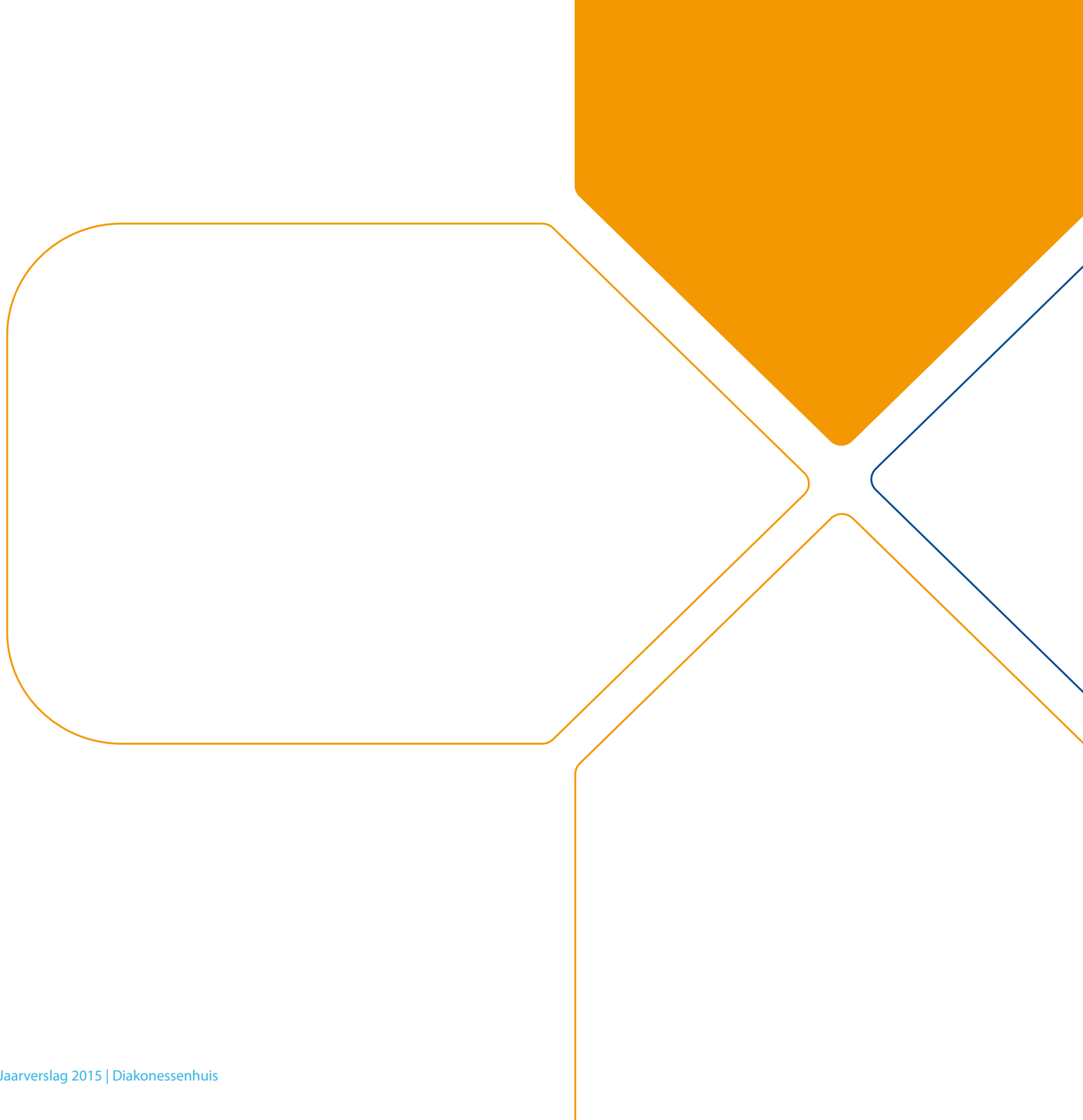


De gezichten van het Diak

Jaarverslag 2015







Raad van Bestuur

Voor u liggen het jaarverslag en de jaarrekening van het Diakonessenhuis voor 2015. Wil je een moeilijk jaar altijd snel vergeten? Sommigen willen dat wel.

De vraag komt niet uit de lucht vallen, want 2015 wás een moeilijk jaar voor het Diakonessenhuis.

Er liep nagenoeg het hele jaar een verbeterprogramma dat voor alle medewerkers extra uitdagingen met zich mee bracht. Daar kwam tijdelijk het verscherpt toezicht van de Inspectie bij dat om extra inspanningen vroeg. Maar 2015 vergeten? Juist niet. Integendeel.

Ten eerste zou dit onrecht doen aan al onze medewerkers en medisch specialisten, die het hele jaar door excellente zorg hebben verleend aan onze patiënten. Het zou onrecht doen aan alle vrijwilligers die geholpen hebben om hen gastvrij te ontvangen. Onze zorg en aandacht voor de patiënt vertaalt zich over 2015 in een gemiddeld rapportcijfer van 8,1. Een mooi cijfer.

Ten tweede is in 2015 een startpunt gemaakt om de komende jaren op voort te bouwen. Immaterieel, bijvoorbeeld met verbeteringen in de multidisciplinaire samenwerking en de vele kwaliteitsprojecten die ziekenhuis en medische staf samen hebben gerealiseerd. En materieel, met investeringen in medische apparatuur en in betere voorzieningen, zoals de nieuwe dagbehandeling endoscopie, nieuwe verpleegafdeling en parkeergarage. Daarnaast zijn de fundamenten verzezen van een lerende organisatie, die continu werkt aan de kwaliteit en veiligheid van de zorg. De start in 2015 is goed, in 2016 en in volgende jaren moeten we nog veel werk verzetten om de basis op orde te krijgen.

Ten derde zijn er in 2015 een aantal belangrijke strategische keuzen voor de toekomst gemaakt. Zo hebben we ons doelgroepenbeleid aangescherpt en richten we onze zorg en voorzieningen speciaal in op een

aantal specifieke patiëntengroepen, zoals ouderen en (aanstaande) moeders en kinderen.

En we hebben de keuze gemaakt om de strategische samenwerking met de huisartsen te intensiveren en zijn een verkenning gestart naar nauwere samenwerkingsbanden met het UMC Utrecht.

Tenslotte is het mooi om vast te stellen dat we financieel gezond zijn. Ons positieve resultaat is goed voor de zesde plaats in het jaarlijkse benchmark-onderzoek, dat BDO uitvoert naar de financiële performance van meer dan zestig algemene ziekenhuizen.

Dit jaarverslag heet 'De gezichten van het Diak' en verspreid door het jaarverslag komt u een aantal van die gezichten* tegen. Zij staan symbool voor al onze medewerkers, voor de gastvrijheid en de persoonlijke zorg die we als Diakonessenhuis bieden.

Dit is voor ons als Raad van Bestuur het eerste jaarverslag van het Diakonessenhuis. Het is het verslag van een jaar waaraan we zelf niet actief hebben deelgenomen. Wat we op de drempel van dat scharnierjaar aantreffen, sterkt ons in de overtuiging dat we met dit huis ook onze grote ambities voor de toekomst gaan waarmaken. We kijken met trots terug naar de inzet en resultaten van 2015 en we zullen er samen in 2016 met alle collega's vol energie op voortbouwen.

John Taks, voorzitter Raad van Bestuur
Martijn Wiesenekker, lid Raad van Bestuur

Raad van Toezicht

In 2014 kreeg het Diaconessenhuis te maken met een bestuurlijke crisis en het instellen van verscherpt toezicht. Terecht wordt wel gezegd dat een crisis kansen biedt. Het is dan echter wel zaak om die kansen op te pakken en te benutten. Dat is ook daadwerkelijk gebeurd, en dit typeert in belangrijke mate het jaar 2015. Het ziekenhuis stond op veel onderdelen voor grote uitdagingen en maakte een herstart op alle fronten. Aldus was 2015 voor het Diaconessenhuis een belangrijk overgangsjaar, naar een nieuwe fase in zijn ontwikkeling. Velen hebben daaraan bijgedragen. Als Raad van Toezicht willen wij alle medewerkers en medisch specialisten bedanken voor hun toewijding en inzet in 2015 en voor de daarmee behaalde resultaten.

Een belangrijke mijlpaal in 2015 zijn de grote inspanningen van ziekenhuis en medische staf ter verdere verbetering van de kwaliteit en veiligheid van de patiëntenzorg. Meer hierover leest u in hoofdstuk 3. Goed om hier te vermelden, is ook de verkenning van een nieuwe strategie en positionering van het Diaconessenhuis, ontwikkeld door een breed gedragen werkgroep. Zie hoofdstuk 2 voor de eerste resultaten, waarop inmiddels verder wordt gebouwd. Bij dit alles is de financiële positie van het Diaconessenhuis in 2015 onverminderd gezond gebleven.

Hoofdstuk 7 bevat een korte beschrijving van de activiteiten van de Raad van Toezicht in 2015. Eén daarvan is de werving en selectie van twee nieuwe bestuurders. Wij zijn zeer verheugd dat het Diaconessenhuis inmiddels een nieuwe Raad van Bestuur heeft. John Taks en Martijn Wiesenekker genieten breed vertrouwen en zijn met veel ambitie en energie met hun werk begonnen. De Raad van Toezicht wenst hun veel succes in 2016, in goede verbinding en samenwerking met ieder in huis.

mr. dr. M. Oosting, voorzitter Raad van Toezicht

** De foto's die wij in dit jaarverslag gebruiken, zijn 'stills' uit een interne film (april 2016).*

A portrait of Kristel Greup, a woman with short dark hair, smiling. She is wearing a white lab coat. The background is a blurred clinical setting with shelves containing various bottles and containers. A large, light blue, semi-transparent shape is overlaid on the left side of the image, containing text.

"We weten wat we aan
elkaar hebben; we zijn heel
behulpzaam naar elkaar toe"

Kristel Greup,
verpleegkundige buitenpolikliniek Doorn

500 bedden

23.095 dagverplegingen

382.963 polikliniekbezoeken

2353 personeelsleden
(in loondienst)

23.580 opnamen

194 medisch specialisten

44 arts-assistenten i.o.

12 IC-bedden

400 vrijwilligers

circa 50 arts-assistenten niet in opleiding

Aangenaam...

Het Diaconessenhuis is een vooruitstrevend stads- en streekziekenhuis waar 2700 medewerkers excellente zorg verlenen op drie locaties: Utrecht, Zeist en Doorn.

We bieden een breed scala aan behandelingen en zijn gespecialiseerd in spoedzorg, in verloskunde en zorg voor vrouw en kind, in diverse behandelingen voor mensen met kanker en in zorg op maat voor ouderen. Andere specialisaties waar we veel patiënten mee helpen, zijn kijkoperaties bij liesbreuken, de behandeling van slaap- en snurkproblemen, de behandeling van allergie, pijnbehandeling, kno-behandelingen (keel, neus, oor) en hoofd-hals chirurgie.

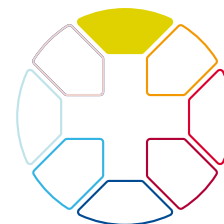
We hechten veel waarde aan gastvrijheid. Niemand gaat voor zijn plezier naar een ziekenhuis. Als het dan toch niet anders kan, moeten mensen zich welkom voelen. We zorgen daarom voor een prettige omgeving met de persoonlijke zorg van aandachtige artsen en vriendelijke verpleegkundigen. Patiënten geven ons een rapportcijfer van 7.9 en in Zeist en Doorn een 8.1 en 8.2.

Het Diaconessenhuis is een erkend opleidingsziekenhuis. We werken daarvoor samen met diverse instellingen. Verder doen onze medisch specialisten, verpleegkundigen en paramedici regelmatig wetenschappelijk onderzoek op verschillende vakgebieden. We vinden dat belangrijk voor de medische vooruitgang, maar ook voor de wetenschappelijke vorming van jonge zorgprofessionals.

Meer over ons

Algemene informatie vindt u op www.diaconessenhuis.nl.
Informatie over de prestaties van ons ziekenhuis vindt u op www.diaconessenhuis.nl/feitenencijfers
www.youtube.com/diaconessenhuis
www.twitter.com/diakhuis en
www.linkedin.com (groep: Diaconessenhuis Utrecht-Zeist-Doorn).

1





"Mijn droombeeld is een omgeving creëren voor de patiënt die uitnodigt om te doen of je thuis bent"

Jordi Elings, fysiotherapeut

✦ Visie en strategie

Het Diaconessenhuis positioneert zich als een algemeen ziekenhuis dat excellente en veilige zorg biedt. We doen dat op een doelmatige en patiëntgerichte manier. Door de uitstekende kwaliteit-prijsverhouding die daaruit volgt, kunnen we zorgverzekeraars een aantrekkelijke propositie bieden. Als opleidingsziekenhuis weten we goede artsen aan ons te binden. Als lerende organisatie stimuleren we elkaar continu om de kwaliteit, veiligheid en doelmatigheid van de zorg te verbeteren. We onderscheiden ons met de aandacht die we voor patiënten hebben. Dat betekent dat we denken vanuit (zieke) mensen en niet vanuit behandelingen.

In 2015 zijn veel veranderingen binnen het Diaconessenhuis in gang gezet. Ook is een begin gemaakt met een nieuwe visie en strategie, een traject dat doorloopt in 2016. Dan maken we de keuzes op basis van de volgende uitgangspunten.

Zelfstandig

Als eerste Diaconessenhuis in Nederland (1844) kennen wij een lange traditie van gastvrijheid en aandacht voor de patiënt. Die zorgtraditie willen wij graag behouden. Het Diaconessenhuis wil daarom met de locaties Utrecht, Zeist en Doorn verder als zelfstandig stads- en streekziekenhuis voor de stad Utrecht en de Utrechtse Heuvelrug. We blijven goede patiëntenzorg 'dichtbij' waarmaken, zo nodig door slim samen te werken.

Patiëntgericht

We richten ons serviceconcept in op een aantal specifieke doelgroepen, waaronder ouderen en (aanstaande) moeders en kinderen. Dat betekent dat we onze voorzieningen en bejegening zoveel mogelijk afstemmen op deze groepen.

Huisartsen

We investeren in de relatie met de huisartsen uit de regio. Doel is om de structurele samenwerking te verbeteren en te intensiveren vanuit een gedeeld eigenaarschap van de zorg en een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de patiënt.

Locatieprofielen

De drie locaties – Utrecht, Zeist en Doorn – zullen beter benut worden vanuit hun eigen specifieke profiel.

Communicatie

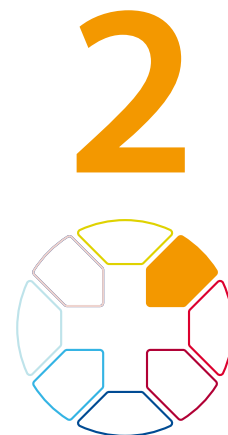
We dragen intern en extern zichtbaar uit voor welke zorg patiënten op onze drie locaties terecht kunnen. Als we de gevraagde zorg in ons ziekenhuis niet kunnen bieden, verwijzen we hen dankzij uitstekende samenwerkingsrelaties effectief door.

UMC Utrecht

We verkennen hoe we, met de patiënt als uitgangspunt, in een intensievere samenwerking met het UMCU de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg in Utrecht en omgeving kunnen verbeteren en de samenwerking met verwijzers kunnen vereenvoudigen.

Openheid

We onderschrijven het belang van openheid in de zorg. Of het nu gaat om incidenten of calamiteiten melden, de samenwerking met collega's of de omgang met patiënten. Zie bijvoorbeeld onze gedragscode in hoofdstuk 6. Dit geldt ook voor transparantie over



kwaliteit. Kijk bijvoorbeeld op www.nvz-kwaliteitsvenster.nl hoe we scoren op tien kwaliteitsindicatoren van de Nederlandse vereniging van ziekenhuizen. Daarnaast zijn onze resultaten te vinden op www.ziekenhuizentransparant.nl en www.zorginzicht.nl.

Leiderschap

Een lerende organisatie vraagt om vernieuwend leiderschap. Het vraagt om leiders die vertrouwen uitspreken, die vanuit een kader ruimte en verantwoordelijkheid geven, die ondersteunen, die duidelijk zijn over verwachtingen en tegelijkertijd aandacht hebben voor de verschillende behoeften van medewerkers.

Bedrijfsvoering

Wij menen dat kwaliteit, veiligheid, bedrijfsvoering en bedrijfscultuur zo verweven zijn, dat integraal risicomanagement de meest effectieve manier is om de organisatie te besturen. We hanteren daarvoor de KVR-methode: Kwaliteit, Risicomanagement en Valorisatie (zie verder hoofdstuk 3: Kwaliteit en veiligheid).



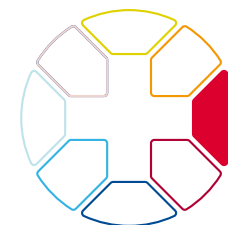
"Omdat we klein zijn, kunnen we
het ook heel persoonlijk maken"

Petra van Kernebeek,
verpleegkundige kort verblijf Zeist

A blue-tinted portrait of a man with dark hair, wearing a white button-down shirt, looking directly at the camera. The background is a blurred clinical setting with medical equipment.

"Je kunt een team dat al zo lang met elkaar werkt, nog heel gemakkelijk in beweging krijgen"

Jan Willem van der Neut,
zorgcoördinator en oncologieverpleegkundige



3.1 Verbetermaatregelen

Het Diaconessenhuis heeft in 2015 een hele reeks verbetermaatregelen doorgevoerd. Deels op eigen initiatief – als onderdeel van een langer lopend veranderprogramma –, deels in reactie op het verscherpt toezicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). De maatregel was vooral ingesteld vanwege een gewenste organisatie- en cultuurverandering. In mei is het Verscherpt Toezicht grotendeels opgeheven, in november gebeurde dit voor het calamiteitenonderzoek en de veiligheid in Zeist.

De verbetermaatregelen betreffen de volgende gebieden:

Samenwerking

De samenwerking tussen de Raad van Bestuur en het Bestuur Medische Staf is sterk verbeterd. Dit heeft een effect op de hele organisatie.

Op kritische afdelingen, zoals het Operatiekamercomplex (OKC), de Intensive Care (IC) en de Spoedeisende hulp (SEH) hebben de medewerkers een veiligheidstraining voor multidisciplinaire samenwerking in de spoedeisende zorg gevolgd: Crew Resource Management (CRM, zie ook hoofdstuk 5).

Er is een gedragscode voor alle medewerkers geïntroduceerd hoe met elkaar om te gaan. Dit zijn dezelfde tien gouden regels die gelden voor de omgang met patiënten. Voor de interne samenwerking beoogt de code vooral een open aanspreekcultuur.

Integraal risicomanagement

Een van de belangrijkste maatregelen om de organisatie op een effectieve manier te besturen is de introductie van integraal risicomanagement volgens de KVR-methode: Kwaliteit, Risicomanagement en Valorisatie. Bij integraal risicomanagement komen kwaliteit, bedrijfsvoering en



cultuur bij elkaar. Volgens deze methode worden twee keer per jaar risico's geïnventariseerd in acht domeinen:

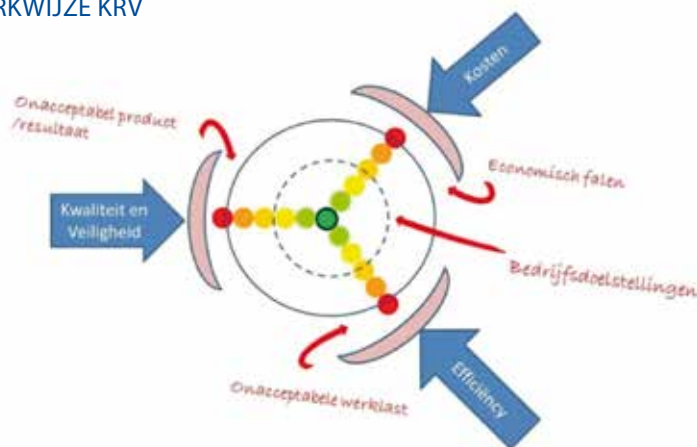
- governance,
- financiën,
- patiënt,
- arbeid,
- middelen (apparatuur),
- gebouwen,
- ICT
- imago.

Er wordt continue een evenwicht gezocht tussen kwaliteit en veiligheid, kosten en efficiency.

het teamhoofd OKC en een van de teamhoofden polikliniek (zij rouleren). Dit team overlegt dagelijks over eventuele knelpunten en lost deze op.

Er is geïnvesteerd in multidisciplinaire trainingen om vitaal bedreigde patiënten tijdig te herkennen en om de multidisciplinaire communicatie te verbeteren via de SBAR-methode: Situation, Background, Assessment and Recommendation. Werkafspraken zijn herijkt en protocollen aangescherpt, zodat ieders rol en taken helder zijn. Ook voor situaties waar dat minder duidelijk bleek te zijn, zoals bij incidenten in de gang of op de poli, weten medewerkers nu wat er van hen verwacht wordt en hoe te handelen. De actuele informatievoorziening op het intranet is toegankelijker gemaakt.

WERKWIJZE KRV



Er wordt expliciet gecommuniceerd over het profiel van de locatie Zeist, zowel intern (medewerkers, medisch specialisten) als extern: huisartsen, campings, vakantieparken, hulpdiensten, hotels en scholen. We laten er geen twijfel over bestaan welke zorg we wel en welke zorg we niet bieden in Zeist. Zo is nu bijvoorbeeld voor iedereen evident dat de SEH (spoedeisende hulp) in Utrecht zit.

Calamiteitenonderzoek

Begin 2015 is de zogenoemde COG, calamiteitenonderzoeks-commissie, gestart om op een gestructureerde en transparante wijze leermomenten en verbeterpunten in kaart te brengen. Bij een calamiteit is sprake van een niet beoogde of onverwachte gebeurtenis in de zorgverlening die ernstige schade aan een patiënt toebrengt of de dood van een patiënt tot gevolg heeft. Een calamiteit wordt door de hoofdbehandelaar gemeld bij de Raad van Bestuur. De Raad van Bestuur meldt deze bij de IGZ.

Locatie Zeist

De bezetting van medisch en verpleegkundig personeel in de avond-, nacht- en weekeinddiensten is uitgebreid. Het gevoel van veiligheid is hierdoor sterk verbeterd.

Er is een dagelijks managementteam ingesteld, bestaande uit teamhoofden van de verpleegafdelingen,

Wanneer in het Diaconessenhuis een mogelijke calamiteit heeft plaatsgevonden, bestudeert de COG het

dossier en spreekt zij met de betrokken medewerkers en de patiënt en/of zijn familie. De COG maakt vervolgens een reconstructie van de gebeurtenissen en analyseert welke factoren in de organisatie hebben bijgedragen aan het ontstaan van de (mogelijke) calamiteit. Mogelijke verbetermaatregelen worden besproken met de betrokken medewerkers, waarna een eindrapport wordt opgemaakt. De COG deelt en bespreekt dit rapport met de patiënt en/of zijn familie.

Omdat de COG in zijn rapport concreet benoemt wie verantwoordelijk is voor een verbetermaatregel en omdat zij de inhoud daarvan al met betrokkenen heeft afgestemd, zijn er geen discussies over het eigenaarschap en de inhoud van verbetermaatregelen. Leidinggevend en specialisten weten wat er van hen verwacht wordt en rapporteren over de voortgang en afronding van verbetermaatregelen. Medewerkers van het Bureau Patiëntveiligheid en Kwaliteit monitoren de voortgang en rapporteren over eventuele stagnatie. Eind 2015 heeft de COG 15 zaken afgerond en is er nog een in behandeling.

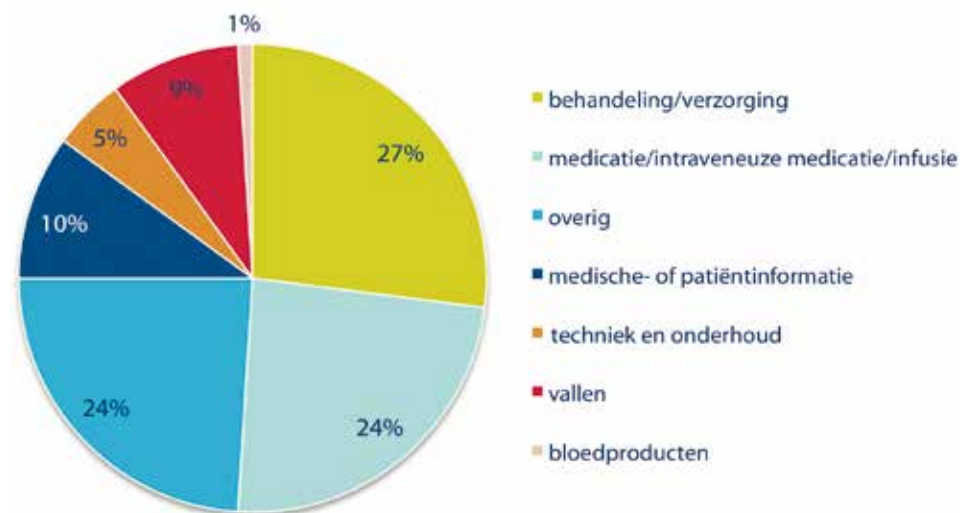
Veilig incidenten melden

In 2015 is de wijze van incidenten melden veranderd. Bij een incident is sprake van een niet beoogde of onverwachte gebeurtenis in de zorgverlening die tot schade aan de patiënt heeft geleid, had kunnen leiden of (nog) zou kunnen leiden.

Voorheen werkte het Diaconessenhuis met een centrale MIP-commissie: melding incidenten patiëntenzorg. Per 1 mei zijn we gestart met het zogenoemde 'VIM-en': veilig incidenten melden. Decentrale VIM-teams analyseren de meldingen en handelen deze af. De centrale VIM-commissie kijkt ziekenhuis-breed naar patronen, die mogelijk om actie vragen. Teamhoofden, decentrale VIM-teams en de Centrale VIM-commissie zijn getraind in het uitvoeren van de analyses. De nieuwe werkwijze draagt bij aan de open cultuur die bij een lerende organisatie

hoort. In 2015 zijn 2.989 incidenten gemeld. Dit is een kleine stijging van het aantal meldingen ten opzichte van de 2.779 meldingen in 2014. Medewerkers voelen zich blijkbaar veiliger om te melden.

INCIDENTMELDINGEN PATIËNT, HOOFDCATEGORIE



Dossieronderzoek en MMC

Ook heeft een speciale werkgroep in 2015 actie ondernomen om de dossiers van alle overleden patiënten te doorzoeken op aanwijzingen voor vermijdbare schade tijdens de ziekenhuisopname. Zij hanteert daarbij de zogeheten triggertool die in het landelijk onderzoek naar vermijdbare schade in Nederlandse ziekenhuizen gebruikt wordt (NIVEL/ VU-EMGO instituut). Er zijn in totaal 386 dossiers onderzocht. In de eerste fase van dossieronderzoek wordt een dossier voorgelegd aan een verpleegkundige. Wanneer die twee of meer

triggers vindt, wordt het dossier doorgestuurd naar een medisch specialist. Als de medisch specialist het nodig vindt, wordt het dossier in de maandelijkse werkgroepvergadering besproken. Daar wordt beoordeeld of er sprake is van een adverse event: was de gebeurtenis te voorkomen geweest? Zo nodig worden verbeteradviezen geformuleerd. Naast vakgroep-specifieke adviezen heeft het dossieronderzoek ook ziekenhuis-brede verbetermogelijkheden opgeleverd, zoals in het beleid rondom antistolling, de volledigheid van dossiers en de registratie van keuzes, overwegingen en interventies bij gesignaleerde risico's (bijvoorbeeld valrisico).

Overige belangrijke verbetermaatregelen

Verder heeft de Multidisciplinaire Mortaliteits- en Complicatiebespreking (MMC) een nieuwe impuls gekregen. Deze bespreking vindt om de twee weken plaats. In de MMC worden calamiteiten besproken, vindt terugkoppeling plaats van bijvoorbeeld uitkomsten van dossieronderzoek of wordt gediscussieerd over centrale thema's als statusvoering of bejegening en communicatie. De MMC is primair bedoeld voor medisch specialisten en A(N)IOS: artsen (niet) in opleiding tot specialist. Maar ook andere direct betrokken medewerkers zijn van harte welkom om de bespreking bij te wonen.

Met het zogeheten 'sterfteprofiel' wordt het aantal patiënten dat in het ziekenhuis overlijdt, vergeleken met het landelijke gemiddelde (= 100); hierbij wordt rekening gehouden met relevante patiëntenkenmerken. Dit gebeurt door de berekening van de Hospital Standardised Mortality Ratio (HSMR). De HSMR van het Diaconessenhuis voor 2014 (het meest actuele cijfer tijdens de samenstelling van dit jaarverslag) bedraagt 96 en ligt daarmee onder het landelijk gemiddelde.

3.2 Keurmerken

Een keurmerk is een kwaliteitsoordeel, afkomstig van een betrouwbare bron of een onafhankelijke deskundige instantie. We zijn trots dat we ruim 20 keurmerken in ons bezit hebben. In 2015 hebben we 5 belangrijke keurmerken opnieuw behaald.



1. Vaatkeurmerk

De Hart&Vaatgroep reikte opnieuw het Vaatkeurmerk aan ons uit voor de domeinen perifeer arterieel vaatlijden en aneurysma. Het vernieuwde keurmerk helpt vaatpatiënten een keuze te maken voor een ziekenhuis waar goede vaatzorg wordt aangeboden.



2. Groene vinkje voor darmkanker

Volgens de Nederlandse patiëntenorganisaties voor mensen met dikke darmkanker voldoet het Diaconessenhuis aan alle voorwaarden voor goede zorg. Daarmee behoudt ons ziekenhuis het groene vinkje voor darmkanker.



3. Groene vinkje Stomazorg

Van de Stomavereniging kregen wij een groen vinkje voor stomazorg. Dit betekent dat de stomazorg in ons ziekenhuis zo georganiseerd is dat deze aansluit bij de minimale wensen en behoeften van mensen met

een stoma. Op de Stoma Zorgwijzer is te zien welke stomazorg het Diaconessenhuis en andere ziekenhuizen aanbieden.

kwaliteitscriteria, kijk dan bijvoorbeeld op www.nvz-kwaliteitsvenster.nl. Meer hierover vindt u in hoofdstuk 2, onder het kopje 'Openheid'.



4. Roze lintje voor goede borstkankenzorg

Van de Borstkankervereniging Nederland (BVN) ontvingen wij in 2015 opnieuw het roze lintje. Dit betekent dat het Diaconessenhuis al jaren op rij goede borstkankenzorg levert. Het ziekenhuis voldoet hiermee aan alle aangescherpte eisen van patiëntgerichte borstkankenzorg.



5. Keurmerk Seniorvriendelijk ziekenhuis

Ook heeft het Diaconessenhuis opnieuw het Keurmerk Seniorvriendelijk Ziekenhuis ontvangen. De ouderenorganisaties Unie KBO, PCOB, NOOM en NVOG geven dit kwaliteitskeurmerk omdat het Diaconessenhuis de zorg goed heeft afgestemd op de oudere patiënt. Het Diaconessenhuis kreeg van de ouderenbonden een positieve beoordeling vanwege de speciale faciliteiten voor ouderen in huis, zoals de aanwezigheid van:

- een dagcentrum waar alle onderzoeken naar specifieke ouderdomsproblemen in één dag kunnen plaatsvinden;
- verpleegafdelingen die speciaal voor ouderen ingericht zijn;
- in de geriatrie gespecialiseerde medisch specialisten en verpleegkundigen.

Wij onderschrijven het belang van openheid in de zorg. Wilt u weten hoe wij scoren op de diverse andere



"Benader de positieve kant
van de servicegerichtheid"

Marlies Swart, radiodiagnostisch laborant

✦ Aandacht voor de patiënt

Patiënten waarderen kundig en vriendelijk personeel, goede voorlichting en begeleiding, korte wachttijden, een snelle behandeling, vakkundige verzorging en een effectieve pijnbestrijding. In het Diaconessenhuis proberen we dit elke dag opnieuw met zijn allen waar te maken. We lichten er voor 2015 twee voorbeelden uit: borstkankerezorg en het liesbreukcentrum. Ook wordt in dit hoofdstuk informatie gegeven over de tevredenheid van patiënten en over klachten.

4



4.1 Borstkankerezorg

Een op de acht vrouwen in Nederland krijgt te maken met borstkanker. Een ingrijpende gebeurtenis voor deze vrouwen en hun familie.

Zekerheid binnen 24 uur

Niet elk knobbeltje in de borst of elke afwijking op een foto is borstkanker. Vrouwen die dit onderzocht willen hebben, kunnen direct in het Diaconessenhuis terecht. Er wordt een mammografie en/of een echo gemaakt en zo nodig doen we een cytologische punctie en/of biopsie (weefselonderzoek). De diagnose volgt dezelfde dag.

Zorg op maat

Iedere patiënt krijgt een eigen casemanager voor de duur van het hele zorgtraject: diagnose, behandelfase, nazorg en follow-up. Deze verpleegkundige specialist is het persoonlijk aanspreekpunt en blijft dat, vijf tot zeven jaar lang. Zij begeleidt de patiënt, regelt afspraken en is altijd laagdrempelig bereikbaar per email. Patiënten met borstkanker krijgen vaak met moeilijke keuzen te maken: wel of geen erfelijkheidsonderzoek, wel of geen operatie, borstamputatie of borstsparende operatie... De verpleegkundig specialist biedt een luisterend oor voor vragen, twijfels en verdriet. Sommigen patiënten hebben meer bedenktijd nodig dan anderen. Wij voorzien in meer consulterende gesprekken als dat nodig is. De behoefte van de patiënt is leidend.

Voor ouderen

Een op de vier borstkankerpatiënten in het Diaconessen-huis is ouder dan 75 jaar. Oudere mensen verschillen fysiek en psychisch meer van elkaar dan jongere. Daarom screenen wij alle oudere patiënten op kwetsbaarheid. En raadplegen wij de oncologisch geriater voor het inschatten van de belastbaarheid bij complexe ingrepen. Ook ondersteunt deze specialist bij moeilijke beslissingen over de behandeling van borstkanker bij ouderen en vragen over levenskwaliteit en levensverwachting. Er zijn meer mogelijkheden dan minimaal of maximaal behandelen en iedere patiënt verdient een individuele benadering die het best bij haar past.

Behandeling

Borstkanker wordt bijna altijd geopereerd. Wij proberen zoveel mogelijk patiënten borst(contour) sparend te opereren. De operatie wordt samen met een plastisch chirurg uitgevoerd als dat nodig is. Chemo- en immuuntherapie wordt gegeven in ons moderne dagbehandelcentrum oncologie en hematologie. De medische behandeling vindt plaats in een vriendelijke en huiselijke omgeving, waar ook familie en vrienden welkom zijn. De zorgverleners hebben er tijd voor een gesprek en bieden verschillende aanvullende behandelingen, zoals acupressuur tegen misselijkheid, voetmassage en haptotherapie ter ontspanning en hoofdhuidkoeling om haarverlies tegen te gaan. Het pijnteam heeft veel ervaring met pijn bij kanker en kan deze vaak verlichten.

Keurmerken

Het Diaconessenhuis heeft diverse keurmerken voor borstkankerszorg:

- Roze lintje van de Borstkankervereniging Nederland (BVN)
- Topzorgpredikaat van Menzis voor de behandeling van borstkanker
- Voorkeursziekenhuis voor borstkankerszorg Achmea
- 'Beste Zorg' van CZ voor de behandeling van borstkanker

Daarnaast mogen wij opnieuw het Keurmerk Seniorvriendelijk Ziekenhuis voeren. De ouderenorganisaties Unie KBO, PCOB, NOOM en NVOG geven dit kwaliteitskeurmerk vanwege de speciale faciliteiten voor ouderen in huis, zoals de aanwezigheid van:

- een dagcentrum waar alle onderzoeken naar specifieke ouderdomsproblemen in één dag kunnen plaatsvinden;
- verpleegafdelingen die speciaal voor ouderen ingericht zijn;
- in de geriatrie gespecialiseerde medisch specialisten en verpleegkundigen.

4.2 Liesbreukcentrum Nederland

Een liesbreuk is een uitstulping van het buikvlies in de liesstreek, het raakvlak tussen bovenbenen en onderlijf. Zo'n breuk verdwijnt nooit vanzelf en moet operatief verholpen worden, voordat hij groter wordt en meer klachten gaat geven. Het Liesbreukcentrum Nederland in Zeist is onderdeel van het Diaconessenhuis en is vanuit het hele land goed bereikbaar. De telefonisten van het secretariaat kunnen op de meeste inhoudelijke vragen direct antwoord geven. Bijvoorbeeld aan welke criteria een patiënt moet voldoen om in aanmerking te komen voor een single visit.

Single visit

Bij een reguliere behandeling zitten tussen het eerste polikliniekbezoek en de operatie in het Liesbreukcentrum hooguit twee weken. Maar het kan nog sneller: beide op één dag. Wie aan de criteria voldoet, kan een combinatieafpraak maken. Dat betekent 's morgens een gesprek met de chirurg en 's middags de operatie. Die operatie is dan altijd een kijkoperatie.

Kijkoperatie

Bij een kijkoperatie worden drie sneetjes van ongeveer een centimeter in de huid gemaakt. Daardoorheen worden operatie-instrumenten naar binnen gebracht en een piepkleine camera die het operatiegebied op een kleine monitor in beeld brengt. Het voordeel voor de patiënt is dat hij na de operatie minder pijn heeft, sneller herstelt en minder littekens overhoudt. Zo'n kijkoperatie is wel moeilijker uit te voeren dan een reguliere "open" liesbreukoperatie. In de Nederlandse en Europese richtlijnen staat dat een kijkoperatie alleen verricht moet worden als er voldoende expertise aanwezig is. In het Liesbreukcentrum is die ervaring ruimschoots aanwezig. Iedere chirurg heeft meer dan 1000 kijkoperaties verricht en doet er jaarlijks zo'n 250.

4.3 Tevredenheid en klachten

Het Diaconessenhuis doet doorlopend onderzoek naar klanttevredenheid en probeert klachten van patiënten op te lossen met behulp van bemiddeling en ervan te leren.

Onze aandacht voor de patiënt vertaalt zich over 2015 in een rapportcijfer van 8,1. Daarmee is de algemene waardering voor het Diaconessenhuis en de locatie Utrecht gelijk gebleven. De waardering voor de locaties Zeist en Doorn is licht gestegen. Een op de vier patiënten beveelt het Diaconessenhuis aan bij familie, vrienden en kennissen (de zogeheten NPS: netto promotor score). In 2015 hebben 750 klagers contact gehad met de

klachtenbemiddelaars (tegenover 727 in 2014). Deze mensen hebben in totaal 886 klachten geuit (tegenover 882 in 2014).

Aard van de klacht	Aantal klachten
Relationeel	392
Financieel	80
Organisatorisch	225
Vakinhoudelijk	98
Veiligheid	24
Overig	21
Tevredenheid	46

Vergeleken met 2014 is het totaal aantal klachten ongeveer gelijk gebleven. Het aantal klachten medisch specialistische zorg is toegenomen van 345 (in 2014) naar 401 (in 2015). Het aantal klachten patiëntenzorg is afgenomen van 432 (in 2014) naar 376 (in 2015). Aan de klagers wordt zoveel mogelijk gevraagd hoe ze denken over de uitkomst van de klachtbemiddeling:

Uitkomst	Aantal
Tevreden	631
Niet tevreden	105
Onbekend	150

De klachtencommissie ontvangt in 2015 15 klachtbrieven, met in totaal 63 klachtonderdelen. De klachtencommissie heeft over 16 klachten uitspraak gedaan. Deze uitspraken betreffen 90 klachtonderdelen. De commissie verklaarde 24 klachtonderdelen gegrond, 37 klachtonderdelen ongegrond en 2 klachtonderdelen deels gegrond. De meeste gegronde klachtonderdelen gaan over de medische behandeling en over de communicatie rond het behandeltraject.



"Ik ben trots omdat wij hier op de SEH altijd klaar staan met een vakkundig team"

Maite Tromp, SEH-arts

✦ Medewerkers en leren

Onze medewerkers zorgen elke dag voor onze patiënten. Samen zijn zij het kapitaal en het kloppend hart van het Diaconessenhuis. Het jaar 2015 stond voor een groot deel in het teken van leren en verbeteren.

5.1 Leren

Wij geloven in de kracht van teams, in medewerkers die zelf het initiatief en de regie nemen om de organisatie van hun werk te verbeteren. Met een management dat hen daarin faciliteert, vanuit een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de resultaten. In 2015 zijn meerdere initiatieven gestart op dit gebied. Een aantal hoogtepunten.

Productive Ward

Productive Ward is een innovatieve, bewezen verbetermethodiek waarmee teams zelf de omgeving van de verpleegafdeling en de werkprocessen verbeteren. De tijd die door deze verbeteringen vrijkomt, is extra tijd die verpleegkundigen aan patiënten kunnen besteden. Soms is dat meer dan dertig procent! Dat leidt tot een betere patiëntbeleving en tot meer veiligheid, kwaliteit en betrouwbaarheid van de zorg. Productive Ward is een doorlopend programma (het kent geen einde zoals een project) en heeft als uitgangspunten:

- *Toegevoegde waarde* voor de patiënt, respect voor mensen: samenwerken als team, openheid en transparantie, respect, communicatie, groeien en leren, leiderschap, veiligheid.
- *Continu verbeteren* omdat mensen dingen steeds beter willen doen.
- *Elimineren van verspilling* in het proces: tijd, voorraad, administratie, zoeken.

Enkele winstpunten in de praktijk: spullen liggen op hun plek en zijn sneller terug te vinden, verpleegkundigen lopen efficiënter visite, ze hebben meer tijd voor hun patiënten en ze nemen vaker pauze. Op de afdeling

Geriatric slaagden ze erin om de vochtbalans van patiënten nog beter bij te houden. Op het eerste gezicht kunnen het kleine dingen lijken, maar opgeteld maakt dit soort verbeteringen een enorm verschil.

Naast de afdeling Geriatric in Zeist is ook de afdeling Chirurgie, orthopedie en urologie in Utrecht met Productive Ward aan de slag gegaan. Alle resultaten worden in de zomer van 2016 gepresenteerd. Naar verwachting zullen daarna meer verpleegafdelingen met de methodiek gaan werken.

Crew Resource Management

De medewerkers van het Operatiekamercomplex, de Intensive Care en de Spoedeisende Hulp hebben een veiligheidstraining voor multidisciplinaire samenwerking in de zorg gevolgd: Crew Resource management. CRM komt uit de luchtvaart en is ontwikkeld ter voorkoming van een falende samenwerking in de cockpit. Centraal hierbij staan de niet-technische vaardigheden, zoals communicatie, besluitvorming en leidinggeven. Algemeen bekend is dat het grootste deel van de incidenten en calamiteiten te wijten is aan het ontbreken van deze vaardigheden. Na de trainingen zijn per afdeling kernteams gevormd. Deze teams monitoren actief en blijven actief sturen op verbeteringen in de samenwerking.

Markelo-projecten

Medewerkers zijn in 2015 in de gelegenheid gesteld om ook via de Lean Six Sigma- methode zelfstandig goede ideeën te bedenken en projecten uit te voeren. Deze projecten, die intern de namen Markelo 1 (juni)

5



en Markelo 2 (oktober) hebben gekregen, leveren een bijdrage aan een efficiënte en effectieve bedrijfsvoering. In totaal hebben 10 groepen medewerkers hun ideeën en projecten gepresenteerd aan de Raad van Bestuur. De volgende projecten zijn akkoord bevonden en in uitvoering genomen:

Markelo 1-projecten

- *Stof tot nadenken*: reduceren van het linnenverbruik, waarbij een nieuwe werkwijze voor de bevoorrading van textiel is geïntroduceerd.
- *Mobitheek*: verpleegkundige hulpmiddelen zoals rolstoelen en looprekjes staan vaak verspreid door het ziekenhuis. Soms staan er te veel en soms wordt er misgegrepen. Ook zijn ze soms kapot of onvolledig. De oplossing is een centraal magazijn met een uitgifte-systeem, de zogenaamde Mobitheek. Deze zal in 2016 worden geopend.
- *FLIPP*: efficiënter proces bij indiensttreding van nieuwe medewerkers. De procedures rondom indiensttreding, doorstroom en uitdiensttreding zijn te complex. Verschillende lijn-stafdiensten zijn er bij betrokken met eigen procedures. In 2016 is er één indiensttreding-formulier en er is één servicepunt voor nieuwe collega's.
- *Voeding samen behapbaar*: verpleegkundigen, diëtisten en voedingsassistenten verbeteren het proces rondom voeding ten behoeve van goed gevoede en tevreden patiënten.
- *Geen pil te veel*: dagelijks wordt veel medicatie weggegooid, bijvoorbeeld wanneer patiënten uit het ziekenhuis ontslagen worden. Door processen beter op elkaar af te stemmen kan dit worden voorkomen. De eerste stappen zijn gezet: bepaalde medicijnen worden niet meer 'standaard' uitgezet.

Markelo 2-projecten

- *Van CS-A naar beter*: het centraliseren van de Centrale Sterilisatie Afdeling op locatie Utrecht.
- *Lean aan de lijn*: het verbeteren van de telefonische

bereikbaarheid.

- *KNO-how*: het inkorten van de wachttijden in de polikliniek.
- *Patiënten sneller beter/kloppend hart*: procesverbeteringen op de afdeling Cardiologie.
- *O.R.S. (oriëntatie registratiestagnatie)*: het verbeteren van registratie aan de bron, gericht op het terugdringen van vermijdbare fouten.

Informele initiatieven

Vermeldenswaard zijn ook een aantal informele initiatieven die bijdragen aan de lerende organisatie: het donderdagochtendoverleg en het verbeterbord.

Het donderdagochtendoverleg is een vrij en openbaar overleg waarin leidinggevendend casuïstiek bedrijven en kennis delen. Het begon spontaan als een multidisciplinair overleg om directe knelpunten op te lossen en is uitgegroeid tot een verbindende bijeenkomst over thema's als bedrijfscultuur en leiderschap. Zonder vaste agenda, notulen en actiepunten, maar inmiddels een vaste en inspirerende waarde voor velen.

Het verbeterbord is ontstaan op de SEH (spoedeisende hulp). Het signaleren van knelpunten in het werk is belangrijk, maar te vaak blijft het bij signaleren en gaan medewerkers in de praktijk om het probleem 'heen lopen' als er niets verandert. Het verbeterbord is direct op verbetering in de praktijk gericht. Op het bord doorloopt elk probleem een kort oplossingsgericht proces en iedereen pakt zijn verantwoordelijkheid, zodat er ook daadwerkelijk knelpunten worden weggenomen. Ook kunnen medewerkers constructieve ideeën voorstellen die na goedkeuring uitgevoerd worden. Andere afdelingen hebben het verbeterbord overgenomen en zo is een manier van werken ontstaan die tot resultaat leidt en veel enthousiasme in de teams losmaakt.

5.2 Veilige en gezonde werkomgeving

In het Diaconessenhuis is aandacht voor een veilige en gezonde werkomgeving. In 2015 is specifiek aandacht besteed aan de volgende thema's:

- Er is een bedrijfsopvangteam geïnstalleerd dat ingezet kan worden als medisch specialisten en ziekenhuis-medewerkers te maken krijgen met schokkende gebeurtenissen.
- Er is afgelopen jaar gestart met de voorbereiding van een pilot naar werkbeleving. Begin 2016 zal de pilot bij drie afdelingen uitgevoerd worden.
- Er zijn het afgelopen jaar meedenksessies/workshops georganiseerd over publieke agressie en geweld.
- In 2015 is er gestart met praktische en preventieve workshops "slaap- en wisseldiensten" en "slaap en vitaliteit" voor medewerkers, want een goede nachtrust is nodig om goed te functioneren.
- In 2015 zijn er ruim 65 werkplekonderzoeken uitgevoerd en zijn trainingen gegeven op het gebied van fysieke belasting en werkhouding.

5.3 Opleiden en onderzoek

De Diakademie is het leerhuis van het Diaconessenhuis en bundelt alle opleidings-, ontwikkel- en onderzoeks-activiteiten. In 2015 heeft de Diakademie haar bedrijfsvoering en het leeraanbod verder gedigitaliseerd. Steeds meer trainingen worden nu aangeboden via het zogeheten DiakLeerPlein. Eind 2015 heeft de Diakademie de beschikking gekregen over een skillslab, met alle faciliteiten voor vaardigheidstrainingen, zoals reanimatieonderwijs en scenariotrainingen. We gaan hier verder kort in op de belangrijkste ontwikkelingen voor medische opleidingen, zorgopleidingen, leiderschapsontwikkeling en wetenschappelijk onderzoek.

Medische opleidingen

Opleidersprofessionalisering

In 2015 organiseerde de Diakademie voor de tweede keer een geaccrediteerde opleiderscarrousel met workshops. Ditmaal multidisciplinair met veertig deelnemers: praktijkopleiders van verpleegkundigen en medisch ondersteunende diensten en medisch specialisten die coassistenten en/of aio's opleiden. De carrousel heeft tot doel om de professionalisering van opleiders op didactisch vlak te bevorderen.

Individualisering opleidingsduur en AIOS-registratie

Het Diaconessenhuis maakt gebruik van de mogelijkheden (per 1 juli 2014) om de duur van de opleiding tot specialist af te stemmen op de individuele AIOS (artsen in opleiding tot specialist). Dit betekent dat AIOS hun opleiding sneller kunnen doorlopen door vrijstellingen voor eerder opgedane competenties.

De Diakademie beschikt over een database met de opleidingsgegevens van de AIOS in het Diaconessenhuis, die door de betreffende registratiecommissie zijn goedgekeurd. In 2015 bedroeg het totaal aantal AIOS (inclusief de zogenoemde bètaberoepen en psychologie) 44,03 fte.

Inwerkprogramma arts-assistenten

Het inwerkprogramma voor arts-assistenten is bedoeld om hen zo te informeren en in te werken dat zij hun functie veilig kunnen uitvoeren. In 2015 is het programma verder aangescherpt en deels gedigitaliseerd. Hierdoor hoeven medisch specialisten en zittende arts-assistenten er in 2016 minder tijd in te investeren en kunnen de arts-assistenten de digitale instructies zo nodig opnieuw bekijken.

Coassistenten en prijs

Een visitatiecommissie van de Universiteit Utrecht was enthousiast over de coschappen van het Diaconessenhuis. Verbeterpunten zijn het ruimtegebrek

op de polikliniek/SEH en het laten prikken van infusen. De vakgroep Chirurgie van het Diaconessenhuis won in 2015 de prijs voor het beste coschap Chirurgie. De affiliatiecoördinator van het Diaconessenhuis is medeontwikkelaar van het nieuwe curriculum voor de geneeskunde-opleiding. In 2015 zijn een aantal succesvolle pilots gedraaid, onder andere met een digitaal portfolio voor coassistenten en met de toepassing van het nieuwe curriculum binnen de 3de-jaars coschappen.

Zorgopleidingen

Het Diaconessenhuis werkt samen met de Hogeschool Utrecht, het ROC MN en het UMC Utrecht aan de doorontwikkeling van het praktijkcurriculum (POB) en de stagevarianten van de verpleegkundige opleidingen op mbo- en hbo-niveau. De Diakademie heeft een grote bijdrage geleverd aan de verdere uitwerking van trainingen zoals De vitaal- bedreigde patiënt en diverse scenariotrainingen.

Leiderschapsontwikkeling

De Diakademie ontwikkelt, organiseert en faciliteert diverse leertrajecten in het kader van leiderschap en organisatieontwikkeling. In 2015 heeft dit vooral in het teken gestaan van het veranderprogramma en de ontwikkeling en implementatie van de ziekenhuisbrede gedragscode.

Wetenschappelijk onderzoek

Het Wetenschapsbureau ondersteunt binnen het Diaconessenhuis de processen, die noodzakelijk zijn om wetenschappelijk onderzoek te kunnen uitvoeren. Sinds 1 januari 2015 beschikt het Diaconessenhuis over een wetenschapscommissie. De commissie wordt gevraagd advies uit te brengen over het wetenschapsbeleid zoals dit wordt voorbereid door de decaan en het Wetenschapsbureau. Daarnaast beoordeelt de commissie onderzoeksvoorstellen die in

aanmerking komen voor financiering en adviseert zij hierover aan de Raad van Bestuur. Verder heeft het Wetenschapsbureau 49 onderzoeksvoorstellen beoordeeld op lokale haalbaarheid en is er een wederom succesvolle wetenschapsavond georganiseerd, die door 75 personen werd bezocht.

Een lijst van publicaties van de medische staf 2015 is separaat gepubliceerd.



"Ik ben trots op het keurmerk dat we net ontvangen hebben, waarbij we voldoen aan de zorg zoals ouders het graag zien"

Dana-Anne de Gast, kinderarts

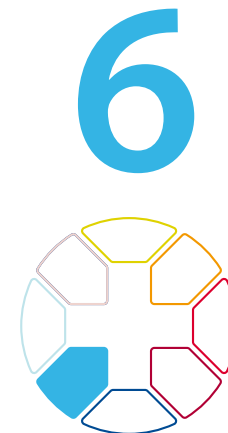


"De sfeer in het Diak is heel goed;
de samenwerking is gewoon prettig,
korte lijnen"

Suresh Nagesser, vaatchirurg

✦ Samenwerking

Samenwerking met ketenpartners wordt steeds belangrijker in de ziekenhuiszorg. We werken natuurlijk doorlopend met veel partijen samen. Als opleidingsziekenhuis voor de medische vervolgopleidingen bijvoorbeeld met de Onderwijs- en Opleidingsregio's UMC Utrecht (UMCU), Amsterdam Medisch Centrum (AMC) en Vrije Universiteit Amsterdam (VU). Voor de opleiding van studenten geneeskunde tot arts doen we dat met het UMCU en voor de verpleegkundige vervolgopleiding met de Hogeschool Utrecht. Voor dit verslag over 2015 lichten we de samenwerking met de huisartsen en het UMC Utrecht eruit.



6.1 Samenwerking huisartsen

We investeren in de samenwerking met huisartsen uit de regio. Om meer regie te krijgen op alle transmurale zorgprocessen in ons ziekenhuis, is het bureau Coördinatie Transmurale Zorg opgericht. De organisatie hiervan is in handen van een medisch specialist en een ambtelijk secretaris. Zo hebben we intern en extern een zichtbaar aanspreekpunt.

Binnen de vakgroepen en afdelingen waren al diverse initiatieven om samenwerking met huisartsen te bevorderen. Deze initiatieven en overeengekomen werkafspraken worden nu gestroomlijnd en getoetst aan het strategisch beleidsplan. En er wordt gekeken naar consequenties voor de bedrijfsvoering. Dit altijd in samenspraak met Raad van Bestuur en vertegenwoordigers van Medisch Specialistisch Bedrijf.

Regionale transmurale afspraken (RTA's)

Het zogenoemde Transmuraal Platform is het overlegorgaan waarbinnen ziekenhuizen en zorggroepen van huisartsen afspraken maken over de juiste zorg op de juiste plek. Het gaat dan om de vraag welke patiënten door de huisarts behandeld worden en welke in het ziekenhuis. In 2015 is uitvoering gegeven aan de Regionale Transmurale Afspraken (RTA's) voor COPD en Diabetes Mellitus en is de RTA CVRM (cardiovasculair risicomanagement) overeengekomen met 3 ziekenhuizen en 11 Zorggroepen in de regio. Verder wordt gewerkt aan nadere afspraken over de zogenoemde Transmurale Zorgbrug Kwetsbare Ouderen en Hartfalen, en is er een begin gemaakt met een gezamenlijk plan om de ICT in de regio te harmoniseren.

Medisch coördinatiecentrum (MCC)

Het al jaren bestaande MCC van ons ziekenhuis functioneert per 1 november 2015 binnen het bureau Coördinatie Transmurale Zorg. Dit is een samenwerkingsoverleg tussen huisartsen en specialisten vanuit het Diaconessenhuis. Uit dit overleg komen verbeterpunten en ideeën naar voren om de samenwerking tussen verwijzers en ziekenhuis te optimaliseren. Zij komen 4x per jaar bijeen. Onderwerpen die aan de orde komen zijn bijvoorbeeld medicatieoverdracht, afspraken

met arts-assistenten en ontslagbrieven.

Wat de ontslagbrieven betreft, hebben het bestuur, de Medische Staf en bureau Patiëntveiligheid en Kwaliteit gewerkt aan een verbetering van de procedure, met nadruk op de tijdigheid en volledigheid van de informatie. Dit zal verder vorm krijgen na het gereedkomen van de zogeheten HASP-richtlijn (huisartsen-specialist).

Scholing huisartsen

Veel aandacht gaat uit naar nascholingen die we samen met onze Diakademie en huisartsenvertegenwoordigers organiseren voor huisartsen en praktijkondersteuners. Onderwerpen in 2015 waren onder meer de chirurgische spoedzorg, dermatologie, urologie en gynaecologie. Ook is er een nascholing voor jeugdartsen georganiseerd door de vakgroep kindergeneeskunde.

CONGRESSEN, SYMPOSIA EN NASCHOLINGSBIJEENKOMSTEN 2015

Datum	Vakgroep	Vorm	Onderwerp
26 januari, 24 september, 14, 17 en 26 oktober, 1 december	Primair HAP KNMG	Training	Basic Life Support (BLS)
5 maart	Chirurgie	Symposium	Spoedzorg in huisartsenpraktijk
30 april	Gynaecologie	Haspel	Haspel Gynaecologie
23 juni	Kindergeneeskunde	Nascholing	Jeugdgezondheidszorg (JGZ)
29 september	Kindergeneeskunde	Voorlichtingsavond	ADHD
8 oktober	Interne Geneeskunde	Nascholing	Somatisch onbegrepen lichamelijke klachten (SOLK)
15 oktober	Dermatologie	Haspel	Haspel Dermatologie
18 november	Kindergeneeskunde	Nascholing	Jeugdgezondheidszorg (JGZ)
25 november	Urologie	Haspel	Haspel Urologie

Zorgvernieuwing

We werken samen met diagnostisch centrum SALTRO en de Huisartsen Coöperatie Utrecht Stad aan de oprichting van een Eerstelijns Diagnose en Advies Centrum in Utrecht West. Doel is om eenvoudige diagnostiek en specialistische behandeladviezen op één plek aan te bieden en zo de efficiency van de zorg in Utrecht te verbeteren.

Tot slot zijn we samen met het Julius Centrum (opleidingscentrum voor huisartsen) gestart met het instellen van transmurale meldcommissies. De meldcommissies van het Diaconessenhuis en van huisartsen Utrecht Stad rapporteren aan de centrale VIM- commissie van het Diaconessenhuis (veilig incidenten melden). De centrale VIM- commissie gebruikt deze informatie om incidenten te analyseren, trends op te sporen en verbeteracties voor te stellen. Het is de bedoeling dat alle instellingen en zorggroepen de komende jaren gaan meedoen, evenals thuiszorginstellingen, apotheken en RAVU.

6.2 Samenwerking UMCU

Het Diaconessenhuis en het UMC Utrecht werken al jaren samen. Zo worden verschillende opleidingen gezamenlijk vormgegeven en is er sprake van dubbelaanstellingen. In 2015 is een verkenning gestart naar de mogelijkheden om de samenwerking te intensiveren en structureel te borgen. Beide ziekenhuizen vullen elkaar goed aan en gaan onderzoeken hoe zij gezamenlijk kunnen bijdragen aan één zorgcontinuüm in de regio Utrecht, vanuit een duidelijke meerwaarde voor patiënten en verwijzers. In 2016 wordt hiermee een begin gemaakt, gestuurd vanuit de inhoud van de zorg.



"Niks is gek, niks is raar vanuit de patiënt, dus meegaan met de patiënt. Dat is de kracht waarmee je het met zijn allen kan doen"

Lia Versluis, teamhoofd Ouderengeneeskunde

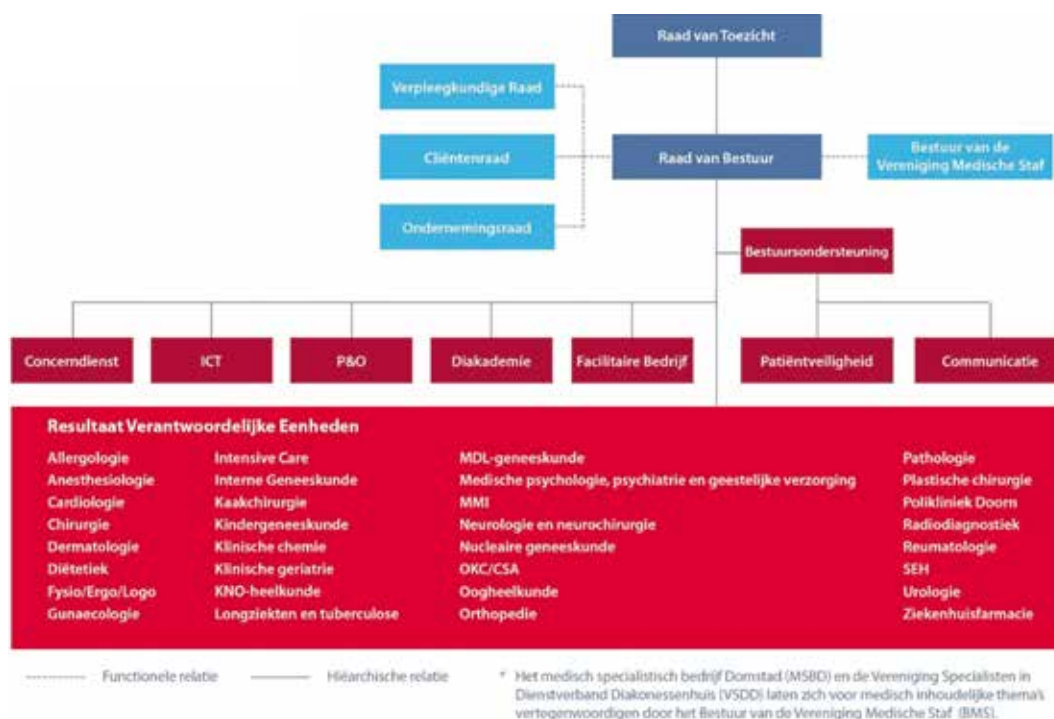


7.1 Organisatie

Het Diaconessenhuis wordt bestuurd door de Raad van Bestuur. De Raad van Bestuur geeft leiding aan de leidinggevenden van de lijnstafdiensten en aan de managers Zorg & Bedrijfsvoering, die op hun beurt de RVE's (resultaatverantwoordelijke eenheden) aansturen. De Raad van Toezicht houdt toezicht op de Raad van Bestuur.

In 2015 is een nieuwe overlegstructuur ingevoerd, mede door de oprichting van het MSBD (Medisch Specialistisch Bedrijf Domstad). De Raad van Bestuur neemt besluiten in een wekelijkse vergadering en overlegt wekelijks met het Bestuur Medische Staf (kernoverleg). Daarnaast overlegt de Raad van Bestuur regelmatig met de wettelijke adviesorganen: de Ondernemingsraad, de Cliëntenraad en met de Verpleegkundige Raad. Verder overlegt de Raad van Bestuur met belangrijke externe stakeholders, zoals de huisartsen, de zorgverzekeraars en banken.

ORGANOGRAM DIAKONESSENHUIS PER 01-01-2015



Nieuwe bestuurlijke verhouding

Per 1 januari 2015 is er een nieuwe bestuurlijke verhouding met de vrijgevestigde medisch specialisten. Deze is vastgelegd in een samenwerkingsovereenkomst tussen de Raad van Bestuur en de Coöperatie Medisch Specialistisch Bedrijf Domstad UA (MSBD). De overeenkomst geeft invulling aan de gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de kwaliteit, veiligheid en kwantiteit van de patiëntenzorg. Het belang van de patiënten is hierbij leidend. Het MSBD is formeel vormgegeven als een autonome contractpartij met een eigen bestuur met rechtsgeldige vertegenwoordigingsbevoegdheid en bestuurlijk mandaat, die zijn vastgelegd in de Statuten van de coöperatie. De relatie met de leden is vastgelegd in een aansluitovereenkomst.

De nieuwe bestuurlijke verhoudingen zijn eind 2015 geëvalueerd. Gebleken is dat er gezamenlijk goede resultaten zijn behaald en dat de afspraken in de overeenkomst inhoudelijk adequaat en volledig zijn. De evaluatie van de kwaliteitsafspraken heeft opgeleverd dat:

- er in 2015 op veel (kwaliteits-)onderwerpen goede resultaten zijn geboekt;
- het ambitieniveau van de afspraken voor 2015 te hoog was, hetgeen geleid heeft tot realistischere afspraken voor 2016;
- de afspraken onvoldoende SMART geformuleerd waren en de uitvoerbaarheid ervan vooraf onvoldoende gecheckt was, waarbij de verwevenheid van medische staf en ziekenhuis het lastig maakte te beoordelen of de resultaten behaald waren en wie er iets had nagelaten.

Overgang medewerkers

In 2015 wordt het MSBD eveneens de formele werkgever van alle medewerkers die voorheen voor de maatschappen werkten. Er is een overdrachtsprotocol overeengekomen met de maatschappen, het ziekenhuis en de vakbonden. De overdracht is in het voorjaar geëffectueerd. De medewerkers houden dezelfde arbeidsvoorwaarden die ze in het Diaconessenhuis hadden.

P&O van het Diaconessenhuis en HR van het MSBD werken samen op het gebied van ARBO, wet- en regelgeving en arbeidsvoorwaarden. Deze samenwerking wordt in 2016 voortgezet en uitgebreid op onderdelen als personeelsbeleid, roosterplanning, scholing en functiewaardering.

7.2 Raad van Bestuur

Het Diaconessenhuis past de principes uit de Zorgbrede Governancecode toe. Er zijn reglementen voor de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht.

In januari en februari 2015 heeft het Diaconessenhuis een tweehoofdige Raad van Bestuur: een voorzitter en een lid. Zij hebben een collectieve verantwoordelijkheid voor het bestuur. Er is een vastgestelde verdeling van portefeuilles: de financieel-economische, en kwaliteit en veiligheid patiëntenzorg. Vanaf 1 maart 2015 bestaat de Raad van Bestuur uit één bestuurder ad interim.

SAMENSTELLING EN NEVENFUNCTIES RAAD VAN BESTUUR

Naam	Nevenfuncties
Drs. A.C. van Alphen Voorzitter Raad van Bestuur Diaconessenhuis Utrecht tot 15-12-2015	• Vicevoorzitter Raad van Toezicht Eleos • Voorzitter auditcommissie Financiën Eleos • Lid Raad van Toezicht Caransscoop • Kerkvisitator Protestantse Kerk Nederland
Dr. W.N.M. Hustinx Lid Raad van Bestuur Diaconessenhuis Utrecht tot 01-03-2015	• Docent Academie voor Medisch specialisten • Bestuurslid van de Tembo Twiga Foundation
Drs. J.M.M. Taks Voorzitter Raad van Bestuur Diaconessenhuis Utrecht per 15-12-2015	• Lid Raad van Toezicht GGZ Breburg Breda/Tilburg • Voorzitter Bestuursadvies Kwaliteitscommissie Nederlandse Vereniging Ziekenhuizen (NVZ) • Voorzitter Raad van Toezicht Stichting Primair Onderwijs Dordrecht (OPOD) • Lid Raad van Toezicht Kunstmin Dordrecht • Lid Externe Advies Raad Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg Erasmusuniversiteit Rotterdam • Voorzitter Stichting Drechtzorg (gerelateerd aan functie RvB ASZ)

De leden van de Raad van Bestuur mogen alleen nevenfuncties uitoefenen na toestemming van de Raad van Toezicht.

Besluiten

De Raad van Bestuur heeft in 2015 besluiten genomen over de volgende onderwerpen:

Algemeen

- Verkenning visie en strategie
- Kaderbrief 2016
- Bestuurlijke overlegvormen Diaconessenhuis
- Project transmurale zaken

Kwaliteit en veiligheid

- Instelling COG (Calamiteiten Onderzoeksgroep)
- Opheffen MIP-commissie en inrichten Centrale VIM-Commissie (Veilig Incidenten Melden)
- Cameragebruik
- Informatiesystemen binnen het preoperatieve proces
- Besluit medicatieverificatie en -accordering
- Borgen patiëntveiligheid locatie Zeist (w.o. beleidsplan, regiegroep)
- Implementeren 24-uurs recovery bij de IC (intensive care)
- Regiegroep KRV (kwaliteit, risicobeheersing en valorisatie)
- Implementatie landelijke wetgeving PA (physician assistant),
- Verpleegkundig specialisten en diabetesverpleegkundigen
- Uitrol CRM (crew resource management)
- Plan van aanpak medische technologie

Bedrijfsvoering

- Bediening C-boog
- Projecten bedrijfsvoering in veranderprogramma
- Renovatie OKC Zeist (operatiekamercomplex)
- Centralisatie CSA (centrale sterilisatieafdeling)

Organisatie

- Generiek functiehuis
- Herziening roosterstatuut
- Leidinggevende structuur OKC (operatiekamercomplex)
- Bedrijfsopvangteam (BOT)
- Uitbesteding personeelsrestaurant
- Besturingsmodel Facilitair Bedrijf
- Richtlijn beheer personeels- en verzuimdossier
- Inrichting preventietaken
- Concerncontroller

Bezoldiging

De honorering van de Raad van Bestuur is conform de Wet Normering Topinkomens (WNT). Voor een van de bestuurders geldt het overgangsrecht. De exacte gegevens staan in de jaarrekening.

7.3 Raad van Toezicht

Belangrijke thema's

De Raad van Toezicht ziet 2015 als een overgangsjaar voor het Diaconessenhuis. Het jaar kende op diverse onderdelen grote uitdagingen en een herstart op alle fronten. Ook voor de Raad van Toezicht was het daarmee een intensief jaar.

Bestuur; benoemingen

In 2015 heeft drs. A. van Alphen als voorzitter a.i. van de Raad van Bestuur het ziekenhuis geleid, tot zijn vertrek per 15 december 2015. Na het vertrek van het lid van de Raad van Bestuur in maart 2015 was sprake van een eenhoofdige Raad van Bestuur. Zo'n situatie is kwetsbaar en vraagt dan ook meer bijzondere aandacht van de Raad van Toezicht. Dat betrof zowel de kwaliteit van zorg als de bedrijfsvoering. En het gold temeer omdat een belangrijk deel van het jaar sprake is geweest van verscherpt toezicht.

De Raad van Toezicht heeft in de tweede helft van 2015 invulling gegeven aan één van zijn belangrijkste taken: de benoeming van nieuwe leden van de Raad van Bestuur. Dat was nodig door het terugtreden van de voorzitter resp. het lid van de Raad van Bestuur, in november 2014 resp. maart 2015. In het eerste kwartaal van 2015 heeft de Raad van Toezicht besloten om over te gaan tot de werving van een nieuwe tweehoofdige Raad van Bestuur. Daartoe zijn profielen opgesteld en afgestemd met de verschillende medezeggenschapsorganen. Voor de search is Egon Zehnder ingeschakeld. De search vergde veel inspanningen en was een langdurig proces. Een belangrijke factor daarbij was de aanstaande invoering, per 1 januari 2016, van de WNT-2 (met een verdere verlaging van de norminkomens voor bestuurders). In beide benoemingsprocedures heeft de Raad van Toezicht veel betekenis gehecht aan goede betrokkenheid van de verschillende gremia in huis.

Medio oktober is, met unaniem positieve adviezen van de gremia in huis, de heer drs. J.M. Taks benoemd tot voorzitter van de Raad van Bestuur, per 15 december 2015. Op die datum legde de heer Van Alphen zijn lidmaatschap a.i. van de Raad van Bestuur neer. Met name in het vierde kwartaal heeft de Raad van Toezicht veel aandacht gegeven aan de continuïteit van bestuur, in het zicht van het terugtreden van de heer Van Alphen en het aantreden van de heer Taks. In dat kader heeft een lid van de RvT voor een korte periode ondersteuning verleend aan het bestuur. In december is, met inbreng van de heer Taks en eveneens met unaniem positieve adviezen, de heer drs. M. Wiesenekker benoemd tot lid van de Raad van Bestuur, per 1 april 2016. Tot het aantreden van de heer Wiesenekker heeft de heer Taks het ziekenhuis geleid als enig bestuurder.

Aandachtspunten

De Raad van Toezicht heeft drie vaste commissies: patiëntveiligheid en kwaliteit, financiën en remuneratie. De commissies rapporteren in de vergaderingen van de Raad van Toezicht, ook ter voorbereiding van daar te nemen besluiten.

Eén van de belangrijke aandachtspunten voor de Raad van Toezicht in 2015 was het herstel van de verhoudingen tussen Raad van Bestuur en bestuur medische staf, waarin dokters vrijgevestigd en in loondienst inhoudelijk samenwerken.

De belangrijkste mijlpalen in de nieuwe verhoudingen zijn:

- een gezamenlijke verkenning van een nieuwe strategie en positionering van het Diaconessenhuis, ontwikkeld door een breed gedragen werkgroep en
- een aantal flinke inspanningen van ziekenhuis en medische staf ter verbetering van de kwaliteit en veiligheid voor de patiënt.

Het thema risicobeheersing is in het overleg van de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht eveneens een belangrijk onderwerp van gesprek geweest, op zowel strategisch als operationeel niveau. Voor de (fiscale) risico's met betrekking tot het Medisch Specialistisch Bedrijf Domstad is ook gebruik gemaakt van externe advisering. Verder is met de externe accountant onderzocht of er voldoende aandacht is besteed aan de risico's op het terrein van betrouwbare financiële rapportage en of er voldoende maatregelen genomen zijn om overtredingen van wet- en regelgeving te voorkomen. De uitkomst van deze overleggen is geweest dat de Raad van Toezicht op dit punt geen grote bedreigingen heeft geconstateerd.

Naar aanleiding van een aantal anonieme meldingen bij de IGZ in het najaar van 2015, waarin ook werd gesproken over zwijggeld, heeft de Raad van Toezicht aan een externe accountant opdracht gegeven om op dat punt een onafhankelijk onderzoek te doen. Dit onderzoek is afgerond in april 2016, met de conclusie dat er geen enkele onregelmatigheid is geconstateerd.

Naast de hiervoor genoemde onderwerpen is de Raad van Toezicht, mede via zijn vaste commissies, vanuit zijn wettelijke en statutaire verantwoordelijkheid verder ook intensief betrokken geweest bij de volgende onderwerpen:

Algemeen

- Veranderprogramma visie en strategie, kwaliteit en veiligheid, bedrijfsvoering en cultuurontwikkeling
- Verscherpt Toezicht IGZ, waaronder het functioneren van een aantal vakgroepen c.q. medisch specialisten
- (Bestuurlijke) samenwerking Raad van Bestuur en Medisch Specialistisch Bedrijf Domstad
- Controle risicobeheersing op strategisch en operationeel niveau

- Goedkeuring jaarrekening en jaarverslag 2014 en begroting 2016
- Vaststelling klassenindeling Diakonessenhuis, voor respectievelijk 2014/5 en 2016, na toetsing door onafhankelijke accountant

Auditcommissie patiëntveiligheid en kwaliteit

- Advisering over en toezicht op de maatregelen van de Raad van Bestuur in het kader van het verscherpt toezicht door de IGZ
- Quick scan kwaliteit en veiligheid en keuze voor de methodiek Kwaliteit, Risicobeheersing en Valorisatie (KRV)
- Opheffen MIP-commissie en inrichten Centrale VIM-Commissie (Veilig Incidenten Melden)
- Opzet van de Calamiteiten Onderzoek Groep (COG)
- Kwaliteitsafspraken met Medisch Specialistisch Bedrijf Domstad
- Verbetermaatregelen ten behoeve van de veiligheid op locatie Zeist

Auditcommissie financiën

- Financieel beleid en beheer, waaronder verkooptraject met de zorgverzekeraars en overleg met banken
- Voortgang van renovatie- en (ver)bouwprojecten, waaronder renovatie OKC locatie Zeist
- Evaluatie van de financiële consequenties van de samenwerking tussen de Raad van Bestuur en het Medisch Specialistisch Bedrijf Domstad
- Evaluatie van de governance en de financiële en fiscale consequenties van de samenwerking tussen de Raad van Bestuur en het Medisch Specialistisch Bedrijf Domstad
- Controle betrouwbaarheid financiële rapportage en maatregelen om interne overtredingen van wetten en regels te voorkomen (met externe accountant)

Remuneratiecommissie

- Werving en selectie nieuwe bestuurders

Algemene informatie

De samenstelling van de Raad van Toezicht kent een brede variëteit aan bestuurlijke deskundigheden, waaronder kennis en ervaring in de zorgorganisatie (met inbegrip van kwaliteit en veiligheid) en financiële en juridische deskundigheid. In 2015 is de samenstelling van de Raad van Toezicht niet veranderd.

De honorering van de leden van de Raad van Toezicht is conform de WNT-2 en de daarop gebaseerde klassenindeling voor het Diakonessenhuis. Aanpassing heeft plaatsgevonden per 1 januari 2015, met anticipatie op de per 1 januari 2016 verlaagde norm voor het Diakonessenhuis.

SAMENSTELLING EN NEVENFUNCTIES RAAD VAN TOEZICHT

Naam	Functie	Nevenfuncties
Mr. dr. M. Oosting Voormalige hoofdfunctie: Lid Raad van State	• Voorzitter RvT • Lid auditcommissie patiëntveiligheid • Voorzitter renumerationcommissie	• Voorzitter Onderzoekscommissie ontnemingsschikking • Voorzitter Commissie Individuele schrijnende gevallen • Lid Bestuur Kirchheiner Stichting
Mr. R.H.M. Jansen Hoofdfunctie: 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 Hoofdfunctie: Chirurg, hoogleraar kwaliteit van zorg, LUMC	• Lid RvT • Lid auditcommissie patiëntveiligheid en kwaliteit	• Lid kwaliteitsconsortium en lid denktank Nederlandse Federatie Universitair Medische Centra • Lid Gezondheidsraad • Lid adviescommissie Pakket, lid tijdelijke commissie Richtlijnen Kosteneffectiviteitsonderzoek Zorginstituut Nederland • Lid stuurgroep Passende Zorg in de laatste levensfase KNMG • Voorzitter ad-hoc Commissie Begrippenkader Passende Zorg en Praktijkvariatie
B. Koolstra Voormalige hoofdfunctie: Partner PwC	• Lid/vicevoorzitter RvT • Voorzitter auditcommissie financiën • Lid renumerationcommissie	• Lid Raad van Toezicht Zorggroep West-Alblasserwaard • Directeur/eigenaar Labour Management BV • Lid Raad van Toezicht AFM • Lid Dagelijks Bestuur Nederland Auschwitz Comité
W.M.L.C.M. Schellekens, arts Voormalige hoofdfunctie: Hoofdinspecteur Curatieve Gezondheidszorg bij de IGZ	• Lid RvT • Voorzitter auditcommissie patiëntveiligheid en kwaliteit	• Strategisch adviseur gezondheidszorg • Lid Raad van Toezicht Ipse de Bruggen (gehandicaptenzorg) • 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 aantal (al dan niet bezoldigde) andere nevenfuncties van de leden van de Raad van Toezicht is beperkt, in overeenstemming met de Zorgbrede Governancecode.

De Raad van Toezicht kwam in 2015 zes keer bijeen voor regulier overleg, in de regel vooraf gegaan door vergaderingen van de beide auditcommissies. De Raad van Toezicht heeft kennisgemaakt met de door hem benoemde nieuwe accountant.

Naast de reguliere vergaderingen van de voltallige Raad van Toezicht met de Raad van Bestuur vond er regelmatig overleg plaats tussen de voorzitter van de Raad van Toezicht en de voorzitter van de Raad van Bestuur a.i.

Ook was er een aantal extra bijeenkomsten van de voltallige Raad van Toezicht in het kader van de procedure tot benoeming van twee nieuwe leden van de Raad van Bestuur.

Eenmaal per jaar, in juli, evalueert de Raad van Toezicht zichzelf. In 2015 is dit begeleid door een externe deskundige en is feedback opgehaald in de organisatie. Op basis daarvan zijn verbeterafspraken gemaakt. Een belangrijk thema van de zelfevaluatie in juli 2015 was een reflectie op de wijze waarop de Raad van Toezicht zijn rol had vervuld in de bestuurlijke onrust van het voorliggende jaar.

Relatie met adviesorganen

In 2015 heeft de Raad van Toezicht, plenair dan wel via een of twee van zijn leden, periodiek contact onderhouden met de interne adviesorganen: de Cliëntenraad, de Ondernemingsraad en de Verpleegkundige Advies Raad. Ook heeft overleg plaatsgevonden met het Bestuur Medische Staf. Al deze gremia, evenals als het Managementteam, zijn ook intensief betrokken geweest bij de voorgenomen besluiten tot benoeming van nieuwe leden van de Raad van Bestuur.

7.4 Bestuur Medische Staf

Voor het Bestuur Medische Staf (BMS) staat 2015 in het teken van verder bouwen aan de kwaliteit en veiligheid, samen met de voorzitter Raad van Bestuur a.i. Sinds januari 2015 is de medische staf formeel georganiseerd in het Medisch Specialistisch Bedrijf Domstad (MSBD – voor de vrijgevestigde medisch specialisten) en in de Vereniging voor Specialisten in Dienstverband Diakonessenhuis (VSDD). In deze nieuwe organisatiestructuur hebben het ziekenhuis en de medische staf (MSBD en VSDD) heldere afspraken gemaakt over de belangrijkste kwaliteitsonderwerpen.

De medische staf vindt het belangrijk om als één gremium met de Raad van Bestuur en anderen zo goed mogelijk inhoud te geven aan het kwaliteitsbeleid, dit is het Bestuur Medische Staf. Daarom is de invulling van het Bestuur Medische Staf aangepast.

Verbeteracties

In 2015 is een positieve impuls gegeven aan het kwaliteits- en veiligheidsbeleid. Veel stafleden hebben daaraan bijgedragen in stuurgroepen, werkgroepen, expert-panels, themagroepen, studiegroepen en als auditor, appraisor of anderszins. Zodoende heeft de staf onder hoge druk maar in goede sfeer en samenwerking met de Raad van Bestuur en het ziekenhuis veel verbeterd in de kwaliteit en patiëntveiligheid. De belangrijkste verbeteracties zijn:

- Samen met de Raad van Bestuur realiseren van een sterk verbeterde veiligheid op locatie Zeist door onder andere aanpassing van de ANW-voorzieningen (avond-, nacht- en weekenddienst) met extra assistenten en goede afspraken.
- Samen met de Raad van Bestuur realiseren van een betere medicatieverificatie voor geplande en ongeplande opnamen mede door inhuur van extra apotheekassistenten.
- Realiseren van een goed functionerende COG (calamiteitenonderzoeksgroep), met rapportages die allemaal door de IGZ als goed worden beoordeeld.
- Mede realiseren van een goed functionerende centrale VIM-commissie (veilig incident melden), met aangepast reglement, zodat incidenten melden weer volledig veilig kan gebeuren.
- Mede uitrollen van CRM-methodiek (crew resource management) op alle acute afdelingen.
- Onderzoeken van de dossiers van alle in 2015 overleden patiënten op vermijdbare fouten.
- Aanpassen multidisciplinaire mortaliteits- en complicatiebespreking. De focus ligt nog meer op verbetermaatregelen om incidenten te voorkomen.
- Continueren van het MSO (medisch statusonderzoek): de dagelijkse overdracht om 17 uur van de meest kwetsbare patiënten in het ziekenhuis.
- Aanpassen IFMS-procedure (individueel functioneren medisch specialisten) conform de leidraad van de Federatie Medische Specialist (FMS). In 2015 is voldaan aan de IGZ-norm dat alle medisch specialisten elke 2 jaar de IFMS-cyclus doorlopen.
- Implementeren van een 5-jarige kwaliteitscyclus waarin naast IFMS ook de 360Groepsmonitor gebruikt gaat worden voor het functioneren van vakgroepen. Hierbij evalueren we in intervisiebijeenkomsten onder leiding van een externe deskundige het functioneren binnen de vakgroep en het functioneren van de vakgroep binnen het ziekenhuis.
- Aanpassen overlegstructuur met huisartsen in samenwerking met de Raad van Bestuur. Deze is nu ingebed in het overkoepelend overlegorgaan Transmurale Zorg Diaconessenhuis.
- Inzetten van Anesthesie in de doorontwikkeling van de POS (pre-operatieve screening).
- Meewerken aan de prospectieve risico-inventarisatie middels het KRV- programma (kwaliteit, risicobeheersing en valorisatie).

7.5 Medezeggenschaps- en adviesorganen

Ondernemingsraad

In 2015 heeft de Ondernemingsraad (OR) zich onder meer beziggehouden met het veranderprogramma en regelingen voor het opslaan en beheren van belangrijke data. Deze regelingen raken de privacy van patiënten én die van medewerkers. Vanuit zijn verantwoordelijkheid heeft de Ondernemingsraad de nadruk gelegd op een zorgvuldige naleving van de wettelijke richtlijnen. In samenwerking met de afdeling P&O heeft de OR een aantal themamiddagen georganiseerd, onder andere over veilige zorg.

Voor de overgang van ziekenhuismedewerkers naar het Medisch Specialistisch Bedrijf Domstad is een protocol met de bonden opgesteld. De OR heeft zich voor advisering laten bijstaan door een arbeidsjurist. Vanaf het najaar voerde de Ondernemingsraad herhaaldelijk overleg over de voorgenomen uitbesteding van het personeelsrestaurant en daarmee verband houdende voorzieningen, waarbij in 2015 nog geen advies is uitgebracht.

	Advies of instemming heeft de OR gegeven aan:
I	Sluiting 24-uurs Recovery
I	Verplichte verlofdag 2015
I	Reglement cameratoezicht Diakonessenhuis, instemming met reglement
A	Operatiekamercomplex (OKC), organisatiewijziging 'Herinrichting leidinggevende structuur'
I	Gedragscode
I	Procedure controle op rechtmatige kennisname patiëntgegevens in het Chipsoft EPD
A	24-uurs Recovery, onderbrenging bij IC
A	Bedrijfsvoering inzake projecten
A	Veranderprogramma, inzet externe adviseurs en bijbehorende werkwijze
A	Veranderprogramma, inzet externe adviseurs
I	Medicatie verificatie- en accordering, wijziging werktijden apothekersassistenten
A	Instelling regiegroep Kwaliteit en Veiligheid
A	Facilitair Bedrijf, preadvies inzake besturingsmodel

De Ondernemingsraad volgde verschillende scholingen, zoals een verdiepingscursus cao. Daarnaast liet de Ondernemingsraad zich door een specialist op dit gebied informeren over de veranderende opvattingen over good governance en door een andere ter zake deskundige over Quality, Risk and Validation als onderdeel van de kwaliteitsslag die het ziekenhuis heeft ingezet. De voorbereidingen voor de verkiezing van een nieuwe Raad zijn in 2015 gestart.

De Cliëntenraad

De Cliëntenraad is een adviesorgaan en toetst het beleid van het ziekenhuis vanuit het perspectief en de belangen van de patiënt. De raad kijkt daarbij vooral naar de kwaliteit van de medische behandelingen, de zorg en de nazorg, de bejegening van patiënten en de dienstverlening van het ziekenhuis.

De Cliëntenraad vergadert maandelijks en heeft tweemaandelijks overleg met de Raad van Bestuur. De Cliëntenraad heeft een ambtelijk secretaris en secretariële ondersteuning. Dit is de top 3 onderwerpen waaraan de Cliëntenraad aandacht heeft gegeven:

1. Kwaliteit en veiligheid van patiëntenzorg

Speciale aandacht ging uit naar het calamiteitenonderzoek en het plan van aanpak voor het dossieronderzoek van overleden patiënten. Ook volgde de Cliëntenraad de plannen en acties om de kwaliteit en veiligheid van patiëntenzorg te verbeteren (zie ook het kopje 'verbeteracties' p. 43).

2. Klanttevredenheidsmeting en contact met de achterban

Hoewel tevreden over de uitvoering van de klanttevredenheidsmeting, vindt de Cliëntenraad dat de verbetercyclus in 2015 onvoldoende is ingevoerd, gemonitord en geborgd. Dit is onder de aandacht gebracht van de verantwoordelijken binnen het ziekenhuis. Om zicht te krijgen op ervaringen en meningen van meer cliënten, zijn voorbereidingen getroffen voor het oprichten van een cliëntenpanel. Vanaf medio 2016 zal dit panel per e-mail worden benaderd met het verzoek vragen te beantwoorden. Ook plannen van de Raad van Bestuur kunnen daarbij aan de orde komen.

3. Bestuurlijke situatie

Voor de Cliëntenraad was het van het grootste belang dat de bestuurlijke crisis in 2015 geen risico zou vormen voor de kwaliteit en veiligheid van de patiëntenzorg. De Cliëntenraad was betrokken bij de zelfevaluatie van de Raad van Toezicht en het aantrekken van de nieuwe Raad van Bestuur. De Cliëntenraad spreekt vertrouwen uit in de nieuwe bestuursleden en zal de ontwikkelingen blijven volgen.

Onderwerpen waarover de Cliëntenraad een adviesaanvraag ontvangen en behandeld heeft en onderwerpen die ter informatie zijn toegestuurd en waarop de Raad een reactie heeft gegeven:

	Advies of reactie van de Cliëntenraad over
A	Sluiting 24 uurs-recovery
A	Klantbeloften
A	Regiegroep Kwaliteit en veiligheid
A	Visie en Strategie, huisvestingsplan voor de lange termijn
A	Benoeming voorzitter en lid Raad van Bestuur
A	Projecten bedrijfsvoering
A	Dossieronderzoek overleden patiënten
R	In voor mantelzorg
R	Klanttevredenheid
R	Klachtenjaarverslag 2014
R	NIAZ-Qmentum, bureau patiëntveiligheid en kwaliteit
R	Veranderprogramma
R	Invulling van de vrijkomende fte geestelijke verzorging

De Verpleegkundige Advies Raad (VAR)

Binnen het dagelijks bestuur en het verpleegkundig beraad van de VAR vinden in 2015 de nodige wisselingen plaats. Het reglement is opnieuw vastgesteld en er is een faciliteitenregeling ingesteld, met onder meer een vergoeding voor scholing en uitbreiding van de beschikbare uren.

De VAR heeft alle voorgenomen bestuursbesluiten ontvangen en het staat de VAR vrij om over de verpleegkundige aspecten hiervan te adviseren. In totaal zijn veertien gevraagde en ongevraagde adviezen uitgebracht.

	Gevraagde en ongevraagde adviezen
O	Productive Ward
O	Beheer verpleegkundige protocollen
O	Vacaturetekst verpleegkundigen
O	Anesthesiologen op de verpleegafdeling
O	Complexiteit van zorg
O	Onveiligheid Zeist
O	Inwerken verpleegkundigen
O	Overdragen en medicatiekennis
O	24-uurs recovery, onderbrengen bij IC
O	Medicatieveiligheid
G	Projecten bedrijfsvoering
G	Regiegroep kwaliteit en veiligheid
G	Verpleegkundige overdracht
G	Verkenning Visie en Strategie

Zes ongevraagde adviezen zijn in de organisatie ondergebracht en krijgen een vervolg. De VAR heeft zich in 2015 ook beziggehouden met deskundigheidsbevordering van de verpleegkundige beroepsgroep, onder meer door Evidence Based Practice te stimuleren en verpleegkundigen te inspireren tot vernieuwing en verbetering. De dag van de verpleegkundige, waarbij op een luchtige manier aandacht werd geschonken aan de aanspreekcultuur, was een succes. Verder participeren leden van de VAR in commissies en (werk-)groepen.



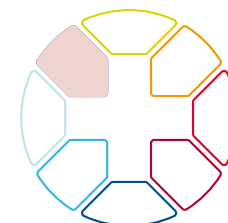
"Ik ben trots op de
gezinsgerichte zorg die wij hier
aan de mensen bieden"

Cocky Spigt,
verpleegkundige obstetrie en gynaecologie



"Ik ben er trots op
om hier te mogen werken
op de vijfde etage"

Glenn Eijken, schoonmaker



8.1 Algemeen

De cijfers zijn sterk beïnvloed door de invoering van de integrale tarieven. Voor de omzet wordt niet langer alleen gekeken naar het kostendeel, maar ook naar het honorarium. Dit heeft tot verschuivingen geleid in de resultatenrekening, maar niet tot een substantiële wijziging van het resultaat.

Het Diaconessenhuis heeft 2015 met een positief resultaat afgesloten. Dat resultaat van € 2 miljoen is weliswaar lager dan de laatste jaren, maar dankzij de groei van het eigen vermogen en investeringen in nieuwe voorzieningen zijn we goed voorbereid op de jaren die gaan komen (zie ook inzet BDO-Benchmark). Het resultaat is beïnvloed geweest door een aanvullende dotatie aan de voorzieningen groot onderhoud en kosteninvestering voor het veranderprogramma, kwaliteit en veiligheid en de herpositionering in de markt.

In 2015 is voor € 23,7 miljoen geïnvesteerd (2014: € 15,8 miljoen): € 5,2 miljoen in medische apparatuur, waaronder een PET/CT-scan, € 3,2 miljoen aan ICT-projecten en € 12 miljoen aan verbouwingen, zoals de nieuwe dagbehandeling endoscopie, de nieuwe verpleegafdeling en de parkeergarage.

In 2015 is gebleken dat sturen op omzet lastig is, vooral door wijzigingen in de DBC- systematiek (diagnose-behandelcombinatie). We sturen daarom weer meer op productie. In 2016 zullen we dit verder operationaliseren door wekelijks inzichtelijk te maken in hoeverre realisatie en begroting overeenstemmen. We grijpen daarbij zoveel mogelijk terug op de bouwstenen van de zorg (verpleegdag, consult, operatieve verrichting) ten behoeve van de herkenbaarheid en stuurbaarheid.

BDO-BENCHMARK 2015 UPDATE, GEBASEERD OP CIJFERS 2014

Financieel gezond

Het Diaconessenhuis staat op de zesde plek in het jaarlijkse benchmark-onderzoek van BDO naar de financiële performance van meer dan zestig algemene ziekenhuizen.

205.156 miljoen omzet

1.811 fte medewerkers

4,2% rendement **24,4% weerstandsvermogen**

incl. transitiebedrag -/- 1% exclusief

Het afgelopen jaar is geïnventariseerd waar verbeterlagen in huisvesting en onderhoud nodig zijn. In 2016 starten we projecten op om deze knelpunten aan te pakken. Met de banken zullen we bekijken op welke termijn aanvullende financiering gewenst is.

8.2 Ontwikkeling van het resultaat

Het financieel resultaat over 2015 is € 2 miljoen, € 6,6 miljoen lager dan vorig jaar. De daling van het resultaat wordt onder meer veroorzaakt door:

- hogere vaste personeelskosten (hogere bruto-salarissen, lagere sociale lasten en pensioenpremies)
- hogere kosten personeel niet in loondienst
- hogere kosten voedingsmiddelen
- hogere hotelmatige kosten
- hogere onderhouds- en energiekosten i.v.m. extra dotatievoorziening groot onderhoud
- incidentele baten in 2014 inzake afwikkeling transitievergoeding 2012/2013

Daarentegen zijn de algemene kosten en dotatie en vrijval voorzieningen gedaald als gevolg van de vrijval van diverse voorzieningen uit 2014.

8.3 Bedrijfsopbrengsten

De bedrijfsopbrengsten stegen met € 35,2 miljoen tot € 240,4 miljoen. In onderstaande tabel is de omzet zorgprestaties gesplitst in de onderdelen: omzet zorgprestaties exclusief incidentele correcties, incidentele correcties en opbrengsten in opdracht van andere instellingen. De overige bedrijfsopbrengsten zijn gesplitst in doorbelasting aan maatschappen (tot schadejaar 2014) en overige bedrijfsopbrengsten. De reden van deze splitsing wordt nader toegelicht in het vervolg van deze paragraaf.

	2015	2014	2013
Omzet zorgprestaties, exclusief incidentele correcties	€ 215.350.217	€ 169.752.788	€ 168.231.344
Honorariumopbrengsten vrijgevestigd medisch specialisten	€ 3.958.983	€ 692.891	
Opbrengsten in opdracht van andere instellingen	€ 1.679.254	€ 1.476.040	€ 1.360.152
Subsidie	€ 10.248.270	€ 9.908.937	€ 10.057.854
Overige bedrijfsopbrengsten	€ 8.941.166	€ 9.751.074	€ 15.328.675
Doorbelasting aan maatschappen (tot schadejaar 2014)	€ 960.491	€ 5.600.000	
Incidentele correcties omzet zorgprestaties	€ -781.507	€ 7.973.684	€ -9.938.692
	€ 240.356.874	€ 205.155.414	€ 185.039.333

In voorgaande tabel is zichtbaar dat de grootste stijging tussen 2014 en 2015 zit in de omzet zorgprestaties. In onderstaande tabel is deze verder uitgesplitst.

		Boekjaar 2015	Boekjaar 2014	Boekjaar 2013
DBC	Schadejaar 2012			€ 38.846.616
	OHW			-€ 20.099.732
	Schadejaar 2013		€ 38.613.270	€ 102.748.328
	OHW		-€ 22.828.840	€ 22.828.840
	Schadejaar 2014	€ 39.585.403	€ 103.652.480	
	OHW	- € 22.752.602	€ 22.838.426	
	Schadejaar 2015	€ 140.692.583		
	OHW	€ 24.975.682		
OZP		€ 32.849.151	€ 27.477.452	€ 23.907.292
		€ 215.350.217	€ 169.752.788	€ 168.231.344

De belangrijkste reden voor groei is dat sinds schadejaar 2015 wordt gerekend met integrale tarieven. De hogere DBC-omzet is gerealiseerd bij een ongeveer gelijk productieniveau als in 2014. Het effect van de integrale tarieven is ook zichtbaar bij de OZP (overige zorgproducten). Alleen bij de DGM (dure geneesmiddelen) hebben de integrale tarieven geen effect omdat hier geen honorarium voor berekend wordt.

	Schadejaar 2015	Schadejaar 2014	Schadejaar 2013
IC	€ 9.082.503	€ 7.308.274	€ 5.845.022
DGM	€ 15.048.495	€ 13.830.602	€ 11.901.114
Overig	€ 8.717.153	€ 6.338.576	€ 6.161.156
	€ 32.849.151	€ 27.477.453	€ 23.907.292

De groei in DGM is het gevolg van toegenomen productie, bij ongeveer gelijke tarieven. Ook de IC liet een groei zien van ruim 8%.

Incidentele correcties

Met de invoering van de nieuwe bekostigingssystematiek in 2012 is het vergelijken van omzet tussen boekjaren steeds moeilijker geworden. Dit omdat de omzet binnen een schadejaar wordt geboekt in twee (of meer) boekjaren en is onderverdeeld in DBC- omzet en OZP- omzet. Daarnaast leiden plafonddafspraken er toe dat omzet die feitelijk wel gefactureerd is, niet betaald hoeft te worden en daarom niet in de jaarrekening wordt opgenomen.

Subsidies en overige bedrijfsopbrengsten

Hoewel de subsidie in 2014 daalde door een eerdere bezuinigingsmaatregel van het ministerie van VWS (gevolg van het zogenoemde Lenteakkoord in 2012 om het begrotingstekort binnen de Europese norm te houden) en deze daling in principe zal doorzetten tot 2017, is de gerealiseerde subsidie 2015 toch hoger. De overige opbrengsten zijn voornamelijk gedaald omdat honorarium in loondienst tot en met 2014 als overige opbrengst werd geboekt. Ook het honorarium in loondienst is nu opgenomen in de integrale DBC- en OZP- tarieven.

In de overige bedrijfsopbrengsten is ook een component opgenomen voor medewerkers die over zijn gegaan naar MSBD. In boekjaar 2014 werden deze medewerkers nog doorbelast, maar in 2015 kwamen deze medewerkers op de loonlijst van het MSBD. De resterende € 960 duizend was de doorbelasting in het eerste kwartaal toen de overgang nog niet volledig geregeld was.

Honorering MSBD

Door de integrale tarieven is de opbrengst gestegen. Hier tegenover staat een nieuwe kostenpost van € 35,5 miljoen kosten MSBD (Medisch Specialistisch Bedrijf Domstad). Daarnaast zijn de honorariumopbrengsten vrijgevestigd medisch specialisten weergegeven. Dit zijn de honorariumopbrengsten volgens de oude systematiek

waarbij honorarium en kostendeel gescheiden zijn. Deze geldstroom liep tot vorig jaar niet via de resultatenrekening. Het betreft de opbrengsten uit het vorige schadejaar. Deze opbrengsten waren € 4,0 miljoen in 2015 en € 0,7 miljoen in 2014. In totaal bedragen de kosten honorering MSBD in 2015 daarmee € 39,5 miljoen.

8.4 Kosten

De totale kosten stijgen ten opzichte van vorig jaar met € 3 miljoen. Gecorrigeerd voor de honorering MSBD en de loonkosten van medewerkers die naar MSBD zijn overgeheveld, bedragen de kosten in 2015 € 197,9 miljoen.

Personeelskosten

De totale personeelskosten zijn € 0,7 miljoen hoger dan in 2014. Gecorrigeerd voor de overheveling van personeel naar MSBD (in het eerste kwartaal 2015) zijn de personeelskosten € 5,4 miljoen hoger dan vorig jaar (€ 1 miljoen correctie in 2015 en € 5,7 miljoen correctie in 2014). In de verdere toelichting wordt uitgegaan van de gecorrigeerde cijfers.

Gecorrigeerd voor overheveling MSBD zijn de kosten personeel in loondienst gestegen met € 3 miljoen. De bruto salarissen zijn € 3,2 miljoen hoger door cao-afspraken:

- structurele verhoging 1,5% vanaf 1 januari 2015
- in juli een eenmalige uitkering van 0,5% met een bodem van € 400
- uitbetaling ORT tijdens vakantie (onregelmatigheidstoeslag)
- hogere personeelsinzet.

Gecorrigeerd zijn de sociale lasten en pensioenpremies gedaald met € 0,1 miljoen. Tegenover effecten die voor een stijging zorgen (cao, reservering i.v.m. aftopping pensioenopbouw boven € 100.0000), staat dat de premies voor pensioen, WW en WAO zijn gedaald.

Kosten voor personeel niet in loondienst zijn gestegen met € 1,9 miljoen naar € 4,4 miljoen. Er is voornamelijk personeel ingehuurd voor algemene/administratieve functies bij Raad van Bestuur en voor diverse projecten (incidenteel, ca. € 2 miljoen). Daarnaast is personeel ingehuurd voor diverse patiëntgebonden en verpleegkundige functies (ca. 2 miljoen).

Overige bedrijfskosten

De overige bedrijfskosten zijn met € 2,6 miljoen gestegen naar € 70,5 miljoen. De stijging in kosten overige bedrijfskosten wordt voornamelijk veroorzaakt door hogere kosten voedingsmiddelen en hotelmatige kosten (€ 0,4 miljoen) en onderhouds- en energiekosten (€ 1,3 miljoen) i.v.m. extra dotatie voorziening groot onderhoud.

De patiëntgebonden kosten zijn met € 1,5 miljoen gestegen als gevolg van hogere kosten instrumentarium en apparatuur en toename kosten dure geneesmiddelen (€ 1,3 miljoen). Tegenover dat laatste staat ook hogere omzet zorgprestatie.

De klantgebonden kosten zijn gestegen met € 1,8 miljoen; dit wordt grotendeels veroorzaakt door hogere kosten geneesmiddelen, waar ook overige opbrengsten bij de politheek tegenover staan.

De algemene kosten en dotatie en vrijval voorzieningen zijn gedaald met € 2,4 miljoen wat het gevolg is van vrijval van diverse voorzieningen uit 2014.

Afschrijvingen en financiële baten/lasten

De afschrijvingen zijn nagenoeg gelijk aan vorig jaar. De financiële baten en lasten zijn € 0,4 miljoen lager dan vorig jaar. De belangrijkste oorzaak hiervan zijn de lagere interestkosten voor de langlopende leningen.

8.5 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 2015 en 31 december 2014.

- De vaste activa zijn als gevolg van hogere investeringen dan afschrijvingen toegenomen met € 9,0 miljoen. De grootste stijging zit bij instandhouding. De onderhanden projecten en de geactiveerde projecten zijn gezamenlijk toegenomen met € 9,6 miljoen.
- De totale vlottende activa, exclusief liquide middelen, zijn toegenomen met € 8,4 miljoen. Dit is voornamelijk het gevolg van opgelopen vorderingen op debiteuren.
- Daarnaast zijn de langlopende schulden als gevolg van aflossingen € 7,0 miljoen lager. Dit is in lijn met het aflossingsschema met een extra aflossing van € 0,4 miljoen op de achtergestelde rekening.
- Ook de kortlopende schulden zijn afgenomen met € 3,9 miljoen. Dit is grotendeels het gevolg van de afwikkeling van het transitiebedrag.

Bovenstaande zaken hebben geleid tot een stijging van het vermogen en de voorzieningen (gezamenlijk € 3,6 miljoen) en een daling van de liquide middelen van € 24,7 miljoen.

In 2015 is ruimschoots voldaan aan de door de banken gestelde eisen inzake Solvabiliteit en Dept Service Coverage Ratio (DSCR).

Colofon

Productie & begeleiding

Communicatie en Bestuursondersteuning
Diakonessenhuis

Tekst

ZB Communicatie, Ede

Vormgeving

Ruth Bos | grafisch ontwerp, Delfgauw

© 2016 Diakonessenhuis



