging ten opzichte van 2012. Toen kwam de HSMR uit op 101. Het sterftecijfer is in 2013 statistisch significant hoger dan het landelijk gemiddelde.

De HSMR over de periode van drie jaar van 2011-2013 is preciezer, maar minder actueel. De HSMR 2011-2013 is 107 (met een 95% betrouwbaarheidsinterval van 101-115) en is hiermee statistisch significant hoger dan het landelijk gemiddelde. Dit betekent een stijging ten opzichte de periode 2010-2012. De aangeleverde periode van drie jaar van HSMR 2010-2012 was 100.

Een nadere analyse van deze gegevens is in gang gezet om de significante afwijking te kunnen verklaren. Het vermoeden bestaat dat de volledige registratie van hoofd- en nevendiagnoses hier een belangrijke factor in is. Er is in 2014 een werkgroep dossieronderzoek ingesteld om de patiëntendossiers van alle overleden patiënten te onderzoeken op mogelijke zorg-gerelateerde factoren die aanwijzingen kunnen zijn voor suboptimale zorg. De werkgroep bestaat uit ervaren medisch specialisten en verpleegkundigen.

4.6 Meldingen Incidenten Patiëntenzorg

Alle medewerkers kunnen incidenten in de patiëntenzorg melden via het digitale Incident Management Systeem (IMS). Deze meldingen worden afgehandeld op de afdeling waar het incident ontstaan is door de VIM (Veilig Incident Melden)-commissies. De risicomanager patiëntveiligheid leest alle meldingen. Op basis van de risicomatrix en de inhoud van een melding wordt bepaald of de melding in behandeling wordt genomen door de MIP-commissie of door de VIM-commissie wordt behandeld. De meldingen die in de MIP-commissie behandeld worden gaan over ernstige incidenten, calamiteiten of trends binnen de meldingen.

Door te werken aan een open cultuur rondom het bespreken van wat er niet goed gaat in de zorg, kunnen er maatregelen genomen worden om herhaling van incidenten te voorkomen en de kwaliteit van het zorgproces te verbeteren.

Het risicomanagement levert een bijdrage aan het positief onder de aandacht brengen van het melden van incidenten en de wijze waarop de organisatie met de meldingen om gaat. Dit gebeurt onder meer in de maandelijkse introductie van nieuwe medewerkers en is er een scholing binnen het introductieprogramma voor alle nieuwe arts-assistenten. Daarnaast heeft de MIP-commissie een aandeel in de reguliere bijeenkomst voor nieuwe medisch specialisten.

In 2014 zijn in totaal 2.779 Meldingen Incidenten Patiëntenzorg (MIP) geregistreerd. In 2013 waren dit er 2.720.

Figuur 13: Aard van de incidenten

Jaar	2012	2013	2014
Behandeling / verzorging	664	692	685
Bloedproducten	38	32	34
Medicatie / intraveneuze medicatie / infusie	695	688	648
Medische- of patiëntinformatie	238	265	289
Overig	566	650	719
Techniek en onderhoud	142	166	176
Vallen	269	227	228

Bij calamiteiten en bij trends in het optreden van incidenten kan de MIP-commissie besluiten tot het uitzetten van een Systematische Incident Reconstructie en Evaluatie (SIRE-onderzoek). Dit is een methode om het ontstaan en verloop van incidenten op systematische wijze te analyseren en inzichtelijk te maken. Hierdoor wordt het mogelijk om de basisoorzaken te achterhalen en na te gaan welke maatregelen er genomen kunnen worden om herhaling te voorkomen.

In 2014 heeft de MIP-commissie 21 keer een SIRE uitgezet naar aanleiding van een incident of trend. In 2012 en in 2013 was dit aantal respectievelijk 11 en 17. Meldingen zijn een belangrijke bron om de kwaliteit van patiëntenzorg te verbeteren. Naar aanleiding van meldingen worden op afdelingen of ziekenhuisbreed aanpassingen in beleid gedaan, bijvoorbeeld door protocollen aan te passen en aanvullende scholing te ontwikkelen.

4.7 Klanttevredenheidsonderzoek en klantbeloften

Klanttevredenheidsonderzoek

Een belangrijk onderdeel van het door de Raad van Bestuur en het Bestuur van de Medische Staf vastgestelde ziekenhuisbrede jaarplan 2014 is het aantoonbaar onderscheiden op klantbeloften. De klanttevredenheid en beleving van service is daarmee een belangrijke pijler van de zorg en is een substantieel voor het vertrouwen van onze patiënten in het Diaconessenhuis. Om te meten en te weten wat onze patiënten vinden van de zorg in ons ziekenhuis, vraagt het Diaconessenhuis via een klanttevredenheidsonderzoek haar klanten naar hun mening. Het onderzoek geeft het ziekenhuis inzicht in de beleving van de patiënt.

De vragen worden gesteld volgens de belevingsketen van de patiënt die start bij binnenkomst in het ziekenhuis met de entree en vervolgens de balie polikliniek, wachtkamer, behandeling en het vertrek. De onderwerpen waarover vragen worden gesteld zijn: communicatie, bejegening, deskundigheid, wachttijd, interieur, hygiëne, informatieverstrekking over afspraken, uitslagen van onderzoek en aan verwijzers of nazorg. De resultaten worden gerapporteerd op ziekenhuis, afdeling-, specialisme en specialistenniveau.

De patiënten ontvangen per email, mits zij toestemming hebben gegeven, 24 uur na een polikliniekbezoek, onderzoek of na ontslag uit het ziekenhuis een uitnodiging voor deelname. In 2014 is door 35.266 patiënten t.o.v. 34.266 in 2013 een enquête ingevuld. Het responsepercentage is goed, namelijk 38%. Dit komt neer op 2.940 vragenlijsten per maand, verdeeld over de locaties Utrecht, Zeist en Doorn.

Op de vraag "Welk cijfer geeft u?" geven de patiënten het Diaconessenhuis het cijfer 7,9. De NPS (netto promotor score = aanbevelingsscore) voor het Diaconessenhuis is 22. Dit houdt in dat 22 op de 100 patiënten het ziekenhuis aanbevelen bij familie, vrienden en kennissen. Uit benchmarkonderzoek blijkt dat dit een hoge waardering is. Meer informatie over het klanttevredenheidsonderzoek is te vinden op www.Diaconessenhuis.nl/feitenencijfers.

Klantbeloften

In het klanttevredenheidsonderzoek geven de patiënten duidelijk de beleving aan van de dienstverlening die het ziekenhuis biedt. Op basis van deze resultaten en op basis van landelijke onderzoeken heeft het ziekenhuis concrete beloften ontwikkeld aan onze patiënten en aan onze huisartsen. Daarmee wil het Diaconessenhuis nog beter aansluiten op hun wensen. Door die beloften ook echt waar te maken, stimuleren we de patiënt en de huisarts naar ons te (blijven) komen en te (blijven) verwijzen. Ook motiveren we met die informatie de zorgverzekeraars contracten met ons ziekenhuis te sluiten.

In het Diaconessenhuis staat de kwaliteit voorop. Dit betekent kwaliteit van:

- de behandeling;
- de uitkomst van zorg;
- de zorgbeleving door en service aan de patiënt.

De klantbeloften moeten ervoor zorgen dat er een professionele standaard van onze dienstverlening en bejegening is.

Uit diverse onderzoeken zoals het klanttevredenheidsonderzoek, klachtenbemiddeling, zorgconsumentonderzoek Motivaction, patiëntonderzoek NIVEL en onderzoek bij huisartsen komt naar voren wat patiënten en huisartsen belangrijk vinden. Dit is:

- tijdigheid: snel terecht kunnen;
- prettige bejegening (regierol);
- prettige relatie en communicatie met de patiënt, de huisarts en andere zorgverleners;
- goede informatievoorziening over de behandeling, over de wachttijd, over de dokter, enzovoort;
- toegankelijkheid: gemakkelijk te bereiken;
- faciliteiten: prettige omgeving, modern, comfortabel en schoon.

Een ziekenhuisbrede werkgroep van het Diaconessenhuis heeft in 2014 een voorstel voor klantbeloften opgesteld. Deze concept-klantbeloften zijn nog onvoldoende met draagvlak vanuit de werkvloer ontwikkeld. Als vanuit het ziekenhuisbrede veranderprogramma in 2015 het strategisch beleid helder is, zullen ook de concept-klantbeloften opnieuw met breed draagvlak worden geherformuleerd.

4.8 Klachten

Het Diaconessenhuis streeft ernaar optimale zorg te verlenen. Toch kan het voorkomen dat er iets misgaat in de relatie tussen hulpverlener en patiënt. In het ziekenhuis werken klachtenfunctionarissen en is een onafhankelijke klachtencommissie actief. Laatstgenoemde doet uitspraak over de gegrondheid van een klacht. De klachtenfunctionarissen vangen klachten van patiënten en hun familieleden of vertegenwoordigers op en bemiddelen op verzoek tussen klager en ziekenhuismedewerkers tegen wie de klacht is gericht. Klachten worden zoveel mogelijk decentraal afgehandeld (op de plaats waar de klacht is ontstaan). In 2014 waren er 727 klagers met 882 klachten.

Figuur 14: Aard van de klachten

	Aantal 2013	% 2013	Aantal 2014	% 2014
Relationeel	283	39,9	374	42,5
Organisatorisch	191	26,9	240	27,2
Vakinhoudelijk	67	9,4	76	8,6
Financieel	79	11,1	96	10,9
Veiligheid	25	3,6	20	2,2
Algemene (on)tevredenheid	47	6,7	58	6,6
Overig	17	2,4	18	2
Totaal	709	100	882	100

In 2014 heeft de klachtencommissie 20 klachten ontvangen, met in totaal 75 klachtonderdelen. In 2014 heeft de klachtencommissie over 17 klachten een uitspraak gedaan. De uitspraken betroffen 59 klachtonderdelen. Tien uitspraken in 2014 gaan over klachten uit 2013, zeven uitspraken gaan over klachten uit 2014.

De klachtencommissie heeft in 2014 26 klachtonderdelen gegrond en 33 klachtonderdelen ongegrond verklaard. Ook klachten zijn een belangrijke bron om de kwaliteit van patiëntenzorg te verbeteren. Naar aanleiding van klachten worden op afdelingen of ziekenhuisbreed verbeteracties geformuleerd en geborgd.

5

De mening van meerdere patienten in het klanttevredenheidsonderzoek:

"Er is goed naar mij geluisterd. Ik voel mij zeer gerespecteerd en krijg een goede en veilige behandeling."

"Ik had graag wat meer informatie gehad over hoe en wat na de behandeling. Degene die deze operatie eerder hadden ondergaan, hadden wel schriftelijk informatie ontvangen."

5 MAATSCHAPPELIJKE ASPECTEN VAN ONDERNEMEN (4 A4)

5.1 Patiënten en cliënten

5.1.1 Keurmerken

Het Diaconessenhuis werkt samen met vele patiëntenorganisaties van verschillende aandoeningen. In een aantal gevallen resulteert de samenwerking in het afgeven van een keurmerk. Naast het ziekenhuisbrede accreditatiebewijs van het NIAZ beschikt het Diaconessenhuis over meerdere afdelings- of aandoeningsgerichte keurmerken of certificaten. De belangrijkste keurmerken in 2014 zijn hieronder aangegeven.

Figuur 15: Behaalde kwaliteitskeurmerken 2014

Keurmerk	Behaald?
Groene vinkjes van kankerpatiëntenorganisaties voor goede zorg voor: • Prostaatkankerzorg • Darmkanker • Bloed & lymfeklierkanker	Ja
Vinkje voor goede stomazorg van de Nederlandse Stomavereniging	Ja
Roze lintje van de Borstkanker Vereniging Nederland	Ja
Seniorvriendelijk ziekenhuis	Ja
ISO 9001 voor internistische vasculaire polikliniek	Ja
CCKL-accreditatie	Ja
Pluim van Freya voor fertiliteitszorg	Ja
Vaatkeurmerk Hart & Vaatgroep	Ja
Spataderkeurmerk Hart & Vaatgroep	Ja
Kwaliteitszegel Dermatologie van Huidpatiënten Nederland	Ja
Goede Reumazorg	Ja
Gouden Smiley, keurmerk Kind en Ziekenhuis	Ja, Utrecht: kinderafdeling en dagbehandeling
Bronzen Smiley, keurmerk Kind en Ziekenhuis	Ja, Utrecht: kraamafdeling (brons is het hoogst haalbare)
Borstvoedingscertificaat	Ja
Apneuvereniging: Sterkliniek voor Snurken en Slaapapneu	2 sterren
Gastvrijheid met Sterren	Utrecht 2 sterren, Zeist 2 sterren
Erkend Hepatitiscentrum door de Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen	Ja
Pluscertificaat Achmea voor Ouderenzorg	Ja
Topzorg predikaat Menzis voor: • amandelen • borstkanker • cataract (staar) • heupprothese • liesbreuk • rughernia • prostaatkanker • slaapsnurkproblemen (Osas)	Ja
CZ: goede zorg voor borstkanker	Ja

5.1.2 Cliëntenraad

Overeenkomstig de Wet Medezeggenschap Cliëntenraden Zorg heeft het Diaconessenhuis een Cliëntenraad. De Cliëntenraad van het Diaconessenhuis is een actieve en professionele Cliëntenraad die nauw betrokken is bij de zorgverlening aan patiënten door het ziekenhuis.

De Cliëntenraad is een adviesorgaan. De werkwijze van de Cliëntenraad is erop gericht het te voeren beleid van het ziekenhuis te toetsen en daar waar mogelijk te beïnvloeden vanuit het perspectief en de belangen van de patiënt. De Cliëntenraad streeft er naar een goed beeld te krijgen van het functioneren van het ziekenhuis op de terreinen die zij bewaakt. Het gaat daarbij onder meer om de kwaliteit van de medische behandelingen, de zorg en de nazorg, de bejegening van patiënten door artsen, verpleegkundigen en andere medewerkers van het ziekenhuis, en de dienstverlening door het ziekenhuis. Om de kwaliteit van medische behandelingen, zorg en de nazorg te beoordelen ontvangt de Cliëntenraad onder andere de score op diverse indicatoren en criteria. Ook beoordeelt de Cliëntenraad de inrichting en het verloop van diverse processen waaronder die van calamiteiten en incidenten. Om een beeld te krijgen van de bejegening van patiënten en de dienstverlening door het ziekenhuis is het voor de Cliëntenraad van belang welke klachten er zijn en hoe verbeteracties naar aanleiding van klachten worden geïmplementeerd en geborgd.

De Cliëntenraad vergadert maandelijks en heeft tweemaandelijks overleg met de Raad van Bestuur. Ook heeft de Cliëntenraad periodiek overleg met de Ondernemingsraad, de Verpleegkundige Advies Raad, het bestuur van de Medische Staf en de Raad van Toezicht. De Cliëntenraad beschikt over een eigen begroting. Het ziekenhuis stelt een vergaderruimte beschikbaar en voorziet in ambtelijke en secretariële ondersteuning.

De top 3 van onderwerpen waaraan de Cliëntenraad in 2014 aandacht heeft gegeven is:

1. Kwaliteit en veiligheid van patiëntenzorg

Zoals gebruikelijk was het voornaamste onderwerp van aandacht van de Cliëntenraad in 2014 de kwaliteit en veiligheid van patiëntenzorg. Vanuit haar adviesrol heeft de Cliëntenraad onder andere bijgedragen aan de verbetering van het calamiteitenonderzoek en het plan van aanpak van de uitvoering van het dossieronderzoek van overleden patiënten. Ook volgde de Cliëntenraad nauwgezet het vormgeven en de implementatie van de verbeteracties naar aanleiding van de aanwijzingen van de IGZ in het kader van de bestuurlijke crisis.

2. Klanttevredenheidsmeting en de verbeteringscyclus

In 2013 is het Diaconessenhuis gestart met een klanttevredenheidsmeting. De Cliëntenraad was tevreden over de invoering van de meting. De Cliëntenraad is echter van mening dat de verbetercyclus die in 2014 naar aanleiding van de uitkomst van de klanttevredenheidsmeting is vormgegeven onvoldoende is ingevoerd, gemonitord en geborgd.

3. De bestuurlijke situatie

De bestuurlijke situatie in het Diaconessenhuis die in mei is ontstaan en de bemoeienis van de IGZ heeft in 2014 de nodige aandacht van de Cliëntenraad gevraagd. Daarbij was het voor de Cliëntenraad van het allergrootste belang te bewaken dat de oorzaak van de bestuurlijke crisis noch de bestuurlijke crisis zelf een risico zouden vormen voor de kwaliteit en veiligheid van patiëntenzorg.

(Formele) adviesaanvragen die de Cliëntenraad in 2014 heeft ontvangen en behandeld:

- Het plan van aanpak OKC
- Verbouw- en nieuwbouwplannen Utrecht, programma's van eisen en renovatieplan met betrekking tot terreinen en gebouwen
- Het concept strategisch beleidsplan
- Het plan van aanpak uitvoering dossieronderzoek overleden patiënten
- Herinrichting Calamiteitenonderzoek
- De gedragscode Diaconessenhuis
- Evaluatie 24uurs recovery
- Invoering van een integraal tarief per 1-1-2015
- Transitie van de specialisten naar het Medisch Specialistisch Bedrijf Domstad inzake kwaliteitsafspraken met betrekking tot de betaalbaarstelling, samenwerkingsovereenkomst en de governance per 1-1-2015.

5.2 Medewerkers

De medewerkers van het Diaconessenhuis zijn het kapitaal van de organisatie. Grote en continue veranderingen kenmerken de afgelopen jaren van het Diaconessenhuis. Dit was ook in 2014 het geval. De nieuwe ontwikkelingen in de komende jaren bieden kansen en uitdagingen voor medewerkers. Het personeelsbeleid van het Diaconessenhuis zal dit ondersteunen.

5.2.1 Vertegenwoordiging van de medewerkers door de Ondernemingsraad

In 2014 heeft de Ondernemingsraad zich bezig gehouden met een verscheidenheid aan onderwerpen. Een tweetal onderwerpen springt eruit door de complexiteit van de materie en de intensieve aandacht die ze – mede daardoor – van de Ondernemingsraad vergden: de transitie (invoering van het integraal tarief en de samenwerking met het Medisch Specialistisch Bedrijf Domstad) per 1 januari 2015 en de voorgenomen reorganisatie van de afdeling Zorglogistiek.

Als gevolg van de transitie per 1 januari 2015 treden ruim honderd medewerkers in dienst bij het Medisch Specialistisch Bedrijf Domstad (MSBD). De Ondernemingsraad heeft zich niet alleen een oordeel gevormd over de kwaliteit van de samenwerkingsovereenkomst tussen ziekenhuis en MSBD. Hij heeft zich sterk gemaakt voor een goede opvang van de sociale gevolgen voor de betrokken medewerkers. Mede door de inspanningen van de Ondernemingsraad is begin december 2014 een sociaal overdrachtsprotocol met de werknemersorganisaties tot stand gekomen en is – omwille van de zorgvuldigheid – de beoogde overgangsdatum van de medewerkers met twee maanden verlaagd.

Bij de reorganisatie van de afdeling Zorglogistiek heeft de Ondernemingsraad zich vooral geconcentreerd op een zorgvuldige aanpak in relatie tot een dergelijk cruciaal traject. Daarbij moet naar de mening van de Ondernemingsraad een duidelijke zorglogistieke visie uitgangspunt zijn voor het beleggen van verantwoordelijkheden en bevoegdheden en voor de herordering van de afdelingstaken en -activiteiten.

Naast de twee halfjaarlijkse overleggen over de algemene gang van zaken, de resultaten en de toekomstige ontwikkelingen in het kader van de Wet op de Ondernemingsraden heeft de Ondernemingsraad zich in het verslagjaar bezig gehouden met de onderstaande onderwerpen.

Advies of instemming	
i	Arbo-beleidsplan
a*	Zorglogistiek
a	Verbouw- en nieuwbouwplannen Utrecht, programma's van eisen en renovatieplan m.b.t. terreinen en gebouwen
i	KCHI, roosterwijziging locatie Zeist
i	Fietsregeling
i	Strategisch Organisatieleerplan Diaconessenhuis
a**	Zorglogistiek
a	Transitie, samenwerking met MSBD en gevolgen voor medewerkers en ziekenhuis
a	Statuten Diaconessenhuis, aanpassing

Overige onderwerpen		
	Evaluatie RVE-structuur	Medewerkersonderzoek
	Nieuw roosterprogramma	Jaargesprekken
	Veranderingen/verbeteringen flexpool	Diakademie: opleiding(splannen) voor medewerkers
	Evaluatie SEH	Arbobeleidsplan
	Ziekmelding vanuit buitenland	Cameragebruik in het ziekenhuis
	Bestuurlijke crisis	Spelregels voor e-learning

a = advies

a* betreft een vervolgadvis

a** advies op eigen initiatief

i = instemming

5.2.2 Verslag van de Verpleegkundige Advies Raad

De Verpleegkundige Advies Raad (VAR) is een door de Raad van Bestuur (RvB) erkend en onafhankelijk adviesorgaan die de professionele belangen van de verpleegkundige en verzorgende beroepsgroep in het Diaconessenhuis behartigd. De VAR bestaat uit een dagelijks bestuur (DB) en het verpleegkundig beraad (VB).

De VAR heeft zich in 2014 bezig gehouden met het meer zichtbaar en benaderbaar maken van de VAR om een meer adequate vertegenwoordiging van alle afdelingen te bereiken. Dit heeft de VAR verricht door het uitbrengen van nieuwsbrieven, het publiceren van informatie over de VAR op de interne website, het publiceren van adviezen in het Documenten Beheer Systeem en het houden van presentaties op diverse afdelingen. Het heeft geresulteerd in het uitbreiden van het VAR-beraad van 7 naar 17 verpleegkundigen. Daarbij zijn bijna alle klinische afdelingen vertegenwoordigd en blijft het aantal aanmeldingen groeien. De VAR heeft zijn dagelijks bestuur uitgebreid met een verpleegkundige van de werkvloer. Ook heeft er een wisseling in het dagelijks bestuur plaats gevonden. Bij het maandelijkse VAR-overleg ligt de nadruk op informatie-uitwisseling tussen het VAR-beraad en het dagelijks bestuur van de VAR.

De VAR heeft in 2014 de volgende schriftelijke adviezen uitgebracht aan de RvB:

- Advies over vergoeding en evaluatie van e-learning;
- Advies over het voorschrijven van premedicatie;
- Reactie op strategisch beleidsplan 2015-2017;
- Reactie inzake bestuursbesluit flexpool;
- Reactie op A3-jaarplan 2015 Diaconessenhuis;
- Advies aanpassing e-learning-module HRM;
- Samenwerking VAR-RvB.

Naast deze adviezen heeft de VAR verschillende activiteiten uitgevoerd. Zo heeft de VAR voor de dag van de verpleging alle ondersteunende diensten van het Diaconessenhuis uitgenodigd om de verpleegkundigen deze dag een handje te helpen. Ook bestonden de activiteiten van de VAR uit het oprichten van werkgroepen en het deelnemen aan commissies. Zo heeft de VAR de werkgroep Verpleegkundig EPD herstart en neemt een VAR-lid deel aan de werkgroep High Risk Medicatie. Ook is naar aanleiding van het advies vergoeding e-learning een werkgroep gestart om e-learning modules te evalueren.

De VAR neemt deel in de stuurgroep Crew Resource Management, dat ingevoerd is op de OK, en denkt mee over de invoering van de S-BAR (een methode voor betere informatie-uitwisseling tussen arts en verpleegkundige). De VAR is vanuit een opgerichte werkgroep toekomst gericht verplegen, samen met de Diakademie, P&O en een manager Zorg & Bedrijfsvoering een advies aan het schrijven om de nieuwe functieprofielen mbo-hbo verpleegkundige in het Diaconessenhuis in te voeren. In het kader van het organiseren van themabijeenkomsten heeft de VAR een werkgroep uitreiking scriptieprijs opgestart. De VAR is al langere tijd deelnemer van de commissie patientveiligheid en kwaliteit, de materiaaladvies-commissie en de commissie voorbehouden handelingen.

5.3 Huisartsen

5.3.1 Inleiding

Dat 2014 een roerig jaar was voor de gezondheidszorg gold voor de hele sector. Niet alleen de ziekenhuizen en specialisten hadden met allerlei veranderingen te maken, ook de huisartsen stonden onder druk. Er veranderde van alles voor de jeugdzorg en er werd continu gesproken over de verschuivingen bij de AWBZ en WMO.

Voor het Medisch Coördinatie Centrum (MCC) van het Diaconessenhuis was 2014 het jaar waarin het MCC verder is geprofessionaliseerd. Begin 2014:

- heeft het MCC zich aangesloten bij het FMCC: Federatie Medisch Coördinerende Centra;
- zijn Cardiologie en MDL aangesloten bij het TIPP-project (Transmuraal Incident Preventie Programma) van het Julius Centrum;
- is er gekeken naar mogelijkheden voor substitutie van zorg;
- is er geïnvesteerd in de samenwerking en de communicatie met de huisartsen en andere zorgverleners.

Er zijn stappen gezet ten aanzien van steeds terugkerende onderwerpen als de ontslagbrieven, verwijzingen, ZorgDomein en andere portalen, de nieuwsbrief en de website.

Het onderwerp dat in 2014 centraal stond was de behoefte om meer regionaal samen te gaan werken. Eind 2013 is er voor het eerst om tafel gezeten met huisartsen en de drie ziekenhuizen in Utrecht over het opstellen van Regionale Transmurale Afspraken (RTA's). Dit is uitgewerkt in 2014. Het MCC heeft de vijf vergaderingen die jaarlijks plaatsvinden hier ook op ingericht. Dit betekende dat er meer thematisch gewerkt wordt en dat er inhoudelijke werkafspraken gemaakt worden. Elke vergadering stond er een bepaald specialisme of aandoening centraal waarover de huisartsen en de specialisten met elkaar in gesprek gingen. Na de MCC-vergadering werd een werkgroep belast met de nadere uitwerking en de opstelling van een RTA.

In 2014 is er een begin gemaakt met het opstellen van de samenwerkingsovereenkomst 'Zorg op de juiste plek' tussen tien zorggroepen (waarbij zo'n 600 huisartsen aangesloten zijn), het UMC Utrecht, het Diaconessenhuis en het St. Antoniusziekenhuis. In 2015 zal deze overeenkomst worden ondertekend. Daar volgen ook de eerste RTA's uit, die zullen gaan over de ketenzorg bij DM en COPD.

De volgende activiteiten van de werkgroep Nascholing hebben in 2014 plaatsgevonden:

- Duodagen Stad Utrecht op 3 en 8 april 2014;
- KNO-symposium in samenwerking met het Zuwe Hofpoort op 4 maart 2014. Onderwerpen waren onder andere: KNO en duiken, globus, reflux en slikstoornissen, huidtumoren, atelectase en cholesteatoom. De nadruk lag op wat de huisarts zelf kan doen en wanneer de huisarts moet doorverwijzen;
- Haspels:
 - Palliatieve zorg op 10 februari (stad Utrecht);
Er werd aandacht besteed aan het zorgpad van de patiënt van de tweede naar de eerste lijn en aan de overdracht en communicatie tussen ziekenhuis, hospice en huisarts nadat een patiënt (na begeleiding door de medisch specialist) wordt overgedragen aan de huisarts in hospice of thuis;
 - Ouderengeneeskunde op 22 september (stad Utrecht) met als onderwerpen: migranten-poli bij ouderen, Geriatrische Oncologie, Geriatrische Traumatologie;
 - Pijnbestrijding op 18 juni (Zuidoost) met als onderwerpen: chronische pijn, speerpunten en nieuwe ontwikkelingen in pijnbestrijding, SOLK, samenwerking eerste en tweede lijn;
 - Osteoporose en Nucleaire Geneeskunde 15 december (Stad Utrecht) met als onderwerpen: Nucleaire Geneeskunde en de huisartsenpraktijk, de diagnostiek van hyper- en hypothyreoïdie en Osteoporose-screening en -behandeling. Tijdens de haspel stond ook een bezoek aan de afdeling Nucleaire Geneeskunde op de planning, waarbij de botdichtheidmeting (dexascan) en schildklierscintigram centraal stonden.

5.3.2 Het verwijfsmodel Zorgdomein: een digitale brug tussen huisarts en het ziekenhuis

In mei 2010 is het Diaconessenhuis gestart met het Verwijsmodel ZorgDomein waarmee de huisarts digitaal kan verwijzen naar het ziekenhuis. Inmiddels zijn de meeste huisartsen in de regio hierop aangesloten. Het Verwijsmodel ZorgDomein slaat een brug tussen de huisarts en het ziekenhuis. De digitale verwijfsmethode heeft voordelen voor alle partijen: actuele gegevens zijn altijd paraat en de patiënt krijgt een op zijn aandoening toegesneden afspraak in het ziekenhuis.

Het digitaal verwijzen heeft een positief effect op de zorgkwaliteit: de verwijfsbrief is vooraf toegestuurd door de huisarts en de specialist beschikt over gerichte informatie over de aandoening van de patiënt. Bij elke verwijfsindicatie is vastgelegd aan welke aanvullende diagnostiek de specialist behoefte heeft. Hierdoor kan het logistieke proces beter worden ingericht voor de patiënt. Dit resulteert bijvoorbeeld in een betere opeenvolging van bijvoorbeeld onderzoeken die worden gepland, zowel voorafgaand aan een consult als op de dag van het consult.

Ook het aantal verwijfzingen neemt toe. In 2010 waren er 4.000 digitale verwijfzingen, in 2014 is het aantal gegroeid naar 76.000. Het aantal digitale verwijfzingen dat het ziekenhuis ontvangt, is toegenomen met 16% in 2014 ten opzichte van 2013. Ongeveer een derde van alle verwijfzingen vanuit de eerste lijn vindt nu digitaal plaats. In 2013 is ook gestart met het aanbod van de eerstelijnsdiagnostiek en dit is in 2014 toegenomen met 25%.

Een keer per twee jaar worden, in overleg met gemandateerde huisartsen, specialisten en teamhoofden, de verwijfs-producten (18 specialismen) geëvalueerd. Zo nodig passen we verwijfsproducten aan en voegen we nieuwe producten toe. In 2014 is, in samenwerking met Abrona, gestart met de nieuwe poli voor verstandelijk gehandicapten en kan worden verwezen naar de AVG-arts.

We zien een trend dat de verwijfzing door middel van een combinatieafspraak toeneemt. Het voordeel van een combinatieafspraak is dat de patiënt tijdens één bezoek aan het ziekenhuis terecht kan voor consult en onderzoek. In 2015 wordt de verwijfsapplicatie ZorgDomein voor Verloskundigen geïmplementeerd, waarmee ook de Verloskundigen via ZorgDomein naar het ziekenhuis kunnen verwijzen.

Direct toegang tot informatie van de patiënt

Vanuit ZorgDomein kan de huisarts direct doorlinken naar het zorgverlenersportaal van het Diaconessenhuis. Met dat portaal heeft de huisarts direct toegang tot medische informatie van zijn of haar patiënten, zonder opnieuw in te moeten loggen. Hier vindt de huisarts informatie over poliklinische afspraken, onderzoeksresultaten van al onze laboratoria, opnamehistorie en correspondentie.

5.4 Externe toezichthouders (IGZ, NZa)

5.4.1 IGZ

In 2014 is het Diaconessenhuis naar aanleiding van een brief van haar Raad van Bestuur en daaropvolgende bezoeken van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) onder verscherpt toezicht van de IGZ geplaatst. Het verscherpt toezicht is met name ingezet vanwege een gewenste organisatie- en cultuurverandering. De IGZ heeft wel geconstateerd dat de veiligheid van patiënten niet in het geding is. Er is in 2014 hard gewerkt om verbeteringen, beschreven in een plan van aanpak, door te voeren.

De IGZ was van mening dat het melden, onderzoeken en analyseren van incidenten en calamiteiten niet voldeed. Het Diaconessenhuis heeft een extern onderzoeksteam aangetrokken om tijdelijk en voorafgaand aan een eigen, deskundig team, calamiteiten te onderzoeken. Daarnaast is gewerkt aan het reorganiseren van het incident-meldingssysteem. Deze in 2014 in gang gezette veranderingen zullen begin 2015 voltooid worden.

Ook de borging van verbetermaatregelen voortvloeiend uit incidentenonderzoek behoefde verbetering. De monitoring van de opvolging van maatregelen is bij een Bureau Patiëntenveiligheid neergelegd. De uitvoering van deze maatregelen staat structureel op de agenda van management, Raad van Bestuur en Bestuur Medische Staf. Van fouten moeten we immers leren. Daarnaast is een werkgroep dossieronderzoek opgericht, die onderzoek doet naar dossiers van overleden patiënten, om vermijdbare sterfte te achterhalen.

Met gerichte (cultuur-)trainingen van specialisten en medewerkers, een gedragscode en 'gouden patiëntregels' is getracht te komen tot een cultuur die openheid kent ten aanzien van fouten, vergissingen, bijna-ongevallen en een werkomgeving waar billijkheid, aanspreekbaar zijn en verantwoordelijkheid nemen wordt nagestreefd. Het systeem waarmee het Individueel Functioneren van de Medisch Specialist (IFMS) wordt getoetst, is verder kritisch onder de loep genomen en waar nodig aangescherpt.

In verband met het verscherpt toezicht is de IGZ in 2014 regelmatig aangekondigd en onaangekondigd op bezoek geweest. Eind 2014 was door het Diaconessenhuis reeds een aantal verbeteringen in gang gezet. De IGZ gaat daar ook in 2015 met extra aandacht op toezien.

5.4.2 NZa

Het contact met de NZa is voornamelijk eenzijdig, waarbij het Diaconessenhuis de ontvangende partij is. Daarbij gaat het om aanpassingen van en toelichting op de regelgeving en productstructuren met betrekking tot de DOT-systematiek. Ook in 2014 zijn aanpassingen gefaseerd in meerdere releases gecommuniceerd. Daarmee werd opnieuw een extra beroep gedaan om prijslijsten aan te passen en aan verzekeraars aan te bieden. Daarnaast is er in 2014 door de NZa een aantal beleidsdocumenten gepubliceerd over regelgeving voor de medisch specialistische zorg. In het kader van het Zelfonderzoek Correct Declareren heeft de NZa een nadere toelichting gegeven op de regelgeving in de vorm van een verboden-toegestaan lijst en een 'Q&A' document. Op een aantal punten heeft de NZa in anticipatie op de regelgeving voor 2015 coulance toegepast voor de registratie en declaraties uit 2014. De toelichting van de NZa is door het Diaconessenhuis ontvangen als welkome verduidelijking van het normenkader.

In het kader van de transitiefinanciering is door het Diaconessenhuis naar aanleiding van het standpunt van het centrale ZN-team om afspraken op lokaal niveau in 2012 niet te honoreren bezwaar aangetekend bij de NZa. De NZa heeft een hoorzitting gehouden en heeft het bezwaar gehonoreerd.

Voor 2015 heeft de NZa aangegeven geen aanpassingsmomenten gedurende het jaar in te bouwen. Het Diaconessenhuis heeft er vertrouwen in dat de NZa een stabiele productstructuur nastreeft, waarin de spelregels vooraf duidelijk zijn en niet gedurende het jaar wijzigen. Behoudens deze operationele werkrelatie is er in 2014 geen actieve of controlerende bemoeienis vanuit de NZa richting het Diaconessenhuis geweest.

5.5 Gemeenten

Het Diaconessenhuis is in 2014 lid geworden van ondernemersvereniging Puur Oost in Utrecht. Deze vereniging wordt regelmatig uitgenodigd door de wijkraad Oost om mee te praten over uiteenlopende thema's. De wijkraad richt zich op het algemene belang van de wijk en bestaat uit vrijwilligers. De wijkraad gaat, liefst in vroegtijdig stadium, in dialoog met de gemeente en geeft gevraagd en ongevraagd advies. B&W betreft de wijkraad zo vroeg mogelijk bij beleidsvoorbereiding. De wijkraad heeft een aantal keren per jaar overleg met de wijkwethouder. De omgangsvormen tussen gemeente en wijkraad zijn vastgelegd in een convenant.

Verder overlegt het Diaconessenhuis regelmatig met de gemeente Utrecht zoals met de gebiedsmanager Oost en de verkeerskundig adviseur over ontwikkelingen in de buurt op het gebied van infrastructuur in relatie tot het masterplan terreinontwikkeling Diaconessenhuis.

Ook in Zeist is een goede samenwerking met de buurt waaronder de vereniging 'Het Lyceumkwartier' en de gemeente.

5.6 Duurzaamheid en milieu

De reguliere inspecties van de regionale uitvoeringsdienst, de omgevingsdienst en interne leefomgeving en transport hebben ook in 2014 plaatsgevonden. De daaruit voortvloeiende actiepunten zijn opgepakt in de werkgroep 'gevaarlijke stoffen' en door de afdeling techniek afgerond. De medewerkers die te maken hebben met het transporteren van gevaarlijke stoffen hebben een bijscholing gehad hoe om te gaan met deze stoffen.

Onder begeleiding van de veiligheidsadviseur worden regelmatig afdelingen bezocht om te bekijken of er volgens de regels gewerkt wordt. Doel is incidenten met gevaarlijke stoffen en eventuele milieuschade te voorkomen. Er is dit jaar geen enkel milieu-incident gemeld.

De afvalstromen laten qua hoeveelheden niet veel verschillen zien ten opzichte van de afgevoerde hoeveelheden in 2013. Opvallend is wel dat de hoeveelheid afvalstromen van onze locatie Zeist gereduceerd. Dit is een direct gevolg van de beperkte werkzaamheden van de laboratoria in Zeist.

In de komende jaren zal het buitenterrein van het Diaconessenhuis op locatie Utrecht ingrijpend veranderen. De daarvoor benodigde vergunningsaanvragen lopen. Daarnaast wordt er onder begeleiding van een landschapsarchitect gezorgd dat het buitenterrein een 'tuinachtige'-uitstraling krijgt en dat de monumentale binnentuin wordt gehandhaafd.

5.7 Beloning bestuurders en toezichthouders – invoering WNT

Het Diaconessenhuis komt bij toepassing van de regeling van de minister van VWS, houdende de vaststelling van de indeling van de zorgsector in klassen met bijbehorende bezoldigingsmaxima d.d. 26 november 2013, met een totaalscore van 6 punten uit op een score die past bij de referentiescore (5-7 punten) van algemene/categoriale ziekenhuizen (klasse H).

Figuur 16: Indeling klasse WNT Diaconessenhuis 2014

	Complexiteit kennis-intensiteit	Complexiteit transactieketen	Impact geografie	Impact risico's bedrijfsvoering	Impact media-aandacht	Extra omgevings-en/of risicofactoren	Totaal
Stichting Diaconessenhuis	1	2	1	1	1	0	6

Toelichting op de scores

- **Complexiteit / kennisintensiteit**
Overwegend academisch niveau.
- **Transactieketen**
Er is sprake van een complex en heterogeen netwerk van partijen waarmee transacties moeten worden gesloten én waar sprake is van tegenstrijdige belangen die in de bedrijfsvoering aanwezig zijn.
- **Impact geografie**
Overwegend lokaal en overwegend regionaal, meerdere locaties. Geen sprake van overwegend landelijk.
- **Impact risico's in de bedrijfsvoering**
Kans op verstoring van de bedrijfsvoering en dit heeft impact op de samenleving (stad Utrecht).
- **Media-aandacht**
De score 1 betreft regelmatige media-aandacht (minder dan maandelijks). Hier mag alleen worden gekeken naar de structurele situatie. In het Diaconessenhuis is geen sprake van structureel maatschappelijk riskante situaties.
- **Extra score complexiteit voor omgevings- en/of risicofactoren**
Hierbij is conform de beschrijving altijd sprake van een tijdelijke periode. Gezien de genoemde elementen bij de inkoopmarkt en de verkoopmarkt is bij het Diaconessenhuis geen sprake van een onderscheiden dan wel groter risico.

De score is bepalend geweest voor de honorering van leden van de Raad van Toezicht en de Raad van Bestuur met ingang van 1 januari 2014. Hierbij is wel rekening gehouden met de regels met betrekking tot het overgangsrecht.

5.8 Zorgverzekeraars

Met alle zorgverzekeraars zijn in 2014 contracten gesloten. Specifieke wijziging in de contractering had betrekking op de afscheiding van DSW en ASR van Multizorg.

Het Diaconessenhuis probeert samen met de verzekeraars de kwaliteit als startpunt te nemen in het contracteren. Voor het contracteren in 2014 zijn de uitvragen om kwaliteit te onderbouwen gegroeid. Met die uitgebreide onderbouwingen voldoet het Diaconessenhuis aan de inkoopspecificaties waar instellingen aan moeten voldoen om in aanmerking te komen voor een contract. Daarnaast worden minimale volumenormen gecontroleerd waarmee zorg wordt uitgesloten voor bepaalde instellingen. Sommige verzekeraars starten met keurmerken waar anderen er weer mee stoppen. Voorbeelden hiervan zijn de pluscertificaten van Achmea en het stoppen van de topzorgpredicaten van Menzis. In alle gevallen proberen we als Diaconessenhuis transparant te zijn in de kwaliteit richting verzekeraars.

Uiteindelijk heeft dit geresulteerd in gemaakte plafondafspraken op basis van zowel volume als prijsmutaties. Daarbij diende de realisatie van voorgaande jaren als basis. Zowel prijslijsten als contracten zijn voor het contracteren 2015 afgerond. Het begin van 2014 stond overigens nog wel in het teken van het afronden van het contracteren 2014. Tegelijkertijd merken we voor het contracteren 2015 dat er wederom een versnelling in doorlooptijd heeft plaatsgevonden.

Naast het contracteren is uitvoerig contact geweest met verzekeraars over de afronding van het transitiebedrag 2012. Na gezamenlijke ondertekening met verzekeraars is definitieve transitieformulier ingediend bij de NzA. Ook de afwikkeling van transitie wordt in gezamenlijkheid met verzekeraars opgepakt.

Tenslotte heeft in 2014 heeft ook het zelfonderzoek voor 2012 en 2013 plaatsgevonden. Later in het jaar kwam pas duidelijkheid over het beoordelings- en afrondingsproces met verzekeraars. Eind 2014, met een kleine doorloop begin 2015, is de verwachting dat tot een goede afronding kan worden gekomen met verzekeraars.

6

De mening van meerdere patienten in het klanttevredenheidsonderzoek:

***“Dank voor het telefoontje thuis van de dagverpleging
de dag na de ingreep!”***

***“De coördinatie tussen disciplines moet groeien:
betere communicatie tussen de behandelende artsen zodat niet ieder
op het eigen, specialistische eiland werkt.”***

6 FINANCIËEL BELEID

6.1 Algemeen

Op concernniveau zien we in 2014 het resultaat terug van voorzichtigheid in de afgelopen twee jaren ten aanzien van transitiefinanciering. Daar waar we in de afgelopen twee jaren voorzichtigheid hebben betracht in het inschatten van onze transitieafdracht, zien we dit jaar een meevaller vanuit het transitiefonds het resultaat grotendeels bepalen.

Een nette registratie is de basis voor die inschatting geweest, en is ook de basis voor sturing binnen het Diaconessenhuis. Vanuit dat perspectief is veel aandacht voor het vertalen van wijzigingen in wet- en regelgeving in nieuwe registraties in ons Ziekenhuis Informatie Systeem, maar worden deze ook zo snel mogelijk vertaald in goede controles. Daarin laten we ons sinds 2013 helpen door een externe partij die ons een spiegel voorhoudt waarbij doelmatigheid en rechtmatigheid het uitgangspunt zijn. Alhoewel nog voldoende aangrijpingspunten, hebben we met het zelfonderzoek gezien dat voldoende aandacht en energie op de registratieprocessen zijn vruchten begint af te werpen.

Vanuit die goede basisregistratie hebben we de interne sturing ook in 2014 gebaseerd op de externe werkelijkheid. Interne sturing van Resultaat Verantwoordelijke Eenheden is gebaseerd op wat extern wordt binnengehaald. RVE's zien in hun exploitatie de volledig gefactureerde omzet terug en hebben daarmee de verantwoordelijkheid om op basis van die omzet productiefaciliteiten en kostenniveau zelf bij te sturen. Gebleken is dat dit een complex vraagstuk is, mede vanwege de vele stelselwijzigingen. In 2015 wordt meer nadruk gelegd binnen RVE op sturing op zorgactiviteiten en aanvullend op omzet.

Vanuit die voornamelijk decentrale exploitatie is centraal voldoende ruimte vrijgehouden om investeringen in apparatuur en bouw mogelijk te maken. De in 2010 gemaakte afspraken met banken hebben geleid tot het aantrekken van leningen eind 2013 voor toekomstige investeringen. Daarvan zien we in 2014 de hogere interestlasten als resultante. Hierdoor zijn ook naast vertraging in de bouw, maar ook snelle facturatie, lage vorderingen en goede financiering van het onderhandenwerk de liquiditeiten ruimer dan gepland. Met de enorme wijzigingen in productstructuur en het potentiële effect op onze kasstromen, kiezen we ervoor deze liquiditeiten voorlopig aan te houden als back-up voor risico's die eventueel gaan ontstaan vanuit wijzigingen in DBC-systematiek.

6.2 Ontwikkeling van het resultaat

Het financieel resultaat over 2014 is € 8,6 miljoen, € 3,6 miljoen hoger dan vorig jaar.

De stijging van het resultaat wordt o.a. veroorzaakt door de volgende ontwikkelingen:

- Vrijval reservering transitiebedrag, dat in 2013 als reservering opgenomen was;
- Hogere opbrengst overige zorgproducten (groei en uitbreiding van dure geneesmiddelen en add on's IC).

Daar tegenover staan de volgende ontwikkelingen t.o.v. vorig jaar:

- Lagere subsidie AIOS i.v.m. afbouw tot 2017 vanuit ministerie;
- Hogere personeelskosten in loondienst (hogere brutosalarissen door hogere personeelsinzet, hogere WAO premie en pensioenpremie);
- Hogere kosten personeel niet in loondienst (als gevolg van genomen besluiten t.a.v. verbeterplannen);
- Hogere algemene kosten (advieskosten, betaalde schadevergoedingen, juridische kosten);
- Hogere patiëntgebonden kosten ((bijzondere) geneesmiddelen, heeft relatie met de opbrengsten);
- Hogere rentekosten (extra leningen aangetrokken).

6.3 Bedrijfsopbrengsten

De bedrijfsopbrengsten stegen met € 19,8 miljoen naar het niveau van € 205 miljoen. Hieronder de uitsplitsing per onderdeel.

	2012	2013	2014
Omzet zorgprestaties	€ 167.247.416	€ 168.231.344	€ 169.546.904
Opbrengsten in opdracht van andere instellingen	€ 1.462.093	€ 1.360.152	€ 1.476.040
Subsidie	€ 9.295.971	€ 10.057.854	€ 9.908.937
Overige bedrijfsopbrengsten	€ 12.845.166	€ 15.328.675	€ 16.043.965
Incidentele correcties	- € 10.082.944	- € 9.938.692	€ 8.179.568
	€ 180.767.702	€ 185.039.333	€ 205.155.414

In deze paragraaf wordt nader toegelicht hoe stijging van de omzet tot stand gekomen is. De omzetsijging is deels het gevolg van de ontwikkeling 'omzet zorgprestaties'. Deze ontwikkeling wordt nader uitgesplitst per schadejaar. Voor een groot deel is de ontwikkeling het gevolg van 'incidentele correcties'. Ook deze incidentele correcties worden nader toegelicht. Tot slot wordt nader ingegaan op de ontwikkeling van subsidie en overige bedrijfsopbrengsten.

Omzet zorgprestaties

In onderstaand overzicht is de omzet gesplitst in enerzijds DBC-omzet en OZP-omzet en anderzijds schadejaar en boekjaar. Zichtbaar is dat onder aan de streep de omzet de afgelopen jaren beperkt is gestegen.

		Boekjaar		
		2012	2013	2014
DBC	Schadejaar 2011 (e.v.)	€ 32.733.909		
	OHW	- € 14.545.777		
	Schadejaar 2012	€ 108.032.265	€ 38.846.616	
	OHW	€ 20.099.732	- € 20.099.732	
	Schadejaar 2013		€ 102.748.328	€ 38.613.270
	OHW		€ 22.828.840	- € 22.828.840
	Schadejaar 2014			€ 103.446.591
	OHW			€ 22.838.426
OZP		€ 20.927.286	€ 23.907.292	€ 27.477.452
		€ 167.247.416	€ 168.231.344	€ 169.546.904

Waar de 'overige OZP' (voornamelijk eerstelijns omzet) stijgt met iets meer dan de prijsstijging, zit de echte stijging in de toename van de dure geneesmiddelen en (vooral in 2014) de groei van de IC-omzet.

Incidentele correcties

Met de invoering van de nieuwe bekostigingssystematiek in 2013 is het vergelijken van omzet tussen boekjaren steeds moeilijker geworden. Omzet binnen een schadejaar wordt geboekt in twee (of meer) boekjaren en is onderverdeeld in DBC-omzet en OZP-omzet. Daarnaast leiden plafondatafspraken er toe dat omzet die feitelijk wel gefactureerd is, niet hoeft te worden betaald en daarom niet in de jaarrekening wordt opgenomen. Tot slot heeft de dreiging van het terugbetalen van grote bedragen vanwege de 'transitie' happen genomen uit de gerealiseerde omzet in 2012 en 2013.

Zichtbaar is dat zowel in 2012 als in 2013 de opbrengsten voor ongeveer € 10 miljoen negatief zijn gecorrigeerd. In 2012 was dit voornamelijk het gevolg van het (voorzien van) schadeplafond overschrijding (€ 6 miljoen) en een eerste reservering transitie (€ 4 miljoen). In 2013 was dit voornamelijk het gevolg van de verdere reservering transitie (€ 9 miljoen) en nog een kleine extra afroaming als gevolg van de plafondoverschrijding in 2012 (€ 1 miljoen).

In 2014 is er geen plafondoverschrijding. Wel is gebleken dat de reserveringen in 2012 en 2013 hoger waren dan in werkelijkheid benodigd (effect € 10 miljoen). Hier tegenover stond onder andere dat het onderhandenwerk werd gecorrigeerd op de balans met terugwerkende kracht (effect - € 1 miljoen).

Subsidies en overige bedrijfsopbrengsten

De subsidie is in 2014 ongeveer een miljoen euro lager dan in 2013. De daling in de ontvangen subsidie wordt voornamelijk veroorzaakt door de beschikbaarheidsbijdrage AIOS. Wegens een bezuinigingsmaatregel vanuit VWS ('kunduzakkoord') daalt het subsidiebedrag per fte AIOS tot 2017 ieder jaar. Dit betekent dat ook in 2015 deze subsidie verder zal dalen.

Waar de overige opbrengsten in 2013 nog flink stegen zijn deze in 2014 licht gedaald. Per saldo steeg de omzet van de poliklinische apotheek licht, maar er werden minder kosten doorbelast aan de maatschappen (hiertegenover staan ook lagere kosten). Op totaal ziekenhuisniveau waren de veranderingen zeer beperkt.

6.4 Kosten

De lasten stegen met € 11,5 miljoen naar een niveau van € 196,5 miljoen.

Personeelskosten

De uitgaven voor personeelskosten zijn met € 108,3 miljoen, € 4,5 miljoen hoger dan in 2013 als gevolg van hogere bruto salarissen (CAO wijziging per 1 juni 2013) en gewijzigde premies en grondslagen voor sociale lasten en pensioenen. Als gevolg van een stijging van de premie WAO van 4,65% naar 4,95% en de invoering van een opslag kinderopvang van 0,5% zijn de sociale lasten in 2014 € 1,1 miljoen hoger dan in 2013. T.o.v. 2013 is er in 2014 € 0,5 miljoen meer uitgegeven aan PNIL. De gemiddelde inzet van personeel in loondienst is daarentegen afgenomen met 9,2 fte. De reservering voor niet besteedde PLB-uren is toegenomen tot € 6,5 miljoen.

Overige bedrijfskosten

De overige bedrijfskosten zijn met € 11,0 miljoen gestegen naar € 67,8 miljoen. De groei van de overige bedrijfskosten wordt voornamelijk veroorzaakt door hogere patiëntgebonden kosten (€ 4,3 miljoen), en hogere algemene kosten (€ 2,7 miljoen) en onderhoud en energiekosten (€ 2,0 miljoen).

De patiëntgebonden kosten zijn gestegen door een toename van kosten dure geneesmiddelen (€ 2,7 miljoen). Daarvan wordt € 0,4 miljoen verklaard door de overheveling van fertiliteitsmiddelen van GVS-budget naar de ziekenhuisbekostiging, € 0,3 miljoen door een BTW-boeking uit 2012 geboekt in 2013. Daarnaast is het aantal patiënten op dit aandachtsgebied gegroeid met bijna 6%. Tegenover de hogere kosten voor dure geneesmiddelen staat ook hogere omzet. Daarnaast worden de hogere patiëntgebonden kosten verklaard door hogere kosten voor reguliere geneesmiddelen (€ 0,3 miljoen) en kosten implantaten (€ 0,2 miljoen).

De stijging van de Algemene kosten t.o.v. 2013 wordt veroorzaakt door hogere advieskosten en juridische kosten (€ 0,9 miljoen hoger), hogere kosten betaalde schadevergoedingen (€ 0,5 miljoen) en kosten projecten (€ 0,9 miljoen). De hogere kosten onderhoud komen door een extra dotatie aan het onderhoudsplan vanwege asbestsanering (€ 1,0 miljoen) en een vrijval van de voorziening in 2013.

Afschrijvingen en financiële baten / lasten

Conform afspraken met banken zijn er in 2013 extra leningen aangetrokken waardoor de interestkosten in 2014 met € 4,9 miljoen ruim € 1,0 miljoen hoger zijn dan in 2013.

6.5 Balansposities

In de jaarrekening wordt een toelichting gegeven op de balanspositie. In deze paragraaf wordt een nadere toelichting gegeven op de grote verschillen tussen de balans per 31 december 2014 en 31 december 2013.

Het saldo onderhandenwerk uit hoofde van DBC's is in 2014 € 5,2 miljoen lager dan een jaar eerder. Drie grote wijzigingen zijn:

- De waardering van het onderhandenwerk naar 95% (schattingswijziging, effect € 1,2 miljoen). Voortschrijdend inzicht heeft gebracht dat een deel van de productie die wordt gedaan in 2015 de waarde van het onderhanden werk niet laat toenemen. De waarde van het onderhanden werk wordt conform branche afspraken gewaardeerd op facturatiewaarde.
- Het ontvangen van een bevoorschotting op het onderhandenwerk door een zorgverzekeraar van € 5,0 miljoen.
- Verder nam het deel van de bevoorschotting dat aan de specialisten is uitbetaald als voorschot op hun honorarium toe met € 1,5 miljoen.

De langlopende schulden zijn gedaald met € 8,1 miljoen, gelijk aan het aflossingsschema. Er zijn geen nieuwe leningen aangetrokken, vanwege een goede liquiditeitspositie. Er liepen geen leningen af, ook waren er geen rentewijzigingen.

De schuld uit hoofd van de transitieregeling is gedaald met € 5,0 miljoen. In 2014 zijn de definitieve beschikkingen ontvangen waarin het positieve resultaat van het bezwaar tegen de voorlopige beschikkingen is verwerkt. Voorzichtigheidshalve was in 2013 het te betalen bedrag opgenomen van het tweezijdig ingediende formulier. Daarnaast is de voorziening onder kortlopende schulden hiervoor vrijgevallen van € 5,7 miljoen. Dit is niet zichtbaar in de balans omdat:

- in 2015 nieuwe reserveringen zijn getroffen van € 1,5 miljoen inzake diverse lopende kwaliteitsprojecten;
- toename PLB en vakantiedagen ad € 1,7 miljoen vanwege niet opgenomen vrije dagen;
- toename crediteuren ad € 2,6 miljoen vanwege een grotere hoeveelheid facturen.

7

De mening van meerdere patiënten in het klanttevredenheidsonderzoek:

"Ik vind dat de communicatie tussen patiënt en arts stukken is verbeterd ten opzichte van jaren geleden. Toen stond er iedere dag een andere arts naast mijn bed en moest ik steeds opnieuw mijn verhaal doen. Nu had ik een vaste arts. Bij twijfel op een vraag werd er navraag gedaan. Liever dat dan dat er maar iets geroepen wordt. Al met al zeer tevreden"

Voorwoord

2014 stond voor het Bestuur Medische Staf (BMS) voor een belangrijk deel in het teken van een conflict met de Raad van Bestuur (RvB). De directe aanleiding voor dit conflict was een aantal calamiteiten waarvan de IGZ vond dat het ziekenhuis, inclusief de medische staf, niet voldoende lering uit trok. Uiteindelijk heeft dit conflict geresulteerd in het zoeken naar de oorzaken hiervan door middel van een breed en onafhankelijk onderzoek naar problemen in en rondom het operatiekamercomplex. De resultaten van dit onderzoek zijn ook onder de staf breed uitgedragen en hebben geleid tot een bewustwording van problemen op diverse gebieden. Ook hebben de resultaten van het onderzoek geleid tot een nieuwe dynamiek in het ziekenhuis gericht op blijvende veranderingen en nadruk op een cultuur waarin optimaal van fouten geleerd kan worden. Met de nieuwe (interim-)voorzitter van de RvB wordt inmiddels eendrachtig gewerkt aan het verder uitwerken van het plan van aanpak dat is gemaakt op basis van de conclusies van het onderzoek.

Tegelijkertijd stond 2014 in het teken van de invoering van integrale tarieven in de medisch-specialistische zorg per 1 januari 2015. Daarbij is de splitsing tussen het ziekenhuiskostendeel en het honorarium medisch specialisten komen te vervallen. Om die reden is de medische staf per 1 januari 2015 georganiseerd in het Medisch Specialistisch Bedrijf Domstad (MSBD) voor de vrijgevestigde medisch specialisten en de Vereniging voor Specialisten in Dienstverband Diakonessenhuis (VSDD). Deze nieuwe organisatiestructuur heeft geleid tot heldere afspraken tussen het ziekenhuis en de medische staf (MSBD en VSDD) over kwaliteitsonderwerpen zoals:

- IFMS: individueel functioneren medisch specialisten;
- een verbeterde werkwijze calamiteitenonderzoek;
- multidisciplinaire complicatiebespreking;
- dossieronderzoek;
- medicatieverificatie.

Het Bestuur Medische Staf heeft er alle vertrouwen in dat dit een start is voor een samenwerking die zo goed als mogelijk de kwaliteit van zorg voor de patiënt borgt.

Organisatie Bestuur Medische Staf

Het Bestuur Medische Staf (BMS) vertegenwoordigt de belangen van de 175 leden tellende leden van de medische staf, bestaande uit 140 medisch specialisten in vrije vestiging en 35 leden in dienstverband. Onder de laatste groep vallen ook de geestelijk verzorgers, medisch psychologen, ziekenhuisapothekers en de klinisch fysicus. Naast de taken die behoren tot de functie zijn de leden van het BMS belast met een aantal inhoudelijke portefeuilles, zoals kwaliteit en patientveiligheid, ICT, poli(klinische) capaciteit en bouwzaken.

Het BMS wordt administratief en beleidsmatig ondersteund door een secretaresse en een ambtelijk secretaris (in totaal 1.5 fte). Deze ondersteuning is van belang om de continuïteit van processen te bewaken en voor kennisoverdracht bij bestuurswisselingen.

Tabel 17: Samenstelling Bestuur Medische Staf

Naam	Bestuursfunctie
J. Kloosterman, kaakchirurg	Voorzitter (tot 05-03-2014)
M. Pekelharing-Berghuis, kinderarts	Secretaris (tot 05-03-2014) Voorzitter (per 25-03-2014)
Dr. S.F.T. Thijsen, arts-microbioloog	Vicevoorzitter
Dr. J.J. Oudejans, patholoog	Secretaris (per 13-05-2014)
Dr. M.Th.M. van Rens, longarts	Penningmeester
S. Oedit Doebé, intensivist	Lid
Dr. G.J. Clevers, chirurg	Lid (per 16-07-2014)

Overlegvormen

De medische staf komt bij elkaar in verschillende overlegvormen, te weten de kernstafvergadering, de stafparade en in overige overlegvormen.

Kernstafvergadering

De leden van de medische staf komen elke maand bijeen tijdens de kernstafvergadering. Het doel van de kernstafvergadering is het informeren van de achterban over (voorgenomen) bestuursbesluiten en met elkaar van gedachten te wisselen over medisch inhoudelijke en strategische thema's. Vaste onderwerpen zijn 'Kwaliteit en patientveiligheid' en 'Uitgelicht', waarbij vakgroepen de mogelijkheid wordt geboden om een nieuwe onderzoek- of behandelmethode of speciaal spreekuur onder de aandacht te brengen. In 2014 waren er onder andere presentaties door de klinisch fysicus, het samenwerkingsverband Diakonessenhuis-UMCU 'Darmcentrum Midden Nederland' en de arts verstandelijk gehandicapten.

Tenminste één keer per jaar staat de vergadering in het teken van een speciaal thema. Dit jaar stond in het teken van Just Culture. Wolfgang Schlack, anesthesist en hoofd afdeling anesthesiologie van het AMC, sprak op inspirerende wijze over hoe Just Culture in het AMC met succes is ingevoerd. Hij maakte duidelijk dat er sprake is van Just Culture wanneer een zorgverlener, die betrokken was bij een calamiteit, beoordeeld wordt op basis van zijn gedrag voorafgaand aan die calamiteit en niet op basis van de ernst van de uitkomst. Vooraf moet helder zijn waar de grens van acceptabel gedrag ligt en eenduidig worden opgetreden bij overtredingen. Just Culture gaat ervan uit dat de meeste mensen hun best doen om werk te leveren waar ze trots op kunnen zijn. Het biedt dan ook ruimte voor een veilige werkomgeving waarin gezamenlijk gedragsnormen afgesproken kunnen worden. Andere onderwerpen die in 2014 aan de orde kwamen:

- Herziening richtlijn hoofd- en medebehandelaarschap;
- Aangepaste reanimatiecodering;
- Dossieronderzoek bij overleden patiënten;
- Klantbeloften;
- Uitkomsten bevlogenheidstudie onder de leden medische staf;
- Presentatie jaarverslag van de vakgroep Kindergeneeskunde;
- Pilot authentiek leiderschap.

Stafparade

Op 10 oktober 2014 werd voor de tweede maal de Stafparade georganiseerd. Deze keer in het gebouw van de Koninklijke Munt, een historische en karakteristieke locatie in het hart van Utrecht. Tijdens de Stafparade kregen de 33 vakgroepen de gelegenheid om aan elkaar te laten zien waar zij voor staan en waarin zij uitblinken. Diverse nieuwe behandelmethoden werden op uiteenlopende wijze gedemonstreerd. Al met al kunnen we terugkijken op een inspirerende en leerzame avond.

Overige overleggen

Het tweewekelijks beleidsoverleg tussen het BMS en de RvB werd in de loop van 2014 opgeschort in verband met de vertrouwenscrisis en is in het najaar van 2014 weer opgepakt. .

Patiëntveiligheid en kwaliteit

Patiëntveiligheid en kwaliteit komt ondermeer tot uiting in de onderstaande activiteiten (zie ook hoofdstuk 4):

- Diakcheck operatief proces is in 2014 voortvarend opgepakt. Er vinden regelmatig overleggen plaats met de werkgroep. Ook zijn de time-out procedures succesvol geïmplementeerd in het (peri- en post)operatieve proces.
- Medisch Specialistische Overdracht (MSO): sinds de invoering in juni 2013 worden dagelijks alle (potentieel) vitaal bedreigde patiënten overgedragen. Het doel van deze multidisciplinaire overdracht is een betere bewustwording van het gebruik van SIT-systematiek en herkenning van de vitaal bedreigde patiënt te bereiken.
- Spoed Interventie Team (SIT): operationeel op alle klinische en poliklinische afdelingen op de locaties Utrecht en Zeist. Het SIT-team heeft tot doel door vroege herkenning en behandeling van de vitaal bedreigde patiënt het aantal reanimaties en heropnames op IC te reduceren.
- Dossieronderzoek: met het oprichten van een commissie waarin naast medisch specialisten ook verpleegkundigen zitting hebben, is een start gemaakt met systematisch beoordelen van dossiers van overleden patiënten. Dossieronderzoek is belangrijk omdat het inzicht geeft in de aard en omvang van onbedoelde en wellicht vermijdbare zorg gerelateerde schade.

- Calamiteiten Onderzoek Groep (COG): in de zomer van 2014 is een start gemaakt om de procedure rondom calamiteiten (melding, onderzoek en uitzetten en opvolgen verbetermaatregelen) te optimaliseren. De RvB heeft besloten om het calamiteitenonderzoek tijdelijk door een extern team te laten uitvoeren. Binnen de commissie wordt hard gewerkt om een intern calamiteitenteam te laten functioneren dat voldoet aan de eisen van de inspectie. Zodra de commissie operationeel is zal het onderzoeken van calamiteiten weer in eigen hand worden genomen.
- Multidisciplinaire Mortaliteits- en Complicatiebespreking (MMC): bij deze stafbrede en multidisciplinaire besprekingen worden casussen, ernstige complicaties en calamiteiten besproken. Er wordt gewerkt aan een nieuwe opzet, waarbij de focus ligt op verbetermaatregelen met als doel incidenten te voorkomen. De MCC nieuwe stijl gaat in het voorjaar 2015 van start.

Opleiding- en kwaliteitsvisities

De volgende vakgroepen werden in 2014 gevisiteerd.

Vakgroep	Datum	Soort visitatie
Anesthesiologie	04-11-14	opleiding
Dermatologie	20-11-14	kwaliteit
Pathologie	20-11-14	kwaliteit
Intensivisten (IC)	09-12-14	kwaliteit
Kindergeneeskunde	09-12-14	kwaliteit

Het Diaconessenhuis heeft een RGS (Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten)-erkenning voor de volgende (medische) vervolgoopleidingen: Anesthesie, Cardiologie (hartkatheterisatie en pacemakerimplantatie), Gynaecologie, Heelkunde, Inwendige Geneeskunde, Klinische Chemie, KNO, Longziekten (niet-invasieve beademing en slaap-gerelateerde ademhalingsstoornissen), Dermatologie (deelerkenning stage flebologie), Medische Microbiologie en Immunologie, Orthopedie, Pathologie en Ziekenhuisfarmacie.

Erkenningen overige specialismen: de vakgroep Medische Psychologie heeft een erkenning voor de opleiding tot gezondheidszorgpsycholoog en de opleiding tot klinisch psycholoog. Daarnaast verzorgt de vakgroep een stage binnen de masteropleiding psychologie.

IFMS: Individueel Functioneren Medisch Specialisten

Voor het einde van het jaar 2014 heeft het Bestuur Medische Staf zich gecommitteerd aan 100% deelname aan IFMS door medisch specialisten. Deze afspraak is tevens bekrachtigd in het jaargesprek met de IGZ alsmede door zorgverzekeraars als inkoopvoorwaarde opgenomen in de contractafspraken. Dit betekent dat elke medisch specialist tenminste eenmaal in de 24 maanden een individueel evaluatietraject doorloopt met een speciaal daar-toe getrainde collega medisch specialist. Dat de bereidheid onder de medisch specialisten om te participeren groot is blijkt wel uit de gemeenschappelijke inzet, waarmee een serieuze inhaalslag is gemaakt en de doelstelling is behaald.

Ook in 2014 is door de leden van de staf geïnvesteerd in een jaarlijkse training en nascholing van appraisors. Nieuwe appraisoren worden opgeleid in een tweedaagse, geaccrediteerde training georganiseerd door de Stichting Appraisal & Assessment. In 2014 zijn op deze wijze vijf medisch specialisten opgeleid, waarmee het totaal aantal appraisors op 26 is gekomen.

Figuur 18: Overzicht medisch specialisten en IFMS

Aantal leden medische staf (peildatum 31-12-2014)	175
Aantal appraisors:	26
Aantal doorlopen trajecten (dec 2012 - dec 2014):	175
Deelname IFMS:	100% *

* conform IGZ-prestatie-indicator: percentage medisch specialisten dat in de afgelopen 24 maanden een functioneringsgesprek heeft gevoerd (peildatum 31-12-2014).

Om te blijven voldoen aan de doelstelling dient iedere appraisor jaarlijks gemiddeld 3½ evaluatietrajecten te voeren met collega medisch specialisten.

Hoe verder in 2015:

- Uitbreiding van de commissie IFMS: per 10-12-2014 is een lid vanuit het BMS toegetreden.
- Professionalisering commissie: de commissie heeft een reglement waarin het doel, taken en vergaderfrequentie zijn beschreven.
- Vanaf 2014 wordt een jaarverslag IFMS opgesteld.
- BMS en commissie IFMS willen naast IFMS ook een vorm van 'groeps'-IFMS op vakgroep niveau initiëren. Hierbij wordt op basis van intervisiebijeenkomsten onder leiding van een externe deskundige het functioneren binnen de vakgroep alsmede het functioneren van de vakgroep binnen het ziekenhuis geëvalueerd. Onderzocht wordt hoe en met welke partijen hier het beste invulling aan gegeven kan gaan worden.
- Investering in een softwareprogramma t.b.v. ondersteuning planning/coördinatie IFMS.

Publicaties leden medische staf

Voor een overzicht van publicaties van de leden van de medische staf wordt verwezen naar bijlage 2 'publicaties en onderzoeksbijdragen 2014'.

8

De mening van meerdere patienten in het klanttevredenheidsonderzoek:

***“De wachtkamer van de poli bood weinig privacy.
Alle wachtenden kunnen gesprekken aan de balie volgen”***

“Fijn dat er Wi-Fi is!”

8 VERSLAG RAAD VAN TOEZICHT

Het jaar 2014 wordt gekenmerkt door een aantal bijzondere uitdagingen voor het Diaconessenhuis en al zijn medewerkers op het gebied van het borgen en verder verbeteren van de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Dit in samenhang met de besturing van het ziekenhuis, meer in het bijzonder met het oog op de relatie tussen de Medische Staf en de Raad van Bestuur. Dit alles heeft ook van de Raad van Toezicht intensieve aandacht gevraagd. Dat geldt voor elk van de drie vaste rollen van een Raad van Toezicht: toezicht houden, fungeren als klankbord voor de Raad van Bestuur en werkgever van de Raad van Bestuur.

Het onderstaande verslag geeft een beeld van de betrokkenheid van de Raad van Toezicht bij de besturing van het ziekenhuis. Daarbij waren vier thema's in het bijzonder van belang:

- kwaliteit en veiligheid van zorg, in het bijzonder de zorg op het operatiekamercomplex, de behandeling van incidenten en calamiteiten, en de relatie met de externe toezichthouder (IGZ): de instelling van geïntensiveerd en later van verscherpt toezicht;
- het functioneren van het leiderschap binnen het ziekenhuis: aanstelling van een interim-bestuurder en het vertrek van de voorzitter van de Raad van Bestuur;
- de relatie met de Medische Staf en de herstructurering van de Governance, ook als gevolg van de invoering van geïntegreerde tarieven in 2014;
- de relatie met de zorgverzekeraars en de toekomstbestendigheid van de financiering.

In mei 2014 wordt een aantal problemen die al langere tijd spelen door de Raad van Bestuur met de Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) besproken. Het gaat daarbij in het bijzonder om tekortkomingen uit een oogpunt van een professioneel leerklimaat. De Raad van Bestuur start vervolgens een verbeterprogramma op het OKC dat is gericht op het optimaliseren van de patiëntveiligheid en rapporteert hierover zeer frequent ook aan de Raad van Toezicht.

In juli 2014 besluit de IGZ het Diaconessenhuis onder geïntensiveerd toezicht te stellen. De IGZ spreekt expliciet uit dat de veiligheid van patiënten niet in het geding is. De Raad van Toezicht erkent het belang van die bijzondere aandacht en besluit ook zijn eigen - interne - toezicht op kwaliteits- en veiligheidsthema's verder te intensiveren. Op 13 november 2014 besluit de IGZ het Diaconessenhuis onder verscherpt toezicht te stellen.

De bestuurlijke situatie - in het bijzonder de verhouding tussen de Raad van Bestuur en het Bestuur van de Medische Staf - heeft veel aandacht gevraagd van de Raad van Toezicht. In juni zegt het Bestuur van de Medische Staf het vertrouwen in de Raad van Bestuur op. De Raad van Toezicht spreekt daarop met de belangrijkste gremia in huis en stelt in juli een plan van aanpak op om tot de-escalatie te komen. Het plan houdt in dat de Raad van Bestuur ad interim wordt versterkt met een derde lid. De Raad van Toezicht vindt daartoe de heer Van Alphen bereid. Hij krijgt de opdracht de verhouding met de Medische Staf te normaliseren en een aantal conflictueus gebleken zaken in de portefeuille kwaliteit en veiligheid aan te pakken.

In augustus geeft de Raad van Bestuur, met instemming van het Bestuur van de Medische Staf, opdracht aan een externe commissie om de onderliggende oorzaken van de problematiek te onderzoeken en aanbevelingen te doen om te komen tot verbetering. De Raad van Toezicht wordt door de onderzoekers rechtstreeks geïnformeerd over het eindrapport, dat in november wordt opgeleverd.

Begin november spreekt de Raad van Toezicht met de heer Florijn, voorzitter van de Raad van Bestuur, en wordt in overleg met hem besloten dat hij zijn functie per direct neerlegt. De reden is een zakelijk verschil van inzicht over het te voeren (kwaliteits)beleid. De Raad van Toezicht benoemt de heer Van Alphen tot voorzitter van de Raad van Bestuur.

Vergaderingen Raad van Toezicht en zijn commissies

De Raad van Toezicht kwam in 2014, naast zijn zes reguliere vergaderingen, zeven keer extra in vergadering bijeen (waarvan drie keer zonder aanwezigheid van de Raad van Bestuur). Prof. dr. J. Kievit was twee keer afwezig (14 juli en 29 oktober) en Mr. dr. M. Oosting was éénmaal afwezig (18 september). Aanleiding en onderwerpen waren: de besturing van het ziekenhuis, het actualiseren van het strategisch beleid voor de komende jaren, de invoering van integrale tarieven en het geïntensiveerde interne toezicht op kwaliteit en veiligheid. De Raad van Toezicht is op basis van structurele voortgangsrapportages geïnformeerd over dit beleid van het ziekenhuis.

In de mei-vergadering sprak de Raad van Toezicht met de accountant en keurde hij de jaarrekening goed. In november benoemde hij de heer C. Hameeteman (PwC) tot de nieuwe accountant (in verband met het beëindigen van de maximale zittingstermijn van de heer A. Hakbijl).

In juli evalueerde de Raad van Toezicht zijn eigen functioneren. Aandachtspunten daarbij waren het inwerkprogramma van de nieuwe leden en de informatievoorziening aan de Raad van Toezicht. Geconcludeerd werd dat deze qua vorm en inhoud een professionaliseringsslag behoeft.

In december besloot de Raad van Toezicht tot goedkeuring van het besluit van de Raad van Bestuur tot het aangaan van een samenwerkingsrelatie (via een samenwerkingsovereenkomst) met het Medisch Specialistisch Bedrijf Domstad, in verband met de invoering van integrale tarieven in 2015. Als uitvloeisel daarvan zijn ook de statuten van het ziekenhuis aangepast. Al enkele maanden eerder had de Raad van Toezicht een aantal criteria vastgesteld voor de toetsing van de beoogde samenwerking, en deze aan de onderhandelingspartners laten weten. Essentiële onderdelen daarvan zijn de borging van de kwaliteit en veiligheid, en de eindverantwoordelijkheid dienaangaande van de Raad van Bestuur.

Aansluitend aan drie vergaderingen sprak de Raad van Toezicht ter kennismaking over de dagelijkse gang van zaken met het management van drie resultaatverantwoordelijke eenheden.

Daarnaast vond periodiek overleg plaats tussen de voorzitter van de Raad van Toezicht en de (voorzitter van de) Raad van Bestuur.

Auditcommissie patiëntveiligheid en kwaliteit

De heer Schellekens werd belast met het voorzitterschap van de auditcommissie patiëntveiligheid en kwaliteit. Een van de uitdagingen in 2014 was om op een meer structurele, overzichtelijke en inhoudelijke wijze vorm te geven aan het toezicht op de kwaliteit en veiligheid van zorg. De auditcommissie vergaderde vijf keer en deed hierover steeds verslag in de vergadering van de Raad van Toezicht. De commissie sprak met de portefeuillehouder in de Raad van Bestuur onder meer over de op te stellen kwaliteitsagenda 2014, de claimafhandeling, HSMR/SMR en de voortgang van de verbeterpunten die de IGZ in haar rapporten van juli en november heeft benoemd. De auditcommissie legde twee werkbezoeken af: aan de afdeling ouderengeneeskunde en aan de Intensive Care.

Auditcommissie financiën

De auditcommissie financiën kwam in 2014 vier keer bijeen en sprak met de portefeuillehouder in de Raad van Bestuur over reguliere onderwerpen zoals het financieel beleid en beheer, het verkooptraject met de zorgverzekeraars, betrouwbaarheid en fraudegevoeligheid declaraties aan ziektekostenverzekeraars, de voortgang van renovatie- en (ver)bouwprojecten en de financieel economische positie van het ziekenhuis. Daarnaast ging in 2014 specifieke aandacht uit naar de jaarrekening 2013 en het accountantsverslag 2013, de invoering van integrale tarieven in 2015 en de benoeming van de nieuwe accountant. Ook voor deze auditcommissie geldt dat zij over haar werkzaamheden rapporteerde in de vergaderingen van de Raad van Toezicht, ter voorbereiding van daar te nemen besluiten.

Remuneratiecommissie

De remuneratiecommissie had in juni het jaarlijkse resultaats- en ontwikkelingsgesprek met ieder van de beide leden van de Raad van Bestuur. Hij overlegde met de heer Van Alphen over diens aanstelling als bestuurder ad interim (inclusief nevenfuncties) en met de vertegenwoordiger van de heer Florijn over de vaststellingsovereenkomst ter beëindiging van zijn dienstverband.

Relatie met (advies)organen

In 2014 heeft de Raad van Toezicht, plenair dan wel via een van zijn leden, gesproken met de interne adviesorganen:

- Cliëntenraad

Naast het reguliere halfjaarlijkse overleg is nog drie keer met een vertegenwoordiging van de Cliëntenraad gesproken, met als onderwerpen de situatie op het OKC en de besturing van het ziekenhuis. Daarnaast is gesproken over de samenwerking tussen de Raad van Toezicht en de Cliëntenraad.

- Ondernemingsraad

De heer Koolstra heeft drie keer een overlegvergadering van de Ondernemingsraad bijgewoond. Daarnaast is twee keer met het dagelijks bestuur van de Ondernemingsraad gesproken over de besturing van het ziekenhuis.

- Bestuur Medische Staf
Naast het reguliere halfjaarlijkse overleg met het Bestuur van de Medische Staf is vanaf mei zeven keer met het Bestuur van de Medische Staf gesproken: over de situatie op het OKC, het externe toezicht en de besturing van het ziekenhuis.
- Verpleegkundige Raad
Twee keer is gesproken met het bestuur van de Verpleegkundige Raad: over de situatie op het OKC en de besturing van het ziekenhuis.

Op uitnodiging van de IGZ sprak een vertegenwoordiging van de Raad van Toezicht twee keer met de IGZ over de kwaliteit en veiligheid in het Diaconessenhuis. Het eerste gesprek vond plaats op 28 mei met de heren Oosting en Kievit; hierbij was de voorzitter van de Raad van Bestuur als toehoorder aanwezig. Op 7 november vond een tweede gesprek van de IGZ plaats, met de heren Oosting en Kievit en het lid van de Raad van Bestuur.

De voorzitter Raad van Bestuur en de voorzitter Raad van Toezicht spraken in juli en november met vertegenwoordigers van de banken, over de bestuurlijke situatie van het Diaconessenhuis en het door de IGZ ingestelde geïntensiverde en later verscherpte toezicht.

Samenstelling en bezoldiging Raad van Toezicht

De Raad van Toezicht verwelkomde op 1 januari 2014 twee nieuwe leden, de heren Kievit en Schellekens, beiden met specifieke kennis en ervaring op het gebied van kwaliteit en veiligheid van zorg. Daarmee is de algehele vernieuwing van de raad, die vanaf 2012 plaatsvond als gevolg van het eindigen van statutaire zittingstermijnen, afgerond. De samenstelling van de Raad van Toezicht is zodanig dat relevante kennisgebieden vertegenwoordigd zijn, de leden onafhankelijk zijn van het ziekenhuis en er geen sprake is van belangenverstrengeling.

Figuur 19: Samenstelling en nevenfuncties leden Raad van Toezicht

Naam	Functie	Nevenfuncties
Mr. dr. M. Oosting <i>Voormalige hoofdfunctie:</i> Lid Raad van State	Voorzitter RvT Lid auditcommissie patiëntveiligheid Voorzitter renumratiecommissie	• Voorzitter Stuurgroep Integriteitsonderzoek Sint Maarten (tot 1-9-2014) • Voorzitter Commissie individuele schrijvende gevallen • Lid bestuur Kirchheiner Stichting
Mr. R.H.M. Jansen <i>Hoofdfunctie:</i> Voorzitter College van Bestuur SSR te Utrecht, tevens Rector van de RAIO-opleiding	Lid RvT Lid auditcommissie financiën	• Lid adviesgroep HRM van de Raad voor de Rechtspraak • Voorzitter Steering Committee European judicial Training Network • Lid landelijke Selectiecommissie Rechterlijke Macht • Extern voorzitter klachtencommissie Vereniging Partos • Adviser judicial training American Bar Association • Lid Raad van Opdrachtgevers Landelijk Dienstencentrum voor de Rechtspraak
Prof. dr. J. Kievit <i>Hoofdfunctie:</i> Hoogleraar medische besliskunde, hoofd medische besliskunde, chirurg LUMC	Vicevoorzitter RvT Lid auditcommissie patiëntveiligheid en kwaliteit	• Lid kwaliteitsconsortium en lid denktank Nederlandse Federatie Universitair Medische Centra • Lid/vicevoorzitter raadscommissie Gezondheidsraad en lid presidiumcommissie gezondheidsonderzoek • Lid adviescommissie Pakket, voorzitter ad-hoc commissies Begrippenkader Gepaste Zorg en Praktijkvariatie, lid tijdelijke commissie Richtlijnen Kosten-effectiviteitsonderzoek Zorginstituut Nederland • Lid stuurgroep Passende Zorg in de laatste levensfase KNMG

Naam	Functie	Nevenfuncties
B. Koolstra <i>Voormalige hoofd- functie:</i> Partner PwC	Lid/vicevoorzitter RvT Voorzitter auditcommissie financiën Lid renumeratiecommissie	• Lid Raad van Toezicht Zorggroep West-Alblasserwaard • Beleidsadviseur via Labour Management BV • Docent en adviseur Hemingway Professional Governance
W.M.L.C.M. Schellekens, arts <i>Voormalige hoofd functie:</i> Hoofdinspecteur Curatieve Gezondheidszorg bij de IGZ	Lid RvT Voorzitter auditcommissie patiëntveiligheid en kwaliteit	• Strategisch adviseur gezondheidszorg • Lid Raad van Toezicht Ipse de Bruggen (gehandicapten- zorg) • Voorzitter adviesraad DICA • Cursusleider van de masterclass Kwaliteit en Financiën van het Julius Centrum UMCU (samen met prof. Schrijvers) • Kennispartner bij Partner in Toezicht

Het beleid van de Raad van Toezicht voor hun honorering is conform de WNT en de klassenindeling. De voorzitter en de leden van de Raad van Toezicht vallen onder het overgangsrecht. Voor exacte gegevens wordt verwezen naar de jaarrekening.

9

De mening van meerdere patiënten in het klanttevredenheidsonderzoek:

“Het was mij onduidelijk hoe snel de huisarts op de hoogte wordt gesteld van de uitslag van een onderzoek.”

“Toen ik de volgende dag de huisarts belde om de uitslag door te geven, bleek ook het Diakonessenhuis de uitslag te hebben gemaïld.”

9 ACTUELE ONTWIKKELINGEN

9.1 Rechtmatigheid in de zorg

Correct declareren is een belangrijk speerpunt in het beleid van het Diaconessenhuis. Dat betekent dat wij proactief maatregelen nemen om de juistheid, tijdigheid en volledigheid van onze declaraties te waarborgen. Medewerkers en medisch specialisten worden regelmatig geïnformeerd over dit onderwerp. Wanneer uit signalen blijkt dat er ondanks de voorzorgsmaatregelen toch sprake is van een onrechtmatige declaratie, wordt daar actie op ondernomen.

Het Diaconessenhuis (h)erkent haar maatschappelijke verantwoordelijkheid voor een verantwoorde besteding van zorggelden. Daarom toetsen wij onze declaraties niet alleen aan de formele wet- en regelgeving, maar laten wij ook de doelmatigheid van onze declaraties onderzoeken door een onafhankelijke derde partij. Het Diaconessenhuis is aspirant-deelnemer van het DDD-partnership: een verbond tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraar Achmea, gefaciliteerd door onafhankelijk onderzoeksbureau i2i.

Zelfonderzoek correct declareren

In 2013 werd landelijk geconstateerd dat de wet- en regelgeving voor correct declareren omgeven was door onzekerheden over het normenkader. In 2014 kwam deze onzekerheid tot uiting in signalen van de NBA over de jaarrekeningen van ziekenhuizen. De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft de branchepartijen daarop verzocht tot een oplossing te komen. Dit heeft geresulteerd in het in juni 2014 door de NVZ, NFU en ZN gepresenteerde plan van aanpak. In dit plan stond vrijwillige deelname aan het Zelfonderzoek Correct Declareren centraal. Voor het Diaconessenhuis was het vanzelfsprekend om deel te nemen aan het Zelfonderzoek.

De uitkomsten van het Zelfonderzoek van het Diaconessenhuis bevestigen de inspanningen die al in 2013 proactief zijn geleverd voor correct declareren. Landelijk is de gevonden financiële impact het grootst voor de onrechtmatige registratie van polikliniekbezoeken, verpleegdagen en dagverplegingen. Binnen het Diaconessenhuis is de impact hiervan beperkt, dankzij de inspanningen die al in 2013 zijn gedaan om de registratie te verbeteren. Bovendien is geconstateerd dat er geen onrechtmatige zorg is verleend. Aan de basis van de hoogte van het bedrag liggen voornamelijk onvolledige prijsafspraken ten grondslag (met terugwerkende kracht worden wel de profielen aangepast, maar vindt geen centrale correctie plaats op de prijsopbouw) en niet onterecht in rekening gebrachte behandelingen en onderzoeken.

Handreiking rechtmatigheidscontroles 2014

Voor 2014 is de Handreiking Rechtmatigheidscontroles opgesteld door de branchepartijen NVZ, NFU en ZN. Deze handreiking geeft richting aan de controles die ziekenhuizen zelf kunnen uitvoeren over het declaratiejaar 2014. Indien er fouten worden gevonden, moeten deze zoveel als mogelijk in de bronregistratie worden gecorrigeerd en middels het declaratieverkeer worden gecrediteerd bij de zorgverzekeraar. Vooruitlopend op de Handreiking is het Diaconessenhuis eind 2014 reeds begonnen om op basis van data-analyses de declaraties uit 2014 te controleren en zo nodig te corrigeren.

De definitieve handreiking is in 2015 beschikbaar gekomen en het interne onderzoek loopt. De belangrijkste controles zijn inmiddels uitgevoerd en voor een deel in de facturatie van 2014 verwerkt. Voor het deel wat reeds is gefactureerd in de facturatie in 2015 en nog te controleren items is een voorziening opgenomen onder de debiteuren.

Controle aan de basis

De complexiteit van de DBC-systematiek roept maatschappelijk vragen op. Patiënten stellen zich kritisch op ten aanzien van de zorgkosten. Zorgkosten zijn door zorgverzekeraars en ziekenhuizen lastig uit te leggen voor een individuele consument. Dankzij de in 2014 ingevoerde gespecificeerde zorgnota kunnen patiënten en zorgverzekeraars steeds beter over onze schouder meekijken. Een zorgnota die ook nog eens sneller wordt gedeclareerd, vanwege de doorlooptijdverkortung van 365 naar 120 dagen.

Ook in 2015 wordt dus een groot beroep gedaan op het Diaconessenhuis om zich te verzekeren van een juiste, volledige en tijdige bronregistratie. Dat stelt ons voor de opgave om de controle op de voorkant van het administratief proces, de bronregistratie, te vergroten en goed op orde te hebben. Het Diaconessenhuis is blij met de duidelijkheid die de NZa heeft gegeven over de regelgeving en het normenkader voor 2015. Dankzij deze duidelijkheid en de inzichten die het Zelfonderzoek en de rechtmatigheidscontroles hebben opgeleverd, hebben wij belangrijke middelen in handen om de bronregistratie in 2015 nog verder te verbeteren.

9.2 Integrale tarieven per 1-1-2015

Per 1 januari 2015 vindt een belangrijke verandering plaats in ziekenhuizen. Vanaf dat moment kent de medisch specialistische zorg integrale tarieven: het ziekenhuis ontvangt één tarief voor de ziekenhuiskosten en de honoraria van medisch specialisten. Dit betekent dat de Raad van Bestuur met de medisch specialisten van het Diaconessenhuis afspraken maakt over hun honoraria.

Voor de vrijgevestigde medisch specialisten in het Diaconessenhuis betekent deze verandering ook dat zij zich per 1 januari anders zijn gaan organiseren om hun vrijgevestigde status te behouden. De Raad van Toezicht heeft vooraf een aantal toetsingscriteria geformuleerd. De Raad van Bestuur heeft met een onderhandeldelegatie van de medisch specialisten de nieuwe samenwerkingsvorm nader uitgewerkt. Dit heeft geleid tot het feit dat de medisch specialisten zich hebben verenigd in de Coöperatie Medisch Specialist Bedrijf Domstad UA (MSBD). Alle vrijgevestigd medisch specialisten in het Diaconessenhuis zijn per 1 januari 2015 als lid toegetreden.

Op 22 december 2014 tekenden het MSBD en het Diaconessenhuis de samenwerkingsovereenkomst met als doel gezamenlijk de beste zorg dichtbij te blijven leveren. Naast afspraken over de wederzijdse rechten en plichten staan in de betaalbaarstelling, een bijlage bij de samenwerkingsovereenkomst, ook concrete (SMART) afspraken over onder andere de te leveren kwaliteit en veiligheid van de zorg.

De oprichting van het MSBD heeft gevolgen voor de Governance van het ziekenhuis:

- De nieuwe formeel/bestuurlijk verhoudingen (met MSBD en de Vereniging specialisten dienstverband Diaconessenhuis, VSDD) en de relatie met de Vereniging Medische Staf moeten goed worden geregeld.
- De overlegvormen zullen zodanig worden ingericht dat:
 - samenwerking wordt bevorderd en
 - 'good (clinical) leadership' ontstaat: procesdenken, teamwork, communicatie, eigenaarschap en leiderschap.
- Aansturing van de RVE's zodanig inrichten dat samenwerking met de medisch specialisten blijft behouden zonder de hiërarchische relatie van de medisch deskundigen met de Raad van Bestuur (niet mogelijk in een business-to-business relatie). De medisch deskundigen blijven participeren in de tactisch-operationele aansturing (beleidsontwikkeling evenals uitvoering en implementatie), die is gericht op patiëntgerichtheid van het zorgproces, kwaliteit en veiligheid, innovatieve ontwikkelingen, productie, bedrijfseconomische aspecten en overige specifieke ziekenhuisbrede thema's.

Op basis van de tariefstructuur 2014 zijn integrale prijsafspraken met zorgverzekeraars voor 2015 gemaakt. Aandachtspunt is nog het effect van de verkorting van de doorlooptijd van DBC-trajecten tot een maximum van 120 dagen. Naar verwachting is door landelijke interventies door zorgverzekeraars en de NVZ eerst in juni 2015 betrouwbare informatie beschikbaar. Eind 2014 en begin 2015 zijn de bestuurlijke financiële afspraken omgezet in werkaafspraken en procedures.

Met de oprichting van MSBD is ook de afspraak gemaakt dat voor alle medewerkers, die nu al werken voor de huidige maatschappen, de maatschappen ook de formele werkgever wordt. De overgang van de medewerkers is geregeld in een overdrachtsprotocol, dat met de maatschappen, het ziekenhuis, de Ondernemingsraad en de vakbonden is overeengekomen. De feitelijke overdracht is per 1-3-2015, voor een aantal uitzonderingsgevallen 1-4-2015.

In de samenwerking op de werkvloer verandert er niets. Gezamenlijk zijn en blijven we verantwoordelijk voor de beste zorg dichtbij.

10

De mening van meerdere patiënten in het klanttevredenheidsonderzoek:

“Er was een goede begeleiding van opname tot operatiekamer en terug naar afdeling. Vooral fijn dat er één contactpersoon was.”

“Mijn situatie is complex waardoor ik te maken heb met een orthopeed, neuroloog, oncoloog, uroloog en radioloog. Allemaal losse aanspreekpunten, waarbij het mij onduidelijk is wie de Case Manager is. Ik mag alles zelf regisseren!”

10 TOEKOMST

10.1 De kracht en kwaliteit van het Diaconessenhuis

De zorg in het Diaconessenhuis is deskundig en veilig. Ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) constateert dat de veiligheid van patiënten in het Diaconessenhuis niet in het geding is. Wel is er volgens het Diaconessenhuis en de IGZ een aantal verbeteringen noodzakelijk. Daarom is het Diaconessenhuis in mei 2014 gestart met een veranderprogramma voor het implementeren van de genoemde verbeteringen. De IGZ vindt dat de verbeteringen sneller doorgevoerd moeten worden.

Het in november 2014 verschenen onderzoeksrapport van de externe onderzoekscommissie onder leiding van ir. Hein Abeln ondersteunt het veranderprogramma. In het onderzoek staan de managementstructuur en het lerend vermogen van de organisatie centraal, met bijzondere aandacht voor samenwerking en communicatie. Het doel is te veranderen en te vernieuwen om de veilige en goede patiëntenzorg in het ziekenhuis waar mogelijk verder te verbeteren. Concrete actieplannen worden in gezamenlijkheid geformuleerd en uitgevoerd.

Concrete verbeteringen vanaf 2015

De adviezen van de onderzoekscommissie zijn eind 2014 en begin 2015 door de Raad van Bestuur, het Bestuur Medische Staf, het management en de medezeggenschapsorganen besproken. Daarnaast zijn de adviezen breed in de organisatie uitgedragen. In nauw overleg zijn de adviezen vervolgens omgezet in concrete actieplannen. De actieplannen voor de komende jaren gaan zich concentreren op drie thema's:

1. Doorgaan met de reeds ingang gezette verbetering van de bestuurlijke samenwerking;
2. Het voortzetten van verbeteringen binnen het operatiecomplex;
3. Het verder uitvoeren van een krachtig en gedragen ziekenhuisbreed veranderprogramma met maatregelen gericht op:
 - visie en strategie;
 - het verder verbeteren van de kwaliteit en veiligheid;
 - cultuur-en gedragsverandering;
 - het efficiënt en gezond maken van de bedrijfsvoering.

In gezamenlijkheid verder aan de slag

Arie van Alphen, bestuursvoorzitter Diaconessenhuis: "Patiënten en hun naasten kunnen blijvend vertrouwen op goede en veilige zorg. Daar zetten wij ons dagelijks voor in. Dat wordt ook erkend door onafhankelijke instanties, zorgpartners en bovenal door onze patiënten zelf. Natuurlijk kan en moet het altijd beter. Want veiligheid is nooit af, onze patiënten en hun veiligheid gaan voor alles. Juist daarom zijn we afgelopen mei in alle openheid een verbeterprogramma gestart. Wij zijn actief aan de slag en maken snel vorderingen in goede samenspraak met onze artsen en andere professionals. De adviezen uit het onderzoeksrapport gaan ons daarbij helpen."

Martha Pekelharing, voorzitter Bestuur Medische Staf: "We hebben de afgelopen maanden samen met de Raad van Bestuur snel meters gemaakt. Die samenwerking verloopt goed. De artsen zijn zich zeer bewust van hun verantwoordelijkheid als het gaat om de veiligheid van onze patiënten en zetten zich hier maximaal voor in. Met de adviezen uit het onderzoeksrapport worden we sterker, maken we onze zorg nog beter en gaan we voortvarend mee met alle ontwikkelingen in de zorg."

Veranderprogramma 2015 en verdere jaren

Na het eerste kwartaal van 2015 zal het ziekenhuisbrede veranderprogramma voor de komende jaren worden uitgerold. De vier belangrijkste hoofdthema's zijn:

Visie en strategie:

- Wat gebeurt om ons heen (actoren en factoren);
- Wat is de impact op Diaconessenhuis;
- Waar staan we nu: marktpositie, klantwaardering, imago bij stakeholders, financiële positie;
- Wat zijn de opties: medisch profiel, portfolio, bedrijfsmodellen, klantgerichtheid, serviceconcepten, merk, opleidingsfunctie, onderzoek, samenwerkingsrelaties met wie;
- Locaties Utrecht, Zeist, Doorn;
- Wat zijn de reële keuzemogelijkheden.

Integrale kwaliteit en veiligheid:

- Veilig melden, VIM, calamiteitenonderzoek, dossieronderzoek;
- Hoofd- en mede-behandelaarschap;
- Samenwerking op de scharnierpunten OK en SEH, overdracht;
- Medicatieveiligheid;
- Medische apparatuur;
- Integrale veiligheids- en kwaliteitsvisie.

Cultuur- en leiderschap:

- Welke waarden streven we na;
- Welk gedrag is nodig om de doelstellingen te halen;
- Principes van clinical governance;
- Welk leiderschap is daarvoor nodig.

Bedrijfsvoering:

- Tactisch plannen, voorwaarts plannen;
- Zorgpaden organiseren;
- Patiëntenlogistiek, opnameplanning en –coördinatie.

10.2 Bedrijfsvoering

In december 2014 is de begroting 2015 door de Raad van Toezicht goedgekeurd. In 2015 zal een update plaatsvinden van de beleidsvoornemen getoetst aan het werkdokument Dynamisch Diak, het veranderprogramma zoals beschreven in paragraaf 10.1. Met name de uitkomsten van de quick scans met betrekking tot de bedrijfsvoering en de uitwerking van het onderdeel bedrijfsvoering in het veranderprogramma zullen leiden tot wijzigingen. Dit betreft de volgende projecten:

- Uitvoering project beddenhuis en personele inzet;
- Implementatie van tactisch plannen;
- Implementatie van Productive Ward voor verpleegafdelingen;
- Implementatie van Lean Six Sigma verbetertrajecten middels kortdurende opleidingssessies, gekoppeld aan een concreet project;
- Uitvoering van een breed lean project poliklinieken.

In 2014 zijn afspraken met alle zorgverzekeraars voor 2015 gemaakt. Echter door externe omstandigheden, het landelijk proces van 120 dagen doorlooptijdverkorting, kan nog steeds niet worden gefactureerd. Dit kan naar verwachting pas in juni 2015. Met twee zorgverzekeraars zijn inmiddels afspraken gemaakt voor transitie bevoorschotting. Met 3 zorgverzekeraars lopen de gespreken nog. Door de goede liquiditeitspositie wordt desondanks geen liquiditeitsspanning voorzien in 2015

Voor 2015 worden geen grote aanpassingen in de personele formatie voorzien, onder de randvoorwaarde dat de zorgverzekeraars het zorgaanbod integraal inkopen en de voorgenomen productie wordt gerealiseerd.

In 2015 zal in Utrecht het eerste deel van het de renovatie beddenhuis worden opgeleverd, alsmede de nieuwe dagbehandeling en de parkeergarage. Daarnaast zal de entree geheel zijn ingericht en in gebruik genomen en zal de techniek van het OK complex structureel zijn verbeterd. In Zeist zullen de grootse bouwkundige werkzaamheden van de aanpassing van de OK zijn.

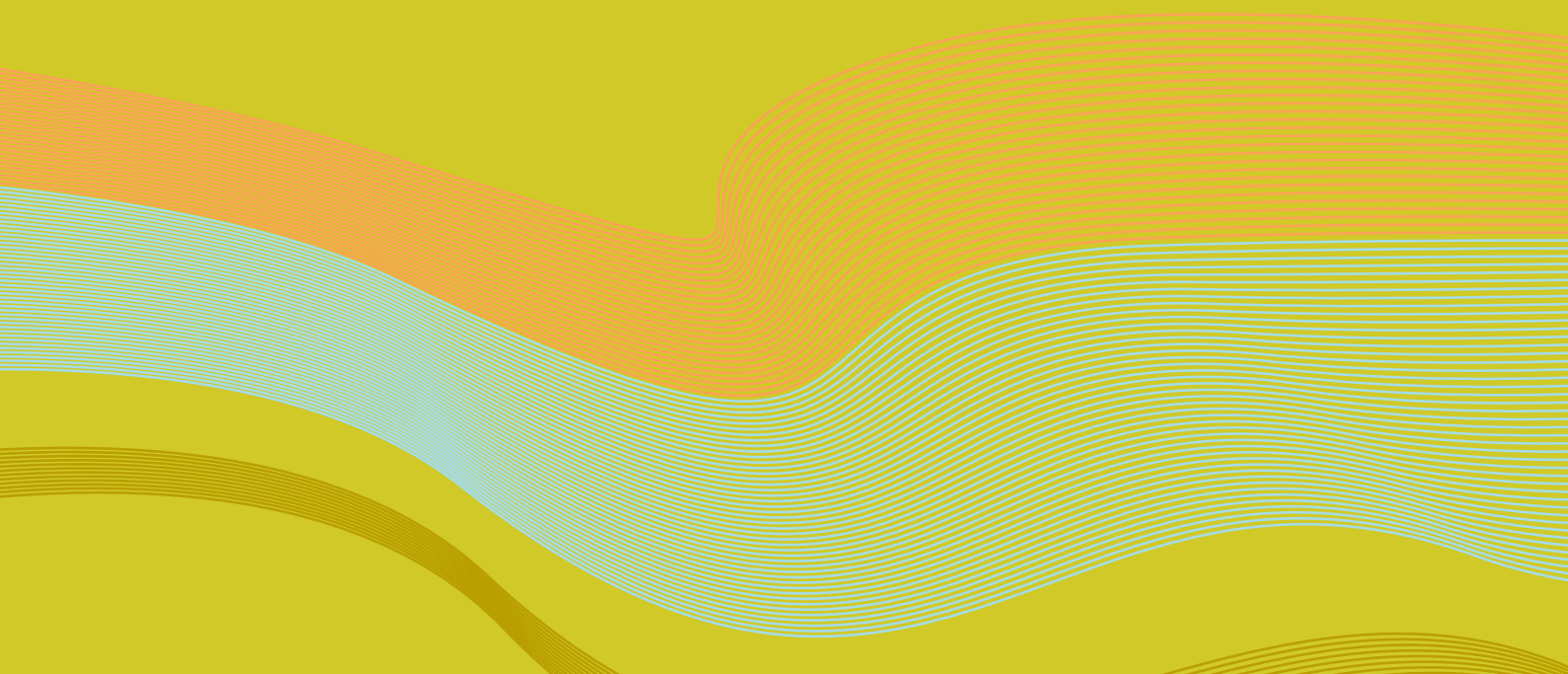
Daarnaast zijn projecten in voorbereiding waarvan nog niet zeker is of de realisatie in 2015 zal aanvangen i.v.m. gemeentelijke procedures (het gezondheidshuis) of waarvan het plan van aanpak nog niet is vastgesteld (bijvoorbeeld de afdeling radiologie/nucleaire geneeskunde).

In 2015 zal het niveau van investeringen in ICT en (medische) inventarissen minimaal op het niveau van 2014 liggen.

Naar verwachting is geen externe financiering noodzakelijk. Ook in 2015 zullen we ruim voldoen aan de afgesproken ratio met de banken.

Bijlage 1

Overzicht belangrijke kwaliteitsindicatoren Diakonessenhuis



BIJLAGE 1

Kwaliteitsindicatoren IGZ

Kwaliteitsindicatoren geven een indicatie van de kwaliteit en veiligheid van zorg. Al sinds 2003 maakt het Diaconessenhuis op verzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg de kwaliteitsindicatoren openbaar. De Inspectie gebruikt deze indicatoren in haar toezicht op het Diaconessenhuis. Hieronder wordt een samenvatting van de resultaten over 2011 tot en met 2013 gegeven. De volledige informatie is te vinden op www.ziekenhuizen-transparant.nl en in DigiMV.

Indicator	Benchmark (Het resultaat telt, 2012)	2012	2013	2014	Toelichting
% volwassenen gescreend op ondervoeding	79,1%	63,7%	80,8%	84,4%	Indicator is in 2013 aangepast naar screening op de polikliniek
% kinderen (opgenomen in de kliniek) gescreend op ondervoeding	73,4%	21,3%	55,5%	79%	
% ernstig ondervoede patiënten met adequate eiwitname op 4e opnamedag	51,4%	23,3%	21,9%	35,1%	Er wordt een actieplan opgesteld om de resultaten in 2015 verder te verbeteren.
% ouderen gescreend en geobserveerd op een delirium	75,2%	53,3%	82,1%	93,3%	
Meting wondinfecties via PREZIES	Ja	Ja	Ja	Ja	
Meting postoperatieve pijn t/m drie dagen na operatie	89,1%	71,5%	83,1%	98,1%	
Aantal AAA-operaties (minimum norm 20)	54	25	20	19	In de 1e drie maanden van 2015 zijn er reeds 15 AAA operaties uitgevoerd.
Ongeplande colorectale heroperaties	10,3%	6,3%	8,2%	5,1%	
Heroperaties heupfractuur					
- interne fixatie van een collum femoris fractuur	2,1%	4,2%	2,9%	0%	
- endoprothese bij een collum femoris fractuur	2,1%	3,9%	1,3%	1,7%	
- interne fixatie van een pertrochantere fractuur	1,9%	1,2%	0%	1,8%	
% patiënten dat een re-interventie had binnen 90 dagen na plaatsing pacemaker	3,4%	3,9%	4,0%	2,7%	
% patiënten die binnen 1 jaar na 1e consult bij Cardiologie zijn gestorven	7,0%	6,6%	7,4%	7,1%	
% patiënten bij wie kankerweefsel is achtergebleven na 1e borstsparende operatie	5,7%	2,5%	2,3%	4,7%	

Kwaliteitsindicatoren Zichtbare Zorg

Sinds 2009 verzamelt het Diaconessenhuis ook informatie over kwaliteitsindicatoren in het kader van het landelijke project Zichtbare Zorg. Inmiddels worden deze indicatoren aangeleverd aan het Zorginstituut Nederland in het kader van de Transparantiekalender. Het gaat hierbij om aandoeninggerichte indicatoren. Deze indicatoren dienen als keuze-informatie voor patiënten, inkoopinformatie voor zorgverzekeraars en verwijsinformatie voor bijvoorbeeld huisartsen. Een aantal van de indicatoren wordt hieronder weergegeven. De volledige informatie is te vinden via Zorginstituut Nederland: www.zorginstituutnederland.nl/kwaliteit/opvragen+kwaliteitsgegevens

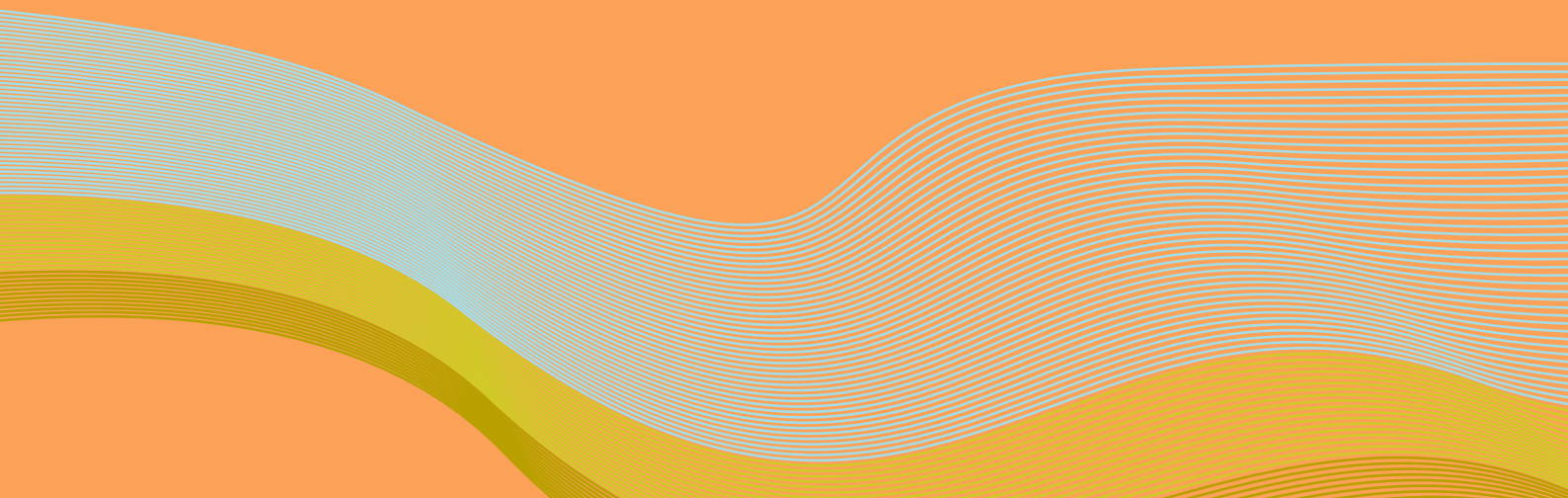
Indicator	Benchmark 2013	2012	2013	2014
% complicaties bij staaroperaties	0,2%	0,36%	0,37%	0,6%
Aantal staaroperaties	1097	1936	1871	1840
Laboratorium jaarcontroles bij volwassen diabetespatiënten (verschillende controles)	80 tot 96%	66 tot 98%	65 tot 96%	73 tot 97%
Voetzorg bij diabetespatiënten	87,9%	75%	86%	75%
Aantal laparoscopische ingrepen bij liesbreuk	106	1123	1047	1123
Aantal patiënten dat binnen 30 dagen na een galblaasverwijdering heropgenomen is geweest	6%	4,2%	4,8%	4,7%
% invasieve therapieën bij patiënten met varices, waarbij duplexonderzoek is uitgevoerd max. een jaar voor ingreep	98,5%	99,1%	88%	100%
Aantal minuten per reumapatiënt bij een 1e consult bij de reumatoloog	30,8	45	45	45

Interne sturing op kwaliteit

Het Diaconessenhuis gebruikt kwaliteitsindicatoren ook voor interne kwaliteitsverbetering. Daartoe zijn dashboards met kwaliteitsinformatie ontwikkeld. Leidinggevenden en professionals kunnen daarmee per maand of kwartaal zien of de afgesproken kwaliteitsdoelstellingen gehaald worden (stoplichtmethode: rood, oranje, groen). De resultaten van de dashboards zijn onderdeel van de maandrapportages voor het management. Als een doelstelling niet wordt gehaald, worden verbeteracties gestart.

Bijlage 2

**Publicaties en
onderzoeksbijdragen 2014**



BIJLAGE 2

Publicaties medische staf 2014

Anesthesiologie

Luykx JJ, Bakker SC, Lentjes E, Neeleman M, Strengman E, Mentink L, DeYoung J, de Jong S, Sul JH, Eskin E, van Eijk K, van Setten J, Buizer-Voskamp JE, Cantor RM, Lu A, van Amerongen M, van Dongen EP, Keijzers P, Kappen T, Borgdorff PJ, Bruins P, Derks EM, Kahn RS, Ophoff RA.

Genome-wide association study of monoamine metabolite levels in human cerebrospinal fluid.

Mol Psychiatry. 2014 Feb;19(2):228-34. doi: 10.1038/mp.2012.183. Epub 2013 Jan 15. PubMed PMID: 23319000.

Albersen M, Bosma M, Luykx JJ, Jans JJ, Bakker SC, Strengman E, Borgdorff PJ, Keijzers PJ, van Dongen EP, Bruins P, de Sain-van der Velden MG, Visser G, Knoers NV, Ophoff RA, Verhoeven-Duif NM.

Vitamin B-6 vitamers in human plasma and cerebrospinal fluid.

Am J Clin Nutr. 2014 May 7;100(2):587-592. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 24808484.

Polderman JA, Houweling PL, Hollmann MW, DeVries JH, Preckel B, Hermanides J.

Study protocol of a randomised controlled trial comparing perioperative intravenous insulin, GIK or GLP-1 treatment in diabetes-PILGRIM trial. BMC

Anesthesiol. 2014 Oct 14;14:91. doi: 10.1186/1471-2253-14-91. eCollection 2014. PubMed PMID: 25419179; PubMed Central PMCID: PMC4240889.

Zuidema X, Breel J, Wille F.

Paresthesia mapping: a practical workup for successful implantation of the dorsal root ganglion stimulator in refractory groin pain.

Neuromodulation. 2014 Oct;17(7):665-9; discussion 669. doi: 10.1111/ner.12113. Epub 2014 Feb 26. PubMed PMID: 24571400.

Geertzen J, van der Linde H, Rosenbrand K, Conradi M, Deckers J, Koning J, Rietman HS, van der Schaaf D, van der Ploeg R, Schapendonk J, Schrier E, Smit Duijzentkunst R, Spruit-van Eijk M, Versteegen G, Voesten H.

Dutch evidence-based guidelines for amputation and prosthetics of the lower extremity: Amputation surgery and postoperative management. Part 1.

Prosthet Orthot Int. 2014 Jul 24. pii: 0309364614541460. [Epub ahead of print] Review.

PMID: 25060392.

Geertzen J, van der Linde H, Rosenbrand K, Conradi M, Deckers J, Koning J, Rietman HS, van der Schaaf D, van der Ploeg R, Schapendonk J, Schrier E, Duijzentkunst RS, Spruit-van Eijk M, Versteegen G, Voesten H.

Dutch evidence-based guidelines for amputation and prosthetics of the lower extremity: Rehabilitation process and prosthetics. Part 2.

Prosthet Orthot Int. 2014 Jul 24. pii: 0309364614542725. [Epub ahead of print] Review.

PMID: 25060393.

Cardiologie

Verloop WL, Agema WR, Allaart CP, Blankestijn PJ, Khan M, Meuwissen M, Muijs van de Moer WM, Rensing BJ, Spiering W, Voskuil M, Doevendans PA; working group for renal denervation.

Renal denervation for the treatment of hypertension: the Dutch consensus.

Neth J Med. 2014 Nov;72(9):449-54.

PMID: 25431389 [PubMed - in process].

Bruins Slot M, Rutten F, Van Der Heijden G, Doevendans P, Mast G, Bredero A, Van der Spoel O, Glatz J, Hoes A.

The H-FABP rapid test in patients with suspected acute coronary syndrome [De H-FABP-sneltest bij verdenking op acuut coronair syndroom]

(2014) Huisarts en Wetenschap, 57 (7), pp. 338-341. Cited 1 time.

Chirurgie

Diepstraten SCE, Sever AR, Buckens CFM, Veldhuis WB, Van Dalen T, Van Den Bosch MAAJ, Mali WPTM, Verkooijen HM.

Value of preoperative ultrasound-guided axillary lymph node biopsy for preventing completion axillary lymph node dissection in breast cancer: A systematic review and meta-analysis

(2014) Annals of Surgical Oncology, 21 (1), pp. 51-59. Cited 6 times.

Drukker CA, Schmidt MK, van Dalen T, van der Hoeven JJ, Linn SC, Rutgers EJ.

Gene expression classifiers in the prognosis of breast cancer.

Ned Tijdschr Geneesk. 2014; 158:A7001. Review. Dutch. PubMed PMID: 24780571.

Donker M, van Tienhoven G, Straver ME, Meijnen P, van de Velde CJ, Mansel RE, Cataliotti L, Westenberg AH, Klinkenbijl JH, Orzalesi L, Bouma WH, van der Mijle HC, Nieuwenhuijzen GA, Veltkamp SC, Slaets L, Duez NJ, de Graaf PW, van Dalen T, Marinelli A, Rijna H, Snoj M, Bundred NJ, Merkus JW, Belkacemi Y, Petignat P, Schinagl DA, Coens C, Messina CG, Bogaerts J, Rutgers EJ.

Radiotherapy or surgery of the axilla after a positive sentinel node in breast cancer (EORTC 10981-22023AMAROS): a randomised, multicentre, open-label, phase 3 non-inferiority trial.

Lancet Oncol. 2014 Nov;15(12):1303-10. doi: 10.1016/S1470-2045(14)70460-7. Epub 2014 Oct 15. PubMed PMID: 25439688; PubMed Central PMCID: PMC4291166.

Siesling S, Tjan-Heijnen VCG, De Roos M, Snel Y, Van Dalen T, Wouters MW, Struikmans H, Van der Hoeven JJM, Maduro JH, Visser O.

Impact of hospital volume on breast cancer outcome: A population-based study in the Netherlands

(2014) Breast Cancer Research and Treatment, 147 (1), pp. 177-184.

Wevers MR, Aaronson NK, Verhoef S, Bleiker EM, Hahn DE, Kuenen MA, van der Sanden-Melis J, Brouwer T, Hogervorst FB, van der Luijt RB, Valdinarsdottir HB, van Dalen T, Theunissen EB, van Ooijen B, de Roos MA, Borgstein PJ, Vrouwenraets BC, Vriens E, Bouma WH, Rijna H, Vente JP, Witkamp AJ, Rutgers EJ, Ausems MG.

Impact of rapid genetic counselling and testing on the decision to undergo immediate or delayed prophylactic mastectomy in newly diagnosed breast cancer patients: findings from a randomised controlled trial.

Br J Cancer. 2014 Feb 18;110(4):1081-7. doi: 10.1038/bjc.2013.805. Epub 2014 Jan 14. PubMed PMID: 24423928; PubMed Central PMCID: PMC3929884.

Barentsz MW, Postma EL, van Dalen T, van den Bosch MA, Miao H, Gobardhan PD, van den Hout LE, Pijnappel RM, Witkamp AJ, van Diest PJ, van Hillegersberg R, Verkooijen HM.

Prediction of positive resection margins in patients with non-palpable breast cancer.

Eur J Surg Oncol. 2014 Sep 2. pii: S0748-7983(14)01056-7. doi: 10.1016/j.ejso.2014.08.474. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 25228054.

Sigterman TA, Gorissen KJ, Dolmans DE.

Fasciitis necroticans after elective hernia inguinal surgery.

Case Rep Surg. 2014;2014:981262. doi: 10.1155/2014/981262. Epub 2014 Jan 5. PubMed PMID: 24511409; PubMed Central PMCID: PMC3912891.

Schiphorst AH, Verweij NM, Pronk A, Hamaker ME.

Age-related guideline adherence and outcome in low rectal cancer.

Dis Colon Rectum. 2014 Aug;57(8):967-75. doi: 10.1097/DCR.000000000000145. PubMed PMID: 25003291.

Schiphorst AH, Langenhoff BS, Maring J, Pronk A, Zimmerman DD.

Transanal minimally invasive surgery: initial experience and short-term functional results.

Dis Colon Rectum. 2014 Aug;57(8):927-32. doi: 10.1097/DCR.000000000000170. PubMed PMID: 25003287.

Schiphorst AH, Pronk A, Borel Rinkes IH, Hamaker ME.

Representation of the elderly in trials of laparoscopic surgery for colorectal cancer.

Colorectal Dis. 2014 Dec;16(12):976-83. doi: 10.1111/codi.12806. PubMed PMID: 25331635.

Schiphorst AH, Jonker JM, Smorenburg CH, Struikmans H, Rozema T, Pronk A, Portielje JEA, Hamaker ME.
Geriatrische oncologie in Nederland- een enquete naar de huidige zorg, knelpunten en mogelijkheden tot verbetering.
Ned Tijdschrift Oncol 2014 dec;11(8);293-300.

Mahabier KC, Van Lieshout EMM, Bolhuis HW, Bos PK, Bronkhorst MWGA, Bruijninx MMM, De Haan J, Deenik AR, Dwars BJ, Eversdijk MG, Goslings JC, Haverlag R, Heetveld MJ, Kerver AJH, Kolkman KA, Leenhouts PA, Meylaerts SAG, Onstenk R, Poeze M, Poolman RW, Punt BJ, Roerdink WH, Roukema GR, Sintenie JB, Soesman NMR, Tanka AKF, Ten Holder EJT, Van der Elst M, Van der Heijden FHWM, Van der Linden FM, Van der Zwaal P, Van Dijk JP, Van Jonbergen H-PW, Verleisdonk EJMM, Vroemen JPAM, Waleboer M, Wittich P, Zuidema WP, Polinder S, Verhofstad MHJ, Den Hartog D.

HUMeral Shaft Fractures: MEasuring Recovery after Operative versus Non-operative Treatment (HUMMER): A multi-center comparative observational study

(2014) BMC Musculoskeletal Disorders, 15 (1), art. no. 39.

Walenkamp MMJ, Goslings JC, Beumer A, Haverlag R, Leenhouts PA, Verleisdonk EJMM, Liem RSL, Sintenie JB, Bronkhorst MWGA, Winkelhagen J, Schep NWL.

Surgery versus conservative treatment in patients with type A distal radius fractures, a randomized controlled trial

(2014) BMC Musculoskeletal Disorders, 15 (1), art. no. 90, . Cited 2 times.

Van der Wal WA, Heesterbeek PJC, Van den Brand JGH, Verleisdonk EJMM.

The natural course of chronic exertional compartment syndrome of the lower leg

(2014) Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy, pp. 1-6. Article in Press.

Hulsmans MHJ, Van der Meijden OAJ, Van Heijl M, Houwert RM, Verleisdonk EJMM.

Plaat- of penfixatie voor gedislkeerde midschacht claviculafracturen; een actueel overzicht van de literatuur

Nederlands Tijdschrift voor Traumachirurgie December 2014, Volume 22, Issue 6, pp 138-144 30 Nov 2014.

Paes EC, Tomesen T, Verleisdonk EJMM.

Late presentatie van een traumatische diafragmaruptuur

Nederlands Tijdschrift voor Traumachirurgie April 2014, Volume 22, Issue 2, p 51: 25 Apr 2014.

Pawiroredjo JS, Van Heijl M, Smeeing DPJ, Segers M, Verleisdonk EJMM, Houwert RM, Hietbrink F.

Nabehandeling van operatief behandelde enkelfracturen.

Nederlands Tijdschrift voor Traumachirurgie April 2014, Volume 22, Issue 2, pp 42-46 25 Apr 2014.

Dermatologie

Laschen J, Datema FR, Koot VC, Lohuis PJ.

Bilateral auricular pseudocyst: recognizing and treating.

Facial Plast Surg. 2014 Dec;30(6):690-3. doi: 10.1055/s-0034-1396528. Epub 2014 Dec 23. PubMed PMID: 25536139.

Gynaecologie

Brouwers L, Koster MP, Page-Christiaens GC, Kemperman H, Boon J, Evers IM, Bogte A, Oudijk MA.

Intrahepatic cholestasis of pregnancy: maternal and fetal outcomes associated with elevated bile acid levels.

Am J Obstet Gynecol. 2015 Jan;212(1):100.e1-7. doi: 10.1016/j.ajog.2014.07.026. Epub 2014 Jul 18. PubMed PMID: 25046809.

Kaandorp JJ, Benders MJ, Schuit E, Rademaker CM, Oudijk MA, Porath MM, Bambang Oetomo S, Wouters MG, van Elburg RM, Franssen MT, Bos AF, de Haan TR, Boon J, de Boer IP, Rijnders RJ, Jacobs CJ, Scheepers LH, Gavilanes DA, Bloemenkamp KW, Rijken M, van Meir CA, von Lindern JS, Huisjes AJ, Bakker SC, Mol BW, Visser GH, Van Bel F, Derks JB.

Maternal allopurinol administration during suspected fetal hypoxia: a novel neuroprotective intervention? A multi-centre randomised placebo controlled trial.

Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2014 Dec 15. pii: fetalneonatal-2014-306769. doi: 10.1136/archdischild-2014-306769. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 25512466.

Kaandorp JJ, Van den Broek MPH, Benders MJNL, Oudijk MA, Porath MM, Oetomo SB, Wouters MGAJ, Van Elburg R, Franssen MTM, Bos AF, Mol BWJ, Visser GHA, Van Bel F, Rademaker CMA, Derks JB, De Haan TR, Boon J, De Boer IP, Rijnders RJP, Jacobs CJWFM, Scheepers HCJ, Gavilanes AW, Bloemenkamp KWM, Rijken M, Van Meir CA, Von Lindern JS, Huisjes AJM, Bakker CMJER

Rapid target allopurinol concentrations in the hypoxic fetus after maternal administration during labour
(2014) Archives of Disease in Childhood: Fetal and Neonatal Edition, 99 (2), pp. F144-F148.

Bouwsma EV, Anema JR, Vonk Noordegraaf A, Knol DL, Bosmans JE, Schraffordt Koops SE, van Kesteren PJ, van Baal WM, Lips JP, Emanuel MH, Scholten PC, Mozes A, Adriaanse AH, Brölmann HA, Huirne JA.

The cost effectiveness of a tailored, web-based care program to enhance postoperative recovery in gynecologic patients in comparison with usual care: protocol of a stepped wedge cluster randomized controlled trial.

JMIR research protocols 01/2014; 3(2):e30. DOI: 10.2196/resprot.3236 .

Boesveld M, Oudijk MA, Koenen SV, Brouwers HA, Van Beek E, Boon J, Drogtrorp A, Euser R, Evers IM, Fiedeldeij CA, Heida KY, Huisjes AJ, Muijsers GJ, Schierbeek JM, Kwee A.

Evaluation of strategies regarding management of imminent preterm delivery before 32 weeks of gestation: a regional cohort study among 1375 women in the Netherlands.

Am J Obstet Gynecol. 2014 Oct 15. pii: S0002-9378(14)01056-4. doi: 10.1016/j.ajog.2014.10.014. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 25447962.

Liem SM., Van Baaren GJ, Delemarre FMC, Evers IM, Kleiverda G, Van Loon AJ, Langenveld J, Schuitmaker N, Sikkema JM, Opmeer BC, Van Pampus MG, Mol BWJ, Bekedam DJ

Economic analysis of use of pessary to prevent preterm birth in women with multiple pregnancy (ProTWIN trial)

(2014) Ultrasound in Obstetrics and Gynecology, 44 (3), pp. 338-345. Cited 1 time.

Prick BW, Jansen AJG, Steegers EAP, Hop WCJ, Essink-Bot ML, Uyl-De Groot CA, Akerboom BMC, Van Alphen M, Bloemenkamp KWM, Boers KE, Bremer HA, Kwee A, Van Loon AJ, Metz GCH, Papatsonis DNM, Van der Post JAM, Porath MM, Rijnders RJP, Roumen FJME, Scheepers HCJ, Schippers DH, Schuitmaker NWE, Stigter RH, Woiski MD, Mol BWJ, Van Rhenen DJ, Duvekot JJ

Transfusion policy after severe postpartum haemorrhage: A randomised non-inferiority trial

(2014) BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 121 (8), pp. 1005-1014. Cited 3 times.

Intensivisten

Oostdijk EA, Kesecioglu J, Schultz MJ, Visser CE, de Jonge E, van Essen EH, Bernards AT, Purmer I, Brimicombe R, Bergmans D, van Tiel F, Bosch FH, Mascini E, van Griethuysen A, Bindels A, Jansz A, van Steveninck FA, van der Zwet WC, Fijen JW, Thijssen S, de Jong R, Oudbier J, Raben A, van der Vorm E, Koeman M, Rothbarth P, Rijkeboer A, Gruteke P, Hart-Sweet H, Peerbooms P, Winsser LJ, van Elsacker-Niele AM, Demmendaal K, Brandenburg A, de Smet AM, Bonten MJ.

Effects of decontamination of the oropharynx and intestinal tract on antibiotic resistance in ICUs: a randomized clinical trial.

JAMA. 2014 Oct 8;312(14):1429-37. doi: 10.1001/jama.2014.7247. PubMed PMID: 25271544.

de Rijk NX, Sanders FB, Boereboom FT, Haas LE.

Is there free air in the abdomen? A false impression of a pneumoperitoneum.

Neth J Med. 2014 May;72(4):228, 232. PubMed PMID: 24829181.

Müller, MC, Arbous MS, Spoelstra-de Man AM, Vink R, Karakus A, Straat M, Binnekade JM, de Jonge E, Vroom MB, Juffermans NP.

Transfusion of fresh-frozen plasma in critically ill patients with a coagulopathy before invasive procedures: A randomized clinical trial

(2014) Transfusion, . Article in Press.

Charles L. Sprung et al (Welpicus Study Coordinator Nederland Fijen JW)

Seeking Worldwide Professional Consensus on the Principles of End-of-Life Care for the Critically Ill. The Consensus for Worldwide End-of-Life Practice for Patients in Intensive Care Units (WELPICUS) Study.

Am J Resp Crit Care Med 2014;190(8):855-66.

Arslan F, Mair J, Franz W, Otten M, van Lelyveld L.
Acute pontine infarction after PCI.
Neth Heart Journal 2014.

Interne Geneeskunde

Tan M, Mol GC, van Rooden CJ, Klok FA, Westerbeek RE, Iglesias Del Sol A, van de Ree MA, de Roos A, Huisman MV.
Magnetic resonance direct thrombus imaging differentiates acute recurrent ipsilateral deep vein thrombosis from residual thrombosis.
Blood. 2014 Jul 24;124(4):623-7. doi: 10.1182/blood-2014-04-566380. Epub 2014 Jun 13. PubMed PMID: 24928859.

van Bekkum ML, van Munster BC, Thunnissen PL, Smorenburg CH, Hamaker ME.
Current palliative chemotherapy trials in the elderly neglect patient-centred outcome measures.
J Geriatr Oncol. 2014 Oct 3. pii: S1879-4068(14)00331-2. doi: 10.1016/j.jgo.2014.09.181. [Epub ahead of print]
PubMed PMID: 25287966.

Zwaginga JJ, van der Holt B, Te Boekhorst PA, Biemond BJ, Levin MD, van der Griend R, Brand A, Zweegman S, Pruijt HF, Novotny VM, Vreugdenhil A, de Groot MR, de Weerd O, van Pampus EC, van Maanen-Lamme TM, Wittebol S, Schipperus MR, Silbermann MH, Huijgens PC, Luten M, Hollestein R, Brakenhoff JA, Schrama JG, Valster FA, Velders GA, Koene HR.
Multi-center randomized open label phase II trial on 3 rituximab dosing schemes in immune thrombocytopenia patients.
Haematologica. 2014 Nov 25. pii: haematol.2014.110213. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 25425692.

van der Burg MEL, Onstenk W, Boere IA, Look M, Ottevanger PB, de Gooyer D, Kerkhofs LG, Valster FA, Ruit JB, van Reisen AG, Goey SH, van der Torren AM, ten Bokkel Huinink D, Kok TC, Verweij J, van Doorn HC.
Long-term results of a randomised phase III trial of weekly versus three-weekly paclitaxel/platinum induction therapy followed by standard or extended three-weekly paclitaxel/platinum in European patients with advanced epithelial ovarian cancer.
Eur J Cancer. 2014 Oct;50(15):2592-601. doi: 10.1016/j.ejca.2014.07.015. Epub 2014 Aug 2. PubMed PMID: 25096168.

Engel, MF, Bruns AHW, Hulscher MEJL, Gaillard CAJM, Sankatsing SUC, Teding van Berkhout F, Emmelot-Vonk MH, Kuck EM, Steeghs MHM, den Breeijen JH, Stellato RK, Hoepelman AIM, Oosterheert JJ.
A tailored implementation strategy to reduce the duration of intravenous antibiotic treatment in community-acquired pneumonia: a controlled before-and-after study
(2014) European Journal of Clinical Microbiology and Infectious Diseases, 33 (11), pp. 1897-1908.

Kindergeneeskunde

Kaandorp JJ, Benders MJ, Schuit E, Rademaker CM, Oudijk MA, Porath MM, Bambang Oetomo S, Wouters MG, van Elburg RM, Franssen MT, Bos AF, de Haan TR, Boon J, de Boer IP, Rijnders RJ, Jacobs CJ, Scheepers LH, Gavilanes DA, Bloemenkamp KW, Rijken M, van Meir CA, von Lindern JS, Huisjes AJ, Bakker SC, Mol BW, Visser GH, Van Bel F, Derks JB. Maternal allopurinol administration during suspected fetal hypoxia: a novel neuroprotective intervention? A multicentre randomised placebo controlled trial. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2014 Dec 15.

KNO

Datema FR, Lohuis PJ.
Tongue-in-Groove Setback of the Medial Crura to Control Nasal Tip Deprojection in Open Rhinoplasty.
Aesthetic Plast Surg. 2014 Dec 10. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 25491013.

Lohuis PJ, Datema FR.
Patient satisfaction in Caucasian and Mediterranean open rhinoplasty using the tongue-in-groove technique: Prospective statistical analysis of change in subjective body image in relation to nasal appearance following aesthetic rhinoplasty.
Laryngoscope. 2014 Nov 12. doi: 10.1002/lary.25037. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 25389075.

Bran GM, Lohuis PJ.
Selective neurolysis in post-paralytic Facial Nerve Syndrome (PFS)
(2014) *Aesthetic Plastic Surgery*, 38 (4), pp. 742-744.

Bran GM, Börjesson PK, Boahene KD, Gosepath J, Lohuis PJ.
Effect of endoscopic brow lift on contractures and synkinesis of the facial muscles in patients with a regenerated post-paralytic facial nerve syndrome.
Plast Reconstr Surg. 2014 Jan;133(1):121-9. doi: 10.1097/01.prs.0000436834.19066.7c. PubMed PMID: 24105091.

Petersen JF, Borggreven PA, Koot VC, Tegelberg MJ, Lohuis PJ.
Paradigm change in the treatment of non-melanoma skin cancer of the auricle: reconstruction with full thickness skin grafting instead of wedge excision.
Eur Arch Otorhinolaryngol. 2014 May 29.

Klinische Geriatrie

Smeenk HE, Koster MJ, Faaij RA, de Geer DB, Hamaker ME.
Compression therapy in patients with orthostatic hypotension: a systematic review.
Neth J Med. 2014 Feb;72(2):80-5. PubMed PMID: 24659590.

Hamaker ME, Schiphorst AH, ten Bokkel Huinink D, Schaar C, van Munster BC.
The effect of a geriatric evaluation on treatment decisions for older cancer patients--a systematic review.
Acta Oncol. 2014 Mar;53(3):289-96. doi: 10.3109/0284186X.2013.840741. Epub 2013 Oct 17. Review. PubMed PMID: 24134505.

van Gijn MS, Frijns D, van de Glind EM, C van Munster B, Hamaker ME.
The chance of survival and the functional outcome after in-hospital cardiopulmonary resuscitation in older people: a systematic review.
Age Ageing. 2014 Jul;43(4):456-63. doi: 10.1093/ageing/afu035. Epub 2014 Apr 22. PubMed PMID: 24760957.

Hamaker ME, Stauder R, van Munster BC.
On-going clinical trials for elderly patients with a hematological malignancy: are we addressing the right end points?
Ann Oncol. 2014 Mar;25(3):675-81. doi: 10.1093/annonc/mdt592. Epub 2014 Jan 23. PubMed PMID: 24458474.

Jonker JM, Smorenburg CH, Schiphorst AH, van Rixtel B, Portielje JEA, Hamaker ME.
Geriatric oncology in the Netherlands: A survey of medical oncology specialists and oncology nursing specialists
(2014) *European Journal of Cancer Care*, 23 (6), pp. 803-810.

Hamaker ME, Prins MC, Stauder R.
The relevance of a geriatric assessment for elderly patients with a haematological malignancy--a systematic review.
Leuk Res. 2014 Mar;38(3):275-83. doi: 10.1016/j.leukres.2013.12.018. Epub 2013 Dec 30. Review. PubMed PMID: 24439052.

Hamaker ME, Mitrovic M, Stauder R.
The G8 screening tool detects relevant geriatric impairments and predicts survival in elderly patients with a haematological malignancy.
Ann Hematol. 2014 Jun;93(6):1031-40. doi: 10.1007/s00277-013-2001-0. Epub 2014 Feb 2. PubMed PMID: 24488257.

Hamaker ME, Jonker JM, Maas HA, Schiphorst AH, Portielje JEA, Smorenburg CH.
The geriatricians' perspectives on geriatric oncology in the Netherlands - Results of a national survey
(2014) *European Geriatric Medicine*, 5 (4), pp. 265-269.

Hamaker ME, Seynaeve C, Wymenga AN, van Tinteren H, Nortier JW, Maartense E, de Graaf H, de Jongh FE, Braun JJ, Los M, Schrama JG, van Leeuwen-Stok AE, de Groot SM, Smorenburg CH.
Baseline comprehensive geriatric assessment is associated with toxicity and survival in elderly metastatic breast cancer patients receiving single-agent chemotherapy: results from the OMEGA study of the Dutch breast cancer trialists' group.
Breast. 2014 Feb;23(1):81-7. doi: 10.1016/j.breast.2013.11.004. Epub 2013 Dec 5. PubMed PMID: 24314824.

Smorenburg CH, De Groot SM, Van Leeuwen-Stok, AE, Hamaker ME, Wymenga AN, de Graaf H, De Jongh FE, Braun JJ, Los M, Maartense E, Van Tinteren H, Nortier JWR, Seynaeve C.

A randomized phase III study comparing pegylated liposomal doxorubicin with capecitabine as first-line chemotherapy in elderly patients with metastatic breast cancer: Results of the OMEGA study of the Dutch Breast Cancer Research Group BOOG

(2014) *Annals of Oncology*, 25 (3), art. no. mdt588, pp. 599-605.

De Glas NA, Jonker JM, Bastiaannet E, De Craen AJM, Van de Velde CJH, Siesling S, Liefers G-J, Portielje JEA, Hamaker ME.

Impact of omission of surgery on survival of older patients with breast cancer

(2014) *British Journal of Surgery*, 101 (11), pp. 1397-1404.

Hamaker ME, Prins MC, Schiphorst AH, van Tuyl SA, Pronk A, van den Bos F.

Long-term changes in physical capacity after colorectal cancer treatment.

J Geriatr Oncol. 2014 Nov 6. pii: S1879-4068(14)00349-X. doi: 10.1016/j.jgo.2014.10.001. [Epub ahead of print]

Review. PubMed PMID: 25454769.

Hamaker ME, Schiphorst AH, Verweij NM, Pronk A.

Improved survival for older patients undergoing surgery for colorectal cancer between 2008 and 2011. Int J Colorectal

Dis. 2014 Oct;29(10):1231-6. doi: 10.1007/s00384-014-1959-y. Epub 2014 Jul 15. PubMed PMID: 25024043.

Augschoell J, Kemmler G, Hamaker ME, Stauder R.

PPT and VES-13 in elderly patients with cancer: Evaluation in multidimensional geriatric assessment and prediction of survival.

J Geriatr Oncol. 2014 Oct 1;5(4):415-21. doi: 10.1016/j.jgo.2014.08.005. Epub 2014 Sep 19. PubMed PMID: 25242575.

Hamaker ME, Stauder R, van Munster BC.

Exclusion of older patients from ongoing clinical trials for hematological malignancies: an evaluation of the National Institutes of Health Clinical Trial Registry.

Oncologist. 2014 Oct;19(10):1069-75. doi: 10.1634/theoncologist.2014-0093. Epub 2014 Aug 28. PubMed PMID: 25170014; PubMed Central PMCID: PMC4201007.

Schiphorst AH, Doeksen A, Hamaker ME, Zimmerman DD, Pronk A.

Short-term follow-up after laparoscopic versus conventional total mesorectal excision for low rectal cancer in a large teaching hospital.

Int J Colorectal Dis. 2014 Jan;29(1):117-25. doi: 10.1007/s00384-013-1768-8. Epub 2013 Sep 17. PubMed PMID: 24043266.

Longgeneeskunde

Haas LEM, Stam AJ, Bossink AWJ, Fijen JW, Tanis M, de Lange WCM.

Valkuilen en geheimzinnigheden van tuberculosis op de intensive care. Op een verkeerde been door een tuberculose-week: een leerzame casus uit de praktijk.

Ned Tijdsch Med Microbiol 2014.

van Gorp F, van Rens MT, Kuck EM, Rozemeijer R, Huitema AD, Brouwers EE.

Dosing of carboplatin in a patient with amputated legs: A case report.

J Oncol Pharm Pract. 2014 Dec;20(6):473-5. doi: 10.1177/1078155213514470. Epub 2013 Dec 19. PubMed PMID: 24356803.

Schoffelen T, Limonard GJ, Bleeker-Rovers CP, Bouwman JJ, van der Meer JW, Nabuurs-Franssen M, Sprong T, van Deuren M.

Diagnosis of Coxiella burnetii infection: comparison of a whole blood interferon-gamma production assay and a Coxiella ELISPOT.

PLoS One. 2014 Aug 1;9(8):e103749. doi: 10.1371/journal.pone.0103749. eCollection 2014. PubMed PMID: 25084353; PubMed Central PMCID: PMC4118951.

Huijts SM, van Werkhoven CH, Boersma WG, Buijs J, Buunk G, Compaijen CJ, van Elden LJR, Gisolf JEH, van der Kamp R, Kluytmans JAJW, Kuipers BAF, Mager JJ, Oppedijk B, Palmen F, Prins JM, van Reemst B, Silbermann MH, van Tiel FH, van der Wall E, van der Werf TS, Bonten MJM

Guideline adherence for empirical treatment of pneumonia and patient outcome treating pneumonia in the Netherlands

(2014) Netherlands Journal of Medicine, 71 (10), pp. 502-507. Cited 2 times.

MDL-artsen

Verbeek RE, Spittuler LF, Peute A, van Oijen MG, Ten Kate FJ, Vermeijden JR, Oberndorff A, van Baal JW, Siersema PD. *Familial clustering of Barrett's esophagus and esophageal adenocarcinoma in a European cohort.*

Clin Gastroenterol Hepatol. 2014 Oct;12(10):1656-63.e1. doi: 10.1016/j.cgh.2014.01.028. Epub 2014 Jan 28. PubMed PMID: 24480679.

Sloothaak DAM, Van Den Berg MW, Dijkgraaf MGW, Fockens P, Tanis PJ, Van Hooft JE, Bemelman WA, Van Hooft JE, Fockens P, Bemelman WA, Dijkgraaf MG, Sprangers MA, Buskens CJ, Jansen JM, Gerhards MF, Timmer R, Van Ramshorst B, Oldenburg B, Van Hilligersberg R, Bakker CM, Sosef M, Witteman P, Kruijt P, Ten Hove WR, Tseng LN, Van der Linde K, Koopal SA, Marinelli AW, Perk L, Lutke Holzik MF, Grubben MJ, Heisterkamp J, Depla AC, Derksen E, Naber AH, Van Geloven AA, Breumelhof R, Dauids PH, Akol H, Van der Zaag E, Schenk E, Patijn GA, Veenendaal RA, Tollenaar RA, Van Berkel A, Gilissen LP, Nieuwenhuijzen GA, Van der Waaij LA, Baas PC, Cense H, Scholten P, Van Wagenveld B, Koornstra JJ, Havenga K, Van Milligen de Wit M, Rijken AM, Cazemier M, Guicherit OR, Houben MH, Steup WH.

Oncological outcome of malignant colonic obstruction in the Dutch Stent-In 2 trial

(2014) British Journal of Surgery, 101 (13), pp. 1751-1757.

Matthes A, Breumelhof R, van Beeck Calkoen E, van Everdingen KJ, Haas LEM.

Knoop: An elderly lady with an inspiratory stridor.

Case Reports in Internal Medicine, 2015, Vol. 2, No.1.

MMI

Visser V de, Sotgiu G, Lange C, Aabye MG, Bakker M, Bartalesi F, Brat K, Chee CB, Dheda K, Dominguez J, Eyuboglu F, Ghanem M, Goletti D, Dilektasli AG, Guglielmetti L, Koh WJ, Latorre I, Losi M, Polanova M, Ravn P, Ringshausen FC, Rumetshofer R, de Souza-Galvão ML, Thijssen SFT, Bothamley G, Bossink A;

TBNET. False-negative interferon-γ release assay results in active tuberculosis: a TBNET study.

Eur Respir J. 2015 Jan;45(1):279-83. doi: 10.1183/09031936.00120214. Epub 2014 Oct 30. PubMed PMID: 25359336.

Hofland RW, Thijssen SFT, Bouwman J, Van der Wel M, Bossink AW.

Sarcoidosis and Purified Protein Derivative reactivity. Sarcoidosis Vasc Diffuse

Lung Dis. 2014 Jul 8;31(2):142-8. PubMed PMID: 25078642.

Houben AJM, Oostdijk EAN, van der Voort PHJ, Monen JCM, Bonten MJM, van der Bij AK, Vlassembler F, Cohen Stuart JWT, van Hees BC, Vijfhuizen J, Wintermans RGF, Altorf-van der Kuil W, Alblas J, Frenzt D, Leenstra T, Muilwijk J, Notermans DW, de Greeff SC, van Keulen PHJ, Kluytmans JAJW, Mattsson EE, Sebens, Frénay, Maraha B, Heilmann FGC, Halaby T, Versteeg D, Hendrix R, Schellekens JFP, Diederens BMW, de Brauwier EIGB, Stals FS, Bakker LJ, Dorigo-Zetsma JW, van Zeijl JH, Bernards AT, de Jongh BM, Vlaminckx BJM, Horrevorts A, Kuipers S, Wintermans RGF, Mofie B, Brimicombe RW, Jansen CL, Renders, NHM, Hendrickx BGA, Buiting AGM, Kaan JA, Thijssen SFT, Deege MPD, Ekkelenkam MB, Tjhe HT, van Zwet AA, Voorn GP, Ruijs GJHM, Wolfhagen, MJHM.

Selective decontamination of the oropharynx and the digestive tract, and antimicrobial resistance: A 4 year ecological study in 38 intensive care units in the Netherlands

(2014) Journal of Antimicrobial Chemotherapy, 69 (3), art. no. dkt416, pp. 797-804. Cited 7 times.

Koningstein M, van der Bij AK, de Kraker ME, Monen JC, Muilwijk J, de Greeff SC, Geerlings SE, van Hall MA; ISIS-AR Study Group:Vlassembler F, Cohen Stuart JW, van Hees BC, Wintermans RG, Altorf-van der Kuil W, Alblas J, van der Bij AK, Frenzt D, Leenstra T, Monen JC, Muilwijk J, Notermans DW, de Greeff, van Keulen PH, Kluytmans JA, Mattsson EE, Sebens FW, Frénay HM, Maraha B, Heilmann FG, Halaby T, Versteeg D, Hendrix R, Schellekens JF, Diederens BM, de Brauwier EI, Stals FS, Bakker LJ, Dorigo-Zetsma JW, van Zeijl JH, Bernards AT, de Jongh BM,

Vlaminckx BJ, Horrevorts A, Kuipers S, Wintermans RG, Moffie B, Brimicombe RW, Jansen CL, Renders NH, Hendrickx BG, Buiting AG, Kaan JA, Thijssen SFT, Deege MP, Ekkelenkamp MB, Tjhie HT, van Zwet AA, Voorn GP, Ruijs GJ, Wolfhagen MJ.

Recommendations for the empirical treatment of complicated urinary tract infections using surveillance data on antimicrobial resistance in the Netherlands.

PLoS One. 2014 Jan 28;9(1):e86634. doi: 10.1371/journal.pone.0086634. eCollection 2014.

Westen EHMN, Kolk PR, Van Velzen CL, Unkels R, Mmuni NS, Hamisi AD, Nakua RE, Vlek ALM, Van Beekhuizen HJ.

Single-dose compared with multiple day antibiotic prophylaxis for cesarean section in low-resource settings, a randomized controlled, noninferiority trial

(2014) Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 94 (1), pp. 43-49.

Vlek ALM, Kolecka A, Khayhan K, Theelen B, Groenewald M, Boel E, Boekhout T, Jansz A, De Koning B, Faro D, García-Rodríguez J, Kampinga GA, Kostrzewa M, Kuijper EJ, Kusters JG, Lass-Flörl C, Meis JF, Mertens A, Peterse N, Rezusta A, Van Herendael B, Van Marm S, Wunderink HF.

Interlaboratory comparison of sample preparation methods, database expansions, and cutoff values for identification of yeasts by matrix-assisted laser desorption ionization-time of flight mass spectrometry using a yeast test panel

(2014) Journal of Clinical Microbiology, 52 (8), pp. 3023-3029.

Vlek ALM, Kolecka A, Khayhan K, Theelen B, Groenewald M, Boel E;

Multicenter Study Group, Boekhout T. Interlaboratory comparison of sample preparation methods, database expansions, and cutoff values for identification of yeasts by matrix-assisted laser desorption ionization-time of flight mass spectrometry using a yeast test panel.

J Clin Microbiol. 2014 Aug;52(8):3023-9. doi: 10.1128/JCM.00563-14. Epub 2014 Jun 11. PubMed PMID: 24920782; PubMed Central PMCID: PMC4136148.

MKA

van Hout WM, van Cann EM, Muradin MS, Frank MH, Koole R.

Intraoperative imaging for the repair of zygomaticomaxillary complex fractures: a comprehensive review of the literature.

J Craniomaxillofac Surg. 2014 Dec;42(8):1918-23.

Pothen AJ, Evenboer J, Swartz JE, Willems SM, van Cann EM, Janssen LM, van der Heijden GJ, Grolman W.

Use of the 2-µm continuous wave thulium laser for the resection of oral squamous cell carcinomas does not impair pathological assessment.

Lasers Surg Med. 2014 Oct;46(8):608-13. doi: 10.1002/lsm.22270. Epub 2014 Aug 25.

van Cann EM

Reply: donor-site morbidity of the radial forearm free flap versus the ulnar forearm free flap.

Plast Reconstr Surg. 2014 Feb;133(2):225e.

Flach GB, Bloemena E, Klop WM, van Es RJ, Schepman KP, Hoekstra OS, Castelijns JA, Leemans CR, de Bree R.

Sentinel lymph node biopsy in clinically N0 T1-T2 staged oral cancer: the Dutch multicenter trial.

Oral Oncol. 2014 Oct;50(10):1020-4.

Noorlag R, van Kempen PM, Moelans CB, de Jong R, Blok LE, Koole R, Grolman W, van Diest PJ, van Es RJ, Willems SM.

Promoter hypermethylation using 24-gene array in early head and neck cancer: better outcome in oral than in oropharyngeal cancer.

Epigenetics. 2014 Sep;9(9):1220-7.

Noorlag R, van der Groep P, Leusink FK, van Hooff SR, Frank MH, Willems SM, van Es RJ.

Nodal metastasis and survival in oral cancer: Association with protein expression of SLPI, not with LCN2, TACSTD2, or THBS2.

Head Neck. 2014 Apr 25. doi: 10.1002/hed.23716. [Epub ahead of print].

- Dik EA, Willems SM, Ipenburg NA, Adriaansens SO, Rosenberg AJ, van Es RJ.
Resection of early oral squamous cell carcinoma with positive or close margins: relevance of adjuvant treatment in relation to local recurrence: margins of 3 mm as safe as 5 mm.
Oral Oncol. 2014 Jun;50(6):611-5.
- Bittermann GK, Janssen NG, van Leeuwen M, van Es RJ.
One-year volume stability of human facial defects filled with a β -tricalcium phosphate-hydroxyl apatite mixture (Atlantik).
J Craniofac Surg. 2014 Mar;25(2):372-4.
- de Ruiter A, Dik EA, van der Bilt A, Meijer GJ, Koole R.
Micro structured Calcium Phosphate ceramic for donor site repair after harvesting chin bone for grafting alveolar clefts in children.
J Craniofac Surg. 2014 42:460-8.
- Oortgiesen DA, Walboomers XF, Bronckers AL, Meijer GJ, Jansen JA.
Periodontal regeneration using an injectable bone cement combined with BMP-2 or FGF-2.
J Tissue Eng Regen Med 8:202-9, 2014.
- Soehardi A, Meijer GJ, Berge SJ, Stoelinga PJW.
Lower border bone onlays to augment the severely atrophic (Class VI) mandible in preparation for implants: a preliminary report.
Int J Maxillofac Surg, 43:1493-9.
- van Engelen M, van Heumen CC, van de Pol P, Merkx MAW, Meijer GJ.
Intra-extra oral combination prosthesis: improving retention by interconnecting magnets.
J Prost Dentistry 27:279-82, 2014.
- Gerlach NL, GaeminiaA H, Bronkhorst EM, Bergé SJ, Meijer GJ, Maal TJ.
Accuracy of assessing the mandibular canal on cone-beam computed tomography: a validation study.
J Oral Maxillofac Surg 72:666-71, 2014 .
- Tabassum A, Meijer GJ, Walboomers XF, Jansen JA.
Evaluation of primary and secondary stability of titanium implants using different surgical techniques.
Clin Oral Implants Res 25: 487-92, 2014.
- Ma J, Both SK, Yang F, Cui FZ, Pan J, Meijer GJ, Jansen JA, van den Beucken JJ.
Concise Review: Cell-Based Strategies in Bone Tissue Engineering and Regenerative Medicine.
Stem Cells Transl Med. 3:98-107, 2014.
- van Oirschot BA1, Meijer GJ, Bronkhorst EM, Närhi T, Jansen JA, van den Beucken JJ.
Comparison of different surface modifications for titanium implants installed into the goat iliac crest.
Clin Oral Implants Res. 2014 Dec 8. doi: 10.1111/clr.12529. [Epub ahead of print].
- van Brakel R, Meijer GJ, de Putter C, Verhoeven JW, Jansen J, Cune MS.
The association of clinical and microbiologic parameters with histologic observations in relatively healthy peri-implant conditions- a preliminary short-term in vivo study.
Int J Prosthodont. 27: 573-6, 2014.
- Dings JP, Mizbah K, Bergé SJ, Meijer GJ, Merkx MA, Borstlap WA.
Secondary closure of small- to medium-size palatal defects after ablative surgery: reappraisal of reconstructive techniques.
J Oral Maxillofac Surg. 2014 Oct;72(10):2066-76.
- Verhamme LM, Meijer GJ, Bergé SJ, Soehardi RA, Xi T, de Haan AF, Schutyser F, Maal TJ.
An Accuracy Study of Computer-Planned Implant Placement in the Augmented Maxilla Using Mucosa-Supported Surgical Templates.
Clin Implant Dent Relat Res. 2014 Sep 2. doi: 10.1111/cid.12230. [Epub ahead of print].

Gerlach NL, Meijer GJ, Kroon DJ, Bronkhorst EM, Bergé SJ, Maal TJ.

Evaluation of the potential of automatic segmentation of the mandibular canal using cone-beam computed tomography.

Br J Oral Maxillofac Surg. 52:838-44, 2014.

Franken WM, van Heumen CC, van Engelen M, Meijer GJ.

Lack of retention of the upper denture: is placement of 2 palatal implants the solution?

Ned Tijdschr Tandheelkd 121:200-2, 2014

van Heumen CC, Termeer D, Oosterkamp BC, Postema N, Meijer GJ.

Eigenwijze incisieven?

Ned Tijdschr Tandheelkd. 121:200-2, 2014.

Nucleaire Geneeskunde

Verschure DO, de Wit TC, Bongers V, Hagen PJ, Sonneck-Koenne C, D'Aron J, Huber K, van Eck-Smit BL, Knoll P, Somsen GA, Mirzaei S, Verberne HJ.

123I-MIBG heart-to-mediastinum ratio is influenced by high-energy photon penetration of collimator septa from liver and lung activity.

Nucl Med Commun. 2014 Nov 20. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 25415845.

Verschure DO, Bongers V, Hagen PJ, Somsen GA, Van Eck-Smit BLF, Verberne HJ.

Impact of a predefined mediastinal ROI on inter-observer variability of planar 123I-MIBG heart-to-mediastinum ratio

(2014) Journal of Nuclear Cardiology, 21 (3), pp. 605-613.

Oogheelkunde

Zegers RH.

Eponym 'Reiter' should better no longer be used

Ned Tijdschr Geneesk. 2014;158:A7367. Dutch. PubMed PMID: 25351382.

van Angelen MI, van Angelen JH, Zegers RH.

A saxophonist with severe glaucoma; stop playing or not?

Ned Tijdschr Geneesk. 2014;158:A6709. Dutch. PubMed PMID: 24548591.

Orthopedie

Halma JJ, Godefrooij DA, Eshuis R, van Gaalen SM, de Gast A.

A. Excellent survivorship of the Morscher monoblock cup with a 28-mm Metasul-on-Metasul bearing at a mean of 5-year follow-up.

J Arthroplasty. 2014 Feb;29(2):405-9. doi: 10.1016/j.arth.2013.05.005. Epub 2013 Jun 12. PubMed PMID: 23768917.

Kersten RF, van Gaalen SM, Arts MP, Roes KC, de Gast A, Corbin TP, Öner FC.

The SNAP trial: a double blind multi-center randomized controlled trial of a silicon nitride versus a PEEK cage in transforaminal lumbar interbody fusion in patients with symptomatic degenerative lumbar disc disorders: study protocol.

BMC Musculoskelet Disord. 2014 Feb 25;15:57. doi: 10.1186/1471-2474-15-57. PubMed PMID: 24568365; PubMed Central PMCID: PMC3937453.

Halma JJ, Eshuis R, Vogely HC, van Gaalen SM, de Gast A.

An Uncemented Iso-Elastic Monoblock Acetabular Component: Preliminary Results.

J Arthroplasty. 2014 Nov 27. pii: S0883-5403(14)00893-6. doi: 10.1016/j.arth.2014.11.017. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 25496930.

Heijnsens LJ, Halma JJ, van Gaalen SM, de Gast A.

Poor intermediate-term survival of the uncemented Optan anatomically adapted femoral component.

Acta Orthop. 2014 Aug;85(4):363-7. doi: 10.3109/17453674.2014.934185. Epub 2014 Jun 23. PubMed PMID: 24954492; PubMed Central PMCID: PMC4105766.

Halma JJ, Señaris J, Delfosse D, Lerf R, Oberbach T, van Gaalen SM, de Gast A.
Edge loading does not increase wear rates of ceramic-on-ceramic and metal-on-polyethylene articulations.
J Biomed Mater Res B Appl Biomater. 2014 Nov;102(8):1627-38. doi: 10.1002/jbm.b.33147. Epub 2014 Mar 21.
PubMed PMID: 24652696.

van de Graaf VA, de Gast, A, Poolman, RW.
Arthroscopic meniscectomy: Does it make sense in patients older than 45? [Arthroscopische meniscectomie zinvol boven de 45 jaar?]
(2014) Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 158 (8), art. no. A6865, .

Zürcher AW, van Hutten K, Harlaar J, Terwee CB, Rob Albers GH, Pöll RG.
Mobile-bearing total knee arthroplasty: More rotation is evident during more demanding tasks.
Knee. 2014 Oct;21(5):960-3. doi: 10.1016/j.knee.2014.05.007. Epub 2014 May 27. PubMed PMID: 24950996.

Van der Goes MC, Hoes JN, Cramer MJ, van der Veen, MJ, van der Werf JH, Bijlsma JWG, Jacobs JWG.
Identifying factors hampering physical activity in longstanding rheumatoid arthritis: What is the role of glucocorticoid therapy?
(2014) Clinical and Experimental Rheumatology, 32 (2), pp. 155-161.

Pathologie

van Dongen S, Galis F, ten Broek C, Heikinheimo K, Wijnaendts LCD, Delen S, Bots J.
When right differs from left: Human limb directional asymmetry emerges during very early development
(2014) Laterality, 19 (5), pp. 591-601.

Verschuur-Maes AHJ, Kornegoor R, de Bruin PC, Oudejans JJ, van Diest PJ
Do columnar cell lesions exist in the male breast?
(2014) Histopathology, 64 (6), pp. 818-825.

Schmitz AM, Oudejans JJ, Gilhuijs KG.
Agreement on indication for systemic therapy between biopsied tissue and surgical excision specimens in breast cancer patients.
PLoS One. 2014 Mar 10;9(3):e91439. doi: 10.1371/journal.pone.0091439. eCollection 2014. PubMed PMID: 24614128; PubMed Central PMCID: PMC3948867.

van Broekhoven DLM, Verhoef C, Grünhagen DJ, van Gorp JMHH, den Bakker MA, Hinrichs JWG, de Voijs CMA, van Dalen T.
Prognostic Value of CTNNB1 Gene Mutation in Primary Sporadic Aggressive Fibromatosis
(2014) Annals of Surgical Oncology, 7 p. Article in Press.

Flucke U, Vogels RJC, de Saint Aubain Somerhausen N, Creytens DH, Riedl RG, van Gorp JM, Milne AN, Huysentruyt CJ, Verdijk MAJ, van Asseldonk MM, Suurmeijer AJH, Bras J, Palmedo G, Groenen PJTA, Mentzel T.
Epithelioid Hemangioendothelioma: Clinicopathologic, immunohistochemical, and molecular genetic analysis of 39 cases
(2014) Diagnostic Pathology, 9 (1), art. no. 131.

Creytens D, van Gorp J, Ferdinande L, Speel EJ, Libbrecht L.
Detection of MDM2/CDK4 Amplification in Lipomatous Soft Tissue Tumors From Formalin-fixed, Paraffin-embedded Tissue: Comparison of Multiplex Ligation-dependent Probe Amplification (MLPA) and Fluorescence In Situ Hybridization (FISH).
Diagn Mol Pathol. 2014 Jan 30. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 24487315.

Creytens D, van Gorp J, Ferdinande L, van Roy N, Libbrecht L.
Array-based comparative genomic hybridisation analysis of a pleomorphic myxoid liposarcoma
(2014) Journal of Clinical Pathology, 67 (9), pp. 834-835.

Creytens D, van Gorp J, Savola S, Ferdinande L, Mentzel T, Libbrecht L.
Atypical spindle cell lipoma: A clinicopathologic, immunohistochemical, and molecular study emphasizing its relationship to classical spindle cell lipoma
(2014) Virchows Archiv, 465 (1), pp. 97-108.

van Dongen S, Galis F, Ten Broek C, Heikinheimo K, Wijnaendts LCD, Delen S, Bots J.
No sexual dimorphism in human prenatal metacarpal ratios
(2014) Early Human Development, 90 (3), pp. 157-160.

Wood A, Mentzel T, van Gorp J, Flucke U, Huschka U, Schneider J, Bacchi CE, Calonje E, Brenn T.
The Spectrum of rare morphological variants of cutaneous epithelioid angiosarcoma
(2014) Histopathology, Oct 20. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 25330326.

Psychiatrie

Blom RM, Braam AW, de Boer-Kreeft N, Sonnen MPAM.
Body integrity identity disorder, relief after amputation [Blijvende opluchting na beenamputatie bij body integrity identity disorder]
(2014) Tijdschrift voor Psychiatrie, 56 (1), pp. 54-57.

Radiologie

Velthuis S, van Everdingen KJ, Quak JJ, Colnot DR.
The value of non echo planar, diffusion-weighted magnetic resonance imaging for the detection of residual or recurrent middle-ear cholesteatoma.
J Laryngol Otol. 2014 Jul;128(7):599-603. doi: 10.1017/S0022215114001418. Epub 2014 Jul 8. PubMed PMID: 25003659.

Merckel LG, Verkooijen HM, Peters NH, Mann RM, Veldhuis WB, Storm RK, Weits T, Duvivier KM, van Dalen T, Mali WP, Peeters PH, van den Bosch MA.
The added diagnostic value of dynamic contrast-enhanced MRI at 3.0 T in nonpalpable breast lesions.
PLoS One. 2014 Apr 8;9(4):e94233. doi: 10.1371/journal.pone.0094233. eCollection 2014. PubMed PMID: 24713637; PubMed Central PMCID: PMC3979776.

Reumatologie

Jurgens MS, Welsing PMJ, Geenen R, Bakker MF, Schenk Y, de Man YA, Bijlsma JWJ, Lafeber FPJG, Jacobs JWG.
The separate impact of tight control schemes and disease activity on quality of life in patients with early rheumatoid arthritis: Results from the CAMERA trials
(2014) Clinical and Experimental Rheumatology, 32 (3), pp. 369-376.

Ziekenhuisapotheek

Uijtendaal EV, van Harssel LLM, Hugenholtz GWK, Kuck EM, Zwart-van Rijkom JEF, Cremer OL, Egberts TCG.
Analysis of potential drug-drug interactions in medical intensive care unit patients
(2014) Pharmacotherapy, 34 (3), pp. 213-219. Cited 1 time.

Bron: PubMed en Scopus, aangevuld door de vakgroepen.

Colofon

Eindredactie

Bureau Bestuursondersteuning Diakonessenhuis

Tekst

Zuiver Pr, Pr- en communicatieadvies, Zeist

Vormgeving

Smit I organisatie van drukwerk, Amersfoort

© 2014 Diakonessenhuis

Diakonessenhuis



Diakonessenhuis

locatie Utrecht

postbus 80250
3508 TG Utrecht
T 088 250 50 00
F 088 250 67 38

locatie Zeist

postbus 1002
3700 BA Zeist
T 088 250 50 00
F 088 250 97 40

locatie Doorn (buitenpolikliniek)

postbus 1002
3700 BA Zeist
T 088 250 88 88
F 088 250 88 84

E-mail info@diakhuis.nl

Kijk voor meer informatie op onze website www.diakonessenhuis.nl