



Diaconessenhuis
Leiden

Voorwoord

Het Diaconessenhuis Leiden brengt voor de eerste keer een uitgebreid jaarverslag uit via zijn website (www.diaconessenhuis.nl). Daarnaast verschijnt in krantvorm een overzicht van de hoogtepunten uit 2004. Dit kunt u via de website aanvragen of downloaden. Hiermee gaat het ziekenhuis goed voorbereid een toekomst in waarin communicatie via intranet en internet niet meer is weg te denken.

'Goed Voorbereid' is ook het thema van dit jaarverslag. In 2004 heeft het Diaconessenhuis veel voorbereidingen getroffen om sterk en met stevige pas de toekomst tegemoet te kunnen treden.

Het jaarverslag is als volgt samengesteld. De inleiding bestaat uit het verslag van de directie. De hoofdstukken 1 tot en met 4, in deel 1 van het jaarverslag, gaan over de activiteiten van het ziekenhuis, ingedeeld volgens de vier resultaatgebieden van de Balanced Score Card. Hoofdstuk 1 beschrijft de activiteiten op het gebied van het lerend vermogen. Hoofdstuk 2 heeft als invalshoek het klantenperspectief. In hoofdstuk 3 vindt u de activiteiten vanuit financieel perspectief en in hoofdstuk 4 worden de activiteiten beschreven die gaan over de interne processen. Hierna volgt deel 2 van het jaarverslag, met het verslag van de Raad van Toezicht en de bijlagen.

Bij het opstellen van het jaarverslag is rekening gehouden met de uitgangspunten van de NVZ Governance Code.

De directie
Leiden, 6 april 2005

Inhoudsopgave

Voorwoord	_____	2
Inleiding	Het verslag van de directie over 2004 _____	4
DEEL 1	Activiteiten conform de resultaatgebieden van de Balanced Score Card _____	7
Hoofdstuk 1	Lerend vermogen	
	Onderwijs en opleiding _____	9
	Kwaliteitsprojecten _____	11
Hoofdstuk 2	Klantenperspectief	
	Klachten _____	13
	Risico's in de zorg _____	16
	Patiënttevredenheid _____	17
	Groei _____	18
Hoofdstuk 3	Financieel perspectief	
	Projecten _____	21
	Financiële positie _____	21
	Balans- en resultaatrekening _____	24
	Accountantsverklaring _____	31
Hoofdstuk 4	Interne processen	
	Afstemming in de zorg _____	32
	Zorgprocessen _____	33
	Personeel, organisatie en arbo _____	34
	Bouwen _____	37
DEEL 2	Governance	
	Verslag van de Raad van Toezicht _____	39
Bijlagen	Personalia _____	42
	Leden Christelijke vereniging _____	46

Inleiding

Het verslag van de directie over 2004

Goed voorbereid

In 2004 worden de voorbereidingen getroffen voor projecten waarvan de resultaten pas in 2005 zichtbaar zullen zijn. Het Diaconessenhuis bereidt zich voor op een nieuw financieringssysteem in de zorg: de Diagnose Behandeling Combinatie (DBC). De nieuwbouw van de poliklinieken wordt aanbesteed en eind 2004 gaan de eerste palen de grond in. In 2005 zal het nieuwe gebouw verrijzen.

Het ziekenhuis behandelt weer meer patiënten, wat resulteert in meer inkomsten. 2004 kan worden afgesloten met een positief resultaat. Hierdoor wordt het eigen vermogen verder verhoogd en weet het ziekenhuis een stevige basis te leggen voor 2005.

Visie en beleid

In het beleidsplan 2001-2005 is de visie van het ziekenhuis als volgt verwoord:

- Het Diaconessenhuis is een algemeen ziekenhuis met een duidelijke rol in de regio.
- De zorg die wordt geboden is voor iedereen toegankelijk, voldoet kwalitatief aan professionele maatstaven, en is klantgericht en patiënt-vriendelijk.
- Het ziekenhuis heeft een eigen identiteit, voert een innovatief beleid en is aantrekkelijk voor medewerkers.

Groei gaat door

De doelstelling om te blijven groeien wordt in 2004 wederom gehaald. Het ziekenhuis ziet meer poliklinische patiënten dan het jaar ervoor. De stijging is 2,3%. Het aantal opnamen stijgt met 6% en er wordt 13,1% meer in dagbehandeling gedaan. De gemiddelde verpleegduur daalt verder tot 5,7 dagen. Niet eerder is de verpleegduur zo laag geweest.

Met uitzondering van het aantal verpleegdagen worden de doelstellingen voor 2004 ruimschoots

gehaald. De verwachting is dat het aantal patiënten in 2005 verder blijft groeien. Dan zal het specialisme plastische chirurgie in het ziekenhuis zijn intrede doen en er komt een extra radioloog. De groei van het ziekenhuis kan helaas niet verhinderen dat er wachtlijsten blijven bestaan.

Meer patiënten betekent ook meer omzet. Hierdoor is het gelukt, ondanks een landelijk opgelegde efficiencykorting, de begroting voor 2005 rond te krijgen.

Voortdurend kwaliteit leveren

In juni publiceert het ziekenhuis op verzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg de basisset 'prestatie-indicatoren ziekenhuizen 2003'. De basisset is te vinden op de website van het ziekenhuis. Opvallend is dat de externe presentatie van dergelijke prestatie-indicatoren steeds belangrijker wordt en leidt tot allerlei 'scorelijsten'. Kwaliteit wordt echter gegeneerd door de verbetering van interne processen. Daaraan geeft het Diaconessenhuis dan ook prioriteit. Het ziekenhuis sluit zich aan bij het Netwerk Klinische Paden (in samenwerking met het CBO). Twee klinische paden worden voorbereid en ingevoerd: het klinische pad "urologie koliek" en het klinische pad "orthopaedie totale heupprothese". Het betreft een multidisciplinaire samenwerking en taakafstemming tussen de diverse disciplines van de zorg, waarbij de patiënt het middelpunt is.

In het verslagjaar vinden drie bijeenkomsten plaats met het cliëntenberaad. Belangrijke onderwerpen van gesprek zijn de bouwprojecten, de prestatie-indicatoren, de invoering van DBC's en de mogelijke gevolgen daarvan voor de patiëntenstromen.

Innoveren

Het behandelcentrum blijkt een succes. Eind 2004 worden in het behandelcentrum nieuwe behandelingen voor dermatologie uitgevoerd. De fotodynamische therapie bij bepaalde vormen van huidkanker en een bad-, licht- of zalfbehandeling voor mensen met chronische huidaandoeningen blijkt succesvol. In 2005 zal het aantal dermatologische therapieën uitgebreid worden.

Tabel 1: productiecijfers 2003-2004

	Realisatie 2003	Begroting 2004	Realisatie 2004	Mutatie realisatie 2004 t.o.v. realisatie 2003 in %
Opnamen	11.362	11.120	12.049	6,0
Verpleegdagen	69.396	69.900	68.778	-/ 0,9
Dagopnamen	6.736	7.330	7.615	13,1
EAC's	59.384	60.650	60.731	2,3

Met de komst van de nieuwe internist-ouderengeneeskundige G. Willemsen wordt het specialisme ouderengeneeskunde geïntroduceerd. Huisartsen kunnen hun oudere patiënten met meervoudige problemen nu doorverwijzen naar dit specialisme.

Presentatie van het ziekenhuis en in- en externe communicatie wordt steeds belangrijker. Klanten krijgen steeds vaker via de website een eerste indruk van het ziekenhuis. In 2004 geeft het ziekenhuis gestalte aan een eigen intranetsite. Dit is de voorloper van de geheel nieuwe website, die medio 2005 gelanceerd wordt.

Magneetziekenhuis

Door een stabiel personeelsbeleid en door in te spelen op moderne ontwikkelingen probeert het ziekenhuis zijn personeel 'te boeien en te binden'. Om een aantrekkelijke werkgever te blijven, wordt een Meerkeuzesysteem Arbeidsvoorwaarden (MKS) geïntroduceerd. Arbeidsvoorwaarden, de zogenaamde 'bronnen', kunnen worden uitgeruild tegen een aantal vastgestelde 'doelen'. Op basis van een inschatting van de behoefte van de medewerker en van wat haalbaar is voor de organisatie wordt een MKS-pakket samengesteld.

In het beleidsplan wordt een groot belang gehecht aan een coachende stijl van leidinggeven in de organisatie. In 2004 krijgen alle leidinggevenden een training om te leren hoe ze de potentiële kwaliteiten van hun medewerkers kunnen vrijmaken, zodat zij de best mogelijke prestaties leveren. Het is de bedoeling dat coaching ook wordt geïntegreerd in het bestaande systeem van functionerings- en beoordelingsgesprekken.

Het streven om het ziekteverzuimpercentage te laten dalen naar 5,8% wordt in 2004 ruimschoots bereikt. Het verzuimpercentage daalt zelfs tot 5,0% op jaarbasis. Een laag ziekteverzuimpercentage zorgt voor een merkbare verlaging van de werkdruk. Voor 2005 wordt de doelstelling opnieuw aangescherpt: 4,8% op jaarbasis!

Samenwerking

Op een aantal gebieden worden bestaande samenwerkingsrelaties verdiept of uitgebreid. Een voorbeeld is het COPD-project. Hierbij krijgen COPD-patiënten met een slechte longfunctie thuis de noodzakelijke zorg, zodat ze niet naar de poliklinieken hoeven te komen.

Het ziekenhuis begint in samenwerking met 's Heerenloo West Nederland een speciale polikliniek voor mensen met een verstandelijke beperking. In 2005 zal worden bekeken of deze in een behoefte voorziet en of een eventuele uitbreiding van spreekuren nodig is.

In samenwerking met het Rijnlands Revalidatie

Centrum zet het ziekenhuis een nieuw hart-revalidatieprogramma op, de zogenaamde hart-carrousel.

Verder bouwen

In 2004 worden letterlijk de fundamenten gelegd van de poliklinieken. In oktober wordt een tijdelijk gebouw voor de poliklinieken neurologie, longziekten en KNO in gebruik genomen en in december gaan de eerste palen voor de nieuwe poliklinieken de grond in. De resultaten zullen eind 2005 zichtbaar worden, als het gebouw wordt opgeleverd. De voorbereiding van de renovatie van de bestaande poliklinieken, die aansluitend op de nieuwbouw moet plaatsvinden, verloopt traag. Het project staat namelijk niet op de landelijke bouw-prioriteitenlijst. Het ziekenhuis spant een procedure aan bij de Raad van State en in juni verschijnt eindelijk de bouwprioriteitenlijst met daarop ook de renovatie van de poliklinieken van het Diaconessenhuis. In september wordt de vergunningaanvraag ingediend.¹

In 2004 wordt ook de basis gelegd voor een nieuwe maaltijdvoorziening. De keuken wordt omgebouwd tot een compactkeuken en het ziekenhuis moet tijdelijke voorzieningen elders treffen. De nieuwe keuken zal begin 2005 in gebruik worden genomen. Vanaf dat moment kunnen patiënten hun warme maaltijd ter plekke vanuit hun bed kiezen. Diverse ziekenhuizen in Nederland volgen de ontwikkeling van deze wijze van koken en maaltijdverstrekking op de voet.

Een project met veel overlast is de omvorming van de oude liften van de voormalige zusterflat tot pantry's met een kopieer-printvoorziening, koffie/thee verstrekking en een zitje. Eind 2004 zijn de pantry's gereed.

Vernieuwen, verbouwen en renoveren zal ook in 2005 aan de orde van de dag zijn: de conferentiezaal wordt omgevormd tot een auditorium met diverse vaste audiovisuele voorzieningen, de OK en CSA worden onderhanden genomen en de liften en lifthallen van het centrale trappenhuis worden vernieuwd. Voor personeel komt er een eigentijds restaurant en de kinderopvang krijgt een nieuw onderkomen op de begane grond. Tegelijkertijd kan de capaciteit van de kinderopvang dan worden uitgebreid. In 2005 zal een project kantoorinnovatie in gang worden gezet in de voormalige zusterflat. De bedoeling is dat in dit bouwdeel voor alle ondersteunende en back-office-achtige activiteiten een adequate werkplek wordt gecreëerd. Deze projecten worden allemaal in 2004 voorbereid.

Financieel gezond

Als rode draad door heel 2004 loopt de voorbereiding van het werken met en registreren van DBC's.

¹ Het Diaconessenhuis heeft in januari 2005 de goedkeuring ontvangen.

Voor het eerst moet het ziekenhuis zijn eigen prijslijsten vaststellen en onderhandelingen voeren met de afzonderlijke verzekeraars over de verkoop van DBC's. Het ziekenhuis maakt als eerste met de regionale zorgverzekeraar Zorg & Zekerheid afspraken over DBC's. De afspraken gelden voor alle ziekenhuiszorg die het Diaconessenhuis biedt. Met andere verzekeraars zullen de afspraken begin 2005 worden afgerond.

Gelukkig kan het ziekenhuis financieel sterk en gezond deze uitdagende, maar ook onzekere periode tegemoet treden. De doelstelling is dat eind 2005 het eigen vermogen 8% bedraagt van het risicodragende deel van het ziekenhuisbudget. Het jaar wordt uiteindelijk afgesloten met een positief saldo van € 1.066.627,= en het weerstandsvermogen bedraagt ultimo 2004 9,21% van het risicodragende deel van het budget.

Directiewisseling

Na een periode van ruim 33 jaar, waarvan bijna 25 jaar als directeur bedrijfsvoering, maakt de heer C.P. Leijte per 1 juni gebruik van de OBU-regeling. Zijn opvolger is de heer J.G. den Hollander.

Ten slotte

In 2005 zal de nadruk liggen op 'meer doen met hetzelfde geld'. We zullen slimmer moeten werken en meer zorg gaan bieden voor hetzelfde geld. Dit zal ook het uitgangspunt worden bij de voorbereidingen van het beleidsplan 2006-2010.

De directie,
6 april 2005

DEEL 1

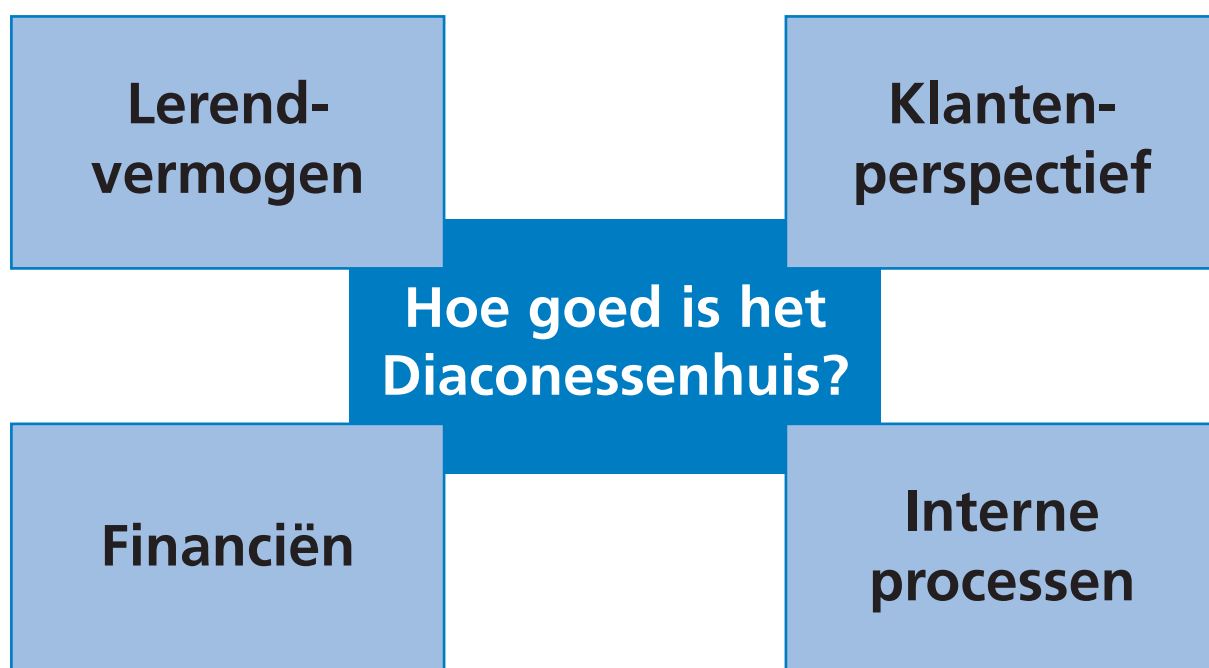
Activiteiten conform de resultaatgebieden van de Balanced Score Card

Het Diaconessenhuis wil de interne kwaliteit monitoren middels de systematiek van de Balanced Score Card (BSC). In 2004 wordt een begin gemaakt met het benoemen van indicatoren. Om inzichtelijk te maken op welke resultaatgebieden activiteiten worden ontplooid, zijn alle onderwerpen van dit jaarverslag ingedeeld bij een specifiek resultaatgebied. Een overzicht staat in tabel 2.

Balanced Score Card

De BSC is een sturingsinstrument, dat met behulp van indicatoren inzicht geeft in het functioneren van (onderdelen van) de organisatie. Op grond hiervan kunnen gerichte verbeteracties worden ingezet, die vervolgens op hun resultaten beoordeeld en ten slotte geborgd kunnen worden. De BSC kent vier verschillende resultaatgebieden: het klantenperspectief, de interne processen, de financiën en het lerend vermogen van de organisatie.

Figuur 1: de vier resultaatgebieden van de Balanced Score Card.



Binnen elk van de vier resultaatgebieden is per activiteit, proces of organisatieonderdeel een indicator benoemd. De indicator komt voort uit de Plan-Do-Check-Act cyclus van Demming. Daarmee wordt deze methodiek als vanzelf de basis van alle activiteiten die benoemd worden in de score card. Dit past bij het dynamische karakter van kwaliteit en verzekert tegelijkertijd de periodieke beoordeling daarvan.

Naast dit jaarverslag brengt het ziekenhuis ook het verslag prestatie-indicatoren 2004 uit. Dit is verkrijgbaar via de website van het Diaconessenhuis.

Tabel 2: overzicht activiteiten in 2004 volgens de Balanced Score Card

Lerend-vermogen

Onderwijs en opleiding:

- visitaties
- erkenning opleiding KNO
- uitbreiding co-assistenten
- nurse practitioners
- physician assistent
- LRVV-erkenning
- minisymposium Zorg maak je samen
- nieuwe technieken: TVT/TOT, vaporisatie prostaat en teledermatologie
- medisch ethische commissie

Kwaliteitsprojecten:

- kwaliteitscommissie
- klinische paden
- delirium
- doorbraakproject mammacarcinoom
- protocollen
- medicatieveiligheid
- behandelcentrum
- diabetische voetenpoli

Klantenperspectief

Klachten:

- klachtenfunctionaris
- klachtencommissie

Risico's in de zorg:

- incidenten patiëntenzorg
- letselschade

Patiënttevredenheid:

- klanttevredenheidsonderzoek
- cliëntenberaad

Groei:

- productieontwikkeling kliniek en polikliniek, dagopnamen en adherentie 2000-2004

Financieel perspectief

Projecten:

- DBC

Financiële positie:

- toelichting
- leningen
- weerstandsvermogen
- balans- en resultatenrekening

Interne processen

Afstemming in de zorg:

- regionaal diabetesproject
- hartcarrousel
- COPD
- hartfalen

Zorgprocessen:

- decubitus
- donatiefunctionaris
- scopenreiniging
- registratie prikaccidenten
- MRSA
- stomazorg

Wachlijsten:

- toegangs- en wachttijden

Personeel, organisatie en arbo:

- sociaal beleid
- formatie en verloop
- vrijwilligers
- arts-assistenten
- kinderopvang
- zorg en aandacht voor personeel
- organisatie in verandering
- veiligheid, arbo en milieu

Bouwen:

- uitbreiding en renovatie keuken
- van standaardkeuken naar compactkeuken
- nieuwe liften en pantry's
- volgende projecten

Hoofdstuk 1

Lerend vermogen

Onderwijs en opleiding

Visitaties

In november 2004 wordt de maatschap gynaecologie gevisiteerd door een delegatie van de beroepsvereniging verloskunde en gynaecologie. De visitatie is het kwaliteitsbewakingsinstrument binnen de eigen beroepsgroep. Een visitatie vindt één keer in de vijf jaar plaats. De maatschap levert vooraf informatie aan over onderwerpen als complicatieregistratie, deskundigheidsbevordering en organisatie. Daarnaast wordt een enquête onder de patiënten gehouden. Tijdens de visitatie door drie gynaecologen en een medewerker van het bureau van de beroepsvereniging worden gesprekken gevoerd met directie en aanpalende maatschappen, verloskundigen en huisartsen. Men beoordeelt tevens de statusvoering. Aan de hand van het visitatierapport zal de maatschap beoordelen op welke punten kwaliteitsverbetering valt te behalen. Deze vorm van visitatie is nieuw in zijn soort en is samen met het CBO ontwikkeld. In de toekomst zullen ook andere beroepsverenigingen deze methodiek gaan volgen.

Naast de maatschap gynaecologie worden in 2004 ook de maatschappen medische microbiologie, orthopaedie, cardiologie en chirurgie gevisiteerd door hun beroepsverenigingen.

Erkenning opleiding KNO

Nadat het Diaconessenhuis in 2003 de erkenning ontving voor een opleidingsplek KNO, begint de eerste arts-assistent KNO in opleiding in januari 2004. Deze opleidingsplek is in samenwerking met het LUMC tot stand gekomen. De arts-assistenten KNO volgen een klein jaar van hun opleiding in het Diaconessenhuis, de rest van de opleiding vindt plaats in het LUMC.

Uitbreiding aantal plaatsen voor co-assistenten

In 2004 wordt het aantal jaarplaatsen voor co-assistenten uitgebreid naar twaalf. Daarnaast volgen enkele studenten hun zogenaamde 'keuze co-schappen' in het Diaconessenhuis. Deze nieuwe vorm van co-schappen is voortgekomen uit het nieuwe curriculum van de opleiding. Tevens worden in 2004 twee groepen studenten begeleid in het kader Vroege Praktijk Contacten (VPC).

Nurse practitioners

De seniorverpleegkundige en de verpleegkundig specialist zijn al jaren een bekend begrip. Momenteel is sprake van een toenemend aantal

nurse practitioners.

Nurse practitioners hebben een verpleegkundige vooropleiding op hbo-niveau. Zij volgen een voortgezette nieuwe opleiding gericht op uitvoerend werk binnen een van de specialismen. Het werk is veelal gebonden aan ziektegerelateerde patiëntengroepen. In 2004 begint een aantal verpleegkundigen met de opleiding. Tegelijkertijd starten zij met hun werkzaamheden als nurse practitioners cardiologie en longziekten.

Zowel patiënten als artsen zijn enthousiast over deze ontwikkeling. Artsen hebben nu hun handen vrij om patiënten met gecompliceerde ziektebeelden te zien. Dit geeft een hogere productie en kortere wachtlijsten.

Physician Assistent

Nieuw is de functie van physician assistent: de eerste (in opleiding) heeft in het Diaconessenhuis haar intrede gedaan. Een physician assistent, afgekort als PA, heeft een hbo-vooropleiding in de gezondheidszorg en verricht medische (voorbehouden) handelingen gerelateerd aan medische differentiatie/specialisatie. Hij of zij werkt onder supervisie van een arts.

De taken en bevoegdheden van een physician assistent komen ongeveer overeen met die van een tweedejaars arts-assistent, maar betreffen een afgebakend, geprotocolleerd terrein. De eerste physician assistent is werkzaam bij de maatschap urologie.

LRVV erkenning

Verpleegkundigen kunnen kiezen uit verschillende vervolgoopleidingen. De bekendste zijn de 'Kinderaantekening' (SVKV) en 'het ooievaartje', de opleiding voor obstetrie en gynaecologie. Ook voor de intensive care en de oncologie kunnen verpleegkundigen een gespecialiseerde vervolgoopleiding volgen.

Bij de invoering van de wet BIG verviel de mogelijkheid om deze vervolgoopleidingen in het diplomaregister van verpleegkundige te laten aantekenen. Om de kwaliteit van de opleidingen te waarborgen kreeg de beroepsgroep opdracht om zelf een registratiesysteem op te zetten. Hierna inventariseerde de LRVV (Landelijke Raad voor Verpleegkundige Vervolgoopleidingen) aan welke eisen ziekenhuizen moeten voldoen om zich een erkend opleidingsinstituut te mogen noemen. De laatste jaren zijn heel veel ziekenhuizen bezig geweest met het beschrijven van de opleidingstrajecten om erkenning van hun opleiding te verkrijgen, ook het Diaconessenhuis. Een aantal afdelingen heeft een verzoek ingediend. De afdeling oncologie verkrijgt in 2004 als eerste de erkenning.

Minisymposium 'Zorg maak je samen'

Op 24 juni 2004 organiseren de seniorverpleegkun-

digen een minisymposium met de titel: 'Zorg maak je samen'. Voor de senioren die de scholing seniorverpleegkundige volgen aan de Leidse Hogeschool is dit hun laatste praktijkopdracht. Het doel van deze opdracht is: het leren delen van kennis en het bevorderen van de deskundigheid van derden. Het onderwerp van het symposium is functiedifferentiatie binnen het Diaconessenhuis. Het symposium heeft tot doel de deelnemers inzicht te geven in de verschillende verpleegkundige functies en hoe deze in de praktijk vorm krijgen.

Nieuwe technieken

TVT/TOT voor de behandeling van incontinentie
Deze nieuwe behandelingstechniek wordt sinds 2003 gebruikt. Bij een TVT wordt via een naald door de buikwand een bandje onderlangs de blaas geplaatst dat voor versteviging van de plasbuis zorgt. In 2004 wordt gestart met een nog nieuwere techniek, de TOT, waarbij het bandje via de obturatoriusloge (de opening van het buikvlies bij het been) ingebracht wordt, waardoor dit niet langer langs de blaas hoeft te worden gedaan. Dit voorkomt de meest voorkomende complicatie bij een TVT: het doorprikken van de blaas. De TOT/TVT-techniek kan worden uitgevoerd met een opnameduur van maximaal twee dagen. De oude incontinentieoperatie betekende een opnameduur van een week. Jaarlijks worden 60 TVT/TOT operaties uitgevoerd.

Vaporisatie prostaat

Deze nieuwe techniek werd in 2002 gestart. Door middel van een bipolaire stroom verwijdert de uroloog weefsel uit een vergrote prostaat. De nieuwe techniek voorkomt de bij de oude techniek veel voorkomende complicaties, waaronder bloedingen. Nu worden jaarlijks 150 patiënten met deze techniek behandeld. Per jaar bespaart dat 300 zakken bloed. En de ligduur is verkort met gemiddeld een dag.

Teledermatologie

Op initiatief van de dermatologen van het Diaconessenhuis en het Rijnland Ziekenhuis starten beide ziekenhuizen op 1 september 2004 met het proefproject teledermatologische consultatie (TDC). Dit is een consult via internet, volgens een gestandaardiseerde methode die is vastgelegd in het Handboek TDC van de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie. De organisatie, kwaliteitsborging en ondersteuning van TDC is in handen van het Teledermatologisch Consultatie Centrum Nederland (TCCN).

Een TDC verloopt als volgt: een patiënt met een huidprobleem bezoekt het spreekuur van de huisarts. Als de aandoening geschikt lijkt voor consultering via internet en de patiënt stemt ermee in, dan

maakt de huisarts enkele digitale foto's van de aandoening en noteert hij of zij een aantal patiëntgegevens. Deze informatie gaat per e-mail, via een beveiligde internetverbinding, naar het TCCN. De aangesloten dermatologen checken of er een aanvraag voor hen is en beoordelen deze binnen drie werkdagen. Daarna laat de huisarts via terugrapportage weten of het antwoord van de dermatoloog een bijdrage heeft geleverd aan het stellen van de diagnose, de behandeling ervan en of de aanvraag leerzaam is geweest voor de huisarts.

Dit proefproject voorziet in 600 consulten-via-internet in de regio Leiden en Alphen a/d Rijn. Het duurt een jaar en de werklast wordt gelijkmatig verdeeld over beide ziekenhuizen. 40 tot 50 huisartsen zullen aan het project deelnemen.

Medisch ethische commissie

Het Diaconessenhuis neemt deel aan klinisch vergelijkend wetenschappelijk onderzoek. De medisch ethische commissie (MEC) is geen officiële toetsingscommissie, wat wil zeggen dat zij geen protocollen beoordeelt.

In 2004 worden veertien onderzoeksprotocollen ingediend. De MEC beoordeelt de protocollen op patiënteninformatie, verzekeringsinformatie, een verklaring van goedkeuring door een erkende medisch-ethische toetsingscommissie en de lokale uitvoerbaarheid voor het Diaconessenhuis. De MEC adviseert de directie voor tien protocollen goedkeuring te verlenen. Voor twee protocollen is het advies deze niet goed te keuren. Verder zijn van twee protocollen niet alle gegevens ter beoordeling ingestuurd. Besloten wordt met ingang van 2005 de criteria voor de lokale toetsing te verscherpen en een vergoeding te vragen voor het beoordelen van de protocollen.

De MEC buigt zich in 2004 over concepten van het rapport stervensbegeleiding. Van dit rapport zal in 2005 een definitieve versie verschijnen. In het najaar start de commissie met de voorbereidingen voor het symposium 'De claimende patiënt' dat in januari 2005 zal plaatsvinden. In het bijzijn van het externe MEC-lid Dorothea Touwen, ethica bij het LUMC, worden er op een aantal verpleegafdelingen discussiebijeenkomsten georganiseerd over het reanimatiebeleid.

Het reglement van de commissie wordt herzien. De definitieve versie zal in 2005 worden ondertekend.

Kwaliteitsprojecten

Kwaliteitscommissie

De kwaliteitscommissie van het ziekenhuis heeft een ondersteunende en begeleidende functie. Vooral op het gebied van promotie, voorlichting en permanente educatie is een belangrijke rol voor de commissie weggelegd. Zij is vraagbaak op het gebied van verbeteractiviteiten en 'tussenpersoon' voor eventuele externe deskundigen. De kwaliteitscommissie is betrokken bij twee projecten: het klanttevredenheidsonderzoek en het project klinische paden. Daarnaast stelt de kwaliteitscommissie informatie op voor intranet.

Klinische paden

Op 31 maart 2004 sluit het Diaconessenhuis Leiden zich aan bij het Vlaams- Nederlands Netwerk Klinische Paden (NKP). In dit netwerk werken zorginstellingen samen aan de ontwikkeling, implementatie en evaluatie van klinische paden. De deelnemers aan het netwerk worden ondersteund door Het Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap van de KU Leuven (CZV) en het Nederlands Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO (CBO). Een klinisch pad² is gedefinieerd als 'een verzameling methoden en hulpmiddelen om de leden van een multidisciplinair en interprofessioneel team op elkaar af te stemmen en taakafspraken te maken voor een specifieke patiëntenpopulatie'.

In 2004 starten twee klinische paden: totale heupprothese patiënten (gepland) en patiënten met koliek (acuut). Per klinisch pad worden een of meer indicatoren gekozen waarmee is vast te stellen of de gewenste resultaten behaald worden. Hiermee kan worden beoordeeld of het klinisch pad leidt tot de vooraf geformuleerde gewenste resultaten. Verschillende doelen zijn geformuleerd met betrekking tot de opnameduur, pijnscore, mobiliteit en patiënttevredenheid. Medio 2005 zal een evaluatie plaatsvinden.

Mocht uit de verkregen gegevens blijken dat het klinisch pad niet leidt of slechts deels leidt tot de gewenste resultaten, dan kan het pad worden aangepast. Het is binnen het NKP ook mogelijk de resultaten van klinische paden met andere deelnemende ziekenhuizen te vergelijken (benchmarking).

Delirium

Delirium is een complicatie bij ziekte die veelvuldig voorkomt bij ouderen, niet alleen bij of tijdens ziekenhuisopname, maar ook in de thuissituatie en/of het verpleeg/ verzorgingshuis. Het is van belang dat verpleegkundigen en verzorgenden bekend zijn met de risicofactoren, de klinische verschijnselen en de interventies die het ontstaan en de ernst

van delirium kunnen beperken. Om de kwaliteit van de zorgverlening aan ouderen met (een risico van) delirium te verbeteren is in het Diaconessenhuis een klinisch pad 'delirium' ontwikkeld voor chirurgische en orthopaedische patiënten (70+).

Door het team klinisch pad zijn procedures ontwikkeld voor het bepalen van het risico van delirium bij opname, de preventieve activiteiten, de indicatiestelling, de behandeling, (begeleiding) en de nazorg bij patiënten met een risico van delirium bij opname. Om vast te kunnen stellen of het klinisch pad ook werkelijk werkt, zijn indicatoren ontwikkeld die vanaf januari 2005 zullen worden gemeten. Een eerste evaluatie laat zien dat het aantal ouderen van 70 jaar en ouder met een delirium op de afdeling chirurgie/orthopaedie daalt van 18% naar 11%. Het aantal patiënten waarbij melding wordt gemaakt van delirium in het medisch dossier stijgt van 17% naar ruim 50%. Het aantal behandelingen voor delirium stijgt van 6% naar 100%.

Doorbraakproject mammacarcinoom

Op 20 april 2004 start het Diaconessenhuis met veel enthousiasme met het Doorbraakproject Mammacarcinoom, onder begeleiding van het kwaliteitsinstituut voor gezondheidszorg CBO en onder andere het Integraal Kankercentrum West. Dit betekent dat landelijk 10-12 multidisciplinaire 'mammateams' gedurende anderhalf jaar worden begeleid door experts, de integrale kankercentra en het CBO.

Er zijn vijf doelen geformuleerd:

1. een maximale toegangstijd tot de mammapoli van 4 dagen;
2. diagnostiek cytologie binnen 1 dag en histologie binnen 5 dagen bekend;
3. vermindering van de operatielast - door afname van achteraf gezien - onnodige borstoperaties met 10-35 %;
4. operatie volgt binnen 2 weken (maximaal 3) na diagnostiek;
5. preoperatieve multidisciplinaire besprekingen bij meer dan 90% van de patiënten.

Het project geeft eind 2004 de volgende resultaten te zien:

1. de toegangstijd tot mammapoli is gemiddeld 10 dagen;
2. diagnostiek cytologie is eind 2004 binnen 1 dag en histologie binnen 5 dagen bekend;
3. het aantal onnodige OK's is 13% van het totaal aantal (mamma)operaties exclusief her-OK's. Dat percentage lijkt te dalen tijdens het project;
4. gemiddeld vinden operaties binnen 21 dagen plaats;
5. de preoperatieve multidisciplinaire bespreking vindt wekelijks plaats bij 91% van de patiënten.

Er is geen nulmeting gedaan. In juni 2005 worden de eindresultaten vergeleken met de resultaten in de eerste periode van het doorbraakproject mammacarcinoom.

Protocollen

De Commissie Richtlijnen en Protocollen Kliniek (CRPK) is in de zomer van 2003 gestart met het omzetten en actualiseren van de aanwezige protocollen binnen de kliniek voor plaatsing op intranet. Momenteel zijn ruim 300 protocollen voor het verpleegkundig-technisch handelen beschikbaar. 90% van deze verpleegkundige protocollen is eind 2004 actueel en toegankelijk, en gekoppeld aan een medewerker die toeziet op inhoud en actualiteit. Tevens staan algemene en paramedische protocollen op intranet. De maatschap gynaecologie heeft een eerste protocol voor artsen via intranet beschikbaar gesteld (bloedverlies tijdens tweede helft zwangerschap). Publicatie van het antibioticabeleid voor medisch specialisten is in voorbereiding. De afdelingen fysiotherapie en diëtetiek zijn bezig de bestaande protocollen te herschrijven.

Medicatieveiligheid

Op de afdeling longziekten start in 2004 een onderzoek naar veiligheid in medicatietoediening. Aanleiding is het grote aantal (MIP) meldingen van fouten. Het onderzoek wijst uit dat de drie meest voorkomende fouten zijn: het verkeerd overschrijven van medicatie (onleesbaarheid van het handschrift van de voorschrijver), het niet goed aftekenen van de gegeven medicijnen en het niet geven van medicijnen. Dit onderzoek leidt tot een voorstel voor een verbeterproject. Doel van dit project is te komen tot een protocol voor toediening van medicatie en een nieuwe (elektronische) registratie van toegediende medicatie op de verpleegafdeling. Daarnaast ontwikkelt de apotheek een voorschrijfprotocol voor artsen. Het project zal in 2005 starten op de afdelingen longziekten, interne geneeskunde, neurologie, cardiologie en chirurgie.

Behandelcentrum

Op 1 maart 2004 wordt, na een proef van drie maanden, het behandelcentrum (afdeling 1A) officieel in gebruik genomen. Deze nieuwe afdeling biedt goede opvang aan patiënten die een korte behandeling of onderzoek ondergaan en dezelfde dag weer naar huis terug mogen. Professionele zorg, hoogwaardige dienstverlening en persoonlijke aandacht zijn speerpunten op 1A. In 2004 groeit het aantal patiënten in het behandelcentrum van 40 per week naar ruim 100 patiënten per week. Hiervoor was een groei noodzakelijk van 8 naar 20 bedplaatsen en 4 stoelen. De opening van een speciale afdeling voor dagverpleging creëert ruimte voor nieuwe soorten dagverpleging, maar ook voor uitbreiding van

bestaande dagverplegingsvormen. Voor een aantal patiëntengroepen is er gekozen om ze naar 1A te verplaatsen om zo een betere service te kunnen bieden. Ongeveer een derde van de behandelingen zijn nieuwe vormen van behandeling, een derde is een verschuiving en een derde is een uitbreiding. Een belangrijke groep vormen de dermatologie patiënten; verder nemen patiënten cardiologie, urologie en oogheelkunde een belangrijke plaats in.

Diabetische voetenpoli

In februari 2004 start de diabetische voetenpoli. Hier worden patiënten met voetproblemen gezien door een multidisciplinair team. Bij de meerderheid van de patiënten gaat het om mensen met diabetes. Het team bestaat uit twee vaatchirurgen, een revalidatiearts, een orthopaedisch schoenmaker, de gipsverbandmeester en de verpleegkundige met wondzorg en diabetische voet als aandachtsgebied. Een patiënt met diabetes mellitus heeft een vijftien keer hogere kans op het krijgen van een onderbeensamputatie dan iemand zonder diabetes mellitus. Met goede zorg, voorlichting en tijdig herkennen van de risicofactoren is het mogelijk 50% van de amputatie van het onderbeen te voorkomen. Het team werkt één middag per twee weken. In de week daarop ziet de wondzorgverpleegkundige de patiënten voor controle. Het aantal multidisciplinaire consulten in 2004 is 306. De verpleegkundige houdt 21 consulten.

Hoofdstuk 2

Klantenperspectief

Klachten

Patiënten en bezoekers kunnen hun klacht bespreken met degene op wie hun klacht betrekking heeft of diens leidinggevende. Als dit niet leidt tot een bevredigende oplossing, kan een klager terecht bij de klachtenfunctionaris. De klachtenfunctionaris is de meest laagdrempelige vorm van klachtenopvang. Daarnaast kunnen patiënten gebruik maken van de mogelijkheid hun klacht te laten beoordelen door de klachtencommissie.

De doelstellingen van de klachtenopvang in het Diaconessenhuis zijn: herstel van de relatie tussen klager en beklagde, recht doen aan de klager, en het systematisch verzamelen, onderzoeken en beoordelen van klachten met het oog op de bewaking en bevordering van de kwaliteit van de zorgverlening.

Klachtencommissie

De klachtencommissie ontvangt in het verslagjaar 28 klachten. 6 klachten daarvan komen binnen via de klachtenfunctionaris. De overige klachten worden rechtstreeks bij de klachtencommissie ingediend. 2 klagers kiezen voor bemiddeling van hun klacht via de klachtenfunctionaris, 1 klager geeft aan op een later tijdstip mogelijk nog een klacht te willen indienen (deze klacht is alleen geregistreerd). Er worden derhalve in totaal 25 klachten in behandeling genomen. Daarnaast behandelt de klachtencommissie in 2004 6 klachten die al in 2003 waren ingediend. In totaal worden er dus 31 klachten behandeld. Over 25 klachten hiervan wordt in 2004 uitspraak gedaan. Over de 6 resterende klachten zal in 2005 uitspraak worden gedaan. Ten opzichte van 2003 is er sprake van een grote stijging van het aantal in behandeling genomen klachten. Toen werden 11 klachten in behandeling genomen, tegen 25 in 2004.

Ongeveer de helft van de klachtonderdelen is gericht op methodisch-technisch handelen, een kwart van de klachtonderdelen is van relationele aard en een kwart betreft organisatorische klachten. De verdeling over de verschillende categorieën is in de jaren 2002-2004 nagenoeg gelijk gebleven.

Tabel 3: Aantal klachten

Aantal	2004	2003	2002
Klachten ingediend in het jaar	28	21	16
Naar klachtenfunctionaris	2	8	2
Klachten niet in behandeling /doorverwezen	1	2	1
Klachten in behandeling genomen van dat jaar	25	11	13
Klachten uit jaar daarvoor	6	5	0
Totaal klachten in behandeling	31	16	13
Klachten waarover uitspraak werd gedaan	25	10	7
Klachten waarvan uitspraak volgt in jaar daarna	6	6	5

Tabel 4: Aard van de klachtonderdelen

Aard	2004	2003	2002
Methodisch-technisch handelen			
Informatie	8	4	2
Diagnose/onderzoek	11	9	2
Behandeling/verpleging	11	7	1
Toestemming			1
Medicijnen	6	1	
Verwijzing	3		
Totaal methodisch-technisch handelen	39	21	6
	(49%)	(54%)	(50%)
Relationeel			
Onheuse bejegening/niet serieus	21	9	4
Privacy	1		
Totaal Relationeel	22	9	4
	(28%)	(23%)	(33%)
Organisatorisch			
Bereik-/beschikbaarheid	5	2	1
Coördinatie	6	4	
Dossier/inzagerecht	3	1	1
Faciliteiten/omstandigheden	1	1	
Vrije keuze	1		
Overplaatsing	2		
Totaal organisatorisch	18	8	2
	(22%)	(20%)	(17%)
Financieel			
	1	1	
	(1%)	(3%)	
Totaal aantal klachtonderdelen	80	39	
	(100%)	(100%)	(100%)
Totaal aantal klachten	25	10	7

De klachtencommissie doet 25 uitspraken. In 10 gevallen (40%) wordt de reglementaire termijn van behandeling (4 maanden) overschreden. Ongeveer de helft (38 van de 80) van de klachtonderdelen wordt gegrond verklaard. Deze verhouding komt overeen met het voorgaande jaar.

De klachtencommissie heeft het recht om, naar aanleiding van de behandeling van de klachten, aanbevelingen te doen om maatregelen te treffen ter verbetering van de zorg. In totaal worden 15 aanbevelingen gedaan. In 5 gevallen wordt actie

ondernomen naar aanleiding van de aanbeveling. In de overige gevallen gebeurt dit niet, of is nog geen reactie ontvangen.

De meeste klachtonderdelen zijn methodisch-technisch van aard. Bij de meerderheid van de klachten is sprake van meerdere klachtonderdelen en beklagden. Het aantal, maar ook de aard van de klachten, zorgt voor een grote werkdruk bij de klachtencommissie. Dit is mede de oorzaak van het overschrijden van de in het klachtenreglement gestelde termijn van vier maanden, naast het feit

Tabel 5: Aantal klachten en klachtenaspecten

Aard	2004	2003	2002
Methodisch-technisch handelen			
Informatie	3	11	4
Diagnose/onderzoek	6	3	5
Behandeling/verpleging	9	10	1
Overig		6	2
Totaal methodisch-technisch handelen	18 (24%)	31 (38%)	12 (20%)
Relationeel			
Onheuse bejegening/niet serieus	24	21	18
Onvoldoende begeleiding/steun		8	
Overig		3	2
Totaal Relationeel	24 (32%)	32 (40%)	20 (33%)
Organisatorisch			
Bereik-/beschikbaarheid/ wachttijden/wachttijl	13	3	10
Coördinatie onderzoeken/afspraken	5	9	5
Faciliteiten/omstandigheden	6	3	10
Overplaatsing	1		
Overig		2	3
Totaal organisatorisch	25 (33%)	17 (21%)	28 (47%)
Financieel			
	8 (11%)	1 (1%)	0 0%
Totaal aantal klachtonderdelen	75 (100%)	81 (100%)	60 (100%)
Totaal aantal klachten	54	58	46*

dat de beklagden vaak laat en niet volledig genoeg op een klachtbrief of op vragen van de klachtencommissie reageren.

In bijna 60% procent van de gevallen overschrijdt de beklagde de termijn waarin moet worden gereageerd op de uitspraak.

Klachtenfunctionaris

De klachtenfunctionaris ontvangt in 2004 in totaal 54 klachten; dat is minder dan in 2003. De klachten zijn niet alleen afkomstig van patiënten zelf, maar ook van familieleden.

De klachten zijn onder te verdelen in 75 klachtonderdelen. Opvallend is dat 6 klagers niet voor

behandeling van hun klachten door de klachtenfunctionaris kiezen, maar hun klachten behandeld willen zien door de klachtencommissie. Hieruit zou de conclusie kunnen worden getrokken dat men geen herstel wil van de relatie, maar wel een uitspraak over de gegrondheid van een klacht.

Conclusie

Het aantal klachten is minder dan in 2003. Het aantal methodisch-technische klachten en het aantal relationele klachten is minder geworden, terwijl het aantal organisatorische en financiële klachten in verhouding is toegenomen.

* In 2002 zijn ook de klachten en klachtonderdelen meegeteld die zijn doorgestuurd naar de klachtencommissie.

Risico's in de zorg

Incidenten patiëntenzorg (meldingen en valincidenten)

Sinds 2002 maakt het ziekenhuis gebruik van de registratiemethodiek van Prismant om de incidenten te registreren. Hiermee is het mogelijk de gegevens van ons ziekenhuis te vergelijken met die van andere aangesloten ziekenhuizen. In de spiegelinformatie zijn de gegevens van 13 van de deelnemende ziekenhuizen verwerkt.

Ook eventueel letsel wordt geregistreerd. Helaas zijn de cijfers niet in de spiegelrapportage verwerkt.

Op het totaal van 285 incidenten was 93 keer sprake van letsel, meestal na een valincident. Dit varieert van tijdelijk licht ongemak tot fataal. Er was

Inmiddels zijn nieuwe richtlijnen opgesteld.

Letselschade

■ Tien gevallen van letselschade worden gemeld aan de aansprakelijkheidsverzekeraar Medirisk. Daarvan heeft één schademelding betrekking op een voorval in 2003. Eén van de ontvangen schademeldingen is tevens in behandeling geweest bij de klachtencommissie.

■ Eind 2004 zijn vijf schademeldingen afgehandeld, waarvan in twee gevallen de aansprakelijkheid is afgewezen. Bij twee gevallen is een schikking getroffen en een klein bedrag uitgekeerd. In één geval is het dossier gesloten omdat niets meer van de betrokkene is vernomen. De overige vier schademeldingen zijn eind 2004 nog in behandeling.

Tabel 6: soort melding 2004

	Aantal	%	% RG*	Per 10.000 verpleegdagen	Per 10.000 verpleegdagen RG*
Behandeling/verzorging	46	16	17	6,0	6,9
Medicatie/infusie	60	21	31	7,9	12,3
Bloed	6	2	2	0,8	0,9
Anders	51	17	12	6,6	4,8
Vallen	122	43	37	16,0	14,7
Totaal	285	100**	100**	37,4	39,5

* RG = referentiegroep

** afgerond

63 keer sprake van tijdelijk licht ongemak, zoals bijvoorbeeld een blauwe plek of bult. 14 keer is tijdelijk ongemak aangegeven, 9 keer is anders ingevuld, en 6 keer tijdelijk ernstig ongemak. Hierbij is drie keer een diepe wond, twee keer een fractuur en een hersenschudding gemeld. Een keer was er sprake van een fatale afloop. Dit betrof een reanimatiepoging.

Na bespreking van een incident in de vergadering van de meldingscommissie volgt zo nodig actie. Vaak heeft het afdelingsmanagement al aandacht aan het incident besteed, hetzij in een persoonlijk gesprek met betrokkene(n), hetzij in een afdelingsoverleg. In een aantal gevallen adviseert de meldingscommissie ziekenhuisbrede acties. In het verslagjaar is bijvoorbeeld geadviseerd de informatievoorziening met betrekking tot het preoperatieve traject te verbeteren. Op bepaalde gebieden wordt extra aandacht besteed aan scholing van arts-assistenten en verpleegkundigen. In de kliniek is veel aandacht besteed aan het medicatietraject. Een aantal aanbevelingen van de meldingscommissie wordt hierin meegenomen. Het preoperatieve nuchterbeleid bleek niet helemaal duidelijk.

Ter vergelijking: in 2003 waren er elf schademeldingen, waarvan in zeven gevallen de aansprakelijkheid werd afgewezen, in drie gevallen de aansprakelijkheid werd erkend en een klein bedrag werd uitgekeerd en één geval nu nog in behandeling is.

Patiënttevredenheid

Klanttevredenheidsonderzoek

Het Diaconessenhuis heeft besloten jaarlijks een enquête over klanttevredenheid uit te voeren, zowel binnen de kliniek als binnen de polikliniek. Uitgangspunt is de landelijke kernvragenlijst klanttevredenheid. Het is de bedoeling om afdelingen onderling met elkaar te vergelijken, hetgeen resulteert in een overzicht van sterke en zwakke punten van een afdeling. Aan de hand van uitkomsten van het onderzoek kunnen specifieke verbetertrajecten worden gestart. De kwaliteitscommissie kan afdelingen hierbij begeleiden. Aanvankelijk zou het onderzoek plaatsvinden in november 2004. Door automatiseringstechnische problemen wordt het echter uitgesteld naar voorjaar 2005.

Cliëntenberaad

Het cliëntenberaad komt driemaal bij elkaar om met de directie van gedachten te wisselen over onderwerpen die in overleg worden vastgesteld. Zowel het jaarverslag als de bouw van de nieuwe poliklinieken komt uitgebreid aan de orde. (Twee leden van het cliëntenberaad participeren in de inrichtingscommissie poliklinieken.) Tevens wordt het rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg over de prestatie-indicatoren besproken.

Groei

Tabel 7: ontwikkelingen kerncijfers 2000-2004

	2004	2003	2002	2001	2000
Polikliniek					
Eerste polikliniekbezoeken	56.767	55.932	50.901	49.320	49.966
Polikliniekbezoeken (totaal)	133.833	130.967	124.003	122.428	124.377
Herhalingsfactor	1,4	1,3	1,4	1,5	1,5
Adherentie polikliniek	Onbekend	114.520	111.213	109.659	111.920
Kliniek					
Opgenomen patiënten	12.049	11.362	10.529	9.815	10.049
Verpleegdagen	68.778	69.396	68.453	69.131	73.286
Gemiddelde verpleegduur	5,7	6,1	6,5	7,1	7,3
Bezettingspercentage	63,1	63,8	59,5	60,2	63,9
Dagopnamen	7.615	6.736	5.897	5.404	4.898
Adherentie kliniek+dagverpleging	-	130.291	125.130	125.186	123.243
Verrichtingen					
Operaties poliklinisch	2.807	3.154	2.771	2.725	2.781
Operaties OK	8.958	8.766	8.105	7.692	7.736
Bevallingen	961	929	890	770	908
Sectio's	240	262	219	183	150
Functie-onderzoeken	15.883	16.272	14.858	13.929	13.690
Radiologische verrichtingen	58.242	55.377	53.663	53.691	52.885
Laboratoria verrichtingen intern	574.911	553.699	519.179	549.540	540.776
Laboratoria verrichtingen extern	156.405	139.446	131.653	121.068	113.353
Fysiotherapie	16.453	16.858	14.430	16.222	15.601
Overig					
Aantal bedden	314	314	314	314	314
Exploitatiekosten (x € 1000)	58.024	55.103	51.958	46.992	40.024

Tabel 8: eerste administratief consult per specialisme

Specialisme	2004	2003	2002	2001	2000
Interne geneeskunde	6.329	5.188	4.630	4.608	4.916
Maag- darm en leverziekten	1.982	1.889	1.910	1.935	1.791
Cardiologie	4.762	4.694	4.023	3.509	3.724
Longziekten	2.313	2.408	2.366	2.302	2.233
Chirurgie	7.544	7.545	6.800	6.492	6.368
Urologie	3.105	2.829	2.726	2.632	2.601
Neurochirurgie	558	487	436	442	499
Geriatric	25	649	931	893	673
Gynaecologie	4.053	4.021	3.738	3.440	3.488
Kindergeneeskunde	1.943	2.028	1.824	1.807	1.628
Neurologie	3.816	3.738	3.583	3.457	3.474
Dermatologie	5.953	5.989	5.643	5.540	5.801
KNO-heelkunde	5.483	5.056	4.949	4.928	4.878
Oogheelkunde	9.354	9.353	9.074	8.910	9.179
Orthopaedie	3.511	3.510	3.406	3.381	3.418
Totaal	60.731	59.384	56.039	54.276	54.671

Tabel 9: aantal dagopnamen, opgenomen patiënten, verpleegdagen en gemiddelde verpleegduur per specialisme

Specialisme	Dagopnamen		Opnamen		Verpleegdagen		Gemiddelde verpleegduur	
	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003
Interne geneeskunde	778	598	1.416	1.239	11.504	11.164	8,1	9,0
Maag- darm en leverziekten	615	503	371	396	3.194	3.751	8,6	9,5
Cardiologie	302	361	2.252	1.779	7.090	6.765	3,1	3,8
Longziekten	121	44	607	618	4.257	4.580	7,0	7,4
Chirurgie	913	1.041	1.948	1.974	13.898	14.422	7,1	7,3
Urologie	588	497	672	634	3.047	3.041	4,5	4,8
Neurochirurgie	295	30	127	135	445	483	3,5	3,6
Geriatric	21	10	-	6	0	27	-	4,5
Gynaecologie	576	539	2.405	2.388	8.489	8.278	3,5	3,5
Kindergeneeskunde	121	120	704	708	5.595	5.927	7,9	8,5
Neurologie	269	201	478	420	4.671	4.572	9,7	10,9
Dermatologie	113	-	26	16	363	215	13,9	13,4
KNO-heelkunde	1.069	906	346	385	808	858	2,3	2,2
Oogheelkunde	1.370	1.423	79	48	170	117	2,2	2,4
Orthopaedie	464	463	618	616	4.320	4.522	7,0	7,3
Verkeerde bed en overig					927	674		
Totaal	7.615	6.736	12.049	11.362	68.778	69.396	5,7	6,1

Tabel 10: leeftijdsverdeling van de klinische opnamen

	2003		2002		2001		2000		1999	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
0 jaar	1.302	11,5	1.238	11,7	1.065	10,8	1.130	11,3	998	10,1
1-14 jaar	341	3,0	334	3,2	313	3,2	358	3,6	355	3,6
15-44 jaar	2.700	23,8	2.493	23,5	2.352	23,9	2.475	24,7	2.410	24,4
45-64 jaar	2.596	22,9	2.354	22,2	2.108	21,5	2.101	20,9	2.139	21,6
65-74 jaar	1.854	16,3	1.715	16,2	1.714	17,5	1.700	17,0	1.739	17,6
>= 75 jaar	2.564	22,6	2.462	23,2	2.269	23,1	2.265	22,6	2.255	22,8
Totaal	11.357	100,0	10.596	100,0	9.821	100,0	10.029	100,0	9.896	100,0

Bron: Prismant Patiëntgegevens

Hoofdstuk 3

Financieel perspectief

Projecten

Diagnose Behandeling Combinatie (DBC)

Per 1 januari 2005 zal een nieuwe financiering van de ziekenhuiscare worden ingevoerd. Dit betekent dat er anders wordt gefactureerd, namelijk op basis van DBC's in plaats van op basis van aparte werkzaamheden. Een DBC omvat alle activiteiten en verrichtingen die het ziekenhuis en de medisch specialist uitvoeren voor het vaststellen van de diagnose en het uitvoeren van de daarmee samenhangende behandeling.

Met de DBC's wil de overheid bereiken dat er binnen de ziekenhuizen duidelijk herkenbare producten ontstaan, waarvan de prijzen vergelijkbaar zijn. Landelijk wordt onderscheid gemaakt in DBC's uit het A- en B-segment. De DBC-prijzen van het A-segment worden landelijk vastgesteld voor alle ziekenhuizen. Voor de DBC's uit het B-segment (circa 10% van de totale ziekenhuiscare) gaan vrije prijzen gelden. Het B-segment betreft goed te plannen, tamelijk eenvoudige ingrepen en dus niet de spoedeisende hulp en acute zorg. Ziekenhuizen en verzekeraars kunnen met elkaar de totaalprijs van deze behandelingen afspreken.

De invoering van de DBC-systematiek wordt al jaren voorbereid. In het Diaconessenhuis zijn een DBC-werkgroep en DBC-stuurgroep actief om de implementatie te begeleiden. Vooral richting eind 2004 zijn er veel bijeenkomsten van deze werkgroep en stuurgroep nodig. Daarnaast worden in deze periode informatiebijeenkomsten voor polikliniekmedewerkers georganiseerd, omdat vooral zij te maken kunnen krijgen met vragen van de patiënten. Vooruitlopend op de VWS-folder, wordt een door het ziekenhuis ontwikkelde patiëntenfolder uitgereikt.

Regelmatig worden zogenaamde DBC-café-bijeenkomsten gehouden om vooral de specialisten te informeren over de voortgang van de invoering van de DBC's. Via intranet worden de medewerkers op de hoogte gehouden.

In oktober wordt aan de wettelijke verplichting voldaan om de prijslijst van het B-segment openbaar te maken. Met verzekeraars wordt onderhandeld om begin 2005 een overeenkomst te kunnen afsluiten. Ook zijn de DBC-gegevens aangeleverd aan de landelijke projectorganisatie.

Financiële positie

Financieel gezond

In financiële zin worden in 2004 eveneens goede fundamenten gelegd voor een gezond ziekenhuis, ook in de toekomst.

Het exploitatieresultaat 2004 uit de normale bedrijfsvoering bedraagt € 1.065.627,= en overtreft daarmee het positieve saldo van 2003. De winst in 2004 wordt vooral veroorzaakt door een stijging van de inkomsten met 6,0%. Deze inkomststijging vindt haar oorzaak in een stijgende productie die leidt tot een toename van het ziekenhuisbudget.

Ook de kosten stijgen in 2004. Voor een belangrijk deel komt dit eveneens door de stijgende productie.

Na een beroepsprocedure bij het College van Beroep voor het Bedrijfsleven is de door het CTG erkende vordering inzake de vakantiegeldverplichting ultimo 1982 van nominaal € 443.170,= in de balans opgenomen. Aangezien deze vordering op lange termijn slechts geïncasseerd kan worden bij fusie of liquidatie, is hieraan een waarde toegekend van € 1.000,=. Het verschil is als afschrijving vorderingen op de lange termijn verwerkt. Beide posten zijn als bijzondere baten en bijzondere lasten verantwoord.

Het collectief gefinancierd gebonden vermogen van het ziekenhuis stijgt in 2004 van € 2.191.661,= tot € 3.228.634,=. Vanuit de winst over 2004 zijn twee bestemmingsreserves gevormd:

1. een bestemmingsreserve innovatie/automatisering ter grootte van € 500.000,= voor de financiering van toekomstige investeringskosten op het gebied van innovatiebevordering en ICT;
2. een bestemmingsreserve partnership medisch specialisten ter grootte van € 106.000,= waarvan de opbrengst van doelmatigheidsprojecten met de medisch specialisten is gedoteerd. De reserve zal worden aangewend ten behoeve van in overleg met de medische staf overeen te komen bestemmingen.

Leningen

Volgens planning wordt in 2004 een start gemaakt met de uitbreiding van de poliklinieken. Er komt groen licht voor de renovatie van de 'oude' poliklinieken. Voor de (vooralsnog kortlopende) financiering van de bouwactiviteiten wordt in 2004 een kasgeldarrangement onder borging van het Waarborgfonds voor de Zorg (WfZ) afgesloten tot een bedrag van € 12,5 miljoen. Van dit bedrag wordt in 2004 daadwerkelijk € 5 miljoen opgenomen.

Weerstandsvermogen

De doelstelling in het beleidsplan is dat eind 2005 het eigen vermogen 8% bedraagt van het risicodragende deel van het ziekenhuisbudget. Door het positieve saldo bedraagt het weerstandsvermogen ultimo 2004 9,21% van het risicodragende deel van het ziekenhuisbudget.

Balans- en resultatenrekening

Balans per 31 december 2004

Activa	31-12-2004		31-12-2003	
	€	€	€	€
Vaste activa				
Immateriële vaste activa	327.519		342.415	
Materiële vaste activa	46.697.442		43.575.894	
Financiële vaste activa	1.342.439		1.373.924	
		48.367.399		45.292.232
Vlottende activa				
Vorraden	546.664		539.988	
Vorderingen	10.200.553		9.551.958	
Nog in de tarieven te verrekenen financieringstekort	2.155.491		934.998	
Liquide middelen	235.552		852.412	
		13.138.260		11.879.356
		61.505.659		57.171.588

Passiva	31-12-2004		31-12-2003	
	€	€	€	€
Eigen Vermogen				
Kapitaal	712.360		711.810	
Collectief gefinancierd gebonden vermogen	3.228.634		2.191.661	
		3.940.994		2.903.471
Egalisatierekening afschrijvingen		605.738		576.085
Langlopende schulden	38.866.420		41.336.082	
Af: Korte termijndeel	-2.532.097		-2.469.661	
		36.334.323		38.866.421
Kortlopende schulden		20.624.603		14.825.611
		61.505.659		57.171.588

Resultatenrekening over 2004

	Exploitatie 2004 €	Begroting 2004 €	Exploitatie 2003 €
Bedrijfsopbrengsten			
- wettelijk budget aanvaardbare kosten	55.313.449	53.276.000	52.245.372
- overige bedrijfsopbrengsten	3.776.244	3.647.500	3.895.108
Som der bedrijfsopbrengsten	59.089.693	56.923.500	56.140.480
Bedrijfslasten:			
Salarissen incl. vakantiebijslag	26.792.681	26.081.000	25.724.446
Sociale kosten	4.935.947	5.019.000	4.804.382
Pensioenpremies	1.883.137	1.840.000	1.447.363
Overige personeelskosten	1.229.093	1.237.500	1.153.598
Personeel niet in loondienst	331.617	189.800	346.831
Subtotaal personeelskosten	35.172.474	34.367.300	33.494.619
Afschrijvingen immateriële en materiële vaste activa	4.227.528	4.613.000	3.809.928
Kosten van voeding	862.384	760.000	732.011
Andere hotelmatige kosten	1.228.139	1.179.000	1.198.757
Algemene kosten	3.561.596	3.611.200	3.516.936
Patiëntgebonden kosten	9.637.351	8.584.000	8.884.632
Terrein- en gebouwgebonden kosten	1.069.240	1.162.000	1.088.400
Andere bedrijfslasten	126.152	117.000	106.211
Subtotaal overige bedrijfskosten	16.484.862	15.413.200	15.526.947
Som der bedrijfslasten	55.884.864	54.393.500	52.831.493
Financiële baten en lasten	2.139.203	2.455.000	2.298.625
Resultaat uit normale bedrijfsvoering	1.065.627	75.000	1.010.362
Buitengewoon resultaat	1.000		
Totaal resultaat t.g.v.:			
Reserve aanvaardbare kosten	430.973	75.000	1.057.245
Reserve vernieuwing ict	500.000		
Reserve partnership medische specialisten	106.000		
Reserve instandhoudingsinvesteringen	29.654		-46.883
	1.066.627	75.000	1.010.362

Toelichting op de balans: activa

	31-12-2004	31-12-2003
Immateriële vaste activa		
Aanloopkosten	327.519	342.415
Materiële vaste activa		
Terreinen en terreinwerken	2.286.428	2.400.887
Gebouwen	16.072.392	16.667.028
Installaties	8.075.159	8.668.121
Vaste inrichtingen	1.036.836	1.189.142
Inventarissen	8.489.380	7.570.053
Bedrijfsauto's	12.465	17.794
Trekkingsrechten	3.755.608	1.275.830
Instandhoudingsinvesteringen	2.158.611	2.280.233
Automatiseringsapparatuur	1.738.882	1.953.979
Gebouw en installaties in uitvoering*	3.071.680	1.552.827
Totaal materiële vaste activa	46.697.442	43.575.894
Financiële vaste activa		
Disagio/boeterente leningen ivm WFZ	329.408	315.807
Bouwrente	833.833	870.064
Vooruitbetaalde onderhoudskosten GE Medical / Philips	178.198	188.052
Vakantiegeldvordering CTG	1.000	
Totaal financiële vaste activa	1.342.439	1.373.924
Vorraden		
Centraal magazijn	96.423	83.183
Apotheek	263.891	263.891
Magazijn medische middelen OK / CSA	193.937	200.636
Emballage	3.757	3.623
	558.008	551.332
Af: Voorziening incurante voorraden	-11.345	-11.345
Totaal voorraden	546.664	539.988
Vorderingen		
Debiteuren		
Debiteuren t/m 2002 resp. t/m 2001	79.298	77.818
Debiteuren 2004 resp. 2003		
1e kwartaal	102.697	180.540
2e kwartaal	14.604	339.017
3e kwartaal	93.871	230.900
4e kwartaal	6.901.064	6.803.680
	7.191.535	7.631.955
Af: Honoraria	-1.492.001	-1.730.044
Voorschotten	0	-2.700.000
	5.699.534	3.201.912

	31-12-2004	31-12-2003
Totaal nog te factureren	3.087.340	4.535.524
Af: honoraria	-312.434	-411.863
	8.474.440	7.325.572
Af: Voorziening dubieuze debiteuren	-86.795	-83.139
	8.387.646	7.242.434
Overige vorderingen en vooruitbetaalde kosten		
Te ontvangen ziekengeld	16.505	19.130
PC Privé project personeel	74.919	125.212
Fietsenplan	46.048	38.957
Rekening-courant met specialisten en instellingen	1.071.624	1.630.011
Overige vorderingen en vooruitbetaalde kosten	603.811	496.215
	1.812.908	2.309.524
Totaal vorderingen	10.200.553	9.551.958
Financieringstekort		
Clearing	1.595.553	1.341.228
WTG budget	559.938	-406.230
Totaal financieringstekort	2.155.491	934.998
Liquide middelen		
Kas	4.840	3.602
Postbank/ING	230.712	848.809
Totaal liquide middelen	235.552	852.412

Toelichting op de balans: passiva

	31-12-2004	31-12-2003
Kapitaal		
Saldo kapitaalrekening per 01-01-2003/01-01-2002	711.810	711.221
Ledencontributies	550	589
Totaal kapitaal	712.360	711.810
Collectief gefinancierd gebonden vermogen		
Reserve aanvaardbare kosten		
Saldo 1999/1998	729.060	712.746
Saldo 2000/1999	61.731	16.314
Saldo 2001/2000	582.691	61.731
Saldo 2002/2001	-290.273	646.332
Saldo 2003/2002	1.108.452	-255.824
	2.191.661	1.181.299
Budget resultaat 2003/2002 m.b.t. oude jaren		
2001		-63.641
2002		-34.449
2003	68.704	1.108.452
2004	362.269	
	3.117.804	2.191.661
Reserve innovatie/automatisering	500.000	
Reserve partnership medisch specialisten	106.000	
Totaal collectief gefinancierd gebonden vermogen	3.228.634	2.191.661
Egalisatierekening afschrijving		
Reserve instandhoudingsinvesteringen		
Saldo per 1 januari	576.085	622.969
Budgetresultaat 2004/2003	29.654	-46.883
Saldo per 31 december	605.738	576.085
Langlopende schulden		
Langlopende leningen	38.866.420	36.198.518
Aanvullende aflossing 2004/2003	110.000	310.000
Nieuwe leningen		5.000.000
Kwijtschelding	-172.436	-172.436
Aflossingen in 2004 (naar schulden korte termijn)	-2.469.661	-2.469.661
Totaal volgens specificatie bijlage staat van schulden op lange termijn	36.334.323	38.866.421
Kortlopende schulden en overlopende passiva		
Crediteuren		
Saldo per 31 december	2.254.603	2.246.653

	31-12-2004	31-12-2003
Aflossingverplichting langlopende schulden	2.469.661	2.469.661
Overige schulden en te betalen kosten		
Lopende rentetermijnen	443.934	335.310
Clearing medische staf	1.809.142	1.762.758
Verplichting vakantiegeld	1.351.490	1.295.571
Verplichting vakantiedagen	399.037	444.311
Gecombineerde loonheffing	873.264	842.520
Afrekening pensioenfonds	444.723	405.471
Afrekening bedrijfsvereniging	303.116	456.618
Te betalen personeelskosten	101.325	132.622
Overige nog te betalen kosten	532.739	1.022.252
	6.258.772	6.697.252
Kortlopende kredieten		
ABN-AMRO; rekeningen-courant	4.641.568	3.412.044
Kasgeldlening met borging WFz tbv bouwprojecten	5.000.000	
	9.641.568	3.412.044
Totaal kortlopende schulden en overlopende passiva	20.624.603	14.825.611

Christelijke Vereniging Het Diaconessenhuis heeft een kredietfaciliteit bij de ABN-AMRO van:

€ 7.000.000,-- ten behoeve van de exploitatie;

€ 4.000.000,-- ten behoeve van investeringen in inventarissen en

€ 15.000.000 met betrekking tot bouwprojecten

Met betrekking tot de borging van leningen is een negatieve hypotheekverklaring met hypotheekbelofte verstrekt.

ACCOUNTANTSVERKLARING

De cijfers in de balans per 31 december 2004 en de resultatenrekening over 2004 zijn ontleend aan de jaarrekening 2004, waarbij BDO CampsObers Accountants, de volgende accountantsverklaring hebben afgegeven:

“Wij hebben de jaarrekening van 2004 van de Christelijke Vereniging “Het Diaconessenhuis” te Leiden gecontroleerd. De jaarrekening is opgesteld onder verantwoordelijkheid van het bestuur van de vereniging. Het is onze verantwoordelijkheid een accountantsverklaring inzake de jaarrekening te verstrekken.

Onze controle is verricht overeenkomstig in Nederland algemeen aanvaarde richtlijnen met betrekking tot controleopdrachten. Volgens deze richtlijnen dient onze controle zodanig te worden gepland en uitgevoerd dat een redelijke mate van zekerheid wordt verkregen dat de jaarrekening geen onjuistheden van materieel belang bevat. Een controle omvat onder meer een onderzoek door middel van deelwaarnemingen van informatie ter onderbouwing van de bedragen en de toelichtingen in de jaarrekening. Tevens omvat een controle een beoordeling van de grondslagen voor financiële verslaggeving die bij het opmaken van de jaarrekening zijn toegepast en van belangrijke schattingen die het bestuur van de vereniging daarbij heeft gemaakt, alsmede een evaluatie van het algehele beeld van de jaarrekening. Wij zijn van mening dat onze controle een deugdelijke grondslag vormt voor ons oordeel.

Wij zijn van oordeel dat de jaarrekening een getrouw beeld geeft van de grootte en de samenstelling van het vermogen van de vereniging op 31 december 2004 en van het resultaat over 2004 in overeenstemming met de Regeling jaarverslaggeving zorginstellingen.

Leiden, 12 april 2005

BDO CampsObers Accountants

E.F. Polak RA

drs. B. Mooy RA”

Hoofdstuk 4

Interne processen

Afstemming in de zorg

Regionaal Diabetesproject

In september 2004 gaat een regionaal (doorbraak)project voor diabeteszorg van start. Het Diaconessenhuis participeert in de regionale projectgroep. Samen met alle betrokken partijen worden in de regio Leiden (huisartsen, ziekenhuizen, thuiszorg, laboratorium) afspraken gemaakt rond de zorg voor diabetespatiënten. Het gaat bijvoorbeeld om afspraken over: welke zorgverlener behandelt welke patiënt, welke patiënt wordt door de eerste lijn behandeld en wanneer moet een patiënt naar een van de ziekenhuizen worden verwezen?

Andere speerpunten zijn de registratie van de patiëntenpopulatie in de verschillende instellingen, de zorg voor de diabetische voet en de kwaliteitscontrole. De kwaliteitscontrole zal plaatsvinden via de zogenaamde kwaliteitsindicatoren, bijvoorbeeld het HbA1c, de oogartscontrole, de voetcontrole, bloeddrukcontrole, enzovoorts. Dit alles zal moeten resulteren in een gestroomlijnde en betere diabeteszorg in de Leidse regio. Zowel de zorgverleners als de patiënten zullen hier wel bij varen. De patiënt heeft zijn of haar eigen verantwoordelijkheid, maar wel met de mogelijkheid om optimale zorg te krijgen. Hiervoor zijn de zorgverleners verantwoordelijk. Eind 2005, begin 2006, worden de eerste resultaten verwacht.

Hartcarrousel

Begin april start een nieuw hartrevalidatieprogramma. Het programma is bedoeld voor patiënten die zijn opgenomen met een hartinfarct, of voor een bypassoperatie, dotterbehandeling of hartklepoperatie. Deze patiënten worden voor revalidatie aangemeld bij het Rijnlands Revalidatie Centrum. Daar worden zij gescreend conform de richtlijnen van de Nederlandse Hartstichting. Patiënten met meervoudige (onder andere psychosociale) problematiek worden door het Revalidatiecentrum verder begeleid. Patiënten die alleen conditionele revalidatie nodig hebben, worden in het Diaconessenhuis begeleid door de fysiotherapeut. Binnen het Diaconessenhuis krijgen deze patiënten een speciaal programma aangeboden, dat bekend staat als de zogeheten 'hartcarrousel'. De carrousel bestaat uit drie informatiebijeenkomsten en de eerder genoemde fysiotherapiebegeleiding. Patiënten krijgen tijdens deze bijeenkomsten informatie over hun aandoening om zo beter met hun klachten te leren omgaan. Tijdens de informatiebijeenkomsten worden onderwerpen

besproken als: medische zorg, medicijngebruik, risicofactoren, maatschappelijke en psychische invloeden, diëtetiek en conditionele revalidatie.

COPD

Het Diaconessenhuis, Thuiszorg Groot Rijnland en de Valent RDB zijn een gezamenlijk project gestart om de doorstroom van de zorg voor COPD-patiënten van ziekenhuis naar huis te bevorderen.

Het project is bedoeld voor COPD-patiënten met een slechte longfunctie die zich nauwelijks kunnen inspannen, twee keer of meer per jaar worden opgenomen en veel gewicht verliezen. Voor hen is een bezoek aan de polikliniekbezoek een zware opgave.

De patiënt komt één keer per jaar naar de polikliniek longziekten en wordt verder vier keer per jaar thuis begeleid door de wijkverpleegkundige. De wijkverpleegkundige met aandachtsgebied Astma/COPD geeft onder eigen verantwoordelijkheid de zorg die bij het plan past, in overleg met de patiënt. De wijkverpleegkundige is ook het aanspreekpunt voor elk probleem waarmee de patiënt zit, waardoor het project waarschijnlijk geen extra werkdruk oplevert voor de huisartsen. Door optimale zorgbegeleiding thuis kan worden voorkomen dat deze patiënten opnieuw moeten worden opgenomen.

Het behandelplan valt onder de verantwoordelijkheid van de behandelend longarts in samenwerking met de nurse practitioners longziekten van het Diaconessenhuis.

Hartfalen

Patiënten met chronisch hartfalen hebben baat bij intensieve begeleiding die verder gaat dan alleen medische zorg. De hartfalenpoli is ontwikkeld voor intensieve begeleiding van hartpatiënten. Centraal staan de speciaal opgeleide hartfalenverpleegkundigen die functioneren als intermediair tussen arts en patiënt.

Het ziekenhuis beschikt sinds 1999 over een hartfalenpoli. Een van de hartfalenverpleegkundigen is inmiddels aangesteld als nurse practitioner hartfalen.

De hartfalenpoli impliceert dat patiënten niet alleen bij de cardioloog voor controle komen, maar ook op de poli bij de hartfalenverpleegkundige. Op de hartfalenpoli worden controles gedaan (bloeddruk pols, ECG, lichamelijk onderzoek en bloedonderzoek) en de patiënt krijgt voorlichting en begeleiding. Het doel is patiënten zo lang mogelijk stabiel te houden (het voorkomen van decompensatio cordis).

In 2004 wordt een goed resultaat geboekt met de geplande opname van instabiele hartfalenpatiënten. Hierbij wordt de behandeling

tijdens dagopname gedaan en krijgt de patiënt een infuus (Dopamine). Patiënten gaan gestabiliseerd weer naar huis. In 2004 worden 23 patiënten voor deze dagbehandeling opgenomen. Verder komt in 2004 een goede samenwerking tot stand met de wijkverpleegkundigen. Bij problemen kunnen zij overleggen met de nurse practitioner hartfalen.

Zorgprocessen

Decubitus

Het prevalentiecijfer voor decubitus in het Diaconessenhuis is in 2004 6,1%. Het betreft hier 14 patiënten met decubitus. Het landelijk gemiddelde voor algemene ziekenhuizen is 19%. De prevalentie zonder graad 1 decubitus bedraagt 5,4%, landelijk is dat 9,4%. Het prevalentiecijfer (exclusief graad 1) in het Diaconessenhuis is lager dan in 2003. Toen kwam het prevalentiecijfer uit op 5,9%, in 2002 op 7,2%. Er is dus sprake van een dalende tendens. In de afgelopen jaren is dan ook flink geïnvesteerd in onder andere nieuwe matrassen en speciale luchtmatrassen voor patiënten met een sterk verhoogd risico op doorligplekken. In samenwerking met Valent RDB wordt in 2004 tevens een transmuraal decubitusprotocol ingevoerd. Regelmatig organiseert de verpleegkundig specialist decubituszorg bijscholingen en klinische lessen voor verpleegkundigen.

Donatiefunctionaris

Sinds 2004 beschikt het Diaconessenhuis over een donatiefunctionaris. Deze analyseert de donorwerving binnen het ziekenhuis, naar aanleiding waarvan afspraken worden gemaakt over ondersteuning van de arts-assistenten bij de donorprocedure. Daarnaast draagt de donatiefunctionaris zorg voor een weefselprotocol op intranet en voor scholing van arts-assistenten. In 2004 overlijden in het Diaconessenhuis 226 patiënten. Hiervan voldoen 32 patiënten aan de gestelde criteria voor donatie; er zijn dus 32 potentiële weefseldonoren. In 24 gevallen wordt het donorregister geraadpleegd en er worden 28 gesprekken gevoerd om toestemming te krijgen voor weefseldonatie. Bij 4 patiënten wordt geen aandacht besteed aan de mogelijkheden voor weefseldonatie. In totaal worden in 2004 achtmaal cornea's, eenmaal botten en tweemaal hartkleppen afgestaan voor donatie. In 2003 waren er 23 raadplegingen en 5 cornea donaties.

Scopenreiniging

De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft in 2001 een onderzoek gedaan naar de veiligheid van medische apparatuur. Daaruit kwam een aantal verbeterpunten naar voren. Aan alle ziekenhuizen

is verzocht een plan van aanpak op te stellen om deze verbeterpunten aan te pakken. Eén punt was de scopenreiniging en het kunnen traceren van een patiënt die met een specifieke (niet steriele) scoop is onderzocht. De infectiecommissie heeft dit onderwerp verder uitgewerkt en medio 2004 wordt in een plan voorgesteld om één centrale desinfectie-unit op te zetten voor de scopen onder verantwoordelijkheid van de CSA. Daarnaast is gestart met de registratie van alle patiënten die zijn onderzocht met een scoop. Op dit moment vindt registratie nog handmatig plaats. In 2006, wanneer alle scopenreinigers zijn vervangen, zal dit geautomatiseerd gebeuren.

Registratie prikaccidenten

De afdeling Hygiëne en Infectiepreventie is verantwoordelijk voor het registreren en afhandelen van prikaccidenten. Gemiddeld worden 55-60 prikaccidenten per jaar gemeld. In 2004 ligt het aantal meldingen even boven de 60. De methode van registratie met de daarbij behorende acties voor brononderzoek functioneert goed. De resultaten geven geen reden tot bezorgdheid, noch tot aanpassing van het huidige beleid.

MRSA

In augustus 2004 vindt een groot MRSA contactonderzoek plaats naar aanleiding van een onverwachte MRSA patiënt op de afdeling 3B. 75 personen rondom de patiënt geven gehoor aan de oproep zich te laten onderzoeken. Er blijkt geen verspreiding te hebben plaatsgevonden. Ondanks het feit dat er gedurende twee weken een opnamestop is op de betreffende afdeling, heeft dit geen gevolgen voor de patiëntenzorg. Alle operaties en opnamen kunnen gewoon doorgang vinden.

Stomazorg

De stomapolikliniek viert in 2004 het 12½ jarig jubileum in de vorm van twee mini symposia. Voor patiënten is er een gevarieerd programma met als hoogtepunt een modeshow van speciale kleding en badkleding voor dragers van een stoma. Daarnaast is er voor de medewerkers van het Diaconessenhuis, thuiszorgorganisaties en huisartsen een afwisselend programma met nieuwe ontwikkelingen rondom de stomapatiënt, waaraan diverse specialisten van het Diaconessenhuis hun medewerking verlenen.

In 2004 komt een inwerkplan gereed voor nieuwe (leerling)verpleegkundigen voor de specifieke begeleiding van de stomapatiënt. Het doel van het plan is om op deze manier de kwaliteit van zorg beter te continueren, te structureren en te verhogen. Hieraan leveren de verpleegkundigen voor de stomazorg ook een bijdrage. Samen met hen wordt er

hard gewerkt om de stomazorg naar een hoger niveau te brengen.

De stomaverpleegkundige verzorgt in 2004 twee keer een stoma-gastcollege op de hogeschool Leiden ten behoeve van de opleiding voor HBO-v. Op deze manier wordt er breed gewerkt aan een hoog niveau van kennis en kwaliteit.

Wachlijsten

De gemiddelde toegangstijd neemt in 2004 iets af terwijl in het aantal wachtenden voor een opname iets toeneemt, zie onderstaande tabel.

le) personeelsleden. Hierdoor kan het ziekenhuis verder groeien en de bevolking in de regio kwalitatief goede zorg bieden. Belangrijke waarden die het ziekenhuis nastreeft, zijn: patiënt centraal, boeien en binden van personeel, maatschappelijk verantwoord ondernemen, innovatie, openheid en respect. Deze waarden zijn nader uitgewerkt in de vernieuwde zorgvisie, waarvan een eerste versie in 2004 verschijnt.

Formatie en verloop

Op 31 december 2004 bedraagt de formatie 840 fulltime banen. Het aantal medewerkers op die

Tabel 11: gemiddelde toegangstijden en en gemiddeld aantal wachtenden Kliniek 2003-2004

	Toegangstijden Polikliniek (uitgedrukt in dagen)		Wachtenden kliniek (uitgedrukt in aantal wachtenden)	
	2004	2003	2004	2003
Cardiologie	21	14	0	25
Chirurgie	8	12	244	290
Dermatologie	51	52	0	0
Maag-, darm- en leverziekten	171	172	0	0
Gynaecologie	27	22	133	105
Interne geneeskunde	7	75	0	0
Kindergeneeskunde	52	40	0	0
KNO	30	41	81	24
Longziekten	6	6	0	0
Neurologie	28	24	0	0
Oogheelkunde	64	67	612	583
Orthopaedie	67	76	156	160
Urologie	45	54	106	85
Gemiddelde toegangstijd	48	50		
Gemiddeld aantal wachtenden			1.332	1.271

Personeel, organisatie en arbo

Belangrijke pijler voor de groei van het ziekenhuis: sociaal beleid

In het beleidsplan 2001-2005 is aangegeven dat het ziekenhuis ernaar streeft een magneetziekenhuis te zijn. Dat wil zeggen: het ziekenhuis oefent als een magneet aantrekkingskracht uit op (potentiële)

datum is 1.159, bijna 40 meer dan eind 2003. Het bestand aan oproepkrachten is teruggelopen van 150 tot ruim 100. Uitzendkrachten worden minder ingezet dan de voorgaande jaren.

Dit jaar is er voor het eerst sinds jaren sprake van een zich redelijk stabiliserende arbeidsmarkt. Het personeelsverloop in 2004 is 11% van het totale bestand. Dit is minder dan in 2003 en de jaren

Tabel 12: personeelsomvang in aantallen medewerkers (per 31 december 2004)

	2004		2003		2002		2001		2000
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal
Vrouwen in dienst	982	85	943	84	906	84	864	85	846
Mannen in dienst	177	15	179	16	168	16	150	15	152
Totaal	1.159	100	1.122	100	1.074	100	1.014	100	998

Tabel 13: verloopcijfers in procenten

Personeel uit dienst:	2004	2003	2002	2001	2000
Ziekenhuis totaal	11	12	13	15	11
- Kliniek	43	38	36	41	36
- Paramedische dienst	21	16	24	27	14
- Civiele-facilitaire dienst	22	31	24	21	34
- Algemeen beheer	14	15	16	11	17
Totaal	100	100	100	100	100

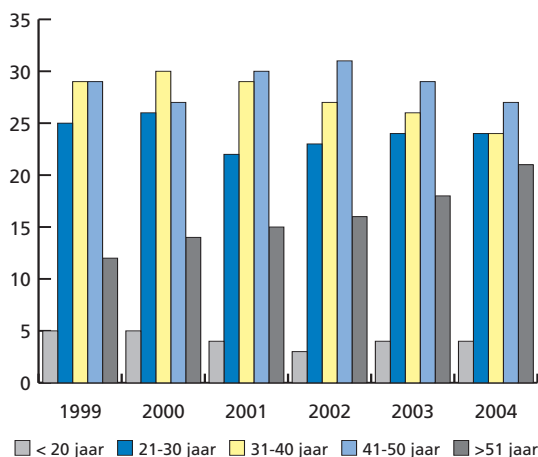
daarvoor. Het verloop vertaalt zich in 91 vacatures. De grootste uitstroom vindt plaats in de patiëntgerichte diensten. Uit de exitformulieren valt op te maken dat redelijk wat uitstromenden stoppen met werken, of een nieuwe baan zoeken vanwege verhuizing naar elders.

Opvallend is de grote uitstroom van medewerkers die korter dan één jaar in dienst zijn (meer dan de helft van de uitstromenden). Dit heeft te maken met het aflopen van tijdelijke contracten en met een toename van ontslag tijdens proeftijd. Van de medewerkers is 84% korter dan tien jaar in dienst. Het percentage medewerkers dat langer dan tien jaar in dienst is, neemt toe ten opzichte van de voorgaande jaren.

Het aantal parttimers blijft stabiel, zo rond de 70%. Ook de verhouding mannen/vrouwen blijft gelijk: 15/85.

Het aantal jongeren (onder de 30 jaar) blijft ongeveer gelijk ten opzichte van vorig jaar, het aantal ouderen (tussen 30 en 50 jaar) daalt licht. Het aantal 50-plussers stijgt. Gezien de gemiddelde leeftijd van 38,9 jaar is de verwachting dat dit aantal de komende jaren verder zal toenemen. Mede daarom is gestart met het ontwikkelen van leeftijdsbewust personeelsbeleid.

Grafiek 2: personeelsverdeling naar leeftijd



Vrijwilligers

Zonder de inzet van de ongeveer 170 vrijwilligers kan het ziekenhuis niet draaien. Als blijk van waardering voor hun belangeloze inzet en voor het vele werk dat zij verrichten voor de patiënten in het ziekenhuis, wordt in 2004 een museumbezoek met een hapje en een drankje georganiseerd.

Arts-assistenten

De instelling van een coördinator arts-assistenten blijkt een goede zet. De arts-assistenten hebben een beter rooster gekregen en ontvangen meer begeleiding dan voorheen. De samenwerking tussen coördinator en medisch specialisten is versterkt. In de loop van 2004 breidt het aantal arts-assistenten zich uit van tien naar veertien.

Kinderopvang

De "eigen" kinderopvang wordt in 2004 geconfronteerd met een aantal forse (wets)wijzigingen. Naast de invoering van een vierde groep leidt de invoering van de Wet Kinderopvang tot grote inspanningen om de tariefstructuur en de dienstverlening aan te passen aan de nieuwe verplichtingen. Mede dankzij een actieve ouderraad en een constructieve ondernemingsraad komen het nieuwe beleid en de nieuwe contracten op tijd rond. Naast het feit dat het Diaconessenhuis een eigen kinderopvang exploiteert, krijgt het in de rol van werkgever nog meer verplichtingen op grond van de nieuwe wet. Iedere medewerker heeft per 1 januari 2005 recht op vergoeding van erkende kinderopvang, dus ook daarvoor moet P&O, in nauwe samenwerking met de ondernemingsraad, in 2004 beleid ontwikkelen en vele praktische zaken regelen.

Zorg en aandacht voor personeel: preventie, verzuim en reïntegratie

Primair zijn het de leidinggevenden die zorgdragen voor het functioneren en welbevinden van hun medewerkers. Om leidinggevenden te ondersteunen in deze taak hebben ze verschillende trainingstrajecten kunnen volgen: coaching, ziekteverzuimmanagement, toepassing CAO en functioneringsgesprekken. Uitgangspunt is dat de

Tabel 14: verzuimpercentages

	2004	2003	2002	2001	2000
Kliniek	5,2	6,6	7,2	7,2	7,0
Paramedische dienst	5,5	5,2	5,8	6,0	5,6
Civiele dienst			9,0	9,0	10,7
Facilitaire dienst	5,6	7,6			
Algemeen beheer	4,5	5,3	5,1	6,3	5,6
Diaconessenhuis totaal	5,0	6,1	6,8	7,1	7,5
Vernet Diaconessenhuis*	4,6	5,3	6,1	6,5	6,9
Vernet landelijk*	4,8	5,1	5,6	6,3	6,6

* Vernet = landelijk meldpunt ziekteverzuim, branche ziekenhuizen.

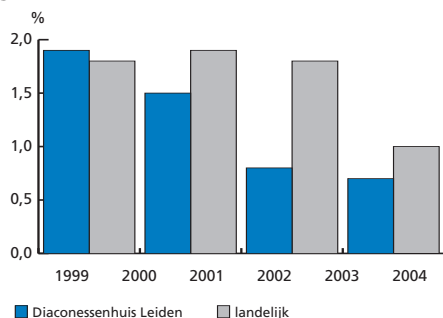
medewerker zelf ook een grote verantwoordelijkheid heeft.

De aandacht voor personeel vertaalt zich onder andere in meer begeleiding. In 2004 wordt het contract met de bedrijfsarts van de arbodienst verlengd (16 uur per week) en krijgt de bedrijfsmaatschappelijk werker tijdelijk 4 uur uitbreiding (15 uur per week). Daarnaast zijn een reïntegratiecoördinator en een bedrijfsfysiotherapeut actief op het gebied van preventie en reïntegratie. Medewerkers die te maken hebben met schokkende gebeurtenissen of ongewenst gedrag kunnen terecht bij het bedrijfsopvangteam/vertrouwenspersonen. In 2004 melden 8 mensen een klacht of incident waarop actie wordt ondernomen. 13 meldingen worden uitsluitend geregistreerd.

In 2004 is het verzuimpercentage, inclusief zwangerschapsverlof, 5,9%. In 2003 was dit 7,1%.

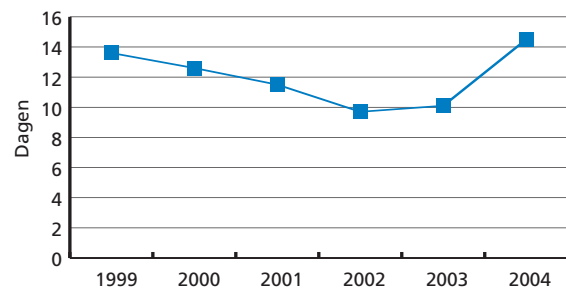
Alle inspanningen hebben het mooie ziekteverzuimpercentage opgeleverd van 5% exclusief zwangerschaps- en bevallingsverlof (volgens het zorgmeldpunt Vernet is het percentage 4,6). De nieuwe instroom in de WAO blijft beperkt tot vijf personen. Daarnaast komen drie personen opnieuw in de WAO. Zowel voor het verzuim als voor de WAO zijn deze cijfers gunstiger dan de landelijke cijfers voor de sector.

Grafiek 3: percentage WAO-instroom op het gemiddeld aantal medewerkers



Het aantal verzuimdagen neemt fors af, met 3.840 dagen (dat is 14%). Het totaal aantal verzuimdagen in 2004 komt hiermee op 23.121. De gemiddelde verzuimduur neemt fors toe: van 10,1 in 2003 naar 14,5 in 2004. Hieruit kan worden afgeleid dat minder medewerkers ziek zijn, maar gemiddeld langer. Het frequent verzuim neemt af.

Grafiek 4: gemiddelde verzuimduur



Per 1 januari 2004 is de Wet uitbetaling loon bij ziekte (WULBZ) vervangen door de Wet verlengde loondoorbetalingsverplichting bij ziekte (VLZ). Gedurende twee jaar moet de werkgever het loon aan de medewerker doorbetalen, met de beperking dat er in totaal in twee jaar slechts 170% van het loon uitbetaald mag worden. Dit betekent een enorme verandering voor zowel werknemer als werkgever, waarvan de gevolgen in 2004 nog niet geheel duidelijk zijn.

Organisatie in verandering

Aantrekkelijk en goed blijven lukt alleen als het ziekenhuis zich continu ontwikkelt: leren leren, nieuwe mogelijkheden ontdekken en uitwerken, samenwerken en steeds beter worden. Het streven naar meer patiënten en meer kwaliteit beïnvloeden de manier waarop het ziekenhuis is georganiseerd (verantwoordelijkheden en bevoegdheden zo dicht mogelijk bij het primaire proces, klinische paden en ketenzorg) en de competenties van medewerkers (kennis, houding en vaardigheden gericht op het bereiken van bepaalde doelen in specifieke situaties).

Veiligheid, arbo en milieu

Veiligheid

Op het gebied van veiligheid worden in 2004 voorlichtingsbijeenkomsten bedrijfshulpverlening (BHV) en brandpreventie georganiseerd. Het BHV-plan is verder geïmplementeerd. Er worden twee oefeningen gedaan: bij de OK en de kinderopvang. De arbeidsinspectie komt in 2004 opnieuw op bezoek in verband met het gebruik van cytostatica en narcosegassen. De aanbevelingen naar aanleiding van dit bezoek worden uitgevoerd. De registratie gevaarlijke stoffen is gereed.

Arbo

De arbo-adviesstructuur begint vorm te krijgen. Er wordt een bijeenkomst georganiseerd voor iedereen die betrokken is bij veiligheid, arbo en milieu, of preventie, verzuim en reïntegratie. Men wisselt ideeën uit en ontvouwt de plannen voor de toekomst. Ook de directie is hierbij aanwezig. De arbothemaweek in de herfst is een succes. Alles bij elkaar heeft de VAM-coördinator ongeveer 20 arbovragen geanalyseerd, onderzocht en van aanbevelingen voorzien.

In de nieuwbouw van het beddenhuis worden een aantal fysische factoren verbeterd.

Milieu

Er wordt een afvaleiland gecreëerd en op de afdelingen wordt men bewust gemaakt van afvalscheiding. In het kader van het milieuplan wordt een legionella-beheersplan opgesteld en een Gebruiksvergunning aangevraagd. De vergunning in het kader van de Wet Oppervlaktewater wordt verlengd.

Bouwen

Het Diaconessenhuis is gebouwd in 1964. Dit betekent dat ook in 2004 weer op diverse plaatsen gebouwd, verbouwd en gerenoveerd moet worden. De poliklinieken, de keuken en de voormalige zusterflat worden aangepakt en nieuwe projecten zijn in voorbereiding.

Uitbreiding en renovatie van de poliklinieken.

Een belangrijk project is de uitbreiding en renovatie van de poliklinieken. Voor de uitbreiding had het ziekenhuis al eerder de goedkeuring van het Bouwcollege gekregen en het eerste halfjaar van 2004 staat in het teken van de voorbereiding. Tijdens de bouw gaan diagnostiek en behandeling gewoon door. In oktober wordt daarom een tijdelijk gebouw voor de poliklinieken neurologie, longziekten en KNO in gebruik genomen. In december gaan de eerste palen de grond in. Eind 2005 zal de uitbreiding van de poliklinieken moeten worden opgeleverd.

De voorbereiding van de renovatie van de bestaande poliklinieken, die aansluitend op de nieuwbouw moet plaatsvinden, verloopt in eerste instantie minder soepel. Het project staat niet op de landelijke bouwprioriteitenlijst. Er wordt een procedure aangespannen bij de Raad van State en in juni verschijnt eindelijk de bouwprioriteitenlijst met daarop de renovatie van de poliklinieken. In september wordt de vergunningaanvraag ingediend³. In 2007 moet alles achter de rug zijn en zal de polikliniek volledig zijn toegerust voor de toekomst.

Het is de bedoeling dat de totale oppervlakte van de poliklinieken wordt uitgebreid met 3.266 m², verdeeld over drie bouwlagen. De hoofdingang van de poliklinieken komt aan de Dieperpoellaan. Via de hoofdingang komt men in een ruime, open en lichte hal met een restaurant, afsprakenbureau en een ruimte voor patiënteninformatie. Vanuit de centrale hal kunnen bezoekers en medewerkers naar een nieuw aangelegde binnentuin. Ook het restaurant heeft een terras in de binnentuin.

Van standaardkeuken naar compactkeuken

In 2004 wordt de basis gelegd voor een nieuwe maaltijdvoorziening. De keuken wordt omgebouwd tot een compactkeuken en het ziekenhuis treft tijdelijke voorzieningen elders. Na een verbouwing van zes maanden zal begin 2005 de keuken in compacte vorm in gebruik worden genomen. Dan bereiden de koks niet meer alle maaltijden helemaal zelf, maar gebruiken ze kant en klaar ingekochte producten die ze in speciale apparatuur tot maaltijd bereiden. Ze maken nog wel speciale maaltijden klaar, zoals de dieetmaaltijden.

Hieraan gekoppeld is een andere wijze van maaltijdverstrekking. Patiënten kunnen hun ontbijt, lunch en 's avonds de warme maaltijd aan bed uitkiezen. De voedingsassistenten komen hiertoe met de buffetwagens aan bed langs. Mensen hoeven dus niet meer van tevoren op te geven wat ze willen eten.

Het Diaconessenhuis is een van de weinige ziekenhuizen in Nederland dat met een compactkeuken werkt. Diverse ziekenhuizen in Nederland volgen de ontwikkeling van deze wijze van koken en maaltijdverstrekking op de voet.

Nieuwe liften en pantry's in voormalige zusterflat

Een project met veel overlast is de omvorming van de oude liften van de voormalige zusterflat tot pantry's met een kopieer-printvoorziening, koffie/thee verstrekking en een zitje. Eind van het jaar komen de pantry's gereed. De buitenkant van het gebouw is al eerder vernieuwd, ramen en kozijnen zijn vervangen en er zijn twee nieuwe liften. De etages zullen in 2005 verder worden aan-

³ De goedkeuring volgt in januari 2005.

gepakt op basis van de resultaten uit het project kantoorinnovatie. Het is de bedoeling om in dit bouwdeel voor alle ondersteunende en back-office-achtige activiteiten een adequate werkplek te creëren en flexplekken te introduceren.

Volgende projecten staan weer op stapel

Vernieuwen, verbouwen en renoveren zullen ook in 2005 aan orde van de dag zijn: de conferentiezaal wordt omgevormd tot een auditorium met diverse vaste audiovisuele voorzieningen, de OK en CSA worden onderhanden genomen, de liften en lifthallen van het centrale trappenhuis worden vernieuwd, voor personeel komt er een eigentijds restaurant en de kinderopvang krijgt een nieuw onderkomen op de begane grond. De capaciteit van de kinderopvang kan dan meteen worden uitgebreid.

DEEL 2

Governance

Verslag van de Raad van Toezicht

Inleiding

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

De Raad van Toezicht en de directie van het Diaconessenhuis komen gedurende het verslagjaar zesmaal bijeen om de algemene gang van zaken en het beleid te bespreken. De directie, de voorzitter en de vice-voorzitter van de Raad komen maandelijks bijeen om deze vergaderingen voor te bereiden.

Verantwoording en controle

NVZ Governance Code

De Raad van Toezicht bespreekt in twee vergaderingen de aanbevelingen uit de NVZ Governance Code, met name de gewenste openheid van zaken en het afleggen van verantwoording, hetgeen zijn weerslag vindt in een reglement van de Raad van Toezicht en een directiereglement. Een daarmee verband houdend voorstel tot een beperkte statutenwijziging zal in mei 2005 aan de ledenvergadering worden voorgelegd.

Het aantal leden van de Raad van Toezicht wordt vastgesteld op zeven. Het streven is om tijdens de ledenvergadering van 2005 de bestaande vacature te vervullen. Voor het eerst zal een kandidaat worden voorgedragen op basis van een open sollicitatieprocedure. Het informatieprotocol van de Raad van Toezicht, waarin de onderwerpen worden vastgelegd die per vergadering aan de orde moeten komen, wordt aangepast. Op iedere vergadering komt een specifiek thema aan de orde.

Verder worden naast het audit committee een remuneratiecommissie en een commissie geestelijke verzorging ingesteld. In verband met de vacature voor een lid van de Raad van Toezicht wordt een ad hoc selectiecommissie benoemd.

In november bespreekt de Raad van Toezicht de opzet en het functioneren van Raad van Toezicht en van de directie, buiten aanwezigheid van de directie. Daarnaast worden individuele functioneringsgesprekken gevoerd met de directieleden.

Audit committee

Het audit committee bespreekt met de directie regelmatig de financiële situatie. Onderwerp van gesprek zijn ondermeer de financiële gang van

zaken, het DBC-project in verband met de interne risicobeheersing- en controlesystemen, de kaderbrief van de directie en de rapportage door de accountant. In het audit committee wordt tevens gesproken over het functioneren van de externe accountant, waar in het kader van de gebruikelijke roulatie intern een wisseling heeft plaatsgevonden. Een ander onderwerp dat aandacht krijgt is de wijze van rapportage inzake de beloning van bestuurders en toezichthouders. De verscherpte regelgeving vanuit de overheid zal worden toegepast.

Commissie geestelijke verzorging

De Raad van Toezicht is betrokken bij de vervulling van de vacature naar aanleiding van het vertrek van een geestelijk verzorger. Per 1 september treedt de heer ds. M. de Leeuw in dienst.

Overig

Twee leden van de Raad van Toezicht wonen een overlegvergadering bij van de ondernemingsraad, waarin onder andere de begroting 2004 wordt besproken. Alle betrokkenen ervaren het bijwonen van deze vergadering als zinvol en nuttig. Ook wonen twee leden van de Raad van Toezicht het overleg bij tussen het bestuur van de medische staf en de directie, waarbij ondermeer het onderwerp managementparticipatie aan de orde komt.

Samenstelling van de Raad van Toezicht

Tijdens de ledenvergadering van 27 mei treedt de heer C. Zaal af. Hij was twaalf jaar lid van de Raad van Toezicht, waarvan tien jaar voorzitter. De Raad van Toezicht dankt hem voor zijn toekomstgerichte visie en zijn inzet gedurende de afgelopen jaren. De heer J.W. Hekkelman treedt af volgens het rooster van aftreden. Hij is wegens ernstige ziekte niet aanwezig op de vergadering. Helaas bereikt ons in augustus het droeve bericht dat de heer Hekkelman is overleden. Hij was sinds juni 1988 lid van de Raad van Toezicht.

Directiewijziging

Afscheid wordt genomen van de directeur bedrijfsvoering, de heer C.P. Leijte die per 1 juni gebruik maakt van de OBU-regeling. De heer Leijte wordt opgevolgd door de heer J.G. den Hollander.

Thema's

In 2004 is specifiek aandacht besteed aan:

■ Kwaliteit

Het ziekenhuis brengt een jaarverslag prestatie-indicatoren uit. Dit jaarverslag met de verantwoording van externe indicatoren wordt via de website van het ziekenhuis gepubliceerd. Een ander onderwerp van gesprek is de aanpak van de wachtlijstproblematiek. De uitstraling van het ziekenhuisom te blijven groeien is, in het kader

van de aanpak van wachtlijstproblematiek, erg belangrijk. Een aandachtspunt is de communicatie daarover.

■ *Nieuwbouw en uitbreiding poliklinieken*

Na lange tijd van voorbereiding wordt in november gestart met de nieuwbouw van de poliklinieken. De voortgang omtrent de goedkeuring van de renovatie verloopt traag. Na juridische procedures en de verschijning van het bouwinitiatief op de landelijke bouwprioriteitenlijst wordt in september 2004 een vergunningaanvraag voor de renovatie van de poliklinieken ingediend bij het College Bouw Ziekenhuizen. De renovatie moet namelijk aansluitend aan de nieuwbouw in een bouwstroom plaatsvinden. De afhandeling van vergunningsaanvraag van de renovatie verloopt voorspoedig⁴. De Raad van Toezicht is betrokken bij de voortgang van deze projecten.

■ *DBC-project*

Met ingang van 2005 kunnen ziekenhuizen over 10% van het ziekenhuisbudget DBC-afspraken maken, hetgeen neerkomt op 28 diagnosegroepen waarover de ziekenhuizen en zorgverzekeraars vrij kunnen onderhandelen. Per 1 oktober 2004 is de registratie van DBC's verplicht en per 1 januari 2005 zal de financiering op basis van DBC's worden ingevoerd. Dit betekent dat het ziekenhuis in oktober de prijslijsten gereed moet hebben en een onderhandelingsstrategie vastgesteld heeft. Marketing en verkoop worden belangrijke instrumenten voor het ziekenhuis, want wie bepaalt de toestroom van de patiënt en de concurrentie in de regio? De uit te zetten koers wordt besproken met de Raad van Toezicht.

■ *Automatisering en het elektronisch patiëntendossier*

Mede door de komst van DBC's zal het ziekenhuis steeds meer gaan werken met het elektronisch patiëntendossier (EPD). De toekomst van het EPD en de daarbij van belang zijnde privacyaspecten komen tijdens de vergaderingen aan de orde.

■ *HRM-beleid*

Het hoofd P&O geeft een uiteenzetting van het sociaal beleid. De vijf peilers voor het beleid van de komende jaren: mobiliteit & opleiding, arbo, verzuim en reïntegratie, effectief management, arbeidstijd management en modern belonen, worden gepresenteerd.

Jaarrekening

De jaarrekening over 2004 is onderzocht door BDO Accountants, wier goedkeurende verklaring aan de jaarstukken is toegevoegd. Het audit committee is betrokken bij het vooroverleg over de totstandkoming van de jaarrekening 2004 en neemt deel aan het overleg van de directie met de accountant. Tijdens een vergadering van de Raad brengt het

audit committee verslag uit van de bevindingen en geeft de directie nadere toelichting.

De Raad sluit zich aan bij het advies van het audit committee inzake het oordeel van de accountant en verzoekt de Algemene Vergadering de balans per 31 december 2004 en resultatenrekening per 31 december 2004 ongewijzigd goed te keuren en daarmee de directie en Raad van Toezicht te dechargeren voor respectievelijk het gevoerde beleid en het uitgevoerde toezicht.

Het beleid en de algemene gang van zaken

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

De Christelijke Vereniging

Een particulier lid, mw. Duiker-van Hasselt beëindigt het lidmaatschap van de Christelijke Vereniging.

Leiden, 6 april 2005

W. P. Moleveld,
voorzitter

J. Spierenburg,
secretaris

Taak van de Raad van Toezicht van het Diaconessenhuis

Volgens artikel 8 van de statuten van de Christelijke vereniging Het Diaconessenhuis heeft de Raad van Toezicht tot taak toezicht te houden op het beleid van de directie en op de algemene zaken van het ziekenhuis en brengt de Raad gevraagd of ongevraagd advies uit aan de directie. Tevens speelt, volgens de statuten, de Raad van Toezicht een rol bij het nemen van bepaalde besluiten. Bij besluiten over beleidsplannen, samenwerking, investeringen boven een bepaald bedrag, begrotingen, leningen en grote wijzigingen op het gebied van de arbeidsomstandigheden, is een voorafgaande goedkeuring van de Raad van Toezicht nodig.

4 De vergunning is afgegeven in januari 2005.

Rooster van aftreden

Naam	Jaar van aftreden c.q. herbenoeming								
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
De heer Van Veen		H				A			
De heer Moleveld	H				A				
De heer Van Wijk		H				A			
De heer Spierenburg			H				A		
Mevrouw Kalkman		H				A			
De heer Wiersma			H				A		
Vacature	B				H				A

A = Aftreden/mogelijke 2e herbenoeming

B = Benoeming

H = Herbenoeming

Samenstelling commissies

Audit commissie:

- De heer Moleveld
- De heer Spierenburg

Renumeratiecommissie:

- De heer Moleveld
- De heer Van Wijk

Commissie Geestelijke verzorging:

- De heer Van Wijk
- De heer Van Veen

Bijlagen

Personalia

Raad van Toezicht

Samenstelling Raad van Toezicht op 31 december 2004 en toetredingsdata:

Mw. mr. L.E. Kalkman-Bogerd, Leiden	30-05-2002
Prof. W.P. Moleveld, RA, voorzitter, Rijnsburg	15-05-1997
Dr. J. Spierenburg, secretaris, Oegstgeest	27-05-1999
Prof. drs. P. van Veen, Oegstgeest	21-05-1992
H.F. Wiersma, huisarts, Leiden	31-05-2003
Dr. H.B. van Wijk, vice-voorzitter, Leiderdorp	14-05-1998
C. Zaal, Oegstgeest, voorzitter (tot 26 mei 2004)	

Hoofd en nevenfuncties leden van de Raad van Toezicht:

Naam	Hoofdfunctie	Nevenfuncties
Mw. mr. L.E. Kalkman-Bogerd	Wetenschappelijk docent/onderzoeker LUMC Leiden	<ul style="list-style-type: none">■ Voorzitter klachtencommissie Florence (organisatie voor thuiszorg, verzorgingshuiszorg en verpleeghuiszorg in Den Haag, Leidschendam-Voorburg, Rijswijk, Voorschoten en Wassenaar).■ Lid Commissie van Toezicht kankerregistratie Integraal Kankercentrum West (IKW) te Leiden.■ Redacteur losbladige uitgave Ethiek en Recht in de Gezondheidszorg (Bohn Stafleu Van Loghum). Redacteur Tekst & Commentaar uitgave Gezondheidsrecht (Kluwer).
Prof. W.P. Moleveld, RA	Hoogleraar Accountancy Universiteit Nyenrode	<ul style="list-style-type: none">■ Lid bestuur en arbiter Nederlands Arbitrage Instituut.■ Lid bestuur Stichting Administratiekantoor aandelen N.V. Holdingmaatschappij De Telegraaf.■ Lid bestuur stichtingen, die houders zijn van B-aandelen Newomij.■ Lid Raad van Advies Mazars Paardekooper Hoffman, accountants en adviseurs.
Dr. J. Spierenburg		<ul style="list-style-type: none">■ Bestuurslid Wijnaendts Francken/ Boekee Steunfonds.■ Voorzitter Stichting Steunfonds Gereformeerde Kerk van Oegstgeest.■ Voorzitter commissie Kerkbalans Verenigde Protestantse Gemeente van Oegstgeest.■ Consulent-specialist van de Stichting Ondernemersklankbord (adviezen aan het midden- en kleinbedrijf op het gebied van industriële eigendom).■ Freelance vertaler van voor Nederland verleende Europese octrooien.■ Incidentele adviezen / werkzaamheden voor vroegere werkgever (Shell International B.V).
Prof. drs. P. van Veen		<ul style="list-style-type: none">■ Bestuurslid Wijnaendts Francken/ Boekee Steunfonds.■ Voorzitter Commissie van Beheer en Administratie van de Nederlands Gereformeerde Kerk Oegstgeest e.o.■ Voorzitter van de Stichting voor buitenlandse studenten Erasmus Universiteit Rotterdam.■ Bestuurslid van het Roelant Oltmans fonds, fonds ter stimulering van de jeugdsport in Oegstgeest.
H.F. Wiersma, huisarts	Huisarts	<ul style="list-style-type: none">■ Voorzitter huisartsengroep
Dr. H.B. van Wijk		<ul style="list-style-type: none">■ Lid bestuur Wijnaendts Francken/ Boekee Steunfonds.■ Voorzitter Raad van Toezicht KNCV Tuberculosefonds.■ Voorzitter Stichting Samenwerking Oncologie Haaglanden (SOHA).■ Lid bestuur Stichting Mondiale tuberculosebestrijding.■ Voorzitter Stichting Thuiszorg Van Gool (Heemstede).

Directie

Samenstelling:

Drs. A.J. Lamping	directeur patiëntenzorg
Drs. C.P. Leijte	directeur bedrijfsvoering (tot mei 2004)
Drs. J.G. den Hollander	directeur bedrijfsvoering (vanaf mei 2004)
Mw. drs. S.A.T. Rutten	directiesecretaris/hoofd stafbureau directie

Nevenfuncties directie:

Drs. A.J. Lamping:

- Voorzitter bestuur Gezondheidscentrum Wantveld (Noordwijk)

Drs. J.G. Den Hollander:

- Penningmeester van de Stichting Koppeling (landelijke stichting die met subsidie van VWS uitvoering geeft aan de financiering van zorgverlening aan illegalen)
- Lid van de Raad van Toezicht van de Stichting Rotterdams Indicatie-orgaan;
- Lid van de gemeenteraad Sassenheim.

Managementteam

Mw. drs. I.M. Bochart	hoofd P&O
Mw. H.C. Diallo-Koopman	hoofd Paramedische dienst
Mw. M. Draak	hoofd Administratieve dienst
Drs. J.G. den Hollander	directeur bedrijfsvoering (m.i.v. mei 2004)
Drs. A.J. Lamping	directeur patiëntenzorg
Drs. C.P. Leijte	directeur bedrijfsvoering (tot mei 2004)
Mw. M.L. Scholtens	hoofd Kliniek
J. Prenger	hoofd Facilitaire dienst
Mw. drs. S.A.T. Rutten	directiesecretaris/hoofd stafbureau directie
Dr. C.J. Brenkman	voorzitter medische staf

Ondernemingsraad

Mw. I.A.W. Beijk	medewerker poli oogheekunde
Mw. A. Bloem	verpleegkundige 4B
Mw. J. van Gorkum	verpleegkundige 2A
Mw. M.C. Harberink	verpleegkundige verpleegafdeling 2B
Mw. R. Hoogeveen	verpleegkundige 4B
S.E.S. van der Hoorn	fysiotherapeut
Mw. A. van Iterson	afdelingssecretaresse 4B
Mw. S. Kirtorun	dokterassistente poli gynaecologie
Mw. G.J. Lijbers	medewerker receptie-en telefoondienst
J. Mohan	verpleegkundige 2B
Mw. J. de Tombe	medewerker huishouding
Mw. M.M.J. Vervoort	secretaresse 4B
Mw. A.W. Zondervan, voorzitter	teamleider opnameplanning

De ambtelijk secretaris van de ondernemingsraad was mevrouw W.C.M. van Bente.

Cliëntenberaad

Dhr.M. Binnendijk	PCOB Oegstgeest
Dhr. P. Baak	KBO Alphen aan den Rijn
Mw. J. Voys	Reuma Patiëntenvereniging Katwijk
Mw. M. van der Heeden	Borstkanker Vereniging Nederland
Mw. Pelupessy	ANBO Leiden
Dhr. G. van der Meiden	PCOB Noordwijk
Mw. M. Duivenvoorde	Reuma Patiëntenvereniging Katwijk
Dhr. G. Stemmer	MS Vereniging Nederland, afdeling Zuid-Holland Noord
Dhr. J. Schoot	ANBO Voorschoten
Dhr. Willemse	ANBO Lisse
Mw. W.J. Meijer	PCOB Leiderdorp
Dhr. F. Winkel	Regionaal Netwerk Ouderenbonden Zuid-Holland Noord

Mw. J. Sol-Kuneman	Astmafonds
Dhr. P.J. van Dongen	RPCP, voorzitter
Mw. I. van Trigt	RPCP
Mw. I. Clocquet	St. Voedselallergie
Dhr. D. van Roijen	OGL
Dhr. Van Zwieten	PCOB
	Alzheimer Nederland afd. ZHN
Dhr. C. Verdel	PCOB afd. Alphen aan den Rijn
Dhr. J. Hulsbos	MS Vereniging Nederland afd. ZHN

Klachtencommissie

Mw. mr.dr.s. S. Slabbers, voorzitter
Mw. drs. D.A. Mosterd-Soeters, op voordracht van het Regionaal Patiënten Consumenten Platform
B.J. Hornstra, medisch specialist
G.F.C. Valk, medewerker Diaconessenhuis
Plaatsvervangende leden:
Mr. drs. R.G.E. Lutmers (voorzitter)
Mw. mr. E.M. Weening, op voordracht van het Regionaal Patiënten Consumenten Platform
Dr. F.W.A. Otten, medisch specialist
Mw. E.K. Reijngoudt, medewerker Diaconessenhuis
Mw. drs. H.M. Hartevelt is secretaris van de commissie.

Bestuur medische staf

H.J. Arendsen
Dr. C.J. Brenkman, voorzitter
Dr. C.H.M. Clemens
Dr. R. Vree, penningmeester
P.M. ter Riet, secretaris

Medische staf

De medische staf was in en rondom 2004 als volgt samengesteld:

Anesthesiologie

H.H. Dilrosun
Dr. R.H.W.M. van den Hoogen
C. de Lind van Wijngaarden
P.M. ter Riet
S.F. ter Riet

Cardiologie

I. Padmos
Dr. A.A. de Rotte
Dr. T.J.J. Römer
Dr. F.P. van Rugge

Chirurgie

B.J. Hornstra
H. Stigter
Dr. R.M. Tjeenk
Dr. R. Vree
Dr. J.A. Zonneville

Dermatologie

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

Geestelijke verzorging

Dr. A.C. Kooijman
Ds. M. de Leeuw (m.i.v. 1 oktober 2004)

Gynaecologie en verloskunde

F.J.A. Copray
Mw. J.V.S. van der Does
J.C.M. Spiekerman
F. Vork
Mw. dr. E.E. van Woerden

Interne geneeskunde

Ir. H.C. Ablj
Dr. C.H.M. Clemens
Dr. L.F.S.J. Crobach, maag-darm-leverarts
Dr. E.V. Planken
Dr. H. van Slooten
Mw. A.M.C. Witte, maag-darm-leverarts

Kindergeneeskunde

Mw. dr. A.C. Engelberts
D.A.J.P. Haring
P.H.M. Ooijevaar
Mw. M.E. Poorter

Keel- neus- en oorheelkunde

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

Klinische chemie

C. Beijer
Dr. R.W.L.M. Niessen
Dr. G.L.A. Reijnierse

Klinische farmacie

Mw.drs. A.C. Ledeboer
Ir. G. Wassink
Mw. C.H.J. Zondag

Longziekten

H.C.J. van Klink
Mw. P. Kwakye-Marton

Medische microbiologie

Dr. H.A. Bijlmer
Mw. dr. E.M. Ter Meer-Veringa

Medische psychologie

Mw. drs. M.W. Pleket
Mw. dr. A.M. Stradmeijer
Mw. dr. M.W. Zoetewij

Neurochirurgie

P.J. Schutte
Prof. dr. R.T.W.M. Thomeer

Neurologie

P.E. Briët
Dr. J.L.A. Eekhof
Dr. J. van Rossum

Oogheelkunde

W. van den Berg
Mw. C.M.E. Dobbe
Dr. P.J. Kruit
Mw. H.M. van Nouhuys
Mw. Th. P. Odenthal

Orthopaedische chirurgie

J.B. Mullers
Dr. H.M. Schüller

Ouderengeneeskunde

G. Willemsen

Pathologische anatomie

Dr. F. Graadt van Roggen
M.C.B. Gorsira

Radiodiagnostiek

T.J.A. Bernt
Mw. M. Feenstra- Holtkamp
W.J. Mees
P.J. Roscam Abbing

Urologie

H.J. Arendsen
M.T. de Goeij

Buitengewoon staflid

R. van der Hoeve
(verpleeghuisarts)

Consulenten

Prof.dr. E.M. Noordijk
(radiotherapie)
Dr. S. Krol (radiotherapie)
Mw. dr. S. Osanto (klinisch oncologie)
Drs. J.G.F. Tabeling (psychiatrie)
Prof.dr. A.H.M. Taminiau
(orthopaedische chirurgie)
Prof.dr. K. Welvaart
(chirurgie/oncologie)
Prof.dr. R. Willemze
(haematologie)

Leden van de Christelijke Vereniging Het Diaconessenhuis te Leiden

per 31 december 2004:

Particuliere leden

Mr. C.H. van Alderwegen	Leiden
B. de Beer, huisarts	Noordwijk
Dr. M.B. Blom	Den Haag
D. Braggaar	Leiden
W. de Bruijne, arts	Leiden
Mw. A.C.W. Duiker-van Hasselt	Katwijk
C.J. de Graaf	Leiderdorp
C. Guyt	Katwijk
J.W. Heringa	Leiden
J.C. van Houweninge-Graftdijk	Oegstgeest
M. de Jong, radioloog	Oegstgeest
Mw.mr. L.E. Kalkman-Bogerd	Leiden
R. Kamerling, arts	Oegstgeest
Mw. mr. H.M. Karstens-van Halsema	Leiden
J. Baron van Knobelsdorff	Lemele
Mw. A.C. Kool-Nahuys	Oegstgeest
Mr. P. Lever	Leiden
J.C.J. Lodder, huisarts	Katwijk
Mw. Masurel	Leiden
Prof. W.P. Moleveld RA	Rijnsburg
Dr. D.P. den Os	Leiden
J. Ouwehand	Katwijk
C.T.F. Perdok	Katwijk
P.M. Plug	Katwijk
Prof. dr. G.H.M. Posthumus Meyjes	Oegstgeest
Mw. M.J.D. de Rooy-Bakker	Leiden
J. van Rijn	Katwijk
Mw. G.E. Schimmel-Dirkse	Noordwijk
Dr. J. Spierenburg	Oegstgeest
Prof. drs. P. van Veen	Oegstgeest
Ir. A.N. Verveen	Leiden
H. Wiersma, huisarts	Leiden
Dr. H.B. van Wijk	Leiderdorp
D. Wijnands	Katwijk
A. IJzerman	Aardenburg
C. Zaal	Oegstgeest
W. Zwaan	Katwijk

Kerkgenootschappen

Kerkeraad Hervormde Gemeente Aarlanderveen	Aarlanderveen
Diaconie Hervormde Gemeente Alphen a/d Rijn	Alphen a/d Rijn
Diaconie Ned. Herv. Gemeente Zwammerdam	Alphen a/d Rijn
Diaconie Hervormde Gemeente Hazerswoude	Hazerswoude
Diaconie Ned.Herv.Gem. Hoogmade-Rijpwetering	Hoogmade
Diaconie Gereformeerde Kerk Katwijk aan Zee	Katwijk
Diaconie Ned. Herv. Gem. Katwijk a/d Rijn	Katwijk
Diaconaal Centrum De Bakkerij	Leiden
Diaconie Evangelisch-Lutherse Gemeente Leiden	Leiden
Doopsgezinde-Remonstrantse Gemeente Leiden	Leiden
Kerkgenootschappen Herv.Gem.Gerf. Kerk	Leiden
Diaconie Chr. Geref. Kerk Leiden	Leiden
Diaconie der Herv. Geref. Kerkengemeenschap	Leiderdorp
Diaconie van de Hervormde Gemeente Lisse	Lisse
Diaconie Gereformeerde Gemeente Lisse	Lisse
Diaconie Hervormde Gemeente Noordwijk	Noordwijk

Diaconie Gereformeerde Kerk Noordwijk en Hervormde Kerk Noordwijk	Noordwijk
Ned. Hervormde Gemeente	Noordwijkerhout
Nederlands Gereformeerde Kerk Oegstgeest	Oegstgeest
Christelijke Gereformeerde Kerk te Rijnsburg	Rijnsburg
Diaconie Hervormde Gemeente Rijnsburg	Rijnsburg
Protestantse Gemeente i.w. Oude en Nieuwe Weterin	Roelofarendveen
Diaconie Hervormde Gemeente Sassenheim	Sassenheim
Scriba Gereformeerde Kerk Valkenburg	Valkenburg ZH
Diaconie Hervormde Gemeente	Valkenburg ZH
Diaconie der Hervormde Gemeente Zevenhoven	Zevenhoven
Kerkeraad Hervormde Gemeente Zoeterwoude	Zoeterwoude

In memorarium

- Mevrouw H. de Leon-Clarke, diabetesverpleegkundige, overleed op 18 mei 2004. Zij was in dienst vanaf 1979.
- Op 20 juli 2004 overleed de heer C.M.P. op den Camp. Hij was IC-verpleegkundige vanaf 1 april 2001.
- Op 1 augustus 2004 overleed prof.dr. J.W. Hekkelman. Hij is van 1988 tot juni 2004 lid van de Raad van Toezicht geweest.
- De heer H. van Houten overleed op 28 november 2004. Hij was van 1979 tot 1997 tuinman van het ziekenhuis.
- Op 7 december 2004 overleed de heer H.F. Kuipers. Hij was hoofd civiele dienst van 1969 tot 1994.
- Op 25 oktober 2004 overleed mevrouw J.A. Hordijk-Lamme. Zij was verpleegkundige op de kinderafdeling vanaf 2002.

Colofon

Redactie: Stafbureau Directie

Fotografie: Judith Bender

Opmaak: Easy Print, Zoeterwoude Rijndijk

Diaconessenhuis Leiden

Houtlaan 55

2334 CK Leiden

www.diaconessenhuis.nl

telefoon 071 517 81 78

April 2005