

JAAAR- DOCUMENT 2015



Inhoudsopgave

Voorwoord Raad van Bestuur en Bestuur Bossche Specialisten Coöperatie	3
Voorwoord Raad van Toezicht	5
1. Uitgangspunten van de verslaggeving	7
Deel I Jaarverslag	
2. Profiel van de organisatie	10
2.1 Geschiedenis Jeroen Bosch Ziekenhuis	10
2.2 Algemene gegevens en kerngegevens	10
2.3 Organisatiestructuur	11
2.4 Besturingsmodel	12
2.5 Medezeggenschap	13
2.6 Aan het Jeroen Bosch Ziekenhuis gelieerde entiteiten	13
2.7 Kerngegevens	13
2.8 Werkgebied	16
2.9 De patiënt centraal	16
2.10 Partners in de zorg	17
3. Bestuur en toezicht	22
3.1 Raad van Bestuur	22
3.2 Raad van Toezicht	26
4. Meerjarenbeleid en strategie 2014	32
4.1 Missie en visie	32
4.2 Strategische doelstellingen 2014	32
4.3 Tactisch/operationele doelstellingen	36
5. Veiligheidsmanagementsysteem	48
5.1 Medisch Specialist Patiëntveiligheid (MSP)	48
5.2 Contact IGZ en Calamiteiten	49
5.3 Veilig Incidenten Melden	51
5.4 Klachten	55
6. Bedrijfsvoering	60
6.1 Plan- en controlcyclus	60
6.2 Verbetering bedrijfsvoering	61
6.3 Financiering	63
6.4 Financiële instrumenten	63
6.5 Risico's	64
6.6 Fraudebeleid	65

7. Personeelsbeleid	68
7.1 Personeelsbeleid	68
7.2 Sociaal plan en adviescommissie Sociale Begeleiding	68
7.3 Individuele Klachtenregeling medewerkers	68
7.4 Personeelsvoorziening en flexibel personeel	69
7.5 Verpleegkundig leiderschap	69
7.6 Ziekteverzuim	70
7.7 Arbeidsomstandigheden	70
7.8 Incidenten medewerkers	71
8. Onderwijs, opleiding en onderzoek	74
8.1 Jeroen Bosch Academie	74
8.2 Medisch Onderwijs	75
8.3 OOR-partners	76
8.4 Centrale Opleidingscommissie	76
8.5 MSRC-erkende vervolgoopleidingen, overige opleidingen en bèta-opleidingen	77
8.6 Beleidslijnen en resultaten 2014	77
8.7 Onderwijsactiviteiten	78
8.8 Visitaties en erkenningen	78
8.9 Coassistenten	79
8.10 Zorgonderwijs en bedrijfsopleidingen	79
8.11 Kwaliteitseisen en accreditatie	80
8.12 Wetenschap en innovatie	80
9. Medische Technologie en ICT	84
10. Milieu, energie en gebouwen	88
10.1 Milieu	88
10.2 Energie	89
10.3 Gebouwen	89
11. Financieel beleid	92
11.1 Behaalde omzet en resultaten	92
11.2 Financiële positie	94
12. Tolbrug Specialistische Revalidatie	98
12.1 Structuur van de organisatie	98
12.2 Beleid, inspanningen en prestaties 2014	100

Bijlagen

- A: Overzicht commissies
 Jaarverslagen: Cliëntenraad, Ondernemingsraad, Verpleegkundige Adviesraad, Vereniging Medische Staf en de Onafhankelijke Klachtencommissie.

Deel II Jaarrekening

Voorwoord Raad van Bestuur en Bossche Specialisten Coöperatie

Goede zorg aan onze patiënten verlenen: dat is de drive van alle medewerkers en medisch specialisten van het JBZ. Om die goede zorg te kunnen geven, zijn zaken nodig als toeganke-lijke dossiers, betrouwbare protocollen en duidelijke samenwerkingsafspraken: dat is nodig om te weten wat er voor de patiënt gedaan moet worden en hoe dit vervolgens wordt vastge-legend in het patiëntendossier. Om daarmee vervolgens te kijken of het ook goed is gebeurd. Om dit te bereiken lopen er twee JBZ brede verbeterprogramma's die met elkaar verweven zijn: Digitaal Werken en de JCI-accreditatie. Beide zijn onderdeel van onze zorginfrastructuur, beide hebben hetzelfde doel: het verbeteren van de kwaliteit en veiligheid van zorg. In 2015 is de ontwikkelkracht van het JBZ met name daarop gericht geweest. Met als doel een succes-volle go live van het nieuwe patiëntendossier in juni 2016 en het behalen van de JCI-accredi-tatie in december 2016. We hebben gezien dat met name bij de unithoofden de activiteiten samenkomen die hiervoor moeten worden verricht. Wij hebben veel respect voor de wijze waarop zij samen met hun medewerkers ervoor zorgen dat het JBZ én voortreffelijke zorg blijft verrichten voor onze patiënten én in de basis volledig toegerust wordt voor de verande-ringen die komen gaan.

De start per 1 januari 2015 van de Bossche Specialisten Coöperatie (BSC) luidde een nieuwe fase in in de bestuurlijke verhoudingen tussen Raad van Bestuur en Bestuur BSC. Zowel de vrijgevestigde als niet-vrijgevestigde medisch specialisten zijn nu gezamenlijk gesprekspartner van de Raad van Bestuur. Daardoor is het gesprek over kwaliteit en budget meer dan ooit aan één tafel gekomen, hetgeen een integrale benadering mogelijk maakt van strategische en kwaliteitsvraagstukken. Het Bestuur van de BSC (BBSC) heeft het eerste jaar hard gewerkt om de coöperatie daadwerkelijk vorm en inhoud te geven.

Terugkijkend kunnen we zeggen dat de bestaande goede bestuurlijke verhoudingen tussen Raad van Bestuur en de medische staf zijn gebleven. Die vormen nog steeds een prima basis.

Met de bestuurlijke wisseling van de wacht maakt het JBZ ook de stap naar de volgende ontwikkelingsfase van het ziekenhuis. Duidelijk is dat het zorglandschap ingrijpend verandert door zaken als personalized healthcare, shared decision making, nano-technologie en big data. Die ontwikkelingen gaan uiteraard ook het JBZ niet voorbij. We moeten constateren dat we voor welhaast de belangrijkste transitie staan van het Jeroen Bosch Ziekenhuis in zijn bestaan. Als Raad van Bestuur en Bestuur BSC pakken we gezamenlijk de handschoen op om aan deze transitie vorm te geven. Niet vanuit de ivoren toren, maar in dialoog met en met actieve inbreng van het hele ziekenhuis en onze externe stakeholders. Doel is op weg te gaan naar een innovatieve organisatie waarin de menselijke maat steeds centraal staat. Onze stip op de horizon: behoren tot de beste ziekenhuizen van Nederland. Maar wel met twee benen op de grond.

Innovaties zijn overigens niet iets van de toekomst: het afgelopen jaar hebben we een nieuwe operatierobot in gebruik genomen die – met behulp van het tweede console – ook voor opleidingsdoelen geschikt is. We zijn gestart met beveiligd e-mailen met de buitenwereld en hebben via Medicatiekamer 2.0 laten zien dat de toepassing van leanprincipes ook daar leiden tot minder verspilling van medicijnen en een hogere gebruiksvriendelijkheid voor de medewerkers.

Maar er natuurlijk in de eerste plaats erop gericht zijn tegemoet te komen aan de wensen en de behoeften van de patiënt, die in de toekomst nog meer dan nu "in the lead" zal zijn als het gaat om zijn of haar eigen zorgproces. Aandacht voor wat zij willen is daarom cruciaal om succesvol te kunnen zijn: om voortreffelijke zorg te kunnen bieden in een veilige, open en gastvrije omgeving. De nieuwe slogan van het JBZ "Aandacht maakt 't beter" geeft precies weer waar het in het Jeroen Bosch Ziekenhuis om gaat. Om oprechte aandacht voor patiënten, voor elkaar en voor het dagelijks werk. Om medewerkers en medisch specialisten die hoofd én hart laten spreken. Niet omdat het hen is opgedragen maar omdat het bij hen past.

Iedereen die er het afgelopen jaar op welke manier dan ook aan heeft bijgedragen om onze patiënten de aandacht en zorg te geven die zij verdienen, willen wij van harte bedanken voor hun inzet en betrokkenheid.

Piet-Hein Buiting

Voorzitter Raad van Bestuur

Mike Korst

Voorzitter Bossche Specialisten Coöperatie

Voorwoord Raad van Toezicht

De Raad van Toezicht stond in 2015 met een complete bestuurswisseling voor een grote uitdaging: zowel Willy Spaan als Peter Langenbach maakten een volgende stap in hun carrière. Na het vertrek van Willy Spaan zorgde Reinout van Schilfgaarde voor continuïteit in de portefeuille kwaliteit van zorg en opleidingen/ wetenschappelijk onderzoek. Na een uitgebreid selectietraject konden we per 1 september 2015 Piet-Hein Buiting verwelkomen als nieuwe bestuursvoorzitter. Marcel Visser trad per 1 december aan. Met een Raad van Bestuur in volledig nieuwe samenstelling kunnen we dus met nieuw elan de toekomst in.

De basis van waaruit we deze ontwikkeling ingaan is goed: het ziekenhuis 'staat', kent een hoge patiënt- en medewerkertevredenheid en bevindt zich in een financieel gezonde positie. Het JBZ kenmerkt zich ook door goede interne verhoudingen: het eerste jaar van het bestaan van de Bossche Specialisten Coöperatie heeft uitgewezen dat de constructieve verhouding, die er voorheen was met de Vereniging Medische Staf en de Stafmaatschap, gecontinueerd is. Weliswaar vanuit een juridisch andere positie, maar met name op het gebied van kwaliteit van zorg heeft het bestuur van de BSC laten zien dat ze haar verantwoordelijkheid neemt. En gebleken is dat het feit dat de Raad van Bestuur bij de medische staf nog maar één partner heeft voor strategische kwesties, van grote meerwaarde is in de slagkracht van het ziekenhuis. Een belangrijke voorwaarde om de noodzakelijke transitie naar de toekomst te maken.

De samenwerking met de overige interne adviesorganen: Ondernemingsraad, Verpleegkundig Adviesraad en Cliëntenraad, is van goede kwaliteit en hebben wij ook als Raad van Toezicht als zeer prettig ervaren.

Er is veel om trots op te zijn in ons JBZ. Op de kwaliteit van onze zorg, op de vernieuwingskracht, op de geweldige inzet van onze medewerkers en aandacht voor onze patiënten. Waar we ook trots op kunnen zijn, en wat vaak wat minder belicht wordt, is de impact van de wetenschappelijke publicaties door onze JBZ-mensen. Het JBZ scoort in aantal en in impact ruim boven het wereldgemiddelde.

Wetenschappelijke publicaties over de onderwerpen oncologie, chirurgie, algemene interne geneeskunde, radiologie, microbiologie, urologie en nefrologie, gastrologie en hepatologie, reumatologie, virologie, luchtwegen en voortplantingsbiologie zijn in het afgelopen jaar van groot belang geweest voor de verdere ontwikkeling van de medische zorg.

'Keep up the good appearance!' Met dit gezegde willen wij primair de waardering uitspreken voor iedereen die aan deze goede resultaten heeft bijgedragen. Maar wij willen eenieder die zich aan het JBZ verbonden weet ook oproepen om samen te werken aan de nieuwe koers die we met het JBZ ingaan. Als Raad van Toezicht hebben we er alle vertrouwen in dat we ook daarin succesvol gaan zijn!

Peter Beckers

Voorzitter Raad van Toezicht

1. Uitgangspunten van de verslaggeving

Als maatschappelijke onderneming vindt het Jeroen Bosch Ziekenhuis (JBZ) het van belang om verantwoording af te leggen aan de samenleving over de wijze waarop het de cyclus van beleid, inspanningen, prestaties en bijstelling van beleid vormgeeft. Ook willen we transparant zijn over onze governance en wat we het afgelopen jaar hebben gedaan om onze kwaliteit van zorg naar een nóg hoger niveau te tillen. Dit doen we niet alleen via de verplichte jaarrekening en het DigiMV, maar ook via dit jaarverslag.

Het jaarverslag voldoet aan de eisen van de Richtlijn 655 inzake de Jaarverslaglegging Zorginstellingen en vervangt het bestuursverslag bij de jaarrekening. Uiteraard is de jaarrekening gecontroleerd door de accountant. Het oordeel van de accountant is weergegeven in de bijgevoegde controleverklaring.

Dit jaarverslag wordt samen met de jaarrekening gepubliceerd op de website www.jaarverslagenzorg.nl en op de eigen website www.jeroenboschziekenhuis.nl.

In dit jaarverslag gaat het over de rechtspersoon Stichting Jeroen Bosch Ziekenhuis. Revalidatiecentrum Tolbrug hoort bij het ziekenhuis. Daarom wordt over de financiële resultaten van Tolbrug verantwoording afgelegd in de jaarrekening van het ziekenhuis. Het inhoudelijk gevoerde beleid en de behaalde prestaties van Revalidatiecentrum Tolbrug worden afzonderlijk vermeld in dit jaarverslag. Hiermee wordt recht gedaan aan de eigen positie die het revalidatiecentrum inneemt in het zorgveld.

Hoewel de Stichting Jeroen Bosch Ziekenhuis meerdere buitenpoliklinieken heeft is de administratie ingericht als ware de Stichting Jeroen Bosch Ziekenhuis één locatie is. De aan de Stichting Jeroen Bosch Ziekenhuis gelieerde rechtspersonen worden in het jaardocument vermeld. Het betreft rechtspersonen waarin het Jeroen Bosch Ziekenhuis in meer of mindere mate een deelbelang heeft.

Dit jaarverslag is een aanvulling op hetgeen in DigiMV is opgenomen. Waar van toepassing wordt daarnaar verwezen.



Deel I. Jaarverslag

2. Profiel van de organisatie

2.1. Geschiedenis Jeroen Bosch Ziekenhuis

Al in de dertiende eeuw verleenden de gasthuiszusters van het Groot Gasthuis in het hart van 's-Hertogenbosch gastvrijheid aan zieken en invaliden. Ook bejaarden, zwervers en bedevaartgangers voelden zich geborgen. Ze kregen allemaal een bed, goed te eten en een liefdevolle verzorging.

Inmiddels is het Jeroen Bosch Ziekenhuis uitgegroeid tot een groot algemeen, topklinisch opleidingsziekenhuis waar patiënten verantwoorde hoogwaardige zorg ontvangen, waar medisch specialisten voor 22 specialisaties worden opgeleid en wetenschappelijk onderzoek wordt verricht langs drie beleidslijnen. Kortom, een medisch centrum in het hart van Brabant voor uiteenlopende doelgroepen met diverse zorgvoorzieningen én waarbinnen de van oorsprong zo vertrouwde Bossche gastvrijheid is gebleven.

2.2. Algemene gegevens Jeroen Bosch Ziekenhuis

Algemene identificatiegegevens

Stichting Jeroen Bosch Ziekenhuis
Postbus 90153, 5300 ME 's-Hertogenbosch
(073) 553 20 00
Nummer Kamer van Koophandel: 41084046
AGB-code 06011034
Registratienummer NZa: 102214
www.jeroenboschziekenhuis.nl



Huisvestingslocaties 2014		Bijzonderheden
Jeroen Bosch Ziekenhuis	Henri Dunantstraat 1 5223 GZ 's-Hertogenbosch	Hoofdlocatie met klinische, poliklinische, dagbehandelings- en diagnostische faciliteiten. Tevens bestuurscentrum.
Revalidatiecentrum Tolbrug	Henri Dunantstraat 7 5223 GZ 's-Hertogenbosch	Klinisch en poliklinisch revalidatiecentrum
Liduina	Liduinahof 35 5281 AD Boxtel	Poliklinische en diagnostische faciliteiten en geplande dagbehandeling
Bommels Gasthuis	Kerkstraat 2 5301 EH Zaltbommel Gamersestraat 32a 5301 AS Zaltbommel	Poliklinische faciliteiten
Nieuwkuijk	Middelweg 2B 5253 CA Nieuwkuijk	Diagnostische faciliteiten
Sport Medisch Centrum	Marathonloop 9 5235 AA 's-Hertogenbosch	Sportmedische keuringen en advies
Rosmalen	De Hoef 90 5242CN Rosmalen	Poliklinische en diagnostische faciliteiten

2.3 Organisatiestructuur Jeroen Bosch Ziekenhuis

De Stichting Jeroen Bosch Ziekenhuis wordt bestuurd door een Raad van Bestuur, die eindverantwoordelijk is voor het strategisch beleid, de kwaliteit van de zorg en de behaalde resultaten. De Raad van Bestuur legt hierover verantwoording af aan de Raad van Toezicht. Die kent een vertegenwoordiging van onafhankelijke leden en vertegenwoordigt verschillende disciplines.

De medisch-specialistische zorg van het Jeroen Bosch Ziekenhuis wordt sinds 1 januari 2015 uitgevoerd door de Bossche Specialisten Coöperatie (BSC). De Collectieve Toelatings- en Samenwerkingsovereenkomst (CTSO) tussen de Raad van Bestuur en de BSC beschrijft de rechtsverhouding tussen beide. De CTSO vervangt de toelatingsovereenkomst met de individuele vrijgevestigde medisch specialisten.

De BSC is de rechtsoptvolger van de Vereniging Medische Staf en de Stafmaatschap (VMS) en is een strategische partner voor de Raad van Bestuur op het gebied van strategie en kwaliteit van zorg. Het unieke van de JBZ-constructie is dat alle medisch specialisten, ook degenen die niet vrijgevestigd zijn, deel uitmaken van de BSC.

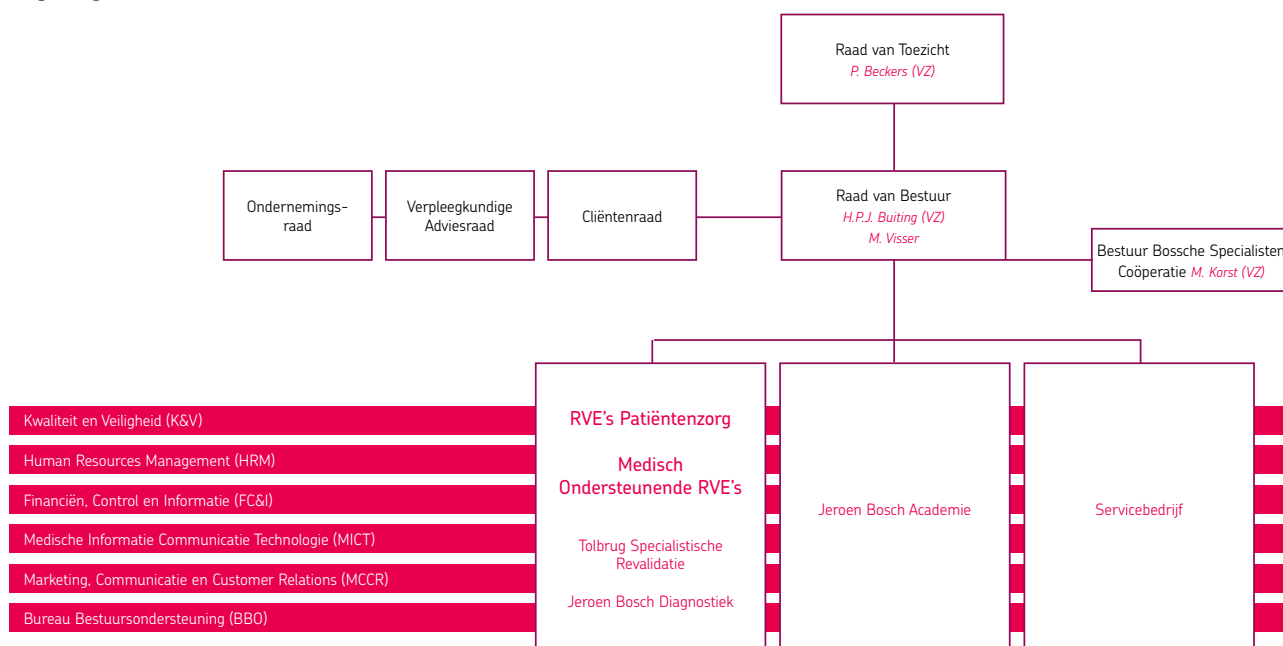
In alle afspraken die in de CTSO zijn opgenomen, staat gelijkgerichtheid en samenwerking tussen het ziekenhuis en de BSC – en de samenwerking tussen de artsen onderling – voorop. Samen richten zij zich op de verbetering van de kwaliteit en veiligheid.

In de CTSO is opgenomen dat er sprake is van exclusiviteit. Het JBZ en de BSC werken alleen voor elkaar. Ook is vastgelegd dat de BSC verantwoordelijk is voor het wervings- en selectiebeleid van nieuwe medisch specialisten en dus voor de kwaliteit van zorg geleverd door medisch specialisten. Uiteraard is daarbij wel sprake van een goede afstemming met de Raad van Bestuur; die blijft immers eindverantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg.

De financiële verplichtingen van het ziekenhuis en de BSC zijn vastgelegd in de honorariumomzetafspraak.

Afgesproken is om aan het eind van 2016 de CTSO te evalueren en te kijken of deze op punten moet worden aangepast. Op dat moment hebben de Raad van Bestuur en de BSC twee jaar ervaring met de nieuwe manier van werken, die – voor zover het zich nu laat aanzien – een voortzetting is van de goede samenwerking die er voorheen was tussen de Raad van Bestuur en het bestuur van de VMS.

Organogram Jeroen Bosch Ziekenhuis



2.4. Besturingsmodel

RVE's

Om de patiënt nog meer centraal te stellen en de zorg vanuit het klantperspectief te kunnen organiseren, zijn een besturingsmodel en organisatie-inrichting gekozen die transparant zijn en korte lijnen in de aansturing kennen. Resultaat Verantwoordelijke Eenheden (RVE's) onder leiding van een duaal managementteam (medisch manager en manager bedrijfsvoering) sturen poort- en ondersteunende eenheden aan rondom een medisch specialisme. Het Jeroen Bosch Ziekenhuis kent 29 RVE's. Ook de Jeroen Bosch Academie is een RVE. De zeven managers bedrijfsvoering zijn verantwoordelijk voor meerdere RVE's. Elke manager bedrijfsvoering is daarnaast verantwoordelijk voor één of meerdere ziekenhuisbrede projecten en/of horizontale onderwerpen.

Het duale RVE-management is verantwoordelijk voor de dagelijkse beslissingen en de uitvoering van de strategie binnen de daarvoor aangereikte kaders en legt rechtstreeks verantwoording af aan de Raad van Bestuur. Ook het management van de stafafdelingen legt rechtstreeks verantwoording af aan de Raad van Bestuur.

Horizontaal organiseren

Naast de verticale lijnorganisatie is er sprake van horizontale afstemming en coördinatie via commissies betreffende organisatiebrede processen en thema's. In 2015 bleek de behoefte aanwezig om met name het horizontaal organiseren te versterken om zo de slagkracht van het JBZ te vergroten. Verheldering en aanscherping van horizontale verantwoordelijkheden vormen de basis voor deze versterking.

De Kwaliteits- en Veiligheidsraad monitort en toetst de resultaten van de kwaliteitsdeelcommissies van het JBZ, draagt zorg voor onderlinge afstemming tussen deze commissies en adviseert de Raad van Bestuur en het bestuur van de Bossche Specialisten Coöperatie (BSC) over overstijgende aspecten en thema's. Op basis van trends uit registraties, klachten, claims en calamiteiten, VIM-meldingen en dossier- en mortaliteitsonderzoek brengt de Kwaliteits- en Veiligheidsraad advies uit aan de Raad van Bestuur en het bestuur van de BSC. Deze vindt u in de bijlage.

Scheiding beleid en uitvoering

Eén van de uitgangspunten voor het besturingsmodel van het JBZ is de scheiding tussen beleid en uitvoering. In een aantal situaties bleek dit tot suboptimale resultaten te leiden. Vastgesteld is dat een scheiding in beleids-, advies- en controltaken binnen één organisatorische afdeling zinvol is, maar dat één geïntegreerd front office niet haalbaar is. De voorkeur gaat uit naar diverse front offices (MICT, Personeelservice, Facilitair) die goed met elkaar samenwerken.

Ook is vastgesteld dat de verdeling van taken binnen hetzelfde expertisegebied over een uitvoerende en een beleidsafdeling de integratie nodeloos ingewikkeld maakt. Daarom is besloten om af te zien van de voorgenomen ontvlechting in beleid en uitvoering van MICT en van de voorgenomen overstap van de administratie naar het Servicebedrijf. Daarvoor in de plaats worden de administratie en stafafdeling Management, Advies en Control (MAC) samengevoegd tot een stafafdeling Financiën, Control en Informatie (FC&I). Ook worden HR-adviseurs van de stafafdeling MAC en de afdeling Personeelservice (deel Servicebedrijf) samengevoegd in een stafafdeling Human Resource Management (HRM) met een eigen stafmanager.

2.5. Medezeggenschap

De Raad van Bestuur wordt bijgestaan door drie adviesorganen: de Ondernemingsraad (OR), de Verpleegkundige Advies Raad (VAR) en de Cliëntenraad (CR).

Het bestuur van de Bossche Specialisten Coöperatie (BSC) fungeert als een strategische partner van de Raad van Bestuur en adviseert met name op het gebied van kwaliteit van zorg; richtinggevend is hetgeen hierover is vastgelegd in het voormalige Document Medische Staf. De VAR adviseert op het gebied van verpleegkundige zaken; richtinggevend is het in 2010 vastgestelde visiedocument 'Visie op de verpleegkundige professional' Zie www.jbz.nl/inzetbaarheid

Daarnaast zijn de OR en CR adviesorganen die een wettelijke verankering hebben, te weten in de Wet op de Ondernemingsraden (WOR) en de Wet Medezeggenschap Cliënten in de Zorg (WMCZ). Beide raden adviseren de Raad van Bestuur gevraagd en ongevraagd over voorgenomen besluiten en over beleidsaangelegenheden.

De Cliëntenraad, OR en de VAR hebben een eigen publieksjaarverslag. Zie bijlage.

2.6 Aan het Jeroen Bosch Ziekenhuis gelieerde entiteiten

Ressortierend onder stichting Jeroen Bosch Ziekenhuis (verantwoording via in de jaarrekening Jeroen Bosch Ziekenhuis)	Stichtingen/organisaties waarin Jeroen Bosch Ziekenhuis gedeeltelijk participeert (verantwoording via eigen jaarverslag en jaarrekening)	Steunstichtingen Jeroen Bosch Ziekenhuis (verantwoording via eigen jaarverslag en jaarrekening)
Revalidatiecentrum Tolburg	Clean Care BV	Stichting Vrienden van Jeroen Bosch Ziekenhuis
	Stichting Onderwijs Ziekenhuis Geneeskunde	Stichting Vrienden van Kapel
	Vereniging Inkoop Alliantie Ziekenhuizen	Stichting Health2Business
	Stichting BernBosch	
Ressortierend onder stichting Jeroen Bosch Ziekenhuis (verantwoording via eigen jaarverslag en jaarrekening)	Stichting Samenwerkende ziekenhuizen Noordoost Brabant en Stichting Samen Zorgen (SSZ)	
Stichting Trombosedienst	Coöperatie ZANOB en ZANOB B.V.	
Sport Medisch Centrum	Rubigen BV	
Stichting SOZ	Stichting Godshuizen METC Brabant GZG CV CV Willemspoort	

2.7 Kerngegevens

Het Jeroen Bosch Ziekenhuis is het algemeen topklinisch opleidingsziekenhuis in 's-Hertogenbosch en omgeving en heeft een breed aanbod van medisch-specialistische zorg (diagnostiek, behandeling en nazorg) en daaraan gerelateerde verpleging en verzorging. Het Jeroen Bosch Ziekenhuis heeft een toelating als algemeen ziekenhuis en als revalidatiecentrum.

overzicht van de 25 in het Jeroen Bosch Ziekenhuis aanwezige medische specialismen		
Anesthesiologie	Klinische geriatrie	Pathologie
Cardiologie	Longgeneeskunde	Plastische chirurgie
Chirurgie	Medische microbiologie	Psychiatrie
Dermatologie	Neurologie	Radiologie
Interne geneeskunde	Neurochirurgie	Reumatologie
Intensieve geneeskunde	Nucleaire geneeskunde	Revalidatiegeneeskunde
Kaakchirurgie	Obstetrie en gynaecologie	Urologie
Keel-, neus- en oorheelkunde	Oogheelkunde	
Kindergeneeskunde	Orthopedie	

Daarnaast kent het Jeroen Bosch Ziekenhuis de specialismen Klinische Chemie, Hematologie, Medische Technologie, Medische Psychologie, Moleculaire Diagnostiek en Ziekenhuisfarmacie. Een bijzondere ziekenhuisfunctie is de Interventiecardiologie. Het Jeroen Bosch Ziekenhuis beschikt over een Intensive Care, level 3, en een Spoedeisende Hulp (SEH), level 2.

Volgens de kwalificatie van de Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen (STZ) kent het Jeroen Bosch Ziekenhuis vijf expertisecentra:

1. Kinderobesitas
2. Primaire afweerstoornissen
3. Multiple Sclerose
4. (robotondersteunde) Minimaal invasieve urologische chirurgie
5. Artrose van de duim

Beroepsverenigingen van medisch specialisten hebben voor een aantal ingrepen volumennormen opgesteld, vanuit de gedachte dat een bepaalde ervaring nodig is om een ingreep kwalitatief goed te kunnen uitvoeren. Het Jeroen Bosch Ziekenhuis voldoet bij de ingrepen in onderstaande tabel aan de normen.

Ingrepen die aan de volumennormen voldoen

- Mammacarcinoom
- Blaasverwijdering
- Carotisinterventies
- Pancreaticoduodenectomieën
- Leverresecties
- Colonresecties
- Rectumresecties
- Longresecties
- Aorta abdominalis (AAA)
- Radicale prostatectomie ingrepen
- PCI procedures
- Schildklieroperaties
- Inguinoscrotale operaties bij kinderen tussen 6 maanden en 2 jaar oud
- Testisoperaties
- Niercelcarcinoom

Hieronder staan twee tabellen met een aantal kerngegevens van het Jeroen Bosch Ziekenhuis over capaciteit, productie en personeel. De financiële bedrijfsgegevens staan in hoofdstuk 11.1.

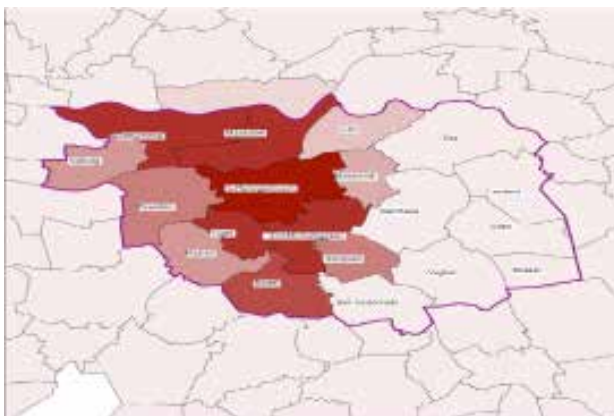
kerngegevens, exclusief Revalidatiecentrum Tolbrug	2015	2014	2013	2012
Capaciteit				
Aantal erkende bedden	1.120	1.120	1.120	1.120
Waarvan aantal bedden voor hartbewaking	12	12	14	14
Waarvan aantal bedden intensive care met beademingsmogelijkheid	16	16	16	16
Waarvan aantal bedden intensive care zonder beademingsmogelijkheid	0	0	0	0
Gemiddeld aantal beschikbare bedden	683	683	705	709
Gemiddeld bedbezettingspercentage	83,40%	85,20%	88,0%	91,3%
7 x 24 uurs afdeling spoedeisende hulp	Ja	Ja	Ja	Ja
Personeel				
Aantal personeelsleden in loondienst	3.577	3.617	3.729	3.894
Aantal fte personeelsleden in loondienst	2.883	2.688	2.778	2.775
Aantal medisch specialisten op 31 december	267	257	247	241
Aantal fte medisch specialisten op 31 december	288	223	205	216
Bedrijfsopbrengsten				
Totaal bedrijfsopbrengsten	397.599.000	342.150.000	329.035.000	308.453.149
Waarvan wettelijk budget aanvaardbare kosten	0	0	0	295.213
Waarvan niet gebudgetteerde zorgprestaties	6.419.000	5.638.000	4.494.000	4.790.697
Waarvan omzet A-segment	0	77.745.000	58.318.000	171.029.526
Waarvan omzet B-segment	357.360.000*	217.315.000	210.909.000	91.863.181
Waarvan overige bedrijfsopbrengsten	33.820.000	41.452.000	44.857.000	35.410.655
Productie				
Aantal geopende DBC's ¹⁾	600.135	417.868	427.284	440.928
Aantal geopende DBC's in				
- A-segment (tarieven Nza ²⁾)	311.947	133.004	138.948	162.512
- B-segment (vrije tarieven)	288.188	284.864	288.336	278.416
Aantal gesloten DBC's	507.608	338.797	342.328	302.255
Aantal gesloten DBC's in				
- A-segment (tarieven Nza)	170.447	36.561	46.020	92.272
- B-segment (vrije tarieven)	337.161	302.236	296.308	209.983
Aantal opnamen en dagverpleging	55.017	57.503	68.207	75.294
Aantal ontslagen patiënten	54.327	56.885	67.601	74.608
Aantal operatieve verrichtingen	42.354	42.963	41.823	46.101
Aantal klinische opnamen	31.419	31.642	30.928	38.612
Aantal klinische verpleegdagen	172.921	174.897	177.101	189.386
Aantal dagverplegingsdagen	23.598	25.861	37.279	36.682
Gemiddelde verpleegduur klinische opnamen	5,5	5,5	5,7	4,9
Gemiddelde verpleegduur per specialisme				
anesthesiologie	2,0	-	0,9	1,1
cardiologie	5,5	5,9	6,2	4,4
algemene chirurgie	5,6	5,6	6,2	5,4
dermatologie	5,0	-	2,8	6,8
gynaecologie, obstetrie	3,1	3,1	3,2	2,6
interne geneeskunde	7,0	7,0	8,0	6,2
kaakchirurgie	2,7	2,6	2,7	2,3
keel-, neus-, oorheelkunde	2,1	2,1	2,2	2,1
kindergeneeskunde	4,4	4,7	4,9	4,2
klinische geriatrie	11,2	10,7	11,6	12,2
longgeneeskunde	6,5	6,5	6,9	6,6
neurologie	6,4	6,3	6,8	7,3
oogheelkunde	3,0	2,6	2,7	2,5
orthopedie	5,0	4,7	4,7	4,7
plastische chirurgie	2,8	2,9	2,9	2,9
reumatologie	8,7	9,0	10,0	12,0
urologie	3,8	3,9	4,2	3,9
Gemiddeld percentage verkeerd-bed-patiënten	0,00%	0,04%	0,0%	0,5%
Aantal 1e polikliniekbezoeken	179.814	182.167	209.262	208.864
Aantal overige polikliniekbezoeken	305.688	338.773	326.144	334.486

¹⁾ Diagnose Behandel Combinatie

²⁾ Nederlandse Zorgautoriteit

2.8. Werkgebied Jeroen Bosch Ziekenhuis

Het verzorgingsgebied van het Jeroen Bosch Ziekenhuis omvat de regio 's-Hertogenbosch en de Bommelerwaard: van Boxtel tot Oss en van Zaltbommel tot Vlijmen. In deze regio wonen ongeveer 635.000 mensen. Zij kunnen een beroep doen op het Jeroen Bosch Ziekenhuis voor het volledige pakket aan basiszorg. Van buiten het verzorgingsgebied komen de patiënten voor de STZ-expertisecentra.



Met Ziekenhuis Bernhoven in Uden bestaat een samenwerkingsrelatie. Op bovenstaande kaart is met de paarse lijn het gehele verzorgingsgebied aangegeven. De donkergekleurde gebieden behoren direct tot het adherentiegebied van het Jeroen Bosch Ziekenhuis. In de lichtgekleurde delen worden de patiënten op een aantal vakgebieden in samenwerking met Bernhoven bediend. Sinds september 2013 bestaat er tevens een strategische netwerksamenwerking tussen het Jeroen Bosch Ziekenhuis en het Radboudumc in Nijmegen. Van oudsher zijn er al nauwe contacten: veel medisch specialisten van het JBZ zijn in Nijmegen opgeleid en er wordt veel gezamenlijk onderzoek verricht. Met de netwerksamenwerking willen het Radboudumc en het JBZ meer profiteren van elkaars kennis en kunde, hetgeen moet leiden tot kwalitatief betere en doelmatigere zorg. 'Van doorverwijzen naar doorbehandelen' is het uitgangspunt. Dat betekent dat patiënten nog vaker geholpen kunnen worden in het eigen ziekenhuis. Voorbeelden van samenwerking zijn het ontwikkelen van gezamenlijke zorgpaden, opleidingsactiviteiten, wetenschappelijk onderzoek, activiteiten op het gebied van kwaliteit en veiligheid alsmede het uitwisselen van artsen, onderzoekers en verpleegkundigen. Bij nieuwe initiatieven beschouwen het JBZ en het Radboudumc elkaar als voorkeurspartner.

2.9. De patiënt centraal

De belangrijkste direct belanghebbende van het Jeroen Bosch Ziekenhuis is natuurlijk de patiënt met zijn of haar omgeving. Het is een continue uitdaging om de zorg- en dienstverlening nóg beter te richten op de wensen en behoeften van de patiënt. Het Jeroen Bosch Ziekenhuis heeft patiëntgerichtheid en patiëntveiligheid hoog in het vaandel staan en toont dat met een gastvrije houding: open en toegankelijk. Omdat zorg niet eindigt bij de voordeur beschikt het ziekenhuis over het Transferpunt, dat voor, tijdens en na opname afspraken maakt met ketenpartners over de zorg buiten het ziekenhuis.

Met iedere patiënt die zorg ontvangt, gaan we een behandelovereenkomst aan. In de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) staan de rechten en plichten vermeld die bij deze overeenkomst horen, voor zowel patiënten als zorgverleners.

Op beleidsniveau is de Cliëntenraad een belangrijke schakel. De Cliëntenraad is betrokken bij de strategische besluitvorming over zaken die het belang van de patiënt raken. Binnen RVE's is er contact met op de ziekte of aandoening toegesneden patiëntenverenigingen. Patiëntenverenigingen spelen een belangrijke rol in de patiëntenvoorlichting.

Het Jeroen Bosch Ziekenhuis heeft voorts een goed werkende regeling voor klachtopvang en klachtbehandeling. Nadere informatie hierover vindt u in het jaarverslag van de Klachtencommissie.

2.10. Partners in zorg

Het Jeroen Bosch Ziekenhuis werkt continu aan verbetering van haar zorgverlening en doet dit in samenwerking met vele partners. Hieronder wordt kort aangegeven waar de samenwerking zich op richt en of deze is verankerd in een overeenkomst.

Samenwerkingspartner	Onderwerp	Overeenkomst Convenant
Zorginhoudelijk		
Radboudumc	Strategische netwerksamenwerking rondom zorg, opleidingen en onderzoek	ja
Centrum Ziekenhuispsychiatrie Reinier van Arkel Groep (RVA)	Consultatieve psychiatrie vanuit RVA (kinder- en jeugdpsychiatrie, geheugenproblematiek, niet aangeboren hersenletsel) en dienstverlening vanuit Jeroen Bosch Ziekenhuis facilitair bedrijf en Jeroen Bosch Diagnostiek	ja
Stichting Godshuizen	Afstemming tussen deelnemende instellingen voor gezondheidszorg, ouderenzorg en welzijnsorganisaties in regio 's-Hertogenbosch	ja
Kidz & Ko	Samenwerkingsverband ziekenhuizen regio Zuidoost Brabant op gebied van gezondheid van kinderen met diabetes (uitwisseling kennis en ervaring, gezamenlijke activiteiten en doorontwikkeling subspecialisaties).	Ja
DNA	Samenwerking met Antonius Ziekenhuis Nieuwegein en Rijnstate Arnhem op het gebied van pathologie.	Ja
Eerste lijn		
Huisartsen	Jaarlijkse ontmoetingsdagen gericht op persoonlijke kennismaking met huisartsen en medisch specialisten, periodiek een-twee-overleg gericht op gezamenlijke initiatieven om de zorg beter vorm te geven. Eén tot twee keer per jaar een bestuurlijk overleg met zorggroepen van huisartsen.	Nee
	Samenwerkingsafspraken over chronische zorg met zorggroepen en diverse specialismen.	Ja
HOV	Inrichting Huisartsenpost buiten kantooruren in JBZ	Ja
Apothekers, V&V T instellingen, diagnostische centra	Afstemming in beleid om gezamenlijk optimale zorg aan patiënten in de regio 's-Hertogenbosch te kunnen realiseren.	Ja (op deelaspecten)
Lareb	Samenwerking op het gebied van medicatieveiligheid in het ziekenhuis.	Ja
DvU	Samenwerking eerstelijnsdiagnostiek op deelgebieden	Ja

Samenwerkingspartner	Onderwerp	Overeenkomst Convenant
Verloskundigen	Periodieke afstemming tussen eerste- en tweedelijnsverloskundigen, verkenning van de mogelijkheden voor een geboortehotel, gecombineerde studie-/voorlichtingsdagen over de organisatie van verloskundige zorg binnen de regio. Met een aantal verloskundigen uit de regio is een overeenkomst gesloten in verband met verplaatste thuisbevallingen.	Nee Ja
Bedrijfsleven		
Health2Business (H2B)	In H2B ontmoeten bedrijven, medisch specialisten, zorgmanagers en kennisinstellingen elkaar om ervaring uit te wisselen en gezamenlijk vernieuwende oplossingen te bedenken voor medische problemen. Vanuit H2B worden innovatieve ziekenhuisprojecten gesponsord.	via lidmaatschap
Stichting Vrienden van het Jeroen Bosch Ziekenhuis	Het verwerven van fondsen waarmee extra voorzieningen in het ziekenhuis worden gerealiseerd die het verblijf van patiënten veraangemen.	Via bestuurslidmaatschap
Stichting Vrienden van de Kapel	Het verwerven van fondsen voor de realisatie, het onderhoud en de exploitatie van de kapel van het JBZ.	Via bestuurslidmaatschap
Onderwijs/opleiding/onderzoek		
Samenwerkende Topklinische Ziekenhuizen (25 opleidingsziekenhuizen)	Delen van kennis en ervaring op het gebied van medisch-specialistische opleidingen, toegepast wetenschappelijk onderzoek en zorginnovatie.	via lidmaatschap
Opleidings- en Onderwijsregio's (OOR) Oost Nederland en Utrecht	OOR richt zich op kennisontwikkeling rondom vaardigheidsleren en docentprofessionalisering. Ook worden zaken besproken zoals de bekostiging van specialisten in opleiding.	Ja
Stichting opleiding ziekenhuisgeneeskunde	Samen met drie andere ziekenhuizen een erkende profielopleiding ziekenhuisarts realiseren.	Ja
Koning Willem I college	Samenwerking gericht op het realiseren van stageplaatsen.	-
Avans Hogeschool	Samenwerking gericht op met name verpleegkundige opleidingen.	-
METC Brabant	Samen met Instituut Verbeeten, het Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis en de Universiteit van Tilburg heeft het JBZ de METC Brabant opgericht als onafhankelijke medisch-ethische toetsingscommissie. Onderzoekssituaties met patiënten (WMO) worden bij de METC Brabant getoetst.	Ja, via bestuurslidmaatschap
AgriFood Capital	Hierin komen vertegenwoordigers vanuit de overheid, het bedrijfsleven en kennisinstellingen samen op het gebied van voedingsinnovatie. Vertegenwoordiging vanuit de overheid vindt plaats door de Bestuurlijke Regie Groep (BRG) Noordoost-Brabant, waarin de gemeenten en waterschappen op basis van een convenant samenwerken.	Ja
Foodsquad	Het ontwikkelen en testen van nieuwe voeding en voedingsgerelateerde diensten die bijdragen aan een beter leven. Partners: HAS, Agrifood Capital, Hutten, Sligro, Rabobank, Medicinfo namens CZ, stichting Voeding Leeft en WUR.	Via lidmaatschap

Samenwerkingspartner	Onderwerp	Overeenkomst Convenant
Health Valley	Een netwerk van bedrijfsleven, overheid, universiteiten en gezondheidsinstellingen dat technologische innovaties in de gezondheidszorg stimuleert.	Via lidmaatschap
Bestuurlijk		
Nederlandse Vereniging Van Ziekenhuizen (NVZ)	De NVZ is de brancheorganisatie voor ziekenhuizen. Via de NVZ vindt collectieve behartiging van zorginhoudelijke, sociale en economische belangen van leden plaats.	via lidmaatschap
Ziekenhuis Bernhoven	Verbetering kwaliteit en continuïteit van zorg in de regio Noordoost-Brabant.	Ja
Ziekenhuisapothek Noordoo Brabant (ZANOB)	Samenwerkingsverband van ziekenhuizen en diverse zorginstellingen in Noordoost-Brabant op het gebied van farmaceutische dienstverlening (o.a. op het gebied van inkoop en bereiding).	Via lidmaatschap en aandeelhouder
Vereniging Inkoop Alliantie Ziekenhuizen (negen ziekenhuizen)	Realiseren inkoopvoordelen	Ja
Stichting Samenwerkende Ziekenhuizen regio Noordoost-Brabant	Samenwerking van ziekenhuizen in Noordoost-Brabant.	Via statuten
Overheidsorganisaties		
Gemeente 's-Hertogenbosch	Gesprekspartner van het JBZ voor ontwikkelingen/voorzieningen rondom de nieuwbouw, waaronder parkeervoorzieningen, grondruil/-verkoop en de ontwikkeling Willemspoortgebied, grenzend aan Jeroen Bosch Ziekenhuis.	nee
Toezichthouders		
Inspectie Gezondheidszorg	Reguliere bezoeken, overleg over prestatie-indicatoren naar aanleiding van meldingen en calamiteiten.	nee
Nederlandse Zorgautoriteit	Overleg over diverse bekostigingsvraagstukken	nee
Kapitaalverschaffers		
ABN Amro	Huisbankier	Ja
Waarborgfonds Zorgsector	Borgstellingsverklaring langlopende lening	Ja
Zorgverzekeraars		
Inkoopcombinaties: VGZ CZ Achmea Menzis Multizorg DSW/ Stad Holland	Het maken van afspraken per inkoopcombinatie over kwaliteitscriteria en -normen, zorgvolumes, tarieven en het zorgkostenplafond. Monitoren van de gemaakte afspraken en het bespreken van landelijke en lokale ontwikkelingen.	Ja

3

3. Bestuur en toezicht

3.1. Raad van Bestuur

Taak, samenstelling en portefeuillevverdeling

De Raad van Bestuur van het Jeroen Bosch Ziekenhuis bestond per 1 november 2014 uit twee personen (voorheen drie). Beiden verlieten het JBZ in 2015 voor een volgende stap in hun carrière. De voorzitter van de Raad van Bestuur, Prof. Dr. W.J.M. (Willy) Spaan, werd per 1 september 2015 opgevolgd door de heer H.P.J. (Piet-Hein) Buiting MA, MD, MHA. Drs. M.B.P.M. (Marcel) Visser volgde per 1 december 2015 drs. P.M. (Peter) Langenbach RC op. Na het vertrek van Willy Spaan trad Peter Langenbach tot 1 september op als waarnemend voorzitter Raad van Bestuur. Met het oog op de vereiste continuïteit werd in de periode 1 februari tot 1 september 2015 prof. dr. R. (Reinout) van Schilfgaarde toegevoegd als lid van de Raad van Bestuur met de portefeuille Kwaliteit en Veiligheid, Onderwijs en Onderzoek en Aansturing RVE's en stafafdelingen.

De Raad van Bestuur wordt ondersteund door mevrouw mr. I.W.F.D. (Irène) Verkuylen, secretaris Raad van Bestuur. Zij is tevens ambtelijk secretaris van de Raad van Toezicht.

samenstelling en portefeuillevverdeling raad van bestuur			
Naam	Bestuursfunctie	Portefeuille	Datum in dienst
Prof. Dr. W.J.M. Spaan	Voorzitter tot 25-03-2015	Voorzittersrol Kwaliteit en Veiligheid HRM-beleid Strategie en Beleid Onderwijs, opleiding, onderzoek en innovatie Communicatie Integraal risicomanagement Compliance Governance Aansturen van RVE's en stafafdelingen	01-01-2008 Uit dienst 01-05-2015
Drs. P.M. Langenbach RC	Lid	Finance en Control Organisatieontwikkeling EPD, zorglogistiek en capaciteitsmanagement MICT Facilitaire zaken inclusief Inkoop, LTHP en Vastgoed Zorgverkoop Marketing en Customer Relations inclusief Jeroen Bosch Diagnostiek Ketenpartners in de zorg (relatiebeheer eerste lijn) Aansturen van RVE's en stafafdelingen	01-09-2011 Uit dienst 01-12-2015

H.P.J. Buiting MA, MD, MHA	Voorzitter	Voorzittersrol Governance Strategie en Beleid Kwaliteit en Veiligheid Onderwijs, opleiding, onderzoek en innovatie Integraal risicomanagement Communicatie Compliance Ketenpartners in de zorg (relatiebeheer eerste lijn en VV&T sector) Marketing en Customer Relations Aansturen van RVE's en stafafdelingen	01-09-2015
Drs. M.B.P.M. Visser	Lid	Finance en Control Organisatieontwikkeling HRM-beleid EPD, zorglogistiek en capaciteitsmanagement MICT Facilitaire zaken inclusief Inkoop, LTHP en Vastgoed Zorgverkoop Aansturen van RVE's en stafafdelingen	01-12-2015

Werkwijze Raad van Bestuur

Conform het reglement vergadert de Raad van Bestuur wekelijks. In deze vergadering worden de (voorgenomen) bestuursbesluiten genomen, worden zowel strategische als tactische onderwerpen besproken en vindt er onderlinge afstemming plaats op portefeuilleoverstijgende zaken.

De Raad van Bestuur vergadert tweewekelijks met het bestuur van de Bossche Specialisten Coöperatie (BSC). Dat overleg wordt het Besturenberaad genoemd. In het Besturenberaad staan naast strategische onderwerpen met name kwaliteit, veiligheid en continuïteit van de patiëntenzorg op de agenda, alsmede personele zaken en vaste onderwerpen. De maandelijkse vergadering van de vakgroepvertegenwoordigers van de BSC wordt structureel door de Raad van Bestuur bijgewoond.

Overleg met externe accountant

De Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht vergaderen eenmaal per jaar met de externe accountant, voorafgaand aan het vaststellen en goedkeuren van de jaarrekening.

Nevenfuncties

Leden van de Raad van Bestuur hebben diverse externe bestuurlijke functies. Sommige nevenfuncties houden verband met het bestuurslidmaatschap van het Jeroen Bosch Ziekenhuis, of vloeien hieruit voort (in grijs weergegeven). Andere nevenfuncties staan hier los van.

relevante nevenfuncties van bestuursleden**Prof. dr. W.J.M Spaan, tot 1-5-2015**

Hoogleraar Medische Microbiologie Universiteit Leiden
Bestuurslid Stichting Contacten Bedrijfsleven Universiteit Leiden
Voorzitter NWO Commissie NACCAP (Nederlands-Afrikaans partnership voor Capaciteitsopbouw en Klinische Interventies tegen armoedegerelateerde ziekten)
Lid Raad van Toezicht Koning Willem I College
Lid Programmacommissie Kwaliteit van Zorg ZonMw
Voorzitter Commissie Veiligheid in de Zorg ZonMw
Lid Commissie Gezondheidszorgonderzoek ZonMw
Lid Bestuurscommissie Onderwijs en Opleiding STZ
Lid Bestuurscommissie Wetenschappelijk Onderzoek STZ
Lid Bestuursadviescommissie Onderwijs, Opleiding en Onderzoek NVZ
Vicevoorzitter Stichting Opleiding Ziekenhuisgeneeskunde
Voorzitter Stichting Ondersteuning Ziekenhuiszorg
Voorzitter Stichting Trombosedienst
Bestuurslid Sport Medisch Centrum
Voorzitter Stichting Samenwerkende Ziekenhuizen Noordoost-Brabant
Bestuurslid coöperatie ZANOB (Ziekenhuisapothek Noordost-Brabant)
Lid Regionaal Overleg Acute Zorg Brabant
Bestuurslid Stichting Vrienden van de Kapel
Bestuurslid Stichting Topklinische opleidingsZiekenhuizen
Bestuurslid Stichting Bernbosch
Bestuurslid Stichting Agrifood Capital

Drs. P.M. Langenbach RC, tot 1-12-2015

Lid Raad van Toezicht Bureau Jeugdzorg Noord-Brabant
Lid Raad van Toezicht Avans Hogeschool
Lid Raad van Toezicht Traverse (maatschappelijke opvang Tilburg)
Lid Raad van Advies Convention Bureau Brabant
Auditor NIAZ
Adjunct Professor TIAS
Lid NVZ Bestuursadviescommissie Besturing en Bekostiging
Bestuurslid Stichting Ondersteuning Ziekenhuiszorg
Bestuurslid Stichting Trombosedienst
Bestuurslid Sport Medisch Centrum
Bestuurslid Stichting Samenwerkende Ziekenhuizen Noordoost-Brabant
Bestuurslid Stichting Health 2 Business
Bestuurslid Stichting Godshuizen
Bestuurslid coöperatie ZANOB (Ziekenhuisapothek Noordost-Brabant)
Bestuurslid Stichting BAZIS
Bestuurslid Stichting Vrienden Jeroen Bosch Ziekenhuis
Bestuurslid Brabants-Zeeuwse Werkgeversvereniging 's-Hertogenbosch
Bestuurslid Stichting Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen
Bestuurslid Stichting Health Valley
Bestuurslid Stichting Vrienden van de Kapel

H.P.J. Buiting MA, MD, MHA, vanaf 1-9-2015
Programmaleider Management voor Medici, Academie voor Medisch Specialisten, Utrecht Programmaleider Stolte Advanced Programma voor bestuurders in de zorg, Tranzo, Tilburg University Lid raad van commissarissen Bussman Verhuur Groep Kerndocent Centrum voor Zorgbestuur (CvZ), Erasmus Universiteit Rotterdam (EUR) Vicevoorzitter Stichting Opleiding Ziekenhuisgeneeskunde Voorzitter Stichting Ondersteuning Ziekenhuiszorg Voorzitter Stichting Trombosedienst Bestuurslid Sport Medisch Centrum Voorzitter Stichting Samenwerkende Ziekenhuizen Noordoost-Brabant Bestuurslid Stichting Vrienden Jeroen Bosch Ziekenhuis Bestuurslid Stichting Vrienden van de Kapel Bestuurslid Health Valley
Drs. M.B.P.M. Visser , vanaf 1-12-2015
Lid Raad van Toezicht Stichting NEOS Lid Raad van Toezicht Careyn Bestuurslid Stichting Ondersteuning Ziekenhuiszorg Bestuurslid Stichting Trombosedienst Bestuurslid Bestuur Sport Medisch Centrum Bestuurslid Stichting Samenwerkende Ziekenhuizen Noordoost-Brabant Bestuurslid Stichting Health 2 Business Bestuurslid Stichting Godshuizen

Bij de toetsing of er sprake is van belangenverstremgeling geldt binnen het Jeroen Bosch Ziekenhuis het uitgangspunt dat de leden van de Raad van Bestuur zich toetsbaar opstellen ten aanzien van het eigen functioneren. Elke vorm en schijn van persoonlijke bevoordeling en/of belangenverstremgeling wordt vermeden.

Het individueel handelen is voor elkaar inzichtelijk en maakt collegiale toetsing goed mogelijk. Dit gebeurt tijdens collegiale overlegmomenten. Gedurende het verslagjaar is er geen handelswijze of praktijk geconstateerd die strijdig is met de geldende norm.

Ten aanzien van de vervulling van nevenfuncties (die niet verband houden met, of logisch voortvloeien uit de bestuursfunctie van het Jeroen Bosch Ziekenhuis) is vooraf toestemming vereist van de Raad van Toezicht. Sinds 1 januari 2013 is de Wet Bestuur en Toezicht leidend bij de toetsing betreffende het aantal nevenfuncties.

Met het oog op de gewenste transparantie in de declaraties van zorgbestuurders, en vooruitlopend op de wijziging van de Zorgbrede Governancecode op dit punt, volgt hieronder een overzicht van hetgeen aan de bestuurders van het JBZ in 2015 vergoed is:

	H.P.J. Buiting	M.B.P.M. Visser	P.M. Langenbach	R.van Schilfgaarde	W.J.M. Spaan	G.Gallé
Vaste en variabele vergoeding	€ 980,00	€ 245,00	€ 2.695,00	-	€ 980,00	
Binnenlandse en buitenlandse reiskosten	€ 7.650,00	€ 667,01	€ 24.488,66	€ 2.432,35	€ 9.562,90	€ 307,27
Opleidingskosten	€ 422,29	€ 400,00	€ 27.985,69	-	€ 7.520,90	-
Representatie- en overige kosten	-	-	€ 419,90	€ 11.802,35	€ 2.063,89	-
Totaal	€ 9.052,29	€ 1.312,01	€ 55.589,25	€ 14.234,70	€ 20.127,69	€ 307,27

3.2. Raad van Toezicht

Taak en reglement

De Raad van Toezicht heeft als taak om integraal toezicht te houden op het beleid van de Raad van Bestuur (toezichtrol). Ook staat de Raad van Toezicht de Raad van Bestuur zo nodig met raad terzijde (adviesrol). De Raad van Toezicht hanteert hierbij een passende terughoudendheid om te voorkomen dat de adviesrol conflicteert met de toezichtrol. Tevens houdt de Raad van Toezicht scherp in het oog niet op de stoel van de Raad van Bestuur te gaan zitten. Daarnaast vervult de Raad van Toezicht de werkgeversrol voor de bestuursleden. De taken en verantwoordelijkheden van de Raad van Toezicht zijn vastgelegd in het reglement van de Raad van Toezicht. Statuten en het huishoudelijk reglement zijn gepubliceerd op www.jeroenboschziekenhuis.nl.

Profiel en samenstelling

Als onderdeel van het reglement Raad van Toezicht is een generieke profielschets opgesteld rond aandachtsgebieden. De vijf aandachtsgebieden die door de leden Raad van Toezicht gezamenlijk worden gedekt, betreffen:

- Strategie en Beleid;
- Financieel/Economisch;
- Zorginhoudelijk/Kwaliteit en Veiligheid;
- Bestuurlijk en Juridisch;
- Sociaal Beleid, Maatschappelijke Omgeving, Cliënten en andere stakeholders.

Bij vacatures wordt bekeken welke aandachtsgebieden in de wervingstekst specifiek tot uitdrukking moeten komen, alsmede of een specifieke opleidings-/ervaringsachtergrond is gewenst/vereist. In het verslagjaar bestond de Raad van Toezicht uit zeven leden. Eén lid neemt zitting in de Raad van Toezicht op voordracht van de Cliëntenraad. Dat is mw. M. Paes. De samenstelling van de Raad van Toezicht bleef in het verslagjaar ongewijzigd.

De leden van de Raad van Toezicht zijn geselecteerd op kennis van en ervaring met de gezondheidszorg. In de statuten en uitvoeringsregelingen wordt de onafhankelijkheid van de toezichthouders gewaarborgd via specifieke selectie-eisen en verplichtingen gedurende het lidmaatschap van de Raad van Toezicht. De facto is deze onafhankelijkheid aanwezig. De Raad van Toezicht doet waar nodig aan deskundigheidsbevordering.

Drs. P.M.J. Beckers	
Functie Raad van Toezicht	Voorzitter
Aandachtsgebied	Strategie en Beleid, Financieel/Economisch, Sociaal Beleid, stakeholders JBZ
Commissielidmaatschappen	Lid Selectie- en Benoemingscommissie Lid Beloningscommissie
Mw. Dr. M.J.H. Paes	
Functie Raad van Toezicht	Vicevoorzitter
Aandachtsgebied	Kwaliteit/Zorginhoudelijk, Strategie en Beleid, Maatschappelijke Omgeving, Patiënten
Commissielidmaatschappen	Lid Kwaliteitscommissie Voorzitter Selectie- en Benoemingscommissie
Drs. H.J. van Essen	
Functie Raad van Toezicht	lid
Aandachtsgebied	Strategie en Beleid, Financieel/Economisch, Sociaal Beleid, Bestuurlijk en Juridisch, Maatschappelijke Omgeving en andere stakeholders
Commissielidmaatschappen	Voorzitter Auditcommissie Voorzitter Beloningscommissie

Drs. A.L.M. Barendregt	
Functie Raad van Toezicht	Lid
Aandachtsgebied	Strategie en Beleid, Financieel/Economisch, Maatschappelijke Omgeving en andere stakeholders
Commissielidmaatschappen	Lid Auditcommissie Lid Beloningscommissie

Mw. E.A.P.M. Thewessen, arts	
Functie Raad van Toezicht	Lid
Aandachtsgebied	Kwaliteit/Zorginhoudelijk, Strategie en Beleid, Maatschappelijke omgeving en andere stakeholders
Commissielidmaatschappen	Lid Kwaliteitscommissie

Prof. Mr. J. Legemaate	
Functie Raad van Toezicht	Lid
Aandachtsgebied	Kwaliteit/Zorginhoudelijk, Strategie en Beleid, Bestuurlijk en Juridisch (corporate governance)
Commissielidmaatschappen	Voorzitter Kwaliteitscommissie Lid Selectie- en Benoemingscommissie

Drs. H.H.J. Bol	
Functie Raad van Toezicht	Lid
Aandachtsgebied	Strategie en Beleid, Financieel/Economisch, Maatschappelijke Omgeving en andere stakeholders
Commissielidmaatschappen	Lid Auditcommissie

Zorgbrede Governance Code

Voor het eigen functioneren hanteert de Raad van Toezicht de algemene vastgelegde regels uit de Zorgbrede Governance Code. Onder meer zijn daarin bepalingen opgenomen omtrent de maximale zittingsduur. Mw. Thewessen is per 1 januari 2015 herbenoemd. In 2015 heeft de werving en selectie plaatsgevonden voor de opvolger van de heer H. van Essen, wiens lidmaatschap van de Raad van Toezicht per 1 januari 2016 eindigde wegens het bereiken van de statutaire zittingstermijn.

Rooster van aftreden				
Naam	Datum 1e benoeming	Datum aftreden	Herbenoembaar	Datum def. Aftreden
Drs. H.J. van Essen, RA	22-01-2008	01-01-2012	Herbenoemd 01-01-2012	01-01-2016
Drs. A.L.M. Barendregt	01-01-2009	01-01-2013	Herbenoemd 01-01-2013	01-01-2017
Prof. mr. J. Legemaate	01-01-2009	01-01-2013	Herbenoemd 01-01-2013	01-01-2017
Mw. dr. M.J.H. Paes	01-01-2010	01-01-2014	Herbenoemd 01-01-2014	01-01-2018
Mw. E. Thewessen, arts	01-01-2011	01-01-2015	Herbenoemd 01-01-2015	01-01-2019
Drs. P.M.J. Beckers	01-01-2014	01-01-2018	Ja	01-01-2022
Drs. H.H.J. Bol	01-01-2014	01-01-2018	Ja	01-01-2022

Informatievoorziening aan Raad van Toezicht

Om te kunnen voldoen aan de toezichthoudende taak krijgt de Raad van Toezicht periodiek informatie van de Raad van Bestuur over de realisatie van de doelstellingen, eventuele risico's verbonden aan activiteiten, financiële verslaglegging, ontwikkelingen op het gebied van kwaliteit en veiligheid in de zorg, samenwerkingsrelaties en de relatie met belanghebbenden.

Vergaderingen Raad van Toezicht

In 2015 hebben de Raad van Toezicht en de Raad van Bestuur zesmaal overleg gevoerd. De aanwezigheid van alle leden werd als ruim voldoende beoordeeld. Alle meningsvormende en besluitvormende onderwerpen zijn voorafgaand aan de reguliere vergadering besproken in de Kwaliteitscommissie en/of de Auditcommissie.

Belangrijke onderwerpen op de agenda waren, naast de statutair verplichte onderwerpen :

- Kwaliteit en veiligheid van zorg.
- Wisselingen in de Raad van Bestuur.
- Voortgang programma's Digitaal Werken en JCI.
- Implementatie integrale bekostiging 2015; nadere uitwerking afspraken.
- Strategieontwikkeling.
- Zelfevaluatie Raad van Toezicht.

In alle gevallen deelde de Raad van Toezicht de perceptie van de Raad van Bestuur en steunde het de gedane voorstellen.

Eén keer per jaar wordt een meerdaagse strategiesessie gehouden tussen de Raad van Toezicht, de Raad van Bestuur en het bestuur van de Bossche Specialisten Coöperatie (BSC). In 2015 stond de strategieontwikkeling JBZ 2020 op de agenda, alsmede het uitwerken van de afspraken in het kader van de integrale bekostiging per 1 januari 2015 en de kaders voor het jaarplan 2016.

Naast het regulier overleg met de Raad van Bestuur, kwam de Raad van Toezicht ook verschillende malen voorafgaand aan of aansluitend op het regulier overleg onderling bijeen. De dan aan de orde zijnde onderwerpen betroffen voornamelijk personele aangelegenheden.

Commissies Raad van Toezicht

De Raad van Toezicht kent vier commissies. Hun taken en werkwijze zijn vastgelegd in reglementen.

Auditcommissie	
Taak	Houdt toezicht op en controleert de werking van de interne risicobeheersings- en controlsystemen en adviseert de Raad van Bestuur hierin. Beoordeelt financiële managementrapportages, ziet toe op de financiële informatieverstopping van het JBZ en bereidt de behandeling van de begroting en de jaarrekening voor ten behoeve van de overige leden van de Raad van Toezicht.
Overleg	Kwam in 2015 viermaal bijeen. De vergaderingen van de Auditcommissie worden vast bijgewoond door de manager financiën. Tevens is bij een vergadering de accountant uitgenodigd voor een toelichting op de jaarrekening of managementletter.
Agenda	Reguliere exploitatie Liquiditeitspositie Meerjarenperspectief Onderhandelingen zorgverzekeraars Problematiek dure geneesmiddelen Vaststelling investeringsgrens Selectietraject accountant Toelichting DOT-systematiek (FTE) benchmarks Investeringsbesluit, businesscase EPD en contract met Chipsoft Zelfonderzoek registratie medische verrichtingen Landelijke ontwikkelingen omzetverantwoording Jaarrekening 2014 Managementletter 2014 Begroting 2016 Regiovisie CZ Wisseling voorzitterschap Auditcommissie Herfinanciering ziekenhuis Procedureafspraken declaraties Raad van Bestuur

Kwaliteitscommissie	
Taak	Adviseert de Raad van Toezicht en de Raad van Bestuur over relevante ontwikkelingen op het gebied van kwaliteit en treedt op als sparringpartner van de Raad van Bestuur als het gaat om de kwaliteit van zorg (toetsen en enthousiasmeren aangaande de gemaakte beleidskeuzes en de implementatie daarvan).
Overleg	Kwam in 2015 viermaal bijeen. De vergaderingen van de kwaliteitscommissie worden vast bijgewoond door de manager Kwaliteit en Organisatie, de Medisch Specialist Patiëntveiligheid en de voorzitter van de Kwaliteits- en Veiligheidsraad JBZ. In een van de vergaderingen is de regionale inspecteur voor de volksgezondheid uitgenodigd.
Agenda	Resultaten DNV-heraudit VMS november 2014 HSMR-bevindingen en aanbevelingen Quality Board Letter JCI-voortgang en resultaten Mock Survey Visie op dimensie 'gelijkheid van zorg' Terugkoppeling IHI London 2015 Prestatie-indicatoren Patiëntenparticipatie in kwaliteitscommissie Calamiteitenoverzicht 2014/2015 en beleid openheid JBZ Evaluatie zomersluiting 2015 Procedure ethische vraagstukken Commissie Ethiek Kennismaking met nieuwe inspecteur IGZ Terugkoppeling jaargesprek IGZ Ziekenhuisartsen in opleiding

Selectie en benoemingscommissie	
Taak	De opvolgingsplanning en (her)benoeming van leden van de Raad van Toezicht en Raad van Bestuur; Het bewaken van de omvang en samenstelling van de Raad van Toezicht en de Raad van Bestuur; het periodiek beoordelen van het functioneren van de individuele leden van de Raad van Toezicht en de Raad van Bestuur; het rapporteren hierover aan de Raad van Toezicht; het voorstellen van (her)benoemingen; het toezicht op het beleid van het bestuur inzake selectiecriteria en benoemingsprocedures voor hoger management.
Overleg	Kwam in 2015 frequent bijeen. De samenstelling van de commissie is per vacature door de Raad van Toezicht vastgesteld.
Agenda	Opvolging W. Spaan, voorzitter Raad van Bestuur Werving, selectie en evaluatie interim-bestuurder R.van Schilfgaarde Opvolging P. Langenbach, lid Raad van Bestuur Opvolging H. van Essen, lid Raad van Toezicht

Beloningscommissie	
Taak	Adviseert de Raad van Toezicht over het beloningsbeleid van leden van de Raad van Bestuur; adviseert over de individuele beloning van de leden van de Raad van Bestuur; maakt een remuneratierapport op over het gevoerde beloningsbeleid in het verslagjaar.
Overleg	Kwam in 2015 meerdere keren bijeen.
Agenda	Beloning bestuurders
	WNT

Overleg interne belanghebbenden

In 2015 heeft de Raad van Toezicht een werkbezoek gebracht aan het Laboratorium Klinische Chemie en Hematologie. Tijdens een dergelijk bezoek informeert het RVE-management de Raad van Toezicht over ontwikkelingen in de RVE.

Daarnaast heeft een delegatie van de Raad van Toezicht het afgelopen jaar twee keer een vergadering van de Raad van Bestuur met het bestuur van de BSC bijgewoond en één keer de vergadering van de Raad van Bestuur met de overlegorganen OR, VAR en CR bezocht.

Zelfevaluatie Raad van Toezicht

Eind 2015 heeft de periodieke zelfevaluatie plaatsgevonden van de Raad van Toezicht, met externe begeleiding. Dit heeft geleid tot het voornemen om in het profiel van komende vacatures binnen de Raad van Toezicht strategisch HRM-beleid en verandermanagement in professionele organisaties op te nemen. Ook wil de Raad van Toezicht het overleg met de interne stakeholders meer inhoud geven en een rapportage opstellen over kwaliteit die aansluit bij de sterkere kwaliteitssturing die is ingezet.



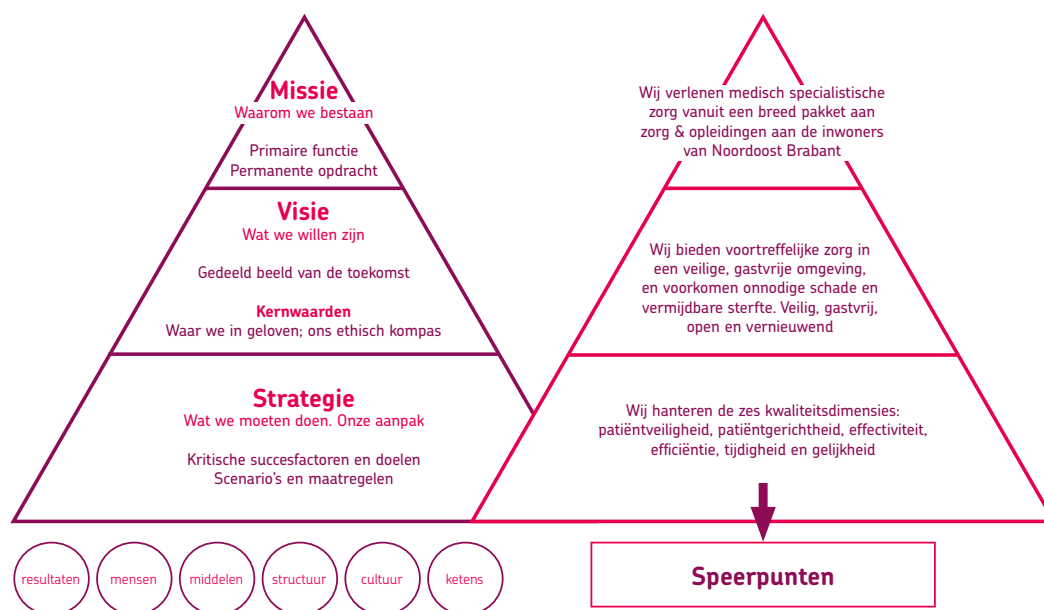
4

4. Meerjarenbeleid en strategie

4.1. Missie en visie

'Werken uit het hart' bevat de missie en visie van het Jeroen Bosch Ziekenhuis. Het Jeroen Bosch Ziekenhuis wil op elk moment van de dag een (t)huis zijn voor mensen die ziek zijn, vanaf de diagnose tot en met de nazorg. Dat laatste gebeurt natuurlijk samen met huisartsen, thuishulpmedewerkers, verpleeginstellingen en mantelzorgers. Samen met hen bieden de medewerkers en medisch specialisten van het Jeroen Bosch Ziekenhuis zorg van voortreffelijke kwaliteit in een veilige en gastvrije omgeving. Het Jeroen Bosch Ziekenhuis wil betrokken zorg leveren. Snel en servicegericht als het kan, ingetogen en zorgzaam waar het moet. De vier kernwaarden van het ziekenhuis – Veilig, Gastvrij, Open en Vernieuwend – zijn daarbij leidend.

4.2. Strategische doelstellingen 2015



Met bovenstaande afbeelding is de relatie tussen missie, visie en strategie van het JBZ inzichtelijk gemaakt. Tot 2015 hebben we de zes dimensies van kwaliteit exclusief als toetsingskader gehanteerd om – zowel financieel als op het gebied van kwaliteit – tot weloverwogen keuzes te komen. Met andere woorden: om de continue verbetering te waarborgen van de kwaliteit van zorg voor de patiënten die aan het JBZ zijn toevertrouwd. In 2015 groeide het besef dat breder gekeken moet worden naar de betekenis van externe ontwikkelingen voor de toekomst van de ziekenhuiszorg. E-health, personalized healthcare, shared decision making, nano-technologie en big data veranderen het zorglandschap ingrijpend. Om onze patiënten te bieden wat zij nodig hebben, is het essentieel om te vernieuwen. Om die reden is gestart met de ontwikkeling van een nieuwe strategie voor het Jeroen Bosch Ziekenhuis. De ambitie is en blijft om te behoren tot de beste ziekenhuizen van Nederland. In 2016 moeten de contouren van deze nieuwe strategie zichtbaar worden.

In de Kaderbrief 2015 is een aantal speerpunten benoemd. Hieronder de resultaten in 2015.

1. Accreditatie Joint Commission International

Het JBZ heeft in 2012 gekozen om de certificering van het Veiligheidsmanagementsysteem uit te breiden naar een ziekenhuisbrede accreditatie volgens de normen van Joint Commission International (JCI). Gestreefd wordt naar JCI-accreditatie in 2016.

In juni 2015 bezochten drie JCI-consultants (medisch, verpleegkundig, facilitair) het JBZ gedurende een week voor een mock survey (proeftoetsing). Het bezoek van de consultants werkte inspirerend en motiverend. Er was betrokkenheid vanuit verschillende beroepsgroepen en ook bijeenkomsten ter terugkoppeling werden goed bezocht. Het resultaat van de mock survey was een concreet actieplan met de belangrijkste verbeterpunten. Bij het opstellen van dit actieplan is direct de link gelegd naar activiteiten ter voorbereiding op de implementatie van het nieuwe EPD medio 2016.

Ter voorbereiding op de accreditatie is bestaand beleid geactualiseerd en nieuw beleid opgesteld. Aanpassingen worden ziekenhuisbreed op verschillende manieren gedeeld, bijvoorbeeld via een JBZ Kwaliteitswaaier, maar ook via de bestaande overlegvormen en themabijeenkomsten.

Om de implementatie van het ziekenhuisbeleid in de praktijk te ondersteunen en te monitoren, worden tracers (interne audits) uitgevoerd. Een vijftigtal intern opgeleide 'traceraars' voerde in 2015 264 interne tracers uit, afgeleid van de methodiek die JCI hanteert. De tracers bestaan uit dossiertoetsing, observaties en interviews. Er vinden zowel tracers plaats in het patiëntenproces als in de ondersteuning daarvan.

2. Digitaal Werken en informatiemanagement

In 2015 is hard gewerkt aan de voorbereiding van de invoering van het nieuwe EPD in 2016. Om de voordelen van het nieuwe EPD te optimaliseren is een slimmere inrichting van de werkprocessen een randvoorwaarde. Dit maakt deel uit van de reviewsessies die vanaf september 2015 onder leiding van de consultants van Chipsoft tweewekelijks zijn gehouden. Zo'n zeshonderd medewerkers van het JBZ zijn vanaf oktober 2015 actief ingezet om het EPD mee in te richten.

Inhoudelijke input komt uit het JCI-normenkader. De implementatie van het EPD en JCI versterken elkaar in hoge mate: enerzijds is het EPD op een aantal terreinen een voorwaarde om JCI-normen te verwezenlijken, anderzijds waarborgt het JCI-normenkader dat het nieuwe EPD optimaal voldoet aan de eisen van deze tijd.

Daarnaast is de voorbereiding van de implementatie van het EPD een inspiratiebron voor de ontwikkeling van een beleid, waarin vastgelegd wordt welke (keten)informatie nodig is voor het goed faciliteren van de patiëntenzorg. Bekeken wordt op welke wijze informatie vergaard wordt en welke aanvullende stuurinformatie er nodig is ter ondersteuning van het bedrijfsproces.

3. Capaciteitsmanagement

Optimalisering van de efficiency is een van de zes kwaliteitsdimensies. Meer samenhang tussen de zorgvraag, de beschikbaarheid van artsen en overige zorgmedewerkers en OK-, polikliniek- en bedden capaciteit (interne ketensturing) is hierbij van belang. Tevens is het doel om beter te kunnen sturen op actuele gegevens en forecasts. Het programma Capaciteitsmanagement zorgt voor:

- Het ontwikkelen van capaciteitsmanagementvaardigheden.
- Het sturen op basis van een gheherdefinieerd beleid, heldere afspraken/spelregels en een eenduidige set van indicatoren.
- Een gemandateerd orgaan voor de tactische planning, dat kan sturen op actuele gegevens en forecasts.

In 2015 is het programma gestart en is het orgaan voor integrale capaciteitsafstemming ingericht. Capaciteitsmanagement is onlosmakelijk verbonden met de verhoging van de flexibele inzet van personeel. Sturing op polikliniek-, OK- en bedden capaciteit heeft de eerste prioriteit.

Met capaciteitsmanagement wordt de lijnorganisatie ondersteund bij het realiseren van veilige, integrale en waardetoevoegende zorg op het juiste moment en de juiste plek, georganiseerd vanuit de patiënt. Capaciteitsmanagement raakt hiermee alle zes dimensies van kwaliteit van zorg, maar het zwaartepunt ligt op de dimensies efficiëntie en tijdigheid. Uitgangspunt is dat procesverbeteringen leiden tot kostenreductie en dus bijdragen aan het verbeteren van de financiële positie van het Jeroen Bosch Ziekenhuis.

4. Ketensamenwerking

Samenwerking in het netwerk van zorgpartners is een belangrijk element uit de missie en visie van het ziekenhuis, zowel horizontaal (met andere ziekenhuizen) als verticaal (met zorgpartners in de eerste en derde lijn).

Radboudumc

De bestuurswisselingen aan beide kanten van de samenwerking hebben de ontwikkeling van initiatieven bij professionals (Geriatric, Mamma-oncologie) niet in de weg gestaan. Op deelreinen zijn goede resultaten bereikt om ervoor te zorgen dat de ambitie 'van doorverwijzen naar doorbehandelen' wordt gerealiseerd. De zorgpadontwikkeling bij prostaat-, blaas-, testis- en niercarcinoom is hiervan een goed voorbeeld. Bij de mamma-oncologie is zelfs sprake van een samenwerking binnen een groter netwerk in de regio Noordoost-Brabant/Gelderland. Er is bestuurlijk draagvlak om de samenwerking in de breedte tussen Radboudumc en JBZ te stimuleren. Voorstellen worden ontwikkeld voor een volgende stap in de samenwerking.

Bernhoven

Het tempo en de inhoud van de verdere ontwikkeling van de samenwerking met Ziekenhuis Bernhoven in Uden werd sterk bepaald door de nieuwe bedrijfsstrategie (het DROOM-project) van Bernhoven. Die strategie is gericht op het verlenen van betere zorg door minder zorg. Het doel van Bernhoven is de kosten structureel omlaag brengen. De implicaties van deze strategie voor de samenwerking met het JBZ worden in kaart gebracht.

Oncologie

Het JBZ heeft met diverse collega-ziekenhuizen in de regio goede samenwerkingsrelaties op het gebied van oncologie. 'Realisatie van de volumennormen van de beroepsverenigingen' is één van de items, 'potentie in kwaliteitsverbetering en innovatie' is een ander item. Vanuit zowel het Erasmus MC (Rotterdam) als het Radboudumc (Nijmegen) speelt het thema regionale oncologische netwerken en het concept 'comprehensive cancer network'. Zoals eerder aangegeven, heeft de samenwerking met het Radboudumc geleid tot zorgpadontwikkeling in de urologie en netwerkversterking rond de mamma-oncologie.

In West-Brabant wordt onder de naam 'Embraze' de bestaande samenwerking op het gebied van oncologie verder vormgegeven (Admiraal de Ruyter, Bravis, Amphibia, Elisabeth-TweeSteden, ZorgSaam, Erasmus MC en de twee radiotherapeutische instituten, Instituut Verbeeten en het Zuidwest Radiotherapeutisch Instituut). Het JBZ is eveneens benaderd om hierin te participeren.

Huisartsenpost

Op 15 juni is de Huisartsenpost Den Bosch van de Rijnstraat naar het JBZ verhuisd. De post is gevestigd in een ruimte naast de SEH, waar er voor de patiënten op werkdagen na 17.00 uur en in het weekend één entree, één balie en één wachtkamer is. Een lang gekoesterde wens in het JBZ is hiermee

een feit: samenwerking tijdens de avond, nacht en het weekend via één loket voor spoedzorg voor de inwoners van 's-Hertogenbosch en omgeving. Dit betekent voor de patiënt: de juiste zorg door de juiste hulpverlener, op de juiste plek.

Naast de huisartsenpost in Den Bosch blijven de huisartsenposten in Zaltbommel, Oss en Uden gewoon open (Zaltbommel en Oss tot 23.00 uur).

5. Innovatie

Het JBZ is het eerste ziekenhuis in Nederland dat een voorlichtingsapp voor patiënten organisatiebreed inzet. We nemen hiermee een belangrijke stap op het gebied van e-health. Tot nu toe zijn er zeven apps ontwikkeld, die patiënten op het juiste moment informeren over een bepaalde stap in hun behandeling, operatie of onderzoek. Patiënten krijgen vanuit de app door middel van pushnotificaties berichten die voor hen van belang zijn, bijvoorbeeld over nuchter zijn voor de operatie of het starten met revalidatieoefeningen na de ingreep. Het grote voordeel van de JBZ Zorgapp is dat de voorlichting gedoseerd kan worden aangeboden op het moment dat het voor de patiënt echt relevant is en dat deze informatie wordt gepresenteerd op een apparaat dat een patiënt bijna altijd binnen handbereik heeft. Op dit moment zijn er apps over de keizersnede, de totale heupprothese-operatie, de staaroperatie, de operatie aan het neustussenschot (sceptumcorrectie), de kijkoperatie van de knie, de operatie bij borstkanker en de operatie aan de stembanden.

De app is verkrijgbaar via de App Store en Google Play. De app wordt uiteindelijk uitgerust met 75 behandelingen.

Milieuvriendelijk scherm

Sinds februari 2015 hangt aan de gevel van het JBZ een slim milieuscherm dat stroom opwekt, lucht zuivert en informatie presenteert. In het scherm zijn zonnepanelen, fijnstoffilters en reclamepanelen geïntegreerd. Het scherm past in het streven van het JBZ om op een innovatieve manier een maatschappelijke bijdrage te leveren en te werken aan het verbeteren van het milieu. Het scherm heeft gezorgd voor extra werkgelegenheid in Noord-Brabant, want het is vrijwel helemaal opgebouwd uit onderdelen die zijn gemaakt in de provincie.

Robotchirurgie

Eind april heeft het JBZ de Da Vinci operatierobot vervangen door de nieuwste variant, de Da Vinci Xi operatierobot. Deze heeft een dubbele console - een werkeiland - voor opleidingsdoeleinden. De robot wordt vooral ingezet voor het verwijderen van de prostaat, blaas of niertumor en voor verzakkingsoperaties bij vrouwen. Met de nieuwe versie is het mogelijk om nog nauwkeuriger te opereren, onder meer door de mogelijkheid om met groen licht (fluorescentie) de lymfeklieren beter zichtbaar te maken. Minder pijn, minder bloedverlies en een sneller herstel: dat zijn de voordelen voor de patiënt. De dubbele console is hét hulpmiddel bij het opleiden en trainen van andere medisch specialisten in het gebruik van de robot.

6. Opbouwprogramma Verpleegkundig Leiderschap

Het opbouwprogramma Verpleegkundig Leiderschap geeft de komende drie jaar de niveau 5-verpleegkundigen handvatten om de drie thema's van het opbouwprogramma (Evidence Based Practice, Klinisch Redeneren, Verpleegkundig Proces, Dossier en achterliggende classificatiesysteem) te integreren in de dagelijkse werkzaamheden op de afdeling. Alle deelnemers van het programma volgen drie keer negen maanden onderwijs om de materie vervolgens via 'action learning' toe te passen op diverse afdelingen.

4.3. Tactisch/operationele doelstellingen

In de vier resultaatgebieden Productie, Kosten, Kwaliteit van zorg en Kwaliteit van arbeid zijn de doelstellingen voor 2015 vervat. De zes kwaliteitsdimensies die ontwikkeld zijn door het Amerikaanse Institute of Medicine en het Institute for Healthcare Improvement (IHI) zijn daarbij richtinggevend en vormen het toetsingskader:



Vanuit elke kwaliteitsdimensie zijn voor 2015 in de kaderbrief doelstellingen geformuleerd. Deze zijn door de RVE's en stafafdelingen vertaald naar tactisch/operationele doelstellingen. Hieronder worden per kwaliteitsdimensie de doelstellingen en behaalde resultaten in 2015 benoemd.

1. Patiëntveiligheid

Onnodige schade en vermijdbare mortaliteit moeten voorkomen worden. De RVE's dienen zich te richten op de grootste risico's. Deze 'zwarte pistes' worden aantoonbaar beheerst en verbeterd. De patiënt en zijn naasten worden hierin nadrukkelijk betrokken. Integraal risicomanagement, waarbij de risico's van een unit/zorgproces in samenhang worden geïdentificeerd en beheerst, wordt verder uitgebreid.

Inleiding

Een voorwaarde voor het voorkomen van onnodige schade en vermijdbare mortaliteit is het beheren en beheersen van (patiëntveiligheids)risico's. Het verder borgen van het Veiligheidsmanagementsysteem (VMS), onderdeel van het normenkader van JCI, is hiervoor een belangrijke randvoorwaarde. JCI vraagt om een doorlopend programma voor risicobeheersing op het gebied van patiënt- en medewerkerveiligheid. Kern van dit programma is de risico-identificatie, prioritering binnen de geïdentificeerde risico's, rapportage en beheersing van de risico's en onderzoek naar nadelige gevolgen van onveiligheid. De belangrijkste uitdagingen waar het JBZ voor staat, zijn:

- Integraal risicomanagement (zowel binnen de verschillende patiëntveiligheidsbronnen als binnen de verschillende risicodomeinen, ICT/Milieu/Patiëntveiligheid/Financiën etc.)
- Ketenveiligheid: (integrale) beheersing van risico's in zorgketens/zorgpaden (VMS binnen de keten in plaats van binnen een afdeling)
- Prospectieve in plaats van retrospectieve risicoanalyse

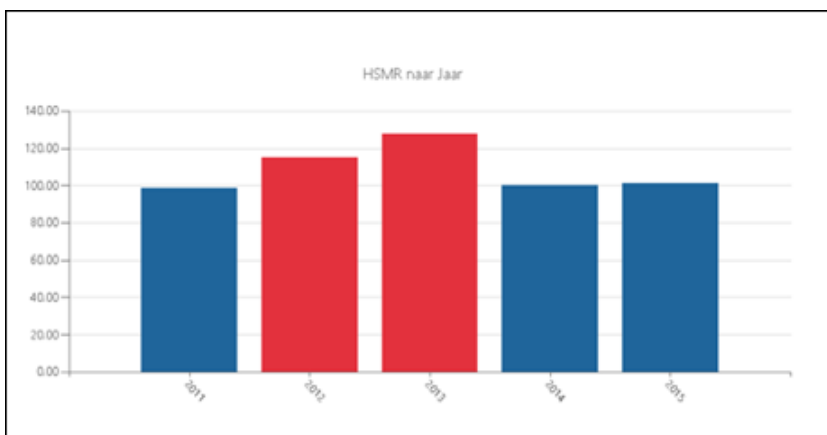
Risicobeheer

De focus binnen het patiëntveiligheidsbeleid is nog altijd meer retrospectief dan prospectief. Dat wil zeggen dat vaker achteraf de veiligheid wordt verbeterd, dan vooraf wordt voorkomen dat het misgaat. Er worden prospectieve risicoanalyses (PRI's) uitgevoerd, maar de nadruk ligt nog altijd op de (hieronder) genoemde retrospectieve bronnen voor risico-identificatie.

De informatie - binnen bijvoorbeeld complicatieregistratie, VIM, PRI, dossieronderzoek, calamiteiten - wordt nog onvoldoende gebruikt om de effectiviteit van verbeteringen te monitoren en te gebruiken ter verbetering. Deze bronnen zouden structureel en regelmatig moeten worden geanalyseerd, samengevoegd en geaggregeerd ten behoeve van prioritering en monitoring van de effectiviteit van het patiëntveiligheidsbeleid. Een eerste aanzet hiertoe is in de maak.

HSMR

De voorlopige HSMR voor het verslagjaar 2015 is 101 (95 procent betrouwbaarheidsinterval: 92-111). De definitieve HSMR van 2015 wordt in oktober 2016 door het CBS aan de ziekenhuizen gerapporteerd. Er zijn geen afwijkende diagnosegroepen binnen de HSMR van 2015. Figuur 1 toont de HSMR-cijfers voor de verslagjaren 2011 tot en met 2015. De kwaliteit van de registratie aan de bron en de codering in de LMR/LBZ lijken verbeterd ten opzichte van 2012 en 2013, resulterend in een betrouwbaar HSMR-cijfer voor de daaropvolgende jaren.

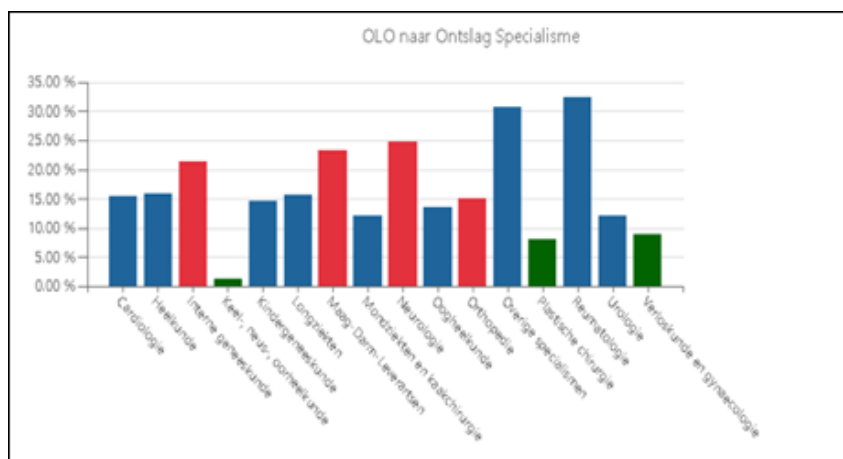


Figuur 1: HSMR over de jaren 2011 t/m 2015 (2015 zijn voorlopige cijfers)

Onverwacht Lange Opnameduur (OLO)

De OLO is al jaren significant hoger dan het landelijk gemiddelde. Ook in 2015 is de OLO significant hoger dan het landelijk gemiddelde (16,0 procent, landelijk 14,6 procent). De OLO wordt berekend op basis van klinische opnames, waarbij de hoofddiagnose en de hoofdverrichting belangrijk zijn. Leeftijd is de enige 'corrigerende' factor in het datamodel.

Vier specialismen hebben een OLO die significant hoger ligt dan het landelijk gemiddelde, namelijk Interne Geneeskunde, Maag-, Darm- en Leverartsen, Neurologie en Orthopedie. Specialismen met een significant lagere OLO dan het landelijk gemiddelde zijn Keel-, Neus- en Oorheeskunde, Plastische Chirurgie en Verloskunde en Gynaecologie. Alle overige specialismen hebben een OLO die niet significant afwijkt van het landelijk gemiddelde. Zie figuur 2.



Figuur 2: OLO over het verslagjaar 2015 (voorlopige cijfers)

Heropnames

De heropname-indicator is landelijk sterk in ontwikkeling. Deze indicator week voor het JBZ in 2015 niet af van het landelijk gemiddelde (JBZ 10,10 procent; landelijk gemiddelde 9,91 procent).

Resultaten dossieronderzoek

Bij alle dossiers van in het JBZ overleden patiënten wordt door een intern team, bestaande uit oud-medisch specialisten en -verpleegkundigen, dossieronderzoek verricht. Hierbij wordt gekeken of er sprake is van verbeterpunten in de zorg of 'adverse events' (onbedoelde uitkomsten), die uit de dossiers naar voren komen. Uit voorlopige cijfers van dossieronderzoek over geheel 2015 blijkt dat het percentage overleden patiënten in het JBZ, waarbij tijdens het zorgtraject een of meerdere 'adverse events' (AE's) zijn opgetreden, hoger ligt dan het landelijk gemiddelde (13,7 procent versus 11,9 procent). Dat is een afname van bijna 2 procent ten opzichte van 2014.

Echter, het percentage patiënten dat te maken kreeg met één of meerdere mogelijk of waarschijnlijk vermijdbare AE's ligt in het JBZ juist lager dan het landelijk gemiddelde, wat 4,0 procent is. De reden hiervan is op dit moment nog niet duidelijk. Het exacte percentage wordt op dit moment berekend en zal uitgebreid besproken worden in het jaarrapport over 2015.

Er is door het dossierteam negen keer een melding gemaakt van een mogelijk vermijdbaar AE met schade voor de patiënt. Hieruit zijn vijf Systematisch Incident Reconstructie en Evaluatie-onderzoeken (SIRE) gestart en drie KPC-besprekingen voortgevloeid. Het team Dossieronderzoek start in 2016 met een structurele kwartaalrapportage om de resultaten min of meer in 'real time' te kunnen monitoren. Hiertoe is in 2015 een nieuw en geautomatiseerd bestand ontwikkeld waarin vanaf januari gewerkt wordt.

Prospectieve risico-inventarisaties

In het JBZ zijn in 2015 zo'n dertig PRI's conform de SAFER-methodiek (Scenario Analyse van Faalwijzen, Effecten en Risico's) uitgevoerd op niveau van patiënt, medewerker en medische apparatuur, zowel ziekenhuisbreed als op RVE-niveau. Voorbeeld van een ziekenhuisbrede PRI is de risico-inventarisatie die gedaan is ter voorbereiding op de besluitvorming over het al dan niet sluiten van de OK/dagbehandeling op de locatie Boxtel. Op dit moment wordt in het JBZ nog niet optimaal (gestructureerd) gebruikgemaakt van de mogelijkheden van PRI's, bijvoorbeeld wat betreft de opvolging van de verbetermaatregelen.

Beleid voor risicomanagement in het JBZ is in voorbereiding en hangt nauw samen met de JCI-norm QPS 11. Het beleggen van eigenaarschap, creëren van risicobewustzijn en draagvlak, vormgeven van de beheersstructuur en het integreren van risicomanagement in de PKKK (Productie, Kosten, Kwaliteit van dienstverlening en Kwaliteit van arbeid), wordt aangepakt in 2016. Ook het verbinden van retrospectief met prospectief risicomanagement krijgt aandacht. Evenals het integreren van informatieveiligheid in het beleid voor risicomanagement.

TOP 123

Uit interne en externe audits in 2013 en 2014 zijn tien aandachtspunten naar voren gekomen met betrekking tot de implementatie van de richtlijnen van het Toezicht Operatief Proces (TOP 123) in het JBZ. Inmiddels heeft het JBZ geconstateerd dat acht van de tien verbeterdoelen bereikt zijn of dat er sprake is van een geaccepteerd risico. Twee van de tien aandachtspunten worden op dit moment nog verder verbeterd.

In de tweede helft van 2015 heeft tevens veel nadruk gelegen op het inbouwen van de richtlijnen van TOP 123 in het nieuwe EPD. Met de komst van het integrale patiëntendossier wordt het (op dit moment grootste) risico van de versnipperde dossiervoering weggenomen. De stuurgroep TOP 123 heeft de voortgang van de implementatie op twee momenten in 2015 laten toetsen door externe partijen. Verbeterpunten uit deze externe toetsingen worden in 2016 uitgevoerd.

DNV-audit

Elk ziekenhuis dient een gecertificeerd VMS-systeem te hebben. Het certificaat van het JBZ uit 2014 verliet eind 2015. Om die reden heeft DNV op 7, 8 en 9 december 2015 het JBZ opnieuw geaudit op het VMS-systeem. Het algemene oordeel van DNV was positief: "We hebben in het JBZ de afgelopen drie jaar groei en ontwikkeling gezien in het Veiligheidsmanagementsysteem. In algemene zin zien we dus verbeteringen".

Wel werd al snel duidelijk dat er een belangrijk verbeterpunt ligt op het gebied van BHV (bedrijfshulpverlening). Volgens DNV wordt hierin onvoldoende eigenaarschap genomen. Het JBZ voert het ziekenhuisbeleid ten aanzien van BHV (zoals ontruimingsoefeningen) onvoldoende uit voor de aangemerkte hoogrisico-afdelingen. Na het aantonen van de ingezette plannen en acties op dit punt en andere verbeterpunten, werd het VMS-certificaat in februari 2016 opnieuw aan het JBZ toegekend. In 2016 zal het JBZ opgaan voor het JCI-certificaat.

2. Patiëntgerichtheid

De patiënt en zijn of haar netwerk staan centraal. De zorg is gericht op service, gastvrijheid en vriendelijke bejegening, waarbij de patiënt behandeld wordt met respect, empathie en in een cultuur van menselijkheid. Belangrijke aspecten daarbij zijn 'patient empowerment' en 'shared decision making' (SDM). Informatie wordt structureel verkregen van patiënten en familie en wordt aantoonbaar gebruikt voor het verbeteren van de zorg. Alle organisatieonderdelen verbeteren bovendien hun gastvrijheid.

Inleiding

Voor het optimaliseren van de patiëntgerichtheid lopen er diverse trajecten. Al jaren vindt er structureel onderzoek plaats naar de tevredenheid van onze patiënten. Hieronder wordt kort verslag gedaan van trajecten op het terrein van patiëntgerichtheid.

Marktonderzoek

Poliklinieken		Verpleegafdelingen		Eigen vragenlijsten	
Totaal	8,35	Totaal	8,28	Diëtetiek	8,43
Algemene Interne Geneeskunde	8,60	Cardiologie	8,31	Paramedische afdeling	8,35
Cardiologie (polikliniek)	8,12	Chirurgie (KCH1)	8,41	Endoscopie	8,34
Cardiologie (functieafdeling)	8,43	Chirurgie (KCH2)	8,32	IC (beoordeling door naasten)	8,34
Chirurgie	8,27	Gynaecologie	7,94	Kindergeneeskunde (verpleegafd.)	8,47
Dermatologie	8,48	Interne Geneeskunde/Nefrologie	7,78	Kindergeneeskunde (dagbehandeling)	8,68
Gynaecologie en Verloskunde	7,98	Longgeneeskunde	8,30	Kindergeneeskunde (polikliniek)	8,32
Kaakchirurgie en Mondheelkunde	8,16	MDL	8,39	MMW/ Transferpunt	7,59
KNO	8,41	Neurologie	8,08	Tolbrug poliklinische revalidatie	8,40
Longgeneeskunde	8,46	Oncologie	8,51	Tolbrug klinische revalidatie	8,53
MDL	8,43	Orthopedie	8,49	Tolbrug kinderrevalidatie	7,79
Neurochirurgie	7,81	Urologie	8,34	Bloedafname	8,79
Neurologie	8,15	Verloskunde	8,31	Trombosedienst	8,30
Oncologisch Centrum	8,67	Hartbewaking	8,80	Gipskamer	8,37
Oogheelkunde	8,44	Kort Verblijf	8,27	Radiologie (hoofdlocatie)	8,66
Orthopedie	8,02			Radiologie (buitenpolis)	8,71
Pijnbestrijding	7,86	Dagbehandeling		Vaatlaboratorium	8,50
Plastische Chirurgie	8,12	Totaal	8,60	Nucleaire geneeskunde	8,60
POK	8,61	Beschouwend	8,53		
Reumatologie	8,40	Snijdend	8,57	Toelichting gemarkeerde scores: Verschil...	
Urologie	8,60	Boxtel	8,77	2015 - 2014 ≥ 0,4	
Boxtel (verantw. Boxtel)	8,50			2015 - 2014 ≥ 0,2	
Boxtel (verantw. Rve)	8,41	Spoedeisende Hulp	8,03	2015 - 2014 ≤ -0,2	
Rosmalen	8,53			2015 - 2014 ≤ -0,4	
Zaltbommel	8,31				

In 2015 zijn de ervaringen en tevredenheid van patiënten voor de meeste afdelingen weer gemeten middels de CQi (Consumer Quality-index). De CQi is de Nederlandse standaard voor het meten van patiëntervaringen in de zorg. Voor afdelingen waarvoor de CQi-vragenlijsten minder geschikt zijn, worden eigen vragenlijsten ontwikkeld.

Hieronder staat een overzicht van de tevredenheid per afdeling, inclusief een vergelijking met 2014. Gemiddeld worden zowel de poliklinieken als de verpleeg- en dagbehandelingsafdelingen beoordeeld met een ruime 8. De beoordeling van de afdelingen loopt uiteen van een 7,59 tot een 8,80. Het aantal afdelingen dat (enigszins) beter lijkt te scoren dan in 2014 ligt hoger dan het aantal afdelingen dat lager scoort.

Algehele tevredenheid patiënten per afdeling

Benchmarkanalyse CQi Ziekenhuisopname (o.b.v. resultaten voorjaarsmeting)

Evenals in voorgaande jaren heeft onderzoeksbureau Significant in 2015 op ziekenhuisniveau een benchmarkanalyse uitgevoerd. Voor een zo betrouwbaar mogelijke vergelijking zijn de resultaten hierbij gecorrigeerd voor verschillen in populatiesamenstelling op basis van leeftijd, geslacht, opleiding en lichamelijke en geestelijke gezondheid. Per hoofdthema is onderzocht of een ziekenhuis beter (3 sterren), vergelijkbaar (2 sterren) of slechter (1 ster) dan het gemiddelde van alle deelnemende ziekenhuizen scoort. Het JBZ scoort op vier thema's beter dan het gemiddelde. De overige thema's worden vergelijkbaar met het gemiddelde beoordeeld.

Resultaten benchmark voorjaarsmeting CQi Ziekenhuisopname (aantal deelnemende zkh=48)

Hoofdthema	Aantal sterren JBZ (1-3)			Verdeling sterscores over alle zkh		
	2015	2014	2013	1	2	3
Inhoud opnamegesprek	***	**	***	16	23	9
Communicatie met verpleegkundigen	**	**	**	11	31	6
Communicatie met artsen	**	**	**	7	35	6
Eigen inbreng	***	***	***	19	14	15
Uitleg bij behandeling	**	**	**	11	26	11
Pijnbeleid	***	**	**	7	34	7
Communicatie rond medicatie	**	**	**	6	36	6
Gevoel van veiligheid	**	**	**	13	23	12
Informatie bij ontslag	***	**	***	14	25	9

Resultaten Zorgkaart Nederland

Naast het door het JBZ zelf actief bevragen van patiënten naar hun ervaringen en tevredenheid, kunnen patiënten deze ook delen op het online platform Zorgkaart Nederland. Dit is een initiatief van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF). Onderstaande tabel is een overzicht van de ontwikkeling van de algehele beoordeling. De resultaten moeten wel in de juiste context worden geïnterpreteerd. Naast het beperkte aantal beoordelingen, kunnen er namelijk ook een aantal methodische kanttekeningen bij Zorgkaart Nederland worden geplaatst.

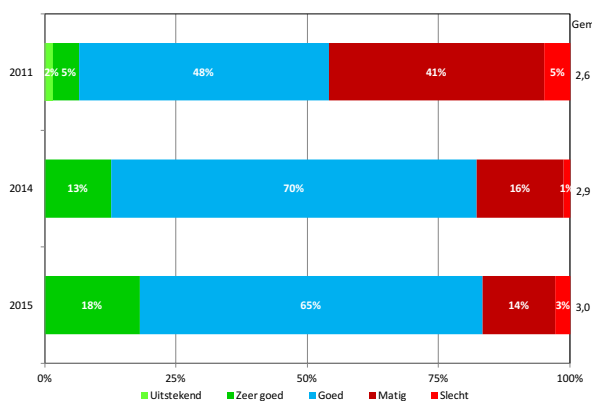
Algehele beoordeling JBZ en specialisten op Zorgkaart Nederland

	Jeroen Bosch Ziekenhuis		Specialisten	
	Gemiddeld	Aantal beoordelingen	Gemiddeld	Aantal beoordelingen
2015	8,5	114	8,8	181
2014	8,1	109	8,3	136
2013	8,4	51	8,7	162
2012	8,0	38	8,5	111

Huisartservaringen en -tevredenheid

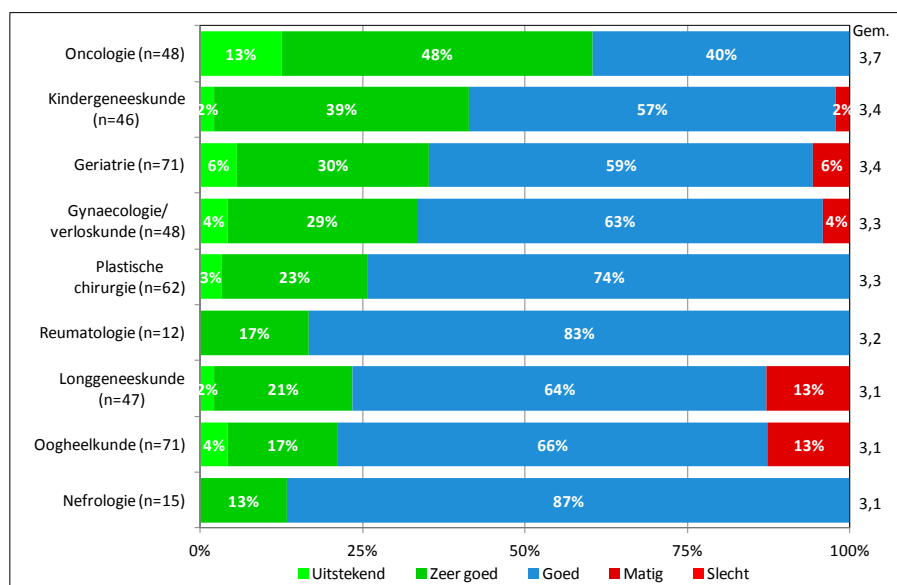
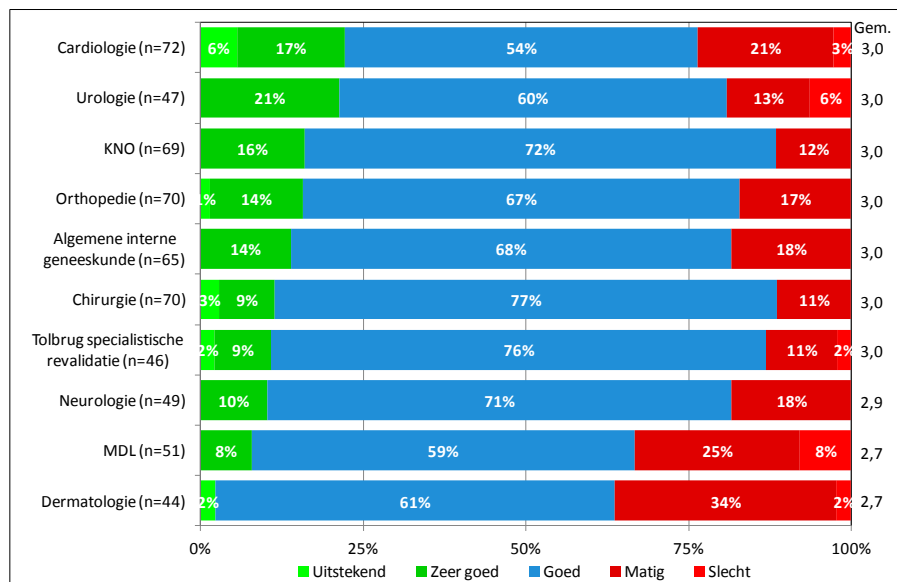
Naast de ervaringen van patiënten zijn in 2015 ook de ervaringen en tevredenheid van huisartsen weer onderzocht. Van de huisartsen die aan het onderzoek hebben deelgenomen is ruim 80 procent over het geheel genomen positief over de kwaliteit van de dienstverlening van het JBZ. Vergelijken met vorig jaar is de tevredenheid licht gestegen, maar het verschil is niet significant. Een belangrijk aandachtspunt is evenals vorig jaar de (telefonische) bereikbaarheid.

Beoordeling kwaliteit dienstverlening JBZ (gem. score berekend op schaal van 1=slecht - 5 = uitstekend)



Van de voorgelegde specialismen wordt Oncologie het meest positief beoordeeld. Over maag-, darm- en leverziekten (MDL) en Dermatologie lijken de huisartsen het meest kritisch.

Beoordeling kwaliteit dienstverlening specialismen (gem. score berekend op schaal van 1=slecht - 5 = uitstekend)



Seniorvriendelijk

Net als in 2013 heeft JBZ in 2015 het keurmerk 'seniorvriendelijk ziekenhuis' niet behaald. In het najaar van 2015 heeft een analyse van de verbeterpunten plaatsgevonden. Hieruit bleek dat er voor het JBZ mantelzorgbeleid en ketenafspraken opgesteld moeten worden. Daarnaast moet er op afdelingsniveau met name verbetering behaald worden op:

- Het bespreken en meegeven van leefregels bij ontslag en het voorkomen van heropname.
- Het vastleggen en communiceren van het centrale aanspreekpunt, de coördinator van zorg en de hoofdbehandelaar voor de patiënt en diens naasten.
- Participatie van ouderen tijdens opname.

In 2016 wordt verder nagegaan of het bestaande JBZ-beleid op deze punten voldoet en eenduidig is. Tevens worden RVE's in 2016 op bovenstaande items bevestigd en worden scores op het interne dashboard geplaatst ten behoeve van sturing en verantwoording. Deze verbeteracties hebben als doel om het certificaat 'seniorvriendelijk ziekenhuis' in 2017 wel te behalen.

Ouderenzorg

Ziekenhuiszorg is ouderenzorg; een groot deel van de ziekenhuispopulatie bestaat uit zeventigplussers. Het JBZ wil ook voor deze patiënten uitstekende zorg leveren. Met enthousiasme is daarom eind 2015 de stuurgroep 'Excellente Ouderenzorg' van start gegaan. In de stuurgroep is het ziekenhuis organisatiebreed vertegenwoordigd. Het accent ligt, naast basiszorg, op excellente ouderenzorg in het JBZ. In januari 2016 heeft de eerste stuurgroepvergadering plaatsgevonden. Er zijn drie werkgroepen gestart met de onderwerpen 'mantelzorg', 'ketenzorg' en 'structuurontwerp'.

3. Effectiviteit

We bieden de patiënt de meest geschikte diensten, interventies en behandelingen en richten ons op de beste uitkomsten van zorg. We verbeteren onszelf aan de hand van interne en externe indicatoren. Patiënten krijgen aantoonbaar effectieve en evidence-based zorg van onderscheidende hoogwaardige kwaliteit die continu verbeterd wordt en waarin de patiënt en zijn naasten nadrukkelijk worden betrokken.

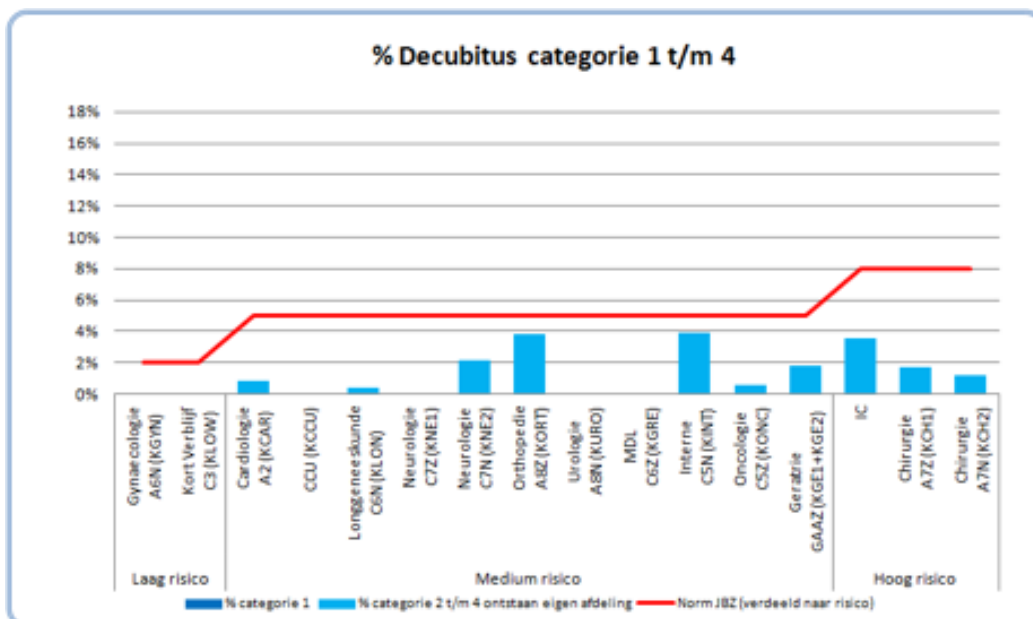
Kwaliteitsindicatoren

In april 2016 worden wederom de landelijk verplichte indicatoren (IGZ, ZiNL, SONCOS, DICA) aangeleverd. Op basis van deze aangeleverde gegevens over 2015 wordt een benchmark vervaardigd met alle STZ-ziekenhuizen ten aanzien van de IGZ- en ZiNL-indicatoren. Deze benchmark dient als input voor de RVE's om mogelijk verbeterpotentieel te ontdekken.

Ziekenhuisbrede verpleegkundige indicatoren

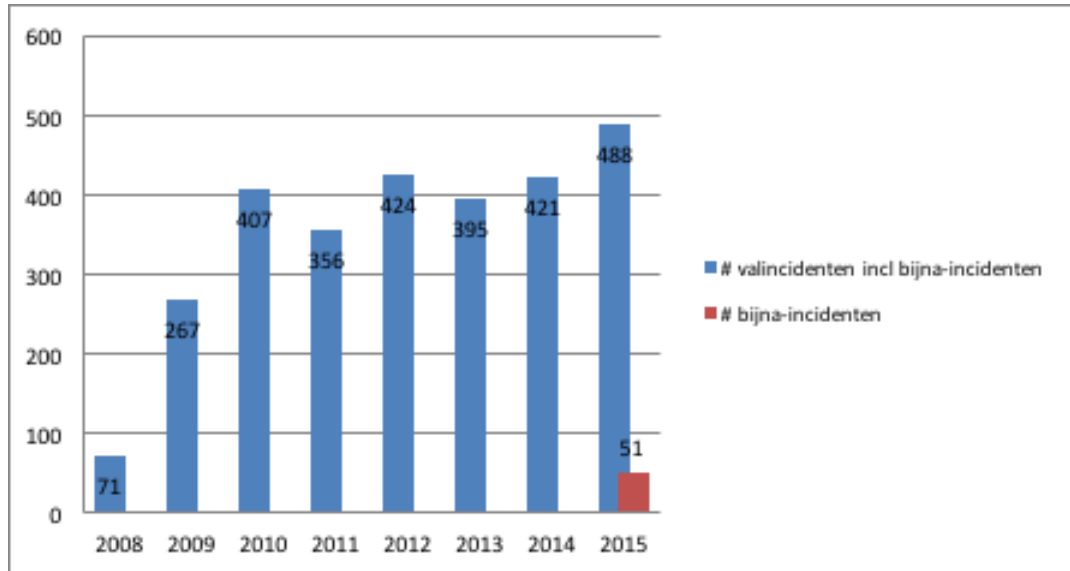
Hieronder volgt een kort overzicht van de resultaten van de ziekenhuisbrede indicatoren welke representatief geacht worden voor het monitoren van de kwaliteit van zorg op de verpleegafdelingen, te weten: pijn, decubitus en kwetsbare ouderen (ondervoeding, valincidenten, delier en fysieke beperkingen).

Decubitus: Grafiek 1: percentage decubitus per afdeling

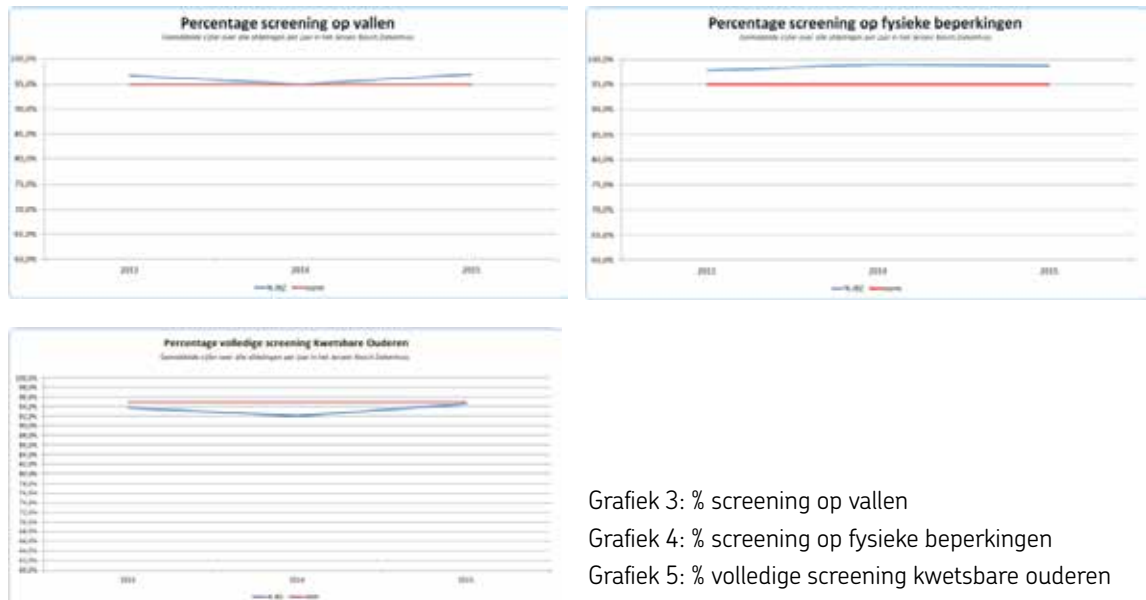


Valincidenten

In grafiek 4 is te zien hoe het aantal valincidenten zich per jaar ontwikkelt. In 2015 zijn er 488 valincidenten (inclusief bijna-valincidenten) gemeld. De Kwaliteits- en Veiligheidsraad heeft als doel gesteld om het aantal valincidenten terug te brengen tot nul. Mede op basis van het JCI-normenkader zal het valbeleid aangescherpt worden (IPSG 6). De huidige cijfers blijven in absolute aantallen hoog en geven reden tot zorgen.



Grafiek 2: aantal valincidenten per jaar



4. Tijdigheid

De zorg wordt op het juiste moment, op de juiste plaats en op het juiste tijdstip geleverd, zonder onnodige wachttijden en lange toegangs- en doorlooptijden. Patiënten en verwijzers kiezen voor het ziekenhuis, vanwege de snelle bereikbaarheid, korte toegangstijden en korte wacht- en doorlooptijden, waarin de patiënt en zijn naasten worden gehoord en waarbij we minimaal aan de JCI-normen voldoen.

De RVE-resultaten op het gebied van tijdigheid (telefonische bereikbaarheid, toegangstijd, doorlooptijd en wachttijden) zijn over het algemeen nog niet eenvoudig te interpreteren en te vergelijken, omdat de manier van meten en weergeven sterk per afdeling of polikliniek verschilt.

Wachtkamermanagement

Het JBZ wil graag de wachttijden in de wachtkamer op de polikliniek monitoren, zodat er zo nodig bijgestuurd kan worden. In 2015 heeft het JBZ geprobeerd om informatie met betrekking tot de poliklinische wachttijden – bijvoorbeeld uit de aanmeldzuilen op de poli's – beschikbaar, uniform en vergelijkbaar te maken. De bruikbaarheid van de informatie leidt echter nog tot discussie.

De wachttijden op de SEH zijn wel bekend en deze vragen om een adequate aanpak. De cijfers zijn besproken in de Kwaliteits- en Veiligheidsraad en het management heeft op basis daarvan een plan van aanpak opgesteld. Door de Raad van Bestuur is een task-force ingesteld om de problematiek aan te pakken.

Toegangstijden

In 2014 is de werkwijze voor het aanleveren en registreren van toegangstijden geanalyseerd en opnieuw ingericht. Daarvoor is een tool ontwikkeld waarin toegangstijden door de afdeling/RVE ingevuld kunnen worden. De toegangstijden worden centraal op de website geplaatst en in ZorgDomein opgenomen. In 2015 zijn daar ook andere toegangstijden en wachttijden aan toegevoegd, zodat we voldoen aan de bijgestelde NZa-richtlijn.

5. Efficiëntie

De patiënt doorloopt het zorgproces optimaal van diagnose tot behandeling en van opname tot ontslag doordat verspillingen worden geëlimineerd ('no waste') en vraag en aanbod in de keten worden afgestemd. De patiënt en zijn of haar naasten worden hierin nadrukkelijk betrokken en gehoord.

Zorgpaden

In 2015 zijn bestaande zorgpaden in het JBZ geëvalueerd, maar zijn er ook nieuwe zorgpaden ontwikkeld, zoals bijvoorbeeld de zorgpaden Pancreascarcinoom, Colorectaal carcinoom, Mohs, Melanoom, Cataract, Maculadegeneratie, Glaucoom en Temporomandibular joint (TMJ). Het combineren van het verbeteren van een zorgpad met het uitvoeren van de prospectieve risicoanalyse vraagt om aandacht. Daarnaast blijft het eigenaarschap van (organisatiebrede) zorgpaden een aandachtspunt, onder andere voor wat betreft (het elkaar aanspreken op) verantwoordelijkheden.

In november is de tweede fase gestart van het project 'Waarde van Zorg' in samenwerking met X-IS Performance. Het doel van dit traject is het benutten van het gevonden kwalitatieve en financiële verbeterpotentieel voor de zorgpaden Mammacare, Pancreascarcinoom, Longcarcinoom en Colonicarcinoom. Hierbij wordt uitgegaan van de gedachte dat het voorkomen van complicaties tot een aanzienlijke financiële besparing leidt. Het tweede doel is het inbedden van de kennis rondom de werkwijze van Value Based Healthcare binnen het JBZ. In 2016 dienen de resultaten van dit project zichtbaar te zijn.

Lean-management

Elke kwartaal worden voor medewerkers van het JBZ bijeenkomsten voor het verbreden en delen van kennis op het gebied van procesverbetering/Lean-management aangeboden.

Tools van Lean worden geleidelijk opgepakt binnen het operationele proces. Voorbeelden zijn het verbeterbord, de dagstart/Huddle en 5S. De Lean-filosofie wordt gebruikt om de implementatie van JCI te ondersteunen. In het kader van JCI is beleid ontwikkeld voor de verpleegkundige processen waarin ook de dagstart als instrument om continu te verbeteren, is geïntegreerd.

6. Gelijkheid

Elke patiënt krijgt gelijke kwaliteit van zorg onder dezelfde voorwaarden en condities, zonder aanzien des persoons wat betreft leeftijd, geslacht, etniciteit, geografische herkomst en sociaaleconomische status.

Nieuw ziekenhuisbeleid

In het kader van JCI is in de projectgroep 'Zorg voor Patiënten/Dossiervoering' beleid met betrekking tot gelijkheid in de patiëntenzorg vernieuwd of opgesteld. Met name het beleid voor 'gelijkheid van zorg voor alle patiënten' is hierbij van belang. Daarnaast is vastgesteld dat op basis van een 'meetlat' per patiënt gekeken wordt waar de patiënt geplaatst kan worden, indien uitwijken nodig is. Per diagnose zijn hiervoor criteria opgesteld.

In algemene zin geldt dat door het vaststellen van ziekenhuisbreed beleid er expliciet uitgangspunten voor gelijkheid van zorg zijn gemaakt. Deze uitgangspunten worden in de praktijk getoetst door middel van tracers.

Laaggeletterdheid

Een belangrijke ontwikkeling is dat laaggeletterdheid gedefinieerd is als risicofactor waarmee rekening gehouden moet worden in de communicatie met de patiënt. In het EPD kunnen zorgverleners laaggeletterdheid als risico aangeven. Ook in het voorlichtingsbeleid wordt hiernaar verwezen. Er wordt gewerkt aan een JBZ-breed 'Zorgprotocol Laaggeletterdheid'.

5

5. Veiligheidsmanagementsysteem

Het veiligheidmanagementsysteem van het JBZ omvat diverse elementen. Hieronder wordt een aantal van deze elementen besproken en uitgewerkt.

5.1. Medisch Specialist Patiëntveiligheid (MSP)

Deze functie (inmiddels 1 FTE) bestaat sinds eind 2010. In de organisatie is de betreffende specialist de ambassadeur van en aanspreekpunt voor alle onderwerpen betreffende patiëntveiligheid richting de medische staf. De betreffende specialist is daarnaast gezien zijn/haar achtergrond zeer goed in staat om de onderwerpen te bespreken met de Raad van Bestuur.

Qua positionering is gekozen voor een positie direct onder de voorzitter Raad van Bestuur. Daarnaast bestaat een intensieve samenwerking met de stafafdeling Kwaliteit en Veiligheid.

De MSP is o.a. verantwoordelijk voor de volgende activiteiten:

- Dossierhouder en contactpersoon namens Raad van Bestuur voor de IGZ.
- Uitvoering JBZ-calamiteitenregeling.
- Ondersteuning van gesprekken met patiënten en hun familieleden naar aanleiding van calamiteiten.
- Voorzitter Centrale VIM-commissie.
- Vice-voorzitter Kwaliteits- en Veiligheidsraad.
- Onderwijs patiëntveiligheid aan arts-assistenten.
- Rol in diverse projecten, o.a. complicatieregistratie, Elektronisch Voorschijf Systeem (EVS), medicatieveiligheid, ontwikkelen onderwijs in patiëntveiligheid aan ziekenhuisartsen in opleiding, etc.

De MSP vervult landelijk een voortrekkersrol in het Netwerk Medisch Specialisten Patiëntveiligheid dat in 2012 werd opgericht samen met de Federatie van Medisch Specialisten. Het netwerk heeft als doel het verbinden van MSP's voor het uitwisselen van kennis, het vergroten van betrokkenheid van medisch specialisten bij patiëntveiligheid, het ondersteunen bij het positioneren van de MSP in het eigen ziekenhuis, het signaleren en delen van situaties waarbij patiëntveiligheid in het geding is/kan zijn en het vergroten van aandacht voor het 'second victim'. Middelen zijn een virtueel (discussie) platform en kwartaalbijeenkomsten rondom een thema.

Daarnaast vervult de MSP diverse functies buiten het ziekenhuis:

- Lid commissie patiëntveiligheid Nederlandse Vereniging Kindergeneeskunde.
- Lid werkgroep patiëntveiligheid Orde Medisch Specialisten.
- Voorzitter (tot oktober 2015) stuurgroep Netwerk Medisch Specialististen Patiëntveiligheid.
- Lid Raad van Advies IGZ.
- Lid commissie Veiligheid en Risico Management Centramed.
- Lid Raad van Toezicht St. Maasduinen, lid kwaliteitscommissie.

5.2. Contacten IGZ en calamiteiten

Contacten IGZ

Op 2 november 2015 vond het jaargesprek plaats met mw. dr. Hellemans, coördinerend specialistisch senior inspecteur IGZ. Geagendeerd waren de volgende onderwerpen:

1. Stand van zaken ziekenhuis
 - 1.1. Mededelingen en actualiteiten ziekenhuis
 - 1.2. Belangrijkste risico's patiëntveiligheid (vanuit Integraal risicomanagement IRM)
2. Aan de hand van een patiëntenproces ('Een patiënt, opgenomen met de verdenking carcinoom, die tijdens opname een STEMI krijgt') de volgende items:
 - 2.1. Triage en spoedeisende zorg
 - 2.2. Dossiervoering en EPD
 - 2.3. Behandeling
 - 2.4. Overdrachten
 - 2.5. Zorg en monitoring EWS
 - 2.6. Regioafspraken en overplaatsing
 - 2.7. Evaluatie van zorg

Aan de hand van een aantal presentaties werden de onderwerpentoegeelicht, waarna nog enkele verdiepende vragen vanuit de IGZ volgden. Inmiddels is het verslag van het jaargesprek vastgesteld.

Bezoeken IGZ

Op 16 september 2015 vond een kennismakingsgesprek plaats tussen een delegatie van het ziekenhuis en de nieuwe accounthouder van de IGZ, mw. Hellemans. Zij volgt dhr. Schoemaker op.

Op 7 oktober legde de IGZ een onaangekondigd bezoek af in het kader van het thematisch toezicht op het voorkomen van infecties door hygiënemaatregelen rondom de operatie (de POWI-bundel). De verpleegafdelingen Orthopedie en Chirurgie werden bezocht. Daarbij is met een aantal patiënten gesproken en heeft er een gesprek plaatsgevonden op de OK. Het oordeel van de IGZ was positief: beide afdelingen voldoen op alle punten aan de gestelde eisen met betrekking tot het voorkomen van post-operatieve wondinfecties. Op de OK wordt het aantal deurbewegingen niet steeds geteld, wel is het een onderdeel van audits.

Op 2 november 2015 legde de IGZ een onaangekondigd bezoek af aan de afdeling Interne Oncologie, in het kader van het voor het jaargesprek geagendeerde onderwerp 'Een patiënt, opgenomen met de verdenking carcinoom, die tijdens opname een STEMI krijgt'.

De bevindingen werden later die dag tijdens het geplande jaargesprek kort teruggekoppeld aan de Raad van Bestuur.

Calamiteiten

Een calamiteit is volgens de definitie van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis die betrekking heeft op de kwaliteit van zorg en die tot de dood van of een ernstig schadelijk gevolg voor een patiënt heeft geleid. Het JBZ heeft ervoor gekozen deze definitie (met goedkeuring van de IGZ) aan te scherpen.

Een calamiteit is een onbedoelde of zeer onverwachte gebeurtenis in de gezondheidszorg die tot de dood of tot een ernstig schadelijk gevolg leidt voor de patiënt, optredend tijdens een (para)medische, verpleegkundige, verzorgende handeling of bij de toepassing van een product of apparaat in de gezondheidszorg dan wel voortkomend uit het nalaten van adequate zorg, een gebrek in een

voorziening of een kwaliteitsafwijking van een product of apparaat dat toepassing vindt in de gezondheidszorg. Hierbij is ook inbegrepen het vermoeden van seksueel misbruik van een patiënt.

Bij een (vermoeden van een) calamiteit wordt de Medisch Specialist Patientveiligheid hiervan in kennis gesteld. Deze informeert de Raad van Bestuur en de voorzitter van het bestuur van de Bossche Specialisten Coöperatie. De voorzitter van de Raad van Toezicht wordt door de voorzitter van de Raad van Bestuur ingelicht. Direct na de melding wordt een SIRE-analyse opgestart.

Het doel van de analyse is van het gebeurde te leren en waar mogelijk verbeteringen te brengen. Naast een gedegen reconstructie van het incident hecht het JBZ er waarde aan om te bezien of het incident vermeden had kunnen worden. Voor de monitoring van de voortgang van de verbetermaatregelen heeft de Raad van Bestuur het in huis ontwikkelde management systeem "RENSKE" ter beschikking.

In toenemende mate is er aandacht voor het 'tweede slachtoffer' van het incident, de zorgverlener. De huidige vorm van opvang is aan verbetering toe. Het JBZ neemt om die reden sinds september 2015 deel aan het landelijk Leernetwerk Peer Support. Doel van dit traject is om in 2016 een eigen Peer Support-netwerk operationeel te hebben.

SIRE-onderzoek/IGZ

2015 laat de volgende gegevens zien:

- Er zijn zes calamiteiten onderzocht.
- Er zijn daarnaast zes incidenten middels SIRE onderzocht. Drie SIRE-onderzoeken zijn gemeld bij de IGZ. Deze bleken achteraf niet aan de definitie calamiteit te voldoen.
- Van de zes SIRE-onderzoeken lopen er twee door in 2016. Eén SIRE-onderzoek is afgerond in januari 2016 en één SIRE-onderzoek loopt nog ten tijde van dit schrijven.

Analyse basisoorzaken

In 2015 heeft opnieuw een analyse plaatsgevonden naar de basisoorzaken die in de SIRE-onderzoeken zijn vastgesteld. Uit negen SIRE onderzoeken zijn 35 basisoorzaken naar voren gekomen. Er zijn grote verschillen te zien tussen 2014 en 2015. Dit heeft waarschijnlijk met categorisering te maken, dat laat ruimte voor subjectiviteit. De verwachting is dat dit bij het gebruik van het Eindhovens Classificatie Model niet meer speelt.



Artikelen op intranet:

In 2015 zijn er naar aanleiding van SIRE-analyses drie artikelen verschenen op intranet.

- Maart: 'Balanceren tussen kaders, communicatie rond incidenten/calamiteiten'
- Mei: 'Patiëntverwisseling op een polikliniek, lessen voor patiëntverificatie'
- Oktober: 'Ook ik maak fouten'

De reacties van collega's naar aanleiding van deze artikelen zijn hartverwarmend. Met name het artikel 'Ook ik maak fouten', geschreven door één van de verpleegkundigen die betrokken was bij het incident in kwestie, maakte veel positieve reacties los.

Blik op 2016:

Onder doorontwikkeling van de calamiteitenprocedure valt:

- Scholing SIRE/Prisma (in plaats van enkel SIRE).
- Basisoorzaken classificeren volgens het Eindhovens Classificatie Model.
- Calamiteiten registreren in iTask (dat komt in de plaats van RENSKE).
- Verbeterformulier inzetten voor aanbevelingen uit iTask.
- Uitbreiden onderzoeksteam.
- Overgang van een centrale naar een decentrale opzet.

5.3. Veilig Incidenten Melden (VIM)

Het Veilig Incidenten Melden (VIM) is bedoeld om op afdelingsniveau en organisatiebreed zicht te krijgen op oorzaken van ongewenste gebeurtenissen in het zorg- en behandelproces. Tevens toont het welke risico's er zijn op afdelings-, RVE- en ziekenhuisniveau en op welk gebied deze liggen. Het VIM is ziekenhuisbreed ingevoerd. Decentraal beschikt iedere afdeling, polikliniek en ondersteunende afdeling over een VIM-team.

Voor het goed functioneren van het VIM is het naast een veilige meldcultuur (input) van belang dat er tijd en expertise (output en effect) is om de meldingen te analyseren, hierop verbeteracties te formuleren en deze te evalueren en zo nodig bij te stellen.

De uitwerking van deze principes is opgenomen in het beleidsplan VIM 2014-2017. Het JBZ heeft 73 decentrale VIM-teams. Elk VIM-team heeft een contactpersoon en gemiddeld bestaat een VIM-team uit vier à vijf leden.

De belangrijkste ontwikkelingen en resultaten in 2015 waren:

- De Raad van Bestuur en BBSC hebben de CVIM-commissie gevraagd of het beleidsplan Veilig Incident Melden 2014-2017 in de organisatie is geïmplementeerd. Om antwoord te kunnen geven op deze vraag heeft de CVIM besloten om de doorvertaling van het beleidsplan VIM 2014-2017 naar de afdelingen middels een enquête te onderzoeken. Deze is uitgezet onder de VIM-teams van de polikliniek, kliniek, ondersteunende afdelingen en Tolbrug.
- Implementatie van iTask. De CVIMC besteedt/heeft veel tijd en energie besteed aan scholing van de teams en het inrichten van het systeem.
- JBZ brede bijeenkomsten voor de VIM-teams (vier keer).
- JBZ breed VIM journaal (twee keer verschenen).
- Regelmatig VIM mailings naar VIM-teams.
- Enkele artikelen naar aanleiding van DAM- en SIRE-analyses op intranet.
- Ondersteuning bij DAM-analyses: vijf.
- Ondersteuning bij SIRE-analyse (in het kader van grote incidenten): drie.

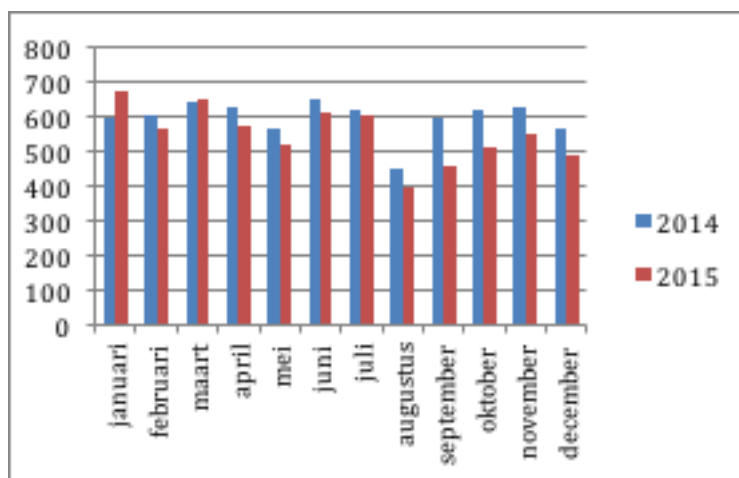
- Analyse medicatieloop: één.
- lezen en feedback geven op termijnrapportages van diverse VIM-teams.

Kerngegevens VIM

Het totaal aantal door medewerkers gemelde (bijna-)incidenten laat een daling zien, voornamelijk in het laatste kwartaal van 2015. Mogelijke oorzaken van de daling zouden kunnen zijn:

- Het nieuwe iTask-systeem (vanaf 1 juli 2015); het meldformulier is niet meer van huis uit bereikbaar.
- Het VIM-formulier wordt ervaren als groot, er is veel om in te vullen.
- Meldingen staan gemiddeld langer dan 34 dagen open, hierdoor kunnen melders het gevoel krijgen dat er niets met hun melding wordt gedaan of dat dit te laat gebeurt.

Tabel 1: het incidenten per maand in 2014/ 2015

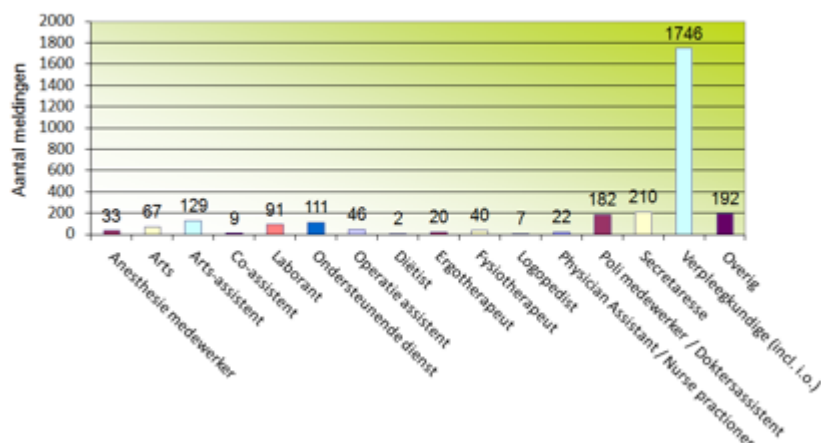


VIM-inhoudelijk 2015

Wie meldt er?

Het iTask-systeem (operationeel van af 1 juli) aggregereert gegevens op een andere wijze dan het IMS (operationeel tot 30 juni). Er is gekozen om de gegevens van 1 juli - 31 december 2015 weer te geven.

Tabel 2: aantal melders per functie



Als naar percentages wordt gekeken, blijkt dat dat voor specialisten en verpleegkundigen niets veranderd is ten opzichte van 2014. In het laatste halfjaar van 2015 zien we een stijging in het melden door de arts-assistenten (3,18 procent in 2014 en 4,43 procent in het laatste halfjaar van 2015).

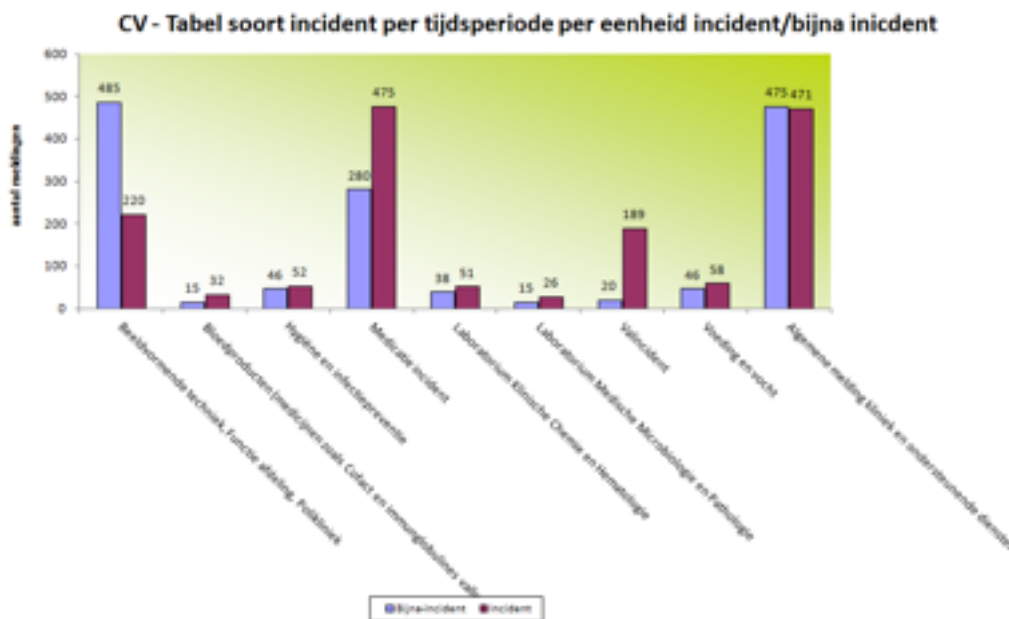
Tabel 3: aantal meldingen per incidenttype:

De incidenttypes 'Beeldvormende techniek, functieafdeling en polikliniek' en 'Algemene melding kliniek en ondersteunende diensten' laten de meeste meldingen zien. De medicatie-incidenten scoren hierna het hoogst. Het beeld is vergelijkbaar met 2014.



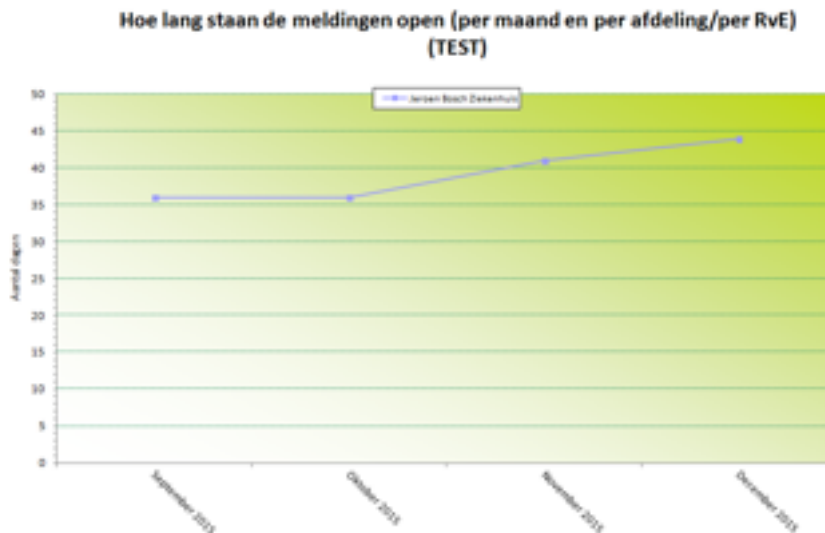
Tabel 4: aantal incidenten en bijna-incidenten:

In 2015 is voor het eerst gekeken naar het aantal incidenten en het aantal bijna-incidenten (near miss). Hieronder staat de tabel uit iTask (wederom 1 juli 2015 tot en met 31 december 2015). Er is onder medewerkers van het JBZ een grote bereidheid tot het melden van bijna-incidenten. De principes van Safety-2 lenen zich uitstekend voor het analyseren van bijna-incidenten. In 2016 zal hier meer aandacht aan worden geschonken.



Tabel 5:

Het duurt gemiddeld veertig dagen voordat een melding is afgesloten. Naar de mening van de CVIMC is dit te lang. Dit betekent dat het inzetten van verbeteracties laat gebeurt (dat gebeurt na afsluiting van een melding) en dat er veel tijd zit tussen het melden en de terugkoppeling van de uitkomst naar de melder. Dit werkt weinig stimulerend op de meldcultuur. Door de data terug te koppelen naar de afdelingen hoopt de CVIMC dat hier aandacht voor komt en men acties onderneemt om de doorlooptijd te verkorten. Daarnaast zal de CVIMC voor 2016 een norm stellen voor de tijd (aantal dagen) binnen welke een melding in behandeling wordt genomen en binnen welke deze dient te worden afgesloten.



Centrale VIM-commissie

Groeiende betrokkenheid met en een vergroot bewustzijn op het gebied van patiëntveiligheid zal veiligere zorg en behandeling bewerkstelligen in het JBZ. Het gedachtegoed van VIM levert daar een belangrijke bijdrage aan. Op het gebied van de decentrale VIM blijven er duidelijke verschillen tussen de diverse teams bestaan. Deze uiten zich in onvoldoende randvoorwaarden voor VIM en VIM-teams, het onvoldoende analyseren en hanteren van de PDCA-systematiek.

Ook de meldcultuur verschilt tussen afdelingen en in de tijd. De CVIMC neemt hier waar mogelijk een actieve rol in, door het bezoeken van VIM-teams en het regelmatig inzicht geven in het functioneren van VIM in het JBZ middels de eigen termijnrapportages welke worden aangeboden aan de Raad van Bestuur. Minstens zo belangrijk is echter de houding van en het voorbeeldgedrag door het RVE-management ten aanzien van VIM in de brede zin.

Voor 2016 zijn de belangrijkste uitdagingen voor het JBZ de overgang naar het EPD op 24 juni, en het behalen van de JCI-accreditatie in december. De CVIMC-commissie is voornemens de teams zoveel mogelijk te faciliteren bij het snel inzicht verkrijgen in de belangrijkste afdelingsgebonden risico's bij dergelijke processen. Eén van de hulpmiddelen is het gebruiken van tel-vim-formulieren. Met dit meldtype worden procesafwijkingen zonder schade in categorieën geregistreerd en gekoppeld aan de probleemverantwoordelijke. Hierdoor zijn de frequentie en het soort faalwijze snel en eenvoudig zichtbaar en bespreekbaar.

Tevens wordt het mogelijk om de beschikbare kwaliteitsgegevens goed met elkaar te verbinden, doordat in 2015 een belangrijke voorwaardelijke stap in deze richting is gezet met de implementatie van iTask, het nieuwe meldsysteem.

5.4. Klachten

In het Jeroen Bosch Ziekenhuis spant men zich in om aan patiënten zo goed mogelijke zorg te verlenen. Mocht een zorggebruiker onverhoopt niet tevreden zijn, dan biedt het ziekenhuis diverse mogelijkheden om dat kenbaar te maken.

Informatie voor zorggebruikers

In het ziekenhuis is een brochure beschikbaar, genaamd 'Als u klachten heeft...'. Daarin is informatie te vinden over hoe te handelen als men een klacht wil indienen. Deze folder is ook op de website te raadplegen. Daarnaast staat er een uitvoerige informatievoorziening over mogelijkheden om een klacht te laten behandelen op de website van het ziekenhuis.

Klachten van patiënten of hun vertegenwoordigers zijn een belangrijke bron van informatie om tot kwaliteitsverbetering te komen. In 2015 is de verbetercyclus verder aangescherpt.

Klachtenbemiddeling

	2015	% van totaal	2014	% van totaal	2013	% van totaal
Professioneel handelen	267	[26.51]	321	[26.97]	236	[26.13]
Informatie	149	[14.80]	133	[11.18]	118	[13.07]
Relatie	171	[16.98]	235	[19.75]	146	[16.17]
Organisatie	321	[31.88]	392	[32.94]	325	[35.99]
Financiën	99	[9.83]	109	[9.16]	78	[8.64]
Totaal bemiddeld	1007	[100]	1190	[100]	903	[100]
Totaal opgevangen	162		241		213	
Totaal opgevangen en/of bemiddeld	1169		1431		1116	

Aantal klachten

In 2015 hebben de drie klachtenfunctionarissen bemiddeld voor 746 personen. Zij hadden klachten over 1007 aspecten die betrekking hadden op de zorg. Daarnaast stonden de klachtenfunctionarissen 137 personen te woord, die gezamenlijk 162 'klachaspecten' hebben geuit.

Klachtenopvang en bemiddeling

De klachtenfunctionarissen vingen de groep van 137 personen op en gaf hen informatie en advies. In een aantal gevallen verwezen de klachtenfunctionarissen de personen in kwestie naar een andere instantie, zoals de onafhankelijke Klachtencommissie, de schadebehandelaar of de jurist van het ziekenhuis. Hiervoor assisteerde de klachtenfunctionarissen een enkele keer bij het op schrift zetten van de klacht of aansprakelijkheidsstelling. Zij deden dit voor klagers waarvoor deze voorzieningen anders ontoegankelijk dreigden te zijn.

In 2015 hebben de klachtenfunctionarissen de klagers actief gestimuleerd om hun klacht zelf bespreekbaar te maken met de betrokken medewerker. Hierdoor kan de onvrede van de klager direct besproken worden, zodat onnodige escalatie voorkomen kan worden. Echter gaven veel klagers er toch de voorkeur aan dat hun onvrede door de klachtenfunctionarissen bij de betrokkenen onder de aandacht werd gebracht.

De klachtenfunctionarissen stellen zich onpartijdig op en geven geen oordeel over het al dan niet gegrond zijn van een klacht. Patiënten die hun klacht willen laten beoordelen, worden verwezen naar de onafhankelijke Klachtencommissie.

Omgang met klachten binnen het JBZ

De klachtenfunctionarissen verzorgden in 2015 enkele presentaties tijdens scholingen van artsen in opleiding. Daarbij werd aandacht besteed aan de omgang met onvrede op de werkvloer. Door een vroegtijdige herkenning van onvrede, het bespreekbaar maken van de onvrede met de patiënt en gezamenlijk te zoeken naar een oplossing, kan de onvrede bij de bron worden aangepakt. Hierdoor wordt verdere escalatie voorkomen.

De klachtenfunctionarissen vinden het belangrijk dat er binnen de RVE's en vakgroepen open en transparant met klachten wordt omgegaan. Bij het indienen van een klacht geeft de klager vooral negatieve feedback op de behandeling die in het JBZ heeft plaatsgevonden. Dit is een subjectieve beleving van de klager. De klachtenfunctionaris legt de nadruk op het bespreken van de klacht en het zoeken naar een gezamenlijke oplossing. Het doel hiervan is om de onderlinge relatie te herstellen. Ondanks dat de klager een medewerker aanspreekt op het gedrag of op de behandeling, is een defensieve benadering van medewerkers op klachten onnodig. Deze benadering, hoe begrijpelijk soms ook, heeft meestal geen positieve invloed op het resultaat van de bemiddeling.

Klachtenregistratie

In de klachtenregistratie wordt naast het verhaal van de klager ook de reactie van de medewerker van het JBZ verwerkt. Hierdoor wordt aan beide kanten van het verhaal recht gedaan. De managementrapportages van de klachtenfunctionarissen vormen één van de informatiebronnen voor het kwaliteitsbeleid van het JBZ.

Wet Klachten Kwaliteit en Geschillen Zorg (Wkkgz)

Met de genoemde aandachtspunten namen de klachtenfunctionarissen in 2015 al een voorschot op de Wkkgz die in januari 2016 in werking is getreden. In deze wet ligt de nadruk op een vlotte, effectieve, laagdrempelige en de-escalerende klachtenbehandeling binnen zorginstellingen. Deze wet beoogt in te spelen op de behoeften van de patiënt. Iedere zorginstelling is verplicht een klachtenfunctionaris aan te stellen. De klachtenfunctionaris speelt een centrale rol bij de klachtbehandeling en zal daarbij een bemiddelende rol vervullen. Transparantie en openheid van de zorgaanbieder staat hierbij centraal. Het jaar 2016 geldt als een overgangsjaar. Gedurende 2016 dienen zorginstellingen de klachtenregelingen aan te passen en de regelingen te conformeren aan de nieuwe wet.

Klachtencommissie

Een klager kan zich ook wenden tot de Klachtencommissie van het Jeroen Bosch Ziekenhuis. De commissie bestaat uit dertien leden, waaronder een onafhankelijke voorzitter, twee externe leden en een secretaris.

De Klachtencommissie doet onderzoek naar de klacht, waarbij hoor en wederhoor wordt toegepast. In voorkomende gevallen maakt een hoorzitting deel uit van dit onderzoek. Ook wordt soms een extern deskundige geraadpleegd. Als de Klachtencommissie haar onderzoek heeft afgerond, komt zij tot een uitspraak. De commissie doet alleen een uitspraak over het feit of zij een klacht gegrond dan wel ongegrond acht. De commissie kan geen maatregelen nemen. Wel kan de Klachtencommissie naar aanleiding van een klacht aanbevelingen doen aan de Raad van Bestuur.

Het eindoordeel wordt toegezonden aan de klager en de aangeklaagde partijen. De Raad van Bestuur ontvangt een afschrift van de uitspraak en laat vervolgens aan de klager weten welke maatregelen er naar aanleiding van de uitspraak worden getroffen.

Klachten

In 2015 heeft de Klachtencommissie 24 klachten in behandeling genomen. Van deze klachten waren er twintig (83 procent) geheel of gedeeltelijk gegrond (voor een uitgebreid overzicht: zie bijlage).

Adviezen van de Klachtencommissie

De klachtenbehandeling biedt informatie over de wijze waarop de dienstverlening binnen het ziekenhuis verbeterd kan worden. Om een bijdrage te leveren aan deze kwaliteitsverbetering formuleert de Klachtencommissie adviezen aan de Raad van Bestuur, waardoor soortgelijke klachten in de toekomst kunnen worden voorkomen. In het afgelopen jaar heeft de Klachtencommissie bij zeven klachtenprocedures aanleiding gezien om de Raad van Bestuur te wijzen op aspecten van zorg die verbetering behoeven. Naar aanleiding daarvan werden in 2015 onder meer de volgende acties ter verbetering van de zorgverlening in gang gezet.

Beoordelingsprocedure röntgenfoto

Naar aanleiding van een klacht over een onjuiste beoordeling van een röntgenfoto heeft de Klachtencommissie de aanbeveling gedaan om röntgenfoto's, welke door een huisarts worden aangevraagd en derhalve door één radioloog worden beoordeeld, door een tweede radioloog te laten beoordelen met als doel de kans op het missen van een afwijking te verkleinen. In overleg met de landelijke beroepsvereniging voor radiologen werd onderzocht op welke wijze de praktijk op dit punt kan worden aangepast. Daarnaast worden tijdens multidisciplinaire besprekingen beelden van gemiste afwijkingen en bijna gemiste afwijkingen besproken teneinde hiervan te leren.

Schoonmaak en hygiëne op de verpleegafdeling

Mede naar aanleiding van klachten over de schoonmaakactiviteiten op een verpleegafdeling werden schoonmaakprotocollen herzien en werden medewerkers die werkzaam zijn in de schoonmaak bijgeschoold. Ook worden systematisch hygiënemetingen verricht op afdelingen en worden de unithoofden bevroegd over de schoonmaakwerkzaamheden en hygiëne. Zo nodig worden verbeteracties uitgezet.

Verminderen van de wachttijden op de SEH en kortere doorlooptijden.

Naar aanleiding van een klacht over de wachttijd op de SEH werd onderzocht hoe overleg en onderzoekstrajecten, in gevallen waarbij meerdere medisch specialismen zijn betrokken, beter kunnen worden gestroomlijnd teneinde de doorlooptijd voor patiënten te bekorten. In dit verband kan worden opgemerkt dat de Huisartsenpost, welke op 15 juni op het JBZ-terrein in gebruik werd genomen, gunstige gevolgen heeft voor de wachttijden op de SEH. Patiënten bij wie huisartsenzorg volstaat doen geen beroep meer op de SEH en dit leidt tot een lagere instroom van patiënten en dus kortere wachttijden.

Optimalisering van verslaglegging van verrichtingen in het Poliklinisch Operatiecentrum.

Naar aanleiding van de conclusie van de Klachtencommissie dat de operatieverslagen van verrichtingen in het Poliklinisch Operatiecentrum niet voldeden aan de professionele standaard, werden de richtlijnen voor de verslaglegging aangepast.

Dossiervoering op de verpleegafdeling

Naar aanleiding van een klacht die onder meer ging over het niet goed bijhouden van het dossier werd de betreffende afdeling gewezen op het belang van goede dossiervoering. In het Jeroen Bosch Ziekenhuis is de dossiervoering een permanente bron van aandacht. Er is een handleiding voor professionals ontwikkeld over de wijze waarop een dossier moet worden ingericht en er worden cursussen over dit onderwerp gegeven.

6



6. Bedrijfsvoering

6.1. Plan- en controlcyclus

De plan- en controlcyclus van het JBZ is zowel beleidsmatig als financieel ingericht. Het Jeroen Bosch Ziekenhuis heeft als uitgangspunt voor zijn beleidskader gekozen voor het INK-managementmodel van het Instituut Nederlandse Kwaliteit. Als afgeleide van dit model is gekozen voor het PKKK-model (Productie, Kosten, Kwaliteit van zorg, Kwaliteit van arbeid en Kwaliteit van Onderwijs en Opleiden). Leidend in de beleidsontwikkeling zijn de eerder genoemde zes dimensies van kwaliteitszorg. Vanuit elke dimensie zijn voor 2015 in de kaderbrief strategische doelstellingen geformuleerd. Deze strategische doelstellingen zijn vertaald naar tactisch/operationele doelstellingen voor de RVE's/stafafdelingen. Aan de hand hiervan hebben de RVE's/stafafdelingen hun jaarplannen opgesteld. De ziekenhuisbegroting 2015 is opgesteld op basis van de jaarplannen per RVE/stafdienst. De afspraken uit de jaarplannen van het RVE/stafmanagement zijn vervolgens vastgelegd in een managementcontract tussen de Raad van Bestuur en het RVE-/stafmanagement.

In de vigerende beleidscyclus worden de behaalde resultaten elke vier maanden getoetst op het niveau van de RVE's en stafafdelingen. Iedere vier maanden leveren de RVE- en stafmanagers hun rapportage en analyse op een systematische en uniforme wijze aan. De Raad van Bestuur bespreekt vervolgens met hen de resultaten aan de hand van deze rapportage, voorzien van adviezen van de stafafdelingen. Naast een verklaring voor de belangrijkste afwijkingen van de kwaliteits- en financiële doelstellingen wordt aandacht geschonken aan te verwachten ontwikkelingen voor de komende periode en de financiële gevolgen daarvan.

De effectuering van de doelstellingen van het ziekenhuis wordt enerzijds gemonitord via de Quality Board Letter (met name toegespitst op de ontwikkelingen in de kwaliteit van zorg) en anderzijds via de maandelijkse financiële managementrapportages aan het RVE-management en de Raad van Bestuur. Die rapportages geven inzicht in het ziekenhuisresultaat en kansen en bedreigingen, inclusief potentiële financiële gevolgen. Deze rapportages worden besproken met de Auditcommissie en/of de Raad van Toezicht. De financiële viermaandelijke rapportage wordt ook ter beschikking gesteld van interne adviesorganen en relevante externe partijen (Waarborgfonds voor de Zorgsector, bank, zorgverzekeraars).

Het actualiseren van het financieel meerjarenperspectief is een belangrijke pijler in het kader van de plan- en controlcyclus, met name bij de kaderstelling. Belangrijke elementen hierbij zijn de ontwikkelingen van de kapitaallasten in relatie tot de nieuwbouw en de verwachting ten aanzien van de te realiseren inkomsten.

6.2. Verbetering bedrijfsvoering

Ontwikkeling plan- en controlcyclus

In 2015 heeft de plan- en controlcyclus zich ontwikkeld conform verwachting. De kaderbrief was gebaseerd op kaders voor de lange termijn, met name op het gebied van kwaliteit van zorg, kwaliteit van arbeid en kwaliteit van onderwijs en opleiden. De afspraken uit de jaarplannen zijn vastgelegd in een managementcontract tussen het management en de Raad van Bestuur. Elke vier maanden wordt de voortgang ten opzichte van deze afspraken besproken door het management en de Raad van Bestuur, waarbij de focus van deze gesprekken steeds meer gericht is op kwaliteit van zorg.

De regeling aangaande de incentives is over 2015 toegepast. Echter, aangezien niet aan alle benodigde voorwaarden uit de incentiveregeling is voldaan, heeft dit over 2015 niet geleid tot een uitkering aan de RVE's of stafafdelingen. De regeling aangaande het doorberekenen van interne dienstverlening is gedurende het gehele jaar 2015 van kracht geweest en is eind 2015 met zowel het management van de medisch ondersteunende RVE's als met het management van de poort-RVE's geëvalueerd.

In 2015 zijn de kostprijzen van het ziekenhuis wederom berekend - conform de regelgeving vanuit de NZa - en voorzien van een goedkeurende verklaring van de accountant.

De verdere doorontwikkeling van de plan- en controlcyclus is in 2016 gefocust op een nieuw begrotingsproces, waarin duidelijker de relatie tussen productie en de hiervoor te maken kosten tot zijn recht komt.

Continue monitoring financieel meerjarenperspectief

Drie keer per jaar wordt het financieel meerjarenperspectief met behulp van de meest recente informatie geactualiseerd. In dit perspectief wordt geprognosticeerd wat het effect is van de diverse interne en externe ontwikkelingen op de exploitatie van het ziekenhuis van het lopende jaar en van de twee jaren daarna. Het vormt hiermee de basis voor het te voeren financieel beleid. De gevolgen op langere termijn van de omzetontwikkeling binnen de DOT-systematiek zijn hierbij essentieel. Daarnaast is in 2015 gestart met de zogenaamde begrotingscommissie. Deze commissie, bestaande uit een vertegenwoordiging van het (duale) management en stafmanagers, adviseert de Raad van Bestuur gevraagd en ongevraagd over RVE-overstijgende financiële vraagstukken en knelpunten.

A0/IC-organisatie

De procesbeheersing is in 2015 op orde en draagt bij aan de betrouwbaarheid van de jaarrekening. Het Jeroen Bosch Ziekenhuis beschikt over een professionele verbijzonderde 'interne controlefunctie', die is ingebed in de organisatie en die toeziet op de kwaliteit van de interne beheersing van een groot aantal (financiële) bedrijfsprocessen en de jaarrekening.

Treasury

Zoals altijd past het JBZ een voorzichtige financiële bedrijfsvoering toe waarbij de uitvoering van de primaire taak van de instelling leidend is. Naast het in kaart brengen van de maandelijkse kasstromen, inclusief het opstellen van een maandelijks geactualiseerde liquiditeitsprognose met toelichting, waren belangrijke doelstellingen in het verslagjaar:

- Een grote betrokkenheid bij de financiering, betalingsvoorwaarden en timing van investeringen in het EPD;
- Een intensieve sturing op rentekosten en het gebruikmaken van deposito's en spaarrekeningen bij creditstanden;
- Een actievere rol bij de bevoorschotting en schadelastafspraken met zorgverzekeraars;
- Actieve betrokkenheid bij het treasury netwerk van de STZ-ziekenhuizen.

De samenstelling van de treasurycommissie is in 2015 aangepast. Naast mensen van Financiën, Control en Informatie (FC&I) is ook een RVE-manager uit het primaire proces toegevoegd. De commissie vergadert maandelijks.

In 2015 vond er een aantal maal overleg plaats met huisbankier ABN Amro. Onderwerpen van gesprek waren de financiële stand van zaken van het ziekenhuis, de liquiditeitspositie en de (jaarlijkse) actualisering van het totale kredietarrangement. Laatstgenoemde activiteit leidde niet tot enige verhoging van tarieven. De bank heeft aangekondigd in 2016 te gaan sturen op een solvabiliteitsratio in plaats van het op dit moment nog gehanteerde equityratio.

Zoals gebruikelijk vond in de zomer van 2015 de herbeoordeling door het WFZ plaats. Van bijzonderheden was geen sprake.

Ontwikkeling liquiditeit

De liquiditeitspositie vertoonde in 2015 een gunstig verloop. Slechts in de maand september moest het ziekenhuis in bescheiden mate gebruikmaken van rekening-courantkrediet. De debiteurenontvangsten lieten een bijzonder grillig verloop zien en bemoeilijkten het opstellen van een nauwkeurige liquiditeitsplanning. Dit verloop werd veroorzaakt door een wijziging in de regelgeving rond DBC's. De maximale looptijd van een DBC is in 2015 verkort van 360 dagen naar 120 dagen. Deze nieuwe afsluitregel veroorzaakte een forse vertraging bij het samenstellen van prijslijsten; het JBZ kon pas in augustus de facturatie over 2015 opstarten. Het betrof hier overigens een landelijk probleem; om die reden waren verzekeraars bereid het ziekenhuis aanvullende voorschotten te verstrekken. Deze extra voorschotten zijn inmiddels verrekend.

Eind 2015 was de facturering van Revalidatiecentrum Tolbrug over 2015 nog niet opgestart.

Ook in dit verslagjaar is er sprake van een aantal eenmalige mutaties. In de loop van 2015 is de overschrijding van het omzetplafond 2013 terugbetaald aan de zorgverzekeraars (€ 10 miljoen). Uit hoofde van de prorata- en integratieheffing is een bedrag van bijna € 2 miljoen aan de fiscus betaald. In 2015 vond de definitieve vaststelling van de transitierегeling 2012 plaats. Dit leidde tot een ontvangst van ruim € 4 miljoen.

Vanwege de gunstige liquiditeitspositie zijn er gedurende het verslagjaar meerdere depositorekeningen geopend. Deze deposito's waren direct opeisbaar, maar leverden vanwege de rentestanden op de geld- en kapitaalmarkt helaas bescheiden rentebaten op.

Ook voor het komende jaar wordt een gunstige liquiditeitspositie voorzien.

Bewaking vermogenspositie

Bewaking van het resultaat en de vermogenspositie heeft continu plaatsgehad. Het boekjaar 2015 is afgesloten met een positief resultaat van € 11,0 miljoen en een eigen vermogen van € 94,4 miljoen.

6.3. Financiering

In 2015 is de financiering van het Jeroen Bosch Ziekenhuis vrijwel geheel gebaseerd op gerealiseerde DOT-productie tot het niveau van het met de zorgverzekeraars afgesproken omzetplafond. Een kleiner deel van de financiering werd verzorgd door beschikbaar gestelde subsidies door het Zorginstituut en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). De overheid stelt een vangnet beschikbaar in de vorm van een garantieregeling voor kapitaallasten. Het betreft hier een overgangsregeling, welke ultimo 2016 expireert.

Met alle vijf grote verzekeraars (VGZ, CZ, Achmea, Menzis en Multizorg) is in 2015 een afspraak tot stand gekomen.

6.4. Financiële instrumenten

Voor de financiering van de nieuwbouw zijn vijf leningen afgesloten met een totale hoofdsom van € 340 miljoen. Twee leningen met een hoofdsom van € 140 miljoen zijn geborgd door het WFZ. De rentelastperiode bij deze leningen is gelijk aan de looptijd. Eén lening met een hoofdsom van € 100 miljoen kent eveneens geen renteherziening.

Bij twee ultimo 2011 gesloten leningen is er sprake van een variabel rentepercentage gedurende de gehele looptijd van deze leningen. Basis voor de renteberekening vormt hierbij het driemaands Euribor. Het JBZ heeft als beleid om afgeleide financiële instrumenten te gebruiken om rentefluctuaties te beheersen. Het renterisico van de hier genoemde leningen is afgedekt door middel van een renteswap. Zowel het treasurystatuut van het JBZ als het WFZ staat het gebruik van dit derivaat toe.

6.5. Risico's

In onderstaand schema worden voornaamste risico's en onzekerheden waarmee het Jeroen Bosch Ziekenhuis wordt geconfronteerd in beeld gebracht:

Risicotabel

Risico	Effect	Beheersing
Krimpemde of stabiliserende omzet/productie	Inkomsten dalen	Nieuwe strategie, hogere tarieven, focus op kostenbeheersing /-reductie
Kosten dure geneesmiddelen	Stijgende kosten	Afspraken met zorgverzekeraars, alternatieven voor dure geneesmiddelen, prijs- en volumebeheersing dure geneesmiddelen
Kosten EPD	Stijgende kosten	Beheersing/reductie implementatiekosten en jaarlijkse onderhoudskosten EPD
Niet realiseren van rendementsverbeteringen	Begroot resultaat wordt niet gehaald	Verwerking in begroting, periodieke monitoring
Ontwikkelingen vanuit de overheid	Korting op de begroting	Budgettaire verwerking van de korting

Krimpemde omzet

Het JBZ heeft vanaf het moment van betrekken van de nieuwbouw een relatief sterke groei doorgemaakt. De laatste twee jaar wordt echter een krimp/stabilisatie van de omzet geconstateerd. Dit wordt enerzijds veroorzaakt doordat verzekeraars de afgesproken omzetplafonds niet willen indexeren voor ontwikkelingen van lonen en prijzen. Zij spreken lagere prijzen af omdat zij het JBZ te duur vinden. Anderzijds is er sprake van een daling van de 'consumptie' door patiënten. Dit laatste heeft weer een directe relatie met de verhoging van het eigen risico de laatste jaren. Ook heeft de economische situatie indirect geleid tot een lagere consumptie. Daarnaast zijn er ook autonome ontwikkelingen die leiden tot een lagere omzet (meer naar de eerste lijn, e-health) en verandert zowel de patiënt als het zorglandschap in rap tempo. In 2015 is voor het eerst bij twee verzekeraars het omzetplafond onderschreden.

Ook de komst van de Huisartsenpost, medio 2015, heeft een krimpemde werking op de omzet. Verder is de macrogroei die de overheid voorziet praktisch nihil. Indien rekening wordt gehouden met de stijgende kosten voor dure geneesmiddelen is er zelfs sprake van een macrokrimp. Een nieuwe strategie van het JBZ zal deze ontwikkelingen meenemen en hierop een antwoord formuleren. Vooralsnog dient bij deze ontwikkeling van de omzet de focus te blijven liggen op verdere kostenbeheersing.

Kosten dure geneesmiddelen

De beheersing van de (ontwikkeling van de) kosten van dure geneesmiddelen vereist separate monitoring en aandacht. Enerzijds door bij de verzekeraars een hogere, separate en bij voorkeur na te calculeren vergoeding te vragen. Anderzijds kan aan deze haast explosieve kostenontwikkeling het hoofd worden geboden door mogelijkheden verder te onderzoeken en in te voeren ten aanzien van de inzet/het gebruik van (minder dure) alternatieven, zogenaamde biologicals en biosimilars. Ook landelijk is dit een belangrijk onderwerp van discussie.

Kosten/baten EPD

De voorbereiding van de implementatie van het EPD is vol op stoom gekomen. Het blijkt complex om in het licht van de 'go live-datum' van 24 juni een 'natuurlijk' evenwicht te vinden tussen de benodigde condities om de overgang optimaal/maximaal te faciliteren en een verantwoord kostenniveau.

Daarnaast is er een batenprogramma ontwikkeld waarmee financiële ruimte wordt gecreëerd om de kosten van de implementatie en het jaarlijks onderhoud van het EPD te kunnen financieren. De uitvoering van dit programma vereist strakke monitoring en aansturing om de geïdentificeerde baten ook daadwerkelijk te realiseren.

Niet realiseren van rendementsverbeteringen

Voor het behalen van de benodigde vermogensgroei is in de begroting 2015 rekening gehouden met een begroot resultaat van € 3,5 miljoen. In deze begroting is een aantal rendementsverbeteringen opgenomen.

De ontwikkeling van de realisatie, zowel in omzet als in kosten, wordt periodiek gemonitord en besproken met het management. In 2015 is gebleken dat de in de begroting opgenomen rendementsverbeteringen door de RVE's niet zijn gehaald. Het uiteindelijke financiële positieve resultaat van 2015 wordt volledig veroorzaakt door een aantal niet begrote eenmalige baten. Het resultaat uit de reguliere bedrijfsvoering is negatief. Dit legt een extra druk op de exploitatie van 2016.

Ontwikkelingen vanuit de overheid

Voor 2017 is de in het vooruitzicht gestelde macrogroei praktisch nihil. Rekening houdend met de sterk toenemende uitgaven voor dure geneesmiddelen is er zelfs sprake van een macrokrimp. Het zogenoemde MBI over 2012 is onderdeel geweest van de onderhandelingen met de zorgverzekeraars over het omzetplafond van 2016.

Op korte termijn wordt een besluit van VWS verwacht inzake het wel of niet toepassen van het MBI in 2017 als gevolg van de overschrijding van het macrokader in 2013. Of en in hoeverre het macrokader over 2014 en 2015 is overschreden - en of dit eventueel zal leiden tot een macrokorting - is nog niet bekend. De ontwikkelingen op dit vlak worden nauwgezet gevolgd. Zodra er meer duidelijkheid is, wordt dit verwerkt in de begroting.

6.6. Fraudebeleid

Fraude is 'een vorm van bedrog waarbij zaken opzettelijk anders worden voorgesteld dan de werkelijkheid, op een manier die in strijd is met wet- en regelgeving, teneinde zichzelf, anderen of de organisatie te bevoordelen'.

Fraudegevallen kunnen naast financiële schade ook immateriële (imago)schade met zich meebrengen. Het herstel van deze immateriële schade is moeilijk en kost zeer veel tijd. Het JBZ besteedt daarom de nodige aandacht aan fraudepreventie. Dit komt tot uitdrukking in de volgende genomen maatregelen:

- Het opstellen van een organisatiebreed integriteits- en sanctiebeleid;
- een interne registratie van nevenfuncties van JBZ-medewerkers en beoordeling op mogelijke belangenverstrengelingen;
- een jaarlijks intern onderzoek naar het declaratiegedrag van de leden van de Raad van Bestuur ('Tone at the top');
- het inrichten en formaliseren van een overkoepelend fraudebeheersingsproces.

Uit de uitgevoerde controles in 2015 zijn geen aanwijzingen van fraude naar voren gekomen.



7

7. Personeelsbeleid

7.1. Inleiding

Iedere medewerker is een professional. Dat is het centrale uitgangspunt van het personeelsbeleid. Het betekent dat onze medewerkers zelf verantwoordelijkheid nemen voor hun handelen en hun resultaten, maar ook uitstekend kunnen samenwerken in een team. Het is van groot belang dat alle disciplines – ook medewerkers die niet in de directe zorgverlening aan de patiënt werkzaam zijn – betrokken zijn bij het ontwikkelen en leveren van hoogwaardige zorg.

Het Jeroen Bosch Ziekenhuis is een platte organisatie; dienend leiderschap en gelijkwaardigheid tussen professionals en tussen werkgever en werknemer zijn daarin essentieel. Leidinggevendens laten hun medewerkers groeien, bevorderen gemeenschapsgevoel, geven richting en anticiperen op nieuwe ontwikkelingen. 'People, planet & profit' zijn zoveel mogelijk met elkaar in balans.

De staf HR (onderdeel van de afdeling Management, Advies en Control) en de afdeling Personeelservice (onderdeel van het Servicebedrijf) faciliteren en ondersteunen de leidinggevendens, het management en de Raad van Bestuur bij het formuleren van het beleid en de uitvoering ervan. Op dit terrein zijn in 2015 de onderstaande resultaten behaald.

7.2 Sociaal plan en adviescommissie Sociale Begeleiding

Het in 2010 overeengekomen sociaal plan is in 2015 met één jaar verlengd. In 2015 zijn de administratie en F&C tot één stafafdeling gereorganiseerd en zijn de personele gevolgen in deze transitieprocessen conform het sociaal plan doorlopen. In 2015 zijn achttien medewerkers begeleid in een Van-werk-naar-werk-traject en heeft de Adviescommissie Sociale Begeleiding geen casus behandeld.

7.3 Individuele Klachtenregeling medewerkers

'Professionaliteit' en 'partnerschap' zijn belangrijke begrippen in de relatie tussen professionals en tussen leidinggevendens en professionals. 'Open' en 'veilig' zijn twee van de vier JBZ-kernwaarden die ook van groot belang zijn in de contacten tussen professionals. Bij verschil van mening komen in het algemeen de leidinggevende en medewerker op basis van die kernwaarden tot een voor beide goede oplossing. Indien men er niet onderling uitkomt en een medewerker het niet eens is met een besluit van de leidinggevende, kan er een beroep worden gedaan op de individuele klachtenregeling voor medewerkers.

In 2015 is er één klacht behandeld door de Individuele Klachtencommissie Medewerkers.

7.4 Personeelsvoorziening en flexibel personeel

Een goede personele bezetting draagt zowel bij aan veilige en doelmatige patiëntenzorg als aan veilig, gezond en prettig werken voor onze medewerkers. Zowel aan de kant van de patiëntenzorg als aan medewerkerzijde zijn er ontwikkelingen gaande. De kwaliteitseisen aan het zorgproces stijgen en de betaalbaarheid van de zorg moet gegarandeerd blijven. Dit heeft gevolgen voor het aantal en type functies (competenties en kwalificaties) en het aantal medewerkers. Anderzijds wil de medewerker – als gevolg van maatschappelijke ontwikkelingen – het werken in het JBZ combineren met andere verantwoordelijkheden daarbuiten (werk-privébalans, mantelzorg, nevenfuncties, etc.). Hij/zij zal een langere periode inzetbaar moeten blijven (langer doorwerken, duurzame inzetbaarheid). De personeelsplanning, zowel de strategische planning voor de middellange termijn als de tactische/ operationele personeelsplanning (roosteren), wordt daarmee belangrijker en complexer.

Het JBZ maakt werk van het strategisch personeelsbeleid, de strategische personeelsplanning, het opleidingsbeleid en capaciteitsmanagement/zorglogistiek. De personeelsomvang daalt al jaren op rij. Verder zien we een verschuiving naar meer hbo-eisen in de verhouding tussen functies waarvoor een mbo- dan wel een hbo-diploma wordt gevraagd. Alle bedrijfsonderdelen hebben een 'formatieplaatsenplan' dat inzicht geeft in het soort en aantal functies waarmee zij de werkzaamheden verrichten. Voor de jaarlijkse tactische/operationele personeelsplanning vormt de recent vastgestelde regeling Personeelsplanning het JBZ-kader. Van 'plannen vanuit beschikbaarheid' verschuiven we langzaam naar 'zorgvraaggestuurde personeelsinzet'. Ongeveer 4 procent van het personeelsbestand bestaat uit flexwerkers (oproepcontracten e.d.), tegenover bijna 6 procent in 2014. Deze daling komt met name door het opschonen van het medewerkersbestand. Flexwerkers worden ingezet voor de vervanging van collega's die ziek zijn of met zwangerschapsverlof zijn. Tot slot heeft ongeveer 13 procent van alle medewerkers een tijdelijke aanstelling. Voor een groot deel zijn dit medewerkers in een opleidings- of traineetraject.

7.5 Verpleegkundig leiderschap

Het JBZ heeft in 2015 veel aandacht besteed aan het professionaliseren van de verpleegkundige beroepsgroep. Het opbouwprogramma Verpleegkundig Leiderschap is van start gegaan met een groep van 180 niveau 5-verpleegkundigen. Het programma ondersteunt de afdelingen bij het neerzetten van een lerende organisatie rondom het totale verpleegkundig zorgproces, waarbij professionalisering en deskundigheidsontwikkeling van alle verpleegkundigen (niveau 4 en 5) samengaat met het ontwikkelen, opleveren en/of integreren van EBP (Evidence Based Practice), ziekenhuisbrede zorgprotocollen, het elektronisch patiëntendossier, het classificatiesysteem Nanda/NIC/NOC en kritische (multi-professionele) reflectie in de dagelijkse zorgprocessen. Het programma is vormgegeven als 'action learning'-programma rondom drie grote thema's: Klinisch Redeneren, Verpleegkundig Proces en EBP.

Naast professionalisering van de verpleegkundige beroepsgroep wordt er ook gestreefd naar meer hbo-opgeleide verpleegkundigen in het JBZ. De ondergrens (percentage niveau 5-verpleegkundigen van het totaal aantal verpleegkundigen) is vastgesteld op 30 procent per afdeling. Om hieraan te voldoen, biedt het JBZ jaarlijks tien opleidingsplekken aan voor medewerkers die de hbo-verpleegkunde willen volgen. Ook investeert het JBZ in een traineetraject waarin startende beroepsbeoefenaars zich ontwikkelen tot taakvolwassen beroepsbeoefenaars en verbonden blijven aan het ziekenhuis.

7.6 Ziekteverzuim: preventief omgaan met verzuim en duurzame inzetbaarheid

Het JBZ voert een actief ziekteverzuimbeleid en heeft dit verbreed naar preventief beleid gericht op duurzame inzetbaarheid. In 2015 is het ziekteverzuimbeleid met de titel 'Ziekte overkomt je, verzuim overleg je' gecontinueerd. Een jaar eerder waren voornamelijk de rollen van de leidinggevenden, medewerkers en de diverse adviseurs aangescherpt in de beheersing van ziekteverzuim. Het voortschrijdend verzuimpercentage (exclusief zwangerschappen) is met 0,7 procent gestegen, van 3,8 procent in 2014 naar 4,5 procent in 2015. Eén van de verklaringen hiervoor is de langdurige griepgolf (epidemie), die tot ver in 2015 aanhield. Ook is opnieuw onder de aandacht gebracht dat ziekmeldingen bij de direct leidinggevenden moeten worden gedaan, en niet bij bijvoorbeeld secretaresses of assistentes. Hiermee is er direct contact tussen de medewerker en diens leidinggevende, wat drempelverhogend kan werken en wat de terugkeer kan bespoedigen, bijvoorbeeld door tijdelijk aangepast werk. De meldingsfrequentie steeg licht, van 1,24 naar 1,28.

Eén van de vier HR-pijlers betreft duurzame inzetbaarheid. Er zijn diverse informatiebijeenkomsten geweest over deze JBZ-visie om medewerkers langer, vitaal en productief werkzaam te laten zijn. De bewustwording is door een multidisciplinaire werkgroep verder vergroot. In het Verbeteronderzoek zijn vragen meegenomen die aanknopingspunten bieden voor het vergroten van de duurzame inzetbaarheid. De dialoog tussen medewerker en leidinggevende vindt ook plaats in het jaargesprek over dit onderwerp, waarbij gewezen wordt op de eigen verantwoordelijkheid van de medewerker. Ook heeft een groot aantal unithoofden een scholingsmodule hierover bijgewoond, die goed werd gewaardeerd. Het beleid is op papier gezet en in 2016 wordt besluitvorming hierover verwacht als onderdeel van de uitvoering van de HR-strategie.

7.7 Arbeidsomstandigheden

De beheersing en evaluatie van arbeidsrisico's is vastgelegd in het beleid 'Beheersing van arbeidsrisico's in het JBZ'. Dit is een verantwoordelijkheid van de leidinggevenden. Zij worden hierin ondersteund door de interne Arbodienst.

In het tweejaarlijkse Verbeteronderzoek (voorheen Medewerkertevredenheidsonderzoek) komen de arbeidsomstandigheden aan de orde. Er zijn vijftig vragen gesteld over zeven terugkerende thema's, namelijk klantgerichtheid, leiderschap, verloopbestendigheid, bevlogenheid, betrokkenheid, efficiency en tevredenheid. De respons was 54 procent. Op twee van de zeven items was de ervaring positiever dan bij de vorige meting: de tevredenheid is gestegen van cijfer 7,2 naar 7,4 en bevlogenheid steeg van 7,5 naar 7,7. De waardering van de andere thema's is nagenoeg gelijk gebleven.

Deze scores worden ook vergeleken met de scores van andere STZ-ziekenhuizen. Er is gevraagd naar zaken waar medewerkers trots op zijn én naar verbeterpunten, voor zowel het JBZ als organisatie als voor specifieke afdelingen. Ook konden medewerkers hun ervaringen kwijt met het in praktijk brengen van de JBZ-kernwaarden: Veilig, Gastvrij, Open en Vernieuwend. Medewerkers hebben veel verbeter suggesties gedaan. Per unit worden de resultaten met de medewerkers besproken. Ook komen de verbeterpunten aan bod in de monitorgesprekken van de Raad van Bestuur met het RVE-management.

7.8 Incidenten medewerkers

Het JBZ kent een systeem om het aantal incidenten waarbij medewerkers zijn betrokken (medewerkerveiligheid) te vernemen, evenals de aard van deze incidenten. Onderdeel daarvan is een interne meldingsprocedure waarmee deze incidenten worden gemeld, geëvalueerd en behandeld. Het aangescherpte beleid Melden Incidenten Medewerkers (MIM) is in 2015 goedgekeurd door de Centrale Beheersgroep Medewerkerveiligheid. In 2015 zijn 37 meldingen van ongewenst gedrag aangemaakt via het MIM-systeem. Dit zijn twee meldingen meer dan de 35 meldingen over ongewenst gedrag in 2014. Er is opgeroepen om te melden wanneer er sprake is van grensoverschrijdend gedrag.

De lichte stijging van het aantal meldingen kan toegeschreven worden aan de melddiscipline. Ook was het informeren naar de veiligheidscultuur onderdeel van het Verbeteronderzoek 2015. Daarbinnen gaf 85,7 procent van het personeel aan het afgelopen jaar géén last te hebben gehad van ongewenst gedrag in het JBZ, ten opzichte van 82,9 procent in 2013.

8



8. Onderwijs, opleiding en onderzoek

8.1. Jeroen Bosch Academie

Het Jeroen Bosch Ziekenhuis is een opleidingsziekenhuis, behorend tot de Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen (STZ). Opleiding en onderzoek behoren tot de kerntaken van het ziekenhuis en zijn verankerd in de missie. In het ziekenhuis vindt beroepsvorming plaats van zorgprofessionals. Het betreft hier zowel initiële als specialistische vervolgoopleidingen op mbo-, hbo- en wetenschappelijk niveau. Daarnaast hecht het Jeroen Bosch Ziekenhuis veel waarde aan continue professionele en leiderschapsontwikkeling van haar medewerkers en medisch specialisten. Met de uitvoering hiervan draagt het ziekenhuis bij aan de kwaliteit en veiligheid van patiëntenzorg en arbeid. Professionele ontwikkeling wordt in het Jeroen Bosch Ziekenhuis gezien als een proces dat zich constant en op alle niveaus van de organisatie voltrekt. Uitgangspunt daarbij is de eigen verantwoordelijkheid van de individuele professional waarbij het ziekenhuis, zowel centraal als decentraal, regisseert, stuurt en faciliteert. Het Jeroen Bosch Ziekenhuis hanteert daarbij een strategisch opleidingsbeleid dat is verankerd in de jaarlijkse budget- en beleidscyclus en is gebaseerd op vier thema's, te weten:

1. Effectieve managers en effectieve teams.
2. Bekwaamheid en bevoegdheid.
3. Ontwikkeling van de werkomgeving tot leeromgeving.
4. Verpleegkundig Leiderschap.

Jeroen Bosch Academie (JBA)

In de JBA, een Resultaat Verantwoordelijke Eenheid, zijn alle functionaliteiten samengebracht die opleiding, onderwijs en onderzoek en innovatie ondersteunen. In verschillende domeinen wordt respectievelijk het medisch-, verpleegkundig- en medisch-assisterend beroepsonderwijs en management development vormgegeven vanuit een visie op leren die wordt ingegeven door de kracht van de werkplek als leeromgeving. Leren is een verantwoordelijkheid van zowel de organisatie als de medewerker. De organisatie draagt zorg voor een omgeving waarin geleerd kan worden. De medewerker draagt zorg voor zijn persoonlijke ontwikkeling in de gewenste richting. Opleiding en ontwikkeling is duurzaam als het leidt tot blijvende verandering. Dat kost tijd; daarom wordt in het Jeroen Bosch Ziekenhuis ingezet op levenslang leren uitgaand van het concept 'werkplek-leren'. Het is van belang dat het leren plaatsvindt op drie niveaus:

1. Moeten en mogen (kennis en regels).
2. Weten en begrijpen (inzichten).
3. Willen en zijn (principes of waarden).

Daarnaast biedt de JBA mogelijkheden om kennis vanuit het Jeroen Bosch Ziekenhuis te delen met partners en belanghebbenden in de regio. De facilitaire basisstructuur, van waaruit de verschillende opleidingen worden ondersteund, bestaat naast het Onderwijssecretariaat en Stagebureau uit het Medisch Documentatiecentrum en het Wetenschapsbureau.

8.2. Medisch onderwijs (Masteropleiding Geneeskunde)

Het JBZ heeft affiliatieovereenkomsten (co-assistentenschappen) met het Radboudumc en het UMC Utrecht. Als gevolg van de afspraken rondom bezuinigingen in het medisch (vervolg)onderwijs werden in de verschillende OOR's voorstellen ontwikkeld die verkorting van de medische vervolgopleidingen tot stand moeten brengen. Voor het ontwikkelen van programma's die verkorting als gevolg zullen hebben, werkt het JBZ samen in OOR Oost-Nederland, in het project RIO en met OOR Utrecht in het project VGO en 'dedicated schakeljaar'.

8.3. OOR-partners

Het JBZ is partner in twee OOR-regio's; OOR Oost-Nederland (regio Nijmegen) en OOR Utrecht. Daarnaast is er op grond van in het verleden gemaakte afspraken hierover, voor één vervolgopleiding een samenwerking met OOR VUmc. In beide OOR's wordt actief geparticipeerd, onder meer in de programma's met betrekking tot verkorting van de medisch-specialistische vervolgopleidingen en het schakeljaar.

Met beide OOR-regio's wordt overlegd op bestuurlijk niveau, en op het niveau van Centrale Opleidingscommissie (COC) en leerhuismanagement. Binnen OOR Oost-Nederland is er tevens een specifiek onderwijskundigenoverleg.

De verdeling van medisch-specialistische opleidingen en bètaopleidingen over de OOR's is als volgt:

OOR Oost Nederland	OOR Utrecht
Dermatologie en Venerologie	Anesthesiologie
Interne Geneeskunde	Cardiologie
Kindergeneeskunde	Heelkunde
KNO	Klinische Geriatrie Ziekenhuizen
Maag-, Darm- en Leverziekten	Longziekten en Tuberculose
Obstetrie en Gynaecologie	Oogheelkunde
Pathologie	Spoedeisende Geneeskunde
Plastische Chirurgie	Urologie
Radiologie	
Revalidatie	
Bètaopleidingen met OOR Oost-Nederland	OOR VUmc
Klinische Chemie	Medische Microbiologie
Klinische Fysica	
Ziekenhuisfarmacie	
Opleiding in verband met Stichting Opleiding Ziekenhuisgeneeskunde (SOZG)	Opleiding in verband met RINO Zuid
Ziekenhuisarts KNMG	GZ-psychologie

8.4. Centrale Opleidingscommissie

De centrale regie voor het medisch vervolgonderwijs valt onder de verantwoordelijkheid van de Centrale Opleidingscommissie (COC) en haar dagelijks bestuur. In de functie van specialist-opleider maken 24 medisch specialisten en twee AIOS deel uit van de COC. Het dagelijks bestuur bestaat uit de decaan medisch onderwijs, twee gekozen leden uit de COC en het hoofd van de JBA. In 2015 waren er in totaal vier vergaderingen van de commissie. Tevens werden er twee ZIN-bijeenkomsten gehouden. De bijeenkomst op 30 maart stond in het teken van JCI in relatie tot opleiden. De bijeenkomst op 30 november had als onderwerp 'De rol van de COC bij bewaking kwaliteit medische vervolgoopleidingen', met als externe gast Prof.dr. F. Smeenk, opleider longziekten in het Catharinaziekenhuis in Eindhoven en buitengewoon hoogleraar Kwaliteitsbevordering Medisch Specialistische Vervolgopleidingen aan de Universiteit van Maastricht.

De (geaccrediteerde) ZIN-bijeenkomsten zijn sinds 2010 een 'best practice' in het kader van medisch vervolgonderwijs binnen de STZ-ziekenhuizen.

Op 3 september en 2 oktober werden 'opleidersprofessionaliseringsdagen' gehouden voor beginnende (plaatsvervangende) opleiders in het JBZ. De eerste dag was specifiek voor startende opleiders en behandelde het vormgeven van een eigen opleiding, kennishebbend van en rekeninghoudend met regelgeving en landelijke en regionale organisaties. De tweede cursus was bestemd voor alle opleiders en had als onderwerp: 'Leidinggeven aan je opleidingsgroep en hoe veranderingen te implementeren'. Ook werd er intern voor supervisors een door PAOG Nijmegen gecertificeerde klinische praktijkcursus gegeven op 6 november.

JBZ-internist Watske Smit won in september de Opleidingsprijs 2015. Ze was genomineerd door haar AIOS. De prijs werd dit jaar uitgereikt door Jacqueline Stouthard, internist-oncoloog uit het Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis en de winnaar van 2014. Het thema was e-Health: 'H@ck your healthcare'. De verkiezing is voor de zevende keer gehouden en werd uitgeschreven door De Jonge Specialist.

8.5. MSRC-erkende vervolgoopleidingen, overige opleidingen en bèta-opleidingen

Overzicht aios	2015		
	Realisatie instroom	Realisatie doorstroom	Realisatie totaal
	FTE	FTE	FTE
Anesthesiologie	-	2,02	2,02
Cardiologie	-	2,51	2,51
Dermatologie	-	1,80	1,80
Heelkunde (eindopleiding)	1,00	5,25	6,25
• vooropl. Orthopedie	-	0,00	0,00
• vooropl. Plast. Chir.	1,00	1,00	2,00
• vooropl. Urologie	0,08	0,00	0,08
Interne geneesk. (eindopl.)	1,00	10,22	11,22
• vooropl. Cardiologie	0,42	4,92	5,34
• vooropl. Geriatrie	0,33	2,22	2,55
• vooropl. Longgeneeskunde	0,50	4,29	4,79
• vooropl. MDL	1,25	1,92	3,17
• vooropl. Reumatologie	0,67	0,63	1,30
Kindergeneeskunde	1,33	2,00	3,33
klinische geriatrie	0,13	2,40	2,53
KNO	-	1,00	1,00
Longziekten	-	5,87	5,87
Maag Darm Leverziekten	-	5,78	5,78
Medische microbiologie	-	0,92	0,92
Oogheelkunde	-	0,90	0,90
Pathologie	-	0,81	0,81
Plastische Chirurgie	-	1,01	1,01
Radiologie	1,00	7,58	8,58
Revalidatiegeneeskunde	-	1,81	1,81
Urologie	-	1,50	1,50
Verloskunde & gynaecologie	1,00	3,65	4,65
Ziekenhuisapotheek	-	1,92	1,92
Klinisch chemicus	-	2,24	2,24
Klinisch fysicus	0,67	1,00	1,67
Spoedeisende Hulp	1,75	4,60	6,35
	12,13	81,77	93,90
GZ psycholoog ziekenhuis	0,42	1,33	1,75
	0,42	1,33	1,75
Ziekenhuisgeneeskunde			11,15
Totaal:	12,55	83,10	106,80

8.6. Beleidslijnen en resultaten 2015

In 2015 zijn voor de derde maal expliciete doelstellingen opgenomen in de kaderbrief ten aanzien van opleiden, onderwijs en onderzoek met concrete prestatie-indicatoren. De beleidsthema's ten aanzien van onderwijs en opleiding betroffen in 2015:

- Optimalisatie leeromgeving.
- Professionalisering opleiders en begeleiders.
- Professionalisering begeleidingsteams.
- Strategisch opleiden en ontwikkelen van medewerkers.
- Aantoonbare bevoegdheid en bekwaamheid van medewerkers.
- Professionalisering onderzoekers.
- Kwaliteitsniveau WMO-plichtig onderzoek.
- Focus in onderzoek en innovatie.

Het sturen op concrete resultaten rondom deze thema's gedurende meerdere jaren levert stabiliteit en groei op.

In 2015 werd subsidie aangevraagd en verkregen ten behoeve van de 'Kwaliteitsimpuls Zorgpersoneel'. Deze subsidie maakt het voor het JBZ mogelijk om het strategisch opleidingsbeleid voor zorgprofessionals te vernieuwen, te intensiveren en te versnellen. Onderdelen van het opleidingsbeleid dat gestalte kreeg als gevolg van deze subsidie zijn onder meer het 'action learning'-programma Verpleegkundig Leiderschap, met daarin programma's voor niveau 5-verpleegkundigen en hun direct leidinggevenden, Crew Resource Management en de ontwikkeling van diverse programma's op het terrein van patiëntveiligheid en kwaliteit van zorg.

8.7. Onderwijsactiviteiten

In 2015 werd uitvoering gegeven aan een breed scala aan vakgroepgebonden en disciplineoverstijgende opleidingsactiviteiten. Per september 2015 is het wekelijkse woensdagmiddagonderwijs omgevormd tot maandelijks Thema Overstijgend onderwijs Vervolgopleidingen (TOV). Inhoudelijk zijn de thema's nagenoeg gelijk gebleven. De belangrijkste veranderingen zitten in de vorm. Het onderwijs is nu één keer per maand van 16.00 uur tot 20.00 uur, waarbij één thema in zijn geheel behandeld wordt. Er wordt meer gevarieerd in werkvormen, bijvoorbeeld door te werken met werkgroepen. De eerste reacties zijn overwegend (zeer) positief.

Profielstage management en innovatie

Voor de AIOS die zich meer willen verdiepen/profileren in management en innovatie is er een stage ontwikkeld die, in samenspraak met de opleider, nader kan worden vormgegeven. De basisdoelen zijn beschreven, inclusief een voorstel voor activiteiten en onderwijs. De opzet is dat de AIOS minimaal één dag per week aan verdieping kan besteden. De overige dagen worden ingevuld met het eigen specialisme. De stage is bedoeld voor AIOS die aan het eind van hun opleiding zijn.

Pareltraject

In 2015 heeft de tweede groep AIOS het pareltraject afgerond. De groep bestond uit vijf AIOS waarvan er vier het traject daadwerkelijk met een certificaat hebben afgerond. In 2015 is door een student van de VU (Master Management, Policy-analysis and entrepreneurship in Health and Life Science) het traject geëvalueerd. De conclusie was dat beoogde competenties worden ontwikkeld maar dat enige sturing wel noodzakelijk is. Over het algemeen zijn de AIOS erg positief over het leerzame traject en de enthousiaste bijdrage van medisch specialisten en andere JBZ-professionals aan dit traject. De derde groep AIOS (vier AIOS) is in september 2015 met het pareltraject gestart. De suggesties ter verbetering zijn bij deze groep doorgevoerd.

8.8. Visitaties en erkenningen

De opleidingen Longziekten, Interne Geneeskunde, Klinische Chemie, Ziekenhuisgeneeskunde, Urologie, Revalidatiegeneeskunde en Ziekenhuisapotheek ondergingen in 2015 een RGS-visitatie. De resultaten werden tijdens de COC-vergaderingen besproken.

	nieuwe erkenningstermijn	voorwaarden/zwaarwegende adviezen/aanbevelingen
Longziekten	2 jaar	5-4-1
Interne Geneeskunde	5 jaar	4-2-2
Klinische Chemie	5 jaar	geen
Ziekenhuisgeneeskunde	5 jaar	2-2-4
Urologie	5 jaar	1-5-1
Revalidatiegeneeskunde	5 jaar	2-1-0
Ziekenhuisapotheek	verkorte hervisitatieprocedure verwacht in 2016 n.a.v. herziening landelijk besluit KNMP in regelgeving rondom ziekenhuisfarmacie.	

8.9. Coassistenten

In totaal werd in 2015 486 keer (2013: 706, 2014: 626) een (se)co-assistentenschap, weekstage in een coschap, keuze co-assistentenschap of wetenschappelijke stage aangeboden. Het aantal coschappen neemt hiermee verder af ten opzichte van voorgaande jaren. Er is in het afgelopen jaar wel een lichte stijging te zien van het aantal senior co-assistenten.

Specialisme Jaarplaatsen	Regulier coschap	Keuze coschap	Senior coschap
Interne Geneeskunde			
Nijmegen	46	3	6
Utrecht	19		
Cardiologie			
Nijmegen			3
Utrecht			
Neurologie			
Nijmegen	65		4
Utrecht	17		
Chirurgie			
Nijmegen	43	3	4
Urologie			
Nijmegen		1	3
Antwerpen			
Plastische Chirurgie			
Nijmegen		1	
Utrecht			2
Kindergeneeskunde			
Nijmegen	54	1	1
Gynaecologie/Verloskunde			

Nijmegen	49	3	
Geriatric			
Nijmegen	24	3	
Utrecht		4	
Erasmus		1	
KNO			
Nijmegen	48		
Oogheelkunde			
Nijmegen	24	1	
Dermatologie			
Nijmegen	24		
Anesthesiologie			
Nijmegen		3	
IC			
Nijmegen		1	4
MDL		2	1
Nijmegen			
Medische Microbiologie			1
Psychiatrie (RvA)			
Nijmegen		1	
Radiologie			
Nijmegen		4	
VU			
Revalidatie			
Nijmegen		3	
Maastricht			
SEH			
Nijmegen		1	8
TOTAAL	413	36	37

8.10. Zorgonderwijs en bedrijfsopleidingen

Het JBZ werkt binnen het zorgonderwijs vanuit een visie waarbij intensieve samenwerking met opleidingsinstituten een randvoorwaarde is voor het goed kunnen opleiden in de praktijk. Facetten die de kwaliteit van leren op de werkplek bepalen, zoals instroom, voorbereiding, opleidings- en leerklimate, het begeleidingsteam en de reflectiemogelijkheden buiten de praktijk, staan centraal en zijn alleen goed vorm te geven in intensieve samenwerking met de betrokken opleidingsinstituten. Vanuit deze visie wordt zowel het leren van studenten als van de begeleider (genoemd: leerprocesbegeleiders) vormgegeven.

Binnen de opleiding mbo-verpleegkunde wordt bovenstaande visie neergezet in de zogenaamde JBZ-klas voor jaar drie en vier, welke nu model staat voor initiatieven binnen de VVT-sector. Binnen de opleiding hbo-verpleegkunde (regulier en deeltijd) wordt er via het project 'Wederkerig investeren' samengewerkt. In september 2016 start zowel mbo-verpleegkunde als hbo-verpleegkunde (regulier en deeltijd) met een nieuw curriculum. De Jeroen Bosch Academie is betrokken bij het vormgeven van deze nieuwe curricula om de aansluiting op het werkveld en de visie van het JBZ te borgen.

In 2015 heeft het Jeroen Bosch Ziekenhuis zich tevens gericht op het optimaliseren van de vervolgoopleidingen en de opleiding tot doktersassistent. Deze processen lopen door in 2016 en ook hier wordt gestreefd naar intensivering van de samenwerking met de opleidingsinstituten.

Met betrekking tot de professionalisering van de begeleiders van de studenten heeft de Jeroen Bosch Academie zich in 2015 gericht op het optimaliseren van intervisiebijeenkomsten voor leerprocesbegeleiders. Daarnaast is er een start gemaakt om de samenwerking tussen leerprocesbegeleiders en overige verpleegkundigen van de afdeling in het begeleidingsproces te verbeteren en om de leerprocesbegeleiders meer handvatten te bieden voor hun rol in de verbetering van het opleidingsklimaat op de afdeling. Uiteraard zijn ook bestaande professionaliseringsonderdelen zoals e-learning, vaardigheidsmomenten en coaching bij gespreksvaardigheden uitgevoerd.

Tot slot is de Jeroen Bosch Academie gestart met het verbeteren van de monitoringsgegevens en managementinformatie over het zorgonderwijs en zijn er bestaande processen ingericht volgens de JCI-normen, daar waar dat nog niet het geval was.

In 2015 werd er naast de reguliere activiteiten door de afdeling Bedrijfsopleidingen veel aandacht besteed aan het organiseren van Crew Resource Management-trainingen voor het voltallige operatiecentrum en alle snijdende specialisten. In samenwerking met derden werd een nieuw programma opgezet rondom patiëntveiligheid.

Aantallen studenten/cursisten			
Verpleegkundige BBL/Duaal jaar 4 (peildatum 31-12-2015)	'15	'14	'13
HBOV-duaal	24	29	28
MBO-BBL	0	0	8
Verpleegkundige BOL/Voltijd jaar 3-4 (gemiddelde bezetting 2015)			
HBOV-voltijd	55	55	46
MBO-BOL	67	52	54
Doktersassistente BOL (gemiddelde bezetting 2015)			
BOL	8	9	8
BOL verkort	3	3	4
Helpende niveau 2 BBL (gemiddelde bezetting 2015)			
Zorg en/of Welzijn	4	4	3
VP & PA			
Verpleegkundig specialist	5	5	2
Physician-assistent	3	4	4
Verpleegkundige vervolgoopleidingen (peildatum 31-12-2015)			
IC Verpleegkundige	5	2	5
Kinderverpleegkundige	0	0	0
Neonatologie	0	1	1
Dialyse verpleegkundige	2	1	0
Oncologie verpleegkundige	3	2	5
SEH-verpleegkundige	5	3	2
Obstetrie verpleegkundige	2	2	3
Cardiac Care verpleegkundige	3	3	4
Geriatric verpleegkundige	1	2	2
Neurologie verpleegkundige	2	2	0

Overige beroepsopleidingen (peildatum 31-12-2015)			
Operatie-assistenten	2	6	11
Anesthesie-medewerker	3	5	9
HBO-VT Operatieassistente	2	1	
HBO-VT Anesthesiemedewerker	0	1	
Recovery	2	0	3
CSA	3	1	2
SPH (voltijd)	3	2	
Medisch Beeldvormende en Radiotherapeutische Technieken (dual)	5	5	5
Medisch Beeldvormende en Radiotherapeutische Technieken (voltijd)	2	2	2
Gipsverbandmeester	0	1	0
Laborant longfunctie	1	1	1
Laborant KNF	1	1	1
Hartfunctielaborant	4	5	6
Deskundige infectiepreventie	1	2	1

8.11. Kwaliteitseisen en accreditatie

Ook in 2015 voldoet het JBZ aan de daartoe ontwikkelde accreditatie-eisen en kwaliteitscriteria die door diverse landelijke gremia zijn afgegeven:

- Alle verpleegkundige vervolgoopleidingen die onder de CZO ressorteren, zijn erkend conform CZO-eisen.
- Per 1 augustus heeft Calibris haar wettelijke taken overgedragen aan de Stichting Samenwerking Beroepsonderwijs en Bedrijfsleven; het JBZ is een erkende leerplaats.
- Het JBZ is een door ECABO erkend leerbedrijf en is ingeschreven bij de CRKBO.
- Het JBZ werkt samen met Avans ten behoeve van de opleiding hbo-verpleegkunde, die is erkend door de NVAO.
- Hetzelfde geldt voor de samenwerkingsverbanden met de HAN en Hogeschool Utrecht ten aanzien van de opleiding tot physician assistant en tot verpleegkundig specialist.
- Het JBZ is een erkende praktijkinstelling voor de opleiding tot verpleegkundig specialist, acute en intensieve zorg.
- Het JBZ is een V&VN-erkende instelling ten behoeve van bij- en nascholing voor verpleegkundigen.
- Het reanimatieonderwijs van het JBZ is NRR-geaccrediteerd;
- Het JBZ vraagt waar dat mogelijk is accreditatie aan bij betreffende gremia (wetenschappelijke verenigingen of beroepsverenigingen en uitsluitend voor BIG-geregistreerde beroepen) voor haar onderwijsprogramma's. Er wordt veel gebruikgemaakt van accreditatie via Pe-on-line, waar het JBZ onderwijs voor de volgende beroepsgroepen laat accrediteren:
 - Medisch specialisten
 - Verpleegkundigen
 - Verpleegkundig specialisten
 - Fysiotherapeuten

8.12. Wetenschap en innovatie

De organisatie en bemensing van het Wetenschapsbureau zijn in 2014 herzien, hetgeen heeft geleid tot een uitbreiding van de staf. Er is een duidelijk onderscheid in taken gekomen, hetgeen heeft geresulteerd in een nieuwe inrichtingsstructuur. De afdeling Wetenschap en Innovatie heeft nu, naast de medische bibliotheek en het Innovatiecentrum, een trialbureau. Sinds 2015 is het trialbureau in de nieuwe vorm volledig operationeel voor begeleiding van onderzoek in het kader van 'good clinical practice'-regelgeving.

FOCUS magazine

In 2015 is het magazine FOCUS twee keer verschenen. Het magazine wordt positief ontvangen. Het blad wordt verspreid onder externe relaties en personeelsleden van het ziekenhuis, met als doel hen informatie te voorzien over de wetenschappelijke (en ook opleidings-) activiteiten van het ziekenhuis. Het blad verschijnt halfjaarlijks in een oplage van drieduizend stuks.

GCP-trainingen

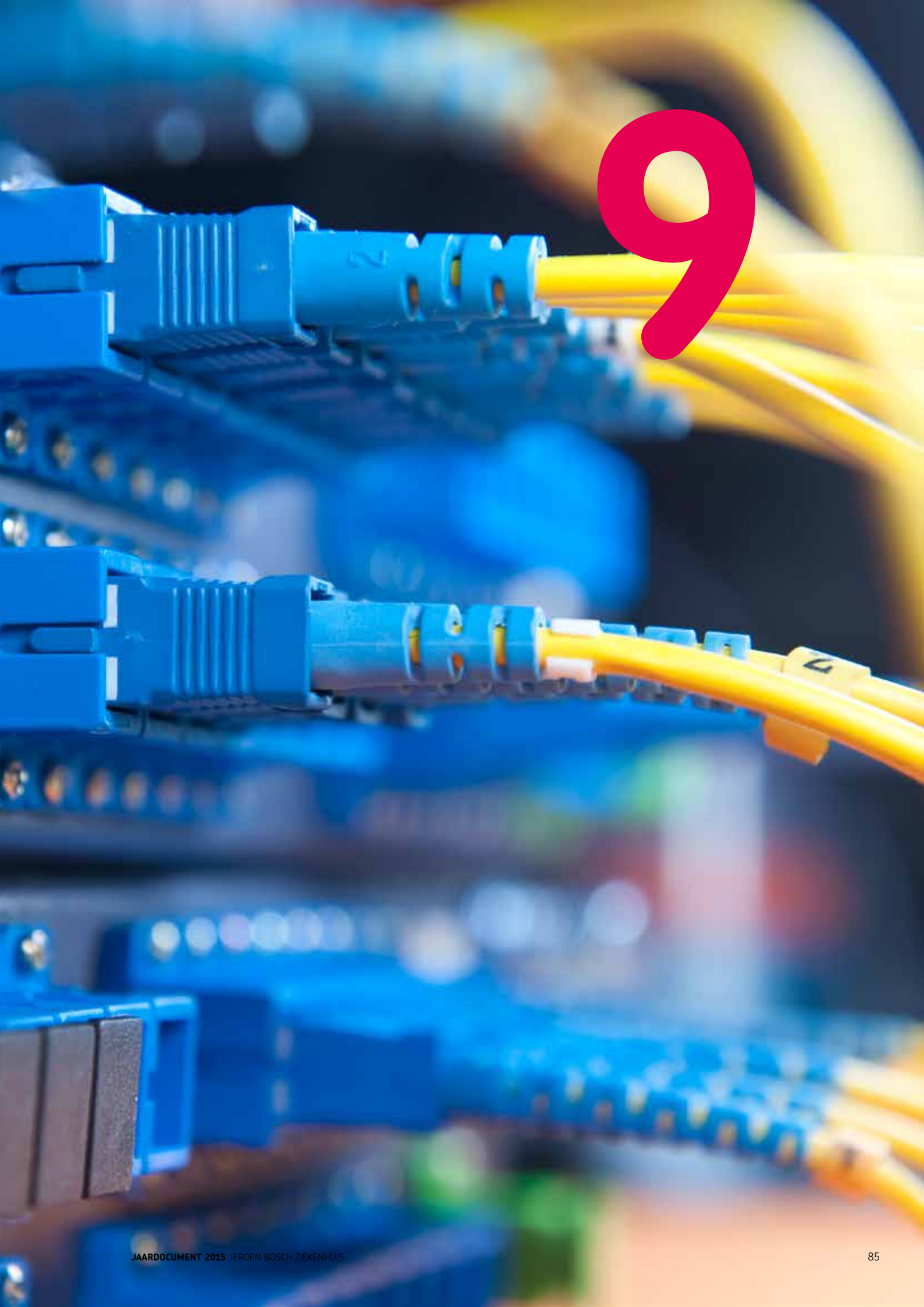
In 2015 is de opleiding 'Klinisch Onderzoek in de praktijk' gekoppeld aan zowel de officiële erkende GCP-examinering als aan een 'light'-versie daarvan.

Wetenschapsmiddag 2015

Op 11 november vond de tiende wetenschapsmiddag van het Jeroen Bosch Ziekenhuis plaats. De wetenschapsmiddag staat in het teken van het uitwisselen van kennis en ervaringen over wetenschappelijk onderzoek in het Jeroen Bosch Ziekenhuis. In de jubileumeditie werden voordrachten gehouden door drie hoogleraren van het JBZ. Daarnaast werden er in totaal elf pitches gehouden door de geselecteerde posterinzenders.

Publicatieoverzicht

Elke twee jaar verschijnt een publicatieoverzicht. Publicaties uit 2015 worden gebundeld in het overzicht 2015-2016, dat in 2016 verschijnt. In elke uitgave van FOCUS JBZ worden de PubMed-geciteerde artikelen van het afgelopen half jaar opgenomen. De bedoeling is om het complete publicatieoverzicht in de toekomst via FOCUSnet (de community wetenschap) te publiceren.



9

9. Medische Technologie en ICT

9.1. Organisatie MICT

De afdeling MICT bestaat sinds 2014, met de organisatieonderdelen MICT Staf en MICT Uitvoering welke door verschillende managers worden aangestuurd. MICT Staf concentreert zich op de gebieden beleid, advies en toezicht en voert het relatiemanagement voor de afdeling MICT uit. MICT Uitvoering concentreert zich op het afhandelen van verstoringen, preventief onderhoud, functioneel beheer, technisch beheer, klantcontacten en het projectmanagement. De aanpak voor ICT en Medische Technologie is sinds 2015 eenduidig en zo veel mogelijk langs dezelfde processen ingericht. Binnen Medische Technologie is er achterstand opgelopen op het gebied van reguliere vervanging van medische technologie omdat zowel binnen de afdelingen als binnen MICT bijna alle aandacht uitgaat naar de implementatie van HiX en JCI. Op het gebied van ICT staat bijna alles in het teken van het programma Digitaal werken. De afdeling MICT is opgeschaald om aan alle gevraagde resources tegemoet te kunnen komen.

9.2. Medische Technologie

Het convenant 'Veilige toepassing van medische technologie in het ziekenhuis' blijft continu de aandacht houden. Hoewel vrijwel alle onderdelen van het convenant binnen het JBZ al waren geïmplementeerd, is in 2015 met name gefocust op het starten van een Centrale Commissie Medische Hulpmiddelen met een coördinator medische hulpmiddelen en het aantoonbaar bekwaam en bevoegd krijgen van de gebruikers van medische apparatuur. Voor het laatste is binnen het leerplein van het JBZ een mogelijkheid gerealiseerd waarbij van de gebruikte apparatuur de bekwaamheid geregistreerd kan worden.

Medische Technologie werkt sinds 2000 met een gecertificeerd kwaliteitssysteem (ISO 9001:2008), waardoor de output geborgd en van goede kwaliteit is. Om de certificering te behouden heeft in 2015 een verlengingsaudit plaatsgevonden. De geconstateerde tekortkomingen zijn volgens PDCA uitgewerkt, waarna verlenging van het certificaat is verleend. Het kwaliteitssysteem is verder in lijn gebracht met het JCI-normenkader. Bij de JCI-surveys zijn geen grote tekortkomingen geconstateerd.

9.3. Informatiemanagement

Adviezen en Implementatie Projecten

Het jaar 2015 stond voornamelijk in het teken van de twee grote implementatieprojecten HiX en PACS2. Daarnaast is de eerste stap in het digitaliseren van de papieren medische dossiers succesvol afgerond. De afdelingen Cardiologie, Nucleaire Geneeskunde en Gynaecologie zijn in 2015 overgestapt op het volledig digitaal archiveren en digitaal bekijken van de medische beelden. In 2016 zal een versnelling van het project digitaliseren medische beelden plaatsvinden om zoveel mogelijk afdelingen met de HiX-livegang digitaal met beelden te kunnen laten werken.

Voor de start van de daadwerkelijke implementatie van HiX heeft een verdieping plaatsgevonden op de veranderende processen vanwege de komst van het nieuwe EPD. Deze nieuwe werkwijzen zijn vastgelegd in kaderdocumenten. Dit om beter voorbereid te zijn op de daadwerkelijke HiX- implementatie. Daarnaast heeft een verdieping plaatsgevonden op toepasbaarheid van de

verschillende HiX-modules voor de verschillende afdelingen. Vanaf de zomer van 2015 zijn ongeveer 65 werkgroepen samengesteld die samen met Chipsoft de HiX-modules conform de JBZ-werkwijze hebben ingericht tijdens de vele reviewdagen. Ook zijn er werkgroepen opgezet voor de ICT-infrastructuur, -koppelingen, en -portals.

Het aantal reguliere intakes en projecten was in 2015 fors lager in vergelijking met voorgaande jaren, omdat bijna alle capaciteit gegaan is naar de HiX- en PACS2-implementatie. Er zijn achttien afgesproken projecten afgerond en negentien reguliere intakes uitgevoerd.

Instandhouding en vernieuwing ICT infrastructuur

Ook het afgelopen jaar is weer 20 procent van de servers vervangen, waardoor het rekencentrum up-to-date blijft. Binnen het werkplekconcept zijn alle onderliggende componenten aangepast zodat ze op de laatste versie werken. Daarnaast zijn in 2015 alle gebruikers omgezet naar Windows 7. Door deze twee combinaties is het inloggen en het opstarten van de werkplek versneld. Verder is de ICT-infrastructuur voor het nieuwe EPD opgebouwd en heeft er een nieuwe inrichting plaatsgevonden van een extra beveiligde omgeving voor de patiënten- en huisartsenportal.

9.4. Operationeel management MICT

Ook in 2015 is gewerkt aan de verdere verbetering van de dienstverlening van MICT-Medische Technologie. Het op tijd onderhouden van de medische apparatuur was aan het einde van 2015 bijna weer conform de gestelde norm. In totaal zijn er 2864 verstoringen aan medische apparatuur gemeld. In 2015 was bijna de helft (48 procent) van de storingen binnen één dag opgelost (55,27 procent in 2014), met een gemiddelde doorlooptijd van 39 dagen (12,87 dagen in 2014). In 2015 was 90 procent van de meldingen opgelost na 59 dagen (in 2014 na 41 dagen). De geregistreerde doorlooptijd is langer geworden omdat sinds een jaar de verstoringen met een zeer korte oplostijd niet meer geregistreerd worden vanwege de extra tijd die dit kost. Er is 1679 keer periodiek onderhoud uitgevoerd aan apparatuur, waarvan 95,7 procent op tijd was (95,6 procent in 2014).

Het beheer in 2015 werd gevoerd over:

- 6354 medische apparaten (totaal vermogen € 88,9 miljoen);
- 19 apparaatgroepen (verzamelingen medische apparatuur die niet uniek zijn geïdentificeerd);
- 5635 meldingen (5283 in 2014);
- 67 projecten.

Er wordt periodiek over incidenten en wijzigingsverzoeken gerapporteerd. Het accent van het ICT-beheer ligt op de technische componenten bestaande uit servers, netwerken, werkplekken, randapparatuur, databases, besturingssystemen en applicaties.

Het beheer in 2015 werd gevoerd over:

- 5.000 werkplekken, inclusief pc's, aanmeldzuilen, smartphones, tablets en presentatiemiddelen;
- 900 multifunctionele printers, gewone printers en labelprinters;
- 33.929 meldingen (47.200 in 2014).

Het aantal incidenten en verstoringen werd binnen de afgesproken servicelevels (90 procent) en gestelde escalatietijd opgelost. Inclusief de incidenten van Functioneel Beheer Services werd 83 procent binnen de afgesproken termijn afgehandeld.

9.5. Informatiebeveiliging en privacy binnen het JBZ

Informatiebeveiliging en privacy voor patiënten en medewerkers heeft binnen het Jeroen Bosch Ziekenhuis voldoende aandacht. Het ziekenhuis werkt continu aan het verder implementeren en borgen van informatiebeveiliging binnen de organisatie. In 2015 is met name aandacht besteed aan het juiste niveau van informatiebeveiliging voor de HiX-implementatie. Zo is er bijvoorbeeld een nieuw autorisatiebeleid opgesteld dat voldoet aan de nieuwste regelgeving en goed controleerbaar uitgevoerd kan worden.

Privacy

Het Jeroen Bosch Ziekenhuis heeft een privacycommissie die gevraagd en ongevraagd advies geeft en controle uitvoert opdat de privacy voor patiënten en medewerkers volgens geldende (Europese) wet- en regelgeving wordt nageleefd, zonder daarbij de mogelijkheid voor goede zorg uit het oog te verliezen. De privacycommissie heeft veel adviezen gegeven rondom de inrichting van het nieuwe EPD, omdat deze aan nieuwe wetgeving moet voldoen.

10

10. Milieu, energie en gebouwen

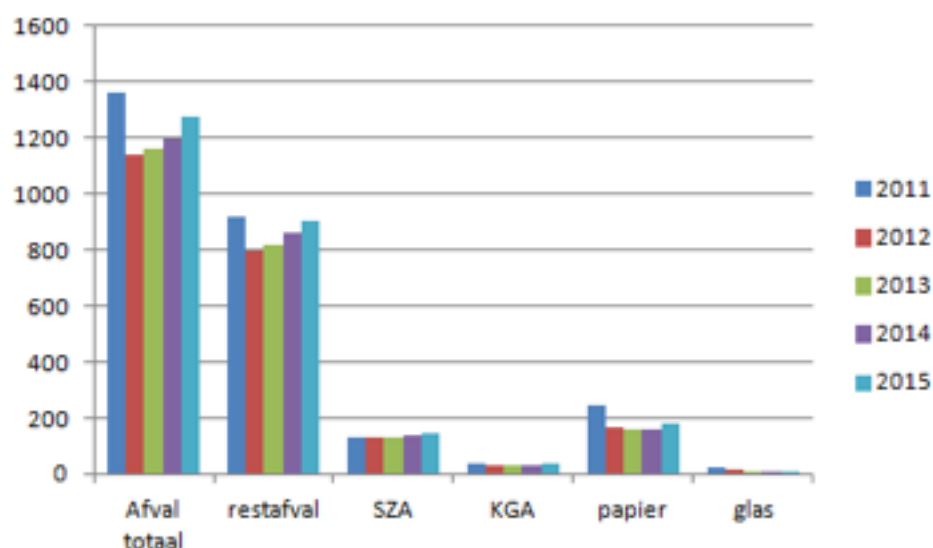
10.1. Milieu

Het JBZ verricht inspanningen om de effecten van de zorgverlening op het milieu zo veel mogelijk te beheersen.

Afval

Het voortdurend toezien op goede afvalscheiding gebeurt door het monitoren van afvalscheiding en afvalinzameling. De totale hoeveelheid afval steeg met 6,5 procent ten opzichte van 2014, tot 1.277.000 kilogram.

Afvalproductie



Van de totale hoeveelheid afval werd 53,4 procent gescheiden aangevoerd. In 2011 was dit percentage nog 34 procent. Door het verder doorvoeren van afvalscheiding draagt het JBZ bij aan de recycling van steeds meer afvalstromen zoals papier, karton, glas, TL-lampen, batterijen, koelkasten, accu's en etensresten. De opbrengst van het apart inzamelen van toners en cartridges kwam ten goede aan het Vicki Brownhuis, een inloophuis voor (ex-)kankerpatiënten.

Water

Jaarlijks wordt het bemonsteren van afvalwater geïnitieerd, evenals het beoordelen van de analyses van laboratoria en van zuiveringsvoorzieningen als vetputten, gipsvangers en olie-/slibafscidders. Het waterverbruik en de vervuilingseenheid (v.e.) van het afvalwater worden gemonitord. De vervuilingseenheid daalde met 4,3 procent naar 1.658 v.e.

Gevaarlijke stoffen

Medewerkers van het Servicebedrijf, ZANOB en de koeriers van Jeroen Bosch Diagnostiek worden geïnstrueerd voor de verplichte scholing 'Veilig werken met gevaarlijke stoffen'. Een externe veiligheidsadviseur ADR begeleidt een audit voor de opslag en het transport van gevaarlijke stoffen.

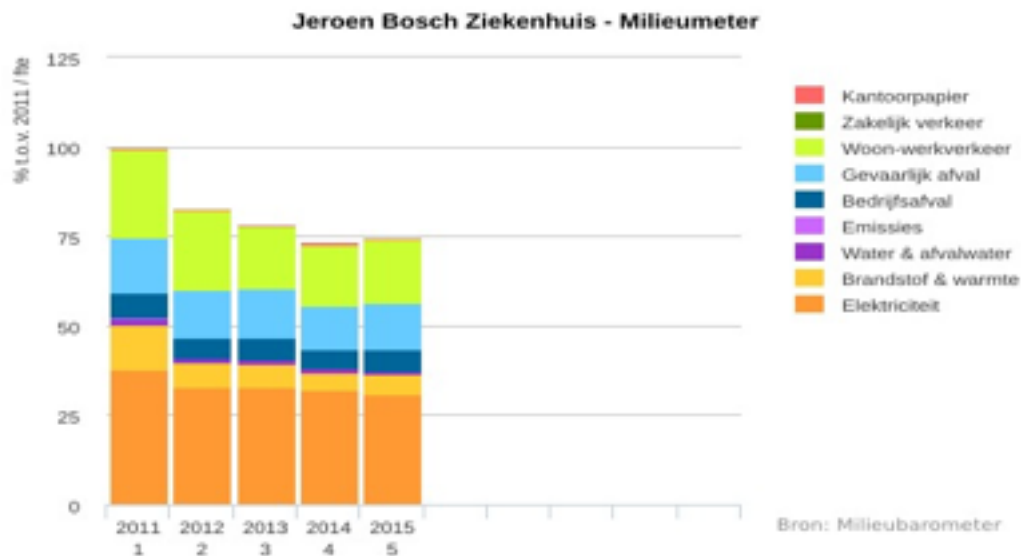
Milieubeheer

Voor milieubeheer wordt een netwerk van ruim honderd arbo- en milieucontactpersonen benut. Deze personen worden regelmatig geïnstrueerd over hun rol met als doel andere medewerkers te stimuleren tot een positieve bijdrage aan het milieu, onder meer middels nieuwsbrieven en deelname aan bijeenkomsten.

De inspectie van de omgevingsvergunning voor milieu wordt begeleid door de handhaver van de Omgevingsdienst Brabant Noord (ODBN). Aandachtspunten waren de opslag van afval, gevaarlijke stoffen en gassen en de archivering van keuringen en inspecties van installaties.

De totale milieubelasting ten gevolge van alle zorgprocessen in het ziekenhuis is bepaald. De Milieubarometer, een online meetinstrument dat de milieuprestaties zichtbaar maakt, gaf over 2015 een verhoging van 1,8 procent aan ten opzichte van 2014. De stijging werd veroorzaakt door een toename van het aantal medewerkers en de hoeveelheden afval en brandstof.

Milieubarometer



10.2. Energie

Het energiegebruik en de energiekosten van 2015 zijn weinig veranderd in vergelijking met het voorgaande jaar. In 2015 bedroegen de uitgaven voor energie € 2,35 miljoen, 2 procent lager dan in 2014. Het aardgasgebruik bedroeg in 2015 circa 1,35 miljoen m³, 11 procent meer dan in 2014. Dit is veroorzaakt doordat de winter van 2015 minder zacht was dan die in 2014.

Het elektraverbruik, zijnde circa 23,6 miljoen kWh, was 1 procent lager in 2015 ten opzichte van 2014. Dit was het gevolg van enkele energiebesparende maatregelen die in de loop van 2015 genomen zijn. Voor het totale volume per energiedrager zijn de kosten voor aardgas in 2015 met 8 procent gestegen en voor elektriciteit met 5 procent gedaald, in vergelijking met 2014.

10.3. Gebouwen

'Nieuw' is het niet meer, wel goed onderhouden: het gebouwencomplex op de hoofdlocatie, dat sinds april 2011 in gebruik is. Nog steeds kan het JBZ trots zijn op een mooie huisvesting. Het samenwerkingsverband tussen het JBZ en externen, dat het beheer van gebouw en installaties regelt, heeft het afgelopen jaar door het wegvallen van de installateur E-installaties een forse pas op de plaats moeten maken in ontwikkeling. Inmiddels zijn er gesprekken gaande met een nieuwe technisch dienstverlener waarmee naar verwachting medio 2016 een nieuw onderhoudscontract wordt afgesloten. De ontwikkeling van de beheerplannen werd in 2015 verder uitgebouwd al naar gelang de vereisten in wet- en regelgeving. Ook werden de beleidsstukken voor JCI vastgesteld.

Medio 2015 werd de Huisartsenpost gerealiseerd naast de Spoedeisende Hulp. De energiec centrale van het A-gebouw werd uitgebreid met vier droge koelers.

¹⁾ *'Accord européen relatif au transport international de marchandises Dangereuses par Route'. Het ADR is het pan-Europese verdrag voor het internationale vervoer van gevaarlijke goederen over de weg.*

11



11 Financieel beleid

11.1. Behaalde omzet en resultaten

In onderstaande tabel is het resultaat 2015 in relatie tot het resultaat 2014 weergegeven:

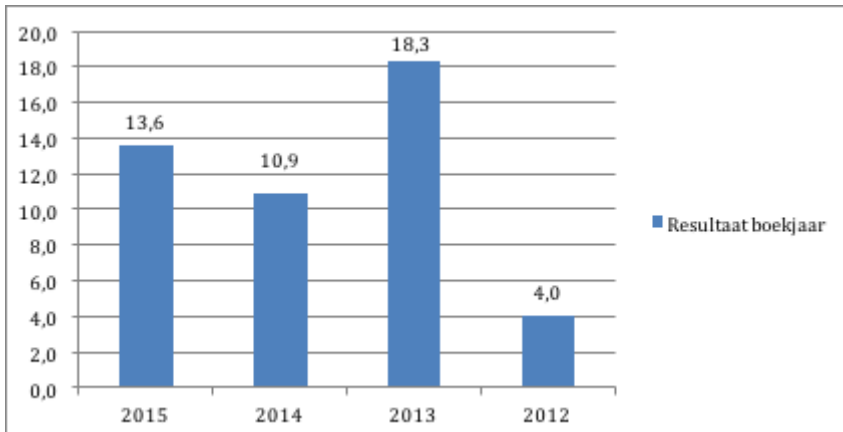
	Realisatie	Realisatie	Mutatie
	2015	2014	
	x € 1 mlj	x € 1 mlj	x € 1 mlj
Bedrijfsopbrengsten:			
Opbrengsten zorgprestaties	363,8	307,6	56,2
Subsidies	17,5	16,6	0,9
Overige bedrijfsopbrengsten	16,3	16,8	-0,5
Som der bedrijfsopbrengsten	397,6	341,0	56,6

Bedrijfslasten:			
Personeelskosten	179,2	176,7	2,5
Afschrijvingen op immateriële en materiële vaste activa	25,3	27,0	-1,7
Honorariumkosten vrijgevestigd medisch specia	55,2	0,0	55,2
Overige bedrijfskosten	107,2	108,6	-1,4
Som der bedrijfslasten	366,9	312,3	54,6
Bedrijfsresultaat	30,7	28,7	-2,0
Financiële baten en lasten	-17,1	-17,8	0,7
Resultaat	13,6	10,9	2,7

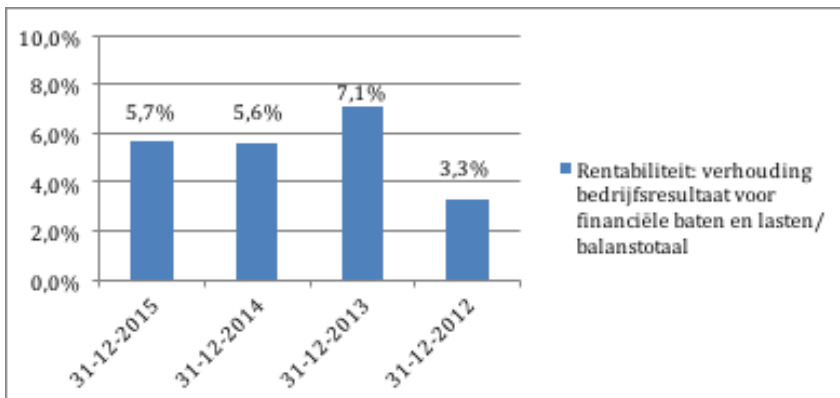
Uit bovenstaande tabel blijkt dat het resultaat over het boekjaar 2015 € 13,6 miljoen positief bedraagt. In vergelijking met het boekjaar 2014 is het resultaat met € 2,7 miljoen toegenomen. Hierna zijn de afzonderlijke mutaties van € 5 miljoen en hoger toegelicht.

De opbrengsten zorgprestaties zijn met € 56,2 miljoen toegenomen en bedragen over 2015 € 363,8 miljoen. De stijging ten opzichte van 2014 wordt voornamelijk veroorzaakt doordat ziekenhuizen vanaf 2015 integraal verantwoordelijk zijn voor de contractering, facturatie en verantwoording van de totale opbrengsten (inclusief het honorariumdeel). Om dezelfde reden worden vanaf boekjaar 2015 ook de honorariumkosten van de vrijgevestigde medisch specialisten in de resultatenrekening van het ziekenhuis verantwoord en zien we daar een toename ten opzichte van 2014 van € 55,2 miljoen.

De ontwikkeling van het exploitatieresultaat over de jaren 2012 tot en met 2015 kan als volgt worden weergegeven (x € 1 miljoen):



De rentabiliteit (verhouding bedrijfsresultaat voor financiële baten en lasten/ balanstotaal) kan als volgt worden weergegeven:

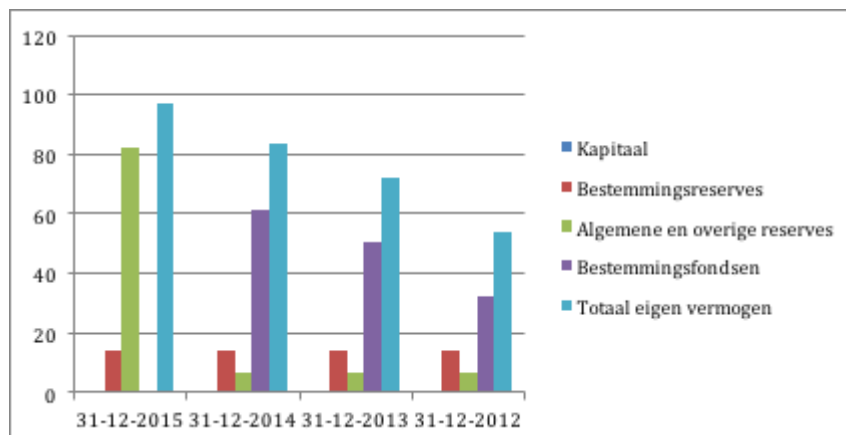


Doordat het bedrijfsresultaat voor financiële baten en lasten in verhouding meer is toegenomen dan het balanstotaal - ten opzichte van 31 december 2014 - is per saldo de rentabiliteit per 31 december 2015 licht gestegen. De stijging van het bedrijfsresultaat wordt met name veroorzaakt door een toename van de omzet. De toename van het balanstotaal wordt met name veroorzaakt door de on-balance verwerking van de derivaten.

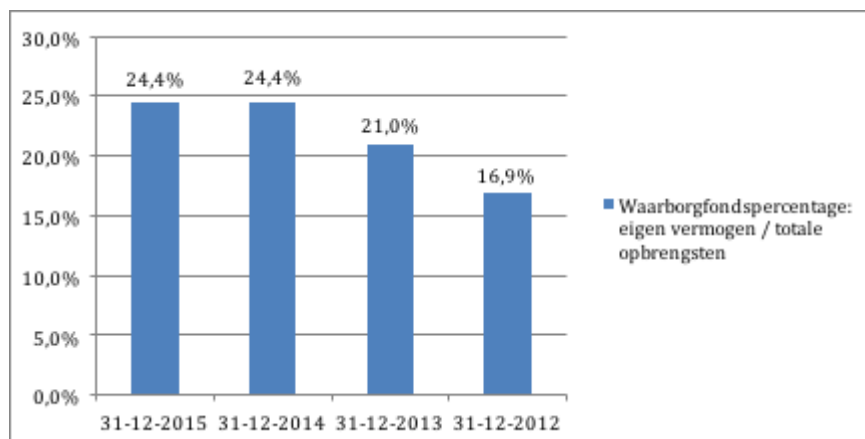
11.2. Financiële positie

Eigen vermogen

De ontwikkeling van het eigen vermogen van het Jeroen Bosch Ziekenhuis over de jaren 2012 tot en met 2015 kan als volgt worden weergegeven (x € 1 miljoen)*:



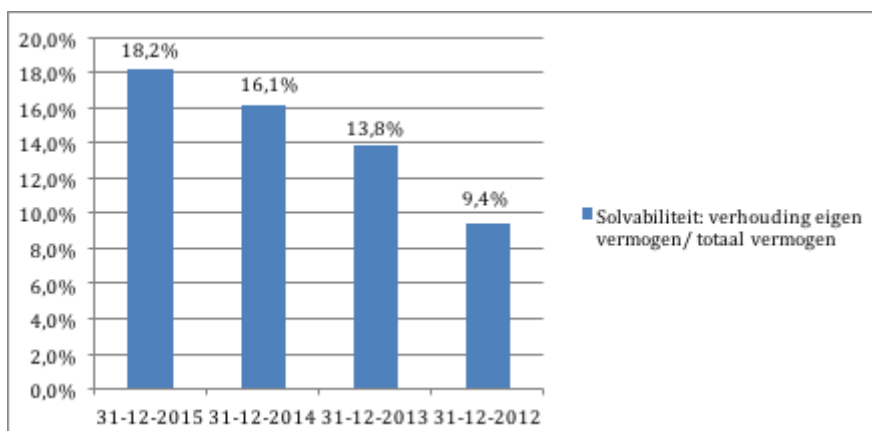
* De presentatie van het eigen vermogen in de balans is aangepast aan het gewijzigde model van Richtlijn 655 Gezondheidszorg. In de tabel is er voor de vergelijkbaarheid vanuit gegaan dat de aangepaste indeling reeds in 2012 is ingegaan. De Raad van Bestuur heeft besloten het saldo van het bestemmingsfonds (aanvaardbare kosten) in boekjaar 2015 toe te voegen aan de algemene reserves. Het eigen vermogen uitgedrukt in een percentage van de som der bedrijfsopbrengsten is hierna weergegeven:



Het eigen vermogen bedraagt ultimo 2015 € 97 miljoen en is aanzienlijk gestegen als gevolg van het behaalde positieve resultaat over 2015 ad € 13,6 miljoen. De positieve ontwikkeling van het waarborgfondspercentage heeft zich in 2015 niet voortgezet als gevolg van de invoering van integrale tarieven (wat (onder andere) een toename van de totale bedrijfsopbrengsten tot gevolg heeft gehad). Zonder dit effect zou het waarborgfondspercentage wel gestegen zijn naar 28,3%.

Solvabiliteit

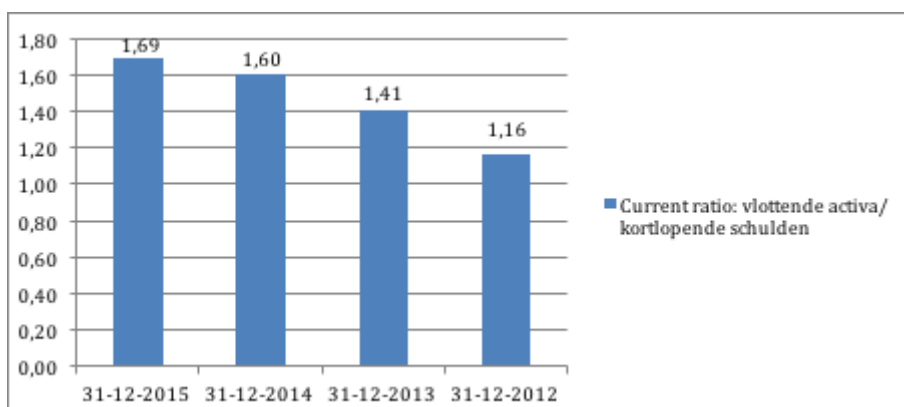
Een organisatie is solvabel wanneer op de langere termijn aan de verplichtingen aan derden kan worden voldaan. De solvabiliteit van het Jeroen Bosch Ziekenhuis kan over de jaren 2012 tot en met 2015 als volgt worden weergegeven:



Het positieve resultaat over 2015 ad € 13,6 miljoen heeft een positieve invloed op de solvabiliteitsratio dat ultimo 2015 18,2% bedraagt. Het Jeroen Bosch Ziekenhuis heeft zich als doel gesteld een solvabiliteitsratio van 20% in 2018.

Liquiditeit

Liquiditeit geeft de mogelijkheid van de organisatie weer om tijdig aan de financiële verplichtingen op de korte termijn te kunnen voldoen. Over de jaren 2012 tot en met 2015 kan de liquiditeit in de vorm van de current ratio (verhouding vlottende activa/kortlopende schulden) als volgt worden weergegeven:



De liquiditeitspositie van het JBZ is ten opzichte van voorgaande jaren aanzienlijk verbeterd. De belangrijkste mutaties in de liquiditeitspositie ten opzichte van boekjaar 2014 worden veroorzaakt door de investeringen in materiële vaste activa en de aflossingen op langlopende leningen.

12

TOLBRUG

12 Tolbrug Specialistische Revalidatie

12.1. Structuur van de organisatie

Algemene identificatiegegevens

Naam verslagleggende rechtspersoon	Tolbrug Specialistische Revalidatie dr. A.A. van Kuijk (medisch directeur) drs. T. Fransen (directeur bedrijfsvoering)
Adres	Henri Dunantstraat 7
Postcode	5223 GZ
Plaats	's-Hertogenbosch
Telefoonnummer	(073) 553 56 00
Identificatienummer Kamer van Koophandel	41084046
E-mailadres	a.v.kuijk@tolbrug.nl t.fransen@tolbrug.nl
Internetpagina	www.tolbrug.nl

Tolbrug maakt deel uit van de Stichting Jeroen Bosch Ziekenhuis, maar heeft een 'status aparte'. Dat uit zich in inschrijving als revalidatie-instelling bij Revalidatie Nederland, de eigen onderhandeling met zorgverzekeraars, een eigen exploitatie- en investeringsbegroting en een eigen netwerk. Tolbrug ressorteert rechtstreeks onder de Raad van Bestuur van het Jeroen Bosch Ziekenhuis. Voor Tolbrug is de vigerende wet- en regelgeving op het gebied van de gezondheidszorg van kracht.

De hoofdlocatie van Tolbrug bevindt zich naast de hoofdingang van het Jeroen Bosch Ziekenhuis. Tolbrug biedt klinische en poliklinische medisch-specialistische revalidatiezorg en paramedische ziekenhuiszorg. Tolbrug biedt tevens poliklinische medisch-specialistische revalidatiebehandeling op andere locaties in de regio: kinderrevalidatie op locatie Atlent Kinderexpertisecentrum in 's-Hertogenbosch en locatie Int Corenvelt in Veghel en volwassenenrevalidatie op locatie Udens Duyn in Uden. De revalidatieartsen voeren consulten uit in het JBZ, bij Ziekenhuis Bernhoven en bij verschillende zorginstellingen in de VVT en gehandicaptenzorg in de regio Noordoost-Brabant.

Binnen het JBZ biedt Tolbrug paramedische ziekenhuiszorg op de klinische afdelingen, participeert zij in de hart-, long- en oncologische revalidatie en verzorgt zij poliklinische behandelingen. Deze unit van Tolbrug is ook betrokken bij de uitvoering van het arbobeleid van het JBZ.

Organisatiestructuur en werkwijze

De indeling van de organisatie en aansturing van de units heeft als doel de activiteiten zo optimaal mogelijk aan te laten sluiten bij de vraag van klanten en de verwijzingen van medisch specialisten en huisartsen.

Per 1 oktober 2014 is de organisatiestructuur van Tolbrug gewijzigd. In de huidige situatie kent Tolbrug zes units. Deze zes units zijn:

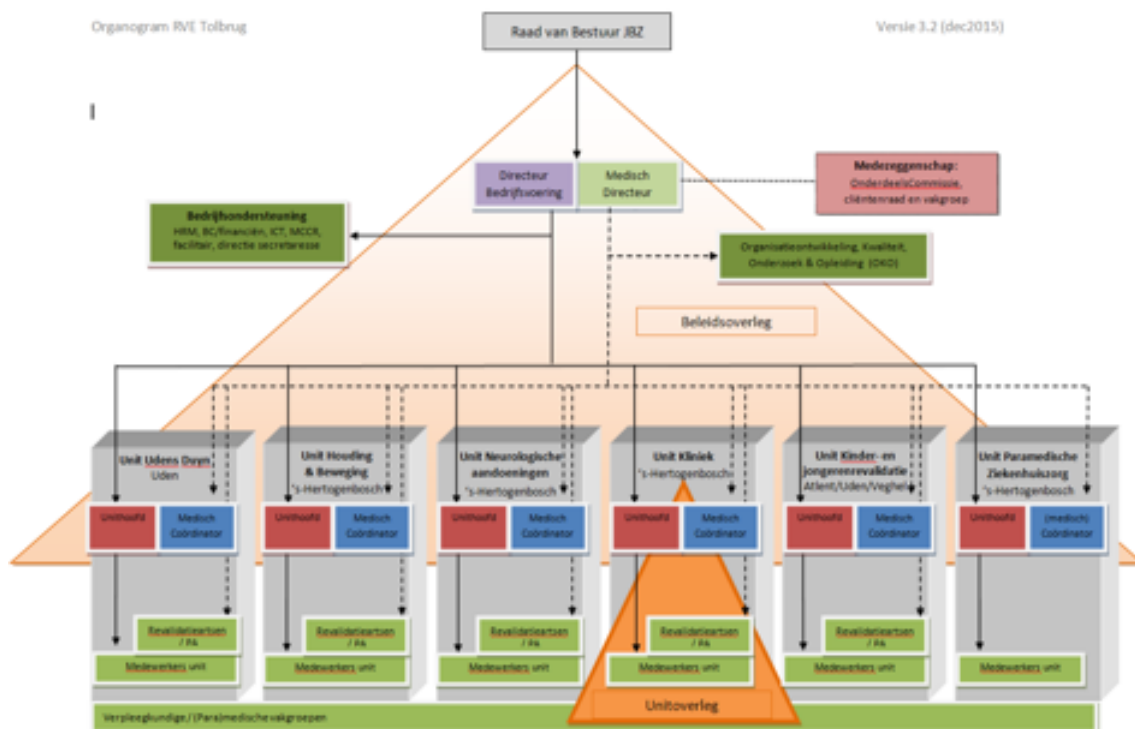
1. Unit Kliniek (klinische revalidatiezorg in 's-Hertogenbosch).
2. Unit Neurologische aandoeningen (klinisch en poliklinische revalidatie in 's-Hertogenbosch).
3. Unit Houding en Beweging (klinische en poliklinische revalidatie in 's-Hertogenbosch).
4. Unit Kinderrevalidatie (poliklinische revalidatie in 's-Hertogenbosch in samenwerking met Mytyschool Gabriël – Atlent - en poliklinische revalidatie in Veghel).
5. Unit Udens Duyn (poliklinische revalidatie in Uden).
6. Unit Paramedische Ziekenhuiszorg (paramedische behandeling in de kliniek van het JBZ).

De units kennen, met uitzondering van de unit Paramedische Ziekenhuiszorg, een duale aansturing door een unitmanager en een medisch coördinator (revalidatiearts). Zij zijn integraal verantwoordelijk voor alle activiteiten binnen de unit. Zij voeren het beleid uit passend binnen de kaders van het JBZ en Tolbrug. Binnen de units zijn de zorgprofessionals georganiseerd in disciplinegroepen zoals revalidatieartsen, artsondersteuners, behandelaren, verpleegkundigen en verzorgenden.

Sinds 1 oktober 2015 zijn de ondersteunende diensten toegevoegd aan de units. Dit betreft de medewerkers met de administratieve en ondersteunende processen zoals planning, medisch en managementsecretariaat. Zij ondersteunen de units op alle locaties van Tolbrug. De baliemedewerkers, gastvrouwen en facilitaire ondersteuning vallen onder één unithoofd. Stafondersteuning is georganiseerd binnen Business Control en Organisatie, Kwaliteit en Onderzoek (OKO). Deze onderdelen vallen direct onder de directie.

De vakgroep Revalidatiegeneeskunde, de Cliëntenraad en de onderdeelcommissie van de OR van het JBZ vormen samen de adviesorganen binnen Tolbrug. Zij handelen vanuit de wettelijke kaders en hebben periodiek overleg met de directie van Tolbrug. Per 1 januari 2016 is de Cliëntenraad van Tolbrug opgegaan in de Cliëntenraad van het JBZ.

Hieronder een schematische weergave van de organisatiestructuur.



12.2. Beleid, inspanningen en prestaties 2014

In 2014 is Tolbrug officieel als RVE van JBZ aangemerkt door de Raad van Bestuur. In 2015 is het missie- en visiedocument en het strategisch kader van Tolbrug vastgesteld voor de periode 2015-2017. De kern hiervan is:

Tolbrug, als onderdeel van het Jeroen Bosch Ziekenhuis (JBZ), is het meest patiëntvriendelijke en patiëntveilige revalidatiecentrum in Nederland. Tolbrug biedt specialistische revalidatie: Revalidatiegeneeskunde en Paramedische Ziekenhuiszorg. Binnen deze omgeving werken we volgens drie pijlers: 'in balans', 'in zijn kracht' en 'in regie'. Deze pijlers kunnen we zowel vertalen naar het perspectief van de patiënt/revalidant en zijn systeem, de professional en de organisatie. Samen maken ze het mogelijk om de bedoeling van Tolbrug waar te maken: het verbinden naar een nieuwe toekomst.



De uitwerking van de bovengenoemde missie en visie is vormgegeven in het nieuwe strategische beleidsplan, Tolbrug Op weg naar de bedoeling. Dit omvat de negen doelen die Tolbrug de komende drie jaren wil realiseren. Deze negen doelen zijn in relatie gebracht met de plan- en controlcyclus van het JBZ (PKKK), de kernwaarden en de visie en missie van Tolbrug.



Inspanningen

Aanstellen directieteam

Na de aanstelling van de nieuwe medisch directeur per 1 augustus 2014, is in april 2015 de nieuwe directeur bedrijfsvoering benoemd. Samen vormen zij het duale RVE-management/de directie.

Veranderprogramma 'Op weg naar de bedoeling'

In het besluitvormingsdocument Herinrichting Tolbrug is gesproken over een cultuurinterventieprogramma. Tolbrug heeft ervoor gekozen om niet een eenmalig interventieprogramma op te zetten, maar te kiezen voor een integrale aanpak gericht op het opzetten van een lerende organisatie. Het implementatie- en borgingsprogramma, dat loopt tot 2017, wordt in de startfase geleid door een externe adviseur in samenspraak met de Jeroen Bosch Academie (JBA).

Leiderschap (Management development-traject)

Na de herinrichting van het business model van Tolbrug in 2014 is een Management development-traject gestart voor de unithoofden en medisch coördinatoren. Waar zij voorheen met name operationeel leidinggevend waren, vraagt de organisatie in de nieuwe structuur meer tactisch denken en handelen van hen. Doordat de 'lat omhoog gegaan is', is in 2015 ook afscheid genomen van drie unithoofden. Om het nieuwe team van unithoofden verder te begeleiden naar hun nieuwe functie wordt het Management development-traject voortgezet, in lijn met het veranderprogramma 'Op weg naar de bedoeling'. Het traject loopt tot 2017.

Opleidingsbeleid

In november 2014 is gestart met een integrale aanpak aangaande het ontwikkelingsbeleid Tolbrug -2018. Dit ontwikkelingsbeleid zorgt ervoor dat strategisch beleid wordt vertaald naar concrete organisatieleerdoelen conform JBZ-kaders. De centrale vraag daarbij is 'Hoe worden we een lerende organisatie?'

Een beleidsmatige aanpak van de ontwikkeling van de organisatie zorgt voor afstemming tussen de strategische doelstellingen en dat wat er op de werkvloer gebeurt. Het is één van de instrumenten om de organisatie te voorzien van gekwalificeerde medewerkers, waarbij de benodigde kwalificaties een middel zijn om de doelen, gesteld in het strategisch beleid, te behalen. Tevens is in 2015 een begin gemaakt met de bedrijfsbrede uitrol van Discovery Insights. Deze methodiek geeft medewerkers inzicht in hun eigen kracht en in teamdynamiek.

Portfolio Revalidatiegeneeskunde en paramedische revalidatie

In 2015 heeft de paramedische ziekenhuiszorg haar zorgportfolio geformuleerd voor zowel het klinisch als poliklinisch aanbod. Dit aanbod wordt nu ten behoeve van inzicht voor verwijzers uitgewerkt in productbeschrijvingen.

De vakgroep Revalidatiegeneeskunde is bezig om het zorgportfolio voor de medisch-specialistische revalidatie op te stellen. Daarin staan de zorginhoudelijke speerpunten van de medisch-specialistische revalidatiegeneeskunde voor de komende jaren op basis van de behandelkaders van de Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) en de te verwachten ontwikkelingen.

Behandelmodules RN

Vanaf 1 juli 2015 is Tolbrug verplicht om als revalidatiecentrum behandelmodules te indiceren en te registreren, om er vanaf juli 2016 zorgproducten uit af te kunnen leiden. Per 2019 zal de volledige bekostiging gebaseerd zijn op de revalidatieproducten die in deze tussenliggende periode worden gedefinieerd en gevalideerd. Deze modules zijn in de branche en door de Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) ontwikkeld. Hiermee kan de MSR haar unieke positie ten opzichte van andere

revalidatievormen (bijvoorbeeld geriatrische revalidatie en eerstelijnszorg) beschrijven.

Met behulp van het programma Behandelmodules RN voldoet Tolbrug per juli 2015 aan de verplichte indicatie, registratie en aanlevering aan de landelijke datamonitor.

Geriatrische revalidatiezorg

In 2015 heeft Tolbrug met één van haar ketenpartners nadere verkenningen uitgevoerd over de mogelijke kansen en bedreigingen voor revalidatiezorg in de regio. In het najaar van 2015 is een intentieverklaring voorbereid door de Raad van Bestuur en BrabantZorg. Deze intentieovereenkomst wordt begin 2016 getekend, ten behoeve van verdere samenwerking qua van scholing, innovatie en zorg op het gebied van de medisch-specialistische en geriatrische revalidatie.

Digitaal Werken

Per oktober 2015 werken naast de paramedische ziekenhuiszorg, ook de revalidatieartsen en psychologen in digitale dossiers. Daarmee is het begin gemaakt voor de overgang op volledig digitaal werken voor alle disciplines. Op 24 juni 2016 gaat heel Tolbrug over op werken en plannen in een elektronisch patiëntendossier EPD (HiX van Chipsoft). In 2015 werden voorbereidingen getroffen voor de inrichting hiervan. Er zijn twee taakgroepen ingericht: de taakgroep Dossier Revalidatie en de taakgroep Zorglogistiek en Planning Revalidatie.

Zorglogistiek en capaciteitsmanagement

In 2015 hebben de unithoofden structureel gewerkt aan het verbeteren van de zorglogistiek en het capaciteitsmanagement. Via wekelijkse bijeenkomsten zijn diverse thema's besproken en afspraken gemaakt. 'Bewustwording' en 'inzicht' waren de sleutelwoorden voor deze sessies. In de zomer van 2015 is een gezamenlijk traject uitgevoerd met revalidatieartsen, medisch secretaresses en planners. Dit heeft geleid tot betere sturing, standaardisatie, een heldere rol- en taakverdeling, inzicht in elkaars werk en de verbinding daartussen. Met het oog op de overgang naar het EPD HiX, zullen de verbeterlagen in de zorglogistiek, planning en het capaciteitsmanagement in 2016 nog volop doorgaan.

Onderzoeksbeleid

In 2015 heeft een heroriëntatie op de rol en de effectiviteit van de onderzoekscommissie van Tolbrug plaatsgevonden. De conclusie was dat onderzoek binnen Tolbrug afhankelijk is van inspanningen van een kleine groep en er geen breed gedragen klimaat is van wetenschappelijk onderbouwd werken. Er is nog te weinig verbinding tussen onderzoek en de dagelijkse praktijk binnen Tolbrug. Samen met de stafadviseur OKO en de onderzoekscommissie is een visie op en een nieuw beleid voor wetenschappelijk onderbouwd werken ontwikkeld, dat in 2016 zal worden uitgerold. Ten aanzien van de samenwerking op het gebied van praktijkgebonden onderzoek is de samenwerking met Fontys Hogescholen verkend. Deze zal in 2016 nader vorm krijgen.

Medewerkers van Tolbrug hebben in 2015 geparticipeerd in vier externe wetenschappelijke onderzoeken en hebben bijgedragen aan zes wetenschappelijke publicaties en een boekhoofdstuk. Daarnaast waren zij betrokken bij diverse (poster)presentaties en workshops op (inter)nationale congressen.

JCI/VMS (Kwaliteits- en veiligheidsbeleid)

Sinds 2014 volgt Tolbrug het VMS- en JCI-beleid zoals deze vanuit het JBZ zijn vastgesteld. Daarnaast is Tolbrug in december 2015 voor de tweede keer met succes getoetst op de NTA-norm 8009:2011. De revalidatiezorg is daarmee opnieuw gecertificeerd voor het Veiligheidsmanagementsysteem (VMS).

In 2015 zijn er opnieuw diverse veiligheidsrondes en –audits gehouden op het gebied van medicatie, patiëntenzorg en patiëntveiligheid. Daarnaast is ‘veilig werken’ een vast gespreksonderwerp op de polikliniek geworden, en is het versterkt binnen de Paramedische Ziekenhuiszorg (PMZ) en de kliniek.

Op 1 juni 2015 is de Inspectie voor Gezondheidszorg (IGZ) voor het eerst op de kliniek van Tolbrug geweest, in het kader van een toetsronde bij revalidatiecentra in Nederland. De algemene indruk van de inspectie was zeer positief. De IGZ was onder de indruk van de faciliteiten, de samenwerking met het ziekenhuis en bovenal van de passie en het enthousiasme van de medewerkers.

Tevredenheid revalidanten

Na al enkele jaren van stabilisatie is de algehele tevredenheid en het totaaloordeel over de revalidatiebehandeling binnen Tolbrug op niveau gebleven met een gemiddelde tevredenheid van een 8,2. De tevredenheid over de klinische zorg is gestegen van een 8,0 naar een 8,4. De unit Neurologie blijft koploper met een 8,5 als rapportcijfer. Verder hebben de andere units de tevredenheid bij hun revalidanten kunnen stabiliseren. Tolbrug als geheel scoort een NPS van 35 procent. Naar aanleiding van de exit-enquêtes hebben de units verbeterplannen gemaakt om aandachtspunten aan te pakken.

Ieder kwartaal verantwoordt Tolbrug zich naar de branche via de ervaringsindicatoren. Deze prestaties zijn beschikbaar via vergelijkingsites voor patiënten zoals kiesbeter.nl, independer.nl en zorgkaartnederland.nl. Daarnaast is Tolbrug ook te vinden in het Kwaliteitsvenster.

Kerngegevens Tolbrug Specialistische Revalidatie	2015	2014	2013	2012
Capaciteit				
Aantal erkende bedden	36	36	36	36
Aantal feitelijke beschikbare poliklinische plaatsen	48,5	48,5	48,5	48,5
Personeel				
Aantal personeelsleden in loondienst	291	296	325	330
Aantal medisch specialisten op 31 december	20	25	20	22
Aantal fte medisch specialisten op 31 december	13,07	14,15	12,3	15
Bedrijfsopbrengsten Revalidatie				
Totaal bedrijfsopbrengsten Revalidatie	€ 13.348.000	€ 16.171.000	€ 14.581.216	€ 15.768.000
Waarvan wettelijk budget aanvaardbare kosten	€ 12.450.000	€ 14.860.000	€ 17.553.309	€ 14.545.000
Waarvan overige bedrijfsopbrengsten	€ 898.000	€ 1.311.000	€ 1.223.000	€ 1.132.000
Productie				
Aantal klinische opnamen	227	240	265	212
Aantal klinische verpleegdagen	8.611	10.478	11.710	12.227
Aantal klinische revalidatiebehandeluren	15.014	23.013	22.602	23.041
Aantal poliklinische revalidatiebehandeluren	61.931	66.104	66.170	64.568
Aantal eerste consulten in verslagjaar	2.676	3.350	4.160	4.376

De daling van de omzet DBC–zorgproducten wordt deels veroorzaakt doordat Tolbrug in 2014 nog een transitiebedrag ontving van € 1,3 miljoen die in 2015 niet meer van toepassing is. Daarnaast daalt de omzet DBC–zorgproducten met circa € 1 miljoen door een daling in de productie gecombineerd met het effect van de 120 dagen doorlooptijdverkorting die in 2015 heeft plaatsgevonden.

De daling van de overige bedrijfsopbrengsten wordt voor het grootste gedeelte veroorzaakt door een lagere subsidie AIOS in 2015. Daarnaast spelen ook lagere overige vergoedingen en lagere inkomsten uit arbeid een rol.



Bijlagen

Bijlage

Organisatorisch commissies

Algemene Individuele Klachtenregeling
Medewerkers
Begrotingscommissie
Centrale beheersgroep medewerkerveiligheid
Centrale Opleidingscommissie (COC)
Crisisplan/ZIROP
Huisvestingscommissie
Kunstcommissie
Platform Verpleegkundige Leiderschap
Stuurgroep MD
Treasurycommissie
Wetenschapscommissie
Privacy Commissie

Commissies in het kwaliteitsdomein

Antibiotica-team
Anti-Stollingscommissie
Bevoegd en bekwaam
Bloedtransfusiecommissie
Centrale Commissie Pijn
Centrale VIM
Convenant medische technologie
Decubituscommissie
Documentbeheer
Donatiecommissie
Endoscopische Chirurgie
Ethiek
Geneesmiddelencommissie
IC commissie
Infectie Preventie Commissie
Kinder mishandeling, ouderen mishandeling en
huiselijk geweld
Medicatieveiligheid
Mortaliteit en morbiditeit
Onafhankelijke Klachtencommissie conform de
Wet KCZ
OK Raad
Oncologiecommissie
Palliatief Adviesteam
Reanimatiecommissie
SEH commissie
Stralingshygiëne
Tracercommissie
Voedingscommissie
Kwaliteits- & Veiligheidsraad

Commissies vanuit de BSC

Appraisal & Assessment commissie
Bossche Samenschooling
(Commissie) Investerings Medische Apparatuur
Vacaturecommissie VMS

Deel II. Jaarrekening

